



Research Article

Open Access Journal

Accouchement Prématuré Aux Cliniques Universitaires De Lubumbashi De 2011-2019: Fréquence Et Prise En Charge

Kawayo Ntoto Christian^{1,4}, Tamubango Kitoko Hermann^{1,2}, Mwape Besa Balthazar³, Tshimanga Mukadi Roger², Mubinda Kiopin Patrick¹, Isango Idi Yves¹, Mavu Ndomba Matthieu¹, Kabwe Mutamba Alain¹, -Polepole Kahiya Donatien^{1,4}, Kahinga Mukwiza Guellor^{1,5}, Kiwele Zongwe Eric^{1,6}, Mwembo Tambwe A Nkoy^{1,3}, Ngwe Thaba Moyambe Jules¹

Corresponding Author: Tamubango Kitoko Hermann

¹Département de Gynécologie et d'Obstétrique, Faculté de médecine, UNILU, RDC

²Institut Supérieur des Techniques Médicales de Likasi, section sage femme
³Ecole de santé publique, Université de Lubumbashi

⁴Service de gynécologie et d'Obstétrique de l'hôpital général de référence Sendwe

⁵Institut Supérieur des Techniques Médicales de Kolwezi

⁶Département de Gynécologie et d'Obstétrique, Faculté de médecine, UNIKAM, RDC



Abstract:

Introduction : La grossesse évolue et se termine sur un mode physiologique dans 1/3 de cas. La grossesse normale dure 37 à 42 SA. Elle débute selon les points de vue à partir de la fécondation ou de la nidation et se déroule jusqu' à l'accouchement, qui est l'ensemble des phénomènes mécaniques et physiologiques qui ont pour conséquence l'expulsion du fœtus et de ses annexes hors des voies génitales de la femme à partir de 22 semaines d'aménorrhée. S'il se produit avant terme on l'appelle accouchement prématuré. Cette étude avait pour objectif de Déterminer la fréquence des accouchements prématurés aux cliniques universitaire de Lubumbashi, Décrire le profil epidemioclinique des accouchées, Dégager la prise en charge des accouchements prématurés

Méthodologie : Il s'agit d'une étude descriptive transversale a collecte des données rétrospective. La période d'étude s'étend sur 9 ans : de Janvier 2011 à Décembre 2019 dans le service de Gyneco-obstetrique des CUL. L'échantillonnage était exhaustif lié à la durée de notre étude. Nous avons colligé 452 cas d'accouchements prématurés. les données ont été encodées et analysées avec le logiciel Epi-info version 7.2.2.6

Résultats : L'accouchement prématuré est fréquent aux Cliniques Universitaire de Lubumbashi soit 4,19% ; les accouchées prématurément avaient plus des antécédents d'avortement et d'accouchement prématurés dans 33,63% et 8,85% respectivement ; les infections urogénitales, les gestoses hypertensives et le paludisme, avec respectivement 26,99% ; 10,10 % et 8,858% sont les pathologies qui étaient les plus retrouvées chez les accouchées prématurément. Le recours à la césarienne élective ou à l'épisiotomie systématiques ne sont pas de pratique aux Cliniques Universitaire de Lubumbashi. La voie basse a représenté 93,58%. Le transfert in utero encore inconnu dans notre milieu, seulement 5,31% accouches ont été référées. Le

Accouchement Prématuro Aux Cliniques Universitaires De Lubumbashi De 2011-2019: Fréquence Et Prise En Charge

taux de mortalité néonatal élevé soit 14,84%.

Conclusion : L'accouchement prématuré est une entité de haut risque obstétricale assez fréquente de ce pays à ressources limitées tel que le nôtre et nécessite donc une attention particulière de l'obstétricien et du pédiatre qui doivent travailler de concert pour minimiser le risque de décès dont elle est responsable.

Mots-clés: accouchement prématuré, fréquence, prise en charge, cliniques universitaires de Lubumbashi,

Copyright: © 2021 The Authors. Published by Medical Editor and Educational Research Publishers Ltd. This is an open access article under the CC BY-NC-ND license (<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Introduction

La grossesse évolue et se termine sur un mode physiologique dans 1/3 de cas. La grossesse normale dure 37 à 42 SA [1,2]. Elle débute selon les points de vue à partir de la fécondation ou de la nidation et se déroule jusqu'à l'accouchement, qui est l'ensemble des phénomènes mécaniques et physiologiques qui ont pour conséquence l'expulsion du fœtus et de ses annexes hors des voies génitales de la femme à partir de 22 semaines d'aménorrhée. S'il se produit avant terme on l'appelle accouchement prématuré [3,4].

Faisant partie des anomalies de la durée de la grossesse ; l'accouchement prématuré est défini comme toute naissance se produisant entre 22 et 36,6 semaines d'aménorrhée d'un enfant respirant ou manifestant tout signe de vie et de plus de 500 g. Il est peut-être spontané ou induit. Dans la plupart de cas, l'accouchement prématuré fait suite à un travail prématuré ou à une menace d'accouchement prématuré [1,6].

On estime à 15 millions le nombre de bébés prématurés chaque année au travers le monde soit un taux de prématurité de 11,1 % avec plus 75% des décès.[7,8] Sa fréquence, variable suivant le lieu et l'époque, dépend surtout de la prévention et du traitement de la menace d'accouchement prématuré [2].

L'incidence de la prématurité est d'environ 11 % en Amérique du Nord 5,6% en Océanie et 5,8 % en Europe.[4] Le taux de prématurité aux États-Unis est de 7,7% [9] et au Canada 7,5%. De 7,9% en Australie ; 15,8% Pakistan et 15,5% en Indonésie [10,12].

Les pays européens, ce taux varie entre 5% et 8 %.[13] En France 6,2% ; en Allemagne et en Angleterre 7,6% [11,12].

En Afrique, les rapports de l'OMS, rapportent 18,5% au Malawi, 16,7% aux Comores ; 16,6% au Zimbabwe ; 16,5% en Guinée Equatoriale ; 16,4% au Mozambique et 16,3% au Gabon ; 12,9% en Zambie ; 9,6% au Rwanda et 18,1% au Congo Brazza [7,14].

