



PRISE EN CHARGE DE LA MENACE D'ACCOUCHEMENT PREMATURE A LA CUGO DE COTONOU

HOUNDEFFO T, ADISSO S, TOKO M O, BIAOU S, TAKPARA I, PERRIN R, ALIHONOU E.

Clinique Universitaire de Gynécologie et d'Obstétrique – CNHU « HKM »
- 01 BP 1822 Cotonou

Correspondant : Houndeffo Tiburce CUGO/CNHU-HKM Cotonou;
E-mail : htiburce@yahoo.fr

RESUME

La lutte contre la mortalité et la morbidité périnatale impose de sécuriser la grossesse jusqu'à terme en vue d'éviter la prématurité du nouveau-né. C'est dans ce contexte que se situe la prise en charge de la menace d'accouchement prématuré, qui est multidimensionnelle et dont nous avons voulu étudier quelques aspects qui pourraient influencer sur le pronostic de la grossesse. La présente étude vise à déterminer la fréquence de la MAP, les caractéristiques socio-économiques des gestantes, et à identifier les éléments de prise en charge à la Clinique Universitaire de Gynécologie et d'Obstétrique du CNHU-HKM de Cotonou, service national de référence.

Il s'agit d'une étude rétrospective de type descriptif portant sur la période du 1^{er} janvier 2003 au 31 Mars 2005. Les dossiers des gestantes hospitalisées pour menace d'accouchement prématuré, et un questionnaire ont servi pour la collecte des données qui ont été traitées par les logiciels SPSS/PC et Excel.

La MAP représente 1,8% des admissions et 3,2% des accouchements. Les antécédents d'avortement et d'accouchement prématuré et la multigestité constituent des facteurs favorisants. Les étiologies ont été dominées par l'infection urinaire, l'anémie et le paludisme. La thérapeutique repose sur l'utilisation de bêtamimétique par voie parentérale ou per os associé à un repos en hospitalisation. Un retard et une irrégularité sont observés dans l'exécution des soins. La prolongation de la grossesse est en moyenne de 35 jours. Le taux de létalité néonatale est de 13,7%.

Les conditions précaires de vie des patientes constituent un frein non négligeable à la prise en charge de la MAP.

Mots – clés : Menace d'accouchement prématuré, prise en charge, coût, retard

SUMMARY

The struggle against mortality and the perinatal mortality imposes to secure pregnancy until term to avoid the newborn's prematurity. It is in this context that is located the hold in charge of the threat of premature childbirth, that is multi-dimensional and of which we wanted to study some aspects that could influence on the prognosis of pregnancy. The present survey aims to determine the frequency of the MAP, the socioeconomic features of pregnant women and to identify the elements of hold in charge in the academic clinic of gynecology and obstetrics of Cotonou, national service of reference.

It is about a retrospective survey of descriptive type carrying on the period of January 1st, 2003 to March 31, 2005. The files of the pregnant women hospitalized for threat of premature childbirth and a questionnaire served for the collection of the data that has been treated by the software SPSS/PCS and excel.

The MAP represents 1.8% of admissions and 3.2% of childbirths. The antecedents of abortion and premature childbirth and the multi-conception constitute encouraging factors. The etiologies have been dominated by the urinary infection, anemia and the malaria. The therapeutic is based on the use of betamimetic by parental way or per bone associated to a relax in hospitalization. A delay and an irregularity are observed in the execution of the cares. The overtime of pregnancy is almost of 35 days. The rate of lethality neonatal is of 13.7%.

The precarious life conditions of the patients constitute a non negligible brake in charge to the hold of the MAP.

Key words: threat of premature childbirth, take in charge, cost, delay.

INTRODUCTION

La menace d'accouchement prématuré se définit comme étant la situation clinique qui conduirait à l'accouchement prématuré en

absence de traitement adapté. Il s'agit d'une urgence obstétricale qui survient entre 28 et 37 semaines d'aménorrhée et représente 15- 20% des grossesses [1]. Elle requiert des soins

immédiats et de qualité dans un service où existent une disponibilité des ressources nécessaires et une organisation adéquate des soins.

