

ANNALES DE LA SOGGO

SOCIETE GUINEENNE DE GYNECOLOGIE - OBSTETRIQUE

Semestriel ■ Volume 11 ■ N° 26 (2016)



(GYNECOLOGIE - OBSTETRIQUE, REPRODUCTION HUMAINE)

MEMBRE DE LA SOCIÉTÉ AFRICAINE DES GYNÉCOLOGUES OBSTÉTRICIENS (SAGO)
ET DE LA FÉDÉRATION INTERNATIONALE DE GYNÉCOLOGIE OBSTÉTRIQUE (FIGO)

Directeur de publication

Namory Keita

Rédacteur en chef

Telly Sy

Comité de parrainage

Ministre de l'Enseignement Supérieur et de la Recherche Scientifique

Ministre de la Santé

Recteur Université Gamal Abdel Nasser de Conakry

Doyen FMPOS

Secrétaire général CAMES

M Kabba Bah, MP Diallo, RX Perrin, E Alihonou, F

Diadiou, M Kone, JC Moreau, H Iloki, A Dolo,

(CAMES)/A Gouazé (CIDMEF), G Osagie

(Nigeria), H Maisonneuve (France)

Comité de rédaction

N Keita, MD Baldé, Y Hyjazi, FB Diallo, F

Traoré (Pharmacologie), T Sy, IS Baldé

AB Diallo, Y Diallo, A Diallo, M Cissé

(Dermatologie), M Doukouré (Pédopsychiatrie),

ML Kaba (Néphrologie), OR Bah (Urologie),

NM Baldé (Endocrinologie), A Touré (Chirurgie

Générale), LM Camara (Pneumo-phtisiologie), B

Traoré (Oncologie), DAW Leno, MK Camara

Comité de lecture

E Alihonou (Cotonou), K Akpadza (Lomé), M A

Baldé (Pharmacologie), G Body (Tours), M B

Diallo (Urologie), M D Baldé (Conakry), N D

Camara (Chirurgie), CT Cissé (Dakar), A B

Diallo (Conakry), F B Diallo (Conakry), OR

Diallo (Conakry), A Fournié (Angers), Y Hyjazi

(Conakry), N Keita (Conakry), YR Abauleth

(Abidjan), P Moreira (Dakar), GY Privat

(Abidjan), R Lekey (Yaoundé), JF Meye

(Libreville), CTCissé (Dakar), A Diouf (Dakar),

RX Perrin (Cotonou), F Traoré (Conakry)

Recommandations aux auteurs

La revue Annales de la SOGGO est une revue spécialisée qui publie des articles originaux, des éditoriaux, des mises au point, des cas cliniques et des résumés de thèse dans les domaines de la gynécologie obstétrique et de reproduction humaine.

Conditions générales de publication : la revue adhère aux recommandations de l'ICMJE dont la version officielle actuelle figure sur le site

www.icmje.org

Les articles n'engagent que la responsabilité de leurs auteurs. Les manuscrits des articles originaux ne doivent avoir fait l'objet d'aucune publication antérieure ni être en cours de publication dans une autre revue. Les manuscrits doivent être dactylographiés en double interligne, de police de caractère 12 minimum, style Times

New Roman, 25 lignes par page maximum, le mode justifié, adressés en deux exemplaires et une version électronique sur CD, clé USB ou par

Email à la rédaction aux adresses suivantes :

1. Professeur Namory Keita Maternité Donka CHU de Conakry BP : 921 Conakry (Rép. de Guinée)

Tel. : (224) 664 45 79 50;

Email : namoryk2010@yahoo.fr

2. Professeur Agrégé Telly Sy; Maternité Ignace Deen CHU de Conakry BP : 1263

Conakry (Rép. de Guinée)

Tel.:(224)622217086;(224)664233730

Email : [syntelly@yahoo.fr](mailto:sytelly@yahoo.fr)

Tous les manuscrits sont adressés pour avis de façon anonyme à deux lecteurs. Une fois acceptés les articles corrigés doivent être accompagnés des frais de correspondance et de rédaction qui s'élèvent à 50000 F CFA.

