

**MINISTRE DE L'EDUCATION
NATIONALE**

REPUBLIQUE DU MALI
Un Peuple – Un But – Une Foi

UNIVERSITE DE BAMAKO

**FACULTE DE MEDECINE, DE PHARMACIE
ET D'ODONTO-STOMATOLOGIE**

ANNEE UNIVERSITAIRE: 2005-2006

N°...../

**ASPECTS EPIDEMIO-CLINIQUES DE
L'ACCOUCHEMENT PREMATURE DANS LE
SERVICE DE GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE DU
CENTRE DE SANTE DE REFERENCE DE LA
COMMUNE II DU DISTRICT DE BAMAKO**

THESE

Présentée et soutenue publiquement le/...../2006
Devant la Faculté de Médecine, de Pharmacie et d'Odontostomatologie

Par

Mme COULIBALY Fatoumata M. TRAORE
Pour obtenir le Grade de Docteur en Médecine
(DIPLOME D'ETAT)

Jury

PRESIDENT : **Professeur Toumani SIDIBE**

MEMBRES : **Professeur Salif DIAKITE**

Docteur Boureima MAIGA

DIRECTEUR DE THESE : *Professeur SY Aida SOW*

FACULTE DE MEDECINE, DE PHARMACIE ET D'ODONTO-STOMATOLOGIE

ANNEE UNIVERSITAIRE 2005-2006

ADMINISTRATION

DOYEN:

Anatole TOUNKARA
Professeur

1^{er} ASSESSEUR:

Drissa DIALLO
MAITRE DE CONFERENCES AGREGE

2^{ème} ASSESSEUR:

Sékou SIDIBE
MAITRE DE CONFERENCES

SECRETAIRE PRINCIPAL:

Yénimegue Albert DEMBELE
Professeur

AGENT COMPTABLE:

Mme COULIBALY Fatoumata TALL
CONTROLEUR DES FINANCES

PROFESSEURS HONORAIRES

| | |
|-----------------------|---|
| Mr Alou BA | Ophtalmologie |
| Mr Bocar SALL | Orthopédie – Traumatologie - Secourisme |
| Mr Souleymane SANGARE | Pneumo-phtisiologie |
| Mr Yaya FOFANA | Hématologie |
| Mr Mamadou L. TRAORE | Chirurgie Générale |
| Mr Balla COULIBALY | Pédiatrie |
| Mr Mamadou DEMBELE | Chirurgie Générale |
| Mr Mamadou KOUMARE | Pharmacognosie |
| Mr Ali Nouhoum DIALLO | Médecine interne |
| Mr Aly GUINDO | Gastro-entérologie |

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

▪ D.E.R. CHIRURGIE ET SPECIALITES CHIRURGICALES

1. PROFESSEURS

| | |
|---------------------------|---|
| Mr Abdel Karim KOUMARE | Chirurgie Générale |
| Mr Sambou SOUMARE | Chirurgie Générale |
| Mr Abdou Alassane TOURE | Orthopédie - Traumatologie, Chef de D.E.R. |
| Mr Kalilou OUATTARA | Urologie |
| Mr Amadou DOLO | Gynéco Obstétrique |
| Mr Alhousseini Ag MOHAMED | ORL |
| Mme SY Assitan SOW | Gynéco-Obstétrique |
| Mr Salif DIAKITE | Gynéco-Obstétrique |
| Mr Abdoulaye DIALLO | Anesthésie-Réanimation |

2. MAITRES DE CONFERENCES AGREGES

| | |
|---------------------|---------------|
| Mr Abdoulaye DIALLO | Ophtalmologie |
|---------------------|---------------|

Mr Djibril SANGARE
Mr Abdel Kader TRAORE dit DIOP
Mr Gangaly DIALLO
Mr Mamadou TRAORE

Chirurgie Générale
Chirurgie Générale
Chirurgie Viscérale
Gynéco-Obstétrique

3. MAITRES DE CONFERENCES

Mr Filifing SISSOKO
Mr Sekou SIDIBE
Mr Abdoulaye DIALLO
Mr Tieman COULIBALY
Mme TRAORE J THOMAS
Mr Mamadou L. DIOMBANA

Chirurgie Générale
Orthopédie-Traumatologie
Anesthésie-Réanimation
Orthopédie-Traumatologie
Ophtalmologie
Stomatologie

4. MAÎTRES ASSISTANTS

Mme DIALLO Fatimata S. DIABATE
Mr Sadio YENA
Mr Issa DIARRA
Mr Youssouf COULIBALY
Mr Samba Karim TIMBO
Mme TOGOLA Fanta KONIPO
Mr Zimogo Zié SANOGO

Gynéco-Obstétrique
Chirurgie Générale
Gynéco-Obstétrique
Anesthésie-Réanimation
ORL
ORL
Chirurgie Générale

5. ASSISTANTS CHEFS DE CLINIQUE

Mr Nouhoum ONGOÏBA
Mr Zanafon OUATTARA
Mr Adama SANGARE
Mr Sanoussi BAMANI
Mr Doulaye SACKO
Mr Ibrahim ALWATA
Mr Lamine TRAORE
Mr Mady MAKALOU
Mr Aly TEMBELY
Mr Niani MOUNKORO
Mme Djénéba DOUMBIA
Mr Tiémoko D. COULIBALY
Mr Souleymane TOGORA
Mr Mohamed KEITA
Mr Bouraïma MAÏGA

Anatomie & Chirurgie Générale
Urologie
Orthopédie- Traumatologie
Ophtalmologie
Ophtalmologie
Orthopédie - Traumatologie
Ophtalmologie
Orthopédie/ Traumatologie
Urologie
Gynécologie/ Obstétrique
Anesthésie / Réanimation
Odontologie
Odontologie
ORL
Gynécologie/ Obstétrique

▪ D.E.R. DE SCIENCES FONDAMENTALES

1. PROFESSEURS

Mr Daouda DIALLO
Mr Siné BAYO
Mr Amadou DIALLO
Mr Moussa HARAMA
Mr Ogobara DOUMBO
Mr Yénimégué Albert DEMBELE
Mr Anatole TOUNKARA
Mr Bakary M. CISSE
Mr Abdrahamane S. MAÏGA

Chimie Générale & Minérale
Anatomie-Pathologie-Histoembryologie
Biologie
Chimie Organique
Parasitologie-Mycologie
Chimie Organique
Immunologie - **Chef de D.E.R.**
Biochimie
Parasitologie

Mr Adama DIARRA
Mr Massa SANOGO

Physiologie
Chimie Analytique

2. MAÎTRES DE CONFERENCES AGREGES

Mr Amadou TOURE
Mr Flabou BOUGOUDO
Mr Amagana DOLO

Histoembryologie
Bactériologie – Virologie
Parasitologie

3. MAÎTRES DE CONFERENCES

Mr Mamadou KONE
Mr Mahamadou CISSE
Mr Sékou F. M. TRAORE
Mr Abdoulaye DABO
Mr Ibrahim I. MAÏGA

Physiologie
Biologie
Entomologie médicale
Malacologie – Biologie Animale
Bactériologie – Virologie

4. MAÎTRES ASSISTANTS

Mr Abdrahamane TOUNKARA
Mr Moussa Issa DIARRA
Mr Kaourou DOUCOURE
Mr Bouréma KOURIBA
Mr Souleymane DIALLO
Mr Cheick Bougadari TRAORE
Mr Lassana DOUMBIA
Mr Mounirou Baby
Mr Mahamadou A Théra

Biochimie
Biophysique
Biologie
Immunologie
Bactériologie/ Virologie
Anatomie pathologie
Chimie Organique
Hématologie
Parasitologie

5. ASSISTANTS

Mr Mangara M. BAGAYOKO
Mr Guimogo DOLO
Mr Abdoulaye TOURE
Mr Djbril SANGARE
Mr Mouctar DIALLO
Mr Boubacar TRAORE
Mr Bocary Y Sacko

Entomologie-Moléculaire Médicale
Entomologie-Moléculaire Médicale
Entomologie-Moléculaire Médicale
Entomologie-Moléculaire Médicale
Biologie/ Parasitologie
Immunologie
Biochimie

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

1. PROFESSEURS

Mr Abdoulaye Ag RHALY
Mr Mamadou K. TOURE
Mr Mahamane MAÏGA
Mr Baba KOUMARE
Mr Moussa TRAORE
Mr Issa TRAORE
Mr Mamadou M. KEITA
Mr Hamar A. TRAORE
Mr Dapa Aly DIALLO
Mr Moussa Y. MAIGA
Mr Somita KEITA

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

2. MAÎTRES DE CONFERENCES AGREGES

Mr Toumani SIDIBE

Pédiatrie

| | |
|-----------------------|---------------------|
| Mr Bah KEITA | Pneumo-Phtisiologie |
| Mr Boubacar DIALLO | Cardiologie |
| Mr Abdel Kader TRAORE | Médecine Interne |
| Mr Siaka SIDIBE | Radiologie |
| Mr Mamadou DEMBELE | Médecine Interne |

3. MAITRES DE CONFERENCES

| | |
|-----------------------|--------------------|
| Mr Mamady KANE | Radiologie |
| Mr Sahare FONGORO | Néphrologie |
| Mr Bakoroba COULIBALY | Psychiatrie |
| Mr Bou DIAKITE | Psychiatrie |
| Mr Bougouzié SANOGO | Gastro-entérologie |

4. MAITRES ASSISTANTS

| | |
|-------------------------|-----------------------|
| Mme Tatiana KEITA | Pédiatrie |
| Mme TRAORE Mariam SYLLA | Pédiatrie |
| Mr Adama D. KEITA | Radiologie |
| Mme SIDIBE Assa TRAORE | Endocrinologie |
| Mme Habibatou DIAWARA | Dermatologie |
| Mr Daouda K Minta | Maladies Infectieuses |

5. ASSISTANTS CHEFS DE CLINIQUE

| | |
|---------------------------|--------------------------|
| Mr Kassoum SANOGO | Cardiologie |
| Mr Seydou DIAKITE | Cardiologie |
| Mr Mahamadou B. CISSE | Pédiatrie |
| Mr Arouna TOGORA | Psychiatrie |
| Mme Diarra Assétou SOUCKO | Médecine interne |
| Mr Boubacar TOGO | Pédiatrie |
| Mr Mahamadou TOURE | Radiologie |
| Mr Idrissa A. CISSE | Dermatologie |
| Mr Mamadou B. DIARRA | Cardiologie |
| Mr Anselme KONATE | Hépto-gastro-entérologie |
| Mr Moussa T. DIARRA | Hépto-gastro-entérologie |
| Mr Souleymane DIALLO | Pneumologie |
| Mr Souleymane COULIBALY | Psychologie |
| Mr Sounkalo DAO | Maladies infectieuses |
| Mr Cheick Oumar Guinto | Neurologie |

▪ D.E.R. DES SCIENCES PHARMACEUTIQUES

1. PROFESSEURS

| | |
|--------------------------|--|
| Mr Boubacar Sidiki CISSE | Toxicologie |
| Mr Gaoussou KANOUTE | Chimie Analytique Chef de D.E.R |

2. MAITRES DE CONFERENCES AGREGES

| | |
|--------------------|--------------------|
| Mr Drissa DIALLO | Matières médicales |
| Mr Ousmane DOUMBIA | Pharmacie Chimique |

3. MAITRES DE CONFERENCES

| | |
|------------------------|---------------|
| Mr Boulkassoum Haidara | Législation |
| Mr Elimane MARIKO | Pharmacologie |

4. MAÎTRES ASSISTANTS

| | |
|----------------------|-------------------|
| Mr Benoît KOUMARE | Chimie analytique |
| Mr Alou KEITA | Galénique |
| Mr Ababacar I. MAÏGA | Toxicologie |
| Mr Yaya KANE | Galénique |
| Mne Rokia SANOGO | Pharmacognosie |

5. ASSISTANTS

| | |
|------------------|---------------------------|
| Mr Saibou MAIGA | Législation |
| Mr Ousmane KOITA | Parasitologie Moléculaire |

D.E.R. SANTE PUBLIQUE

1. PROFESSEUR

| | |
|---------------------|-------------------------------------|
| Mr Sidi Yaya SIMAGA | Santé Publique Chef de D.E.R |
| Mr Sanoussi KONATE | Santé Publique |

