

**Ministère des Enseignements  
Secondaire Supérieur et de la  
Recherche Scientifique  
UNIVERSITÉ DE BAMAKO**

**République du Mali  
Un Peuple – Un But – Une Foi**



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

**ANNEE UNIVERSITAIRE : 2007-2008  
N°...../**

# ***Thèse***

**PETITS POIDS DE NAISSANCE : ETIOLOGIE,  
PRONOSTIC FŒTAL IMMEDIAT DANS LE  
CENTRE DE SANTE DE REFERENCE  
DE LA COMMUNE V  
DU DISTRICT DE BAMAKO**

**Présentée et soutenue publiquement le ...../...../2008  
devant la Faculté de Médecine, de Pharmacie et  
d'Odonto-Stomatologie**

***Par Mr : NOUHOUM A DIAKITE***

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

## ***Jury***

***Président : Pr. SALIF DIAKITE***

***Membre : Dr. SOUMANA OUMAR TRAORE***

***Co-directeur Dr. NIANI MOUNKORO***

***Directeur: Pr. Agrégé Mamadou TRAORE***

# DEDICACES

## **DEDICACES**

Ce travail est avant tout l'expression de la miséricorde de Dieu à mon égard ; c'est par lui que je suis et c'est pour lui que je dois être qu'il en soit glorifié.

### **A mon père Abdoulaye DIAKITE :**

Je me souviendrai toujours des moments de partage, de joie d'amour que tu as passé avec nous. Ce travail est le fruit de ton éducation, tes bénédictions et de tes sacrifices.

Que Dieu t'accorde une longue vie de bonheur et de prospérité.

### **A ma mère Fatoumata FOFANA :**

Tu as toujours été modèle pour moi et tu le seras toujours.

Je n'ai pas de mots pour signifier mon amour, ma reconnaissance et mon admiration. Tu as donné le meilleur de toi-même afin de nous offrir une éducation exemplaire. Puisse ce travail contribuer au couronnement de tes efforts.

Qu'Allah le tout puissant te donne longue vie.

**A mes sœurs et frères :** Balkissa DIAKITE, Boubacar DIAKITE, Mohamed DIAKITE, Ibrahim DIAKITE, Youssouf DIAKITE.

Votre ardent désir de me voir réussir m'a accompagné tout au long de ce cheminement ; affectueusement acceptez que cet ouvrage soit aussi le votre.

Merci.

**A mes grands parents :** Wandé FOFANA, Dali DIAKITE, Awa TOUNKARA, Binta COULIBALY.

Par votre soutien matériel et moral, vous m'avez assuré la quiétude indispensable à l'enfant pour mener à bien son devoir.

Veillez croire à ma grande admiration et soyez assurées de ma profonde reconnaissance.

**A mes oncles :** Soumaïla TRAORE, Sekou FOFANA, Kalilou FOFANA, Mahamadou FOFANA, vous nous avez montré un amour véritable, nous vous souhaitons longue vie.

**A mes Tantes :** Awa FOFANA, Aminata TRAORE

En témoignage de votre amour car vous avez donné beaucoup pour moi, ce travail est le fruit de votre patience et de votre combativité.

C'est par ces mots que je peux qualifier les immenses sacrifices que vous avez consentis pour moi, je vous dois tout. Trouvez ici l'expression de mon amour et ma gratitude.

**A mes cousins et cousines :** restons toujours unis.

**A ma femme :** Fatoumata Bintou CAMARA

Tu m'as montré un amour véritable, tu es gravée à jamais dans mon cœur.

Qu'Allah le tout puissant te donne longue vie.

# REMERCEMENTS

## **REMERCIEMENTS**

Mes remerciements vont à l'adresse de tous ceux qui de part le monde entier, se sont intéressés au bien être des nouveau-nés.

Au personnel du centre de santé de référence de la Commune V : aux internes, aux CES, aux Sages-femmes, aux anesthésistes, aux infirmiers et infirmières.

### **A Docteur TRAORE Oumar M :**

Je ne saurais assez vous remercier pour tout ce que vous avez fait pour moi dans la réalisation de ce travail. Que Dieu vous ouvre les portes de la connaissance et du succès partout où vous serez.

### **A la famille SOUMAORO :**

Votre gentillesse, votre enthousiasme et votre simplicité m'ont beaucoup touché, vous m'avez considéré comme un membre à part entière de votre famille, veuillez trouver dans ce travail l'expression de ma sincère gratitude.

### **A tous mes amis et accompagnons d'études :**

Boureïma TOURE, Amadou DIALLO, Adama SANOGO, Birama COULIBALY, Abdoul Karim SAMAKE, Raoul DABO.

Pour les études menées ensemble et l'amitié partagée.

Je vous souhaite courage et succès dans nos entreprises.

### **A mes amis de « Grins » :**

Mamadou SOUMAORO, Issa DIAKITE, Mamadou DAO, Mamadou CAMARA, Karim HAIDARA, Moussa KASSAMBARA.

Pour la franche collaboration et le désir de réussir ensemble.

Puisse notre amitié se consolider davantage. Je souhaite longévité à notre « Grin » je ne saurais vous remercier suffisamment.

**HOMMAGE**  
**AUX**  
**MEMBRES DU JURY**

## **Aux Membres du Jury**

***A notre maître et président du jury :***

*Professeur Salif DIAKITE*

***Professeur Titulaire de Gynécologie obstétrique à la Faculté de Médecine de pharmacie et d'odonto-stomatologie du Mali.***

***Professeur de Gynécologie obstétrique au centre hospitalier universitaire de Gabriel TOURE.***

Vous nous faites un grand honneur en acceptant de présider cette thèse.

Nous avons bénéficié, à la FMPOS, de votre enseignement de qualité.

L'honnêteté intellectuelle qui vous caractérise, votre courtoisie, votre humilité, votre sagesse et l'étendue de vos connaissances font de vous un homme admirable.

Trouvez dans ce travail l'expression de notre profonde gratitude.



***A notre maître et juge :***

*Docteur TRAORE Soumana Oumar*

***Gynécologue accoucheur au Centre de Santé de Référence de la  
Commune V.***

Nous vous avons connu lors de nos stages au service de gynéco-  
obstétrique du centre de santé de référence de la commune V.

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

Soyez rassuré de notre profonde gratitude.

***A notre maître et codirecteur :***

***Docteur Niani MOUNKORO***

***Gynécologue Accoucheur au Centre Hospitalier Universitaire de  
l'Hôpital Gabriel Touré.***

**Maître Assistant à la FMPOS**

Votre présence ici témoigne de l'intérêt que vous accordez à ce travail.

Votre maîtrise du métier, votre sens élevé du travail bienfait et votre sens de responsabilité mérite une admiration.

Nous vous remercions sincèrement.

***A notre maître et directeur de thèse***

*Professeur Agrégé Mamadou TRAORE*

***Professeur Agrégé de Gynéco-obstétrique***

***Secrétaire Général adjoint de la SAGO***

***Membre du réseau malien de lutte contre la mortalité maternelle.***

***Médecin chef du centre de santé de référence de la commune V.***

Nous nous rappelons encore de vos cours respectueusement dispensés à la Faculté de Médecine.

Vos qualités pédagogiques et votre maîtrise du métier font de vous l'enseignant qui a acquis la sympathie et l'admiration de ses élèves.

La performance actuelle du centre de santé de référence de la commune V est un témoignage éloquent de votre courage et votre savoir faire.

Vous m'avez confié ce travail au cours duquel vous n'avez ménagé ni votre énergie, ni votre temps, ni votre disponibilité pour me guider.

Soyez assuré de notre attachement et notre sincère reconnaissance.

## LISTE DES ABREVIATIONS

**RPM** : rupture prématurée des membranes

**MAP** : menace accouchement prématuré

**CUD** : contraction utérine douloureuse

**HRP** : hématome rétro placentaire

**BGR** : bassin généralement rétréci

**PP** : placenta praevia

**SFA** : souffrance fœtale aigue

**IgG** : immunoglobuline G

**IgM** : immunoglobuline M

**HGC** : hormone gonadotrophine chorionique

**HPL** : hormone lactogène placentaire

**MG** : milligramme

**GEU** : grossesse extra-utérine

**ML** : millilitre

**KG** : kilogramme

**G/l** : gramme par litre

**RCIU** : retard de naissance intra-utérin

**HTA** : hypertension artérielle

**FPN** : faible poids de naissance

**FV V** : fistule vesico-vaginale

**HIV** : humain immunodéficienc e virus

**SA** : semaine d'aménorrhée

**M** : mètre

**Mn** : minute

**H** : heure

**Cm** : centimètre

**G** : gramme

**CPN** : consultation prénatale

**HU** : hauteur utérine

**BDCF** : bruits du cœur fœtal

> : supérieur

< : inférieur

$\leq$  : inférieur ou égale

$\geq$  : supérieur ou égale

**PEV** : programme élargi de vaccination

**PF** : planification familiale

**CSCOM** : centre de santé communautaire

**CHU** : centre hospitalier universitaire

**CNTS** : centre nationale de transfusion sanguine

**CRO** : compte rendu opératoire

**OUA** : artère ombilicale unique

# SOMMAIRE

# SOMMAIRE

<b>I- INTRODUCTION</b>	<b>1</b>
<b>II- OBJECTIFS</b>	<b>3</b>
<b>III- GENERALITES</b>	<b>4</b>
<b>IV- METHODOLOGIE</b>	<b>23</b>
<b>V- RESULTATS</b>	<b>29</b>
<b>VI- COMMENTAIRES</b>	<b>48</b>
<b>VII- CONCLUSION</b>	<b>52</b>
<b>VIII- RECOMMANDATIONS</b>	<b>53</b>
<b>IX- REFERENCES</b>	<b>54</b>
<b>X- ANNEXES</b>	<b>57</b>

# INTRODUCTION



## INTRODUCTION

La naissance des nouveau-nés de petits poids constitue un problème préoccupant tant au niveau des pays en développement que dans les pays industrialisés. Il s'agit des nouveau-nés dont le poids à la naissance est inférieur au 10<sup>e</sup> percentile sur la courbe du Lubchenco c'est-à-dire ceux dont le poids à la naissance est inférieur à 2500g. La statistique mondiale indique 17% de naissance de moins de 2500g dont 90% dans les pays Africains [2].