Présentation des textes

La disposition du manuscrit d'un article original est la suivante : titre (avec auteurs et adresse), résumé (en français et en anglais), introduction, matériel et méthodes, résultats, discussion, références, tableaux et figure. La longueur des manuscrits ne doit pas dépasser, références non comprises 12 pages pour les articles originaux, 4 pages pour les cas cliniques et mises au point. Toutes les pages seront numérotées à l'exception de la page des titres et des résumés.

Page de titre : elle comporte :

- Un titre concis, précis et traduit en anglais
- Les noms et initiales des prénoms des auteurs
- L'adresse complète du centre dans lequel le travail a été effectué
- L'adresse complète de l'auteur à qui les correspondances doivent être adressées

Résumé : le résumé de 250 mots en français et en anglais figure après la page des titres sur des pages distinctes avec le titre sans le nom des auteurs. Le résumé doit comporter de manière succincte le but, la méthodologie, les principaux résultats et la conclusion.

Références : les références sont numérotées selon l'ordre de leur appel dans le texte. Leur nombre ne doit pas dépasser 20 pour les articles originaux, 10 pour les cas cliniques et 30 pour les mises à jour. Elles doivent indiquer les noms de tous les auteurs si leur nombre ne dépasse pas six, au-delà, il faut indiquer les 3 premiers suivis de la mention et al.. Les abréviations des titres des journaux doivent être celles qui sont trouvées dans l'Index Medicus, par exemple :

- Pour une revue : 1. Sy T, Diallo AB, Diallo Y. et al. : Les évacuations obstétricales : aspects épidémiologiques, pronostiques et économiques à

la Clinique Gynécologique et
Obstétricales du CHU Ignace DEEN. Journal de
la SAGO2002; 3(2):7-11
- Pour une contribution à un livre : 2. Berland M.
Un état de choc en début de travail:
conduite à tenir. In : Lansac J, Body G : Pratique
de l'accouchement. Paris. SIMEP. 2ème éd. 1992 :
218-225
- Pour un livre : 3. Lansac J, Body G. Pratique de
l'accouchement.
Paris. SIMEP. 2ème éd. 1992 : 349.
- Pour une thèse : 4. Bah A . Les évacuations
obstétricales : aspects épidémiologiques et
pronostic à la clinique de gynécologie obstétrique
du CHU Ignace Deen. Thèse méd, Univ Conakry
2001; 032/03 04 : 165p X

Tableaux, figure et légendes : leur nombre doit être
réduit au strict minimum nécessaire à la
compréhension du texte. Les tableaux seront
numérotés en chiffres romains et les figures en
chiffres arabes. Ils doivent être appelés dans le
texte.

Après acceptation définitive de l'article, des
modifications mineures portant sur le style et les
illustrations pourront être apportées par le comité
de rédaction sans consulter l'auteur afin d'accélérer
la parution dudit article.

Le comité de rédaction



BP: 3470 Conakry
Rue KA 028 Almamya
Tel: +224 664289196
Site web : www.guinee-harmattan.fr

Table des matières

ARTICLES ORIGINAUX

- Les facteurs associés à l'accouchement prématuré en milieu urbain africain: à propos d'une étude cas témoins au CHU-YO et au centre médical Saint Camille de Ouagadougou**
Ouattara A, Ouedraogo CMR, Ouedraogo A, Kain DP, Moukengue BP, Komboigo E, Kabore X, Yameogo B, Bonane/Thieba B, Lankoande J.....1 - 5
- Efficacité comparée de la nifedipine et de l'alpha méthyldopa dans la prise en charge de l'hypertension artérielle au cours de la grossesse : à propos d'un essai randomisé ouvert dans la ville de Bamako**
Teguete I, Thera T, Traore Y, Mounkoro N, Sissoko A, Dembele S, Traore M, Dolo A..... 6- 13
- La stratégie de l'élimination de la transmission du VIH de la mère à l'enfant (ETME) est-elle efficace dans nos hôpitaux? Une étude longitudinale de janvier 2013 à décembre 2014 dans une maternité du nord-est Bénin.**
Tshabu Agumon C, Lokossou MSHS, Yunga FJD, Koumakpai SAN, Lokossou A, Perrin RX.....14 - 19
- La subvention des accouchements et soins obstétricaux et néonataux d'urgence : analyse à partir de l'expérience d'un hôpital universitaire au Burkina Faso**
Dembélé A, Zamané H, Somé DA, Ouattara S, Sanon BG, Ouédraogo C, Sawadogo L, Bicaba I, Bambara M, Thieba B, Lankoandé J.....20 - 24
- Pronostic maternel et périnatal de l'accouchement à terme dans les utérus unicatriciels de césarienne dans une maternité universitaire CHU de Cotonou au Bénin**
Tonato Bagnan JA, Vodouhe T, Lokossou MSHS, Tshabu Agumon C, Takpara I, Lokossou A, Perrin RX25 - 30
- Prise en charge des hémorragies du post-partum dans les pays à revenus limités: lier ou hystérectomiser?**
Mian DB, Guie P, Diomandé FA, N'guessan KLP, Abauleth YR, Kouakou F, Boni S..... 31 - 36
- Fibromes ovariens: aspects cliniques et anatomo-pathologiques au Centre Hospitalier Universitaire de Conakry, Guinée**
T Sy, A Sylla, Dwa Leno, Em Bah, Ik Bah, I Conte.....37 - 41