Avodo en 2015 et N'Dé au Mali avaient trouvé respectivement une fréquence de 2,11% et 9,31% [4,8].

En République Démocratique du Congo, le taux est comme dans la plupart de pays en voie de développement élevé 16,7%.[14] La littérature demeure pauvre dans notre milieu, nonobstant les travaux de Munkana [15], Mayele [16] à Lubumbashi et de Kindiaka à Kinshasa[17] qui avaient trouvé respectivement 11,07%, 5,9% et 6,4 %.

Plus de 60% des naissances prématurées surviennent en Afrique et en Asie du sud. Même si ce sont les pays à faible revenu, en particulier ceux d'Afrique, qui subissent la plus forte charge en terme absolu, le problème des naissances prématurées ne concerne pas uniquement les pays à faible revenu. Le taux de prématurité semble être en augmentation dans certains pays riches.[7,14] Il s'agit vraiment d'un problème de santé publique planétaire.

La prématurité est responsable de 75 à 90 % de l'ensemble des décès néonataux hors malformation, et de 50 % des handicaps

Accouchement Prématuré Aux Cliniques Universitaires De Lubumbashi De 2011-2019: Fréquence Et Prise En Charge

neurologiques.[18] Il faut donc en connaître les causes et facteurs de risque pour les dépister et si possible les traiter. Cela permettrait, d'une part de cibler une population réellement à risque d'accouchement prématuré qui nécessiterait une prise en charge et un suivi spécifique et d'autre part, une prise en charge adéquate des menaces d'accouchement prématuré. Les objectifs de cette étude étaient de déterminer la fréquence des accouchements prématurés aux cliniques universitaire de Lubumbashi, de décrire le profil épidémioclinique des accouchées et de dégager la prise en charge des accouchements prématurés

Matériel et méthodes

Cadre d'étude

Pour réaliser cette étude, nous avons retenu comme cadre les Cliniques Universitaires de Lubumbashi.

Situation géographique

L'hôpital Cliniques Universitaires de Lubumbashi est situé dans la ville de Lubumbashi, dans la commune portant le même nom, province du Haut Katanga en République Démocratique du Congo.

L'hôpital est limité:

- au Nord par l'avenue Kambove;
- au Sud par l'avenue Ndjamena;
- à l'Est par l'avenue Kasai;
- à l'Ouest par l'école de santé publique et le lycée Tuendele

Type et période de l'étude

Il s'agit d'une étude descriptive transversale a collecte des données rétrospective. La période d'étude s'étend sur 9 ans : de Janvier 2011 à Décembre 2019 dans le service de Gyneco-obstetrique des CUL.

Population d'étude

Notre population d'étude était constituée des gestantes admises dans le service de Gyneco-obstetrique des Cliniques Universitaires de Lubumbashi pendant la période d'étude pour accouchement prématuré inévitable (MAP sévère) ou pour tout autres maladies, et ayant évolué vers l'accouchement prématuré.

Critères d'inclusions :

Gestante reçues en salle d'accouchement des CUL et ayant accouchée à un terme compris entre 22 et 36,6 SA pendant la période d'étude.

Critères d'exclusion :

- Gestante ayant accouchée avant 22 SA ou à partir de 37 SA
- Gestante ayant accouchée sans information sur l'AG
- Gestante ayant accouchée en dehors des CUL
- Gestante ayant accouchée en dehors de la période d'étude

Technique d'échantillonnage et taille de l'échantillon

L'échantillonnage était exhaustif lié à la durée de notre étude. Nous avons colligé 452 cas d'accouchements prématurés.

Les paramètres épidémiocliniques d'étude :

- Résidence
- Profession : libérale ou fonctionnaire
- Statut matrimonial: seule ou en couple divorcée
- Age : en année et répartis en tranche comme suit : <18 ans, 18-35 ans, >35ans
- Parité : répartis en quatre classes : primipare (1 accouchement), paucipare (2 a 3 accouchements), multipare (4 à 6 accouchements) et grande multipare (plus de 6 accouchements).
- Antécédents
- AG en SA, reparti en tranche selon le degré de prématurité : 22-28, 29-32, 33-36,6
- Motif de consultation
- CPN : suivi oui ou non
- Nombre de fœtus: monofoetale, gémellaire, triple, multiple
- Phase de dilatation
- Voie d'accouchement : Basse ou haute
- Etat du Périnée
- Etat de la poche des eaux : intacte ou rompue
- Présentation : céphalique, siège, transverse, imprécise
- Sexe : masculin ou féminin

Accouchement Prématuré Aux Cliniques Universitaires De Lubumbashi De 2011-2019: Fréquence Et Prise En Charge

- Poids en gr et reparti en tranche : <1000, 1000-1499, 1500-2000, >2000
- Etat du nouveau-né : vivant ou mort apparent

Collecte et analyse des données

Pour collecter les données, nous avons utilisé les fiches d'enquête (dont l'exemplaire est en annexe du travail), et les partogrammes, les registres de la maternité, les protocoles opératoires, sont les documents sur lesquels les données étaient recueillies.

Après collecte, les données ont été encodées et analysées avec le logiciel Epi-info version 7.2.2.6

Les variables qualitatives ont été générées sous forme de fréquences absolue et relatives. Les variables quantitatives ont été regroupées en classes et les indices de positions et de dispersions ont été générés pour chaque paramètre.

Difficultés rencontrées

Nous ne saurons énumérer toutes les difficultés rencontrées durant la réalisation de cette étude, néanmoins les plus importantes étaient :

- Liées à la récolte de données : fiches ou partogrammes incomplètes, fiches mal entretenues ou gardées
- Liées à la documentation : livres, thèses, mémoires soit manquant dans la bibliothèque, soit mal entretenus et parfois même inexploitable .

Aspects éthiques

La confidentialité des données a été garantie. Les noms des parturientes ne figurent dans aucuns documents relatifs aux résultats de cette étude.

Par l'entremise de la faculté de médecine UNILU, nous avons reçu l'autorisation de collecte des données auprès des responsables de l'hôpital.

