

## Les accouchements prématurés à la Maternité de Befelatanana, Centre Hospitalier Universitaire d'Antananarivo en 1997

Andriamady RCL<sup>1</sup>, Rasamoelisoa JM<sup>1</sup>, Rakotonoel H<sup>1</sup>, Ravaonarivo H<sup>1</sup>, Ranjalahy RJ<sup>2</sup>, Razanamparany M<sup>1</sup>

**RESUME** : L'accouchement prématuré donne naissance à des enfants dont le pronostic est généralement très sombre : la prématurité étant la première cause de décès néonatal. Une étude rétrospective portant sur les accouchements prématurés, répertoriés entre le 1<sup>er</sup> janvier et le 31 décembre 1997, à la Maternité de Befelatanana a été entreprise afin de préciser leurs causes et les problèmes qu'ils posent, et de dégager une ligne de conduite pour une prise en charge de qualité pour assurer la survie des prématurés. Toutes les femmes en travail, porteuses d'une grossesse d'âge gestationnel compris entre 22 et 36 SA révolues, et les femmes admises, après un accouchement prématuré à domicile, dont les enfants pesaient entre 500g et 2 500g ont été incluses. 1 394 accouchements prématurés ont été enregistrés pendant la période d'étude. Les adolescentes et les femmes âgées de plus de 35 ans sont les plus exposées à l'accouchement prématuré. Les facteurs de risque et les facteurs déterminants d'un accouchement prématuré sont les habitudes toxiques de la mère, des antécédents d'avortement ou d'accouchement prématuré, un utérus cicatriciel, et des infections uro-génitales. 12 décès maternels ont été enregistrés. Le taux de mortalité périnatale a été de 47,3% (660 cas). Il ressort de cette étude que les facteurs péjoratifs se situent aussi bien en amont qu'en aval des accouchements prématurés. Les mesures préventives doivent l'emporter sur les traitements curatifs. Elles reposent notamment sur l'amélioration de la qualité de la vie, le renforcement de la planification familiale et la surveillance stricte de la grossesse.

**Mots-clés** : Grossesse - Complication - Accouchement prématuré - Infection - Epidémiologie - Prévention - MADAGASCAR.

**ABSTRACT** : "Preterm deliveries at the Maternity Hospital of Befelatanana, Antananarivo in 1997": Preterm deliveries (PT) produce new-borns whose prognosis is generally very dark. Prematurity is the first cause of neonatal death. A retrospective study was carried out at the Maternity Hospital of Befelatanana, Antananarivo in order to specify causes and difficulties of PT and to draw up strategy for their better management so that premature infants have chance to survive. The survey concerned 1394 patients : all pregnant whose gestational age are between 22 and 36 weeks and those who delivery viable infants discharged home whose weights are between 500 and 2 500 grams. PT occur frequently among teenagers and more than 35-year old women. Risk factors and determinative causes of PT are mothers' toxic habits, gynecological history as PT, abortion, cicatricial uterus, urogenital infections. 12 maternal deaths were noted. Infant perinatal mortality rate was of 47.3 per cent. The authors conclude that difficulties were in labor and both antepartum and intrapartum periods. Preventive measures must surpass curative therapy. They will be based on the improvement of standard of living, the reinforcement of planning family and a strict pregnancy surveillance.

**Key words** : Pregnancy - Complication - Preterm delivery - Infection - Epidemiology - Prevention - MADAGASCAR.

### INTRODUCTION

L'accouchement prématuré est la survenue d'un accouchement entre 22 et 36 semaines d'aménorrhée (SA) révolues donnant naissance à des enfants immatures. De ce fait ces nouveau-nés sont très vulnérables face à toutes les agressions extérieures, en particulier les infections. Le pronostic des prématurés est généralement très sombre : la prématurité étant la première cause de décès néonatal.

Notre étude a pour objectif d'étudier ses causes et les problèmes qu'il pose dans notre contexte actuel, et à partir de là, de dégager une ligne de conduite pour une prise en charge de qualité en vue d'assurer la survie des prématurés.

### PATIENTS ET METHODE

Nous avons effectué une étude rétrospective portant sur une série d'accouchements prématurés, répertoriés entre le 1<sup>er</sup> janvier et le 31 décembre 1997, à la Maternité de Befelatanana. Nous y avons inclus toutes les femmes en travail, porteuses d'une

<sup>1</sup> Hôpital général de Befelatanana, Centre Hospitalier Universitaire d'Antananarivo, BP 14 bis - 101 Antananarivo - Madagascar.

<sup>2</sup> Ministère de la Santé - 101 Antananarivo - Madagascar.

grossesse d'âge gestationnel compris entre 22 et 36 SA résolues, et les femmes admises, après un accouchement prématuré à domicile, dont les enfants pesaient entre 500 g et 2 500 g.

Un protocole d'étude composé de plusieurs variables renseigne sur la mère, ses antécédents gynéco-obstétricaux, la surveillance de la grossesse et les facteurs de risque.