Au Mali SANGARE Y. avait trouvé en 1995 dans 6 centres de santé une prévalence de 14,24% de nouveau-nés de petits poids de naissance [3]. TAMBOURA B. en 1985 trouva dans 5 maternités du Mali une prévalence de 15,10% de nouveau-nés de petits poids [4]. Quant à SISSOKO M. en 1983 trouva une prévalence de 20,31% à Ouéléssébougou, 19,07% à Sikasso 22,54% à Mahina, 18,34% à Koutiala et 15% à Bamako [5]

Dans la sous région, cette prévalence varie ; elle atteint selon Fourn et coll 15% au Bénin dans la ville de Cotonou. Au Sénégal à Guediawaje dans la banlieue de Dakar CAMARA B. et coll nous rapportent une fréquence de 10,70% [7].

Le taux de nouveau-nés de petits poids de naissance ne dépasse pas 6% en Europe, alors que la moyenne est de 17% dans le reste du monde [9]. Il a été démontré que la naissance d'enfants de petits poids constitue un facteur déterminant dans la mortalité périnatale.

Les causes de ces naissances de nouveau-nés de petits poids ne semblent pas clairement établies.

- Les femmes célibataires ou divorcées ainsi que les primipares donnent naissance plus fréquemment à de nouveau-nés de petits poids [1,10]. Les mauvais états nutritionnels et les pathologies maternels chroniques interviennent par l'altération de l'état nutritionnel et l'hypoxie (cardiopathie, néphropathie, pneumopathie, HTA, drépanocytose, diabète, anémie) [11].

Les femmes alcooliques, tabagiques et droguées donnent aussi naissance à de nouveau-nés de petits poids.

- Les infections (Toxoplasmose, rubéole) seraient responsables de 3% d'hypotrophies fœtales [12].

- Les causes placentaires (placenta *praevia*), artère ombilicale unique (AOU) ont été évoquées. Certains auteurs pensent que les métrorragies contribueraient à expliquer cette issue de la grossesse [13-14].

Mais l'étiologie de petits poids de ces nouveau-nés reste énigmatique malgré certains facteurs suggérés par des études antérieures [15,16].

En effet il contribue au maintien de la mortalité infantile. Parmi les survivants les enfants prématurés immatures exigent des soins spéciaux très onéreux.

Les enfants nés à terme et de petits poids sont sujets à des troubles hypoglycémiques et hypocalcémiques juste après leur naissance puis à des troubles de la conscience par la suite. En dehors de ces complications, la littérature souligne leur prédisposition au diabète [17] à l'hypertension artérielle et aux accidents cardio-vasculaires à l'âge adulte [18].

Les enfants de petits poids de naissance constituent un problème de santé publique, en raison de leurs prévalences élevées et des conséquences fatales qui en résultent. C'est pourquoi à la suite les études dont nous disposons datant d'au moins 15 ans [3, 4, 5], nous avons initié la présente étude afin d'explorer la situation actuelle sur le sujet.

# OBJECTIFS

# OBJECTIFS

## **Objectif général :**

Etudier les petits poids de naissance dans le service de gynéco-obstétrique au Centre de Santé de Référence de la Commune V du District de Bamako.

## **Objectifs spécifiques :**

- Déterminer la fréquence des petits poids de naissance
- Préciser l'étiologie des petits poids de naissance
- Déterminer le pronostic foetal
- Faire des recommandations en vue de prévenir la survenue des petits poids de naissance.

# GENERALITES

# GENERALITES

## I. Physiologie de la grossesse : [19]

### A) Développement de l'œuf :

Le développement de l'œuf s'effectue de façon continue, de la fécondation à la naissance. Deux périodes doivent cependant être distinguées : la période embryonnaire et la période fœtale.

- **Période embryonnaire** : elle couvre les 60 premiers jours de la vie.

- Pendant les 4 premières semaines, l'embryon s'individualise au sein de l'œuf.
- Au cours du 2<sup>e</sup> mois, les principaux organes se mettent en place et le modelage extérieur s'effectue. Une agression de l'œuf à cette période peut entraîner la mort embryonnaire, ou une malformation congénitale, qui sera fonction de la nature et de la date de l'agression.

On trouvera dans la figure 1 et 2 les différentes étapes de l'embryogenèse avec les anomalies possibles.

- **Période fœtale** : au début du 3<sup>e</sup> mois, l'embryon devient fœtus. Jusqu'à la naissance ne vont se dérouler que les phénomènes de maturation et de croissance. La croissance fœtale se fait par multiplication cellulaire jusqu'à la 30<sup>e</sup> semaine, puis par augmentation de la taille des cellules après cette date.

A partir du 4<sup>e</sup> mois, cette croissance est faite grâce au placenta.

La maturation intéresse les différents organes à une date et une période qui diffère suivant l'organe considéré (figure 3).

Après le 6<sup>e</sup> mois, la croissance et la maturation peuvent se faire hors de l'utérus. Une agression sévère du fœtus peut se traduire par une perturbation de la croissance fœtale ou hypotrophie fœtale, ou par une lésion tissulaire, par exemple du système nerveux.

**B) Physiologie Fœtale** : le fœtus in utero vit dans les conditions privilégiées. Certains organes sont au repos comme le poumon, ou en semi repos comme l'appareil digestif et le rein. Le circuit cardio-vasculaire fonctionne de façon particulière. Le maintien de la température est assuré par le liquide amniotique. C'est le placenta qui permet les échanges métaboliques.

**a. Circulation fœtale** : (figure 1) est caractérisée par :

- Un circuit extra corporel : le placenta ;
- Deux shunts droit gauche, le foramen ovale et le canal artériel ;
- Deux ventricules en série (et non en parallèle) assurant chacun 50% du débit cardiaque qui est de 500ml/kg avec un rythme cardiaque fœtal de 120-160. battements/mn.

**b. Appareil pulmonaire fœtal** :

L'appareil pulmonaire est quasiment au repos jusqu'au terme. Les bronchioles et les saccules alvéolaires sont pleins de liquide pulmonaire. Le surfactant, produit tension-actif est sécrété après la 34<sup>e</sup> semaine sous l'influence du cortisol fœtal. C'est lui qui empêchera l'affaissement de l'alvéole après la 1<sup>ère</sup> inspiration. Son absence ou son insuffisance en cas d'accouchement prématuré entraîne après la naissance la maladie de membranes Hyalines.

**c. Echanges fœtaux maternels** :

L'appareil respiratoire et l'appareil digestif étant au repos, les échanges gazeux et nutritifs se font à travers le placenta par diffusion simple ou transfert facilité ou actif.

Le placenta permet les apports nutritifs du fœtus. Les échanges d'eau et d'électrolytes se font par diffusion simple sauf pour le fer et le calcium dont l'apport se fait par transfert actif vers le fœtus qui a de gros besoin. Les hydrates de carbone et les acides aminés sont essentiels pour le fœtus.

Le glucose est l'aliment exclusif du fœtus. La glycémie fœtale représente 50 à 60% de la glycémie maternelle.

**d. Appareil urinaire fœtal** :

In utero, le placenta est chargé des fonctions d'excrétions. Le fœtus peut donc survivre sans reins ou avec des reins anormaux. Les néphrons définitifs apparaissent entre 22 à 35 semaines. Le débit sanguin rénal est limité ce qui

maintient une filtration glomérulaire faible. L'urine formée en permanence est un ultra hypotonique qui participe à l'élaboration du liquide amniotique.

**e. Le système endocrinien :**

Le testicule est actif dès la 5<sup>e</sup> semaine de vie, l'ovaire, et la surrénale, le pancréas dès la 12<sup>e</sup> semaine, la thyroïde à la 20<sup>e</sup> semaine, l'hypophyse à terme. Les nombreux systèmes endocriniens fœtaux fonctionnent très tôt et concourent à l'unité endocrinienne, foeto-placentaire, assurant une grande autonomie au fœtus dès la 2<sup>e</sup> moitié de la grossesse.

**f. Système nerveux :**

Le système nerveux se développe pendant la vie fœtale. Sa maturation est indépendante des conditions de vie puisqu'on l'observe chez le prématuré en incubateur. Elle est également indépendante de la pathologie maternelle ou fœtale et des facteurs nutritionnels. Ce processus est inné, isolé, programmé, inéluctable en fonction de l'âge gestationnel.

**G. Audition du fœtus :**

L'oreille interne du fœtus est complètement développée dès le milieu de la grossesse et le fœtus répond à une grande variété de son.

**h. Vision du fœtus :**

Les muscles de l'œil sont présents très tôt au cours de la grossesse et les yeux du fœtus bougent quand il change de position ou dort.

**i. L'olfaction et la gustation fœtale :**

Les systèmes chemo sensibles (l'olfaction gustation) se développent très tôt 4 à 7 semaines pour la chemo perception nasale, 12 semaines pour la bouche.

**j. Réponses aux stimulations tactiles :**

Le fœtus peut toucher des parties de son corps avec ses mains et ses pieds et le cordon ombilical peut lui aussi toucher toutes les parties du corps fœtal.

Neuf semaines après la conception, il peut enrouler ses doigts autour d'un objet mis dans la paume de la main.

- A 12 semaines il peut fermer ses doigts et le pouce et ouvrir sa bouche en réponse à une pression exercée sur la base du pouce.



#### **k. Mouvements spontanés du fœtus :**

Le fœtus a des mouvements spontanés dès la 7<sup>e</sup> semaine après la conception. La mère ne les percevra qu'entre la 16<sup>e</sup> et 21<sup>e</sup> semaine.

Les coups de pied ont une fréquence constante du 5<sup>e</sup> au 9<sup>e</sup> mois.

Les coups de pied brutaux augmentent jusqu'au 7<sup>e</sup> mois puis diminuent.

Certains de ces mouvements se font par période, ce qui correspond, semble-t-il au sommeil du fœtus.

Onze semaines après la conception, le fœtus commence à avaler du liquide amniotique et à uriner. Il peut aussi avoir des mimiques de la face et sourire.

#### **l. Douleurs du fœtus :**

Le fœtus a besoin que l'on administre un sédatif à la mère avant toute manipulation intra utérine comme la transfusion in utero. Sinon, il bouge lors de la ponction et on ne pourra pas introduire l'aiguille dans la cavité péritonéale. Le rythme cardiaque fœtal augmente ainsi que les mouvements fœtaux quelques minutes après la ponction de l'amniocentèse. Ils redeviendront normaux quelques minutes de la fin de celle-ci.

Les modifications du rythme cardiaque fœtal ainsi que les mouvements suggèrent que ces stimulus sont peut-être douloureux pour le fœtus.