Resultats

1. Fréquence

Du 1^{er} janvier 2011 au 31 Décembre 2019, 10780 accouchements ont été enregistrés dans le service de Gyneco-obstetrique des CUL, 452 d'entre eux se sont déroulés prématurément ce qui représente une fréquence de 4,19%. Soit un accouchement prématuré pour tous les 24 accouchements.

2. Fréquence par année

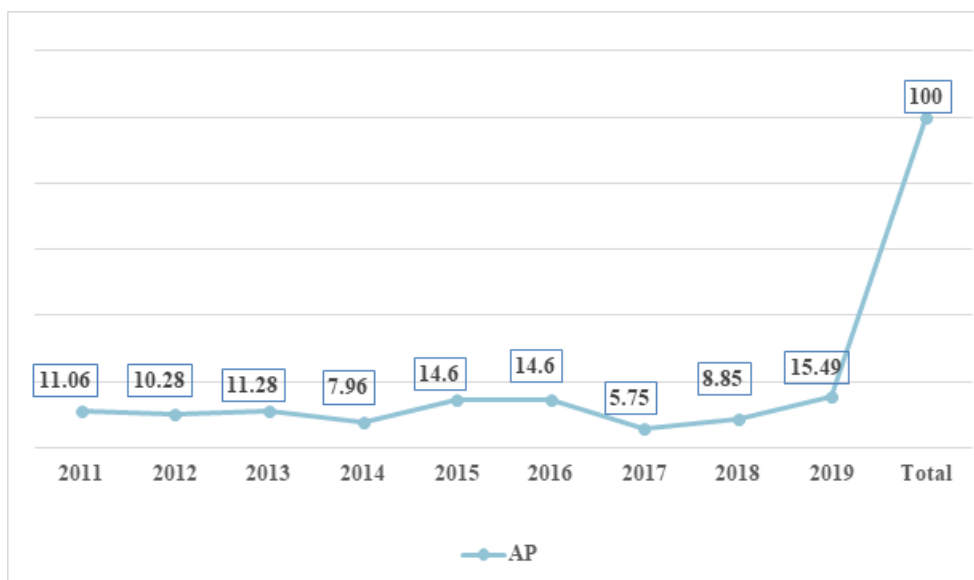


Figure 3 : Accouchement prématuré en fonction des années

Il ressort de ce graphique que 70 accouchements prématurés soit 15,49% ont eu lieu en 2019 contre 26 soit 5,75% en 2017.

Accouchement Prématgré Aux Cliniques Universitaires De Lubumbashi De 2011-2019: Fréquence Et Prise En Charge

Tableau I: Aspects sociodémographique des accouchées

Paramètres	Effectif (n=452)	Pourcentage
Tranche d'âge		
< 18	4	0,88
18-35	356	78,76
>35	90	19,91
Non précisé	2	0,44
Statut matrimonial		
Vivant en couple	400	88,5
Vivant seule	26	5,75
Non précisé	26	5,75
Profession		
Libérale	374	82,74
Fonctionnaire	33	7,3
Non précisée	45	9,96
Parité		
Primipare	95	21,01
Paucipare	151	33,4
Multipare	111	24,55
Grande multipare	87	19,24
Non précisée	8	1,76

CE tableau révèle que 356 soit 78,76% d'accouchées avaient un âge compris entre 18 et 35 ans.

L'âge a été précisé chez 450 accouchées. Il a varié entre 16 et 48 ans, avec une moyenne de 30,21 ans et une variance de 33,85. De ce tableau ressort que 88,50% des femmes ayant accouchées prématurément étaient en couple contre 5,75% vivaient seules. Nous remarquons que

l'accouchement prématuré est survenu dans 82,74% chez des femmes avec profession type libérale.

Il ressort de ce tableau que dans 33,40% des cas soit 151 accouchements prématurés sont survenues chez les paucipares. La parité a varié entre 1 et 13; avec une moyenne de 3,59 et une variance de 5,55.

Tableau II: Eléments anamnestique d

Paramètres	Effectif (n=452)	Pourcentage
Mode d'admission		
Venue d'elle-même	428	94,69
Transfert	24	5,31
Motif d'admission		
Prurit	1	0,22
Convulsions	2	0,44
Métrorragie	44	9,73
Hydrorrhée	95	21,02
LHG	391	86,5
MFA absents	11	2,43
CPN suivie		
Oui	353	78,09
Non	60	13,27
Non précisé	39	8,62

Accouchement Prématuro Aux Cliniques Universitaires De Lubumbashi De 2011-2019: Fréquence Et Prise En Charge

Antécédents		
Avortement	152	33,63
Hématome retro-placentaire	1	0,22
Placenta prævia	7	1,55
Césarienne	26	5,75
Béance cervico isthmique	1	0,22
Gestose hypertensive	47	10,4
Infection génito-urinaires	122	26,99
Anémie	18	3,98
Paludisme	40	8,85
Hypertension artérielle	7	1,55
Accouchement prématuré	40	8,85
Mort fœtale un utero	13	2,88
Type de grossesse		
Monofoetale	388	85,84
Gémellaire	61	13,5
Triple	3	0,66
Âge gestationnel(SA)		
22 -28	46	10,18
29 – 32	87	19,25
33 -36,6	319	70,58

Il ressort de ce tableau que dans 428 accouchées soit 94,69 % cas ont consulté de soi contre 24 soit 5,31% qui ont été référées aux Cliniques Universitaires de Lubumbashi. Ce tableau révèle que 86,5 % des gestantes soit 391 accouchées ont été admises avec comme plaintes des lombohypogastralgies. Il ressort de tableau que 78,09% soit 353 accouchées avaient déjà suivis au moins une CPN contre 13,62% soit 60 accouchées n'en avaient jamais suivie. Il ressort

de ce tableau que 33,63% d'accouchées avaient l'antécédent d'avortement. Et 26,99% avaient développé des infections urogénitales pendant la gestation. De ce tableau ressort que 85,84% des grossesses ayant fini prématurément étaient des grossesses monofoetales. Il ressort de ce tableau que 70,58% des prématurés étaient dans la tranche d'âge de 33-36,6 semaines d'aménorrhées. L'âge gestationnel moyen a été de 33,42 SA \pm 3,16, avec comme extrêmes 32 et 36,6 SA.

