

SOMMAIRE

	Pages
INTRODUCTION.....	1
PREMIERE PARTIE : RAPPELS	
I. Rappels sur la menace d'accouchement prématuré.....	2
I.1. Définition	2
I.2.Epidemiologie.....	2
I.3.Diagnostic.....	3
I.3.1.Diagnostic positif.....	3
I.3.2.Diagnostic étiologique.....	7
I.3.3.Diagnostic différentiel.....	11
I.3.4.Diagnostic de gravité.....	12
I.4 .Traitements de la MAP.....	13
I.4.1.Buts.....	13
I.4.2.Moyens.....	13
I.4.3.Indications.....	14
I.4.4.Surveillance.....	15
II. Rappels sur la nifédipine.....	15
II.1.Mode d'action de la nifédipine.....	16
II.2.Pharmacocinétique de la nifédipine.....	16
II.3.Effets indésirables de la nifédipine.....	17
DEUXIEME PARTIE : METHODES ET RESULTATS	
I.METHODES.....	18
I.1.Déroulement de l'étude	18
I.2.Objectifs de l'étude.....	18

I.3.Cadre de l'étude.....	18
I.4.Type d'étude.....	20
I.5.Durée d'étude.....	20
I.6.Période d'étude.....	20
I.7.Population cible.....	20
I.8.Critères d'inclusion.....	20
I.9.Critères d'exclusion.....	20
I.10.Variable à étudier.....	21
I.11.Limite de l'étude.....	22
I.12.Considération éthique.....	22
I.13.Analyse statistique des données.....	22
II.RESULTATS.....	23
II.1.Fréquence.....	23
II.2.Variables relatives à la mère.....	24
II.3.Variables relatives aux traitements.....	34
II.4.Variables relatives aux nouveaux nés.....	37
TROISIEME PARTIE : DISCUSSION	
I. Fréquence de la MAP.....	40
II. Caractéristiques maternels.....	40
III. Caractéristiques liés aux traitements.....	48
IV. Caractéristiques liés aux nouveaux nés.....	50
CONCLUSION.....	52
REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES	
ANNEXES	

LISTE DES TABLEAUX

		Pages
Tableau I	: Le score de Baumgarten.....	4
Tableau II	: Le score de DELLENBACH.....	5
Tableau III	: Complications et handicaps liés à la prématurité.....	12
Tableau IV	: Répartition des femmes admises pour MAP selon l'âge.....	24
Tableau V	: Répartition des femmes admises pour MAP selon la situation matrimoniale.....	24
Tableau VI	: Répartition des femmes admises pour MAP selon les antécédents.....	27
Tableau VII	: Répartition des femmes admises pour MAP selon le taux de globule blanc.....	31
Tableau VIII	: Répartition des femmes admises pour MAP selon le taux de CRP.....	31
Tableau IX	: Répartition des femmes admises pour MAP selon le résultat de l'ECBU.....	32
Tableau X	: Répartition des parturientes selon les germes retrouvés dans l'ECBU.....	32
Tableau XI	: Répartition des femmes admises pour MAP selon le résultat du PV.....	33
Tableau XII	: Répartition des parturientes selon les germes retrouvés dans le PV.....	33
Tableau XIII	: Répartition des patientes selon le délai entre la tocolyse et l'accouchement.....	34

Tableau XIV	: Répartition des femmes admises pour MAP selon le type d'effets indésirables après la tocolyse par la nifédipine.....	35
Tableau XV	: Répartition des femmes admises pour MAP selon le nombre de doses de corticoïdes reçus.....	35
Tableau XVI	: Répartition des prématurés selon leur âge gestationnel à l'accouchement.....	38
Tableau XVII	: Répartition des nouveaux nés selon l'indice d'Apgar à M5.....	38

LISTE DES FIGURES

	Pages
Figure 1 : Fréquence de la menace d'accouchement prématuré.....	23
Figure 2 : Fréquence des femmes admises pour MAP selon la profession.....	25
Figure 3 : Répartition des femmes admises pour MAP selon la gestité.....	25
Figure 4 : Répartition des femmes admises pour MAP selon la parité.....	26
Figure 5 : Répartition des femmes admises pour MAP selon l'âge gestationnel.....	26
Figure 6 : Répartition des femmes admises pour MAP selon le nombre de CPN.....	28
Figure 7 : Répartition des femmes admises pour MAP selon la longueur du col à l'entrée.....	29
Figure 8 : Répartition des femmes admises pour MAP selon la température.....	30
Figure 9 : Répartition des femmes admises pour MAP selon la présence d'effets indésirables.....	34
Figure 10 : Répartition des femmes admises pour MAP selon les contractions utérines.....	36
Figure 11 : Répartition des femmes admises pour MAP selon le mode d'accouchement.....	37
Figure 12 : Répartition des nouveaux nés selon le terme de l'accouchement.....	37
Figure 13 : Répartition des nouveaux nés selon le poids de naissance.....	39

LISTE DES ANNEXES

ANNEXE I : CRAP de Papiernick

ANNEXE II : Fiche d'enquête

LISTE DES ABREVIATIONS ET DES SIGLES

AMM	: Autorisation de Mise sur le Marché
AP	: Accouchement Prématuro
AVB	: Accouchement par Voie Basse
CHUJDR	: Centre Hospitalier Universitaire Joseph Dieudonné Rakotovao
CHUGOB	: Centre Hospitalier Univesitaire de Gynécologie Obstétrique de Befelatanana
CNGOF	: Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français
CPN	: Consultation PréNatale
CRAP	: Coefficient de Risque d'Accouchement Prématuro
CRP	: C Réactive Protéine
CRAP	: Coefficient de Risque d'Accouchement Prématuro
CSB 2	: Centre de Santé de Basse niveau 2
CU	: Contraction Utérine
CUA	: Commune Urbaine d'Antananarivo
DDR	: Date des Dernières Règles
ECBU	: Examen CytoBacteriologique des Urines
HRP	: Hematome RetroPlacentaire
HTA	: HyperTension Artérielle
IA	: Indice d'Apgar
IVG	: Interruption Volontaire de la Grossesse
LP	: Libération Prolongée
MAP	: Menace d'Accouchement Prématuro
MFIU	: Mort Foetal In Utero
M5	: Cinquième minute

NFS : Numération Formule Sanguine
OC : Opération Césarienne
OMD : Objectifs du Millénaire pour le Développement
OMS : Organisation Mondiale pour la Santé
PP : Placenta Preavia
PV : Prélèvement Vaginal
RCF : Rythme Cardiaque Fœtal
ROC : Receiver Operating Characteristic
RPM : Rupture Prématuro des Membranes
SA : Semaine d'Aménorrhée
VPP : Valeur Prédictive Positive
bpm : battements par minute
g : gramme
g/ml : gramme par millilitre
mg/L : milligramme par litre
ml : millilitre
mm : millimètre
ng/ml : nanogramme par millilitre
° C : degré Celsius

INTRODUCTION

INTRODUCTION

La menace d'accouchement prématuré (MAP) se définit comme l'entrée en travail spontané qui associe la présence de contractions utérines régulières, douloureuses et de modifications cervicales, aboutissant à l'accouchement prématuré en absence d'une prise en charge. Elle survient entre 22 à 36 SA révolue [1].

La MAP constitue la première cause d'hospitalisation pendant la grossesse. En France, une étude a retrouvé que 20 % des femmes enceintes ont été hospitalisées durant leur grossesse parmi lesquelles 38 % ont présenté une MAP [2]. Aux États-Unis, parmi les femmes hospitalisées au cours de la grossesse (18 %), le travail prématuré était la première cause d'hospitalisation (29 %) et la fréquence de la prématurité est de 12 à 13% [3]. A Madagascar, une étude faite en 2009 a montré que la MAP représentait 62,6 % des motifs d'hospitalisation [4].

La tocolyse permet de stopper l'activité utérine par le biais d'un médicament. Les inhibiteurs calciques notamment la nifédipine font partie de ces médicaments [5]. La nifédipine est utilisée au Centre Hospitalier Universitaire de Gynécologie Obstétrique de Befelatanana (CHUGOB) dans la prise en charge de la MAP et ceux-ci a motivé notre étude dont l'objectif était de décrire le profil épidémio-clinique de la MAP au CHUGOB et de décrire l'issue de la menace d'accouchement prématuré après la tocolyse par la nifédipine.

Ainsi, la première partie de notre travail sera consacrée aux rappels théoriques, suivie d'une deuxième partie qui concerne les méthodes et les résultats de notre étude. Et enfin d'une troisième partie réservée aux commentaires et discussions avant de terminer par la conclusion.

PREMIERE PARTIE : RAPPELS

PREMIERE PARTIE : RAPPELS

I. Rappels sur la menace d'accouchement prématuré (MAP)

I.1. Définition

La menace d'accouchement prématuré se définit par l'association des contractions utérines régulières, douloureuses et des modifications cervicales significatives (Longueur, position, dilatation), survenant entre 22 semaines d'aménorrhée (SA) et moins de 37 SA, évoluant spontanément vers l'accouchement en absence d'un traitement médical et/ou malgré un traitement approprié [6].

La MAP se définit par un processus clinique symptomatique qui peut aboutir à un accouchement prématuré dit « spontané », par opposition aux accouchements prématurés suite à une décision médicale (induit, ou iatrogène). La grande majorité des accouchements prématurés spontanés sont précédés d'une MAP [7].

I.2. Epidémiologie

La MAP est la première cause d'hospitalisation au cours de la grossesse et sa gravité réside dans les complications de la prématurité. Les complications de la prématurité et la mortalité périnatale sont fonction de l'âge gestationnel, plus l'âge gestationnel est bas plus les risques pour les prématurés sont élevés [3].

La fréquence de la prématurité dans les pays industrialisés varie selon les pays. En France, le taux de prématurité a augmenté, passant de 5,9 % en 1995, à 7,2 % en 2003, jusqu' à 7,4 % en 2010. Il concerne 1,5 % des naissances avant 32 SA, 0,8 % entre 32 et 33 SA, et 5,1 % de la prématurité tardive qui constitue le groupe le plus important. L'augmentation de la prématurité se retrouve essentiellement entre 32 et 36 SA [3]. Une même évolution se retrouve aux Etats Unis où le taux de prématurité a augmenté de 20 % depuis 1990, atteignant 12,7 % en 2007 dont les 2/3 de l'augmentation sont entre 34 et 36 SA. Ainsi, 75 % de la prématurité concerne la période 34-36 SA [8,9]. La prématurité est responsable des 75% de la mortalité périnatale et de plus de la moitié de morbidité à long terme. La morbi-mortalité néonatale est corrélée à l'âge gestationnel à la naissance [10].

I.3. Diagnostic d'une menace d'accouchement prématuré

I.3.1. Diagnostic positif d'une menace d'accouchement prématuré

I.3.1.1. Diagnostic clinique

➤ Interrogatoire

L'interrogatoire recherche et précise :

- L'âge gestationnel en demandant la date des dernières règles (DDR) ou une échographie du premier trimestre.
- Les signes subjectifs présentés par la patiente traduisant les contractions utérines avec ses caractéristiques : durée, ancienneté, fréquence, régularité, mode évolutif.
- Les manifestations associées : issue de liquide amniotique, saignement génital.
- Les facteurs déclenchant récents : fièvre, signes fonctionnels urinaires, surmenage.
- Les facteurs de risque.
- Les antécédents gynéco-obstétricaux.
- Le déroulement de la grossesse.
- Le niveau socio-économique.

➤ Examen clinique

• Les contractions utérines

Il s'agit des contractions utérines non dépressibles, régulières et douloureuses, de fréquence variable selon les auteurs car il n'existe pas de consensus. La fréquence des contractions utérines varie selon les auteurs : certains admettent une fréquence minimale de 2 contractions utérines en 10 minutes pendant au moins une heure ; d'autres une contraction utérine durant plus de 35 secondes, toutes les 10 minutes [1]. Cette contraction est objectivée à l'examen physique par un durcissement intermittent de l'utérus dont on apprécie la durée et la fréquence [6].

Généralement, la survenue de contractions utérines régulières, d'une fréquence supérieure à une fois en dix minutes pendant une période supérieure à une heure est classiquement considérée comme un signe de travail prématuré. Cependant, les contractions utérines ressenties par la patiente n'ont pas de valeur prédictive pour le

diagnostic d'une MAP [5]. Leurs caractéristiques peuvent varier d'un sujet à l'autre. Certaines personnes se plaignent douloureusement des contractions physiologiques tandis que d'autres femmes les ressentent plus tardivement avec des modifications cervicales marquées. D'après la littérature, le taux de concordance entre les dires de la patiente et le tracé tocographique est de 17 % [11].

- **Les modifications cervicales**

Le toucher vaginal permet de caractériser les modifications cervicales permettant ainsi d'élaborer des scores pronostiques. Dans ce toucher vaginal, on apprécie la position, la consistance, la longueur, l'ouverture éventuelle de l'orifice externe voire de l'orifice interne du col, l'ampliation du segment inférieur, le type et la position de la présentation ainsi que l'intégrité du pôle inférieur de l'œuf si le col est ouvert [6].

En outre, avant le toucher vaginal, on peut faire un examen au spéculum pour mettre en évidence :

- certaines caractéristiques du col utérin (couleur, aspect, etc)
- des leucorrhées pouvant être d'origine infectieuse
- du sang provenant de la cavité utérine
- du liquide amniotique traduisant une rupture de la poche des eaux.

Les examens cliniques nous permettent ainsi d'obtenir :

- le score de Baumgarten [12]
- le score de DELLENBACH [13]

Tableau I : Le score de Baumgarten

Points	Contractions	Membranes	Métrorragie	Dilatation du col
0	Absentes	Intactes	Absent	0
1	Irrégulières		Peu importante	1 cm
2	Régulières	Rupture haute	Hémorragie	2 cm
3				3 cm
4		Rupture basse		4 cm

Source: Merger R, Levy J, Melchior J. Menace d'accouchement prématuré et accouchement prématuré spontané. Précis d'obstétrique, 6^e édition Masson Paris 2001 : 597p [12].

Le tableau I montre le score de Baumgarten. Plus le score est élevé plus la MAP est sévère:

- Score ≤ 3 : Menace légère
- $4 < \text{Score} < 6$: Menace modérée
- Score ≥ 7 : Menace sévère

Tableau II : Le score de DELLENBACH

Points	Longueur col	Dilatation col	Fréquences CU	Intensités CU
1	2 cm	2 cm	2 CU/10 min	+ ou ++
2	1 cm	2 à 4 cm	2 à 4 CU/10 min	+++
3	Effacé	4 cm	4 CU/10 min	

Source: Berkowitz GS, Blackmore-Prince C, Lapinski RH, Savitz DA. Risk factors for preterm birth subtypes epidemiology. Masson; 1998 ; 9 : 279-85 [13].