2. MAÎTRE DE CONFERENCES AGREGE

| | |
|--------------------|----------------|
| Mr Moussa A. MAÏGA | Santé Publique |
|--------------------|----------------|

3. MAÎTRES ASSISTANTS

| | |
|----------------------|----------------|
| Mr Bocar G. TOURE | Santé Publique |
| Mr Adama DIAWARA | Santé Publique |
| Mr Hamadoun SANGHO | Santé Publique |
| Mr Massambou SACKO | Santé Publique |
| Mr Alassane A. DICKO | Santé Publique |

4. ASSISTANTS

| | |
|-------------------|------------------------|
| Mr Samba DIOP | Anthropologie Médicale |
| Mr Seydou DOUMBIA | Epidémiologie |
| Mr Oumar THIERO | Biostatistique |

▪ CHARGES DE COURS & ENSEIGNANTS VACATAIRES

| | |
|----------------------------|-------------------|
| Mr N'Golo DIARRA | Botanique |
| Mr Boubou DIARRA | Bactériologie |
| Mr Salikou SANOGO | Physique |
| Mr Boubacar KANTE | Galénique |
| Mr Souleymane GUINDO | Gestion |
| Mme DEMBELE Sira DIARRA | Mathématiques |
| Mr Modibo DIARRA | Nutrition |
| Mme MAÏGA Fatoumata SOKONA | Hygiène du Milieu |
| Mr Mahamadou TRAORE | Génétique |
| Mr Yaya COULIBALY | Législation |
| Mr Lassine SIDIBE | Chimie-Organique |

▪ ENSEIGNANTS EN MISSION

Pr. Doudou BA
Pr. Babacar FAYE
Pr. Eric PICHARD
Pr. Mounirou CISSE
Pr. Amadou Papa DIOP

Bromatologie
Pharmacodynamie
Pathologie Infectieuse
Hydrologie
Biochimie

DEDICACES

Je dédie affectueusement ce travail à :

Allah le Tout Puissant

Toi qui m'a guidé mes pas chaque jour, merci pour cette volonté et ce courage que tu m'as donné. Aide moi par cette formation à sauver des vies et aussi peut être à apaiser des cœurs blessés.

Tous les nouveau-nés principalement ceux qui ont perdu la vie par suite de prématurité.

Mon père : feu Mahamadou TRAORE

Je suis fière d'être ta fille, vous vous êtes battus afin que nous puissions tous aller à l'école et vous avez su inculquer en nous les règles de la bonne conduite, de la dignité, du respect de l'être humain et de la sagesse. Vous n'avez ménagé aucun effort, aucun sacrifice pour que vos enfants bénéficient de la meilleure éducation que vous puissiez leur offrir. Infatigable papa pour la réussite de ses enfants. Merci, que la terre te soit légère.

Trouves ici cher père la récompense de vos immenses sacrifices.

Ma mère : Lalla KONE

Courageuse et dévouée, tu nous as entouré d'une attention et d'une affection qui nous ont toujours apporté réconfort et consolation. Tu n'as jamais cessé de te soucier de notre avenir grâce à tes multiples conseils et tes bénédictions.

Les mots me manquent aujourd'hui pour t'exprimer toute ma gratitude pour tous les sacrifices et le labeur que tu as enduré pour nous élever.

Tu as toujours su nous inculquer les règles de la bonne conduite, de la dignité, du respect de l'être humain et de la sagesse. Tu t'es toujours privées de tout pour que nous n'envions personne. Je ne saurai jamais te remercier assez. Ce travail est le fruit de tes efforts. Seul Dieu peut te gratifier de tout ce que tu as fait pour nous. Que Dieu le Tout Puissant t'accorde longue vie, bonne santé et surtout plein de bonheur et qu'il puisse nous donner les moyens nécessaires que nous puissions toujours nous battre pour toi dans la vie.

Mes frères et sœurs : Youssouf Traoré, feu Makan Traoré, Kadiatou Traoré :

Vous avez tous été pour moi une chance, vous m'avez donné le goût de la fraternité. Votre soutien moral et matériel ne m'a fait défaut tout au long de mes études.

Soyons et restons unis dans la vie, seul le travail est souverain pour éviter l'humiliation et vaincre l'ennemie. Puisse le Tout Puissant nous donner longue vie et bonne santé pour accomplir ce devoir. Puisse la sincérité avec laquelle nous nous sommes aidés demeurer inébranlable. Ce travail est aussi le vôtre.

A mon mari : Youssouf COULIBALY

Compagne fidèle de bons et mauvais jours, merci pour tout ce que tu fais pour moi et trouves ici l'expression de mon attachement.

Ce modeste travail est le fruit de ton courage. Que le Tout Puissant nous accorde longue vie, pleine de prospérité. Amen !

REMERCIEMENTS

Mes remerciements à

Toute la famille Traoré : Bourama Traoré, Oumar Traoré, Ousmane Traoré, feu Bakary Traoré, Souleymane Traoré, Ya Coulibaly, Mama Coulibaly, Bintou, et mes petits frères et sœurs : Tanti, Sira, Assan, Tata.

Toute la famille Macalou : feu Fily Macalou, Mme Macalou Mah Traoré et à tous mes cousins et cousines : Ami, Mama, Sokona, Balla, Djafara : merci pour vos conseils et bénédictions.

Toute la famille Tangara : Abdoul Karim Tangara, Mme Tangara Mama Traoré, Mohamed Badian Tangara, Mme Tangara Gogo Thiam.

Mes cousins et cousines : Ba vieux, Issa Tangara, Ousmane, Nah, Kadi, Maï. Merci pour vos affections et vos soutiens tout au long de mes études. Ce travail est le résultat de mon attachement et de mes sentiments pour vous.

Mes oncles maternels : feu Issa Koné, Lamine Koné, Seydou Koné. Merci pour le soutien à l'endroit de votre nièce.

La famille Camara : Djanguiné Camara, Mme Camara Mariam Koné

A mon frère Falaye Camara : merci pour vos conseils et bénédictions.

La famille Tandia : Hamadou Tandia, Mme Tandia Mah Koné.

Mes frères et sœurs

Papou, Fatim, les jumelles,

Mes Tantes : Awa Koné, Mme Traoré Kadiatou Koné : merci pour votre soutien, ce travail est le vôtre.

La famille Seck : Mamadou Seck, Mme Seck Fanta Koné, Mme Seck Djeneba Seck, Maïmouna, Vieux, Bathily, Check Oumar

Votre soutien a été déterminant dans le déroulement de mes études. Soyez assuré de ma profonde reconnaissance

Ma belle famille :

Mme Coulibaly Fatoumata Coulibaly, Mme Diarra Kadiatou Coulibaly, Boubacar Coulibaly, Abdoulaye Coulibaly, Drissa Coulibaly, Ami Coulibaly, Madou Coulibaly, Penda Diarra, Bani Dembélé, Assan Dembélé.

Je ne sais sincèrement pas comment vous remercier, le mot merci étant si faible pour exprimer ma gratitude. Soyez assuré de ma profonde reconnaissance.

Tout le personnel du CSRéfCII, notamment les Docteurs : Sangaré Adama, Coulibaly (Médecin-chef), Bréhima Diallo, les sages-femmes Oumou Singaré, Kamissa, Mme Bagayogo Astou, Mme Sountoura, Mme Touré Aissata Diallo, Penda, Ramata.

Les infirmiers : Mme Diallo Mariam, Touré

Aides-soignants : Adja, Haby, Mme Diallo Coumba, ALima, Ami, Dlani :
merci

Mes aînés promotionnaires et cadets : Dr Igor ; Dr Huguette, Dr Sandrace,
Dr Dramane Dji Fomba, Lamine, feu Ibrahim Ly, Boubacar Konaté, Koné
Demba, Samba, Maurice, Cheick, Kouyaté, Thiery, Sory, Bintou Tangara,
Amadou Ongoiba : merci

A mes collègues et amis(es) de la FMPOS : Dr Traoré Sadio Sissoko, Koura
Diagne, Mme Fifi Yaro, Mme Tanti Yebedié, Mamadou Diéfaga, Kadiatou
Kanta.

Au corps professoral de la FMPOS, pour la qualité de l'enseignement

**A tous ceux de loin ou de près qui ont contribué à ma formation et/ou à
l'élaboration de ce travail.**

A tous ceux qui manifestent des sentiments à mon égard.

AUX HONORABLES MEMBRES DU JURY

A notre Maître et Président du jury

Professeur Toumani SIDIBE

Professeur agrégé de Pédiatrie à la FMPOS

Directeur du Centre de Recherche d'Etudes et de Documentation pour la survie de l'enfant (CREDOS)

Chef de service de la Pédiatrie « B » à l'Hôpital Gabriel Touré

C'est un honneur que vous nous faites en acceptant de présider ce jury, malgré vos multiples occupations. Vos qualités académiques et professionnelles font de vous un homme remarquable. Votre éloquence, votre sens de la rhétorique votre simplicité et votre volonté de transmettre votre savoir font de vous un professeur émérite.

Trouvez ici, cher maître, l'expression de nos profonds remerciements et de notre sincère reconnaissance.

Qu'Allah le Tout Puissant vous garde encore longtemps auprès de nous.

A notre Maître et juge

Professeur Salif DIAKITE

Maître de conférences en gynéco-obstétrique à la FMPOS

Honorable maître, c'est aujourd'hui une grande fierté pour nous d'avoir séjourné à vos cotés et de profiter de votre expérience. Votre rigueur pour le travail bien fait et votre souci de bien former sont constants. Nous vous prions d'accepter nos hommages.

A notre Maître et juge

Docteur Samba TOURE

Gynécologue Obstétricien

Chef de service adjoint de gynéco-obstétrique de l'Hôpital National du Point « G »

Vous nous faites un grand honneur et un réel plaisir en acceptant de diriger ce travail malgré vos multiples occupations.

Votre abord facile, votre disponibilité votre grande simplicité et surtout votre abnégation nous ont séduis.

Veuillez recevoir ici, cher maître l'expression véritable de notre profonde gratitude et de notre sincère reconnaissance.

A notre Maître et Directrice de Thèse

Professeur Sy Aïda SOW

Maître de conférence en gynécologie obstétrique à la FMPOS

Chef de service de gynécologie obstétrique du CSRéfCII

Cher maître, le travail est le vôtre, vous l'avez initié et dirigé. En plus de l'enseignement remarquable dont nous avons bénéficié dans votre service, vous avez cultivé en nous le savoir être et le savoir faire.

Honorable maître, votre rigueur, votre souci constant du travail bien fait et votre faculté d'écouter ont forcé notre admiration. Vous avez par votre enseignement quotidien et votre expérience médicale, inspiré en nous l'amour de la gynécologie obstétrique.

Au delà de la fonction enseignante vous avez été une mère, merci « Tanti ».

Puisse le Tout Puissant vous donne longue vie et la force nécessaire à la réalisation de vos ambitions pour la santé de la population en générale et de la femme en particulier.

Soyez assuré, cher maître de notre reconnaissance éternelle.

Abréviations

AP : Accouchement prématuré

ASACO : Association de Santé Communautaire

ASACOHI : Association de Santé Communautaire de l'Hippodrome

ASACOME : Association de Santé Communautaire de Médine

ASACOBENKADI : Association de Santé Communautaire de Bakarybougou

BDCF : Bruits du cœur fœtal

Ca : Calcium

CRAP : Coefficient de risque d'accouchement prématuré

CPN : Consultation prénatale

CSRéf : Centre de Santé de Référence

DAO : Diamine oxydase

DES : Distilbène

ECBU : Examen Cytobactériologique des urines

FCS : Fausse couche

FMPOS : Faculté de Médecine, de Pharmacie et d'Odonto-Stomatologie

HTA : Hypertension artérielle

IMAP : Indice de menace d'accouchement prématuré

K : Potassium

MAP : Menace d'accouchement prématuré

PP : Placenta praevia

RCIU : Retard de croissance intra-utérin

SA : Semaine d'aménorrhée

Na : Sodium

I- INTRODUCTION

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

S'il se produit avant la 37^{ème} semaine d'aménorrhée révolue, on l'appelle accouchement prématuré (soit le 259^{ème} jour d'aménorrhée).

La fréquence de l'accouchement prématuré est élevée, variable suivant le lieu et l'époque. Elle dépend surtout de la prévention et du traitement de la menace d'accouchement prématuré [29].