Tableau III: Eléments lié à la parturition

Paramètres	Effectif (n=452)	Pourcentage
Phase de dilatation		
Latence	135	29,87
Active	317	70,13
État de la poche des eaux		
Rompue	168	37,17
Intacte	284	62,8
Présentation		
Céphalique	349	77,21
Siege	55	12,17
Transverse	5	1,11

Accouchement Prématuro Aux Cliniques Universitaires De Lubumbashi De 2011-2019: Fréquence Et Prise En Charge

Imprécise	43	9,51
Voie d'accouchement		
Basse	423	93,58
Haute	29	6,42
Etat du périnée		
Intacte	340	75,22
Déchirure	112	24,78

Il ressort de ce tableau que la phase active a représenté 70,13%, soit 317 parturitions. Il ressort de ce tableau que 62,83% d'accouchées avaient la poche des eaux intacte pendant le travail d'accouchement. Ce tableau révèle que 77,21%

des accouchées avaient des fœtus en présentation céphalique. Il ressort de ce tableau que la voie basse a représenté 423 accouchements prématurés soit 93,58%. Il ressort de ce tableau que 75,22% des accouchées avaient un périnée intact.

Table IV Éléments des nouveau-nés

paramètres	Effectif (n=519)	Pourcentage
Sexe		
F	283	54,53
M	236	45,47
Poids (gr)		
< 1000	29	5,58
1000 -1499	50	9,63
1500 -2000	123	23,69
> 2000	315	60,69
Non précis	2	0,38
Etat du nouveau-né		
Vivant	442	85,16
Mort	77	14,84

Il ressort de ce tableau que 283 prématurés soit 54,53% étaient de sexe féminin contre 236 soit 45,47% de sexe masculin. Sex ratio: H/F de 0,83

Il ressort de ce tableau que 315 prématurés soit 60,69% avaient poids de plus de 2000gr.

Il a été précisé chez 517 nouveau-nés et a varié de 500g à 4100g, avec une moyenne de 2221 grammes. Ce tableau révèle que 85,16% des prématurés étaient vivants à la naissance et 14,84% étaient en état de mort apparent à la naissance.

Discussion

Fréquence

De janvier 2011 à 31 Décembre 2019, 10780 accouchements se sont déroulés dans le service de Gyneco-obstetrique des CUL, 452 d'entre eux avant le terme, ce qui représente une fréquence de

4,19% soit un accouchement prématuré pour toutes les 24 naissances.

Contrairement à la majorité des littératures qui montrent une fréquence nettement supérieure à 5 % pour les pays à faible revenus en général et ceux d'Afrique en particulier.[1,2,4,14,15]

Cependant, notre fréquence est proche de celles de Mayele à Lubumbashi [16] et Kindiaka à Kinshasa [17] qui avaient trouvé respectivement 5,9% et 6,4 %. Presque la moitié de celles trouver par Munkana [15] (11,07%) et Makwala (10,9%) [20].

Confrontée à celle des pays africains, notre fréquence est supérieure à celles de Avodo[4], Konate[45] tous au Mali, qui avaient trouvé respectivement 2,11% et 3,5% .

Accouchement Prématuré Aux Cliniques Universitaires De Lubumbashi De 2011-2019: Fréquence Et Prise En Charge

Elle reste cependant inférieure à celles de la majorité d'autres pays africains [7,14]: 16,5% en Guinée Equatoriale ; 16,7% aux Comores ; 18,5% au Malawi ; 16,3% au Gabon ; 12,6 en République centre africaine ; 12,9% en Zambie ; 9,6% au Rwanda et 18,1% au Congo Brazza.

On pense que cette inconstance de la fréquence serait due au fait que la fréquence de l'accouchement prématuré présente de variations importantes en fonction des pays, des régions et des auteurs.[1] Variations liées à la politique de prévention et de traitement des menaces d'accouchements prématurés.

Paramètres des accouchées

Statut matrimonial

Dans notre étude 88,50% des femmes ayant accouchées prématurément étaient en couple.

Nos résultats, tout comme ceux de Mayele[16] 87,8% ou de Avodo[4] 86,9% d'AP chez les mariées et 13,1% chez les célibataires, associent le célibat comme facteur de risque de l'AP. Mais ceci dans de proportion relativement faible par rapport aux résultats de Konfe[49] et Leke[50] qui avaient trouvé les célibataires dans les plus fortes proportions.

Dans notre étude la forte représentativité des femmes en couple, on pense qu'elle serait liée au stress conjugal et professionnel que subissent ces femmes.

Profession

Dans notre série, les femmes qui exerçaient une activité professionnelle pendant la grossesse autre que fonctionnaire de l'état étaient plus représentées avec 82,74%.

Par contre Traore[51] et N'Dé[8] avaient trouvé respectivement 76% et 66,5% des ménagères.

Il existerait une relation entre la naissance précoce et la grande activité où la mère souffre de stress ou de longues journées de travail.[1] Les femmes peuvent être soumises à des pressions dans le domaine du travail ou de la mobilité au travail.

Ceci expliquerait la proportion élevée des femmes avec profession libérale dans notre étude

Age

Dans notre étude, 78,76% d'accouchées ont été dans la tranche 18-35ans.

Ce résultat est superposable à celui de Kinyongo[48] qui avait trouvé 78,9 % et proche de Bekhouche[25] qui avait trouvé 58,7% des cas dans cette tranche d'âge (18-35 ans), correspond à celle des femmes en pleine activité génitale.

Tout comme Sonogo[52], Konate[45] et N'Dé[8]; ont rapporté une prédominance de cette tranche d'âge.