Dellenbach par contre considère uniquement l'état du col et les contractions utérines selon le tableau II. Devant une menace d'accouchement prématuré, ces scores sont utilisés pour savoir le degré de gravité de la menace d'accouchement prématuré. Plus le score est élevé, plus la menace est sévère.

I.3.1.2. Examens paracliniques

Les examens complémentaires ont pour objectif de confirmer le diagnostic, de rechercher certaines étiologies et d'apprécier la vitalité fœtale :

- Cardiotocogramme permet d'enregistrer la durée et la fréquence des contractions utérines et de surveiller le rythme cardiaque fœtal (RCF).
- Echographie cervicale par voie endovaginale permet de mesurer la longueur du col et d'apprécier le degré d'ouverture de l'orifice interne. En cas de MAP, les seuils de longueur cervicale les plus discriminants pour prévoir l'accouchement prématuré se situent entre 20 et 30 mm [1]. Il est difficile de recommander un

seuil particulier : celui-ci sera fonction du choix du clinicien qui privilégiera soit une sensibilité élevée avec une bonne valeur prédictive négative mais avec de nombreux faux-positifs (seuil élevé autour de 30 mm) soit le contraire (seuil bas vers 20 mm) [1].

- La recherche de fibronectine fœtale dans les sécrétions vaginales recueillies par écouvillonnage est importante car l'existence d'une protrusion des membranes dans les culs de sacs vaginaux donnant une élévation de ce marqueur traduit une rupture des membranes ou une dégradation de la matrice extracellulaire signant une MAP. Cependant, la fibronectine n'est pas fiable avant 24 SA à cause de sa présence physiologique au niveau de l'endocol [14].

- Bilan MAP :

- **Dosage de la C Réactive Protéine**

La C Réactive Protéine (CRP) est le marqueur d'un syndrome inflammatoire qui est d'origine infectieux le plus souvent [15].

- **Numération formule sanguine**

Une hyperleucocytose sanguine ($\geq 15\ 000/\text{ml}$) au cours de la MAP témoigne la présence d'une infection.

Définition de l'anémie :

- Hb $< 11\ \text{g}/100\text{ml}$ au 1^{er} et 3^{ème} trimestre
- Hb $< 10,5\ \text{g}/100\text{ml}$ au 2^{ème} trimestre
- Hb $< 10\ \text{g}/100\text{ml}$ en post partum

Une anémie semble également prédisposer à un accouchement prématuré pour des taux d'hémoglobine $< 9\ \text{g}/100\text{ml}$ [16,17].

- **Examen cyto bactériologique des urines**

L'examen cyto bactériologique des urines (ECBU) est demandé pour rechercher une infection urinaire, ou une bactériurie asymptomatique [15].

- **Prélèvements cervico-vaginaux**

Dans les MAP, les prélèvements cervico-vaginaux peuvent mettre en évidence la présence des germes pathogènes en cause [18].

I.3.2. Diagnostic étiologique d'une menace d'accouchement prématuré

La MAP peut avoir plusieurs étiologies. L'accouchement prématuré peut être spontané. Mais on note également une prématurité induite par une décision médicale qui est prise dans le but de sauver la mère ou le bébé en cas de pronostics vitaux médiocres [6].

Ces étiologies peuvent donc être :

- Les causes locorégionales
- Les causes générales
- Les facteurs favorisants : les antécédents gynéco-obstétricaux, les causes socio-économiques
- Les causes idiopathiques

I.3.2.1. Causes locorégionales

I.3.2.1.1. Causes maternelles

Ce sont surtout des anomalies utérines :

➤ **Les malformations utérines**

Les malformations utérines congénitales sont responsables de l'expulsion fœtale précoce [19]:

- Utérus cloisonné
- Utérus bicorne bi cervical
- Utérus bicorne uni cervical
- Utérus unicorne

➤ **L'hypoplasie endométriale**

Elle survient souvent après des grossesses successives rapprochées donc chez les multipares [19].

➤ **La béance cervico – isthmique**

C'est une des causes majeures de l'accouchement prématuré : elle consiste en une ouverture cervicale entraînant une possibilité d'expulsion spontanée du fœtus. D'après la littérature, on peut distinguer trois types de béance selon l'étiologie :

- Les béances congénitales apparaissant avant la première grossesse.

- Les béances fonctionnelles existant au cours d'une grossesse et qui peuvent récidiver ou non lors d'une grossesse ultérieure.
- Les béances secondaires à des traumatismes obstétricaux intempestifs dont le plus fréquent est l'interruption volontaire de la grossesse [19].

➤ **Les déformations utérines acquises**

Toutes déformations utérines entraînant une diminution de l'espace intra cavitaire et ces déformations sont responsables d'un accouchement prématuré [19]. Il peut s'agir :

- D'une synéchie utérine qui est souvent secondaire à une manœuvre obstétricale intempestive ou à une infection endométriale.
- D'un fibrome utérin localisé près de l'insertion placentaire pouvant entraîner un décollement prématuré des membranes qui conduit à un accouchement prématuré.

➤ **Les infections cervico-vaginales**

L'infection est la première cause de prématurité [11]. Il ne faut pas négliger les leucorrhées qui existent fréquemment chez les femmes enceintes et ne pas penser en premier lieu qu'elles sont physiologiques et banales [20]. Il faut donc rechercher la présence d'une éventuelle infection cervico - vaginale. Cette infection génitale est associée à un risque d'altération du canal endocervical pouvant entraîner une rupture prématurée des membranes qui peut être responsable d'une chorioamniotite.

➤ **Les infections urinaires**

D'autres formes d'infections sont liées aux naissances prématurées, notamment les infections du tractus urinaire qui évoluent en pyélonéphrite (affection rénale) et les bactériuries asymptomatiques [14].

I.3.2.1.2. Causes ovulaires

➤ **Le placenta prævia**

Le placenta bas inséré (en totalité ou en partie sur le segment inférieur) est associé à un fort risque d'accouchement prématuré. Le signe essentiel d'un placenta

prævia est la survenue de métrorragies au cours du dernier trimestre de la grossesse [19]. Toute métrorragie du troisième trimestre est à considérer comme placenta prævia jusqu'à preuve du contraire et une échographie obstétricale s'impose dans ce cas-là [19, 21].

➤ **Les grossesses gémellaires**

Dans 50 à 60% des cas, les grossesses gémellaires et multiples s'interrompent prématurément. Cette interruption est favorisée par la surdistension utérine et le gros volume placentaire volontiers bas inséré [6].

➤ **L'hydramnios**

L'hydramnios est une cause rare de l'accouchement prématuré car il n'affecte que 0,25% des grossesses. Il réalise la forme maximale de la surdistension utérine et entraîne une fois sur quatre un accouchement prématuré. Le diagnostic est aisé devant l'augmentation importante du volume utérin et le ballonnement fœtal. Ses principales causes sont : les grossesses gémellaires, les malformations fœtales, le diabète et l'iso immunisation rhésus [2].

➤ **La rupture prématurée des membranes (RPM)**

L'ouverture prématurée (avant l'entrée en travail) de la poche des eaux, lorsqu'elle survient avant 37 SA est une des causes les plus incriminées dans l'accouchement prématuré, notamment si l'origine est infectieuse [19].

I.3.2.2. Causes générales

I.3.2.2.1. Infections maternelles

De nombreuses études ont démontré l'importance de l'infection dans la survenue d'un accouchement prématuré. Celle-ci interviendrait directement ou indirectement dans 40 à 60 % des accouchements prématurés [3]. Il peut s'agir du paludisme, de la toxoplasmose, de la listériose, de la syphilis, de l'hépatite virale et des états grippaux [20].

I.3.2.2.2. Les pathologies chroniques

Ce sont des causes rares mais qui peuvent être retrouvées [19] :

- Les cardiopathies cyanogènes.
- La tuberculose.
- L'alcoolisme : D'après certaines études, la consommation d'alcool ne provoque pas de risque d'AP sauf en cas de consommation excessive [13].
- Les infections thyroïdiennes.

I.3.2.2.3. L'iso- immunisation rhésus

L'incompatibilité sanguine fœto - maternelle peut provoquer spontanément un accouchement prématuré dans les formes graves [19].

I.3.2.3. Facteurs de risques et antécédents

- **Facteurs physiologiques**
 - L'âge extrême (moins de 20 ans ou plus de 35ans)
 - La nulliparité et la multiparité notamment pour une parité ≥ 4
 - Le poids maternel faible [22].
- **Facteurs sociologiques**
 - Mauvaise condition de travail et de transport
 - Grossesse illégitime [23]
 - Niveau socio-économique bas [20].
- **Facteurs liées aux antécédents**
 - Avortement (spontané ou provoqué), surtout s'il est tardifs
 - Curetage utérin antérieur
 - Malformation utérine (utérus unicorne, bicorne),
 - Insuffisance cervico-isthmique [21].
- **Intervalle inter génésique très rapproché augmente le risque de survenu de la MAP**

Une grossesse avec un intervalle inter génésique de moins de deux ans ou de plus de trois ans a plus de risque d'accoucher prématurément [13].

Le risque d'accouchement prématuré est calculé à partir de l'addition des facteurs de risques retrouvés chez les parturientes. Ainsi nous obtenons le coefficient de risque d'accouchement prématuré ou CRAP (Annexe I) [23] :

- CRAP inférieur à 5 : risque minime,
- CRAP entre 5 à 10 : risque potentiel,
- CRAP supérieur à 10 : risque certain.

I.3.2.4. Causes idiopathiques

D'après la littérature, 40% des MAP sont de cause idiopathique [1,20].

I.3.3. Diagnostic différentiel d'une menace d'accouchement prématuré

La MAP est à différencier [1] :

- Des contractions physiologiques ou contractions de Braxton – Hicks qui sont normales au cours du troisième trimestre de grossesse, avec une fréquence d'une à cinq fois par jour, perçues surtout le soir ou après un effort. Elles sont caractérisées par un durcissement utérin indolore et ne provoquent pas une modification cervicale.
- Des douleurs ligamentaires ou syndrome de Lacomme ressenties par les femmes enceintes. Ces douleurs sont des douleurs à type de tiraillement, centrées sur le pubis et la racine des cuisses, sans phénomène de durcissement utérin. Elles sont désagréables mais n'entraînent pas de danger pour la grossesse.
- Des contractions utérines chez certaines femmes ayant un utérus « contractile » dont les contractions sont relativement fréquentes, supérieures à 10 par jours et irrégulières, évoluant depuis plusieurs jours ou plusieurs semaines, et qui n'entraînent pas d'effet notable sur le col utérin. Cette situation exige un repos et une surveillance renforcée. Le risque d'accouchement prématuré n'est pas fortement à craindre en l'absence des facteurs de risque associés et elle ne nécessite pas une hospitalisation.
- Des autres causes de douleurs abdomino-pelviennes surtout urinaires.

I.3.4. Diagnostic de gravité d'une menace d'accouchement prématuré

La gravité de la MAP réside dans l'avancé de la modification cervicale [13].

Il y a plusieurs scores permettant de donner un aperçu de la gravité de la MAP, comme le score de Baumgarten (tableau I) [12].

Les complications et handicap liés à la prématurité se résument dans le tableau III.

Tableau III : Complications et handicaps liés à la prématurité

Nouveau-né	À court terme	À long terme
-Syndrome de détresse respiratoire	-Difficultés à se nourrir, anomalies de la croissance	-Infirmité motrice cérébrale
-Hémorragie intraventriculaire	-Infection	-Déficits sensoriels
-Leucomalacie périventriculaire	-Apnée	-Besoins de soins spécifiques
-Entérocolite nécrosante	-Difficultés de développement neuronal	-Rattrapage du retard de croissance incomplet
-Persistance du canal artériel	-Rétinopathie	-Difficultés scolaires
-Infection	-Dystonie transitoire	-Problèmes de comportement
-Anomalies métaboliques		
-Carences alimentaires		-Affections pulmonaires chroniques

Source: Lindström K, Winbladh B, Haglund B, Hjern A. Preterm infants as young adults: a Swedish national cohort study. *Pediatr.* 2007 Jul;120(1):70-7 [24].

Ainsi toute MAP qui se termine par un accouchement prématuré est graves car les bébés prématurés ont six fois plus de risques de décéder au cours de leur première

semaine de vie que les bébés nés à terme, et ont trois fois plus de risques de décéder avant leur premier anniversaire [25]. À long terme, les prématurés présentent un risque plus élevé de développer une maladie cardiovasculaire, de l'hypertension, du diabète, voire un cancer [26].

I.4. Traitements de la menace d'accouchement prématuré (MAP)

I.4.1. Buts

Le but du traitement est de retarder l'accouchement le plus longtemps possible et de prévenir les complications liées à la prématurité [27].

I.4.2. Moyens

Il existe des moyens non médicamenteux, médicamenteux et chirurgicaux

- Non médicamenteux : hospitalisation et repos.
- Médicamenteux :
 - La corticothérapie anténatale par la bétaméthasone ou la dexaméthasone à deux doses de 12 mg en intramusculaire espacées de 24 heures [1].
 - La tocolyse qui vise à arrêter les contractions utérines. Il y a plusieurs groupes de tocolytiques [27]:
 - Les inhibiteurs calciques : la nifédipine est utilisé au CHUGOB dans la prise en charge de la MAP avec un protocole bien spécifié. La nifédipine comprimé de 10 mg est administré par voie orale à dose d'attaque tous les 15 minutes pendant une heure puis la nifédipine Lp 20 mg est administré par voie orale à dose d'entretien tous les 8 heures pendant 48 heures. Les effets secondaires de la nifédipine sont en général modérés et ne nécessitent pas l'interruption du traitement. Ils sont dominés par les céphalées. Les hypotensions artérielles sont rares chez les femmes non hypertendues.
 - Les bêtamimétiques sont classés comme des dérivés des catécholamines, capables d'interrompre le déclenchement du travail en stimulant les récepteurs bêta-adrénergiques présents dans l'utérus pour entraîner une relaxation des muscles utérins et une tonification du col. Le bêtamimétique le plus utilisé dans la MAP est le

SALBUMOL® 0,5mg/1mL solution injectable. Il existe des contre-indications propres aux bêtamimétiques. Les contre-indications formelles sont les cardiopathies sévères décompensées, les coronaropathies, les troubles du rythme cardiaque surtout la fibrillation auriculaire, l'extrasystole, la tachycardie ventriculaire, les myocardiopathies obstructives, le diabète décompensé et l'allergie au produit. Les contre – indications relatives sont l'hypertension artérielle sévère, le diabète, l'hyperthyroïdie, les hémorragies utérines ou les risques d'hémorragie utérine. Les formes injectables sont prescrites à la dose de 5 Ampoules de Salbumol à 0,5mg à diluer dans 500 ml de Ringer lactate et débiter la perfusion avec un débit de 25 ml par heure soit 2 µg par minute. Le débit doit être adapté suivant l'efficacité et l'intolérance [1].