Chaque année 4 millions de nourrissons meurent dans les quatre premières semaines suivant leur naissance pendant la période néonatale, cela représente plus de 10000 décès par jour. La plupart de ces décès ne sont pas recensés et restent invisibles sauf pour les familles qui en font le deuil, au lieu de célébrer le début d'une nouvelle vie.

Bien que quasiment tous ces décès (99%) aient lieu dans les pays à faible et moyen revenu, la plupart des recherches, des publications et des financements portent sur les technologies avancées consacrées aux soins de 1% des nourrissons qui meurent dans les pays riches[41]. La prématurité est la deuxième cause de mortalité néonatale avec 28% après les infections 30%, les problèmes liés aux complications de l'accouchement 23%.

La série de Lancet sur le suivi néonatal donne des nouvelles estimations systématiques et mondiales des causes de ces 4 millions de décès.

De nouvelles analyses indiquent que près de 3 millions de décès de nouveau-nés pourraient être évités chaque année si l'on améliorait l'accès à des soins relativement simples qui ne bénéficient pas actuellement à ceux qui en ont le plus besoin.

En Afrique 4 millions de bébés meurent par an au cours des 4 premières semaines de vie, 10000 par jour, 450 toutes les heures, 1,12 million par an, 100 décès par jour au Mali.

La prématurité est responsable de 75% à 85% de la mortalité périnatale au Canada et constitue un déterminant important de la morbidité néonatale et infantile dont les troubles neurologiques du développement, les troubles respiratoires chroniques, la sensibilité aux infections et les problèmes ophtalmologiques tels que les conjonctivites du nouveau-né, la cataracte congénitale... [17].

Au Mali à l'hôpital national du Point « G » en 1994, Garba T après une étude sur la prématurité a trouvé 5% comme fréquence et Diawara M en 1999 à l'hôpital Gabriel Touré a eu une fréquence de 22,2%.

Au Mali, le taux de mortalité périnatale reste comme dans les autres pays en voie de développement toujours élevé. Le rapport de l'enquête EDS-M faisait mention d'un taux de mortalité néonatale de 60,4‰ en 1993 et en 2001 le taux de mortalité périnatale était de 49,1‰.

Montue Solange Chantal [30] a eu un taux de mortalité périnatale de 46,86‰ en 1997 au centre de santé de référence de la commune II.

Au Gabriel Touré selon une étude effectuée par Traoré dans le service de pédiatrie en 1990 le taux de mortalité néonatal était de 30‰.

Dans l'étude de Frieda Agnès [16] le taux est de 30,7‰ à l'hôpital du Point « G » de 1992 à 1999.

Les progrès en obstétrique et l'application du programme national de prévention de la prématurité mis au point en 1970-1971 [52] ont permis une réduction significative de l'incidence de la prématurité en France : 8,2% en 1972 à 5,6% en 1981, 4,8% en 1988-1989, 4,3% en 1990, 4,2% en 1991. Cette régression concernait la grande prématurité (26-33 SA) et les très faibles poids de naissance (<1500g), c'est-à-dire les enfants les plus fragiles [29].

Son augmentation constatée depuis 5 ans peut s'expliquer par un relâchement dans sa prévention et surtout par les progrès en gynécobstétrique et en néonatalogie permettant la prise en charge des enfants d'un âge gestationnel inférieur à 28 SA, des déclenchements et césariennes prématurés plus fréquents et une attitude moins interventionniste devant les menaces d'accouchement prématuré à partir de 35 SA [7].

L'accouchement prématuré demeure encore une préoccupation constante dans la pratique obstétricale d'où le présent travail qui vise les objectifs suivants :

II -OBJECTIFS

1- Objectif général

Etudier les aspects épidémiocliniques de l'accouchement prématuré dans le service de gynéco-obstétrique du CSRéf CII du 1^{er} janvier 2003 au 31 décembre 2003.

2- Objectifs spécifiques

- Déterminer la fréquence de l'accouchement prématuré ;
- Identifier les facteurs de risque ;
- Déterminer le pronostic fœtal ;
- Proposer des mesures prophylactiques en vue d'améliorer le pronostic fœtal.

III- GENERALITES

1- DEFINITION DE L'ACCOUCHEMENT PREMATURE

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

2- PHYSIOLOGIE DE L'ACCOUCHEMENT

21- Définition

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

2-2- Evolution de l'accouchement

Le déroulement de l'accouchement comprend trois périodes :

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

Ces trois périodes portent le nom de travail.

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

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

Etude physiologique de la contraction utérine

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

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

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

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

- Caractères cliniques de la contraction

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

- Régulation de l'activité utérine

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

Caractères cliniques de la contraction utérine

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

- Les contractions utérines du travail :

Une fois commencé, le travail est caractérisé par l'apparition de contractions utérines ayant acquis des caractères particuliers. Elles sont involontaires, intermittentes, rythmées et irrégulières séparées par un intervalle de durée variable d'abord long au début de travail (15 à 20 min) puis de plus en plus court (2-3 min) à la fin de la période de dilatation. Elles sont progressives dans leur durée qui est de 15 à 20 secondes au début, atteint 30 à 45 secondes à la fin de la dilatation, dans leur intensité qui croît du début à la fin de la dilatation, elles sont totales, se propageant comme une onde du fond de l'utérus à sa partie basse ; elles sont douloureuses, la douleur augmente avec la progression du travail, avec la durée et l'intensité de la contraction. Pendant les contractions les

bruits du cœur fœtal deviennent plus difficilement perceptibles à l'auscultation.

- Maturation du col :

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

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

- Effets de la contraction

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

Effet sur l'utérus

L'ouverture de l'utérus

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

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

Sur le plan clinique

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

- Effacement

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

- Dilatation

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

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

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

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

Effets sur le pôle inférieur de l'œuf

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

Effets sur le mobile fœtal

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

- L'engagement

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

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

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

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

- La descente et la rotation

La présentation doit faire une rotation intra-pelvienne telle qu'il amène son plus grand axe à coïncider avec le plus grand axe du détroit inférieur, le sous pubo-coccygien. La descente est appréciée par le niveau de la présentation.

- Le dégagement

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

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

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

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

La contraction s'accompagne du besoin de pousser, qui ne devra être effectif que lorsque la présentation sera sur le périnée et bien orientée.

Sous l'influence simultanée de la contraction et de l'effort abdominal, le bassin bascule, le périnée postérieur se tend, l'orifice anal devient béant.

La dilatation vulvaire se poursuit jusqu'à atteindre les dimensions de la grande conférence de la présentation, celle-ci ayant franchi l'orifice, le retrait du périnée en arrière dégage complètement la présentation.

2-2-3- Délivrance : 3^{ème} période du travail

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

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

Cliniquement elle comprend trois phases :

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

- Phase d'expulsion : l'expulsion du placenta et de ses membranes peut être spontanée sous l'effort d'une poussée abdominale.

3- ACCOUCHEMENT PREMATURE

3-1- Définition

La survenue d'un accouchement entre la 28^{ème} et la 37^{ème} SA révolue réalise ce qu'il est convenu d'appeler un accouchement prématuré.

Dans les pays développés l'accouchement prématuré est tout accouchement survenant entre la 22^{ème} et la 37^{ème} SA.

La menace d'accouchement prématuré est l'existence de contractions utérines et de modification du col utérin entre la 28^{ème} SA et 37^{ème} SA.

La prématurité est classée en :

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

3-2- Etiologies

Les causes de l'accouchement prématuré sont multiples. Parmi les causes retrouvées, les infections occupent le premier rang, mais la

plupart des accouchements prématurés surviennent sans causes évidentes.

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

3-2-1- Facteurs favorisants

- antécédents d'accouchement prématuré, de rupture prématurée des membranes, de fausses couches tardives (pour certaines interruptions volontaires de grossesses ou curetage).
- Primiparité
- Age maternel inférieur à 21 ans et supérieur à 36 ans
- Grossesses multiples : triplets, gémellaires
- Niveau socio-économique défavorisé
- Activités physiques débordantes,
- Taille inférieure à 1,50 mètres,
- Malformation utérine,
- Cardiopathie,
- anémie.

3-2-2- Causes gynéco-obstétricales

➤ Causes ovulaires

On entend par causes ovulaires tout ce qui dépend du fœtus et de ses annexes : placenta, membranes, liquide amniotique.

*** Causes fœtales**

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

- les grossesses multiples (jumeaux, triplets...)
- certaines malformations fœtales notamment par le biais d'hydramnios (atrésie de l'œsophage, atrésie duodénale).

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

- Rupture prématurée des membranes

La rupture prématurée (avant l'entrée en travail) de la poche des eaux lorsqu'elle survient avant 37 SA est un facteur de risque majeur d'accouchement prématuré, notamment d'origine infectieuse.

La disparition de la barrière membranaire favorise l'infection ascendante à partir des germes vaginaux et la survenue d'une chorioamniotite.

Le diagnostic est évoqué devant un écoulement de liquide clair. Il peut être confirmé par un simple examen au spéculum relevant un écoulement de liquide provenant de l'orifice cervical. Dans certains cas le diagnostic peut être étayé par un test pH calorimétrique (le pH vaginal

normal est acide, il devient alcalin en cas de rupture des membranes) ou par un test à la diamine oxydase (DAO).

- **Chorioamniotite** : est une infection ovulaire ; elle survient le plus souvent après une rupture prématurée des membranes. Elle se traduit par l'existence d'au moins deux des signes suivants :

- fièvre supérieure à 37,8°C,
- tachycardie fœtale supérieure à 160 battements par minute
- hyperleucocytose supérieure à 18000
- présence de contractions utérines.

- **Hydramnios** : c'est l'existence d'une quantité excessive de liquide amniotique. La surdimension utérine qu'il provoque entraîne des contractions utérines et un accouchement prématuré. Le diagnostic peut être évoqué devant une hauteur utérine excessive et doit être confirmé par une échographie.

Les causes d'hydramnios peuvent être maternelle (diabète gestationnel ou permanent) fœtales (malformation, myasthénie, myopathie) parfois idiopathiques.

*** Causes placentaires**

L'insertion vicieuse du placenta sur le segment inférieur, compliqué ou non d'hémorragie ou d'ouverture de l'œuf, provoque souvent l'accouchement avant terme. L'hématome rétro-placentaire est responsable également d'accouchement prématuré.

➤ **Causes utérines**

* **Béances cervico-isthmiques** : c'est l'incompétence du col qui s'ouvre précocement au cours de la grossesse. Le diagnostic repose essentiellement sur les antécédents : (fausse couche spontanée, tardive ou accouchement très prématuré en l'absence d'étiologie patente).

L'existence d'une béance avérée impose des mesures préventives de repos et peut justifier la réalisation d'un cerclage (faufilage d'un fil non résorbable autour du col permettant de diminuer le risque d'ouverture prématurée).

* **Malformation utérine : hypoplasie, utérus bicorne, utérus cloisonné.**

Exposition in-utero au distilbène (DES) : ce traitement a été prescrit à des femmes enceintes jusqu'en 1975 environ. Les filles de ces femmes traitées au DES peuvent présenter à des degrés divers des malformations utérines (hypoplasie utérus en T), cervicales (adénome vaginal, adénocarcinome vaginal).

3-2-3- Causes génitales

➤ **Infections**

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

Un ECBU, une numération des corps microbiens par ml pour la recherche de la bactérie en cause sont nécessaires.

- infections vaginales ou cervico-vaginales ascendantes,
- les infections cervico-vaginales sont responsables d'une réaction inflammatoire qui peut induire des contractions et des modifications du col utérin. Les germes les plus fréquemment en cause sont : streptocoque bêta-hémolytique, E. coli, les bacilles gram négatif, la vaginose bactérienne,
- la vaginose bactérienne n'est pas une vaginite c'est un déséquilibre de la flore vaginale normale avec disparition de la flore de Doderlein (lactobacilles, producteurs d'acide lactiques), elle est la conséquence d'une alcalinisation du pH vaginal (supérieur à 5,5) et favorise la prolifération de germes plus souvent anaérobies : Gardnerella vaginalis, pepto-streptococcus, mobilucuns, bactéroïdes flagilis, urea plasma, uréalitcum.
- Chorioamniotite (voir causes utérines)
- Les autres infections sont :
 - . cystite
 - . toutes infections sévèresinfection parasitaire : le paludisme.

