



PREMATURITE A LA CLINIQUE UNIVERSITAIRE DE GYNECOLOGIE ET D'OBSTETRIQUE (CUGO) DU CENTRE NATIONAL HOSPITALIER ET UNIVERSITAIRE (CNHU/HKM) DE COTONOU: ASPECTS SOCIO-DEMOGRAPHIQUES ET CIRCONSTANCES ETIOLOGIQUES

HOUNDEFFO T.*, ADISSO S.*, AGUEMON C.*, AKPOVI J.*, TAKPARA I.*

*Clinique Universitaire de Gynécologie-Obstétrique, 01 BP 1822, CNHU « HKM » Cotonou

Auteur Principal : T. HOUNDEFFO, Gynécologue-Obstétricien, Faculté des Sciences de la Santé, BP 154 Cocotomey (Bénin) Email : htiburce@yahoo.fr.

RESUME

Dans une étude consacrée aux accouchements prématurés à la CUGO du CNHU Hubert K. Maga de Cotonou sur une période allant du 1^{er} Janvier 2008 au 31 Décembre 2009 les auteurs ont établi que la prévalence des accouchements prématurés est de 15,08%. Il apparait en outre que le taux d'accouchements prématurés est plus élevé au terme de 36 SA révolu.

La proportion de nouveau-nés pesant entre 2000 et 2499 grammes est la plus élevée.

Les causes prédominantes des accouchements prématurés sont : la rupture prématurée des membranes, l'anémie maternelle, l'infection ovulaire, les syndromes vasculo-rénaux, le paludisme; et enfin 38,59% des accouchements prématurés sont de causes indéterminées.

Mots clés : Accouchements, Prématurité, Caractéristiques épidémiologiques, Etiologie.

SUMMARY

During a study related to prematured births in the University clinic of Gynecology of the National Hospital of Cotonou from the 1st January, 2008 to the 31st December, 2009, the researchers established that the prevalence of prematured births is 15,08 %. It is then clear that the percentage is high at the 36 SA.

The percentage of New-borns of weight between 2000 to 2499 g is the highest.

The prevalent causes are: a premature rupture of membranes, maternal anemia, ovular infection, reno-vascular syndromes, malaria.

Finally 38,59 % of premature births of underdetermined causes.

Key words : Births – premature – epidemiologic characteristics – etiology.

INTRODUCTION

La réduction de la morbidité et de la mortalité néonatale passe par la connaissance et la maîtrise des pathologies de la grossesse parmi lesquelles l'accouchement prématuré occupe une place prépondérante.

A la prématurité, est lié un certain nombre de problèmes : elle constitue l'une des plus importantes causes de mortalité et de morbidité néonatales. Outre les séquelles neurologiques irréversibles qu'elle peut engendrer, l'élevage du prématuré pose beaucoup de problèmes et ne se conçoit que dans un secteur spécialisé avec le concours constant d'un personnel médical et paramédical qualifié.

Le coût du traitement de la menace d'accouchement prématuré est très élevé. D'après certains auteurs cette pathologie survient surtout dans les pays à moyens réduits [1]. Il est apparu que la surveillance prénatale bien conduite revient moins chère à la gestante qu'une hospitalisation.

La présente étude vise à déterminer la fréquence des accouchements prématurés et à rechercher les circonstances étiologiques de la

prématurité à la clinique universitaire de gynécologie et d'obstétrique (CUGO) du centre national hospitalier et universitaire (CNHU/HKM) de Cotonou.

PATIENTES ET METHODES

L'étude était à double composante et menée à la clinique universitaire de gynécologie et d'obstétrique (CUGO) du centre national hospitalier et universitaire (CNHU) de Cotonou. Elle couvrait une première période allant du 1^{er} Janvier 2008 au 31 Décembre 2009 soit deux (2) ans d'une part pour la composante rétrospective, descriptive et analytique puis une deuxième allant du 1^{er} Janvier au 30 Avril 2010 soit quatre (4) mois d'autre part pour la prospective.

Les critères d'inclusion : Etaient concernés par l'étude, les dossiers de toutes les accouchées d'un nouveau-né prématuré, et ceux des gestantes reçues en consultation prénatale et/ou hospitalisées pour une menace d'accouchement prématuré et chez qui le coefficient de risque d'accouchement prématuré (CRAP) avait été calculé.