- Les antagonistes de l'ocytocine sont représentés par l'Atosiban : TRACTOCILE®. Ce sont des antagonistes compétitifs de l'ocytocine. Ils réduisent significativement dans les dix minutes les contractions utérines et maintiennent un repos stable du muscle utérin aux doses recommandées [1].
 - Les anti-inflammatoires non stéroïdiens empêchent la synthèse endogène des prostaglandines. Les plus utilisés sont les Indométacines [27].
 - Les progestatifs, les antispasmodiques, le sulfate de Magnésium : ces tocolytiques sont inefficaces en pratique clinique [1].
 - Les anti-infectieux : les antimicrobiens comme les antibiotiques ou les antiparasitaires.
- Chirurgicaux comme le cerclage cervical

I.4.3. Indications

- En cas de MAP, le repos est toujours indiqué [1].

- Si l'âge gestationnel est inférieur à 34 SA la tocolyse et la corticothérapie anténatale sont indiquées et la patiente doit être hospitalisée dans un service spécialisé disposant d'une structure qui permet le transfert in utero [1].
- Si l'âge gestationnel est supérieur à 34 SA [1] :
 - Tocolyse si la membrane est intacte. En cas de rupture des membranes mais sans signe infectieux, la tocolyse peut être indiquée.
 - En cas de signes de chorioamniotite, la tocolyse n'est plus indiquée et la patiente doit accoucher.
- Les anti-infectieux sont indiqués en cas d'infection documentée [6].
- Traitements chirurgicaux si on trouve des malformations utérines ou une béance cervicale [6].

I.4.4. Surveillance

Il faut surveiller [6]:

- Les contractions utérines et la grossesse en générale (le liquide amniotique, l'état des membranes, et le saignement).
- Le fœtus, en particulier le rythme cardiaque fœtal, ainsi que les mouvements actifs du fœtus.
- Les éventuels effets indésirables du traitement.

II. Rappels sur la nifédipine

La nifédipine entre dans le groupe des inhibiteurs calciques [27]. Ils ont un effet antagoniste sur les canaux calciques et bloquent l'entrée du calcium extracellulaire dans la cellule. Ils inhibent ainsi la contraction des cellules musculaires lisses. Les inhibiteurs calciques ont été introduits dans la pratique clinique dans les années soixante. Les inhibiteurs calciques sont largement utilisés dans le cadre de pathologies cardiovasculaires (hypertension artérielle, angine de poitrine, troubles du rythme cardiaque, syndrome de Raynaud). Récemment, plusieurs études ont rapporté l'efficacité tocolytique de certains inhibiteurs calciques [28]. Alors que ces médicaments n'ont pas obtenu d'autorisation de mise sur le marché (AMM) pendant la grossesse en tant que tocolytiques, ils sont actuellement de plus en plus employés pour traiter la menace d'accouchement prématuré. L'inhibiteur calcique le plus utilisé dans le traitement de la

MAP est la nifédipine qui se présente sous forme de comprimé de 10 mg et de comprimé de 20 mg à libération prolongée (LP 20) [27]. Elle a une efficacité démontrée par la voie orale surtout en sublinguale [27]. Comme tocolytique, on débute par un comprimé de 10 mg de nifédipine par voie orale à renouveler tous les 15 minutes pendant une heure. La Nifédipine comprimé LP 20 est utilisée dans les heures suivantes. Elle est prescrite à la dose de 1cp à 20 mg, renouvelable toutes les 6 heures pendant 48 heures [27].

II.1. Mode d'action de la nifédipine

Les inhibiteurs calciques utilisés dans la menace d'accouchement prématuré sont de la famille des dihydropyridines : nifédipine et nicardipine. Ce sont des inhibiteurs des canaux calciques de type II, c'est-à-dire ayant une action relaxante sur les fibres musculaires lisses des vaisseaux, de l'utérus et de la vessie. Contrairement aux inhibiteurs calciques de type I, ils sont pratiquement dénués d'effets sur la conduction atrio-ventriculaire [27]. L'effet vasodilatateur de ces drogues a été montré au niveau de la circulation systémique et de la vascularisation pulmonaire. On note une diminution importante des résistances artérielles alors que le système veineux semble être épargné [27]. Il a été montré que cette vasodilatation artérielle existe surtout chez les patientes hypertendues, et que l'administration d'inhibiteurs calciques de la famille des dihydropyridines chez des sujets normotendus à volémie normale ne modifie pas la pression artérielle de façon significative [28]. C'est la principale raison pour laquelle il est actuellement possible d'administrer de fortes doses d'inhibiteurs calciques à visée tocolytique sans induire une hypotension artérielle. In vitro, les dihydropyridines ont un effet relaxant sur les cellules musculaires lisses myométriales. Elles diminuent le tonus de base ainsi que la fréquence et l'amplitude des contractions [27]. Cet effet myorelaxant est retrouvé même lorsque les contractions ont été induites par l'ocytocine ou des prostaglandines (E2 et F2!) [27].

II.2. Pharmacocinétique de la nifédipine

La pharmacocinétique des inhibiteurs calciques varie de façon importante entre les différentes drogues. Nous décrirons ici la pharmacocinétique de la nifédipine qui est le principal inhibiteur calcique actuellement utilisé à visée tocolytique [28]. Après une

prise orale, l'efficacité clinique est obtenue en 10 à 30 minutes. Ce temps nécessaire pour obtenir un effet thérapeutique est le même chez la femme enceinte que chez la femme non enceinte. Ce délai est raccourci si le médicament est administré par voie sublinguale, mais cette voie d'administration n'est pas indiquée chez la femme enceinte car des hypotensions artérielles brutales et sévères ont été décrites chez des femmes enceintes hypovolémiques (essentiellement dans le cadre d'une pré-éclampsie). Il en résultait une hypo-perfusion fœtale avec anomalies du RCF. Le médicament est métabolisé dans le foie. Les métabolites inactifs sont éliminés dans les urines. Les modifications hémodynamiques de la grossesse sont responsables d'une augmentation de la clairance de la nifédipine [28]. La demi-vie de la nifédipine dans la circulation de la femme enceinte est de 1,3 heure \pm 0,5. De plus, chez la femme enceinte, le pic sérique obtenu après une prise per os est de moitié par rapport à la femme non enceinte (38,6 ng/ml vs 73,5 ng/ml, après une prise per os de 10 mg de nifédipine) [28]. Ces modifications expliquent que la durée d'action de la nifédipine passe de 6 heures chez la femme non enceinte à 4 heures chez la femme enceinte. De ce fait, pendant la grossesse il est nécessaire d'administrer les inhibiteurs calciques de façon plus rapprochée et à de plus fortes doses. La nifédipine traverse la barrière placentaire, avec un ratio de 0,93 par rapport aux taux sériques maternels. La nifédipine est essentiellement excrétée dans le liquide amniotique avec un ratio de 0,56 par rapport aux concentrations sériques maternelles. Il a été montré qu'aux doses physiologiques il n'y avait pas d'hypotension fœtale chez l'animal [27].

II.3. Effets indésirables

Les effets indésirables se manifestent plutôt au début du traitement. Ils sont pour la plupart bénins et disparaissent dès l'arrêt du médicament [29, 30]:

- maux de tête, rougeur du visage accompagné ou non de bouffés de chaleur, œdèmes des membres inférieurs
- hypotension artérielle, tachycardie
- œdème aigu des poumons
- céphalée et vertige

DEUXIEME PARTIE : METHODES ET RESULTATS

DEUXIEME PARTIE : METHODES ET RESULTATS

I. METHODES

I.1. Déroulement de l'étude

Nous avons utilisé une fiche d'enquête individuelle pour chaque patiente admise pour MAP dont l'âge gestationnel était supérieur à 22 SA et inférieur à 37 SA, la longueur cervicale était inférieur à 30 mm, la membrane était intacte et ayant reçu de la nifédipine. Nous avons suivi les patientes après leur admission et nous avons analysé les effets secondaires et l'efficacité de la nifédipine car un médicament tocolytique est efficace lorsqu'il :

- permet d'atténuer ou de stopper les contractions utérines
- permet de prolonger la grossesse d'au moins 48 heures pour permettre la maturation pulmonaire
- provoque peu d'effets secondaires et/ou d'effets indésirables nécessitant l'arrêt de la tocolyse.

Après la tocolyse, nous avons aussi analysé l'issue de la MAP grâce à des appels téléphoniques pour les patientes qui étaient sorties de l'hôpital. Ainsi, nous avons pu avoir les informations concernant les nouveaux nés.

I.2. Objectifs de l'étude

Notre étude a pour objectifs :

- De décrire le profil épidémiologique-clinique de la MAP
- De décrire l'issue de la menace d'accouchement prématuré après la tocolyse par la nifédipine.

I.3. Cadre de l'étude

Notre étude a été effectuée dans le Centre Hospitalier Universitaire de Gynécologie Obstétrique de Befelatanana (CHUGOB). C'est un centre hospitalier de référence de niveau trois en matière de gynécologie obstétrique et de néonatalogie. Ce centre hospitalier se situe à Anosy. Il se trouve entre l'ex – Ecole d'Enseignement

Médico – Social et le Centre Hospitalier Universitaire Joseph Dieudonné Rakotovao (CHUJDR). Ce bâtiment a été construit en 1952 et est composé de quatre étages.

L'organigramme du Centre Hospitalier Universitaire de Gynécologie Obstétrique de Befelatanana (CHUGOB) :

➤ DIRECTEUR D'ETABLISSEMENT

- Personne responsable des marchés publics
- Agent comptable
- Service de suivi, d'évaluation, de la qualité, d'hygiène
- Service de la pharmacie
- Service de secrétariat médical et d'archive
- Centre VONJY

➤ DIRECTEUR ADJOINT TECHNIQUE

- Service de gynécologie (40 lits)
- Service de grossesse à risque (40 lits)
- Service d'obstétrique 2 et des suites des couches (32lits)
- Service d'accouchement (12lits)
- Service d'accueil triage urgence (9 lits + 1 bloc opératoire)
- Service de réanimation et soins intensifs « A » (8 lits)
- Service de réanimation et soins intensifs « B » (14 lits)
- Service de néonatalogie 1
- Service de néonatalogie 2 et de Kangourou
- Service d'exploration fonctionnelle et de laboratoire
- Service des blocs opératoires et de stérilisation
- Service de consultation externe

➤ DIRETEUR ADJOINT ADMINISTRATIF ET FINANCIER

- Service de la comptabilité, de matériels, magasin, traçabilité des matériels
- Service de la cession
- Service social des usagers
- Service des personnels hospitaliers
- Service d'Etat civil et de statistique général
- Service de maintenance et d'oxygène

- Service de la propreté, de sécurité, de la buanderie
- Service de la cuisine

I.4. Type d'étude

Il s'agit d'une étude prospective descriptive.

I.5. Durée d'étude

Notre étude s'étalait du mois de novembre 2016 au mois d'avril 2018

I.6. Période d'étude

Notre étude s'était déroulée sur une période de 6 mois allant du premier janvier 2017 jusqu'au 30 juin 2017.

I.7. Population cible

Les populations d'étude regroupaient les patientes hospitalisées pour MAP qui présentaient des contractions utérines régulières, une modification cervicale dont la longueur du col était inférieure à 30 mm à l'échographie endovaginale et qui avaient été tocolysées par la nifédipine.

I.8. Critères d'inclusion

Nous avons inclus dans notre étude les femmes admises pour menace d'accouchement prématuré ayant les critères suivants :

- Ayant été tocolysées par la nifédipine.
- Age gestationnel supérieur à 22SA et inférieur à 37 SA selon la date des dernières règles (DDR) et/ou une échographie du premier trimestre.
- Longueur cervicale inférieure à 30 mm
- Membrane intacte.

I.9. Critères d'exclusion

- Les femmes présentant une MAP associée à : une pré-éclampsie, une éclampsie, un hématome retro-placentaire (HRP), un placenta prævia (PP), une grossesse gémellaire.

- Les contractions utérines isolées avec une longueur cervicale > 30 mm.
- Une prématurité induite.
- Une MFIU.
- Les parturientes perdues de vue.

I.10. Variable à étudier

Les variables suivantes ont été analysées :

- Variables relatives à la mère :
 - Age
 - Profession
 - Situation matrimoniale
 - Gestité
 - Parité
 - Age gestationnel
 - Antécédents :
 - interruption volontaire de la grossesse,
 - fausses couches spontanées,
 - curetage d'une rétention placentaire,
 - menace d'accouchement prématuré,
 - accouchement prématuré,
 - autres
 - Nombre CPN
 - Température
 - Longueur du col
 - Paraclinique :
 - NFS (Globule blanc)
 - CRP
 - ECBU
 - PV
- Variables relatives aux traitements :
 - Délai entre la tocolyse et l'accouchement
 - Effets indésirables de la nifédipine

- Corticothérapie
- Effet de la nifédipine sur les contractions utérines
- Variables relatives aux nouveau-nés :
 - Mode d'accouchement
 - Terme de l'accouchement :
 - Nouveau-né à terme
 - Nouveau-né prématuré :
 - Très grande prématuré (inférieur à 28 SA)
 - Grande prématuré (entre 28 à 32 SA)
 - Prématuré modérée (entre 33 à 36 SA)
 - Poids à la naissance
 - Indice d'apgard

I.11. Limite de l'étude

Notre étude a ses limites parce qu'il s'agit d'une étude descriptive monocentrique. L'étude a seulement pris en compte les MAP à membrane intact. L'étude n'a pas pris en compte le suivi des nouveau-nés après la naissance.

I.12. Considération éthique

Avant de réaliser cette étude nous avons obtenu l'accord du directeur d'établissement.