Contrairement à notre série, Lymley et col[53] avaient trouvé une prédominance des femmes de moins de 20 ans et de plus de 35 ans avec une association significative entre l'âge et la survenue de l' AP, soit 3,4% pour les moins de 20 ans et 13,3% pour les plus de 35 ans. Mais dans notre série , il y a une proportion non négligeable 20% d' AP sont survenus chez les femmes de plus de 35 ans avec une moyenne d'âge de 30,21 ans \pm 5,81 (avec des extrêmes de 16 et 48 ans). on expliquerait ce ci par l'accroissement des mariages tardifs dans la société d'une part et d'autre part par l'association non négligeable de l'âge maternel supérieure à 35 ans à l'AP. Ceci va de pair avec le rapport de l'OMS[54] avec 19,1% pour les plus de 35 ans.

Parité

Dans notre étude, elle a varié entre 1 et 13; avec une moyenne de 3,59 \pm 2,35. L'accouchement prématuré a été plus observé chez les paucipares dans 33,40%.

Ce pourcentage est compris entre celui de Kasongo[16] et de Makuala[20] qui avaient trouvé également les plus grandes proportions chez les paucipares avec 30,3% et 40% respectivement. Dans le même sens Lamri[25] avait trouvé 60% chez les femmes qui ont déjà eu des enfants est de tandis que 40% est le pourcentage de femmes qui n'ont jamais eu d'enfants.

Contrairement à nos séries, Kinyongo[48], N'Dé[8] et Avodo[4] ont trouvés des pourcentages plus élevés chez les primipares avec respectivement 27,7% ; 36,3 % et 44,1%.

Accouchement Prématuro Aux Cliniques Universitaires De Lubumbashi De 2011-2019: Fréquence Et Prise En Charge

Dans ce même contexte, Mayele[16] par contre avait trouvé plus d'AP chez les multipares avec 43,3% .

Il ne semble donc exister une relation entre l'accouchement prématuré et la parité que chez les femmes avec déjà antécédent d'accouchement prématuré .

Motif d'admission

Dans notre série 86,50% des parturientes ont été admises avec comme plaintes des lombohypogastralgies, suivis des hydorrhées dans 21,02% puis des métrorragies 9,73%. L'absence des mouvements foeto-actifs, les convulsions et le prurit avec respectivement 2,43% ; 0,44% et 0,22%.

Ces résultats sont superposables à ceux d'Avodo[4] et de Doumbia[55] qui ont trouvé des lombohypogastralgies comme principaux motifs de consultation avec 72,6% et 74,2% des cas respectivement. Comme dans notre série, pour Doumbia[55] ensuite viennent les écoulements liquidiens et les métrorragies avec 7,1%

Pathologies pendant la grossesse

Dans notre série, l'infection urogénitale a été la pathologie la plus retrouvée avec 26,99%.

Pour Lamri[25] les infections et l'anémie prennent une place dans les pathologies fréquentes liées à la prématurité avec 13 et 12% respectivement et les femmes sans pathologies ne représentaient que 4%.

Par contre pour Avodo^[4] le paludisme venait en tête avec 8,85% suivis de l'anémie 3,98% et de l'infection urinaire en dernière avec 8,3% .

On pense que l'accouchement prématuré serait fortement lié aux infections urogénitales dans notre milieu à cause non seulement de l'augmentation de celles-ci (infections urogénitales) pendant la grossesse à cause des conditions favorisantes[1] mais aussi de la qualité de leur prise en charge.

Antécédents

Dans la présente étude, nous avons pu rassembler certaines données concernant les antécédents maternels favorisant la prématurité. L'antécédent

le plus retrouvé dans est celui d'avortement avec 33,63%.

Les résultats de Doumbia[55] et Avodo[4], sont superposables au notre, ont trouvé les antécédents d'avortement dans 30,2% et 12% de cas respectivement. Tout comme Chiaka[23] qui avait trouvé l'interruption prématurée de la grossesse dans 23,5% des cas.

Par contre dans la série de Lamri[25] les femmes atteintes de diabète et d'HTA sont les plus représentées .

Suivis de la grossesse

Dans notre série 88,47% d'accouchées avaient déjà suivis au moins une CPN et 14,52% d'accouchées n'en avaient suivi aucune CPN.

Notre résultat est supérieur à ceux de N'Dé[8]; Traoré[51] qui avaient trouvé que les CPNs ont été suivis par 50,5% et 32,5% des femmes respectivement.

Chiaka[23] par contre a trouvé un pourcentage relativement élevé ; 32,5% des parturientes qui n'ont fait aucune CPN. Aussi Prazuk et coll[56] ont identifié la faible fréquentation des CPN comme facteur de risque de l'accouchement prématuré.

Le pourcentage élevé d'accouchement prématuré rencontré chez les accouchées qui avaient suivi au moins une CPN dans notre série, serait due au faite de la qualité et de la quantité de ces CPN, facteur dont on ne tient compte dans notre série, d'autant plus que les consultations prénatales de bonne qualité permettent d'identifier certains facteurs de risque que l'on pourrait éviter .

Selon l'OMS, les consultations prénatales effectuées sont normales en nombre si elles sont supérieures ou égales à 4.[14]

Alihonou et coll.[57] ont aussi montré que l'introduction d'un fichier comportant le paramètre du coefficient de risque d'accouchement prématuré (CRAP) et son application systématique par le personnel en salle de CPN avait fait chuter de façon significative la prématurité au sein de la population à risque (de 11,5 à 6,19).

Accouchement Prématuroé Aux Cliniques Universitaires De Lubumbashi De 2011-2019: Fréquence Et Prise En Charge

Type de grossesse

Dans notre étude 85,84% des grossesses ayant fini prématurément étaient monofœtale.

Ces résultats sont proches de ceux de Lamri[25] chez qui les femmes ayant un fœtus ont une proportion significative de 89%, alors que celles ayant plus d'un fœtus ont 11%. par contre Avodo[4] a trouvé les grossesses multiples dans une proportion supérieure aux notre (23,2%) des cas.

Les grossesses multiples ont un taux de prématurité plus important, dépassant 50%. Le risque pour des jumeaux de naître prématurément est multiplié par 8 par rapport à un enfant unique Khoshnood et al.[58]

Voie d'accouchement

Il est clair que dans notre étude la voie basse est la plus dominante avec 93,58% contre 6,42% pour la voie haute.