CAS CLINIQUE

- Avortements spontanés répétés chez une patiente présentant une intervillite chronique histiocytaire placentaire.**
Dia JM L, Guié Y P, Bohoussou E, Oyeladé M, Okon G, Dirix P, Millet P, Diallo A, Anongba DS..42 - 44

CONTENTS

ORIGINAL PAPERS

- Factors associated with preterm birth in african urban: about a case-control study at the university teaching hospital of Ouagadougou (UTH) and saint camille medical center***
Ouattara A, Ouedraogo CMR, Ouedraogo A , Kain DP, Moukengue BP, Komboigo E, Kabore X, Yameogo B, Bonane/Thieba B, Lankoande J.....1 - 4
- Compared efficiency between nifedipine and alpha methyl dopa in the management of high blood pressure during pregnancy: an opened randomized trial in bamako.***
Teguete I, Thera T, Traore Y, Mounkoro N, Sissoko A, Dembele S, Traore M, Dolo A..... 5 - 12
- Is the elimination of the transmission of the HIV from the mother to child (eTME) efficient in our hospitals? A longitudinal study from january 2013 to december 2014 in a maternity of the north-eastern Benin***
Tshabu Aguemon C, Lokossou MSHS, Yunga FJD, Koumakpai SAN, Lokossou A, Perrin RX.....13 - 17
- The grant of deliveries and emergency obstetric and neonatal care: an analysis from an experience in a university hospital in Burkina Faso***
A Dembélé, H Zamané, DA Somé, S Ouattara, BG Sanon, C Ouédraogo, L Sawadogo, I Bicaba, M Bambara, B Thieba, JLankoandé.....18 - 22
- Maternal and perinatal prognosis of full term birth in uteruses with a cesarean section scar at the university maternity of CHU in Cotonou-Benin***
Tonato Bagnan JA, Vodouhe T, Lokossou MSHS, Tshabu Aguemon C, Takpara I, Lokossou A, Perrin RX23 - 28
- Management of severe postpartum haemorrhage in less developed countries: conservative or radical surgery?***
Mian DB, Guie P, Diomandé FA, N'guessan KLP, Abauleth YR, Kouakou F, Boni S29 - 34
- Ovarian fibroids: clinical and anatomo-pathological aspects at the university teaching hospital of Conakry, Guinea***
T Sy, A Sylla, Dwa Leno, Em Bah, Ik Bah, I Conte.....37 - 41

CASE REPORT

- Spontaneous abortion repeated at a patient with a chronic chronic intervillitis histiocytic of the placenta***
Dia JM L, Guié Y P, Bohoussou E, Oyeladé M, Okon G, Dirix P, Millet P, Diallo A, Anongba DS....39 - 41

**LES FACTEURS ASSOCIES A L'ACCOUCHEMENT PREMATURE EN MILIEU URBAIN
AFRICAIN: A PROPOS D'UNE ETUDE CAS TEMOINS AU CHU-YO ET AU CENTRE
MEDICAL SAINT CAMILLE DE OUAGADOUGOU**

*FACTORS ASSOCIATED WITH PRETERM BIRTH IN AFRICAN URBAN: ABOUT A CASE-CONTROL
STUDY AT THE UNIVERSITY TEACHING HOSPITAL OF OUAGADOUGOU (UTH) AND SAINT
CAMILLE MEDICAL CENTER*

OUATTARA A, OUEDRAOGO CMR, OUEDRAOGO A, KAIN DP, MOUKENGUE BP, KOMBOIGO E,
KABORE X, YAMEOGO B, BONANE/THIEBA B, LANKOANDE J.