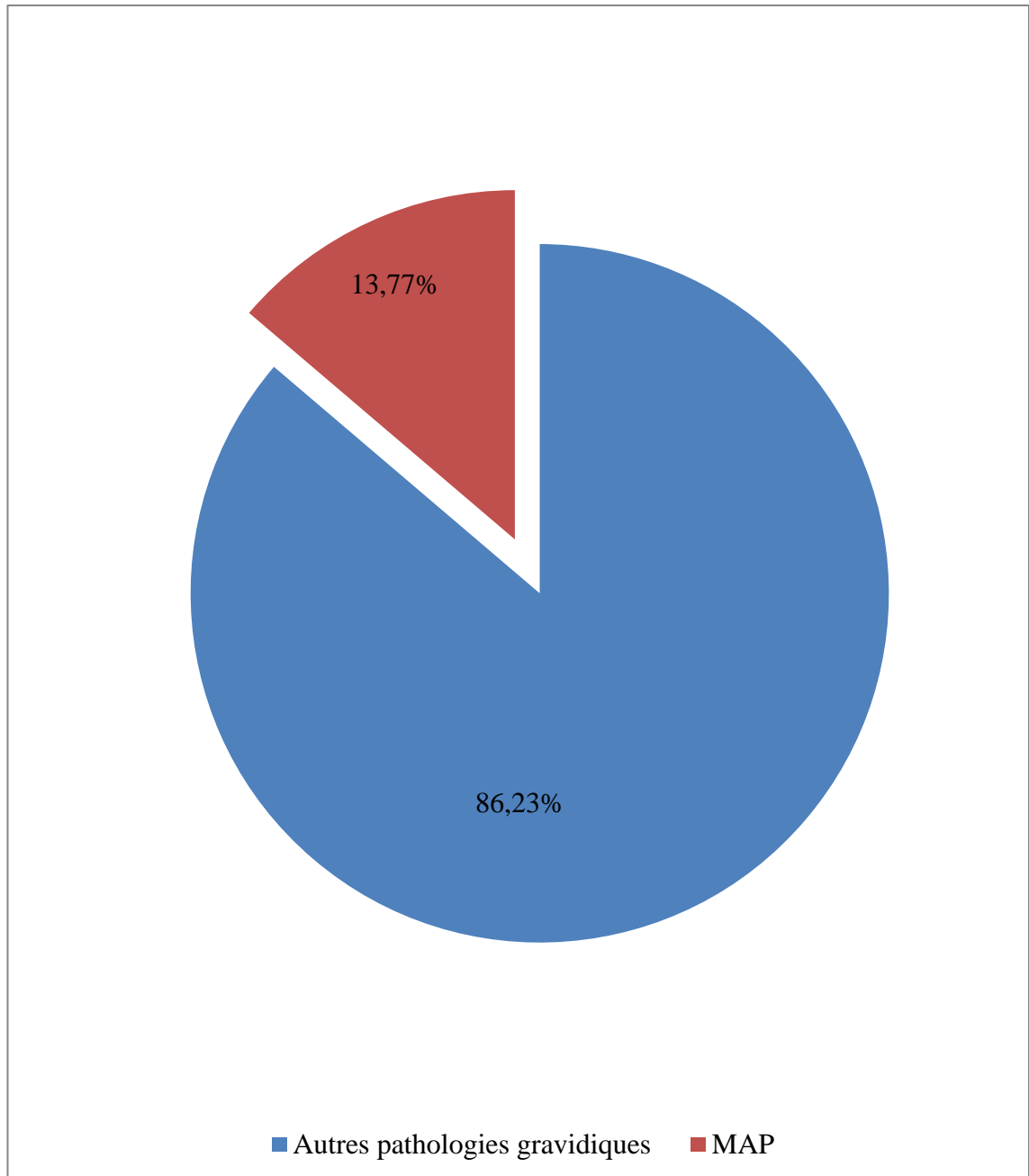
La confidentialité et l'anonymat ont été respectés durant la réalisation de cette étude.

I.13. Analyse statistique des données

L'analyse et le traitement des données étaient effectués avec le logiciel Epi Info 7 et Excel.

II. RESULTATS

II.1. Fréquence



*MAP : Menace d'Accouchement prématuré

Figure 1 : Fréquence de la menace d'accouchement prématuré

La figure 1 montre que sur les 2273 patientes admises en service de grossesse à risque pour une pathologie gravidique, 313 gestantes avaient présenté une MAP. La fréquence de la MAP durant notre période d'étude de six mois était de 13,77%.

II.2. Variables relatives à la mère

II.2.1. Age maternel

Tableau IV : Répartition des femmes admises pour MAP selon l'âge

Age	Effectifs (N=56)	Taux (100%)
<20	13	23,21
[20-30[31	55,36
≥30	12	21,43

L'âge maternel moyen était de 24,28 ans avec des extrêmes d'âge de 14 et 39 ans. Le tableau IV montre que la tranche d'âge de 20 à 30 ans représentait 55,36% (n=31) des femmes admises pour MAP.

II.2.2. Situation matrimoniale

Tableau V : Répartition des femmes admises pour MAP selon la situation matrimoniale

Situation matrimoniale	Effectifs (N=56)	Taux (100%)
Célibataire	3	5,36
En couple	53	94,64

Les femmes admises pour MAP étaient en couple dans 94,64% (n=53) des cas selon le tableau V.

II.2.3. Profession

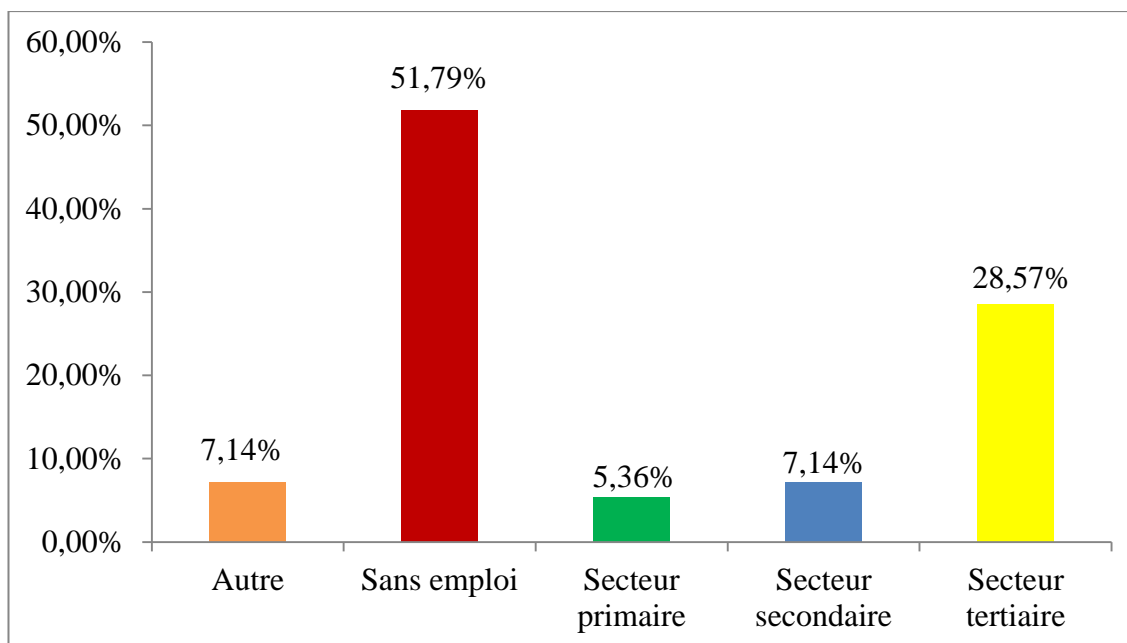


Figure 2 : Répartition des femmes admises pour MAP selon la profession

Selon la figure 2, les femmes sans emploi représentaient 51,79% des femmes admises pour MAP et ces femmes sans emploi étaient des femmes aux foyers.

II.2.4. Gestité

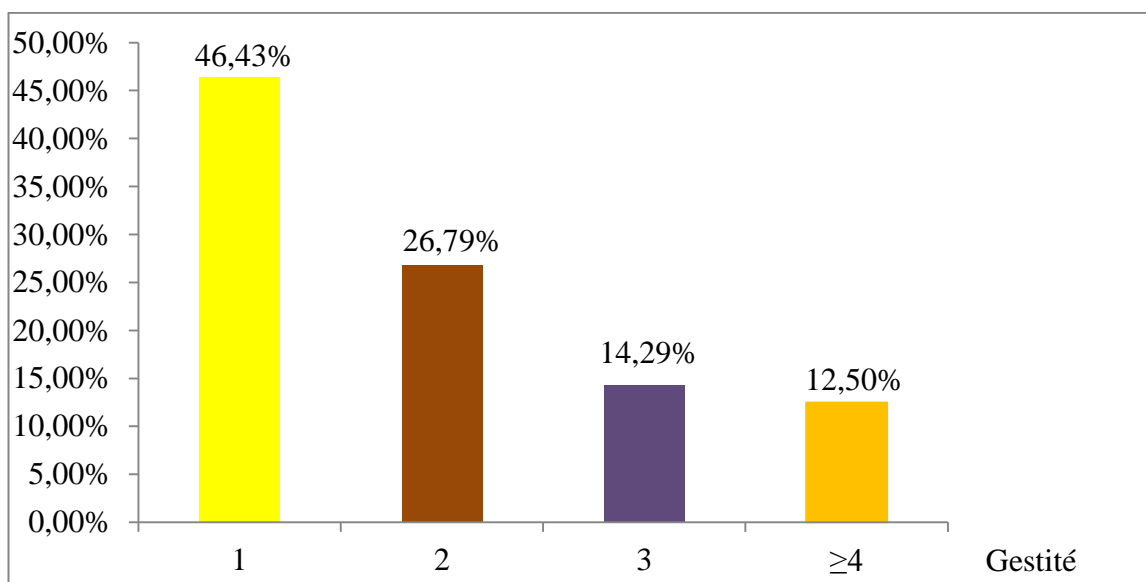


Figure 3: Répartition des femmes admises pour MAP selon la gestité

La primigeste représentait 46,43% (n=26) des gestantes et 26,79% (n=15) étaient à leur deuxième grossesse selon la figure 3.

II.2.5. Parité

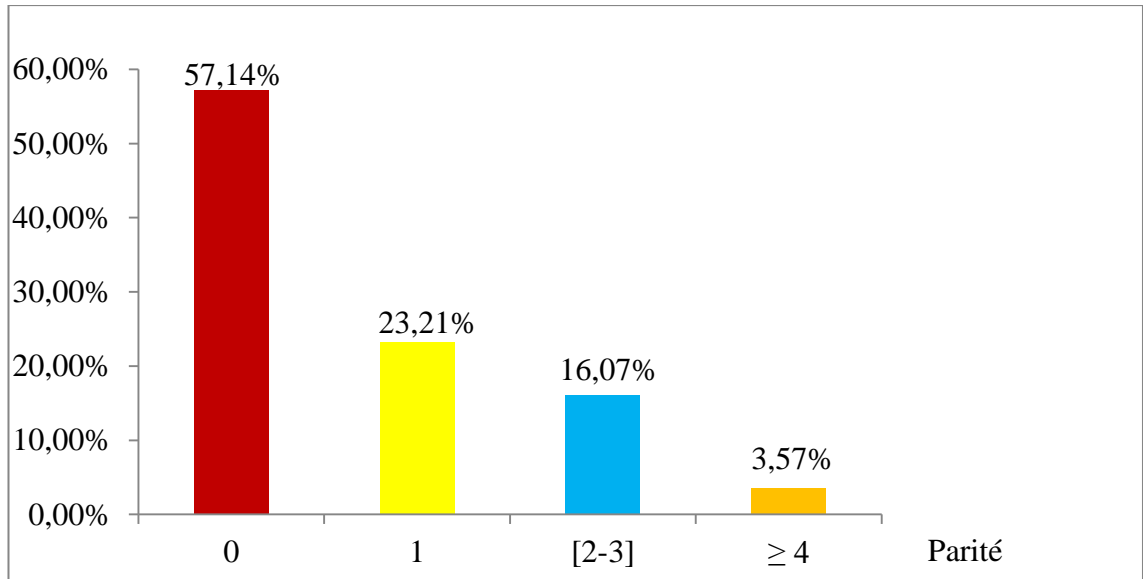


Figure 4 : Répartition des femmes admises pour MAP selon la parité

La figure 4 montre que les nullipares représentaient 57,14% (n=32) des parturientes et 3,57% (n=2) étaient des multipares.

II.2.6. Age gestationnel

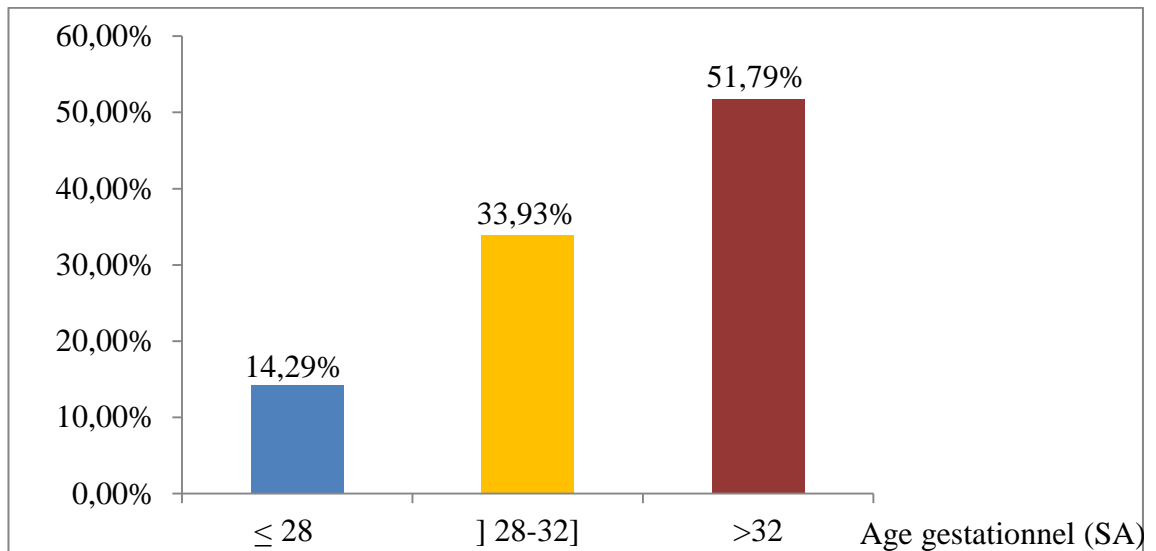


Figure 5 : Répartition des femmes admises pour MAP selon l'âge gestationnel

Dans la figure 5, 51,79% (n=29) des femmes admises pour MAP avaient un âge gestationnel supérieur à 32SA, 33,93% (n=19) avaient un âge gestationnel compris entre 28 à 32 SA et 14,29% (n=8) avaient un âge gestationnel inférieur ou égal à 28SA. L'âge gestationnel moyen était de 31,23 SA.