### **C). Placenta :**

- **Formation du placenta** : le trophoblaste ou chorion se différencie en deux couches cellulaires : le cytotrophoblaste et le syncytiotrophoblaste multinuclé.

Le syncytiotrophoblaste pénètre l'endomètre, érode les vaisseaux maternels vers le 14<sup>e</sup> jour après l'ovulation. La circulation embryonnaire s'établit vers les 18<sup>e</sup>-21<sup>e</sup> jour de la grossesse. A partir de la fin du 2<sup>e</sup> mois, les villosités disparaissent de la plus grande partie de la surface de l'œuf pour ne persister qu'au pôle de l'œuf situé en regard du myomètre : c'est la structure définitive du placenta constitué à la fin du 4<sup>e</sup> mois.

Inséré au fond utérin, ses bords se continuent par des membranes, la face maternelle est formée par les cotylédons. Les vaisseaux ombilicaux qui forment le cordon courent sur la surface fœtale recouverte par l'amnios.

- **Circulation foeto-placentaire** : le placenta est limité par deux plaques : choriales et basales entre lesquelles se situe la chambre intervilleuse (figure 4).

La pression artérielle dans les espaces intervilleux est à peu près la même que celle du liquide amniotique (5 à 10 mm Hg) ; alors qu'au débouché des artères utero-placentaires elle est de 70 à 80 mm Hg. Le sang s'engage dans les espaces intervilleux, en formant un jet qui s'étale entre les villosités, puis ils pénètrent dans les veines utero placentaires qui s'ouvrent de façon mal systématisée à travers la plaque basale. On comprend que les contractions utérines trop intenses ou trop prolongées puissent arrêter la circulation foeto-placentaire et provoquer une anoxie fœtale.

- **Echanges foeto-placentaires** : les échanges entre circulations fœtale et maternelle se font à travers la membrane placentaire. Il n'y a jamais communication directe des 2 systèmes vasculaires.

Ces échanges se font soit par diffusion simple (gaz, électrolytes, eau), soit par diffusion facilitée (glucides) ; soit par transfert actif. Le placenta dégrade alors les corps d'origine maternelle en des éléments simples et le synthétise en molécules nouvelles qu'il déverse dans la circulation fœtale : c'est le cas pour les lipides et les acides aminés.

La phagocytose et la pinocytose sont possibles.

Les bactéries, les virus, les hématies fœtales peuvent franchir la barrière placentaire.

Les IGM et les IGA ne passent pas. Leur présence dans le sang fœtal est le résultat d'une synthèse active.

Certaines molécules ne peuvent traverser la barrière placentaire : (héparine, insuline), d'autres de petites tailles vont passer aisément : (alcool et certains médicaments).

- **Hormonologie placentaire** : le placenta secrète des hormones stéroïdes ; oestradiol et progestérone et des hormones protéiques : HGC et HPL. Ces hormones jouent un rôle dans le maintien de la gestation ainsi que dans la croissance et le développement fœtal, et le déclenchement du travail.

- Sécrétion des hormones stéroïdes : en fin de grossesse, la production d'œstrogène et de progestérone est de l'ordre de 300mg par jour pour chacune de ces deux hormones.

Le placenta est un organe endocrinien incomplet car il ne peut effectuer la synthèse du cholestérol. Il est obligé d'utiliser celui de la mère.

Il ne peut fabriquer ni androgène, ni oestradiol par défaut enzymatique, par contre il a une aromatasase pour transformer les androgènes en œstrogènes. Le foie fœtal lui peut synthétiser le cholestérol à partir de son acétate permettant la formation de corticoïde et d'oestradiol. La progestérone joue un rôle essentiel dans l'établissement et le maintien de la gestation. Il n'existe pas chez la femme de chute de la progestéronemie avant l'accouchement.

Le rôle des œstrogènes, surtout de l'oestradiol est important dans le maintien de la gestation et le développement fœtal.

- Sécrétion de l'hormone polypeptidique :

Hormone gonadotrophine chorionique : est une glucoprotéine formée de deux sous unités  $\alpha$  et  $\beta$  sécrétées dès la fécondation. Son taux augmente jusqu'à 2 mois et demi puis baisse jusqu'au début du 4<sup>e</sup> mois, pour se maintenir en plateau jusqu'à l'accouchement. Cette hormone est sécrétée par des citernes que forme le réticulum endoplasmique du syncytiotrophoblaste ; elle maintient le corps jaune au cours de la grossesse, fait sécréter précocement la testostérone par le testicule fœtal et stimule également la sécrétion

d'œstrogènes du placenta à partir des androgènes et joue sans doute un rôle dans la suppression partielle des réactions immunitaires.

- Hormones lactogène placentaire : elle est une hormone peptidique, synthétisée et sécrétée par le syncytiotrophoblaste sans aucune participation fœtale.

Elle comporte une chaîne polypeptidique et sa structure est voisine de la prolactine. Elle est sécrétée dès la 6<sup>e</sup> semaine, son taux augmente jusqu'au 9<sup>e</sup> mois. Sa durée de vie est courte 3 à 30 minutes et sa production élevée : 1g par jour, seul le dosage d'HCG est actuellement utilisé dans la surveillance de la grossesse au début normal ou pathologique (fausse couche, GEU, môle).

- Liquide Amniotique : constitué à 95% d'eau, de sel minéraux, de glucides, de lipides d'enzymes et d'hormones, son volume à terme est de l'ordre de 500 à 1000ml. Il provient du fœtus, par les urines, les sécrétions broncho-pulmonaires, la transsudation à travers la peau et le cordon, ainsi que la mère par la caduque et les membranes.

Sa résorption se fait par la déglutition fœtale, le passage à travers le cordon et la peau, et grâce aux membranes maternelles.

On conçoit qu'une anomalie de l'appareil urinaire entraîne un oligoamnios par défaut de sécrétion ; qu'une anomalie du tube digestif entraîne un hydramnios par défaut de résorption.

## **II. Age gestationnel et poids de naissance** : [20]

**Classification** : les nouveau-nés sont repartis en groupes : les prématurés ; les nouveau-nés à terme et les nouveaux-nés post termes. Une détermination rapide et précise de l'âge gestationnel peut être effectuée dans les premiers jours après la naissance grâce au score de Dubowitz (figure 5). Cela permet de prévoir les problèmes cliniques dans la mesure ou la maturation de chaque appareil est principalement déterminée par l'âge gestationnel. La croissance in utero de chaque fœtus doit être déterminée dès la naissance. Le rapport du poids de la taille et du périmètre crânien permet de les classer parmi les enfants hypotrophiques ou hypertrophiques par rapport à leur âge gestationnel (figure 6).

La croissance fœtale peut être altérée par des facteurs génétiques ou par anomalies intra-utérines, qui peuvent également favoriser la survenue de problème périnatale.

### **Nouveau-né prématuré** :

Nouveau-né avant 37<sup>e</sup> semaines de gestation, auparavant tous les enfants pesant moins de 2500g étaient dits « prématurés ». Cette définition était incorrecte car de nombreux nouveau-nés pesant moins de 2500g sont en fait matures ou post matures, mais petit pour leur âge gestationnel (hypotrophique) et ils ont un aspect et de problème différents de ceux des prématurés.

- **Etiologie et prévention** : dans la majorité des cas, la cause de l'accouchement prématuré n'est pas connue. Cependant dans les antécédents maternels on retrouve fréquemment un niveau socio-économique défavorisé, un suivi médical prénatal insuffisant une alimentation déficiente, un faible niveau d'étude, une mère célibataire et l'existence d'une infection ou d'une maladie intercurrente non traitée.

Le risque d'accouchement prématuré qui est la principale cause de morbidité et de mortalité néonatale peut être diminué en s'assurant que toutes les femmes particulièrement, celles du groupe à haut risque ont accès à des soins prénataux précoces et adaptés.

**Signes cliniques** : l'enfant prématuré est petit, pèse habituellement moins de 2500g sa peau est fine brillante rose et ses veines sont facilement visible sous la peau. Il a peu de graisse sous cutanée, de cheveux ou de cartilage au niveau de l'oreille externe. L'activité spontanée et le tonus sont réduits et ses membres ne sont pas en flexion. Chez le petit garçon, le scrotum peut être ridé et les testicules ne sont pas encore descendus. Chez la petite fille, les grandes lèvres ne recouvrent pas encore les petites lèvres.

**Complications** : la majorité des problèmes du prématuré est lié à l'immatunité fonctionnelle de ses organes.

- **Poumons** : chez de nombreux prématurés ; la synthèse du surfactant n'est pas suffisante pour éviter le collapsus alvéolaire et l'atélectasie, ce qui aboutit au syndrome de détresse respiratoire.
- **Système nerveux central** : l'insuffisance de coordinations, de réflexes, de succion et de déglutition des prématurés de moins de 34 semaines peut nécessiter le recours à une alimentation parentérale ou le gavage. L'immatunité des centres respiratoires situés dans le tronc cérébral est à l'origine d'épisode d'apnée. Les zones germinatives péri ventriculaires sont sujettes à l'hémorragie, l'hypotension, l'insuffisance ou l'irrégularité de la perfusion tissulaire cérébrale et les poussées tensionnelles peuvent toutes contribuer à l'infarctissement ou à l'hémorragie cérébrale.
- **L'infection** : le risque de méningite ou d'infection est environ 4 fois plus élevés que chez le nouveau-né à terme.
- **Régulation thermique** : les prématurés ont une surface corporelle particulièrement grande par rapport à leur masse corporelle. C'est pourquoi lorsqu'ils sont exposés à des températures inférieures à celle d'un environnement thermique neutre, ils perdent rapidement de la chaleur et maintiennent difficilement leur température corporelle.
- **Appareil digestif** : la faible capacité gastrique associée à l'immatunité de réflexe de succion et de déglutition, empêchent l'instauration d'une alimentation correcte par voie orale ou par sonde gastrique.

- Le rein : la fonction rénale est immature de telle sorte que la concentration ou la dilution de l'urine sont moins efficaces que chez le nouveau-né à terme.

L'incapacité du rein immature à excréter les acides peut être responsable d'acidose métabolique (acidose métabolique tardive du nouveau-né).

- Hypo et hyperglycémie : des lésions neurologiques peuvent survenir dans l'hypoglycémie. Le diabète sucré néonatal transitoire et une pathologie rare qui survient généralement chez des nourrissons hypotrophiques l'hyperglycémie peut entraîner une glycosurie avec diarrhée osmotique et donc une déshydratation.