Recherche d'affection inapparente comme la toxoplasmose ou la maladie des inclusions cytomégaliqes ou une infection à Rickettsie ou à Néorickettsie.

- Les syndromes vasculo-rénaux sont souvent causes d'accouchement prématuré.

- Le diabète : quand il s'accompagne d'hydramnios est une cause qui favorise la prématurité.
- Les cardiopathies

3-2-4- Causes socio-économiques

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

3-2-5- Anomalies morphologiques et physiologiques générales

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

3-2-6- Antécédents obstétricaux

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

Une place de plus en plus importante est accordée aux interruptions volontaires de la grossesse ayant pour conséquences les

accouchements prématurés. Mais de nombreuses causes nous échappent encore, particulièrement d'éventuelles causes fœtales. Aujourd'hui encore 40% des accouchements prématurés restent inexpliqués.

3-2-7- Prématurité induite

Il s'agit du cas particulier où l'accouchement prématuré n'est pas spontané mais provoqué par décision médicale devant une situation à risque de mort fœtale ou de séquelles pour l'enfant : souffrance fœtale, retard de croissance intra-utérin sévère, l'accouchement peut être provoqué par un déclenchement ou par une césarienne (PP hémorragique).

Un coefficient de risque d'accouchement prématuré (CRAP) a été établi par Papiernik, qui évalue pour chaque femme le danger d'avoir une interruption prématurée de sa grossesse. Plusieurs facteurs sont retenus, côtés suivant leur importance et classés en série.

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

Si le CRAP est inférieur à 5, il n'y a pas de danger de prématurité

Si le CRAP est compris entre 5 et 10 le risque est potentiel

Si le CRAP est supérieur à 10 le risque est certain.

Tableau II Coefficient de risque d'accouchement prématuré de Papiernik

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

3-3 Menace d'accouchement prématuré

3-3-1- Signes fonctionnels

Les contractions utérines sont souvent typiques, ressenties par la patiente comme une douleur intermittente survenant à intervalles réguliers, de fréquence variable mais d'autant plus sévère que la fréquence est élevée (toutes les 5 à 10 minutes). Coïncidant avec un durcissement de l'utérus, elles sont à distinguer des contractions physiologiques de Braxton-Hicks, non douloureuses, irrégulières qui surviennent à la fréquence d'une contraction toutes les heures à 20 semaines d'aménorrhée, à 3 à 4 par heures à 37 semaines d'aménorrhée. Les contractions peuvent avoir une forme atypique : douleurs lombaires basses intermittentes non caractérisées, simple durcissement de la paroi abdominale sans sensation de douleur, de pesanteur pelvienne. La rupture prématurée des membranes est parfois le premier symptôme, elle peut être isolée ou s'accompagner de contractions utérines, tantôt elle est franche. L'écoulement de liquide est abondant, il s'agit de rupture basse de mauvais pronostic. L'écoulement peut être peu important, irrégulier se répétant ce qui laisse supposer une rupture haute des membranes qualifiée à tort de fissuration .

3-3-2- Examen physique

Le palper abdominal peut percevoir des contractions utérines. Le toucher vaginal est l'examen clé, permettant de percevoir les modifications du col utérin. Les différents points suivants sont notés : longueur, position, consistance, dilatation et hauteur de la présentation du fœtus.

Au cours d'une grossesse normale, le col reste long, postérieur, tonique, fermé et la présentation céphalique. Le col se raccourcit, se ramollit s'ouvre et devient plus centré. Parallèlement, la présentation descend et le segment inférieur de l'utérus devient souple. Il est souhaitable d'enregistrer l'activité utérine et le rythme cardiaque fœtal pour avoir d'une part une preuve du bon état fœtal qui autorise la mise en route du traitement. A partir des symptômes et des données de l'examen la gravité de la menace peut être appréciée et chiffré pour en suivre l'évolution et faire une étude comparative. Un indice de menace d'accouchement prématuré (IMAP) a été proposé (Baumgartner).

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

Au dessus de 6, elle est sévère et les chances de succès du traitement sont restreintes.

Tableau III : Indice de menace d'accouchement prématuré selon Baumgartner

| Points | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
|-----------------------|----------|---------------------------|---------------|------|---------------|
| Contractions utérines | 0 | Irrégulière | Régulière | | |
| Membranes | Intactes | | Rupture haute | | Rupture basse |
| Métrorragie | 0 | Métrorragie peu important | Hémorragie | | |
| Dilatation du col | 0 | 1 cm | 2 cm | 3 cm | 4 cm ou plus |

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

3-3-3- Examens complémentaires

➤ Examens à visée diagnostique

La tocographie permet d'apprécier la fréquence des contractions utérines à l'aide d'un capteur mécanique placé sur l'abdomen de la patiente.

Echographie du col peut permettre de pallier la subjectivité de l'examen clinique en mesurant directement la longueur du canal cervical. Un col de longueur normale (à titre indicatif supérieur à 30 mm) est associé à un risque très faible d'accouchement prématuré.

➤ **Examens à visée étiologique**

* **Bilan infectieux** : prélèvement vaginal, ECBU systématiques.

3-3-4- Traitement

- 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 : traitement visant à arrêter ou à diminuer les contraction utérines, n'ont qu'une action sympathomimétique. Les tocolytiques de référence jusqu'aujourd'hui sont les bêtas sympathomimétiques (Salbutamol). Cependant, ces molécules présentent des effets secondaires parfois sévères et peuvent être responsables d'accidents cardiovasculaires graves. Leur utilisation doit être précédée d'un bilan préthérapeutique.

D'autres molécules, d'utilisation plus simples, ayant moins d'effet secondaires et semblant aussi efficaces sont en cours de développement : les inhibiteurs calciques et les antiocytocines.

La tocolyse est souvent inefficace pour 50% des femmes hospitalisées avec un col <1 cm et dilaté à plus de 3 cm.

* Les bêta mimétiques

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, prééclampsie sévère.

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

Complications : accidents hypokaliémie, hyperglycémie, troubles du rythme cardiaque, œdème aigu du poumon, décès maternel.

- *Bilan préthérapeutique* : interrogatoire (+++)

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

Mode d'administration, 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 efficace. Ne jamais dépasser une fréquence cardiaque maternelle de 120 battement/min, même en cas d'inefficacité de la tocolyse. Après 48H de traitement si les contractions utérines sont jugulées, le relais est généralement assuré par la forme orale (Salbutamol 4 à 6 comprimés/j).

*** Les inhibiteurs calciques**

Les initiateurs des canaux calciques ont une action myoleraxantes sur les fibres musculaires lisses. Vasculaires et utérines, leur utilisation comme tocolytique fait appel à la Nifedipine par voie orale, (Adalate 20 LP1 comprimé, 3 fois/jour ou Chronadalate 1 comprimé 2 fois/jour) ou à la Nicardipine par voie orale (Loxen 50 LP1 comprimé 2 à 3 fois/jour).

Les effets secondaires : Flush, céphalées, veinite. L'efficacité semble au moins comparable à celle des bêtas mimétiques.

*** Autres tocolytiques**

La progestérone naturelle a longtemps été utilisée formellement. Son emploi peut favoriser la survenue d'une cholestase gravidique et elle n'est pratiquement plus employée. La posologie : 400mg toutes les 4 heures.

Les antispasmodiques de type phloroglucinol (spasfon) sont largement prescrits mais leur efficacité n'est nullement établie.

Les inhibiteurs de synthèse des prostaglandines (anti-inflammatoires non stéroïdiens) 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.

3-3-5- Mesures visant à améliorer le pronostic néonatal en cas de menace d'accouchement prématuré.

*** Corticoïdes : maturation pulmonaire fœtale**

En cas d'accouchement prématuré les principales complications néonatales sont respiratoires (maladie des membranes hyalines) et neurologiques (hémorragies intraventriculaires). L'administration de corticoïdes passant la barrière placentaire (bêtaméthasone, dexaméthasone) en cas de menace d'accouchement prématuré permet de réduire l'incidence de ces 2 complications ainsi que la mortalité néonatale, principalement en cas d'accouchement prématuré avant 34 SA.

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

Le traitement s'administre par voie intramusculaire par cure de 48 H, éventuellement répété une semaine plus tard.

3-3-6- Prévention

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

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

- antécédent d'accouchement prématuré
- antécédent de rupture prématurée des membranes
- antécédent de fausses couches tardives
- malformation utérine
- exposition in-utero au Distilbene connu (voir facteurs de risque),
- signes de modifications cervico-isthmiques :
 - . une longueur cervicale < 1cm,
 - . une ouverture de l'orifice interne > 1cm,
 - . une présentation située à hauteur ou en dessous des épines sciatiques,
 - . un segment inférieur amplifié et par la présence de contraction utérine douloureuse et durant plus de 35 secondes.

Certaines mesures préventives peuvent être prises selon les cas :

- modification des conditions de travail si possible
- arrêt de travail précoce

- cerclage du col utérin en cas de béance.

3-4- Accouchement prématuré

L'accouchement prématuré étant la conséquence :

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

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

3-4-1- L'accouchement prématuré spontané

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

- Le travail a certaines particularités ; la rupture prématurée des membranes est fréquente ; elle est souvent le mode de début du travail. Le fœtus se présente souvent par le siège n'ayant pas encore accompli sa mutation. L'accommodation de la présentation, trop petite est médiocre. L'effet des contractions utérines, même normales peut être dangereux pour le fœtus prématuré d'où la nécessité de le surveiller.

Au cours de l'expulsion, le dégagement se fait souvent en position irrégulière, en occipito-sacrée et même en oblique. La présentation peut faire face à un obstacle dangereux pour le fœtus fragile qui est exposé aux lésions cérébro-méningées et à l'hypoxie. Souvent sous la poussée

d'une tête trop petite et mal orientée, il cède brusquement à des déchirures périnéales.

- La conduite à tenir doit prendre en compte ces particularités. Le souci de l'obstétricien est de permettre une naissance le moins traumatique possible. La surveillance du rythme cardiaque fœtal doit être particulièrement attentive. Des antibiotiques seront administrés quand les membranes sont rompues pour prévenir l'infection amniotique à laquelle le prématuré est particulièrement sensible. L'accouchement par voie basse est accepté si les conditions sont favorables. Pour éviter la lutte contre l'obstacle périnéal on est souvent amené, surtout chez la primipare à faire une épisiotomie et même une application de forceps, qui exécutée avec douceur est moins dangereuse pour l'enfant qu'une expulsion trop laborieuse.

3-4-2- L'accouchement prématuré provoqué

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

Une concertation préalable entre l'obstétricien, le pédiatre et l'anesthésiste est indispensable de même que l'information éclairée des parents et leur accompagnement psychologique. Le taux des enfants extrait par décision médicale, prématurément voire très prématurément est en augmentation du fait des progrès de la réanimation néonatale et

de l'amélioration des conditions de survie des prématurés face au risque de mortalité in-utero de pathologies gravidiques.

Les indications sont avant toutes fœtales : souffrance fœtale chronique en cours d'aggravation avec ou sans retard de croissance. Les éléments de décision reposent sur le rythme fœtal cardiaque, la vitalité, le comportement du fœtus. Elles peuvent être aussi maternelles : syndrome vasculo-rénal, l'insertion vicieuse du placenta sur le segment inférieur, état infectieux, cardiopathie. L'indication est souvent mixte, materno-fœtale. L'accueil du nouveau-né prématuré doit être prévu et préparé. Une équipe de réanimation sera présente pour assurer les soins des prématurés, ainsi qu'un pédiatre néonatal pour les cas à haut risque. Les soins sont essentiels pour assurer le pronostic du prématuré tant immédiat que lointain.

3-4-3- Aspect clinique du prématuré

Le prématuré est un petit enfant bien proportionné, au visage menu et gracieux. Il est recouvert de vernix caseosa. Sa peau est fine et érythrosique, parfois rouge-vive. Elle est douce et de consistance gélatineuse. Il existe parfois un œdème au niveau de extrémités. Le lanugo plus ou moins important recouvre ses épaules et son dos. L'absence de relief et la mollesse du pavillon de l'oreille de même que l'absence de striation plantaire, la petite taille des mamellons et l'aspect des organes génito-externes sont des critères importants de prématurité. Ils sont à comparer aux critères de maturation neurologique (tonus

passif, les mouvements spontanés, les réflexes archaïques et les réflexes oculaires).