Les résultats de Rabat avec un taux de 87 %, de Lamri[25] avec 59,17% des naissances par voie basse et 40,83% de césarienne, vont dans le même sens que le nôtre. tout comme ceux de Sangkomkamhang et coll.[59] avec 61, 6 % de naissance par voie vaginale et avec 38,4% de césariennes contrairement.

Cette prédominance de la voie basse s'expliquerait par :

- Le fait que la plupart d m'AP, sont spontanés et ceux qui sont induit les sont souvent par voie basse d'abord
- La césarienne systématique en cas d'AP, telle que recommande[40] n'est pas encore de pratique dans notre milieu

Paramètres du nouveau-né

Sexe

Il y a une prédominance féminine dans notre série avec 54,53% contre 45,47% de sexe masculin.

Par contre Avodo[4] a trouvé une prédominance masculine avec 54,1% contre 45,8% de sexe féminin. Dans le même sens, Bekhouche[26] a trouvé une prédominance masculine avec un sex-ratio de 1,18. Contrairement nous, une prédominance féminine avec un sex ratio de 0,83.

Age de naissance (AG)

Dans notre étude, l'AG moyen est de 33,42 SA $\pm 3,16$; avec comme extrêmes 32 et 36,6 SA. On constate que la plus grande proportion des prématurés étaient moyen avec 70,58%, suivi de grands prématurés avec 19,25% et enfin les prématurés viennent en dernière position avec 10,18%.

Tout comme pour Zigliara[60] 75% des femmes ont accouché entre 33 et 37 SA. Ces résultats sont proches de ceux de Bekhouche[26] qui a trouvé 81% dans la tranche de 30 SA et 35 SA avec un pic à 36 SA.

Poids

Dans notre série le poids de prématurés variait de 500g à 4100g avec une moyenne de 2221 grammes.

La tranche de poids de naissance la plus représentée a été la tranche >2000 gr soit 60,69%.

Lamri[25] comme nous, a trouvé la majorité des bébés (57,33%), qui sont nés prématurément entre 1500 et 2500g . par contre dans la série de Sonogo[52] 46,78% de prématurés avaient un poids de naissance < 1500g contre 48,8 % retrouvés chez Cisse.[61]

La forte représentativité de la tranche de plus de 2000gr dans notre série, serait liée au fait que la majorité 70,58% d'AP est survenue au delà de 32 SA , étant donné la relation entre le poids et l'âge gestationnel.

Mortalité

Dans notre étude, le taux de mortalité a été de 14,84%.

Ce taux de mortalité est proche de celui de Avodo[4] soit 18,35%. mais largement inférieur à celui de Chiaka[23] et Bekhouche[26] qui avaient trouvé respectivement 29,9% et 26% .

Le taux relativement bas de la mortalité dans notre série serait due d'une part au fait que notre étude n' a tenu compte que des prématurés morts nés sans tenir compte de ceux qui avaient un APGAR inférieur à 7 après la dixième minute car ayant été directement transféré en unité de néonatalogie et d'autre part le fait que 70,58% des prématurés

Accouchement Prématuro Aux Cliniques Universitaires De Lubumbashi De 2011-2019: Fréquence Et Prise En Charge

étaient moyen, or la mortalité dans cette tranche d'âge est proche de celles de nouveaux nés à terme[1]

Conclusion

L'étude sur le profil épidémioclinique et thérapeutique des accouchées prématurément aux cliniques universitaire de Lubumbashi, nous a permis d'aboutir aux constats suivants :

- 1) L'accouchement prématuré est fréquent aux Cliniques Universitaire de Lubumbashi soit 4,19%
- 2) Les accouchées prématurément avaient plus des antécédents d'avortement et d'accouchement prématurés dans 33,63% et 8,85% respectivement
- 3) Les infections urogénitales, les gestoses hypertensives et le paludisme, avec respectivement 26,99% ; 10,10 % et 8,858% sont les pathologies qui étaient les plus retrouvées chez les accouchées prématurément.
- 4) Le recourt à la césarienne élective ou à l'épisiotomie systématiques ne sont pas de pratique aux Cliniques Universitaire de Lubumbashi. La voie basse a représenté 93,58%
- 5) Le transfert in utero encore inconnu dans notre milieu, seulement 5,31% accouches ont été référées
- 6) Le taux de mortalité néonatal élevé soit 14,84%.

Références bibliographiques

1. Kalenga MKP, Ngwe J, Mwembo TA, Kakudji LP, Chenge MF. Eléments d'obstétriques, Cours premier doctorat médecine humaine, UNILU 2013, 254 pages
2. Merger R, Levy J, Melchior J. Menace d'accouchement prématuré et accouchement prématuré spontané In : Précis d'obstétrique, 6eme Edition, Paris Masson 1995.
3. Encyclopédie médicale électronique wiki Med-version of the Tuesday: Kiwix
4. Avodo AM Etude épidémiologique et clinique des accouchements prématurés au centre de sante de référence de la commune

IV district de Bamako Thèse, Faculté de médecine de Bamako, Mali, 2015.

5. Jacques L, Philippe D, Jean FO Pratique de l'accouchement 5^e édition Masson Elsevier, Paris, 578, 2011.
6. Sami S et Ismaïmou. Accouchement prématuré In : Castaigne V, Picorne O, Frydman R (Eds) Manuels du résident obstétrique, Edition Tsaunamie 695-701, 2009
7. OMS : les naissances prématurées : <https://www.who.int/fr/newsroom/factsheets/detail/preterm-birth> Consulté le 07/02/2020
8. N'Dé MB. Aspect épidémio-clinique de l'accouchement prématuré dans le service de Gyneco-obstetrique du CHU du Point G. Thèse inédite, Faculté de médecine de Bamako, Bamako, Mali, 2010.
9. Gyamfi-Bannerman C, Ananth CV. Trends in spontaneous and indicated preterm delivery among singleton gestations in the United States, 2005-2012. *Obstet Gynecol* 2014;124:1069
10. Joseph K. S., Ling Huang, Shiliang Liu, Candee V. Ananth, Alexander C. Allen, Reg Sauve, Michael S. Kramer: reconciling the high rates of preterm and postterm birth in the United States. *Obstetrics & Gynecology* 2007; 109:813-822.
11. The Information Centre. NHS Maternity Statistics, 2005-2006. Disponible sur : <https://digital.nhs.uk/data-and-information/publications/statistical/nhs-maternity-statistics/2005-06>, consulté le 07/02/2020
12. Osman NB, Kenneth C, Manuel C, Gunnar N, Staffan B. Maternal and fetal characteristics in an obstetric cohort in Mozambique. *African Journal of Reproductive Health* Vol. 4, No. 1 (Apr., 2000), pp. 110-119.
13. Ananth CV, Joseph KS, Oyelese Y, Demissie K, Vintzileos AM. Trends in preterm birth and perinatal mortality among singletons: United States, 1989 through 2000. *Obstet Gynecol.* mai 2005;105(5 Pt 1):1084-91.
14. Rapport des efforts mondiaux portant sur les naissances prématurées : https://www.who.int/pmnch/media/news/2012/preterm_birth_report/en/index.html. consulté le 09/02/2020