### **Hypotrophie foétale :**

Dysmature : retard de croissance in utero (**RCIU**)

Nouveau-né dont le poids se situe en dessous du 10<sup>e</sup> percentile pour son âge gestationnel qu'il soit né prématurément, à terme ou après terme. Malgré sa petite taille un enfant hypotrophique à terme n'a pas comme le prématuré, des problèmes liés à l'immaturité de ses différents organes.

Etiologie : un enfant peut être petit à sa naissance en raison de facteurs génétiques (parents de petite taille ou affection génétique responsable de petite taille) ou d'autres facteurs susceptibles de retarder la croissance in utero. Ces facteurs intra utérins (non génétique) ne sont habituellement pas opérant avant 32 à 34 semaines de gestation et comportent une insuffisance placentaire, souvent liée à une maladie maternelle atteignant les petits vaisseaux sanguins (telle une toxémie, une HTA primitive, une néphropathie ou un diabète ancien). Il peut également s'agir de l'involution placentaire par la post maturité ou d'agents infectieux tel que le cytomégalovirus. Un enfant peut être hypotrophique si la mère se drogue aux stupéfiants ou à la cocaïne ou si elle est fortement alcoolique et à un moindre degré si elle fume des cigarettes pendant la grossesse.

Symptomatologie : malgré leur petite taille, les nouveau-nés hypotrophiques ont des caractéristiques physiques et un comportement similaire à ceux des nouveau-nés de morphologie normale de même âge gestationnel. Ainsi un nouveau-né de 1400g né entre 37 à 42 semaines de gestation peut avoir, le

cartilage de l'oreille externe les plis plantaires, le développement génital, le développement neurologique la vigilance, l'activité spontanée, et le même tonus et s'alimente qu'un nouveau-né à terme.

Si le RCIU est dû à une malnutrition chronique, le nouveau-né hypotrophique peut avoir une phase de « croissance de rattrapage » remarquable dans la mesure ou un apport calorifique suffisant lui est fourni.

#### Complication :

- Anoxie néonatale : si le RCIU est dû à une insuffisance placentaire (avec une perfusion placentaire très faiblement adaptée, le fœtus sera à risque d'anoxie au cours du travail et de l'accouchement dans la mesure ou chaque contraction utérine diminue ou arrête la perfusion placentaire par compression des artères spiralées.

Le fœtus hypotrophique souffrant d'anoxie à souvent de scores d'Apgar faibles et une acidose mixte à la naissance.

L'anoxie périnatale est le principal problème de ces nouveau-nés et lorsqu'elle peut être évitée, leur pronostic neurologique semble relativement favorable.

- Hypoglycémie : nouveau-né hypotrophique est très sujet à l'hypoglycémie au cours dès 1<sup>ère</sup> heures et des 1<sup>er</sup> jours de la vie en raison de l'absence de réserve suffisante en glycogène.

### **III. Traitement de l'hypotrophie fœtale : [20]**

Il n'y a pas de traitement dans un certain nombre de cas : malformations génétiques ou somatiques, pathologie liée à une infection nuisible pour le fœtus ou maladies maternelles sévère ; sans possibilités thérapeutiques. Il faut alors discuter avec la femme et son mari de l'opportunité d'interrompre la grossesse tenant compte du terme et des possibilités obstétricales.

- Supprimer les toxiques (tabac et drogue) indispensable.
- Il faut traiter la pathologie maternelle, en équilibrant un diabète ou une hypertension artérielle.
- Le repos au lit 18 heures sur 24 heures est le traitement le plus satisfaisant du retard de croissance. En décubitus latéral gauche, le flux sanguin placentaire est augmenté, ce qui améliore la croissance fœtale.



Un traitement sédatif (Valium, tranxène) calmera l'anxiété de la femme et lui permettra d'accepter le repos forcé. La femme devra éviter les efforts et les rapports sexuels, car le flux sanguin placentaire diminue lors d'exercice et l'orgasme.

- Le régime sera riche en protéine (plus de 80 g/j) un régime à 2400 calories environ est souhaitable. La prise de poids régulière de la mère sera encouragée et surveillée par une pesée hebdomadaire.

Les traitements médicamenteux, qu'il s'agisse des vasodilatateurs des  $\beta$  mimétiques ou de l'héparine n'ont pas fait la preuve de leur efficacité.

- Le choix du moment de l'accouchement ; il faut choisir le moment où le maintien du fœtus in utero présente plus de danger que la vie extra utérine ou avant lequel l'état de santé maternel ne risque de s'aggraver.

La césarienne est le plus souvent le mode d'accouchement nécessaire le foetus étant fragile, supportant mal les contractions et nécessitant une réanimation néonatale de qualité.

Cependant on peut parfois se demander s'il est bon de faire naître de très grands hypotrophiques en dessous de 1000 grammes.

**Traitement préventif** : on dispose de données suffisantes pour dire que le soutien social ne réussit pas à lui seul à améliorer l'issue de la grossesse en ce qui concerne le poids fœtal.

La supplémentation calorifique et protidique équilibrée augmente légèrement le poids moyen du nouveau-né à la naissance dans les populations urbaines défavorisées. On ne dispose d'aucune donnée pour recommander.

L'administration universelle à titre prophylactique de faibles doses d'aspirine à des femmes nullipares.

La prescription d'aspirine chez les femmes nullipares ayant une anomalie de flux utérin, au doppler n'a pas fait la preuve de son efficacité.

# METHODOLOGIE

# METHODOLOGIE

## **I. Cadre d'étude :**

Notre étude a eu lieu dans le service de gynécologie obstétrique du centre de santé de référence de la commune V du District de Bamako de la période allant du 1<sup>er</sup> janvier 2006 au 30 juin 2006 soit 6 mois d'étude.

### **1. Organisation structurale :**

Le service de gynéco-obstétrique comporte :

- Une salle d'accouchement avec 4 tables d'accouchement ;
- Une unité de suites de couche, grossesses à risque et pathologies gynécologiques ;
- Une unité pour le PEV (Programme Elargi de Vaccination) ;
- Une unité post-opérée ;
- Une unité de néonatalogie ;
- Une unité de PF (Planification Familiale) ;
- Une unité d'aspiration manuelle intra-utérine (AMIU) ;
- Une unité bloc opératoire ;
- Une unité pour les consultations prénatales.

Le centre est dirigé par un Professeur Agrégé en Gynéco-Obstétrique.

### **2. Fonctionnement :**

Les consultations prénatales sont journalières.

Le service est doté de deux ambulances assurant la liaison entre le centre de santé de référence de la commune V et les CSCOM, les CHU du Point G et du Gabriel Touré, du CNTS.

## **Au niveau organisationnel du service de garde :**

### **L'équipe dispose de :**

- Quatre tables d'accouchement ;
- Deux salles d'opération ;
- Un dépôt de sang ;
- Des kits de médicaments d'urgence permettant une prise en charge rapide de toutes les urgences gynécologiques et obstétricales. Ce kit financé sur fonds propres du centre est remboursé par les patientes après la prise en charge.
  - Un staff a lieu tous les jours ouvrables à partir de 8 heures 15 minutes réunissant le personnel du service et est dirigé par le Chef de service. Au cours de ce staff, l'équipe de garde fait le compte rendu des activités et des événements qui se sont déroulés les 24 heures durant.
  - Il y a 4 jours de consultations externes, quatre (4) jours de programme opératoire en dehors des urgences durant la semaine.

Une visite est faite tous les jours et les visites générales ont lieu les Mardis et les Jeudis après le staff.

### **3. Type et période d'étude :**

Il s'agit d'une étude descriptive portant sur l'analyse transversale prospective des dossiers obstétricaux des parturientes ayant été admises dans le centre de santé de référence de la commune V du 01 janvier 2006 au 30 juin 2006 soit 6 mois d'étude.

Cette analyse s'est basée sur la fiabilité de la collecte de l'ensemble des informations constituant le dossier obstétrical dans le service.

#### **3.1. Population d'étude :**

La population visée pour l'étude portait sur les petits poids de naissance dans le centre de santé de référence de la commune V du District Bamako. Elle portait sur toutes les parturientes admises pour accouchement qu'elles soient venues d'elles-mêmes (auto référence) ou qu'elles relèvent d'une référence ou d'une évacuation.

### **3.2. Echantillonnage :**

L'échantillon a été constitué de tous les cas de petits poids de naissance enregistrés au centre de santé de référence de la commune V durant la période d'étude.

### **3.3. Critère d'inclusion :**

- ❖ Tout accouchement d'un nouveau-né vivant avec petit poids de naissance, c'est-à-dire inférieur à 2500g et dont l'âge gestationnel connu était compris entre 28SA et 42SA (à partir d'une date des dernières règles précise et/ou une échographie précoce).

### **3.4. Critère de non inclusion :**

- ❖ Toute naissance ayant abouti à un nouveau-né de poids supérieur ou égal à 2500g ;
- ❖ Toute naissance ayant abouti à un mort-né ;
- ❖ Tout accouchement d'un nouveau-né vivant de poids inférieur à 2500g dont l'âge gestationnel n'était pas connu.

### **3.5. Sources des données :**

La collecte des données a été réalisée sur :

- ❖ Registre d'anesthésie ;
- ❖ Les dossiers obstétricaux ;
- ❖ Registre de compte rendu opératoire ;
- ❖ Les partographes ;
- ❖ Le carnet de suivi prénatal ;
- ❖ Le registre d'accouchement ;
- ❖ Fiches de référence/évacuation des mères et des nouveau-nés
- ❖ Registre des références/évacuations des nouveau-nés ;
- ❖ Registre des décès périnataux ;
- ❖ Registre d'admission et de sortie de la néonatalogie de l'Hôpital Gabriel Touré.

### **3.6. Difficultés de l'étude :**

Les difficultés rencontrées étaient :

- La plupart de nos parturientes ne connaissaient pas la date de leurs dernières règles et n'avaient pas bénéficié d'une échographie précoce ou même de consultation prénatale.
- Manque de matériel de réanimation adéquate en salle d'accouchement (oxygène, aspirateur, lampe chauffante, couveuses).

### **3.7. Les variables :**

L'identification, les antécédents, les pathologies au cours de la grossesse les caractéristiques sociodémographiques, le poids de naissance, le résultat de l'accouchement et le pronostic foetal.