Critère d'exclusion : Etaient exclus, les dossiers portant un diagnostic d'accouchement prématuré imprécis ou dans lesquels le diagnostic avait été posé sur le seul critère pondéral.

Les variables étudiées étaient: la fréquence, l'âge gestationnel (terme à l'accouchement), le poids de naissance, l'âge, la gestité, la parité, la profession, le nombre de consultations prénatales, les étiologies et le coefficient de risque d'accouchement prématuré (CRAP).

Les registres et dossiers d'accouchement et du nouveau-né avaient servi pour la collecte des données

Les données avaient été traitées par les logiciels EPI INFO SP SS.

RESULTATS

Ainsi au cours de l'étude rétrospective, sur une population de 6860 naissances, 425 dossiers exploitables d'accouchement prématuré avaient été enregistrés.

Pour l'étude prospective, 412 dossiers de menace d'accouchement prématuré ayant le CRAP calculé avaient été répertoriés.

Etude rétrospective

La fréquence de l'accouchement prématuré pour les deux années d'étude est respectivement de 14,24% et 15,92% soit une moyenne de 15,08%. Le terme à l'accouchement est reporté dans le tableau ci-dessous.

Tableau 1 : Répartition en fonction de l'âge gestationnel des accouchements prématurés

Terme en semaines d'aménorrhée	Nombre d'accouchements prématurés	Pourcentage
Terme ≥ 28	24	5,7
29	12	2,8
30	16	3,8
31	18	4,2
32	52	12,2
33	25	5,9
34	57	13,4
36	112	26,4
Terme < 37	38	8,9
TOTAL	425	100,0

Il apparaît que la proportion d'accouchements prématurés est plus élevée au terme de 36 semaines d'aménorrhée révolu.

*Le poids de naissance des nouveau-nés prématurés est reporté dans le tableau suivant.

Tableau II : Répartition en fonction du poids de naissance des nouveau-nés prématurés.

Poids de naissance en grammes	Nombre d'accouchements prématurés	Pourcentage
Moins de 1.000	16	4,4
1.000 – 1.499	54	12,9
1.500 – 1.999	107	24,4
2.000 – 2.499	186	42,3
2.500 – 2.999	59	14,0
3.000 et plus	5	2,0
TOTAL	425	100,0

La proportion des nouveau-nés pesant entre 2.000 et 2.499 grammes est la plus élevée (42, 3%)

La tranche d'âge de 25 à 29 ans était la pourvoyeuse des accouchements prématurés suivie de celle de 30 à 34 ans.

La proportion d'accouchements prématurés est plus élevée chez les primigestes et les grandes multipares, les cinquièmes gestes et plus. Elle est respectivement de 106 cas sur 425 soit 18,8%, 53 cas sur 425 soit 14,9% et 112 cas sur 425 soit 27,3%.

La parité des femmes est répartie en primipares 131 cas sur 425 soit 30,8%, paucipares 62 cas sur 425 soit 14,6% multipares 61 cas sur 425 soit 14,4%.

Les étiologies retrouvées sont reportées dans le tableau ci-après.

Tableau III : Répartition des accouchements prématurés selon l'étiologie

Etiologies	Nombre d'accouchements prématurés	Pourcentage
<u>Anomalies ovulaires</u>		
. hydramnios	2	0,5
. placenta praevia	15	3,5
. grossesses gémellaires	26	6,1
<u>Causes locales</u>		
. myome	4	0,9
. béance cervico isthmique	26	6,1
<u>Causes générales</u>		
. Paludisme	45	10,2
. infection urinaire	60	14,1
. syndrome vasculo-rénal (H.T.A.)	53	12,4
. anémie maternelle	62	14,6
. ictère par hépatite	2	0,5
. syphilis	1	0,2
. rupture prématurée des membranes	77	18,1
<u>Causes indéterminées</u>	164	38,59

Dans cette série, 38,59% des accouchements prématurés sont de causes indéterminées.

Les causes d'accouchements prématurés qui prédominent sont :

la rupture prématurée des membranes 77 cas soit 18,1%

l'anémie maternelle 62 cas soit 14,6%

l'infection urinaire 60 cas soit 14,1%

le syndrome vasculo-rénal et l'hypertension artérielle 53 cas soit 12,4%

le paludisme 45 cas soit 10,2%

La profession des accouchées et le nombre de consultation prénatale sont répertoriés dans le tableau suivant.