Correspondances : Dr Ouattara Adama, gynécologue obstétricien au CHU-YO de Ouagadougou,
E-mail : ouattzangaadama@yahoo.fr cellulaire 00226 70 11 28 19,

RÉSUMÉ

Objectif : Etudier des facteurs de risque associés à l'accouchement prématuré à Ouagadougou dans deux formations sanitaires.

Matériel et méthode: Il s'est agi d'une étude analytique prospective de type cas /témoin ayant porté sur 115 cas d'accouchements prématurés et 230 témoins soit deux témoins pour cas recruté durant la période de 6 mois allant de janvier à juin 2011. L'étude a été réalisée en milieu urbain dans les maternités et les services de néonatalogie du CHU-YO et du CM Saint Camille à Ouagadougou. La notion de mortinaissance a été un critère de non inclusion au sein du groupe des cas dont l'âge gestationnel d'inclusion variait de 28 à 37 semaines d'aménorrhée.

Résultats : Pendant la période de l'étude, la fréquence de l'accouchement prématuré était de 6,1%. L'analyse multi variée a permis d'identifier les facteurs associés à l'accouchement prématuré suivants: l'âge maternels OR=0,4[0,2-0,8], les antécédents d'avortements OR=3,3[1,43-7,6], le stress OR=4,03[2,14-3,39], l'insuffisance de CPN OR=4,92[3,03-8], la fièvre pendant la grossesse OR=1,59[1,01-2,5], la rupture des membranes OR=3,72 [1,11-4,34], l'épisode d'infection urinaire OR=2,55[1,55-4,19] et l'antécédent de menace d'accouchement prématuré OR=3,3[1,43-7,6].

Conclusion : L'accouchement prématuré est très fréquent au CHU-YO et au CM Saint Camille de Ouagadougou. Les facteurs associés à ce fléau sont nombreux et concernent aussi bien les caractéristiques sociodémographiques que les éléments cliniques de la patiente. La lutte contre cette situation pourvoyeuse de morbidité néonatale doit se renforcer au cours de la consultation prénatale recentrée.

Mots clés : Accouchement prématuré, facteurs associés, CHU-YO, CM Saint Camille

SUMMARY

Objectives: To study of the risks factors associated with preterm delivery at two centers with high attendance at Ouagadougou.

Methods: He has been a prospective analytical study type case / control that examined 115 cases of preterm birth and 230 normal term delivery, recruited during the period of 6 months from January to June 2011. The concept of stillbirth was not a criterion for inclusion in the group of cases with a gestational age ranged from 28 to 37 weeks.

Results: During the study period, the incidence of preterm birth was 6.1%. The logistic analysis allowed to identify factors associated with preterm birth. Out of these factors we will retain the advanced age of mothers with an OR = 0.4 [0.2 to 0.8] , an antecedent of abortions with an OR = 3.3 [1.43 to 7.6], the state of stress with a significant OR = 4.03 [2.14 to 3.39], the insufficient number of prenatal care with an OR = 4.92 [3.03 to 8], the notion of fever during pregnancy with an OR = 1.59 [1.01 to 2.5], the notion of rupture of membranes with an OR = 3.72 [1.11 to 4.34], the notion of urinary tract infection with an OR = 2.55 [1.55 to 4.19] and the notion of preterm labor with an OR = 3.3 [1.43 to 7.6].

Conclusion: Preterm labour is very common at the university teaching hospital and the Saint Camille Medical Center in Ouagadougou. Factors associated with this problem are numerous and involve both demographics and clinical aspects of the patient. The fight against this situation causing neonatal morbidity should be strengthened during the antenatal refocused consultation.