### **3.8. Fiche de collecte :** voir annexe

**3.9. Analyse des données :** les données ont été saisies et analysées sur le logiciel Epi Info version 6.04.

### **3.10. Définitions opératoires :**

- **Primigeste** : une grossesse ;
- **Paucigeste** : 2-3 grossesses ;
- **Multigeste** : supérieur ou égal à 4 grossesses ;
- **Primipare** : un accouchement ;
- **Paucipare** : 2-3 accouchements ;
- **Multipare** : supérieur ou égal à 4 accouchements ;
- **Parturiente** : une femme en travail ;
- **Auto référence** : elle concerne les parturientes qui sont venues d'elles-mêmes ;
- **Référence** : on parle de référence quand la décision de transfert et d'admission de la patiente a lieu avant le début du travail ;

- **Evacuation** : elle concerne une patiente en travail, évacuée en urgence ou non, ou qui n'est pas en travail mais présentant une complication grave nécessitant une hospitalisation d'urgence.
- **Prématurité** :  
 Age gestationnel entre 28SA-37SA ;  
 Poids du nouveau-né inférieur à 2500g ;  
 Taille inférieure à 47cm ;  
 Périmètre crânien en moyenne 27cm-30cm.
- **Hypotrophie** :  
 Grossesse à terme (38SA-42SA) ;  
 Poids du nouveau-né inférieur à 2500g ;  
 Taille supérieure ou égale à 47cm ;  
 Périmètre crânien en moyenne 31cm-33cm.

### **3.11. Déroulement pratique de l'étude :**

Une fois la parturiente admise en salle de travail et qu'elle répondait à nos critères d'inclusion, une fiche d'enquête pré établit nous servait de support des données.

Nous commençons à remplir la fiche d'enquête dès l'entrée de la parturiente après un consentement éclairé.

Le remplissage se poursuivait tout le long du travail d'accouchement. Après l'accouchement commençait la partie réservée au nouveau-né.

Après naissance, la ligature- section et soins du cordon étaient effectués. Puis la réanimation pour les nouveau-nés qui le nécessitaient. Les mensurations et la pesée couplée à l'examen clinique et à l'âge gestationnel nous permettaient de classer nos nouveau-nés de faible poids de naissance en :

- prématurés ;
- hypotrophes.

Les nouveau-nés étaient mis au sein maternel dans les trente minutes suivant l'accouchement pour ceux dont l'état le permettait. Si cela n'était pas possible, du sérum glucosé 10% était donné aux nouveau-nés en doses fractionnées pour lutter contre l'hypoglycémie fréquente chez ces nouveau-nés. Les

nouveau-nés mêmes ceux qui devraient être évacués en néonatalogie bénéficiaient :

- De l'administration d'antibiotique en collyre (gentamycine dans les yeux) ;
- De la vitamine K1 une demi ampoule en IM ou la forme orale ;
- D'une couverture chaude à l'aide de serviette.

Les nouveau-nés apparemment sains bénéficiaient d'une prise en charge au niveau du centre de santé de référence de la commune V (unité de néonatalogie et la pédiatrie). Les nouveau-nés hospitalisés étaient suivis jusqu'à la sortie.

**NB** : la réanimation des nouveau-nés se déroulait au bloc opératoire à cause du sous équipement de notre salle d'accouchement.



# RESULTATS

## RESULTATS

**Fréquence globale** : durant la période de notre étude nous avons enregistré 3028 naissances dans le service dont 207 nouveau-nés de petits poids de naissance soit une fréquence de 6,83%.

**Tableau I** : répartition des parturientes selon leur âge.

Ages	Effectif	Pourcentage
14-19	71	39,90
20-29	70	39,32
30-39	33	18,54
40-45	4	2,24
<b>Total</b>	<b>178</b>	<b>100</b>

La moyenne d'âge est de 29 ans, avec des extrêmes allant de 14-45 ans.

**Tableau II** : répartition des parturientes selon l'ethnie.

Ethnie	Effectif	Pourcentage
Bambara	71	39,90
Peulh	32	17,98
Sarakolé	28	15,73
Malinké	13	7,30
Dogon	12	6,74
Sonrhäi	10	5,61
Minianka	4	2,24
Bozo	4	2,24
Bobo	3	1,7
Maure	1	0,5
<b>Total</b>	<b>178</b>	<b>100</b>

**Tableau III** : répartition des parturientes selon la profession.

<b>Profession</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage</b>
Sans profession	160	89,90
Vendeuse/commerçante	10	5,61
Fonctionnaire	5	2,8
Etudiante/Elève	3	1,69
<b>Total</b>	<b>178</b>	<b>100</b>

**Tableau IV** : répartition des parturientes selon leur état matrimonial.

<b>Situation matrimoniale</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage</b>
Mariée	150	84,27
Célibataire	28	17,73
<b>Total</b>	<b>178</b>	<b>100</b>

**Tableau V** : répartition des parturientes selon leurs antécédents médicaux.

<b>Antécédents médicaux</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage</b>
HTA	3	1,70
HIV positive/SIDA	1	0,56
Drépanocytose	1	0,56
Aucun	173	97,19
<b>Total</b>	<b>178</b>	<b>100</b>

**Tableau VI** : répartition des parturientes selon les antécédents chirurgicaux.

<b>Antécédents chirurgicaux</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage</b>
Césarienne	4	2,24
GEU	1	0,56
Myomectomie	1	0,56
Aucun	172	96,62
<b>Total</b>	<b>178</b>	<b>100</b>

**Tableau VII** : répartition des parturientes selon la gestité.

<b>Gestité</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage</b>
Primigeste	89	50
Paucigeste	50	28,1
Multigeste	39	21,9
<b>Total</b>	<b>178</b>	<b>100</b>

**Tableau VIII** : répartition des parturientes selon la parité.

<b>Parité</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage</b>
Primipare	89	50
Paucipare	52	29,2
Multipare	37	20,8
<b>Total</b>	<b>178</b>	<b>100</b>

**Tableau IX** : répartition des parturientes selon le mode d'admission.

<b>Provenance</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage</b>
Auto référence	165	92,70
Référence	12	6,74
Evacuation	1	0,56
<b>Total</b>	<b>178</b>	<b>100</b>

**Tableau X** : répartition des parturientes selon le motif d'admission.

<b>Motif d'admission</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage</b>
CUD	160	89,9
RPM	10	5,6
MAP	5	2,8
Métrorragie	3	1,70
<b>Total</b>	<b>178</b>	<b>100</b>

**NB** : les délais de rupture des membranes étaient compris entre 12 heures-36 heures. Elles ont bénéficiées d'une antibiothérapie dès l'admission et après l'accouchement. Les nouveau-nés sont adressés en néonatalogie.

**Tableau XI** : répartition des parturientes selon le nombre de consultation prénatale.

<b>Consultation prénatale</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage</b>
Aucune	51	28,64
1-3	127	71,36
<b>Total</b>	<b>178</b>	<b>100</b>

**NB** : aucune de nos parturientes n'avait fait plus de 3 CPN.

**Tableau XII** : répartition des parturientes selon le moyen d'estimation de l'âge gestationnel.

<b>Moyen d'estimation</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage</b>
Date des dernières règles	10	5,60
Echographie précoce	158	88,80
Echographie précoce + date des dernières règles	10	5,60
<b>Total</b>	<b>178</b>	<b>100</b>

**Tableau XIII** : répartition des parturientes selon l'auteur de la consultation prénatale.

<b>Auteur</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage</b>
Sages-femmes	123	69,1
Médecins	3	1,7
Matrone	1	0,56
Aucune CPN	51	28,64
<b>Total</b>	<b>178</b>	<b>100</b>

**Tableau XIV** : répartition des parturientes selon les pathologies au cours de la grossesse.

<b>Pathologie</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage</b>
Paludisme	23	12,92
Anémie	7	3,93
HTA	18	10,11
Pré éclampsie	22	12,35
Infection urinaire	50	28,08
Kyste de l'ovaire	1	0,56
MAP	5	2,8
VIH	2	1,12
Aucune	50	29,08
<b>Total</b>	<b>178</b>	<b>100</b>

**NB** : tous les cas d'infections urinaires s'étaient compliqués d'accouchements prématurés.



**Tableau XV** : répartition des parturientes selon le nombre de fœtus.

<b>Nombre de fœtus</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage</b>
Unique	149	83,7
Multiple	29	16,3
<b>Total</b>	<b>178</b>	<b>100</b>

**NB** : les grossesses multiples étaient des grossesses gémellaires.

**Tableau XVI** : répartition des parturientes selon leur taille.

<b>Taille en mètres</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage</b>
≤1,50	30	16,85
Plus de 1,50	148	83,15
<b>Total</b>	<b>178</b>	<b>100</b>

**Tableau XVII** : répartition des parturientes selon leur poids.

<b>Poids en kg</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage</b>
Moins de 40	3	1,69
40-80	167	93,82
Plus de 80	8	4,49
<b>Total</b>	<b>178</b>	<b>100</b>

**Tableau XVIII** : répartition des parturientes selon la hauteur utérine.

<b>Hauteur utérine en cm</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage</b>
Inférieure 30	135	75,84
30-36	33	18,54
Supérieur 36	10	5,62
<b>Total</b>	<b>178</b>	<b>100</b>

**Tableau XIX** : répartition des parturientes selon le terme de la grossesse.

<b>Terme de la grossesse</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage</b>
A terme	110	61,8
Avant terme	68	38,20
<b>Total</b>	<b>178</b>	<b>100</b>

**Tableau XX** : répartition des parturientes selon l'aspect du liquide amniotique à l'entrée.

<b>Liquide amniotique</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage</b>
Clair	125	85,4
Teinté de méconium	24	13,5
Teinté de sang	2	1,1
<b>Total</b>	<b>178</b>	<b>100</b>

**Tableau XXI** : répartition des parturientes selon l'état du périnée.

<b>Périnée</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage</b>
Souple	173	97,2
Rigide	5	2,8
<b>Total</b>	<b>178</b>	<b>100</b>

**Tableau XXII** : répartition des parturientes selon la présentation.

<b>Présentation</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage</b>
Sommet	167	93,82
Siège	6	3,37
Epaule	1	0,56
Front	3	1,70
Face	1	0,56
<b>Total</b>	<b>178</b>	<b>100</b>

**NB** : ce tableau ne prend en compte les présentations des deuxièmes jumeaux.

**Tableau XXIII** : répartition des parturientes selon la nature du bassin.

<b>Bassin</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage</b>
Normal	115	64,62
Limite	60	33,70
BGR	3	1,68
<b>Total</b>	<b>178</b>	<b>100</b>