II.2.7. Antécédents

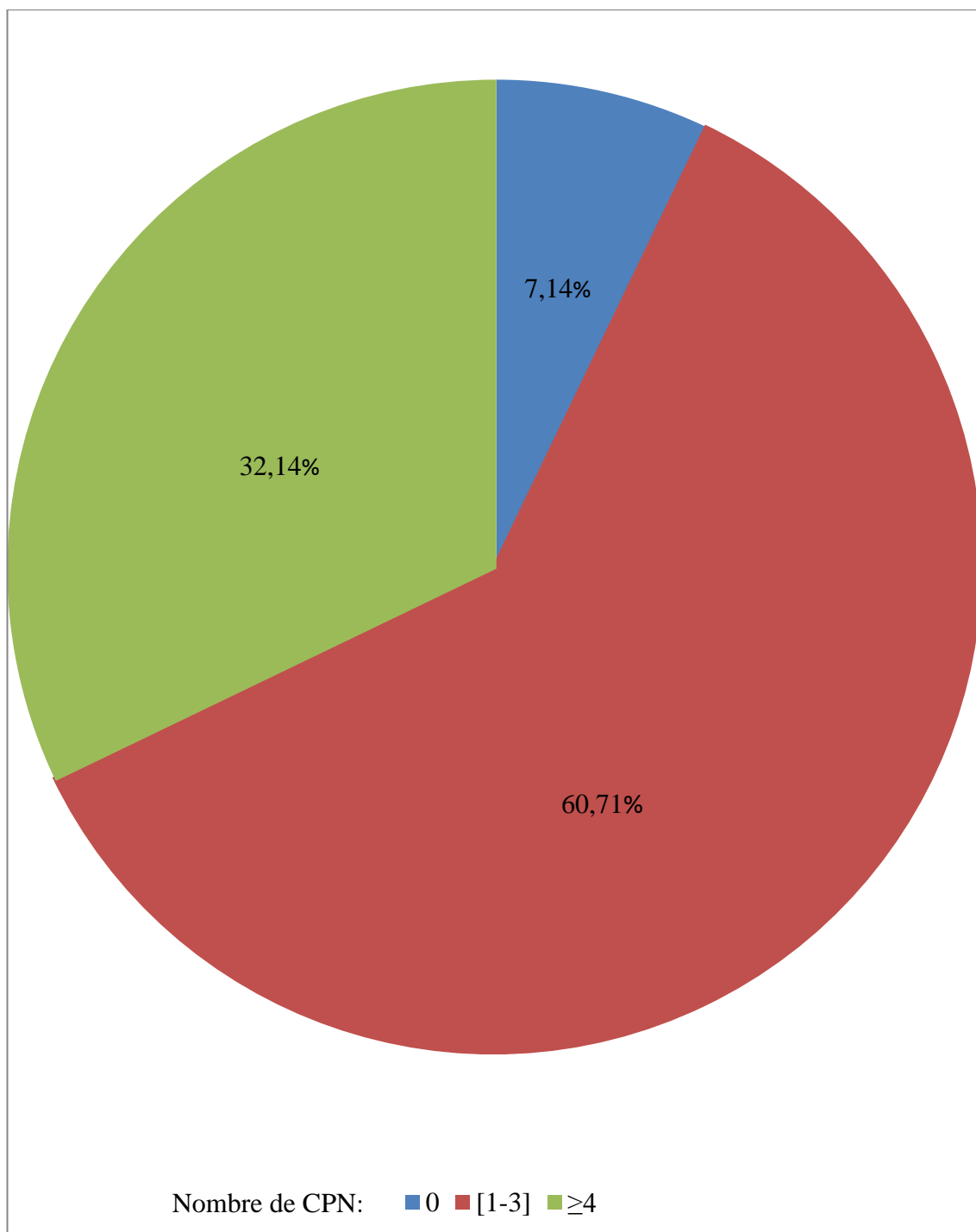
Tableau VI : Répartition des femmes admises pour MAP selon les antécédents

Antécédents	Effectifs (N=56)	Taux (100%)
Fausses couches spontanées	8	14,28
Accouchement prématuré	2	3,57
IVG	2	3,57
Curetage d'une rétention placentaire	3	5,35
Mort-né	1	1,79
Tabac, alcool	0	0
Pas d'antécédents gynécologiques et obstétricaux	40	71,43

*IVG : Interruption Volontaire de la Grossesse

Dans le tableau VI, les antécédents de fausses couches spontanées représentaient 14,28% (n=8) des cas et 3,57% (n=2) des gestantes avaient un antécédent d'accouchement prématuré

II.2.8. Nombre de consultation prénatale



*CPN : Consultation Prénatale

Figure 6 : Répartition des femmes admises pour MAP selon le nombre de CPN

Dans la figure 6, les femmes admises pour MAP avaient fait entre 1 à 3 consultations prénatales (CPN) dans 60,71% (n=34).

II.2.9. Longueur du col

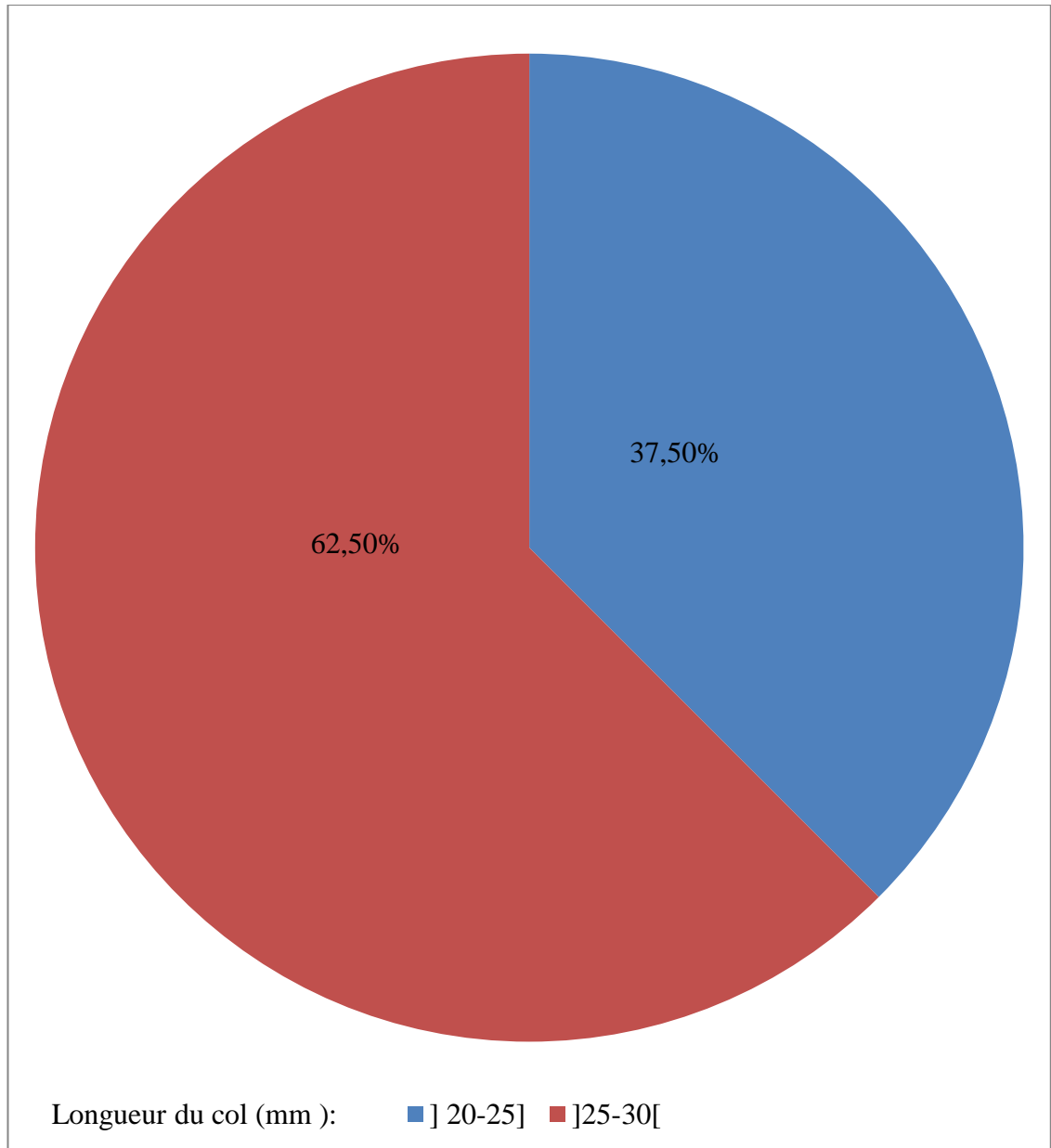


Figure 7: Répartition des femmes admises pour MAP selon la longueur du col à l'entrée

Dans la figure 7, 37,50% (n=21) des cas avaient une longueur cervicale entre 20 à 25 mm à l'entrée et 62,50% (n=35) des femmes admises pour MAP avaient une longueur cervicale entre 26 et 29 mm.

II.2.10. Température

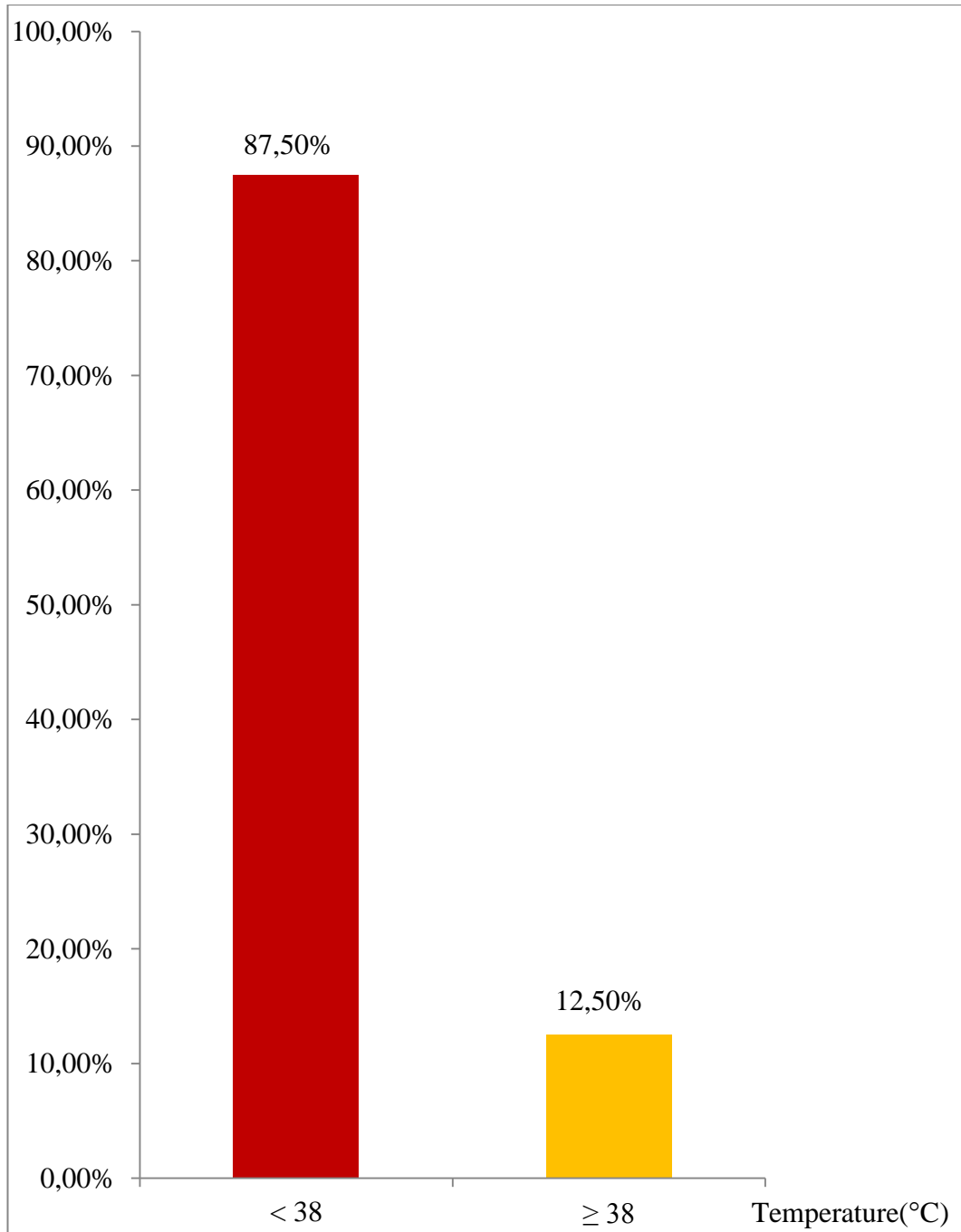


Figure 8 : Répartition des femmes admises pour MAP selon la température

Douze virgule cinq pourcent (n=7) des femmes présentaient à l'admission une température supérieure ou égale à 38°C et 87,50% (n=49) avaient une température inférieure à 38°C selon la figure 8.

II.2.11. Résultats des examens paracliniques

II.2.11.1. Nombre de globule blanc

Tableau VII : Répartition des femmes admises pour MAP selon le nombre de globule blanc

Nombre globule blanc	Effectifs (N=56)	Taux (100 %)
Normal	35	62,50
Hyperleucocytose à PNN (≥15000)	21	37,50

Dans le tableau VII, 37,50% (n=21) des femmes enceintes avaient présenté une hyperleucocytose à polynucléaire neutrophile.

II.2.11.2. Taux du CRP

Tableau VIII: Répartition des femmes admises pour MAP selon le taux de CRP

CRP	Effectifs (N=56)	Taux (100 %)
≤6	30	53,57
>6	26	46,43

*CRP : C Réactive Protéine

Il y avait 46,43% (n=26) des femmes admises pour MAP avec un taux de CRP supérieur à 6mg/L dans le tableau VIII.

II.2.11.3. ECBU

Tableau IX: Répartition des femmes admises pour MAP selon le résultat de l'ECBU

ECBU	Effectifs (N=56)	Taux (100 %)
Non fait	16	28,57
Négatif	36	64,29
Positif	4	7,14

*ECBU : Examen CytoBactériologique des Urines

Dans le tableau IX, parmi les 56 cas 7,14% (n=4) des parturientes avaient eu un ECBU positif, 64,29% (n=36) des cas étaient négatifs et 28,57% (n=16) des patientes n'avaient pas réalisé d'ECBU.

II.2.11.3.1. Les germes retrouvés dans l'ECBU

Tableau X : Répartition des parturientes selon les germes retrouvés dans l'ECBU

Germes	Effectifs (N=4)	Taux (100 %)
Escherichia coli	3	75%
Klebsiella- Enterobacter	1	25%

Le tableau X montrait que les germes retrouvés dans l'ECBU étaient l'Escherichia coli dans 75% des cas.