3-5- Complications de la prématurité

Elles sont pour l'essentiel liées à l'immaturation de certains organes de l'enfant né prématurément quelque soit la cause de la naissance prématurée. Les complications respiratoires et vasculaires, neurologiques sont les plus importantes à connaître d'un point de vue de santé publique.

3-5-1- Les complications respiratoires

Essentiellement la maladie de la membrane hyaline.

3-5-2- Les complications vasculaires, neurologiques

En situation de risque (grande prématurité) elles doivent être dépistées systématiquement par l'échographie transfontanellaire. Elles sont essentiellement de deux types :

- la pathologie veineuse

L'hémorragie sous épendymaire et intra-ventriculaire en est la traduction clinique la plus typique. Son taux d'incidence augmente avec l'importance de la prématurité ; globalement il avoisine les 25% au dessous de 32 semaines. Seules les formes les plus étendues, c'est-à-dire avec dilatation ventriculaire ou « lésion parenchymateuse » associée comportent un risque évolutif mais elles sont rares.

- La pathologie artérielle

La leucomalacie périventriculaire en est la traduction la plus typique. Il s'agit d'une lésion de nature ischémique de la substance blanche périventriculaire proche, mais susceptible de s'étendre plus ou moins à distance du toit du ventricule, son taux d'incidence qui croit avec l'incidence de la prématurité, est aux environs de 10% au dessous de 32 semaines d'aménorrhée, donc plus faible que celui de l'hémorragie sous épendymaire et intraventriculaire.

3-5-3- L'ictère du prématuré

3-5-4- Les autres complications

- L'hypothermie (température $<35^{\circ}\text{C}$) avec les risques d'hypoglycémie, d'hypertension artérielle pulmonaire, de pathologie du surfactant secondaire et d'hémorragie péri et intra-ventriculaire.
- l'anémie, pâleur plus évidente au niveau des muqueuses qu'au niveau des téguments.

IV- METHODOLOGIE

1- Cadre de l'étude

Notre étude s'est déroulée dans le service de gynéco-obstétrique du centre de santé de référence de la commune II du district de Bamako.

Dispensaire, puis PMI (Protection maternelle et infantile) jusqu'en 1998, il fut érigé en centre de santé de référence, deuxième niveau de la pyramide sanitaire du Mali à trois niveaux. Les centres de santé communautaires (dont 5 en commune II : ASACOHI (Hypodrome), ASACOME (Medine), ASACO Benkady (Bakaribougou) ASACO Niarela, ABOSAC (Bozola) constituent de premier niveau. Puis ce sont les centres de santé de référence puis les hôpitaux nationaux.

La commune II couvre une superficie de 17 km² soit environ 7% de la superficie totale du district de Bamako, 267 km².

Elle est limitée :

Au nord par le pied de la colline du Point « G ».

Au sud par le fleuve Niger

A l'est par le marigot de Korofina

A l'ouest par la route goudronnée, Boulevard du Peuple passant par l'IOTA, traversant le grand marché jusqu'au pont des Martyrs.

Elle comporte 12 quartiers (Bagadadji, Bakaribougou, Bougouba, Bozola, Hippodrome, Médina-coura, Missira, Niarela, Quinzambougou, TSF, Zone industrielle, N'Gomi).

Le centre de santé se trouve à Missira. Il comporte plusieurs services :

- l'administration ;

- la pharmacie ;
- le service d'oto-rhino-laryngologie ;
- le service d'ophtalmologie ;
- le service de médecine ;
- le service d'odonto-stomatologie ;
- le service de pédiatrie ;
- le service de PEV (programme élargie de vaccination) ;
- le service social ;
- le service de gynécologie-obstétrique ;

le service gynécologie-obstétrique occupe le rez-de-chaussée. A l'étage se trouvent l'administration et d'autres services.

Le service gynécologie obstétrique comporte :

- une salle d'accouchement avec trois tables d'accouchement ;
- une salle des suites de couches immédiates avec trois lits ;
- une salle de garde pour les infirmières et aides-soignantes ;
- un bureau pour la sage-femme maîtresse ;
- une toilette interne pour le personnel ;
- une unité de planning familial ;
- une unité prénatale ;
- une unité post-natale ;
- une unité de prévention de la transmission mère-enfant (PTME) ;
- une salle d'échographie ;
- une unité de gynécologie et de grossesse à haut risque ;
- trois salles d'hospitalisation.

Le personnel comprend :

- une spécialiste en gynécologie-obstétrique qui est le chef de service ;
- des étudiants faisant fonction d'interne (14) ;
- la sage-femme maîtresse ;
- des sages-femmes (28) ;
- des infirmières obstétriciennes (2) ;
- des infirmières (14) ;
- des aides soignantes (20) ;
- des manœuvres (5).

Le service dispose d'une salle d'accouchement qui fonctionne 24/24 H. Les consultations gynécologiques et obstétricales (grossesse à risque) sont assurées par la gynécologue obstétricienne deux jours par semaine (lundi et mercredi) et les autres jours par les internes et des sages-femmes avec référence au médecin généraliste à compétence chirurgicale en cas de besoin.

Les autres unités fonctionnent tous les jours ouvrables et sont gérées par des sages femmes avec l'aide des infirmières et des aides-soignantes.

Un staff se tient tous les jours après la garde par les internes de garde, la sage-femme de garde et le médecin.

Une fois par semaine se tient un staff pour discuter de la prise en charge de certaines pathologies fréquemment rencontrées et des dossiers des entrantes.

Une équipe de garde quotidienne travaille 24/24 H composée des internes, d'une sage-femme, d'une infirmière obstétricienne, d'une aide-soignante et d'un manoeuvre.

2- Type d'étude

Il s'agit d'une étude transversale descriptive avec collecte de données prospectives.

3- Période d'étude :

Du 1^{er} janvier 2003 au 31 décembre 2003 soit 12 mois.

4- Population d'étude

Gestantes admises du 1^{er} janvier 2003 au 31 décembre 2003 pour menace d'accouchement prématuré.

5- Echantillonnage

*** Critères d'inclusion**

Gestantes reçues en salle d'accouchement à un terme compris entre 28 et 37 SA.

*** Critères de non inclusion**

Gestantes ayant accouché avant 28 SA à 37 SA révolues et plus

Gestantes ayant accouché hors du service

6- Collecte des données

Le recueil des données a été effectué à l'aide de questionnaires individuels (fiche d'enquête) portée en annexe, du registre des accouchements, des partogrammes. L'analyse des données a été effectuée sur le logiciel Epi-info (6.04dfr).

7- Aspect éthique

Tous les patientes ont été soumis à un counselling avec leur consentement éclairé.

Ce consentement est obtenu à l'interrogatoire de la patiente.

L'anonymat a été respecté.

V- RESULTATS

I- Fréquence

102 accouchements prématurés ont été enregistrés du 1^{er} janvier 2003 au 31 décembre 2003 sur un total de 3123 accouchements soit une fréquence de 3,26%.

II- Caractéristiques socio-démographiques

Tableau I : Répartition des parturientes selon les tranches d'âge

| Tranches d'âge | Effectif absolu | Pourcentage |
|----------------|-----------------|-------------|
| 15-18 | 30 | 29,4 |
| 19-30 | 56 | 54,8 |
| 31-38 | 16 | 15,8 |
| Total | 102 | 100 |

La tranche d'âge la plus représentée est celle comprise entre 19-30 ans avec 54,8%.

L'âge moyen est de 22,6 ±5,6 avec des extrêmes de 15 à 38 ans.

Les adolescentes 15-18 ans représentent 29,4%.

Tableau II : Répartition des parturientes selon le statut matrimonial

| Statut matrimonial | Effectif absolu | Pourcentage |
|--------------------|-----------------|-------------|
| Marié | 83 | 81,4 |
| Célibataire | 19 | 18,6 |
| Total | 102 | 100 |

Tableau III : Répartition des parturientes selon l'ethnie

| Ethnie | Effectif absolu | Pourcentage |
|----------|-----------------|-------------|
| Bambara | 42 | 41,2 |
| Malinké | 6 | 5,9 |
| Peulh | 14 | 13,7 |
| Soninké | 13 | 12,7 |
| Sonrhaï | 6 | 5,9 |
| Dogon | 8 | 7,8 |
| Sénoufo | 1 | 1 |
| Minianka | 7 | 6,9 |
| Autres* | 5 | 4,9 |
| Total | 102 | 100 |

*= Bobo, Nigérienne, Togolaise

Tableau IV : Répartition des parturientes selon la profession

| Profession | Effectif absolu | Pourcentage |
|-----------------|-----------------|-------------|
| Ménagère | 60 | 58,8 |
| Vendeuse | 6 | 5,9 |
| Elève-Etudiante | 22 | 21,6 |
| Autres | 14 | 13,7 |
| Total | 102 | 100 |

Autres = fonctionnaire, teinturière, coiffeuse
58,8% de nos parturientes sont ménagères.

Tableau V : Répartition des parturientes selon la profession du mari

| Profession du mari | Effectif absolu | Pourcentage |
|--------------------|-----------------|-------------|
| Commerçant | 32 | 38,5 |
| Fonctionnaire | 23 | 27,7 |
| Ouvrier | 18 | 21,6 |
| Cultivateur | 8 | 9,6 |
| Sans profession | 2 | 2,4 |
| Total | 83 | 100 |

III- Clinique

1- Mode d'admission

Tableau VI : Répartition des parturientes selon le mode d'admission

| Mode d'admission | Effectif absolu | Pourcentage |
|-------------------------|------------------------|--------------------|
| Venue d'elle-même | 88 | 86,3 |
| Référée | 14 | 13,7 |
| Total | 102 | 100 |

Tableau VII : Répartition des parturientes selon les structures de référence

| Structures de référence | Effectif absolu | Pourcentage |
|--------------------------------|------------------------|--------------------|
| ASACOHI | 3 | 21,4 |
| ASACOME | 5 | 35,7 |
| ASACO BENKADY | 4 | 28,6 |
| ASACO NIARELA | 2 | 14,3 |
| Total | 14 | 100 |

Tableau VIII : Répartition des parturientes selon le motif d'admission

| Motif d'admission | Effectif absolu | Pourcentage |
|----------------------------------|-----------------|-------------|
| Contraction utérine douloureuse | 78 | 76,5 |
| Rupture prématurée des membranes | 13 | 12,7 |
| Métrorragie | 7 | 6,8 |
| Hydramnios | 2 | |
| Fièvre | 2 | |
| Total | 102 | 100 |

2- Antécédents

Tableau IX : Répartition des parturientes selon la gestité

| Gestité | Effectif absolu | Pourcentage |
|------------------------|-----------------|-------------|
| Primigeste (1) | 47 | 46,1 |
| Paucigeste (2-3) | 23 | 22,5 |
| Multigeste (4-6) | 30 | 29,3 |
| Grande multigeste (>7) | 5 | 4,9 |
| Total | 102 | 100 |

Tableau X : Répartition des parturientes selon la parité

| Parité | Effectif absolu | Pourcentage |
|------------------|-----------------|-------------|
| Primipare | 60 | 58,8 |
| Paucipare | 28 | 27,4 |
| Multipare | 10 | 9,8 |
| Grande multipare | 4 | 3,9 |
| Total | 102 | 100 |

La portion la plus représentée est celle des primipares.

Tableau XI : Répartition des parturientes selon les antécédents

| Antécédent | Effectif absolu | Pourcentage |
|------------------------|-----------------|-------------|
| Accouchement prématuré | 20 | 19,6 |
| Avortement | 27 | 26,4 |
| Sans antécédent | 55 | 54 |
| Total | 102 | 100 |

Tableau XII : Répartition des parturientes selon les pathologies survenues au cours de la grossesse actuelle

| Pathologies survenues | Effectif absolu | Pourcentage |
|--|-----------------|-------------|
| Paludisme | 44 | 43,1 |
| HTA | 14 | 13,7 |
| Infection urinaire | 20 | 19,6 |
| Anémie | 10 | 9,8 |
| Métrorragie du 1 ^{er} trimestre | 6 | 6,9 |

3- Suivi prénatal

- Surveillance de la grossesse actuelle

Tableau XIII : Répartition des parturientes selon le nombre de CPN

| Nombre de consultation prénatale | Effectif absolu | Pourcentage |
|----------------------------------|-----------------|-------------|
| 0 | 28 | 27,5 |
| <4 | 61 | 59,8 |
| ≥4 | 13 | 12,7 |
| Total | 102 | 100 |

Chez 59,8% des parturientes la grossesse était mal suivie.