## RESULTATS

Durant l'année 1997, nous avons enregistré 1 394 accouchements prématurés sur 7 717 accouchements, soit 18,1%. Les adolescentes et les femmes âgées de plus de 35 ans sont les plus exposées à l'accouchement prématuré (Tableau I).

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

Age	Nb total accouchements	%	Nb accouchements prématurés	% prématuré / total
19 ans	1 192	15,4	313	26,2
20-24 ans	2 427	31,4	416	17,1
25-34 ans	3 228	41,8	464	14,4
35 ans et +	870	11,4	201	23,1
Total	7 717	100	1 394	18,1

Par ailleurs, plus de 25% des femmes ont eu des habitudes toxiques (alcool, tabac, décoction...). Près de 17,2% ont eu, dans leurs antécédents, au moins un avortement ou un accouchement prématuré et 0,9% sont porteuses d'un utérus cicatriciel. Parmi les femmes admises, 70,5% sont des autoréférés; les 29,5% restantes ont été évacuées par des formations sanitaires périphériques ou régionales et également par des services spécialisés.

A leur admission, 74% des femmes étaient en cours de travail; 5% ont été admises après accouchement hors du CHU. Les autres (21%) avaient été admises en salle de travail, après échec d'un traitement tocolytique : cas de surdistension utérine, d'hémorragies, de présentations dystociques... Dans 43% des cas, l'ouverture de l'œuf remontait à plus de 6 heures voire à 11 jours, par suite d'une rupture prématurée des membranes. 12,2% des cas ont été compliqués d'une procidence du cordon ou d'un membre. Dans 21,9%, le fœtus était mort *in utero*.

Tableau II : Facteurs de risques des accouchements prématurés

Facteurs de risques	n = 1 394	%
Âges < 20 et > 35 ans	687	49,3
Surmenage physique et stress	1 030	73,9
Niveau socio-économique bas PNB < 250US\$/an/hab	1 352	97
Intervalle intergénéral < 2 ans	753	54
Surdistension ou malformation utérine	305	21,9
Maladies maternelles : pulmonaire, cardio-vasculo- rénale et parasitaire	863	61,9
CPN non ou mal faite*	1 208	86,7

\* : Consultation prénatale

L'examen a révélé 936 cas d'infections urogénitales, dont 102 ont fait l'objet d'un prélèvement cervico-vaginal ou d'un examen cytot bactériologique des urines (ECBU). Les germes identifiés ont été : *Escherichia coli*, Streptocoques B, C, D, staphylocoque, mycoplasme, *Candida albicans*, *Trichomonas*, *Gardnerella vaginalis*, tréponème.

Sur l'ensemble, 83 femmes (6%) ont bénéficié d'au moins une séance d'échographie obstétricale. Cet examen a permis de confirmer 24 grossesses gémellaires et une grossesse triple, la présence de placenta praevia et les modes de présentation (céphalique, transversale ou siège).

Le travail a été généralement de courte durée, avec une moyenne de 7 heures 45; il a été plus long en cas de surdistension utérine ou de rétention d'un œuf mort. Le liquide amniotique était clair (49%), teinté (36%) et fétide (15%). Dans 59,2%, un traitement médical à base de transfusion sanguine ou de macromolécule et d'antibiotique à large spectre, à forte dose a été jugé nécessaire.

Tableau III : Mode d'accouchement\*

Actes	Voie basse			Césarienne	
	Sommet		Siège		
	Naturel	Extraction instrumentale	Vermelin ou petite extraction aidée		
			Conduclucato corporea		
%	69,5	7,2	9,9	5,4	7

\* : accouchements prématurés à domicile non inclus

Dans les suites de couches, le pronostic a été bon dans 68%. Le taux de morbidité a atteint 30,5% : anémie, endométrite, maladies vasculo-rénales, parasitoses). Nous avons noté 12 décès maternels consécutifs à des complications infectieuses, hémorragiques, cardio-vasculo-rénales et palustres (paludisme sous sa forme de neuropaludisme).

L'âge gestationnel (AG) a été établi à l'aide du score de Dubowitz [1]. Ainsi 95 cas (6,8%) avaient un AG inférieur à 28 SA; 232 cas (16,7%), entre 28 et 30 SA, et 1 066 cas (76,5%), entre 31 et 36 SA. Par ailleurs, 746 nouveau-nés (53,3%) avaient un poids inférieur ou égal à 1 500g. Le taux de mortalité périnatale a été de 47,3% dont 537 cas de mortinatalité et 123 de décès précoces dus à la grande prématurité (< 30 SA, dans 71,3% des cas) et à l'infection néonatale (82% des cas). Ceux qui ont survécu (49,2%) ont bénéficié de soins et de traitement d'antihémorragique et de bianti-biothérapie.