II.2.11.4. Prélèvement vaginal

Tableau XI : Répartition des femmes admises pour MAP selon le résultat du PV

PV	Effectifs (N=56)	Taux (100 %)
Non fait	21	37,50
Négatif	32	57,14
Positif	3	5,36

*PV : Prélèvement Vaginal

Cinq virgule trente-six pourcent (n=3) des femmes admises pour MAP avaient eu un résultat du prélèvement vaginal positif dans le tableau XI

II.2.11.4. Germes retrouvés dans le prélèvement vaginal

Tableau XII : Répartition des parturientes selon les germes retrouvés dans le PV

Germes	Effectifs (N=3)	Taux (100 %)
Gardnerella vaginalis	2	66,67
Candida albicans	1	33,33

Dans le tableau XII, les germes retrouvés dans le PV étaient le Gardnerella vaginalis dans 66,67% des cas

II.3. Variables relatives aux traitements

II.3.1. Délai entre la tocolyse et l'accouchement

Tableau XIII: Répartition des patientes selon le **délai** entre la tocolyse et l'accouchement.

Délai (jour)	Effectifs (N=56)	Taux (100%)
≤ 1	7	12,5
2 à 6	16	28,57
≥ 7	33	58,93

Selon le tableau XIII, 58,93% des grossesses avaient été prolongées de plus d'une semaine après la tocolyse par la nifédipine avec un délai moyen de 24 jours.

II.3.2. Effets indésirable de la nifédipine

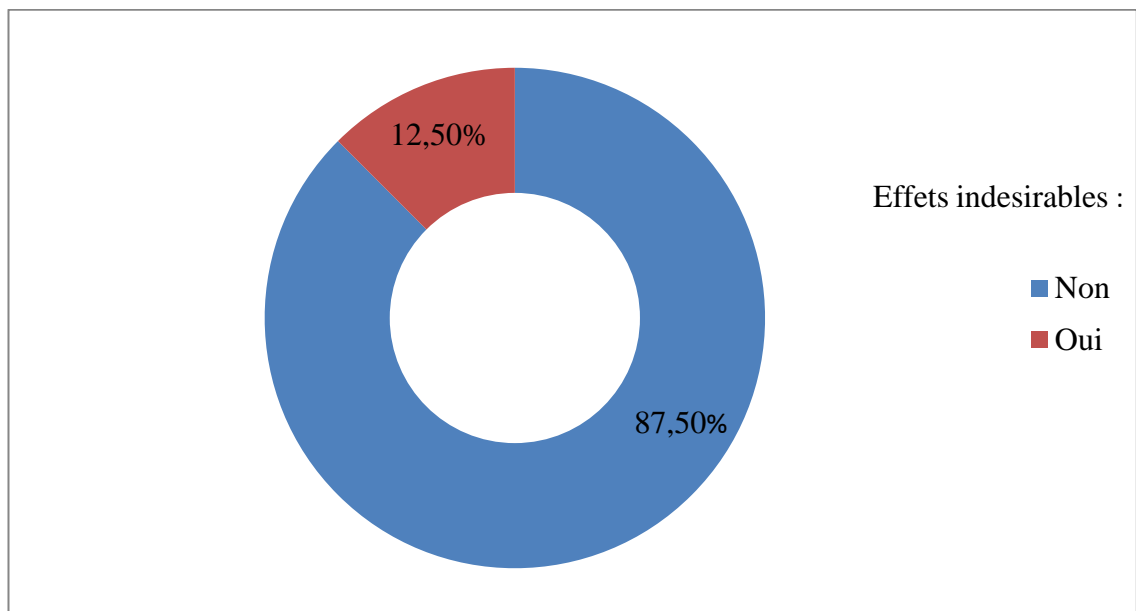


Figure 9 : Répartition des femmes admises pour MAP selon la présence d'effet indésirables

Dans la figure 9, 12,50% (n=7) des femmes tocolysées par la nifédipine avaient présenté des effets indésirables.

II.3.2.1. Types d'effets indésirables de la nifédipine

Tableau XIV: Répartition des femmes admises pour MAP selon le type d'effets indésirables après la tocolyse par la nifédipine

Effets indésirables	Effectifs (N=56)	Taux (100 %)
Hypotension artérielle	5	8,93
Nausée ou vomissement	0	0
Céphalée	2	3,57
Tachycardie	0	0
OAP	0	0
Pas d'effets indésirables	49	87,50

*OAP : Œdème Aigu des Poumons

Selon tableau XIV, 8,93% (n=7) des patientes avaient présenté une hypotension artérielle après la tocolyse par la nifédipine et 3,57% (n=2) avaient présenté des céphalées.

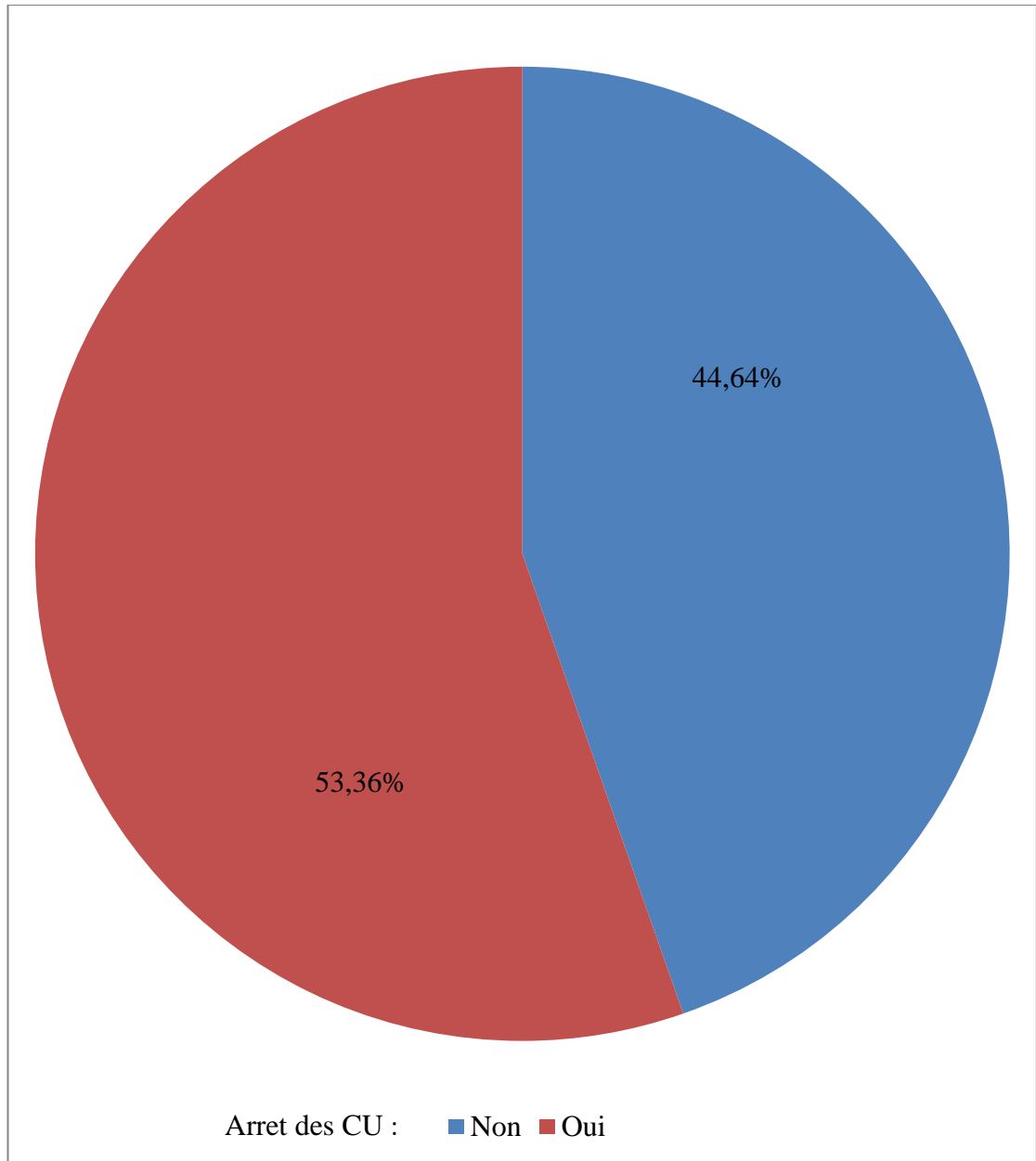
II.3.3. Corticothérapie

Tableau XV: Répartition des femmes admises pour MAP selon le nombre de doses de corticoïdes reçus

Dose corticoïde reçue	Effectifs (N=56)	Taux (100 %)
1 dose	7	12,50
2 doses	49	87,50

Le tableau XV montre que 87,50% des parturientes avaient bénéficié d'une maturation pulmonaire avec 2 doses de corticoïdes espacées de 24 heures.

II.3.4. Effet de la tocolyse sur les contractions utérines



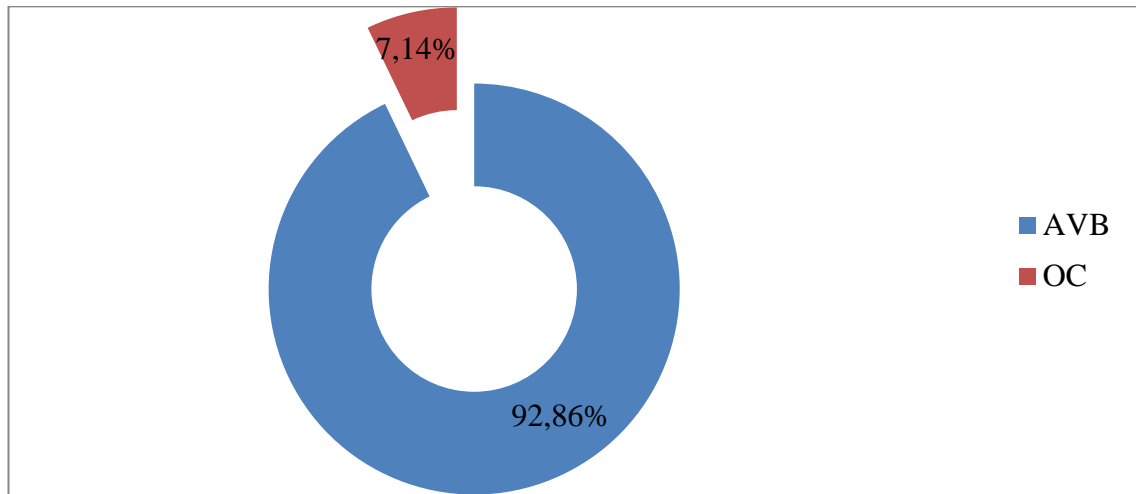
*CU : Contraction Utérine

Figure 10 : Répartition des femmes admises pour MAP selon les contractions utérines après la tocolyse

Selon la figure 10, dans 53,36% (n=31) des cas, les contractions utérines s'arrêtaient dans les premières heures de tocolyse par la nifédipine mais dans 44,64% (n=25) des cas, ces contractions utérines persistaient.

II.4. Variables relatives aux nouveaux nés

II.4.1. Mode d'accouchement



*AVB : Accouchement par Voie Basse

*OC : Opération Césarienne

Figure 11 : Répartition des femmes admises pour MAP selon le mode d'accouchement

Quatre-vingt-douze virgule quatre-vingt-six pourcent (n=52) des femmes admises pour MAP avaient accouché par voie basse et 7,14% (n=4) avaient été césarisée selon la figure 11.

II.4.2. Terme de l'accouchement

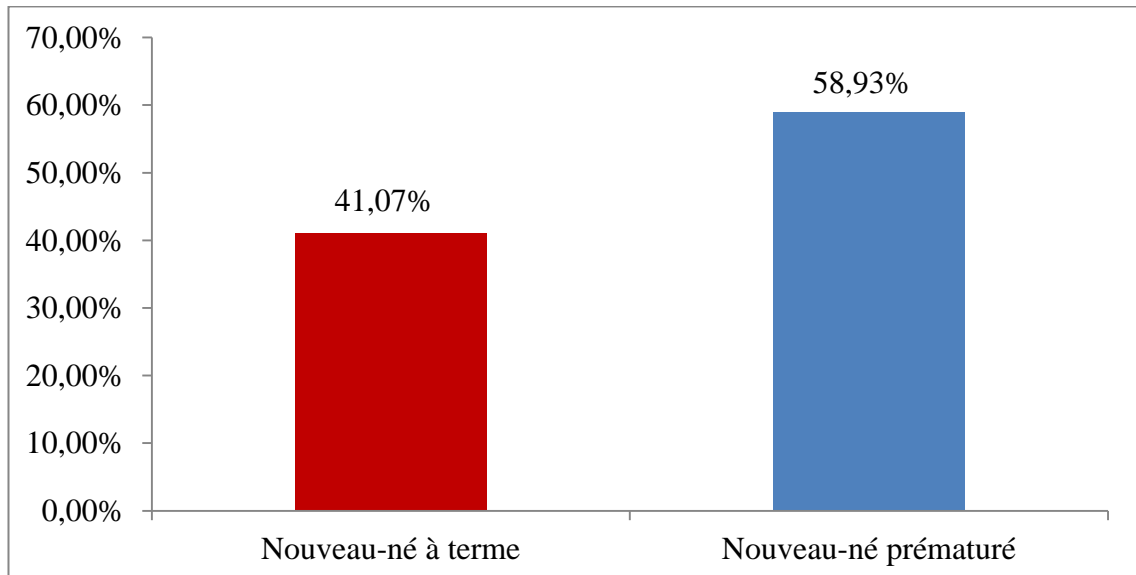


Figure 12 : Répartition des nouveaux nés selon le terme de l'accouchement

Cinquante-huit virgule quatre-vingt-treize pourcent (n=33) des nouveaux nés étaient des prématurés selon la figure 12.

II.4.2.1. Classification des prématurés

Tableau XVI : Répartition des prématurés selon leur âge gestationnel à l'accouchement

Terme accouchement (SA)	Effectifs (N=33)	Taux (100 %)
≤28	5	15,15
] 28-32]	9	27,27
[33-36]	19	57,57

*SA : Semaine d'Aménorrhée

Le tableau XVI montre que 57,57% (n=19) des prématurés avaient un âge gestationnel entre 33 à 36 SA au moment de l'accouchement.

II.4.3. Indice d'Apgar

Tableau XVII: Répartition des nouveaux nés selon l'indice d'Apgar à M5

IA	Effectifs (N=56)	Taux (100 %)
<7	1	1,79
≥7	55	98,21

*IA : Indice d'Apgar

Les nouveaux nés avaient un indice d'apgard supérieur ou égal à 7 à la cinquième minute dans 98,21% (n=55) des cas selon le tableau XVII.