Tableau IV : Répartition des 425 accouchements prématurés en fonction de la profession de la mère et du nombre de consultations prénatales

PROFESSIONS	NOMBRE							CONSULTATIONS	TOTAL
	0	1	2	3	4	5	6 et plus		
Ménagère	19 (14,3%)	34	27	11	11	14	17 (12,8 %)	133	
Elèves et étudiantes	9 (31,0%)	2	2	6	3	3	4 (20 %)	29	
Cultivatrices	4 (100%)	-	-	-	-	-	-	4	
Vendeuses	49 (53,3%)	3	2	9	10	8	11 (11 ,9 %)	92	
Professions nécessitant station debout prolongée	53 (37,8%)	7	13	10	18	13	26 (18,5%)	140	
Professions nécessitant station assise	6 (22,2%)	3	3	2	4	4	5 (18,5%)	27	
TOTAL	140 (32,9%)	49	47	38	46	42	63 (14,8%)	425	

De ce tableau, il apparaît que les femmes qui ne consultent pas sont en majorité les cultiva-

trices (100%) et les vendeuses (53,3%). Ce sont encore elles qui exécutent les travaux

pénibles et effectuent les longs trajets quotidiens.

Etude prospective

412 gestantes ont été examinées et le coefficient de risque d'accouchement prématuré (CRAP) a été utilisé. Ce CRAP était supérieur ou égal à 10 chez les 412 gestantes. Nous constatons que le taux de prématurité est de 34 cas sur 412 soit 8,25%

DISCUSSION

Fréquence de l'accouchement prématuré

Au cours de l'étude rétrospective, le taux de prématurité à la C.U.G.O est de 15,08% sur une population de 6860 naissances. Ce taux est largement supérieur au 6,2% obtenu par Beck et coll [2]. Il est 5 fois supérieur à celui trouvé par Ndiaye et coll.[3]. Pambou et coll. rapportent dans leur série une fréquence de 16,7% proche de celle de notre étude [4]. Ce taux élevé pourrait s'expliquer par le fait que ce centre (centre national de référence) reçoit les cas graves qui sont évacués tardivement : c'est le phénomène de concentration des pathologies.

Au cours de l'étude prospective, l'utilisation du coefficient de risque d'accouchement prématuré nous a permis de suivre 412 gestantes dont le C.R.A.P était supérieur ou égal à 10. Dans cette population, nous avons un taux de prématurité égal à 8,25%, très inférieur à celui de l'étude rétrospective.

L'utilisation du C.R.A.P permettant de prévoir le risque et de prendre des mesures appropriées à l'endroit des gestantes à risque, pourrait expliquer cette différence de résultats à travers les deux types d'étude.

Caractéristiques socio-démographiques des accouchées préterme

Age :

Notre étude a montré que les tranches d'âge les plus à risque sont les moins de 20 ans et les plus de 40ans. TESSIERS R. et Coll [5] d'après leurs travaux ont montré que les gestantes de moins de 18ans et de plus de 35ans présenteraient un risque accru de prématurité : 20 à 80%.

Gestité :

La fréquence d'accouchement prématuré est plus élevée chez les primigestes : 106 accouchements sur 425, soit un taux de 25,0%. Nos résultats sont superposables à ceux obtenus par d'autres auteurs dans leurs études [4,6].

Facteurs socio-économiques :

Dans notre étude, les gestantes de niveau socio-économique défavorisé constituent la population à risque le plus élevé : 41,18% des accouchements prématurés. Les mêmes constats ont été faits par BOBOSSI-SERENGBE et Coll., et YE et Coll.[7,8].

Une étude menée aux ETATS UNIS par NIX C.M. et Coll a montré que ce taux de prématurité est plus élevé dans les milieux à faible niveau socio-économique [1].

Le niveau socio-économique constitue donc un des facteurs favorisant de l'accouchement prématuré.

Facteurs étiologiques

Les circonstances étiologiques demeurent encore inconnues pour bon nombre de cas ; ainsi 164 accouchements prématurés pour 425, soit 38,59% sont de causes indéterminées. VOYER M. et Coll ont trouvé un taux inférieur au nôtre [9].