Accouchement Prématuré Aux Cliniques Universitaires De Lubumbashi De 2011-2019: Fréquence Et Prise En Charge

15. Mayele Cliver □ Fréquence et profil des gestantes ayant accouchées prématurément aux cliniques universitaires de Lubumbashi □ Mémoire inedit, Fac de Med UNILU, Lubumbashi, République démocratique du Congo, 2012
16. Kasongo IP □ Accouchement prématuré, fréquence épidémioclinique des gestantes ; cas des CUL. Mémoire inedit, Fac de Med. UNILU □ Lubumbashi □ 2013.
17. Kindiaka D □ Facteur de risque associé à la prématurité, hôpital saint luc de Kinshasa, 9^{ème} édition de la SAGO, 5^{ème} de la SCOGO, 2007.
18. Charles Muszinsky. Évaluation de l'électrohystérogramme pour la surveillance et le diagnostic des femmes à risque d'accouchement prématuré. These, université technique de Compiègne, 2019.
19. Liu L, Oza s, Hogan D, Chu Y, Perin J, Zhu J, et al. Global, régional, and national causes of under-5 mortality in: an updated systematic analysis with implications for the sustainable □ developement Goals □ lancet 2016 □ OMS
20. Makwala I. Profil épidémiologique et pronostic des AP aux CUL de Kinshasa. Memoire inedit, faculté de medecine de Kinshasa □ Kinshasa, 2012.
21. La Rousse medical ; Edition 2006 en ligne disponiblesur :<https://www.larousse.fr/archives/medical/page/7>
22. Kane J. Etude épidémio-clinique et thérapeutique de la menace d'accouchement prématuré au centre de sante de référence de Kadiolo. Thèse, Faculté de médecine, 2011.
23. Chiaka Tino S. Etude épidémioclinique de l'accouchement prématuré au centre santé de référence commune V. A propos de 238 □ Thèse, Faculté de médecine, de pharmacie et d'odontostomatologie, 2005.
24. <http://emelynegenesson.wixsite.com/mamanetoile/single> Quand la joie laisse place à l'angoisse □ consulté en janvier 2020
25. Lamri A et Bsougoudjil I □ Contribution à l' Etude de l'accouchement prématuré et impact sur la santé de la mère et le nouveau-né dans la région d'Oum El Bouaghi □ Mémoire inedit, Faculté des Sciences Exactes et Sciences de la Nature et Vie des Sciences de la Nature et Vie, Université Larbi ben M'hidi, Oum-El Bouaghi □ Algerie, 2018.
26. Bekhouche N et Deradera I. Etat des lieux sur la prématurité au niveau du CHU de Bejaia □ Mémoire inedit, Faculté de Médecine Département de Médecine, université de Bejaia □ République Algérienne Démocratique et Populaire, 2018.
27. Aujard Y et Lejeune C. Généralités en néonatalogie □ In B.Langer. E.Boudier et J.Haddadpage (Eds), Pédiatrie Médecine foetale et néonatale Ilipses, Paris. 475 , 1980.
28. Bonkougou P □ Elevage du prématuré en milieu tropical urbain à propos de 101 cas colligés à l'unité de néonatalogie du CNHU □ Mémoire inedit, Fac de Med de Cotonou □ Cotonou, Bénin, 1995.
29. Lang JM, Leiberman E, Cohen A. A comparison of risk factors for preterm labor and small for gestational age birth. Epidemiology 2001.
30. Thomsen AC, Morup L, Hansen KB, Antibiotic elimination of group-B streptococci in urine in prevention of preterm labor. Lancet 1987
31. Romero R, Mazor M: Infection and preterm labor. Clin Obstet Gynecol. 2005.
32. Gomez LM, Ma Y, Ho C, McGrath CM, Nelson DB, Parry S. Placental infection with human papillomavirus is associated with spontaneous preterm delivery. Hum Reprod. 2008 Mar;23(3):709-15. Epub 2008.
33. Gibson CS, Goldwater PN, MacLennan AH, Haan EA, Priest K, Dekker GA. Fetal exposure to herpesviruses may be associated with pregnancy-induced hypertensive disorders and preterm birth in a Caucasian population. BJOG. 2008 Mar;115(4):492-500.
34. Boggess KA: Patophysiology of preterm birth: emerging concepts of maternal infection: Clin Perinatol 32 (2005) 561.
35. Guzman ER, Houlihan C, Vintzileos A, Ivan J, Benito C, Kappy K. The significance of transvaginal ultrasonographic evaluation of the cervix in women treated with emergency cerclage. Am J Obstet Gynecol 2002.
36. Diabi R., Senhadji N, Senoussaoui A, Merabet S. Menace d'accouchement

Accouchement Prématgré Aux Cliniques Universitaires De Lubumbashi De 2011-2019: Fréquence Et Prise En Charge