Tableau XIV : Répartition des parturientes selon l'âge de la grossesse

| Age de la grossesse (SA) | Effectif absolu | Pourcentage |
|--------------------------|-----------------|-------------|
| 28-32 | 30 | 29,4 |
| 33-34 | 50 | 49 |
| > 34 - < 37 | 22 | 21,6 |
| Total | 102 | 100 |

29,4% avaient présenté une grossesse dont l'âge était compris entre 28-32 SA.

Tableau XV : Répartition des parturientes selon la hauteur utérine

| Hauteur utérine (cm) | Effectif absolu | Pourcentage |
|----------------------|-----------------|-------------|
| 20-25 | 32 | 31,4 |
| 26-30 | 54 | 52,9 |
| >30 * | 16 | 15,8 |
| Total | 102 | 100 |

*= grossesse gémellaire et les triplés.

Tableau XVI : Répartition des parturientes selon la présence des BDCF

| BDCF | Effectif absolu | Pourcentage |
|---------|-----------------|-------------|
| Présent | 88 | 86,3 |
| Absent | 14 | 13,7 |
| Total | 102 | 100 |

Tableau XVII : Répartition des parturientes selon la fréquence des BDCF

| Fréquence BDCF | Effectif absolu | Pourcentage |
|----------------|-----------------|-------------|
| 0 | 14 | 14,1 |
| <120 | 1 | 1 |
| 120-160 | 71 | 71,7 |
| >160 | 12 | 12,1 |
| Total | 99 | 100 |

Tableau XVIII : Répartition des parturientes selon la régularité ou non des contraction utérines

| Contraction utérine | Effectif absolu | Pourcentage |
|---------------------|-----------------|-------------|
| Régulière | 94 | 92,2 |
| Irrégulière | 8 | 7,8 |
| Total | 102 | 100 |

Tableau XIX : Répartition des parturientes selon l'état des membranes à l'entrée

| Etat des membranes | Effectif absolu | Pourcentage |
|--------------------|-----------------|-------------|
| Intactes | 77 | 75,5 |
| Rompues | 25 | 24,5 |
| Total | 102 | 100 |

Tableau XX : Répartition des parturientes selon la prise de la température relevée à l'entrée

| Température à l'entrée | Effectif absolu | Pourcentage |
|-----------------------------|-----------------|-------------|
| $\leq 37,5^{\circ}\text{C}$ | 30 | 29,4 |
| $> 37,5^{\circ}\text{C}$ | 62 | 60,7 |
| Non prise | 10 | 9,8 |
| Total | 102 | 100 |

Tableau XXI : Répartition des parturientes en fonction des chiffres tensionnels à l'entrée

| Tension artérielle (mmHg) | Effectif absolu | Pourcentage |
|---------------------------|-----------------|-------------|
| $< 140/90$ | 57 | 55,9 |
| $\geq 140/90$ | 45 | 44,1 |
| Total | 102 | 100 |

Tableau XXII : Répartition des parturientes selon la taille

| Taille (m) | Effectif absolu | Pourcentage |
|------------|-----------------|-------------|
| < 1,50 | 10 | 9,8 |
| ≥ 1,50 | 82 | 90,2 |
| Total | 102 | 100 |

Tableau XXIII : Répartition des parturientes selon la couleur du liquide amniotique

| Couleur du liquide amniotique | Effectif absolu | Pourcentage |
|-------------------------------|-----------------|-------------|
| Claire | 90 | 88,2 |
| Teintée | 10 | 9,8 |
| Méconiale | 2 | 2 |
| Total | 102 | 100 |

Tableau XXIV : Répartition des parturientes selon la longueur du col à l'entrée

| Longueur du col | Effectif absolu | Pourcentage |
|-----------------|-----------------|-------------|
| Effacé | 99 | 97,1 |
| Court | 3 | 2,9 |
| Total | 102 | 100 |

Tableau XXV : Répartition des parturientes selon la dilatation du col à l'entrée

| Dilatation du col (cm) | Effectif absolu | Pourcentage |
|------------------------|-----------------|-------------|
| ≤ 3 | 15 | 14,7 |
| ≥ 4 | 87 | 85,3 |
| Total | 102 | 100 |

Tableau XXVI : Répartition des parturientes en fonction de la présentation du fœtus

| Présentation du fœtus | Effectif absolu | Pourcentage |
|-----------------------|-----------------|-------------|
| Céphalique | 96 | 94,1 |
| Siège | 5 | 4,9 |
| Transverse | 1 | 1 |
| Total | 102 | 100 |

La présentation était céphalique chez 94,1% des parturientes.

Tableau XXVII : Répartition des parturientes selon la durée du travail

| Durée du travail (heures) | Effectif absolu | Pourcentage |
|---------------------------|-----------------|-------------|
| <9 heures | 24 | 23,6 |
| 9-12 heures | 73 | 71,5 |
| > 12 heures | 5 | 4,9 |
| Total | 102 | 100 |

Tableau XXVIII : Répartition des parturientes en fonction du nombre de fœtus

| Nombre de fœtus | Effectif absolu | Pourcentage |
|-----------------|-----------------|-------------|
| Monofoetal | 85 | 83,4 |
| Gémellaire | 14 | 13,7 |
| Triplés | 3 | 2,9 |
| Total | 102 | 100 |

4- Pronostic foetal

Tableau XXIX : Répartition des nouveau-nés en fonction du score d'Apgar

| Score d'Apgar | Effectif absolu | Pourcentage |
|---------------|-----------------|-------------|
| 0 | 13 | 10,7 |
| < 7 | 85 | 69,6 |
| ≥7 | 24 | 19,7 |
| Total | 122 | 100 |

Tableau XXX : Répartition des nouveau-nés en fonction du sexe

| Sexe | Effectif absolu | Pourcentage |
|----------|-----------------|-------------|
| Féminin | 44 | 36,1 |
| Masculin | 88 | 63,9 |
| Total | 122 | 100 |

Tableau XXXI : Répartition des nouveau-nés en fonction du poids de naissance

| Poids de naissance (g) | Effectif absolu | Pourcentage |
|------------------------|-----------------|-------------|
| < 1500 | 38 | 30,1 |
| 1500-2000 | 74 | 60,7 |
| >2000 | 10 | 8,2 |
| Total | 122 | 100 |

Tableau XXXII : Répartition des nouveau-nés en fonction de la taille

| Taille (cm) | Effectif absolu | Pourcentage |
|-------------|-----------------|-------------|
| ≤ 46 | 111 | 90,9 |
| >46 | 11 | 9,1 |
| Total | 122 | 100 |

Tableau XXXIII : Répartition des nouveau-nés en fonction de la référence

| Référence | Effectif absolu | Pourcentage |
|------------|-----------------|-------------|
| Référé | 99 | 81,2 |
| Non référé | 23 | 18,8 |
| Total | 122 | 100 |

81,2% de nos prématurés ont été référés.

Tableau XXXIV : Répartition des nouveau-nés en fonction du motif de référence

| Motif de référence | Effectif absolu | Pourcentage |
|---|-----------------|-------------|
| Petit poids de naissance | 74 | 74,7 |
| Petit poids de naissance plus détresse respiratoire | 25 | 25,3 |
| Total | 99 | 100 |

Tableau XXXV : Répartition des nouveau-nés selon leur devenir dans les 72 heures

| Devenir | Effectif absolu | Pourcentage |
|-------------|-----------------|-------------|
| Décédé | 48 | 39,3 |
| Vivant | 72 | 59 |
| Non précisé | 12 | 9,8 |
| Total | 122 | 100 |

39,3% des nouveau-nés sont décédés.

Tableau XXXVI : Répartition du score d'Apgar en fonction de l'âge gestationnel

| Score d'Apgar Age gestationnel | 0 | ≤7 | >7 | Total |
|-----------------------------------|--------------|---------------|---------------|-------|
| 28-32 SA | 9 (20,9%) | 32 (74,4%) | 2 (4,7%) | 43 |
| 33-34 SA | 4 (6,3%) | 51 (80,9%) | 8 (12,7,%) | 63 |
| <34- <37 SA | - | 2 (2,5%) | 14 (87,5%) | 16 |
| Total | 13 | 85 | 24 | 122 |

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

| Score d'Apgar Poids (g) | 0 | ≤7 | >7 | Total |
|----------------------------|--------------|---------------|---------------|-------|
| <1500 | 6 (15,8%) | 12 (31,6%) | 20 (52,6%) | 38 |
| 1500-2000 | 7 (9,5%) | 67 (90,5%) | - | 74 |
| >2000 | - | 6 (60%) | 4 (40%) | 10 |
| Total | 13 | 85 | 24 | 122 |

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

| Poids (g) Age gestationnel (SA) | <1500 | 1500-2000 | >2000 | Total |
|------------------------------------|---------------|---------------|-------------|-------|
| 28-32 | 20 (66,7%) | 7 (23,3%) | 3 (10%) | 30 |
| 33-34 | 8 (16%) | 37 (74%) | 5 (10%) | 50 |
| >34 <37 | 10 (23,8%) | 30 (71,4%) | 2 (4,8%) | 42 |
| Total | 38 | 74 | 10 | 122 |

Tableau XXXIX : Répartition de l'âge gestationnel en fonction de la hauteur utérine (HU)

| HU (cm) Age gestationnel (SA) | 20-25 | 26-30 | >30 | Total |
|-------------------------------------|-------------|---------------|--------------|-------|
| 28-32 | 15 (50%) | 11 (36,7%) | 4 (13,3%) | 30 |
| 33-34 | 17 (34%) | 23 (46%) | 10 (20%) | 50 |
| >34 <37 | - | 20 (90,9%) | 2 (9,1%) | 22 |
| Total | 32 | 54 | 16 | 102 |

Tableau XXXX : Répartition des nouveau-nés référés en fonction du score d'Apgar

| Référé Score d'Apgar | Référé | Non référé | Total |
|-------------------------|---------------|---------------|-------|
| 0 | - | 13 (100%) | 13 |
| < 7 | 85 (100%) | - | 85 |
| ≥7 | 14 (58,3%) | 10 (41,7%) | 24 |
| Total | 99 | 23 | 122 |

Tableau XXXXI : Répartition des nouveau-nés référés en fonction du poids de naissance

| Reference Poids (g) | Non référé | Référé | Total |
|------------------------|---------------|---------------|-------|
| <1500 | 12 (21,1%) | 26 (78,9%) | 38 |
| 1500-2000 | 1 (8,9%) | 73 (98,6%) | 74 |
| >2000 | 10 (100%) | - | 10 |
| Total | 23 | 99 | 122 |

VI- COMMENTAIRES ET DISCUSSIONS

1- Fréquence

L'accouchement prématuré est peu fréquent dans notre service. Sur 3123 accouchements en 12 mois, nous avons enregistré 102 accouchements prématurés soit une fréquence de 3,26%. Notre fréquence est inférieure à celle de Garba T [16] à l'hôpital Gabriel Touré avec 5% et à celle de Cissé [9] à Dakar avec 22,2% et supérieur à celui de Tino S [46] en commune V avec 1,9%.

2- Caractéristiques socio-démographiques

2-1- Age-parité

La tranche d'âge la plus représentée dans notre étude correspond bien à celle de la femme en pleine activité génitale. Mais l'accouchement prématuré a été retrouvé chez l'adolescente et chez la femme âgée avec respectivement 29,4% et 4,9%.

Les primipares avec 58,8% ont dominé notre étude.

Notre taux est supérieur aux travaux de Cissé [9] à Dakar avec une proportion de 42% et à celui de Tino S [46] en commune V avec 37,4%.

Cela pourrait s'expliquer par un faible suivi médical et la méconnaissance des contractions utérines par la femme.

2-2- Profession

Dans notre étude 58,8% des parturientes étaient des ménagères. Le reste de la population était composée de vendeuses, d'élèves et étudiants de fonctionnaires etc. Nos résultats sont voisins de ceux de Diawara [12] qui trouvait 76% et à celui de Tino S [46] avec 77,3% pour les ménagères. Cela pourrait s'expliquer par la prédominance des ménagères dans la population générale.