II.4.4. Poids de naissance

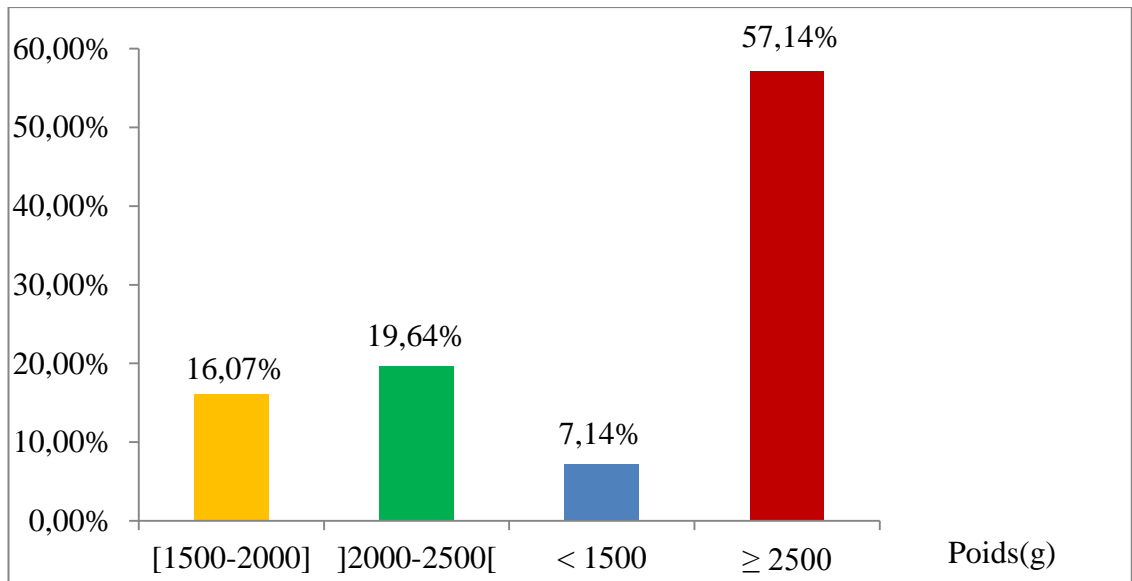


Figure 13 : Répartition des nouveaux nés selon le poids de naissance

Dans la figure 13, 57,14% (n=32) des nouveaux nés avaient eu un poids supérieur à 2500 g, 19,64% (n=11) avaient eu un poids entre 2000 à 2500g, 16,07% (n=9) avaient eu un poids entre 1500 à 2000g et 7,14% (n=4) ont eu un poids moins de 1500g.

TROISIEME PARTIE : DISCUSSION

DISCUSSION

I. Fréquence de la MAP

Durant notre période d'étude de six mois allant du mois de janvier au mois de juin 2017, 2273 gestantes avaient été hospitalisées pour pathologie gravidique dont 313 étaient admises pour menace d'accouchement prématuré. La fréquence de la MAP durant cette période était de 13,77% (Figure 1).

Cette fréquence était basse par rapport aux données de la littérature car selon la littérature, la MAP est la première cause d'hospitalisation au cours de la grossesse [1,6]. Une étude faite par Randriambola N aux CHUGOB en 2011 sur les facteurs de risque de la menace d'accouchement prématuré avait montré une fréquence de la MAP de 46,88% [15]. En France, une étude effectuée en 1998 a retrouvé que 20 % des femmes enceintes ont été hospitalisées durant leur grossesse parmi lesquelles 38 % ont présenté une MAP [2]. Les données d'une étude qui avait été réalisée à la Maternité des Orangers en 2008 avaient rapporté 25% de cas de MAP [31].

Cette fréquence basse peut être due au fait que :

- Les femmes admises pour RPM associé à une MAP n'étaient pas incluses dans notre étude.
- Il y avait moins de tabagisme dans notre population d'étude alors que le tabac augmente le risque de prématurité [32].
- Les parturientes oubliaient la date de leurs dernières règles (DDR imprécise).

II. Caractéristiques maternelles

II.1. Age

L'âge maternel variait entre 14 à 39 ans avec un âge moyen de 24,28 ans. La tranche d'âge dominante était celle entre 20 à 30 ans (n=31) soit 55,36% et 23,31 % étaient moins de 20 ans (Tableau IV). Nos résultats étaient similaires à une étude africaine faite par Ouattara qui avait montré que 75,4 % des cas avaient un âge compris entre 19 et 29 ans avec un âge moyen de 26,7 ans [33].

Ces données ne concordaient pas avec la littérature car ce sont les âges extrêmes (moins de 20 ans et plus de 35ans surtout ≥ 40 ans) qui sont reconnus comme facteurs majorant le risque de survenue de la MAP [34]. Papiernick et son équipe avaient

mentionné aussi que la prématurité survient surtout à un âge maternel inférieur à 20 ans et supérieur à 35 ans [23].

Ceci peut être en rapport avec la période de maternité des femmes malgaches car l'âge à la première naissance pour les femmes malgaches est estimé à 21,5 ans en milieu urbain et à 22,0 ans dans la capitale [35].

Par conséquent, des séances d'Information-Education-Communication(IEC) axées sur le bien être des femmes enceintes, sur l'intérêt de bien suivre la grossesse et sur les facteurs de risque de la MAP serviront à inciter les femmes à faire des CPN au près d'un centre de santé car notre étude avait montré que la MAP peut survenir à tout âge mais elle prédomine surtout chez les femmes jeunes.

II.2. Situation matrimoniale

Les femmes enceintes d'une grossesse illégitime ont plus de risque d'accoucher prématurément selon Papiernick [23]. Selon Berkowitz GS, le fait d'être non mariée est considéré comme un facteur de risque de prématurité [13].

Les données de la littérature ne concordaient pas avec nos résultats car 94,64% (n=53) des femmes admises pour MAP étaient en couple et 5,36% (n= 3) étaient célibataires (Tableau V).

Ceci est probablement en rapport avec le fait que beaucoup de mères célibataires vivent encore avec leurs parents et cela diminue significativement leurs préoccupations, ainsi ces femmes sont moins à risque d'un accouchement prématuré. Notre résultat était probablement aussi influencé par le fait que des mères célibataires accouchent le plus souvent à domicile car selon les statistiques des faits d'état civil de la commune urbaine d'Antananarivo (CUA) en 2014, la plupart des mères préfèrent accoucher à domicile (58,6 % de naissances) [36].

Il faut inciter toutes les femmes enceintes au cours de leurs CPN d'accoucher dans un centre de santé pour éviter les complications liées à l'accouchement prématuré.

II.3. Profession

Goldenberg RL rapportait que le fait d'être soumis pendant plusieurs heures à un travail fatigant et stressant était probablement associé à la survenue d'un

accouchement prématuré [37]. Selon Saurel CM, le travail physique serait en relation avec la survenue d'un accouchement prématuré [20].

Notre étude montrait que les femmes admises pour MAP étaient des femmes sans emploi ou bien des femmes aux foyers dans 51,79% des cas (Figure 2). Notre étude était similaire à une étude faite par Randriambola N sur les facteurs de risque de la menace d'accouchement prématuré qui avait trouvé que 52,44% des cas étaient des femmes aux foyers [15]. Ceci s'explique probablement par le fait que les tâches ménagères sont souvent très éprouvantes et pénibles car ces tâches nécessitent une station debout prolongée et de plus les femmes aux foyers s'occupent un peu de tout et s'accordent rarement un temps de pause.

Il faut alors alléger les charges de travail pour les femmes aux foyers qui sont enceintes. De plus le fait d'être sans emploi mène à la pauvreté et à un niveau socio-économique bas. La pauvreté et le niveau socio-économique bas pourraient être un des facteurs de risque d'une MAP ; et Andriamamonjy V l'avait démontré dans son étude sur l'efficacité et tolérance entre la nifédipine et le salbutamol devant une menace d'accouchement prématuré car 93,2% des cas avaient un bas niveau socio-économique [4].

Les conditions de vie des femmes malgaches sont mauvaises à cause de la pauvreté du pays. Cette pauvreté est le problème fondamental à l'origine de plusieurs problèmes sanitaires pour la population malagasy. Ainsi la lutte contre la pauvreté et l'amélioration des conditions de vie de la population malagasy nécessite beaucoup de volonté venant de tous les systèmes existant à Madagascar. A commencer par l'initiative de l'Etat à trouver des partenariats nationaux et internationaux pour le développement du pays. Mais aussi une grande participation active de la population toute entière est d'une importance capitale pour sortir Madagascar de la pauvreté.

II.4. Gestité et parité

Selon Papiernick, les multipares sont plus à risque d'accoucher prématurément [23]. Et de plus le nombre d'enfants en charge pourrait être une source de fatigue maternelle pour les multipares [38].

Notre étude ne concordait pas avec la littérature car 46,43% (n=26) des cas étaient des primigestes (Figure 3), 57,14% (n=32) étaient des nullipares et 3,57% (n=2) étaient des multipares (Figure 4).

Ceci est probablement en rapport avec le fait que la nulliparité constitue une source de stress ou de trouble psychologique liée à une grande difficulté d'adaptation, du fait des modifications physiologiques maternelles liées à la grossesse, le fort désir de concevoir un bébé et la peur soulevée d'élever un enfant [38].

Alors quelle que soient la gestité et la parité, une femme enceinte devrait être suivie régulièrement et correctement dans un centre de santé par une personne qualifiée durant sa grossesse selon la recommandation de l'OMS [39]. Ceci dans le but de détecter précocement les facteurs de risque et/ou de prévenir les complications liés à la MAP.

II.5. Age gestationnel

Dans notre étude l'âge gestationnel moyen était de 31,23 SA avec un extrême d'âge gestationnel de 22 SA et 35 SA. 51,79% (n=29) des femmes admises pour MAP avaient un âge gestationnel supérieur à 32 SA et 33,93% (n=19) avaient un âge gestationnel compris entre 28 à 32 SA (Figure 5).

Ces résultats étaient plus ou moins similaires à l'étude d'Andriamamonjy V qui avait montré que 40,5% des cas avaient un âge gestationnel compris entre 28 à 32 SA [4].

Selon aussi Ancel PY, l'augmentation de la prématurité se retrouve essentiellement entre 32 et 36 SA [3].

Selon la littérature, la prévalence de l'issue néonatale défavorable est fortement liée à l'âge gestationnel qui est de 77% à 24-27SA et de 2% à 34 SA et plus [40].

Il faut alors informer chaque gestante qu'en cas de signes de MAP, il faut venir le plutôt possible dans un centre de santé car le pronostic fœtal dépend de l'âge gestationnel.

II.6. Antécédents

Papiernick avait considéré comme facteurs de risque d'accouchement prématuré un antécédent de fausse couche, d'accouchement prématuré, d'avortement et de malformation utérine [23].

Dans notre étude nous avons eu 14,28% (n=8) des femmes admises pour MAP avec un ou des antécédent(s) de fausse couche (Tableau VI). Ceci peut-être dû à une anomalie cervico-utérine que ce soit d'origine congénitale ou acquise. Cette anomalie cervico-utérine constitue un des mécanismes évoqués comme étant des facteurs favorisant les fausses couches et l'accouchement prématuré spontané. En effet au cours de l'insuffisance cervico-isthmique, on assiste à une perte de la fonction de verrouillage du col qui compromet l'évolution de la grossesse [34].

Cependant nous avons eu un taux assez faible de gestantes avec des antécédents d'accouchement prématuré (3,57%), d'IVG (3,57%) (Tableau VI). Ceci était probablement dû au faible échantillonnage de notre étude ou peut être que certaines patientes cachent leurs antécédents.

Concernant la prise de toxiques, aucune de nos gestantes n'avaient pris d'alcool ou de tabac alors que selon une étude menée par Shah, le tabac augmente le risque de prématurité. Le risque relatif moyen de ne pas mener une grossesse à terme chez la femme fumeuse est multiplié par 2. Ce risque est dose dépendant. Ainsi, fumer moins de 20 cigarettes par jour serait responsable d'une augmentation de 20 % du nombre d'accouchements avant 37 SA et fumer plus de 20 cigarettes par jour serait responsable d'une augmentation de plus de 50 % du nombre d'accouchements avant 37 SA [32]. Donc notre résultat concernant le tabac ne concordait pas avec les données de la littérature. Cependant, nous n'avions pas demandé s'il y avait des fumeurs qui vivent avec les patientes. Car il est fort possible que parmi ces femmes qui étaient admises pour MAP, il y avait probablement des femmes qui étaient tabagique passives.

II.7. Consultation prénatale (CPN)

Dans notre étude, 60,71% (n= 34) des gestantes avaient fait des consultations prénatales insuffisantes de 1 à 3 CPN (Figure 6). Par ailleurs même si la grossesse avait été bien suivie avec 4 CPN et plus, il y avait toujours des femmes qui présentaient une

menace d'accouchement prématuré. C'était le cas dans notre étude car 32,14% (n= 18) des femmes admises pour MAP avaient fait au moins 4 CPN (Figure 6).

Ces résultats étaient superposables à l'étude de Bernardson B qui avait montré que 34% des femmes qui accouchaient prématurément avaient fait plus de 4 CPN [41]. Alors un doute se pose à propos de la qualité des consultations prénatales. Une mauvaise qualité des CPN peut être due à l'insuffisance des aptitudes et des connaissances des prestataires de soin dans les centres de santé de base (CSB) sur la recherche des facteurs de risques de la menace d'accouchement prématuré. Cette mauvaise qualité des CPN pouvait aussi être liée à la pauvreté car rares sont les femmes qui font des échographies obstétricales au moins 3 fois au cours de leurs grossesses. Il est donc très important pour les prestataires de soins de mettre à niveau leur connaissance par le biais des formations régulières. Mais aussi les centres de santé surtout les CSB doivent avoir les équipements nécessaires pour le suivi des femmes enceintes (exemples : tensiomètre, stéthoscope obstétricale, bandelettes urinaires,...)

L'absence de CPN est un facteur de risque à plusieurs pathologies gravidiques et ses complications et ce risque est sous-estimé car les femmes n'ayant pas effectué des CPN accouchent rarement dans un centre de santé et à l'inverse, les femmes ayant effectué au moins 4 CPN accouchent le plus souvent dans un centre de santé et cela avait probablement influencé sur nos résultats.

Ceci est confirmé par l'enquête nationale sur le suivi des indicateurs des OMD 5 à Madagascar qui avait montré que les femmes qui ont effectué au moins les quatre visites prénatales recommandées ont plus fréquemment accouché dans un établissement de santé que celles qui ont effectué moins de consultations et plus particulièrement celles qui n'ont effectué aucune visite prénatale (48 % contre respectivement 33 % et 25 %) [35].