Un cas de menace d'accouchement prématuré immobilise le lit de maternité pendant des semaines et des mois pour une seule patiente et exige des soins continus conséquents. L'échec thérapeutique conduit à l'accouchement d'un prématuré dont la prise en charge est très coûteuse, surtout dans notre pays où la sécurité sociale est absente. Par ailleurs le taux de mortalité néonatale est très élevé 60- 70% selon les auteurs [2].

La menace d'accouchement prématuré reste donc un problème préoccupant de santé publique par ses conséquences humaines et socio-économiques [3].

Il nous apparaît opportun au moment où la stratégie des soins obstétricaux d'urgence est en vigueur pour réduire la mortalité néonatale, de faire le point sur la prise en charge de la menace d'accouchement prématuré dans le centre de référence nationale qu'est la Clinique Universitaire de Gynécologie et d'Obstétrique (CUGO) au CNHU-HKM de Cotonou.

CADRE ET METHODE D'ETUDE

Notre étude s'est déroulée à la Clinique Universitaire de Gynécologie et d'Obstétrique (CUGO), service de référence au CNHU-HKM de Cotonou. Il s'agit d'une étude rétrospective de type descriptif portant sur la période du 1^{er} janvier 2003 au 31 Mars 2005. Nous avons sélectionné les dossiers comportant : un diagnostic précis (une contraction utérine toutes les 10 minutes, une modification du col), un âge gestationnel situé entre 28 et 36 semaines d'aménorrhée et 6 jours, une absence de contre-indication à la tocolyse.

Ont été exclus de notre étude les cas dont le terme est inférieur à 28 SA ou supérieur à 37 SA, les cas de diagnostic imprécis, les cas de dossiers mal remplis et les cas de mort *in utero*.

Les variables suivantes sont étudiées:

- La fréquence de la menace d'accouchement prématuré.
- Le profil des gestantes (Situation matrimoniale, gestité, parité, âge, résidence profession, instruction, nombre de CPN).
- Les éléments de prise en charge (Admission et centre de relais, âge gestationnel au début

du traitement, symptomatologie, CRAP, moyens thérapeutiques, retard des soins à l'admission).

- Les étiologies (anomalies ovulaires, causes locales, causes générales).
- L'issue de la grossesse (terme à l'accouchement, nombre de jour de prolongation de la grossesse, poids de naissance, score d'Apgar, issue de l'accouchement).

Un questionnaire a été utilisé pour la collecte des données à partir des dossiers des patientes. L'analyse des données a été faite à l'aide des logiciels SSPS/PC et Excel.

RESULTATS

➤ Fréquence de la MAP

A la CUGO-HKM de Cotonou 204 cas de MAP ont été sélectionnés et 85 accouchements prématurés enregistrés, durant ladite période d'étude 6.373 accouchements ont été enregistrés sur un total de 14.421 gestantes reçues, ce qui donnait une fréquence de 1,8% des admissions et 3,2% par rapport aux accouchements.

Pris sur l'ensemble des deux années (2003 - 2004) le taux moyen des accouchements prématurés est estimé à 9,3% à la CUGO du CNHU-HKM de Cotonou (497 accouchements prématurés sur 5.359 naissances vivantes).

➤ Profil des gestantes

Les patientes mariées sont aux nombres de 136 et viennent en tête, avec 66,7%, suivies de 47 en concubinage soit 23% des cas. On retrouve des multigestes dans 77% des cas. La menace d'accouchement prématuré est plus observée chez les nullipares 80 cas sur 204 patientes soit 39,2% des cas que chez les primipares (62 sur 204) et les paucipares (61 sur 204) soit respectivement 30,4% et 29,9% des cas ($p=0,000$).

Les patientes résidant à Cotonou sont au nombre de 167 soit 81,9% ;et celles qui vivent en périphérie sont 27 soit 13,2%.

La majorité des cas de MAP (128) soit 62,7% ont un âge compris entre 25 et 34 ans ($p=0,000$). L'âge des patientes varie de 16 à 44 ans avec une moyenne d'âge de 28 ans.

Elles sont soit de profession libérale informelle dans 36,3% des cas (74), soit commerçantes dans 18,1% des cas (37) ou des ménagères (34) dans 16,7%. Les fonctionnaires des secteurs public et privé toutes catégories confon-

dues (43) représentent 21,1% des cas ($p=0,00001$).

Dans notre série, la proportion de patientes scolarisées (78) est de 38,2% contre (126) 61,8% de non scolarisées ($p=0,0011$) pour le suivi de leur grossesse, 127 sur 204 soit 62,2% des gestantes ont eu moins de 4 consultations prénatales.