Key words: Preterm labour, risk factor, UTH-YO, Saint Camille Medical Center

1- INTRODUCTION

La prématurité constitue un problème de santé publique dans le monde, du fait de son incidence élevée et de l'importante morbidité et mortalité néonatale qui lui est associée. Elle est responsable de 80 % de la mortalité périnatale avec une morbidité d'environ 75% [1,3,6,10]. Malgré les politiques de prévention adoptées, force est de constater que son ampleur demeure élevée dans les pays en développement qui payent un lourd tribut. En effet, en Afrique les taux de prématurité varient selon les auteurs entre 11 et 22 % [4,7, 8, 9,10, 11, 13]. En outre, dans ces régions, l'impact de la prématurité est majorée par d'autres fléaux tel que la pauvreté. Aussi les coûts élevés de la prise en charge néonatale fait de la prise en charge de la prématurité, une « médecine de luxe » dans nos contrées [6]. Des études réalisées en France ont suggéré la nécessité d'une évaluation des facteurs de risque à intervalle régulier car les facteurs de risque présents ne correspondent pas toujours aux facteurs bien connus [5,8]. Dans notre contexte, peu d'études ont été réalisées sur cette question d'intérêt national. A travers ce travail, nous nous proposons de contribuer à l'étude des facteurs de risque associés actuellement à la prématurité dans deux centres de prise en charge des prématurés à Ouagadougou.

2- MATÉRIEL ET MÉTHODES

Les maternités et les services de néonatalogie du Centre Hospitalier Universitaire (CHU-YO) et du Centre médical (CM) Saint Camille nous ont servi de cadre d'étude. Il s'est agi d'une étude analytique

prospective de type cas /témoin ayant porté sur 115 cas d'accouchements prématurés et 230 témoins. Les cas et les témoins ont été recrutés durant la période de janvier à juin 2011. Ont été considéré comme cas tout couple mère-enfant dont l'enfant était né entre la 28^{ème} et la 37^{ème} semaine d'aménorrhée (SA) et qui a consulté dans les 02 sites pendant la période d'étude. La date des dernières règles (DDR) ou une échographie précoce ont été utilisées pour définir l'âge gestationnel. Ont été considérées comme témoins des couples mère-enfant dont l'enfant était né à terme. Nous avons retenu deux témoins par cas.

L'analyse multi variée par régression logistique nous a permis de calculer les odds ratio (OR) avec leur intervalle de confiance à 95% pour chacun des différents facteurs étudiés. Le seuil de signification retenu a été fixé à 5%.

3- RÉSULTATS

3.1-Fréquence de l'accouchement prématuré:

Au cours de la période de l'étude, nous avons enregistré 210 cas d'accouchements prématurés dans les deux sites dont seulement 115 cas répondaient à nos critères d'inclusion. Au cours de la même période, nous avons noté 3468 accouchements dans les deux sites. L'accouchement prématuré représentait 6,1% des accouchements.

3.2- Analyse des facteurs sociodémographiques et cliniques de risque de l'accouchement prématuré :

L'analyse des caractéristiques sociodémographiques et cliniques associées à un accouchement prématuré est présentée dans les tableaux I et II.

Tableau I : Etude des facteurs de risque sociodémographiques de l'accouchement prématuré

Variable	Cas	témoins	RC ou OR	P
Age maternel				
15- 19 ans	26 (22,7%)	57(24,8%)	0,7[0,4-1,2]	0,30
20-29 ans	78(67,8%)	128(55,6%)	1	
• ≥ 30 ans	11(9,5%)	45(19,6%)	0,4[0,2-0,8]	≤ 0,02
Statut matrimonial				
Vie seule	70 (60,8%)	114 (49,6%)	1,6[1,1-2,48]	≤ 0,05
Vie maritale	45(39,2%)	116 (50,4%)	1	
Statut professionnel				
Non salariés	106 (92,2%)	216 (93,9%)	0,79 [0,33-1,9]	≤ 0,90
salariés	09 (7,8%)	14 (6,1%)	1	
Domiciliation				
Zone viabilisée	48 (41,7%)	99 (43%)	0,95 [0,6-1,49]	≤ 0,30
Zone non viabilisée	67 (58,3%)	131 (57%)	1	
Niveau socio-économique				
Bas	43(37,4%)	85(36,9%)	1,08 [0,62-1,89]	≤ 0,90
Moyen	40 (34,8%)	77 (33,6%)	1,10 [0,62-1,94]	≤ 0,90
élevé	32 (27,8%)	68 (33,5%)	1	
Niveau d'instruction				
Non scolarisé	42 (36,5%)	72 (31,3%)	1,26 [0,79-2,02]	≤ 0,50
scolarisé	73 (63,5%)	158 (68,7%)	1,00	
Parité				
Primipares	40,9%	47,4%	0,77 [0,49-1,21]	≤ 0,30
Paucipares	51,3%	42,1%	1,21[0,43-3,42]	≤ 0,90
multipares	7,8%	9,5%	1	
Antécédent d'avortement				
Oui	12 (10,4%)	16 (7%)	3,3 [1,43-7,6]	≤ 0,01
non	103 (89,6%)	214 (93%)	1	