- prématuré, université Aboubekr berlkaïd □ Thèse, 2017.
37. Vogel I, Glavind-Kristensen M, Thorsen P, Armbruster FP, Uldbjerg N. S-relaxin as a predictor of preterm delivery in women with symptoms of preterm labour. *BJOG Int J Obstet Gynaecol.* sept 2002;109(9):977-82.
 38. Coleman MA, France JT, Schellenberg JC, Ananiev V, Townend K, Keelan JA, et al. Corticotropin-releasing hormone, corticotropin-releasing hormone-binding protein, and activin A in maternal serum: prediction of preterm delivery and response to glucocorticoids in women with symptoms of preterm labor. *Am J Obstet Gynecol.* Sept 2000;183(3):643-8.
 39. Yoneda S, Shiozaki A, Yoneda N, Shima T, Ito M, Yamanaka M, et al. Prediction of exact delivery time in patients with preterm labor and intact membranes at admission by amniotic fluid interleukin-8 level and preterm labor index. *J Obstet Gynaecol Res.* juill 2011;37(7):861-6.
 40. Lanssac J, Berger C et Magnin G, Menace d'accouchement prématuré □ In *Obstétrique 4^e édition*, Masson, Paris p 290-303. 2003
 41. Médecine et biologie du développement - 9782225831683 | Elsevier Masson - Livres, ebooks, revues et traités EMC pour toutes spécialités médicales et paramédicales [Internet]. Disponible sur: <https://www.elsevier-masson.fr/medecine-et-biologie-dudeveloppement-9782225831683.html> consulté le 03/05/2020
 42. Meis PJ, Klebanoff M, Thom E, Dombrowski MP, Sibai B, Moawad AH, et al. Prevention of Recurrent Preterm Delivery by 17 Alpha-Hydroxyprogesterone Caproate. *N Engl J Med.* 12 juin 2003;348(24):2379-85.
 43. Arias F. Pharmacology of oxytocin and prostaglandins. *Clin Obstet Gynecol.* Sept 2000;43(3):455-68.
 44. Simhan HN, Caritis SN. Prevention of preterm delivery. *N Engl J Med.* 2 août 2007;357(5):477-87.
 45. Konate M. Etude de l'accouchement prématuré dans le service de gynécologie-obstétrique au centre de santé de référence de la commune II du district de Bamako. Thèse, Faculté de Méd, Bamako. Thèse, 2009.
 46. Bouafia M., Mahjoub A., Nouria R., Ben Aissa H., Saidi., Guedama M., Nijah. Profil l'épidémiologie que des grossesses a risque. *Tounisien. Volum 19, P566-P708*, 2013.
 47. Elshily EM et Schmalisch G,. Les effets des caractéristiques anthropométriques et facteurs sociaux sur l'âge gestationnel et sur le poids de naissance au Soudan □ Thèse, 2008.
 48. Kinyongo F □ Fréquence de l'accouchement prématuré à Lubumbashi cas de la maternité de HGR Jason Sendwe de janvier a decembre 2013 □ Mémoire inedit, faculté de Medecine UNILU, Lubumbashi, RDC, 2013.
 49. Konfe S. Facteur de risque des accouchements prématurés à l'hôpital de Bobo-dioulasso □ Thèse de Medecine, Ouagadougou, 2005.
 50. Leke R, Notes de cours post graduate research training reproduction HEALTH, faculty of Medecin, 2004
 51. Traore F. L'accouchement prématuré dans le service de Gynécologie et d'obstétrique au Centre de Santé de Référence de la Commune II du District de Bamako. Thèse Med, Faculté de Med de Bamako, Bamako, Mali, 2006.
 52. Sanogo T. Etude de l'accouchement prématuré dans le service de gynécologie-obstétrique au centre de santé de référence de la commune V du district de Bamako. Thèse de Méd, Bamako, 2005.
 53. Lymley J, Rice E, et Brenneke SP. Epidémiologie de naissance préterme, *Labeur clinique G-O de Baillere*, ,3,7, 1993.
 54. OMS : nouvelles, femmes à haut risque pendant la grossesse maternité sans risque <https://www.who.int/fr/news-room/factsheets/detail/maternal-mortality>. Septembre 2019, consulté le 10/04/2020
 55. Doumbia A.K. Menace d'accouchement prématuré dans le service de gynécologie-obstétrique du centre de santé de référence de la commune V. Thèse de Médecine Bamako; N°358.2006.
 56. Prazuck T, Tall F Roissinn AJ, Konfee S, Cot M., Lafaix C □ Risk factors for preterm delivery in Burkina Faso (West Africa).

Accouchement Prématuroé Aux Cliniques Universitaires De Lubumbashi De 2011-2019: Fréquence Et Prise En Charge

- International Journal of epidemiology, 22,3,1, 88-91, 1993
57. Alihonou E, Perrin R, Aaguessy B, Hekpazo A, Zanffonhouede C, Atchade D. Place du Coefficient de risque d'accouchement prématuré dans le traitement de la menace d'accouchement prématuré. Afrique Médicale, 1982
58. Khoshnood B, Bouvier-Colle M H, Leridon H, Blondel B. Impact de l'âge maternel élevé sur la fertilité, la santé de la mère et la santé de l'enfant. Jgyn 2008.
59. Sangkomkamhang U, Pattanittum P, Laopaiboom M et Lumbiganon P, 2011. Mode of delivery and outcomes in preterm birth. Jmed Assoc thal.numiro 20 ,Volum 94, 2011.
60. Zigliara P. Prise en charge de la prématurité à l'officine place et conseils du pharmacien □ Thèse 2019.
61. Cisse CAT □ Accouchement prématuré, épidémiologie et pronostic au CHU de Dakar, journal de gynécologie, obstétrique et biologie, Dakar, 1998.

How to Cite : Christian, K. N. ., Tamubango Kitoko, H., Balthazar, M. B. ., Roger, T. M. . ., Patrick, M. K. ., Yves, I. I. ., Matthieu, M. N. ., Alain, K. M. ., Donatien, P. K. ., Guellor, K. M. ., Eric, K. Z. ., Nkoy, M. T. A. ., & Jules, N. T. M. . (2023). Accouchement prématuré aux cliniques universitaires de Lubumbashi de 2011-2019 : fréquence et prise en charge. Journal of Medical Research and Health Sciences, 6(2), 2457–2470. <https://doi.org/10.52845/JMRHS/2023-6-2-8>