## DISCUSSION

La fréquence des cas de prématurité a été nettement plus élevée que celle des pays industrialisés [2,3], voire celle de Dakar [4], en 1996. Ceci est particulièrement dû à l'augmentation des risques

encourus [4,8], et à la faible couverture de surveillance intergénérisique et prénatale. L'intrication de ces facteurs avec les problèmes liés à l'environnement et à la dénutrition constitue les facteurs déterminants des accouchements prématurés [7,8]. Dans le contexte actuel où les femmes sont souvent abandonnées à elles-mêmes, celles-ci ne viennent que tardivement dans nos centres : cela explique le faible taux de réussite de la tocolyse et celui des opérations césariennes, contrairement au taux élevé de mortalité périnatale [4,6,8]. L'insuffisance de moyens rend difficile la prise en charge des prématurés.

Il ressort de cette étude que les facteurs péjoratifs se situent aussi bien en amont qu'en aval des accouchements prématurés. Ils sont d'autant plus complexes qu'ils relèvent de la responsabilité à la fois du couple et de celle de plusieurs acteurs du domaine politique, social et culturel. Les mesures préventives basées sur les principes de la Maternité Sans Risques [8,9] doivent l'emporter sur les traitements curatifs. Elles reposent notamment sur l'amélioration de la qualité de la vie, le renforcement de la planification familiale et la surveillance stricte de la grossesse.

## CONCLUSION

L'accouchement prématuré est lourde de conséquences tant pour la mère que pour l'enfant. Sa

réduction ne peut résulter que de l'amélioration simultanée conjuguée de l'éducation sanitaire, objectivée par l'assiduité des femmes aux consultations pré- et postnatales, et de celle de la qualité des prestations des centres de soins.

## REFERENCES

- 1- **Dubowitz L, Dubowitz V, Golberg C.** Clinical assessment of gestational age in the new-born. *J Pediatr* 1970; **1** : 77-79.
- 2- **Paneth N.** Recent trends in preterm delivery rates in the USA. Prévention de la menace prématurée. *Colloque INSERM* 1986; **138** : 15-30.
- 3- **Thoulon JM.** Menace d'accouchement prématuré. *Rev Prat* 1995; **45** : 231-235.
- 4- **Cisse C, Tall-Diaw C, Sow S, Bnouhoud M, Dina G, Martin SL, Diadhiou F.** Accouchement prématuré. Epidémiologie et pronostic au CHU de Dakar. *J Gynecol Obstet Biol Reprod* 1998; **27** : 71-76.
- 5- **Papiernik E.** Coefficient de risque d'accouchement prématuré. *Presse Med* 1969; **77** : 793-795.
- 6- **Papiernik E.** Prévention de la prématurité. *J Gynecol Obstet Biol Reprod* 1982; **11** : 158-161.
- 7- **Cheyrier JM.** L'accouchement prématuré, à propos de certaines données étiologiques. *Rev Fr Gynecol Obstet* 1974; **79** : 479-486.
- 8- **OMS.** Nouvelles : Femmes à haut risque pendant la grossesse. *Maternité Sans Risques* 1995; **17** : 3.
- 9- **OMS.** Dossier Mère-Enfant : un guide OMS pour sauver la vie de millions de femmes et d'enfants. *Maternité Sans Risques* 1994; **15** : 4-7.

### Note de la Rédaction à propos de la maladie des griffes du chat (cat - scratch disease)

La Maladie des Griffes du Chat (MGC) est une zoonose bactérienne due à *Bartonella henselae* dont le chat est le seul réservoir actuel identifié. Le chat est bactériémique asymptomatique. La puce du chat (*Ctenocephalides felis*), par ses repas sanguins, assure la transmission entre chats. Elle élimine dans ses déjections la bactérie qui va donc se fixer sur les poils du chat.

Le contagement humain se fait par griffures ou morsures par un chat.

La principale forme clinique est constituée par une adéno-pathie locorégionale, le plus souvent axillaire ou cervicale. Les autres formes cliniques inhabituelles sont : le syndrome oculo-ganglionnaire de Parinaud ; les formes neurologiques : encéphalites fébriles, méningites, atteintes des nerfs centraux et périphériques; des formes viscérales ou systémiques : hépatomégalie et/ou splénomégalie fébrile, ostéomyélite. Chez les sujets immuno-déprimés, il y a parfois association avec une angiomatose bacillaire, une péliose hépatique ou une endocardite.

Le diagnostic classique d'une MGC repose sur la clinique.

Les méthodes biologiques de diagnostic sont : l'anatomo-pathologie, la sérologie (immunofluorescence), la PCR, et la culture dans les formes bactériémiques ou dans les angiomatoses bacillaires.

*B. henselae* est sensible aux tétracyclines, aux aminosides et aux macrolides.

#### Références

- **Blanchard H, Arlet G, Phalippon A.** *Bartonella henselae* : maladie des griffes du chat ou angiomatose bacillaire ? *Bull Assoc Anc El Institut Pasteur* 1999 ; **158** : 11-15.
- **Karen KL, Paddock ChD, Regnery RL.** *Bartonella henselae*, *B. quintana* and *B. bacilliformis* : historical pathogens of emerging significance. *Microbes and Infection* 2000 ; **2** : 1193-1205.