Tableau II : Etudes des facteurs de risque cliniques de l'accouchement prématuré

Variable	Cas	témoins	RC ou OR	p
Stress				
Non stressant	17,4%	43%	1	
Peu stressant	52,2%	39,1%	3,30 [1,85-5,9]	≤ 0,001
Très stressant	30,4%	17,9%	4,23[2,19-8,18]	≤ 0,001
Intervalle intergénésiq				
<12 mois	04 (3,5%)	08 (3,5%)	1,00 [0,29-3,39]	≤ 0,90
≥12 mois	111 (96,5%)	222 (96,5%)	1	
Consultation prénatal				
0-1CPN	29,5%	9,1%	4,92 [3,03-8,00]	≤ 0,001
2-4 CPN	68,7%	85,6%	1,12 [1,03 -3,06]	≤ 0,001
≥5CPN	1,8%	5%	1,00	
Fièvre au cours de la grossesse				
Oui	56 (48,7%)	86 (37,4%)	1,59 [1,01-2,5]	≤ 0,05
non	59 (51,3%)	144 (62,6%)	1,00	
Rupture des membranes				
Oui	21 (18,3%)	13(5,7%)	3,72 [1,79-7,76]	≤ 0,001
non	94 (81,7%)	217(94,3%)		
Métrorragie-douleurs pelviennes				
Oui	19(16,5%)	19(8,3%)	2,20[1,11-4,34]	≤0,05
non	96 (83,5%)	211(91,7%)	1	
Episode d'infection urinaire				
Oui	44 (38,3%)	45 (19,6%)	2,55 [1,55-4,19]	≤ 0,001
non	71(61,7%)	185 (80,4%)	1,00	
Antécédent de menace d'accouchement prématuré				
Oui	15 (13%)	10 (4,3%)	3,3 [1,43-7,6]	≤ 0,01
non	100 (87%)	220 (95,7%)	1	1

4- DISCUSSION

4.1- fréquence de l'accouchement prématuré

La fréquence de l'accouchement prématuré retrouvée dans notre série était de 6,1%. Ce chiffre est inférieur à celui de la plupart des études menées dans la sous région qui retrouvait des chiffres variant de 11 à 22 %. Les critères de non inclusion tels les mort-nés et la période de l'étude (janvier à juin) pourraient expliquer nos résultats qui semble assez bas.

Selon J Lansac [8], la fréquence de l'accouchement prématuré en France est de 11,2%. Ce chiffre largement supérieur au notre peut s'expliquer par la définition de l'accouchement prématuré qui commence à partir de 22 semaines dans le contexte européen et selon l'OMS contre 28 semaines pour la Société africaine de gynécologie Obstétrique (SAGO).

4.2. Facteurs associés à l'accouchement prématuré.

4.2.1. Stress et grossesse

Dans notre série le stress était fortement associé à l'accouchement prématuré (OR=3 à 4). Le stress maternel constitue actuellement l'une des nouvelles pistes de recherche dans la lutte contre l'accouchement prématuré. Plusieurs auteurs l'ont

identifié comme facteur de risque.

Andriamady [2] notaient que 73,9 % de patientes ayant présenté un surmenage physique et du stress pendant la grossesse accouchaient avant terme. D'autres auteurs comme Samim [14] en Iraq, Shi[15] en Inde trouvaient que le stress pendant la grossesse était un risque d'accouchement prématuré avec un OR=2,16. Mortem [12] en Angleterre a fait le même constat sur des cohortes prospectives avec un risque relatif de 1,75.

Notre contexte de sous développement avec ses corollaires de bas niveau socio-économique, de chômage et d'analphabétisme est pourvoyeur de stress pour nos jeunes gestantes.