➤ **Eléments de prise en charge**

▪ **Admission - centre de relais**

Les patientes venues d'elle-même sont au nombre de 150 sur 204 soit 75,7% des cas.

Dans notre échantillon 48 patientes soit 24,3% ont été référées ; parmi elles 8 soit 3,9% ont transité par deux centres de santé avant leur admission à la CUGO, ce qui a engendré un retard à la prise en charge.

▪ **Age gestationnel au début du traitement symptomatologie à l'admission - CRAP**

Dans la plupart des cas, la MAP est survenue entre 30 et 33 semaines d'aménorrhée : 130 sur 204 soit 63,8% des cas. Les signes dominants sont les contractions utérines et la dilatation du col observées chez 155 patientes sur 204, soit 76% des cas. Le CRAP n'a pas été calculé dans 134 cas sur 204 soit 65,7%.

▪ **Moyens thérapeutiques**

Les moyens thérapeutiques utilisés sont le repos au lit chez 202 sur 204 patientes soit dans 99% des cas. Ensuite, le traitement par voie parentérale par les bêtamimétiques chez 200 patientes (en dehors de contre-indications) représente 98% des cas, le cerclage pratiqué chez 20 patientes soit dans 9,8% des cas.

▪ **Retard des soins à l'admission et à l'hospitalisation**

A l'admission, les causes du retard des soins décisifs au centre de référence qu'est la CUGO sont multiples (Tableau I).

Tableau I : Répartition des cas selon les raisons du retard des soins.

	Fréquence	Pourcentage (%)
Prescription non honorée	150	73,6
Personnel soignant non disponible	38	18,6
Médicaments et consommables non disponibles à temps	16	7,8
Total	204	100

▪ **Etiologies de la MAP (Tableau II)**

Tableau II: Répartition des patientes en fonction de l'étiologie de la MAP

	Nombre	Pourcentage (%)
Anomalies Ovulaires		
▪ Grossesse gémellaire	30	14,7
▪ Hydramnios	05	2,5
▪ Placenta praevia	05	2,5
Causes Locales		
▪ Béance cervico-isthmique	13	6,4
▪ Myomes (Malformation)	01	0,5
Causes Générales		
▪ Paludisme	42	20,6
▪ Infection urinaire	85	41,7
▪ Syndrome vasculo-rénal (HTA)	04	2,0
▪ Anémie maternelle	66	32,4
▪ Syphilis	01	0,5
▪ Rupture prématurée des membranes	14	6,9
Causes indéterminées	71	34,8

Les circonstances étiologiques des MAP ont été identifiées chez 133 patientes soit dans 60,3% des cas.

➤ **Issue de la grossesse**

Au cours de notre période d'étude, nous avons recensé 85 naissances prématurées et 22 issues de grossesse gémellaire soit un total de 107 nouveau-nés prématurés.

▪ **Terme à l'accouchement**

Tableau III: Répartition des patientes en fonction du terme à l'accouchement

	Fréquence	Pourcentage
< 32 SA	4	2,0
32 – 34	37	18,1
35 – 37	141	69,1
38 – 40	22	10,8
> 40	22	10,8
Total	226	100

▪ **Nombre de jours de prolongation de la grossesse**

Tableau IV : Répartition des patientes en fonction du nombre de jours de prolongation de la grossesse à partir du moment où elles ont été prises en charge

Nbre de jours	Fréquence	Pourcentage
<10	23	11,3
[10 - 20[	27	13,2
[20 - 30[	43	21,1
[30 - 40[	37	18,1
[40 - 50[	28	13,7
[50 - 60[	14	6,9
[60 - 70[	18	8,8
[70 - 80[	11	5,4
[80 et plus	3	1,5
Total	204	100

• **Poids de naissance**

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

Poids de naissance (en gramme)	Fréquence	Pourcentage
< 1000	2	0,9
[1000 – 2500[	123	52,6
[2500 – 3500[	102	43,6
[3500 – 4000[	7	2,9
Total	234	100

• **Coefficient d'Apgar**

Tableau VI : Répartition des nouveau-nés en fonction du coefficient d'Apgar à la 1^{ère} et 5^{ème} minute