2-3- Statut matrimonial

Dans notre étude 18,6% des parturientes étaient des célibataires. Ce taux rejoint ceux des travaux déjà effectués par Sidibé [37], Prazuk et coll [30] qui ont identifié le célibat avec des grossesses non désirées comme facteur de risque de l'accouchement prématuré.

2-4- Antécédents

L'accouchement prématuré a été retrouvé dans 19,6% dont la cause le plus souvent n'est pas connue. L'antécédent d'avortement a été retrouvé chez 26,7% de nos parturientes et constitue un facteur de risque dans la survenue de l'accouchement prématuré. En effet le manque de suivi médical de ces femmes pourrait être à l'origine de cette situation.

3- Surveillance de la grossesse

3-1- Consultation prénatale

Dans notre étude 28 parturientes soit 27,5% n'ont fait aucune CPN. Notre taux rejoint celui de Garba T [16] avec 27,3% des femmes qui n'ont fait aucune CPN. La grossesse était mal suivie (<4 CPN) chez 61 parturientes soit 59,8%. Cela pourrait s'expliquer par l'ignorance, les grossesses non désirées. Ainsi Prazuk et coll à Bobo-dioulasso [30] ont identifié la faible fréquentation des CPN comme facteur de risque de l'accouchement prématuré. Alihonou et coll [2] ont aussi montré que l'introduction d'un fichier comportant le paramètre du coefficient de risque d'accouchement prématuré et son application systématique par le personnel en salle de CPN avait fait chuter de façon significative la prématurité au sein de la population à risque (de 11,6% à 6,19%).

3-2- Pathologie

L'analyse de nos résultats a montré que 23,7% de nos parturientes présentaient une infection urinaire qui a entraîné une rupture prématurée des membranes. Notre taux rejoint celui de Tino S [46] en commune V avec 27,3%. Cependant, le paludisme, l'anémie maternelle joueraient un rôle non négligeable dans la survenue de l'accouchement prématuré.

3-3- Age de la grossesse

L'accouchement prématuré concernait surtout des grossesses dont l'âge était compris entre 28-32 SA dans 29,4%. Ce taux est inférieur à celui de Garba [16] avec 40,9% et celui de Tino S [46] avec 63,9%.

La majorité des parturientes de notre étude était reçue dans un contexte d'accouchement prématuré avec des contractions utérines régulières dans 94,9%. Le col était effacé dans 97,1%. La dilatation cervicale était supérieure à 3 cm dans 85,3%. La poche était rompue dans 24,5%.

Cela pourrait s'expliquer par la méconnaissance des contractions utérines par la femme ; celles-ci ne viennent que tardivement dans le centre, cela explique le faible taux de réussite de la tocolyse et par le bas niveau socio-économique.

4- Traitement

Dans notre étude 15 femmes ont été hospitalisées pour MAP dont 12 ont accouché durant leur hospitalisation et 3 sont rentrées à la maison et ont accouché à terme.

Au cours de leur hospitalisation, le traitement reposait sur le repos après les bêtamimétiques tout en respectant leur contre-indication.

Le traitement est débuté par voie intraveineuse avec 6 ampoules de Bricanyl Lp dans du SG 5%, à faire passer pendant 12 heures. Le relais est pris par la forme comprimée à libération prolongée à raison de 10 mg/jour.

En cas de contre-indication au bêtamimétique ont fait recours aux anti-spasmodiques (Spafon).

Le traitement de la cause, si elle est connue : en cas de rupture prématurée des membranes ont fait recours à la corticothérapie à 12 mg en IM toutes les 12 heures pendant 24 heures, à renouveler chaque semaine ; à l'antibiothérapie (Amoxicilline) à raison de 1,5 à 3 g/24 heures.

Les mesures d'asepsie sont prises (garniture propre, éviction des TV).

Dans notre étude l'IMAP était égal à 6 donc les chances de succès du traitement étaient restreintes.

5- Pronostic foetal

Les 102 accouchements prématurés ont donné naissance à 122 accouchements prématurés avec 85 accouchements monofoetaux, 14 accouchements gémellaires et 3 accouchements de triplés.

A la 5^{ème} minute 85 de nos prématurés soit 69,6% ont un score d'Apgar ≤ 7 . Ce taux est supérieur à celui de Cissé avec 61,7%.

A la 5^{ème} minute 34 soit 27,8% de nos prématurés avaient un score d'Apgar > 7 . Ce taux est inférieur à de celui de Cissé avec 38,9%.

Nos prématurés avaient un poids de naissance $< 1500g$ dans 30,3% dont le BCF était absent dans 15,8%. Ce taux est inférieur à celui de Cissé avec 46,7%.

Le taux de référence de nos prématurés a été de 81,2% dont 21,1% avaient un poids de naissance inférieur à 1500 g, parmi lesquels 9,8% sont non précisés.

Sur les 23 prématurés non référés 5 sont décédés dans les 1^{ère} minutes suivant l'accouchement ; 8 sont décédés dans notre service ; 10 sont sortis en bonne santé.

Le taux de mortalité lors de notre étude est de 39,3% soit 48 décès.

Ce taux est supérieur à celui de Cissé avec 31,7%.

Tous ceux-ci pourraient s'expliquer par l'insuffisance de plateau de réanimation néonatale et le faible poids de naissance.

VII -CONCLUSION

L'accouchement prématuré est une urgence obstétricale qu'il convient de gérer du mieux possible.

L'objectif général de ce travail était d'étudier les aspects épidémiologiques de l'accouchement prématuré. Notre étude transversale prospective de type descriptive s'est déroulée au CSRéf CII sur une période de 12 mois.

122 accouchements prématurés ont été enregistrés sur 3123 accouchements soit une fréquence de 3,26%.

La primiparité qui occupe 58,8%.

Les pathologies qui avaient été associées à l'accouchement prématuré sont :

- l'HTA avec 13,7% ;
- la rupture prématurée des membranes avec 12,7% ;
- l'anémie avec 9,6% ;
- les pathologies infectieuses avec 62,7% ;
- chez 14% aucun facteur n'a été identifié.

Le taux de mortalité périnatale s'est élevé à 39,3% soit 48 décès sur 122 prématurés.

La prise en charge précoce et efficace de la MAP contribuerait à diminuer le taux d'accouchement prématuré qui a de lourdes conséquences tant pour le prématuré que pour la mère.

Sa réduction ne peut résulter que de l'amélioration simultanée conjuguée de l'éducation sanitaire objectivée par l'assiduité des femmes aux CPN et de celle de la qualité des soins au niveau des centres de santé.

VIII - RECOMMANDATIONS

Au Ministère de la Santé

- Recycler les sages-femmes, les infirmières obstétriciennes des maternités périphériques pour la prise en charge de la MAP, dans le but de réduire le taux d'accouchement prématuré ;
- Créer des services de néonatalogie dans tous les CSRéf pour une prise en charge adéquate des prématurés.

Au Ministère de l'Education

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

Aux Gynécologues

- Dépister dès la 1^{ère} consultation les facteurs de risque d'accouchement prématuré à l'aide de scores préétablis comme le CRAP ;
- Prévention du RCIU idiopathique par la prescription d'aspirine (100 mg/j) ;
- Traitement des causes de la MAP par le cerclage du col en cas de béance, d'antibiotique adapté en cas d'infection vaginale et urinaire authentifiée ;
- Utilisation des inhibiteurs calciques pour la tocolyse et la systématisation de la corticothérapie dans le but d'améliorer le pronostic du prématuré.

Aux Sages-femmes

- Pratiquer des CPN de qualité pour diagnostiquer tôt les cas de MAP ;
- Introduire systématiquement l'ECBU dans le bilan de CPN dans le but de détecter les infections urinaires ;
- Introduire le coefficient de risque d'accouchement prématuré et son application systématique en salle de CPN ;
- Dès la 12^{ème} heure de travail un traitement antibiotique doit être instauré.

Aux Gestantes

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

IX - BIBLIOGRAPHIE

1- Andriamady RCL, Rasamoelisoa JM, Rakotonoel H, Ravaonarivo H, Ranjalahy RJ, Razanamparany M.

Les accouchements prématurés à la maternité de Befelatanana Centre hospitalier universitaire d'Antananarivo.

Arch Inst Pasteur Madagascar 1999 ; 65 (2) : 93-93.

2- Alihonou E, Perrin R, Aguessy B, Hekpazo A, Zanffonhouede C, Atchade D.

Place du coefficient de risque d'accouchement prématuré dans le traitement de la menace d'accouchement prématuré.

Afr Med 1982 ; 21, 203 : 533-538.

3- Assimadi K, Zongo P, Granga D, Kessier, Degboel A, Hodonou K, Vorvor M.

Morbidité à l'unité des prématurés au CHU de Lomé : bilan d'un an d'activité des soins.

Rev Med Côte d'Ivoire 1985 ; 70 : 31-4.

4- Assouline C, Rolland M, Fournie A, Bererebi A, Regnier C.

Prématurité provoquée : décision et conséquences : néonatalogie et réanimation.

Med Infantile 1993 ; 100, 1 : 13-19.

5- Aubard Y, Dixneuf B, Baudet J H.

Menace d'accouchement prématuré et infection urinaire.

Gazette Med 1986 ; 93, 37 : 19-20.

6- Berardi J C.

La prématurité de décision médicale : analyse d'une étude rétrospective portant sur 18 maternités de la périphérie parisienne.

Jr Gynecol Obstet Biol Reprod 1992 ; 21, 8 : 943-946.

7- Bobosi Sere,gbe G, Mbongo Zindamoyen AN, Diemer H, Nadji Adim F, Siopathis RMS.

Les nouveau-nés de faible poids de naissance à l'unité de néonatalogie du complexe pédiatrique de Bangui (RCA) : devenir immédiat et pronostic.

Med Afr Noire 2000 ; 47 : 191-195.

8- Broussons Lazarus S.

La menace d'accouchement prématuré : ses aspects psychologiques : enquête sur l'appui.

Jr Gynecol Obstet Biol 1991 ; 19, 5 : 413-419.

9- Cisse CAT, Tall –Diaw C, Sow S, Bnounhoud M, Dina G, Martin SL, Diaddhiou F.

Accouchement prématuré épidémiologie et pronostique au CHU de Dakar.

Jr Gynecol Obstet Biol 1998 ; 27 : 71-76.

10- D. David S.

Place des marqueurs infectieux dans le pronostic et la prise en charge de la menace d'accouchement prématuré (en dehors de l'amniocentèse). Clinique de Gynécologie, Obstétrique et néonatalogie Hôpital Jeanne de Flandre, CHRU de Lille.

Jr Gynecol Obstet Biol Reprod 2002 ; 31 (suppl 7) : 5S43-5S51.

11- Dao A.

Les nouveau-nés de petits poids de naissance, devenir immédiats.

Thèse Med, Bamako, 1987, M22 87.

12- Diawara M.

Prématurité : facteur de risque, prise en charge et devenir immédiat dans l'unité de réanimation pédiatrique de l'hôpital Gabriel Touré.

Thèse Med, Bamako, 1999, N°15.

13- Dubowitz L, Dubowitz V, Golberg.

Clinical assessment of gestational age in the New-Born.

J Pediat 1970 ; 1 : 77-79.

14- Dumont M.

La gynécologie et l'obstétrique dans la Bible : de l'accouchement, ses suites.

Jr Gynecol Biol Reprod 1990 ; 19, 2 : 145-153.

15- Fernis DG.

Management of bacterial during pregnancy.

16- Frieda A.

Etude sur la mortalité néonatale à l'Hôpital National du Point « G ».

These Med, Bamako, 1999.

17- Fac Mc Laughlin, ID Rusen, Shiliang L.

Systeme canadien de surveillance périnatale.

Octobre 1999.

18- Gabrol D, Amiel Tison C.

L'extraction prématurée du fœtus de moins de 1500 g.

Rev Prat 1984 ; 34 : 3337-44.

19- Garba T S.

Les aspects obstétricaux de la prématurité à l'hôpital national du Point « G ».

Thèse Med, Bamako, 1994.

20- Hodonou AKS.

La menace d'accouchement prématuré : prévision du risque et conduite à tenir.

EPU, Actes du 1^{er} Congrès de la SGOBT, Cotonou 1988 : 296-300.

21- Keita M A.

Rupture prématuré des membranes : aspects épidémiologiques cliniques et thérapeutiques au service de gynéco-obstétrique du CSRCV, Bamako. Thèse Med, Bamako, 2000-2001.