4.2.2. Suivi prénatal insuffisant des grossesses.

L'insuffisance quantitative des consultations prénatales a été retrouvée comme facteur de risque d'accouchement prématuré dans notre étude. Surveiller l'état de santé de la mère et du fœtus est l'objectif principal des consultations prénatales. L'accouchement prématuré est dépisté au cours des 6^{ème} et 7^{ème} mois de grossesse c'est-à-dire à la 3^{ème} consultation prénatale [11, 13]. Andriamady[2] trouvaient que dans 86,7 % des cas d'accouchement avant terme, les consultations prénatales étaient non ou mal faites. Dans la série de Vania[16],

l'accouchement prématuré était associé à l'insuffisance de suivi de la grossesse avec un risque relatif (RR) de 1,5.

Des études plus approfondies de cohortes pourraient démontrer que l'aspect quantitatif des soins prénataux ne constitue pas la véritable variable d'exposition et qu'il faudrait probablement plus regarder l'aspect qualitatif de ces soins en accord avec la nouvelle politique de soins de santé recentrés.

4.2.3. Antécédents obstétricaux et pathologie pendant la grossesse

-Antécédent de menace d'accouchement prématuré

L'antécédent de menace d'accouchement prématuré a été analysé comme un facteur prédictif important d'accouchement prématuré (OR=3,3). Nos résultats vont dans le sens de Papiernick[13] qui le retenait comme facteur de risque. Aussi Carlini en Italie avec un OR Ajusté de 5,7 et Janet avec un OR de 5,9 trouvaient des résultats concordants au notre [3, 7].

-Antécédent d'avortement

Dans notre étude, cet antécédent était statistiquement associé à un risque de survenue d'un accouchement prématuré (OR=3,3). Il a été cité comme facteur de risque prouvé par Papiernick et Samimet inclus dans le CRAP [13,14]. L'interruption volontaire de grossesse étant interdite par la loi dans notre contexte, les patientes ont tendance à faire des avortements provoqués clandestins dont les manœuvres endo-utérines dilacèrent les fibres musculaires et prédisposent à la béance cervico-isthmique et à l'incompétence cervicale ultérieure.

-Infections urinaires

Dans notre étude nous avons retrouvé un risque statistiquement élevé d'accouchement prématuré associée à cette variable (RC=2,55). Les infections urinaires sont classiquement citées comme facteurs de risque d'accouchement prématuré [13, 16,18]. Les infections urinaires hautes ou basses sont responsables de 5 à 10 % des accouchements prématurés [16].

Samim en Iraq retrouvait un OR de 2,85 [14]. Le bas niveau socio-économique de nos populations associées à la faible fréquentation des centres de suivi des grossesses pourraient expliquer ces résultats. Cela est d'autant plus préoccupant que pendant la grossesse les infections urinaires sont souvent d'expression clinique discrète.

-Douleurs pelviennes et métrorragies au deuxième trimestre

Nous avons voulu étudier l'effet que pourrait avoir

les douleurs pelviennes au deuxième trimestre sur le risque de survenue d'un accouchement prématuré. Nous avons retrouvé une association statistiquement significative entre la survenue de douleurs pelviennes et la survenue d'accouchement prématuré dans notre étude (OR=2,2).

Le mauvais remplissage des carnets de suivi des grossesses, l'imprécision concernant l'estimation de l'âge gestationnel pourraient être une source de confusion avec la menace d'accouchement prématuré et ces items.

-Rupture prématuré des membranes

Dans notre étude la rupture prématurée des membranes a été associée à un accouchement prématuré avec un OR= 2,55. La rupture prématurée des membranes est une grande pourvoyeuse d'infection génitale pendant la grossesse. Le faible niveau d'instruction, la pauvreté de nos populations, l'insuffisance du suivi prénatal et le retard à la consultation peuvent expliquer ce résultat à relativiser toute fois par le fait qu'en réalité une stratification avec l'âge gestationnel au moment de la survenue de la rupture aurait été nécessaire pour mieux éliminer un éventuel facteur confusionnel.

CONCLUSION

Notre étude réalisée en milieu urbain burkinabé nous a permis de retrouver une association entre certaines caractéristiques socio-démographiques, certaines pathologies pendant la grossesse et l'accouchement prématuré à Ouagadougou. La nécessité de réaliser des études en milieu rural dans un but comparatif avec le milieu urbain s'impose quand on sait que la majeure partie de notre population est rurale. Dans notre contexte de pays en développement, la lutte contre ce fléau doit être renforcée au cours de la consultation prénatale recentrée.