	Apgar à la 1 ^{ère} mn		Apgar à la 5 ^{ème} minute	
	Fréquence	Pourcentage	Fréquence	Pourcentage
≤ 3	14	6,0	7	3,0
4 – 7	77	32,9	45	19,2
> 7	143	61,1	182	77,8
Total	234	100	234	100

• **Issue de l'accouchement**

Tableau VII : Répartition de l'issue de l'accouchement en fonction du terme gestationnel

Terme en SA	Mort – né - %	Décès néo-natal - %	Vivant - %	Total - %
≤ 28	1 – 0,43	1 – 0,43	0 - 0	2 – 0,86
29 – 30	3 – 1,28	0 - 0	1 – 0,43	4 – 1,7
31 – 33	3 – 1,28	5 – 2,14	23 – 9,82	31 -13,24
34 et +	4 – 1,7	15 – 6,4	178 – 76,12	197 – 84,2
Total	11 – 4,70	21 – 8,97	202 – 86,37	234 – 100

DISCUSSION

➤ **Fréquence de la MAP**

Au cours de la période d'étude, la fréquence de la MAP à la CUGO de Cotonou est de 1,8% des admissions et 3,2% des accouchements. Ce taux est comparable à ceux trouvés par BONI et Coll. soit 1,5% des admissions en Côte d'Ivoire ; au Burkina-Faso par KONE soit 1,5% des admissions et par FAYE soit 2,06% des accouchements au Sénégal [1,4,5]. Ce taux est inférieur à ceux trouvés par MENON R. dans les pays développés (5 à 7%), THOULON 37,5% des grossesses en France; VANLIERD 15-20% des grossesses au Canada [6, 2, 7].

Le taux de prématurité à la CUGO est de 9,5% sur une population de 5359 naissances vivantes. Ce taux est proche de celui retrouvé au CHU de Lomé par HODONOU soit 8,32% en 1988 [8]. En France le taux de prématurité est de 8,8% en 1981 et 6,85% en 1986 [9].

➤ **Profil des gestantes**

La fréquence de la MAP est plus élevée chez les multigestes soit 77% des cas. Ce qui est comparable aux résultats de BONI et Coll. [1]. La fréquence de la MAP est plus élevée chez les nullipares et les paucipares dans notre série et diminue au fur et à mesure que la parité augmente.

Parmi les 204 patientes de notre série, nous avons 136 mariées soit 66,7% des cas ; 15

célibataires soit 7,7% ; 53 concubinages soit 26% des cas.

On note ainsi une nette prédominance numérique des patientes mariées.

Un niveau socio-économique bas est l'un des facteurs favorisants de la MAP.

Dans notre étude, les gestantes à revenu moyen constituent la population à risque le plus élevé soit 76,1% des cas de MAP.

Ainsi donc, nous constatons que le risque de prématurité est plus élevé dans les milieux à faible niveau socio-économique. Les chiffres rapportés par PAPIERNIK expliquent bien cette tendance : A revenu égal, la proportion de la prématurité reste la même [10, 8].

La majorité de nos patientes sont non scolarisées et exercent une profession libérale informelle.

La tranche d'âge de nos patientes est comprise entre 25 et 34 ans relativement plus jeune que celle trouvée par TOMIE et Coll qui trouvent une tranche supérieure à 35 ans [11].

➤ **Les étiologies de la MAP**

Les circonstances étiologiques demeurent encore inconnues pour nombre de cas, ainsi chez 71 patientes soit 34,8% des cas, nous n'avons pas trouvé de cause à la MAP. Ce taux est superposable à ceux trouvés dans la littérature, et qui varie néanmoins selon les auteurs 45 à 50% selon MENON [6].

Dans 133 cas de MAP soit 65,2%, une cause ou plusieurs intriquées ont pu être identifiées. Dans notre série, les principales étiologies sont représentées par l'infection urinaire (41,7%) ; l'anémie maternelle (32,4%) et le paludisme (20,6%). Ce qui est comparable aux mêmes résultats retrouvés par BONI et Coll. Quant à NEJAD VM, 25% des MAP sont liés aux infections cervico - vaginales. [1,12]

Au cours de notre étude, nous avons enregistré 32 décès périnataux sur 234 naissances vivantes soit un taux de létalité néonatale de 13,7% (11 mort-nés et 21 décès néonataux). Le taux de mortalité fœtale est variable selon les auteurs : selon LANTZ la mortalité globale est de 20 à 30%. Ce taux est superposable à celui trouvé par MENON R 28% mais cette fréquence s'élève d'autant plus que l'âge gestationnel est plus faible [9, 6].