**Tableau XXIV** : répartition des parturientes selon la voie d'accouchement.

<b>Accouchement</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage</b>
Voie basse	160	89,89
Césarienne	18	10,11
<b>Total</b>	<b>178</b>	<b>100</b>

**Tableau XXV** : répartition des parturientes selon les indications de la césarienne.

<b>Indication</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage</b>
HRP (Sauvetage maternelle)	2	1,12
PP recouvrant hémorragique	1	0,56
Utérus bicatriciel	4	2,80
Utérus tricatriciel	1	0,56
Présentation du front	3	1,68
Procidence du cordon 2 degré battant	1	0,56
Souffrance Fœtale Aiguë	2	1,12
BGR	3	1,68
Présentation de l'épaule	1	0,56
<b>Total</b>	<b>18</b>	<b>10,11</b>

**Tableau XXVI** : répartition des parturientes selon la réalisation de l'épisiotomie.

<b>Episiotomie</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage</b>
Oui	115	64,60
Non	63	35,40
<b>Total</b>	<b>178</b>	<b>100</b>

**NB** : il s'agissait d'épisiotomie medio-laterale droite dans tous les cas.

**Tableau XXVII** : répartition des nouveau-nés selon le sexe.

<b>Nouveau-né</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage</b>
Masculin	105	50,72
Féminin	102	49,28
<b>Total</b>	<b>207</b>	<b>100</b>

**NB** : nous avons enregistré 29 cas de grossesse gémellaire soit un total de 207 nouveau-nés.

**Tableau XXVIII** : répartition des nouveau-nés selon qu'ils soient réanimés ou non.

<b>Réanimation</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage</b>
Oui	21	10,14
Non	186	89,86
<b>Total</b>	<b>207</b>	<b>100</b>

**Tableau XXIX** : répartition des parturientes selon l'Apgar des nouveau-nés à la 1<sup>ère</sup> minute.

<b>Apgar à la 1<sup>ère</sup> minute</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage</b>
≤ 7	21	10,14
> 7	186	89,86
<b>Total</b>	<b>207</b>	<b>100</b>

**Tableau XXX** : répartition des nouveau-nés selon l'Apgar à la 5<sup>ème</sup> minutes.

<b>Apgar à la 5<sup>ème</sup> minutes</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage</b>
< 10	5	2,41
10	202	97,59
<b>Total</b>	<b>207</b>	<b>100</b>



**Tableau XXXI** : répartition des nouveau-nés selon leur poids.

<b>Poids en grammes</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage</b>
1000-1500	5	2,41
1501-1999	30	14,49
2000-2499	172	83,1
<b>Total</b>	<b>207</b>	<b>100</b>

**Tableau XXXII** : répartition selon la taille des nouveau-nés.

<b>Taille en cm</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage</b>
Inférieur 47	80	38,65
≥ 47	127	61,35
<b>Total</b>	<b>207</b>	<b>100</b>

**Tableau XXXIII** : répartition des nouveau-nés selon le périmètre crânien.

<b>Périmètre crânien en cm</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage</b>
27-30	89	43
31-33	118	57
<b>Total</b>	<b>207</b>	<b>100</b>

**Tableau XXXIV** : répartition des nouveau-nés selon le type de petit de naissance.

<b>Type de petit poids</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage</b>
Prématuré	80	38,65
Hypotrophe	127	61,35
<b>Total</b>	<b>207</b>	<b>100</b>

**Tableau XXXV** : répartition des nouveau-nés selon la température juste après la naissance.

Température	Effectif	Pourcentage
Normale (37-37,5°C)	206	99,52
Fièvre (38,3°C)	1	0,48
<b>Total</b>	<b>207</b>	<b>100</b>

**Tableau XXXVI** : répartition des nouveau-nés qu'ils soient évacués ou non.

Evacués	Effectif	Pourcentage
Oui	32	15,46
Non	175	84,54
<b>Total</b>	<b>207</b>	<b>100</b>

**NB** : 32 nouveau-nés ont été évacués à la néonatalogie de l'Hôpital Gabriel Touré. Les autres ont bénéficié d'une consultation en néonatalogie du centre de santé de référence de la commune V.

**Tableau XXXVII** : répartition des nouveau-nés selon le motif de référence.

<b>Causes</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage</b>
Prématurité	26	12,56
Souffrance néonatale	5	2,41
Hyperthermie	1	0,48
<b>Total</b>	<b>32</b>	<b>15,46</b>

**Tableau XXXVIII** : répartition selon les causes du décès chez les prématurés.

<b>Causes des décès</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage</b>
Détresse respiratoire	3	1,45
Infections néonatales	2	0,96
<b>Total</b>	<b>5</b>	<b>2,41</b>

**NB** : ces cas de décès concernaient uniquement les prématurés.

# COMMENTAIRES

# COMMENTAIRES

## **1. Fréquence :**

La naissance des nouveau-nés de petits poids demeure une préoccupation majeure dans notre service. Durant la période d'étude nous avons enregistré 3028 naissances dont 207 nouveaux-nés de petits poids de naissance soit une fréquence de 6,83%. Cet taux est inférieur à ceux trouvés par Camara B. [7] au Sénégal et Fourn L. [6] au Bénin respectivement de 10,70% et 15%. Notre taux est voisin des taux nationaux en Europe ne dépassent pas 6% selon l'OMS [9].

## **2. Situation matrimoniale :**

84,27% de nos parturientes étaient mariées.

## **3. Profession :**

Les mères pour la plupart sont des femmes sans profession avec 89,90%. Il est reconnu dans nos pays qu'à ce statut social, sont liées d'intenses activités physiques susceptibles de compromettre par le biais de la fatigue l'évolution de la grossesse.

Les nouveau-nés de petits poids de naissance appartiennent dans la majorité des cas à des femmes de milieux socio-économiques bas comme le témoignent les résultats de nombreux auteurs [26, 27, 28, 30].

En effet les fatigues ménagères, le nombre d'enfants élevé, les conditions de logement, sont des facteurs de risque connus [19].

## **4. Gestité et parité :**

Les primigestes représentaient 50% de notre échantillon alors que Sangaré Y. en 1995 a trouvé 22,02% de primigeste [3]. Ce taux élevé dans notre série pourrait s'expliquer par la faible couverture des soins prénataux chez ces patientes (ces patientes fréquentent peu les centres de soins prénataux).

## **5. Antécédents médicaux :**

Nous avons retrouvé 3 cas d'HTA (1,70%) 1 cas de drépanocytose (0,56%) ; 1 cas de VIH (0,56%) dans notre échantillon.

## **6. Antécédents Chirurgicaux :**

Dans 2,2% de cas de nos parturientes avaient un antécédent de césarienne.

## **7. CPN et qualité :**

Nous avons noté une absence de CPN dans 28,64% et dans les 71,36% des cas où celle-ci était réalisée, le nombre était inférieur à 4 fois (qui est la norme nationale retenue par notre pays).

Certains facteurs comme la primiparité et le bas niveau socio-économique peuvent expliquer cette mauvaise qualité des CPN.

Lorsque cette surveillance prénatale était faite, le suivi était fait par la sage-femme dans 69,1% des cas et dans 1,7% des cas par le médecin.

Selon Blondel et coll [29], la proportion de nouveau-nés de moins de 2500g est toujours significativement plus élevée chez les femmes peu suivies que les autres femmes.

## **8. Pathologie sur la grossesse actuelle :**

Nous avons relevé une pathologie associée à la grossesse dans 71,87% des cas repartis en 28,08% de cas d'infection urinaire, 22,45% de cas d'HTA, 12,92% de cas de paludisme, 3,7% de cas d'anémie et 1,12% de cas de VIH associé.

Le diagnostic de la béance cervico-isthmique a été difficile à établir à ce stade d'évolution de la grossesse. Aucun cas de fibrome utérin ni de malformation utérine n'a été retrouvé au cours de notre étude.

Cependant leur rôle en tant que facteur de risque est bien connu [25, 27, 30].

Le placenta praevia hémorragique est retrouvé dans 1 cas (0,56%) et l'hématome rétro placentaire dans 2 cas (1,12%).

Selon Kam Kl. et coll dans une étude menée au Burkina Faso (à Ouagadougou) trouvent que les métrorragies du 3<sup>e</sup> trimestre apparaissent associées aux retards de croissance intra utérin avec un risque élevé statistiquement significatif [32].

## **9. Voie d'accouchement :**

L'accouchement a été fait par césarienne dans 18 cas soit 10,11% sur décision médicale. Les indications de césariennes les plus fréquentes ont été : utérus bicatriciel (2,80%), BGR et présentation du front avec chacune 1,68%. Dans 29 cas il s'agissait de grossesses gémellaires soit 16,3% alors que Sangaré Y. en 1995 rapportait 81,25% de grossesses gémellaires [3]. 115 parturientes ont bénéficié d'une épisiotomie soit 64,6%.

## **10. Paramètre des nouveau-nés :** (poids, taille)

Les nouveau-nés étaient prématurés dans 38,65% des cas et hypotrophiques dans 61,35% des cas.

### **10.1. Sexe :**

Les nouveau-nés étaient de sexe masculin dans 50,72% des cas et de sexe féminin dans 49,28% des cas alors que Sangaré Y. rapportait en 1995 46,06% de sexe masculin et 53,94% de sexe féminin [3].

### **10.2. Poids des nouveau-nés :**

Le poids de naissance a été apprécié avec des extrêmes allant de 1000g-2499g avec une moyenne de 2249g.

83,09% des nouveau-nés avaient un poids de naissance compris entre 2000-2499g.

### **10.3. Taille :**

80 nouveau-nés avaient une taille inférieure à 47cm et 127 nouveau-nés avaient une taille supérieure ou égale à 47cm.



#### **10.4. Le pronostic fœtal :**

Dans notre étude 15,46% des nouveau-nés de petits poids de naissance ont été évacués soit en raison de la prématurité (12,56%) soit pour souffrance néonatale dans 2,41% des cas soit d'hyperthermie (0,48%).

Parmi les 12,56% des nouveau-nés évacués en pédiatrie du CHU Gabriel Touré 2,41% y sont décédés (soit 5 cas). Il s'agissait uniquement des prématurés.

Parmi ces prématurés décédés nous avons notés 3 cas de détresse respiratoire et 2 cas d'infection néonatale.

La prise en charge des 175 nouveau-nés soit 84,54% a été faite au niveau de la pédiatrie de notre centre de santé de référence. Ils ont tous bénéficiés de la vitamine K1, d'un antibiotique en collyre dans les yeux et d'une alimentation précoce (allaitement maternel précoce, soit sérum glucosé 5% ou 10%).