Le taux de causes indéterminées varie selon les auteurs :

. dans près de 20,9% selon LAGNIERE J. et Coll [10].

. 40% des cas selon PEDESPAN L. et Coll [11].

Dans 261cas d'accouchements prématurés soit 61,41% une cause ou plusieurs intriquées ont pu être identifiées. Ainsi la rupture prématurée des membranes représentant 18,1% des causes d'accouchement prématuré est largement inférieur au taux retrouvé par d'autres auteurs : PAMBOU et Coll, LAWN et Coll [4,12].

En revanche, l'infection urinaire quant à elle représente 14,1% dans notre série. Ce chiffre est supérieur à celui obtenu par Pambou et Coll [4].

CONCLUSION

A la clinique universitaire de gynécologie et obstétrique, la prématurité apparaît comme une des pathologies les plus fréquentes. Dans notre étude prospective le suivi régulier de la grossesse et l'utilisation du CRAP permettent au mieux de déceler la menace d'accouchement prématuré et d'en assurer une prise charge précoce.

Le dépistage précoce des femmes à risque permet d'éviter une hospitalisation prolongée tout en prolongeant la durée de gestation, et ainsi permet de réduire le taux et le coût de la prématurité.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. Nix C M, Nicole A, Forcada-Guez M, Ansermet F: Prématurité, représentations et traumatisme parental. *Revue médicale de la suisse romande*, 2001, 121(3) ; 241-246.
2. Beck S, Wojdyla D, Say L, Pilar Bertran A, Meriardi M, Harris Requejo J, Rubens C, Menon R, Van Look P. The worldwide incidence of preterm birth: a systematic review of maternal mortality and morbidity. *Bull World Health Organe* 2010, 8(1): 1 -80.
3. Ndiaye O, Fall AL, Dramé A, Sylla A, Guèye M, Cissé CT, Sall GM, Bâ M, Kuakivi N. Facteurs étiologiques de la prématurité au centre hospitalier régional de Ziguinchor Sénégal. *Bull Soc. Pathol. Exot*, 2006; 99(2) : 113-114.
4. Pambou O, Ntsika-Kaya P, Ekoundzola JR , Mayanda F. Naissances avant terme au CHU de Brazzaville . *Santé* 2006; 16(3) ; 185-189.
5. Tessier R, Nadeau L : Relations sociales entre enfants à l'âge scolaire ; effet de la prématurité et de la déficience motrice. *Enfance*, 2003, 55(1), 48-55.
6. Cissé C A T, Tall-Diaw C, Sow S, Bnouhoud M, Dina G, Martin SL, Diadhiou F Accouchement prématuré épidémiologie et pronostic au CHU de Dakar. *J. Gynecol. Obstet. Biol. Reprod.* 1998 ; 27 : 71-76.
7. Bobossi-Serengbe G, Mbongo-Zunda-moyen AN, Diemer H, Nadji-Adim F, Siopathis RM. Les nouveaux-nés de faible poids de naissance à l'unité de néonatalogie du complexe pédiatrique de Bngui (RCA): devenir immédiat et pronostic. *Med. Afr. Noire* 200; 47(4).
8. Ye, Kam KL, Sanou I, Traoré A, Koueta F, Zeba B, Zoungran A, Sawado S. Etude épidémiologique et évolutive de la prématurité dans l'unité de néonatalogie du CHN YO de Ouagadougou. *Ann. Pédiatr.* 1999 ; 46(9) : 643-648.
9. Voyer M: Prématurité : Le préterme. Elsevier France, Monographie de l'encyclopédie médico-chirurgicale, 2004.
10. Lagnière J, Tessier R, Nadeau L: Attachement dans le cas de prématurité : un lien médiatisé pour les perceptions maternelles. *Enfance*, 2003 ; 55(2) ,101-117.
11. Pedespan L: Attachement et prématurité. *Gynécologie, obstétrique et fertilité*, 2004; 32(9) ; 716-720.
12. Lawn JE, Gravett MG, Numes TM, Ruben CE and the GAPPS. Review Global report on preterm birth and stillbirth (1 of 7): definitions, description of the burden and opportunities to improve data. *BMC Pregnancy and Child Birth* 2010; 10(Suppl 1): S1.