CONCLUSION

Notre étude réalisée pendant une période de vingt-sept mois, du 1^{er} janvier 2003 au 31 mars 2005 à la CUGO du CNHU-HKM de Cotonou,

a été descriptive et nous a permis de faire les constatations suivantes :

Le taux de létalité néonatale est de 13,7%. La MAP représente 1,8% ; des admissions et 3,2% des accouchements à la CUGO du CNHU-KKM de Cotonou. Les étiologies de la MAP sont dominées par l'infection urinaire, l'anémie et le paludisme.

D'origine multifactorielle encore mal connue et donc difficile à contrôler une fois avérée, la prise en charge de la menace d'accouchement prématuré doit se pratiquer essentiellement en amont avant l'irruption de cet accident gravidique, principale cause de mortalité néonatale. La grossesse, bien qu'évènement naturel, nécessite un véritable contrat médico-psycho-social entre la femme et les différents acteurs périnataux ; seul un réseau multidisciplinaire et étagé de professionnels et d'établissements, susceptibles d'intervenir à tout moment de la grossesse pour mieux l'orienter, permettra d'optimiser les chances pour la mère et le père d'obtenir dans les meilleures conditions " l'enfant parfait " désiré.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. **BONI SE, BOKOSSA M, KOFFI A, ABAULETH R.** Traitement de la Menace d'Accouchement Prématuré : A propos de 80 cas au CHU de Cocody. Actes 8^{ème} congrès de la Société de Gynécologie et d'Obstétrique (SAGO), 13-17 Décembre 2004 Cotonou
2. **THOULON JM.** Les complications maternelles des traitements de la menace d'accouchement prématuré (MAP) / Revue du praticien, 1984; 34 (59): 3315- 9.
3. **KO-KIVOK-YUN P, ELGAHOUI A, MARTIN F, AUDRIT SAKIS S, FOURNIE A.** La menace d'accouchement prématuré. Rev. Fr. Gynécol. Obstet. 1996; (91): 558-566.
4. **KONE B.** Difficultés de l'évaluation de la qualité des soins dans un contexte d'hôpital africain. L'expérience du service gynécologie-obstétrique du Centre Hospitalier National de Ouagadougou, Burkina-Faso. Médecine Tropicale, 1996 ; 56 : 151-5.
5. **FAYE E.** Etude sur les systèmes de recouvrement des coûts de la césarienne à la clinique gynécologique et obstétricale du CHOU le Dantec de Dakar. Communication au V^{ème} congrès SAGO. Dakar, Sénégal, 14-18 Décembre 1998.
6. **MENON R.** Spontaneous preterm birth, a clinical dilemma: etiology, pathophysiology and genetic heterogeneity and racial disparity. Acta obstet Gynecol Scand. 2008; 87 (6): 590-600.
7. **VANLIERD E.** La prématurité : Traité d'obstétrique par VOKAER, Presses de l'université LAVAL, Québec, 1985; 107-153.
8. **HODONOU A K S.** La menace d'accouchement prématuré : Prévision du risque et conduite à tenir. Actes du premier Congrès de la Société de Gynécologie et d'obstétrique du Bénin et du Togo – MEPS, Edition, Cotonou, 1988.
9. **LANTZ T.** Accouchements prématurés spontanés. Le praticien, 1982; (432): 43-52
10. **PAPIERNIK.** Women's acceptance of a preterm birth prevention program. Am J obstet Gynecol. 1986 Nov; 155: 936-46.
11. **TOMIC V, GRIZELJ B, ZADRO M.** Perinatal outcome primiparous women aged 35 and older : a case-control study. Department of obstetrics and Gynecology, clinical Hospital. Mostar, Bosnia and Herzegovina. Vajdanic tel. net .ba
12. **NEJAD VM SHAFAIE S.** The association of bacterial vaginosis and preterm labor. Department of obstetrics and Gynecology , Kerman University of Medical Sciences and Health Services, Kerman, Iran. J Pak Med Assoc. 2008 Mar; 58 (3): 104-6.