# CONCLUSION

## CONCLUSION

Les nouveaux-nés de petits poids à la naissance constituent un problème de santé publique en raison de leur prévalence élevée et des conséquences néfastes qui en résultent.

Dans notre étude nous avons trouvé une fréquence de 6,83% de petit poids de naissance.

Le petit poids de naissance est associé à un certain nombre de facteurs dont les plus parlants sont la primiparité (50%), la profession de la mère (femmes au foyer 89,90%), le niveau socio-économique bas. Nous avons relevé une pathologie associée à la grossesse dans 71,87% dont 28,8% de cas d'infection urinaire, 22,45% de cas d'HTA et 12,92% de paludisme.

32 nouveau-nés soit 15,46% ont été évacués en néonatalogie de l'hôpital Gabriel Touré soit pour prématurité soit pour hypotrophie. Parmi ces nouveau-nés cinq (5) y sont décédés.

Nos résultats montrent que les femmes peu ou non suivies pendant la grossesse présentent un risque périnatal élevé (28,64% des parturientes n'avaient pas fait de CPN et aucune parturiente n'avait réalisé quatre (4) CPN qui est la norme nationale retenue par notre pays.

La surveillance correcte de la grossesse, une bonne hygiène alimentaire et l'utilisation adéquate des soins prénataux et une surveillance adéquate du travail d'accouchement (respect des normes et procédures) pourraient améliorer le pronostic immédiat et à long terme de ces nouveau-nés fragiles.

# RECOMMENDATIONS

# RECOMMANDATIONS

## Aux populations :

- ❖ Les femmes enceintes doivent fréquenter les consultations prénatales dès le début de la grossesse et accoucher en milieu médical.
- ❖ Il faut éviter les quatre trop :
  - Grossesses trop précoces ;
  - Grossesses trop tardives ;
  - Grossesses trop nombreuses ;
  - Grossesses trop rapprochées.

## Aux agents socio-sanitaires :

- ❖ Respect des normes et procédures ;
- ❖ Assurer aux gestantes des consultations prénatales de bonne qualité ;
- ❖ Conseiller aux femmes enceintes un régime alimentaire riche et varié ;
- ❖ Renforcer l'éducation en matière de santé des communautés afin que les gestantes perçoivent l'intérêt de consultations prénatales et de l'accouchement en milieu médical ;
- ❖ Assurer une formation continue (recyclage) des agents socio-sanitaires.

## Aux autorités :

- ❖ Equipement de notre salle d'accouchement avec du matériel de réanimation adéquat (source d'oxygène, aspirateur, lampe chauffante, couveuse).
- ❖ L'amélioration du plateau technique dans notre structure sanitaire ;
- ❖ Intégrer en priorité la prise en charge de la grossesse et de l'accouchement dans la politique en faveur des plus démunis.
- ❖ Assurer une couverture sanitaire efficace et satisfaisante en matière des prises en charge de la grossesse et de l'accouchement.
- ❖ Améliorer le niveau socio-économique des communautés et le statut de la femme.

# ANNEXES

## BIBLIOGRAPHIE

1. **Kramer M.S.** Determinants of low birth weight : methodological assesement and meta analysis bul who 1987 ; 65 : 663-737.
2. **World health Organisation** : the incidence of low birth weight : a critical of available information World heath statitiq. 1980 ; 33 : 197-224.
3. **Sangaré Y.** : Etude épidémiologique des poids de naissance dans les maternities de la communes VI du District de Bamako 1995 ;95-M-16.
4. **Tamboura Ba Alti.** : Environnement de la grossesse et poids de naissance à propos d'une étude prospective dans 5 maternités du Mali. Thèse Méd 1985 ;85-M-4.
5. **Sissoko Mahamady Mamadou Lamine** : Utilisation du poids de naissance comme indicateur de santé au Mali. 1983 ;83-M-33.
6. **Fourn L. ; Zohoun T** : Etude statistique des petits poids et de la taille du nouveau-né à Cotonou. Afr. Méd 1990 ; 268 : 505-09.
7. **Camara B. ; Diak B., Diouf S. et Coll** : les faibles poids de naissance : Fréquence et facteurs de risque dans le District de Guediawaye (Banlieue Dakar – Senegal Dakar Médical 1995 ; 40 (2) : 213-9.
8. **Ben Becher S. ; Debtoide A., Ftouri ; Ben Miled S. ; Khroufs, Ann Pédiatrie** RCIU en Tunisie, Epidemio, Etiologie – (Paris), 1994 ; n°9 : 573-7.
9. **OMS** : Low birth weight, a tabulation of available information who/nott. 1992 ; 2 : 1-13.
10. **Chiswick M.L** : Intra uterine Growth retardation – Br; med. J. 1985 ; 291: 845-7.
11. **Falconer J. Pieneo G., Blotthey wetall** : Essencial thrombocytomiq associated with recurrent abortions and fetal growth retardation. AMJ Hematol 1987 ; 25 : 45-7.
12. **Conboy T.J. pass R.F.; Stangos etall** : Early clinical manifestation and intellectual out come in children with symptomatic congenital Cytomegalovirus infection J. Ped. 1987 ; 111 : 343-8.

13. **Cornick M.C** : the contribution of low birth weight to infant mortality and childhood morbidity. *N Engl J Med* 1985 ; 312 : 82-90.
14. **Berkowitz ZGB, Harlap, Beck J, Freeman DH, Baras M** : early gestational bleeding and pregnancy outcome; a multivariate analysis; *Int J Epidemiol* 1983 ; 12 : 165-73.
15. **Assimadik, Zongo P, Graga D.; Kessie K., Degboe L.A.; Hodonou H.; Vovor M** : Mortalité et morbidité à l'unité des prématurés au CHU de Lomé. *Rev med. Côte d'Ivoire*. 1983 ; 57 : 25-31.
16. **Barros F.C., Huttley SRA, Victoria C.G, Kirkwood B.R. ; Vaughan J.P.** Comparaison of the causes and consequences of premature and intra uterine growth retardation : a longitudinal study in southern Brazil. *Pediatrics*. 1992 ; 90 : 238-44.
17. **Barker D.J., Godfrey K.M., Osmond C**: relation of fetal length, ponderal index and head circumference to blood pressure cardiovascular and the risk of hypertension in adult life. *Pediatric perinatal*, 1992 ; 6 : 35-44.
18. **Phillips K., Backer D.J.; Hales C.N. Osmond C., Clark P.M.S** : Fetal growth and impaired glucose tolerance in men and women. *Diabetologia*, 1993 : 225-8.
19. **Lansac J, Berger C, Magnin G.** obstétrique pour le praticien 1997 ; 3e édition : 8-26, 320-21.
20. **Manuel merck, de diagnostic et thérapeutique** 2<sup>e</sup> édition, française. Paris : Merck. 1994 ; 2767.
21. **Boulot P Giacalone P.L, hedon B**, Hypotrophie fœtale, prévention. *J gynecol-obstet-biol-reprod*\_1992 ; 21 : 857.
22. **Kramer M.S** : protein/energy supplementation in pregnancy and child birth Module (eds Enkim mw). .....
23. **Norris J, fay R, Ellwood D.** A randomized controlled trial of aspirin in patients with abnormal artery blood flow. *Obstet gynecol*. 1996 ; 87 : 74-8.
24. **Beaufils M, Uzan S, Breat G** : Aspirine et grossesse : Réalités et perspectives d'avenir. *Contracep – fertil se*. 1995 ; 23 : 157-61.



25. **Messer J** : prématurité et hypotrophie à la naissance. Epidémiologie cause et prévention Rev. Prat. 1994 ; 44 : 679-82.
26. **MEDAN, soula G, Dabisf, consens s, some A, Nartenst, Salomon:** facteurs de risque de prématurité et de retard de croissance intra utérin au Burkina Faso. Rev Epidem et santé Publique, 1995 ; 43 : 215-24.
27. **Voyer M, contantie Y, kieffer F, Assaf Z, chillaz de c, Dubois M.** prématurité (1) – encyclopedie med chir (Paris). Pédiatrie 1996 ; 4 – 002- 3 – 10 ; 30.
28. **Macquart moulin G, Baret c, Fancello G, vincent A, aymes S :** Surveillance antenatale et risque de prématurité et d’hypotrophie fœtale J gynecol obstet Biol reprod, 1992 ; 21 : 9-18.
29. **Blondel B, Dulith, Delour n, Uzan s :** issue de la grossesse des femmes ayant une surveillance très faible ; Eur. J. Obstet gynecol, Biol reprod 1993 ; 20 : 89-90.
30. **Zupan V** : prématurité et hypotrophie à la naissance. Epidémiologie, causes et prévention ; rev prat, 1997 ; 47 : 675-8.
31. **Fourn L, Takpara I, zohoun T :** grossesses compliquées d’hémorragie et naissance d’enfant de faible poids à Cotonou (Benin). Cahier santé 1994 ; 4 : 407-11.
32. **Kam KL, sanou I, Sawadogo SA, Zeba B, Belem B, Zongo I, Benon B :** Malformation congénitale observées à l’unité de néonatalogie du CNHYo de ouagadougou – Burkina Faso. Ann Université de Ouagadougou série B, 1996 ; 4 : 221-31.

## FICHE D'ENQUETE

### Petit poids de naissance facteur étiologique et pronostic fœtal

**A Identité** **Mère**

Date ...../...../..... Numéro .....

Nom ..... Prénom de la mère.....

Q1 Age .....

Q2 Ethnie de la mère

1 Bambara 2 Malinké 3 Peulh 4 Sonhaï 5 Maure 6 Dogon 7 Bobo 8 Touareg  
9 Bozo 10 Minianka 11 Sarakolé 12 Autre

Q3 Profession  1 Fonctionnaire 2 Ménagère 3 Etudiante 4 Vendeuse 5 Autres

Q4 Situation matrimoniale  1 Mariée 2 Célibataire 3 Divorcée

**Père**

Q5 Age .....