22- Koki Ndombo PO, Tietche F, Gonsu Fotsin J, Nko'o Amvence

Facteurs de risque et signes cliniques des hémorragies péri et intra ventriculaires du prématuré à Yaoundé (Cameroun)

Ann Pediat 1994 ; 41, 4 : 2246-48.

23- Konfe S.

Facteurs de risque des accouchements prématurés à l'hôpital de Bobo-dioulasso.

Thèse Med, Ouagadougou, 1990, N°93.

24- Lumley J, Rice, Brenneke SP.

The epidemiology of preterm birth. Preterm labour and delivery

Baillere's Clin Obstet Gynecol 1993 ; 7, 3 : 477-498.

25- Macquart Moulin G, Baret C, Julian C et al.

Surveillance anténatale et risques de prématurité et d'hypotrophie foetale.

Jr Gyneco Obstet Biol Reprod 1992 ; 21, 1 : 9-18.

26- Malinas Y.

La menace d'accouchement prématuré : mythe ou réalité ?

In entretiens de Bichat-Pitié-Salpêtrière 1990 : 119-122.

27- Mamelie M, Dreyfus J, Lierde M, Renaud R.

Mode de vie et grossesse.

J Gynecol Obstet Biol Reprod 1982 ; 11 : 21-31.

28- Mayanda H, Betho VMF, Malonga H, Djonob B, Senga P.

Morbidité, mortalité néonatale au CHU de Brazaville.

Med Afr Noire 1989, 36, 7.

29- Merger R, Levy J, Melchior J.

Menace d'accouchement prématuré et accouchement prématuré spontané.

Précis Obstétrique, 6^{ème} Edition, revue et augmentée. 1993 ; 225-230.

30- Montue S.C

Etude sur la mortalité périnatale au centre de santé de référence de la commune II.

These Med, Bamako, 1997.

31- OMS-Nouvelle

Femmes à hauts risques pendant la grossesse.

Maternité sans risque 1995 ; 17 : 3.

32- Papiernik E.

Prévention de la prématurité obstétrique.

Flammarion Médecine-Sciences, Paris, 1995.

33- Pake KR, Pmaas M, Titler MG, Buck Walter KC.

Management of preterm labour and prevention of premature delivery.

Advence in Clin Nursing Research 1993 ; 28, 2 : 279-288.

34- Papiernik E.

Prévention de la prématurité.

J Gynecol Obstet Biol Reprod 1982 ; 11 : 158-161.

35- Prazuck T, Tall F, Roissinn AJ, Konfee S, Cot M, Lafaix C.

Risk factors for preterm delivery in Burkina-Faso (West Africa).

Int Jr Epidemiol 1993 ; 22, 3, 1 : 88-91.

36- Rambaub P.

Prématurité et hypotrophie à la naissance : épidémiologie, causes et prévention. Service de médecine néonatale et réanimation infantile CHU de Grenoble.

J Gynecol Obstet Biol Reprod 2000 ; 30 : 58-78.

37- Rozenberg A.

La tocolyse : utilisation des béta-mimétiques dans la menace d'accouchement prématuré : revue critique.

Département d'obstétrique et gynécologique, CHU Poissy-Saint-Germain.

J Gynecol Obstet Biol Reprod 2001 ; 30 : 221-230.

38- Rachid R, Fekih MA, Movelhic C, Brahim H.

Problèmes posés par l'accouchement de la grossesse gémellaire.

Rev Fr Gynecol Obstet 1992; 87, 5: 2995-98.

39- Rayr C.

Grande prématurité : abstention thérapeutique en question 'enquête du collège national des gynécologues obstétriciens français.

Gynecol Obstet 1995 ; 325 : 4-5.

40- Sangare S.

Morbidité et mortalité néonatale dans le service de pédiatrie de l'hôpital Gabriel Touré : étude des facteurs de risque.

Thèse Med, Bamako, 1991, 91M-20.

41- Sagot P, Rose C, Datal F, Morel Ph, Samake M.

Naissance avant 33 semaines d'aménorrhée : intérêt du transfert in utero au sein d'un département de périnatalogie.

Rev Fr Gynecol Obstet 1990 ; 85, 5 : 293-298.

42- Sidibe B.

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

Thèse Med, Bamako, 1986, 85M-12.

43- OMS

Femmes à haut risque pendant la grossesse.

Maternité sans risques 1995 ; 17 : 3.

44- Terzibahcian JJ, Mida M, David E, Weber L, Boulanger J Ch, Vitse M.

Bilan des menaces d'accouchements prématurés : étiologie, conduite à tenir, résultats.

Rev Fr Gynecol Obstet 1990 ; 85, 12 : 673-677.

45- Tietche F, Kokindombo P, Kago I, Angaye.

Facteur de mortalité de nouveau-né de petits poids de naissance à l'hôpital central de Yaoundé.

Ann Pediat 1994 ; 41, 4 : 259-263.

46- Tino S.

Aspects épidémiolo-cliniques 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.

These Med, Bamako, 2005, N°112.

47- Unal D, Millet V, Leclaire M, Bartoli JM, Boubli.

Conséquences néonatales de la rupture prématurée des membranes (plus de 5 jours) avant la 34^{ème} semaines de gestation.

RevFr Gynecol Obstet 1992 ; 87, 5 : 283-287.

48- Van Lierde M, Renaud R.

La prématurité : Traité d'obstétrique : la grossesse et l'accouchement dystocique.

R. VOKAER, Paris, Masson, 1985, 1 07-52.

FICHE D'ENQUETE

**ASPECTS EPIDEMIO-CLINIQUES DE L'ACCOUCHEMENT PREMATURE
AU CENTRE DE SANTE DE REFERENCE COMMUNE II**

I- IDENTIFICATION

1- Nom : / _____ / Prénom : / _____ /

2- Age : / ___ / ___ /

3- Profession : / _____ /

4- Statut matrimonial : / ___ / (1=mariée, 2=célibataire, 3=veuve, 4=divorcée)

5- Ethnie : / ___ / 1=bambara, 2=malinké, 3=peulh, 4=soninké,
5=sonrhäï, 6=dogon, 7=senoufo, 8=minianka, 9=autre)

5a- Autre à préciser : / _____ /

6- Résidence : / _____ /

II- ADMISSION

7- Mode d'admission : / ___ / (1=référée, 2=venue d'elle-même)

8- Motif d'admission : / ___ /

1=contraction utérine douloureuse sur grossesse 2=rupture prématurée des membranes

3=infection urinaire

4=hémorragie

5=hydramnios

6=autres : / _____ /

III- ANTECEDENTS

- Obstétricaux

9- Antécédent d'accouchement prématuré : / ___ / (1=Oui, 2=Non)

10- Nombre de grossesses : / ___ / ___ /

11- Nombre d'enfant vivants : / ___ / ___ /

12- ATCD avortement spontané : / ___ / (1=Oui, 2=Non)

13- ATCD d'IVG : / ___ / (1=Oui, 2=Non)

- Médicaux

14- Paludisme : / ___ / (1=Oui, 2=Non)

15- HTA : / ___ / (1=Oui, 2=Non)

16- Diabète : / ___ / (1=Oui, 2=Non)

17- Autres : / _____ /

- Chirurgicaux

18- Césarienne : / ___ / (1=Oui, 2=Non)

19- Laparotomie : / ___ / (1=Oui, 2=Non)

20- Autres : / _____ /

IV- EXAMEN CLINIQUE

21- CPN : / ___ / (1=Oui, 2=Non)

21a- Nombre CPN : / ___ /

22- Dilatation du col : / ___ / (cm)

23- Longueur du col : / ___ / (cm)

24- Contraction utérines : / ___ / (1=présente, 2=absente)

24a- Si présente : / ___ / (1=régulière, 2=irrégulière)

25- Saignement : / ___ / (1=minime, 2=modérée, 3=important)

26- Age de la grossesse : / ___ / ___ / (SA)

27- Hauteur utérine : / ___ / ___ /

28- Présentation : / ___ / (1=céphalique, 2=siège, 3=transverse, 4=autre)

28a- Autre : / _____ /

29- BDCF : / ____ / (1=présent, 2=absent)

30- Fréquence des BDCF : / ____ /

31- Liquide amniotique : / ____ / (1=clair, 2=teinté, 3=méconial)

32- Intervalle intergénéscique : / ____ / ____ /

33- Evaluation de l'indice de MAP : / ____ / (1=supérieur à 7, 2= inférieur ou égal à 7)

V- EXAMEN COMPLEMENTAIRES

34- Echographie : / ____ / (1=fait, 2=non fait)

35- ECBU : / ____ / (1=fait, 2=non fait)

VI- CONDUITE A TENIR

36- Patiente hospitalisée pour MAP au service : / ____ /

(1=tocolyse, 2=antibiothérapie)

- Déclenchement du travail en cours d'hospitalisation : / ____ / (1=Oui, 2=Non)

- Transfusée : / ____ / (1=Oui, 2=Non)

- Durée d'hospitalisation : / ____ / (jours)

- Facteurs étiologiques : / ____ /

(1=infections urinaires, 2=paludisme, 3=activité physique débordante, 4=RPM, 5=PP, 6=HRP,

7=Grossesse multiple, 8=fibromyome, 9=malformation foeto-congénitale, 10=hydramnios)

VII- ACCOUCHEMENT

37- Voie d'accouchement : / ____ / (1=normale avec épisio, 2=normal sans épisio)

38- Durée d'expulsion : / ____ / (min)

39- Hémorragie de la délivrance : / ____ / (1=Oui, 2=Non)

VIII- EXAMEN DU FŒTUS

40a- Poids F1 : / ____ / ____ / ____ / ____ / 40b- Poids F2: / ____ / ____ / ____ / ____ /

40c- PoidsF3 : / ____ / ____ / ____ / ____ /

41a- ApgarF1 : / ____ / ____ / 41b- ApgarF2 : / ____ / ____ /

41c- ApgarF3 : / ____ / ____ /

42a- TailleF1 : / ____ / ____ / 42b- TailleF2 : / ____ / ____ /

42c- TailleF3 : / ____ / ____ /

43- Enfant référé à l'HGT : / ____ / (1=Oui, 2=Non)

44- Motif de référence :

- Petit poids de naissance : / ____ / (1=Oui, 2=Non)
- Détresse respiratoire : / ____ / (1=Oui, 2=Non)
- Autres : / _____ /

45- Devenir de l'enfant : / ____ / (1=vivant, 2=décédé)

FICHE SIGNALITIQUE

Nom : TRAORE

Prénom : Fatoumata M.

Titre de la Thèse : Aspects épidémiocliniques de l'accouchement prématuré dans le service de Gynécologie obstétrique du Centre de Santé de Référence de la Commune II du District de Bamako.

Année Universitaire : 2005-2006

Ville de Soutenance : Bamako

Pays d'origine : MALI

Lieu de Dépôt : Bibliothèque de la Faculté de Médecine, de Pharmacie et d'Odonto-Stomatologie (FMPOS)

Secteurs d'intérêt : Gynécologie Obstétrique, Réanimation, Pédiatrie

Résumé

Cent deux accouchements prématurés recensés au service de Gynécologie obstétrique du Centre de Santé de Référence de la Commune II du District de Bamako du 1^{er} janvier 2003 au 31 décembre 2003 ont fait l'objet d'une étude prospective des aspects épidémiocliniques.

La fréquence de l'accouchement prématuré était de 3,26%.

Le profil moyen est celui d'une primipare âgée de 22,6 ans reçue dans un contexte d'accouchement prématuré. Dans 50% des cas il s'agissait d'une grande prématurité avec un âge gestationnel inférieur ou égal à 32 SA.

Tous les accouchements ont été effectués par voie naturelle.

Les facteurs de risque suivants ont été identifiés :

- la faible couverture prénatale (29,4%) n'ont fait aucune CPN ;
- les facteurs obstétricaux (13,7%) pour gémellité (3%) pour les triplets.

Le pronostic néonatal est caractérisé par une mortalité élevée (39,3%).

Il ressort de cette étude que les facteurs péjoratifs se situent aussi bien en amont qu'en aval des accouchements prématurés.

Les mesures préventives doivent l'emporter sur les traitements curatifs.

Mots-clés : *Accouchement prématuré, Consultation prénatale, mortalité périnatale.*