RÉFÉRENCES

- 1. Aboussad A, Maoulainine F, Ouattara L.** Facteurs pronostiques de la mortalité chez le prématuré à Marrakech. *Archi. Pédiat.* juin 2010 ; Vol 17: n° 6S1, 68
- 2. Andriamady RCL, Rasamoeliso J.M, Rakotonol H, Ravanoriva H, Ranjalahy RJ, Razanamparany M.** Les accouchements prématurés à la maternité de befelatanana, centre hospitalier universitaire d'Antananarivo en 1997 *Arch Inst Pasteur.* 1999;65(2):93-95.
- 3. Carlini L, Somigliana E, Rossi G, Veglia F,**

- Busacca M, Vignali M.** Les facteurs de risque d'accouchement spontanés au nord de l'Italie: étude multicentrique cas témoins. *Gynecol Obstet Invest.* 2002;53:174-180.
- 4. Feresu S, Harlow D, and Woelk GB.** Risk factors For prematurity at Harare Maturity Hospital, Zimbabwe. *Int J Epidemiol.* 2004;33(6):1194-1201.
- 5. Foix L, Blondel B.** Les changements dans les facteurs risque d'accouchement prématuré en France entre 1981-1995 *pediatric and Epidemiologie J.* 2000;14(4): 314-23.
- 6. Haddad J.** Alternatives thérapeutiques en néonatalogie : pour une réduction du cout de la prématurité. Service de néonatalogie Hôpital saint Georges. Université et Société libanaise de médecine périnatale Beyrouth, Liban.
- 7. Janet M, Lieberman E, Cohen A.** Comparaison of risk factors for preterm labor and term-small-for-gestatioal-age-birth. *Epidemiology.* 1996;7(4):369-8.
- 8. Lansac J, Berger C, Magnin G.** Obstétrique pour le praticien, 2ème édition: SIMEP, 1990:413.
- 9. Mboumba S, Mounanga M.** La prématurité au Gabon, problème médical ou de société. *Médecine d'Afrique Noire.* 1999;46(10):435-441.
- 10. Méda N, Soula G, Dabis F, Consens S, Some A, Mertens T, Salamon R.** [Risk factors for prematurity and intrauterine growth retardation in Burkina Faso.](#) *Revue épidémiologique et de santé publique.* 1995;43(3):215-24.
- 11. Ministère de la santé du Mali.** « Procédures en santé de la reproduction ». *Santé de la femme.* 2005; 4: 227.
- 12. Morten H, Tine BH, Svend S, Niels J.** Psychological distress in pregnancy and preterm delivery *BMJ* 1993; 307: 234-238.
- 13. Papiernick E.** Peut-on diminuer les naissances prématurées? Mises à jour du collège des gynécologues et obstétriciens français. Paris :Vigot, 1996:5-20
- 14. Samin A.A, Wafa Y.A.** Risk factors or preterm birth in iraq: a case-control study *BMC pregnancy childbirth.* 2006; 6:13.
- 15. Shi WW, Graem S, Qiuying Y, Mark W.** Epidemiology of preterm birth and neonatal outcome. *Seminars in fetal and Neonatal Medecine.* 2004; 9:429-43
- 16. Vania M, Antonio A, Livia F, Marco A, Heloisa B, Liberata C, Valdinar S.** Risk factors for preterm birth in Sao Luis, Maranhao, Brazil. *Cad Saude Publica* 2004; 20(1):217
- 17. Vovor et col.** "Facteur de risque de la prématurité et de la dysmaturité" *Afrique médicale.* 1980;(19): 327-334
- 18. Ye O.D., Kam K.L., Sawadogo A., Sanou I., Traoré A., Dao L., Koueta F., Zeba, Zoungrana A.** Etude épidémiologique et évolutive de la prématurité dans l'unité de néonatalogie du CHUNYO de Ouagadougou Burkina Faso. *Annales de pédiatrie .* 1999;46(9):643-648.
- 19. Zupan V.** Prématurité et hypotrophie à la naissance. *Epidémiologie, cause et prévention. Rev Prat* 1997;47(6):675-678.