Q6 Ethnie du père

1 Bambara 2 Malinké 3 Peulh 4 Sonhaï 5 Maure 6 Dogon 7 Bobo 8 Touareg 9 Bozo  
10 Minianka 11 Sarakolé 12 Autres.

Q7 Profession  1 Fonctionnaire 2 Commerçant 3 Ouvrier 4 Autres

Q8 Situation matrimoniale  1 Marié 2 Célibataire 3 Divorcé

**B Antécédents :**

Q9 **Médicaux personnels**  1 Diabète 2 HTA 3 Drépanocytose 4 Asthme 5 Tuberculose 6 Paludisme 7 HIV positive/SIDA 8 Aucun

Q10 **Chirurgicaux personnels**  1 Césarienne 2 Myomectomie 3 Kystectomie 4 GEU 5 Rupture utérine (hystérorraphie) 6 Appendicite 7 Aucun

Q11 **Familiaux**  1 Diabète 2 HTA 3 Drépanocytose 4 Tuberculose 5 Aucun

Q12 **Mode de vie**  1 Tabagisme 2 Toxicomanie 3 Alcoolisme 4 Aucun

**Obstétricaux**

Q13 Gestité  1 Primigeste 2 Paucigeste 3 Multigeste

Q14 Parité  1 Primipare 2 Paucipare 3 Multipare

Q15 Enfants vivants  1 Oui 2 Non

Q16 Enfants décédés  1 Oui 2 Non

Q17 Avortements  1 Oui 2 Non

**Surveillance de la grossesse**

Q18 DDR  1 Connue 2 Inconnue

Q19 Age gestationnelle  1 Connue 2 Inconnue

Q20 TP (TT)  1 Oui 2 Non

Q21 CPN  1 Oui 2 Non Nombre /\_/ 1<sup>ère</sup> CPN à /\_/ SA

Q22 Auteur de la CPN  1 Médecin 2 Médecin Gynécologue 3 Sage femme 4 Matrone

- Q23 Chimio prophylaxie antipalustre  1 Oui 2 Non
- Q24 Supplémentation en fer acide folique  1 Oui 2 Non
- Q25 VAT  1 Oui 2 Non

**C Pathologie de la grossesse**

- Q26 Paludisme  1Oui 2 Non
- Q27 Anémie  1 Oui 2 Non
- Q28 HTA  1Oui 2 Non
- Q29 Pré éclampsie  1Oui 2 Non
- Q30 Myome utérin  1 Oui 2 Non
- Q31 Infection urinaire  1 Oui 2 Non
- Q32 Diabète  1 Oui 2 Non
- Q33 Néphropathie  1 Oui 2 Non
- Q34 Cardiopathie  1 Oui 2 Non
- Q35 Pneumopathie  1Oui 2 Non
- Q36 Kyste de l'ovaire  1Oui 2 Non
- Q37 Menace d'avortement tardif  1 Oui 2 Non
- Q38 Menace d'accouchement prématuré  1Oui 2 Non
- Q39 Saignement au cours de la grossesse  1Oui 2Non
- Q40 Infection génitale  1 Oui 2 Non
- Q41 Infection (congénitale)  1 Oui 2 Non
- Q42 Iso immunisation Rhésus  1 oui 2 Non
- Q43 Autre

**Diagnostic d'hypotrophie pendant la grossesse**

- Q44 Clinique  1 Oui 2 Non
- Q45 Echographie  1 Oui /\_\_/ 2 Non
- Q46 Nombre de fœtus  1 Unique 2 Multiple

**D Accouchement :**

**a) Admission :**

Examen général

- Q47 Taille  1 = < 1,50 m 2 = > 1,50 m
- Q48 Poids  1 Normal 2 Obèse 3 Maigre
- Q49 TA  1 Hypotendue 2 Normo tendue 3 Hypertendue
- Q50 Température  1 Hypothermie 2 Normale 3 Hyperthermie
- Q51 Conjonctive  1 Bien colorée 2 Moyennement colorée 3 Pâle
-

- Q52 Œdème Examen obstétrical 1 Oui 2 Non
- Q53 Hauteur Utérine  1 < 30 cm 2 Entre 30- 35 3 ≥ 36
- Q54- BDCF  1 < 120 2 Entre 120 – 160 3 > 160
- Q55 Terme de la grossesse  1 Terme 2 Avant terme 3 Post terme
- Q 56 Poche des eaux  1 Intact 2 Rompue
- Q57 Liquide amniotique  1 Claire 2 Teinté de méconium 3 Teinté de sang
- Q58 Périnée  1 Souple 2 Rigide 3 Cicatriciel

**b) Présentation :**

- Q59 Sommet  1 OIGA 2 OIGP 3 OIDA 4 OISP
- Q60 Siège  1 Complet 2 Décompleté 3 Semi complet 4 Non
- Q61 Transversale  1 Oui 2 Non
- Q62 Front  1 Oui 2 Non
- Q63 Face  1 Oui 2 Non
- Q64 Bassin  1 Normal 2 Limite 3 BGR 4 Asymétrique

**c) Marche de travail :**

- Q65 La durée de la dilatation  1 = < 12 heures 2 = > 12 heures
- Q66 La durée d'expulsion  1 = < 45 mn 2 = > 45 mn
- Q67 Durée totale du travail  1 = < 24 heures 2 = > 24 heures

**d) Mode d'accouchement :**

- Q68 Voie basse  1 Oui 2 Non
- Q69 Eutocique  1 Oui 2 Non
- Q70 Dystocique  1 Oui 2 Non
- Q71 Césarienne  1 Oui 2 Non

Indication.....

- Q72 Forceps  1 Oui 2 Non

Indication.....

- Q73 Dégagement  1 OS 2 OP 3 Autres
- Q74 Ocytocine  1 en perfusion lente 2 IM 3 Non
- Q75 Episiotomie  1 Non 2 Médiane 3 Médio latérale
- Q76 Délivrance mode  1 Naturelle 2 Artificielle 3 Active
- Q77 Délivrance complication  1 Hémorragie 2 Rétention placentaire 3 Non
- Q78 Révision utérine  1 Oui 2 Non

**E) Nouveau-né :**

- Q79 Sexe  1 Masculin 2 Féminin

- Q80 Apgar :  1 mn..... 5 mn ..... 1 = ≤ 7 2 = > 7
- Q81 Poids
- Q82 Taille  1 = < 47 cm 2 = ≥ 47 cm
- Q83 PC
- Q84 PT
- Q85 Bosse sero-sanguine  1 Oui 2 Non
- Q86 Forme de la tête  1 Ronde 2 Ovale 3 Allongée
- Q87 Lésion traumatique  1 Oui 2 Non
- Q88 Malformation  1 Oui 2 Non

**F) Prise en charge du nouveau-né immédiatement après l'accouchement :**

- Q89 Température  1= 37°5 2= 37°5-40 3= plus de 40
- Q90 Hypothermie  1= plus de 36° 2= 36°-36 3= ..... de 35°5
- Q91 Respiration  1= 40-80/mn 2= plus de 80/mn 3= moins de 60/mn
- Q92 Réanimé  1 Non 2= Oui 3= Oui plus de 10mn

Traitement : .....

**G) Placenta :**

- Q93 Poids
- Q94 Membrane  1 Intégrité 2 Rétention
- Q95 Anomalie  1 Oui 2 Non
- Q96 Placenta praevia  1 Oui 2 Non

**H) Cordon :**

- Q97 Nœud du cordon  1 Oui 2 Non
- Q98 Syndrome de l'AOU  1 Oui 2 Non

**I) Complication de l'accouchement :**

- Q99 Déchirure vulvo périnéale  1 Oui 2 Non
- Q100 Déchirure du vagin  1 Oui 2 Non
- Q101 Déchirure du col utérin  1 Oui 2 Non
- Q102 Rupture utérine  1 Oui 2 Non
- Q103 Accidents urinaires traumatiques  1 Oui 2 Non
- Q104 Embolie amniotique  1 Oui 2 Non

**J) Complications de la délivrance :**

- Q105 Rétention placentaire  1Oui 2 Non
-

- Q106 Hémorragie de la délivrance 1Oui 2 Non
- Q107 Placenta acreta  1Oui 2 Non
- Q108 Inversion utérine  1 Oui 2 Non

**K Surveillance de la mère après accouchement :**

- Q109 Saignement  1 Normal 2 Faible 3 Important
- Q110 Globe de sécurité  1 Oui 2 utérus mou 3 Non
- Q111 Tension artérielle  1 Hypo 2 Normale 3 HTA  
 Traitement.....

**L Pronostic maternel :**

- Q112 Vivant  1 Oui 2 Non
- Q113 Référé  1 Oui 2 Non
- Q114 Décédée  1 Oui 2 Non

**M Pronostic fœtal**

- Q115 Vivant  1Oui 2 Non
- Q116 Réanimé  1 Oui 2 Non
- Q117 Référé  1 Oui 2 Non  
 Si oui cause.....
- Q118 Décédé  1 Oui 2 Non  
 Si oui cause.....

## **FICHE SIGNALÉTIQUE**

**Nom** : DIAKITE

**Prénom** : Nouhoun

**Titre de thèse** : les petits poids de naissance : étiologie, pronostic foetal immédiat dans le centre de santé de référence de la commune V du District de Bamako.

**Année universitaire** : 2006-2007.

**Ville de soutenance** : Bamako.

**Pays d'origine** : République du Mali.

**Lieu de dépôt** : Faculté de Médecine de pharmacie et d'Odonto-Stomatologie du Mali.

**Secteur d'intérêt** : Obstétrique.

**Résumé de thèse** :

Il s'agit d'une étude prospective transversale descriptive effectuée au Centre de Santé de Référence de la Commune V du district de Bamako du 1<sup>er</sup> janvier 2006 au 30 juin 2006.

Nous avons enregistré 3028 accouchements dont 207 cas de petit poids de naissance, soit une fréquence de 6,83%.

Le petit de poids de naissance est associé à un certain nombre de facteurs dont les plus parlants sont : la primiparité (50%), la profession de la mère (femme au foyer 89,90%), le niveau socio économique bas, les pathologies obstétricales comme (infection urinaire 28,08%, 22,45% de cas d'HTA et 12,92% de paludisme).

- Nos résultats montrent que les femmes peu ou non suivies pendant la grossesse présentent un risque périnatal élevé (28,64%) de nos parturientes n'avaient pas fait de CPN et aucune parturiente n'avait réalisé 4 CPN.
- La surveillance correcte de la grossesse, l'administration adéquate des soins prénataux et une surveillance adéquate du travail d'accouchement pourraient améliorer le pronostic immédiat et à long terme de ces nouveaux nés fragiles.

**Mots clés** : Petits Poids de naissance, Prématurité, hypotrophie foétale.

# **SERMENT D'HIPPOCRATE**

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

Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au dessus de mon travail, je ne participerai à aucun partage clandestin d'honoraires.

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

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

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

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

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

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

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

**JE LE JURE**