II.8. Longueur cervicale à l'entrée

Selon Cabrol D, la valeur diagnostique de l'examen clinique est bonne dans les cas extrêmes (col très modifié associé à des contractions utérines régulières ou à l'inverse col très peu modifié avec des contractions rares). Dans les situations intermédiaires, les plus nombreuses, la prédiction de l'accouchement prématuré par l'examen clinique est médiocre [1]. L'échographie du col utérin bénéficie d'une évaluation technique satisfaisante; elle doit être réalisée par voie transvaginale. En cas

de MAP, les seuils de longueur cervicale les plus discriminants pour prévoir l'accouchement prématuré varient selon les études et se situent entre 20 et 30 mm. L'échographie du col est recommandée car elle apporte un progrès par rapport au toucher vaginal dans l'identification des patientes à risque d'accoucher prématurément en cas de MAP [1].

Dans notre étude, les femmes admises pour MAP avaient un col entre 26 mm à 29 mm dans 62,50% (n= 35) des cas et 37,50% (n= 21) avaient un col entre 20 à 25 mm (Figure 7).

Selon la littérature et dans plusieurs études, une longueur cervicale inférieure à 25 mm prédit un risque accru de naissance prématuré [42,43].

Kaliprasad A avait montré dans leur étude sur 100 femmes que la valeur prédictive positive pour prédire un accouchement prématuré dans les 7 jours avec une longueur cervicale ≤ 25 mm était de 91,3% [44].

Une autre étude africaine montraient un résultat avec une VPP = 52,94 % pour un seuil de longueur cervicale à 25 mm [33].

II.9. Fièvre

Selon Tsatsaris V, l'infection joue un rôle important dans l'initiation des contractions utérines cependant l'infection n'est retrouvée que dans 40 % des accouchements prématurés [27].

Nous avons considéré comme état fébrile une température supérieure ou égale à 38°C car selon la littérature une température supérieure à 38 °C à deux reprises doit être considérée comme pathologique [45]. Dans la présente étude, 12,50% (n=7) des cas étaient fébriles (Figure 8).

La fièvre au cours de la grossesse peut avoir plusieurs étiologies notamment les infections. Mais en cas de MAP associée à une RPM, l'étiologie le plus souvent retrouvé est la chorioamniotite. Nous n'avions pas inclus dans notre étude la RPM ce qui explique ce taux assez faible de gestantes ayant une température supérieur à 38°C.

II.10. Examens paracliniques

II.10.1. Examen cytot bactériologique des urines (ECBU)

Dans beaucoup de travaux publiés, l'infection urinaire est l'une des causes les plus fréquentes de MAP [14]. Dans une méta-analyse de 4 études de cohorte, Romero R rapporte un risque de prématurité deux fois moins élevé chez les femmes sans bactériurie (OR = 0,50 IC : 0,37-0,70) [46].

Dans nos travaux, les femmes présentant un syndrome inflammatoire étaient aux alentours de 40% car 37,50% (n= 21) des cas avaient une hyperleucocytose (Tableau VII) et 46,43% (n= 26) avaient un taux de CRP > 6 mg/L (Tableau VIII). Le résultat de l'ECBU est positif dans 7,14% (n=4) (Tableau IX). Nos données se rapprochaient d'une étude fait par Randriambola N en 2013 au CHUGOB sur les facteurs de risques de la MAP qui avait montré 6,99% d'infection urinaire sur ses cas [15].

Selon Javaud N, les germes retrouvés dans un ECBU positif sont l'Escherichia coli dans 70% des cas [45]. Nos résultats rejoignent celui de la littérature car l'Escherichia coli était le germe retrouvé dans 75% des cas après un ECBU positif (Tableau X).

Ici le nombre de patientes avec un syndrome inflammatoire étaient plus élevé par rapport au nombre de patientes avec un ECBU positif. Ceci pourrait s'expliquer par le fait que plusieurs patientes n'avaient pas pu faire cet examen qui est assez couteux, ou peut être que ces syndromes inflammatoires avaient d'autres causes qui n'ont pas été recherchées.

II.10.2.Prelevement vaginal

Après l'infection urinaire, l'infection génitale figure parmi les causes les plus fréquentes de MAP qu'il faudrait d'ailleurs rechercher pour chaque patiente admise pour une MAP et/ou un accouchement prématuré.

Ségolène O retrouvait 52,95 % de cas d'infection génitale et les germes incriminés étaient le Mycoplasma urealytica, le Candida albicans, le Gardnerella vaginalis, ainsi que l'Escherichia coli lors d'une étude à propos de 68 cas à la Maternité du CHU de Dijon [47].

Dans notre étude 5,36% (n= 3) des cas avaient un résultat du PV positif (Tableau XI) et les germes trouvés étaient Gardnerella vaginalis et Candida albicans (Tableau

XII). Ceci peut être en rapport au fait que 37,5% (Tableau XI) des patientes n'avaient pas pu faire l'examen dont la raison était le plus souvent d'origine pécuniaire.

III. Caractéristiques liés aux traitements

III.1. Délai entre la tocolyse et l'accouchement

Une prolongation de la grossesse au-delà de 48 heures est bénéfique pour le fœtus car ce délai est nécessaire pour permettre la maturation pulmonaire.

Dans notre étude nous avons trouvé que dans 28,57% (n=16) des cas, la tocolyse par la nifédipine avait prolongé la grossesse de 2 à 6 jours; dans 58,93% (n=33) des cas, la grossesse avait été prolongée de 7 jours ou plus et les 12,5% (n=7) des parturientes avaient accouché dans les premiers 24 heures (Tableau XIII). Les données de la littérature étaient proches de nos résultats car une étude faite par Kashanian M avait montré que dans 65% des cas, la tocolyse par la nifédipine avait prolongé la grossesse de plus de 7 jours [48]. Une autre étude faite par Bekkari Y trouvait aussi que le traitement de la MAP avec la nifédipine avait prolongé 84% des grossesses de plus de 48 heures [49]. Et selon une étude faite au CHU de Grenoble par Rulence D, 8,05% des femmes hospitalisées pour MAP avaient accouché avant 48 heures après une tocolyse [50].

Dans notre pratique quotidienne, il existe parfois une rupture de stock de la nifédipine dans l'enceinte du CHUGOB retardant ainsi la prise en charge de la MAP et cela pourrait être une des causes qui conduit à un accouchement prématuré dans les premiers 24 heures après l'admission des parturientes. Alors l'approvisionnement continu en nifédipine des centres de santé et surtout au CHUGOB est très important pour que les patientes soient traitées à temps.

III.1. Effets indésirables de la tocolyse par la nifédipine

D'après plusieurs auteurs, la nifédipine avait une efficacité et une tolérance bien supérieure par rapport aux autres tocolytiques.

Selon Veen A.J, des essais comparant la nifédipine et la ritodrine ont conclu que la nifédipine est le tocolytique le plus efficace, a moins d'effets secondaires avec très peu d'interruptions du traitement [51].

Selon Tania R sur une étude concernant l'efficacité tocolytique et effets indésirables maternels et néonataux de la nifédipine versus terbutaline, les femmes ayant présenté deux effets secondaires ou plus étaient de 33,3% pour la nifédipine et 84,8% pour la terbutaline. Les bouffées de chaleur et les maux de tête étaient les effets indésirables fréquemment observés après l'administration de nifédipine. Et il y avait aussi 2 événements d'hypotension artérielle sur 32 femmes tocolysées par la nifédipine [52].

Dans notre présente étude, les patientes toléraient bien la nifédipine. Nous avons eu 12,50% de parturientes qui avaient présenté des effets indésirables (Figure 9) dont 5 parturientes qui présentaient une hypotension artérielle et 2 parturientes qui présentaient une céphalée (Tableau XIV). Ce taux semblait être inférieur par rapport à l'étude de Tania R.

III.2. Corticothérapie

Une étude menée par Carolin sur l'évaluation du résultat périnatal après une tocolyse avait montré qu'environ 75% des femmes ayant reçu un diagnostic de menace de travail prématuré n'ont pas accouché après les 48 premières heures de thérapie tocolytique avec la nifédipine. Ce délai de 48 heures qui permettait la maturation pulmonaire. Après cela le risque d'accouchement prématuré persiste. Deux semaines après le traitement pour la menace d'accouchement prématuré avec la nifédipine 65% des femmes sont encore enceintes [40]. Une autre étude faite par Karamisheva V avait montré que 89,77% (n=79/88) des femmes tocolysées par la nifédipine avait reçu les corticothérapies anténatales [53].

Notre étude avait montré que 87,50% (n=49) de nos gestantes avaient pu bénéficier d'une maturation pulmonaire (Tableau XV) avec 2 injections de 12 mg de dexaméthasone en IM espacé de 24 heures. Notre étude concordait avec la littérature car le résultat était similaire à l'étude de Karamisheva V.

III.3. Contraction utérine

Lors d'une étude prospective faite par Karamisheva V sur la tocolyse avec la nifédipine : son utilisation dans la pratique actuelle, 10,22% (n=9/88) des femmes tocolysées par la nifédipine avaient eu une persistance de la contraction utérine. Les 79

autres grossesses sont retardées de 48 heures pour recevoir des corticostéroïdes anténataux. De toutes ces 79 grossesses 66 ont été retardé de 7 jours [53].

Dans notre étude nous avons un taux plus élevés de 44,64% (n=25) des patientes dont les contractions utérines avaient persisté durant les premières heures de tocolyse par la nifédipine (Figure 10). Mais malgré cela 87,50% (n=49) de nos gestantes avaient pu bénéficier d'une maturation pulmonaire (Tableau XV) et 41,07% (n=23) des femmes admises pour MAP avaient accouché à terme grâce à la tocolyse par la nifédipine (Figure 12).

IV. Caractéristiques des nouveaux nés

IV.1. Terme de l'accouchement

Rambaud P avait classé la prématurité en 3 catégories :

- Très grande prématurité inférieur à 28 SA d'âge gestationnel,
- Grande prématurité entre 28 à 32 SA d'âge gestationnel,
- Prématurité modérée entre 33 à 36 SA d'âge gestationnel [54].

Selon Blencowe H, lors d'une analyse systématique, 14,9 millions des bébés sont nés prématurément, ce qui constitue 11,1% de toutes les naissances vivantes dans le monde entier en l'an 2010 et que la prématurité contribue de manière significative à l'incidence de la mortalité périnatale et d'autres issues défavorables néonatales [55].

La prévalence de l'issue néonatale défavorable est fortement liée à l'âge gestationnel qui est de 77% à 24-27SA et de 2% à 34 SA et plus [40].

Nous avons eu dans notre étude un taux de prématurité assez élevé de 58,93% (figure 12). Cependant même si ce taux était élevé la majorité des prématurés soit 57,57% (n=19) étaient classés parmi les prématurés modérés (Tableau XVI).

IV.2. Indice d'Apgar

Selon Veen A.J, la tocolyse par la nifédipine améliore le résultat néonatal en raison de la réduction de la détresse respiratoire et de l'hémorragie intraventriculaire [51]. Dans notre étude presque la totalité des nouveau-nés soit 98,21% (n=55) avaient eu une indice d'Apgar ≥ 7 à M5 (Tableau XVII). Cependant les complications de la prématurité n'avaient pas été identifiées car une des limites de notre étude est l'absence de suivi à moyen et à long terme des nouveau-nés.

IV.3. Mode d'accouchement et poids de naissance

Selon Bernardson B, la mortalité élevée en période néonatale est en étroite relation avec le faible poids de naissance. En effet, plus il est bas, plus la mortalité se trouve élevée [41].

Dans notre étude, les nouveau-nés avaient un poids de naissance $\geq 2500\text{g}$ dans 57,14% (n=32) des cas (Figure 13). Cependant une des limites de notre étude était l'absence de suivi des nouveau-nés et cela ne nous empêchait d'avoir le taux de mortalité.

Dans notre étude, 7,14% (n=4) des femmes admises pour MAP avaient été césarisées (Figure 11). L'étude de Bernardson B avait trouvé un taux d'opération césarienne de 35,1 % chez les femmes qui accouchaient prématurément [41]. Cela s'explique probablement du fait que nos cas étaient des femmes admises pour MAP sans autres pathologies associées et que la majorité de ces cas avaient fait des CPN (Figure 6).

CONCLUSION

CONCLUSION

La menace d'accouchement prématurée (MAP) est une pathologie gravidique toujours d'actualité, le plus souvent elle se termine par un accouchement prématuré bien que la prématurité constitue la première cause de morbidité et de mortalité néonatale dans le monde.

Il avait été constaté lors de notre étude que les parturientes les plus touchées par la menace d'accouchement prématuré sont les femmes aux foyers, les nullipares et celles ayant un âge gestationnel supérieur à 32 SA.

La majorité de patientes admises pour MAP avait eu une longueur cervicale supérieure à 25 mm.

Concernant la tocolyse par nifédipine, elle était bien tolérée avec très peu d'effets indésirables sur nos parturientes.

Plus de la moitié de nos cas avait prolongé leur grossesse de plus de 7 jours et la majorité des parturientes avaient pu bénéficier d'une maturation pulmonaire.

Et presque la moitié des femmes admises pour une menace d'accouchement prématuré et ayant reçu la tocolyse par nifédipine avaient accouché à terme.

Cette étude nous avait permis de constater que la tocolyse par nifédipine permet de prolonger la grossesse et de réaliser la maturation pulmonaire, réduisant ainsi les morbidités et mortalités néonatales liées à la prématurité.

Le dépistage systématique des patientes à risque de présenter une MAP, la prise en charge précoce des MAP, l'approvisionnement continu des centres de santé en nifédipine permettraient de réduire considérablement la prématurité et ses complications. En d'autres termes, un meilleur suivi de la grossesse pour la prévention de la prématurité, constitue vraiment une prise en charge multidisciplinaire qui relie l'obstétrique à la pédiatrie néonatale, car cela diminuerait très fortement l'admission de prématurés à la réanimation néonatale.

L'amélioration du système de santé améliorerait sans doute la prise en charge de l'accident gravissime ; que constitue la prématurité.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. Cabrol D. La menace d'accouchement prématuré à membranes intactes. Recommandations pour la pratique clinique. 2002; 287-98. <http://www.cngof.asso.fr>.
2. Blondel B, Norton J, Mazaubrun C, Bréart G. Enquête nationale périnatale 1998. Rapport Inserm. 2000.
3. Ancel PY. Preterm labor: pathophysiology, risk factors and outcomes. J Gynecol Obstet Biol Reprod. 2002; 31; suppl7: 5S10-5S21.
4. Andriamamonjy V. Efficacité et tolérance entre la nifédipine et salbutamol devant une menace d'accouchement prématuré [Thèse]. Médecine humaine : Antananarivo; 2009. 62p.
5. Tan C, Devendra K, Tan L, Tan H. Tocolytic treatment for the management of preterm labour. Singapore Med J. 2006; 47; 5: 361-6.
6. Menthonnex E. Menace d'accouchement prématuré. EMC. Elsevier, Masson SAS; 2006. <http://www.emc-consulte.com>.
7. Goffinet F, Kayem G. Diagnostic et pronostic de la menace d'accouchement prématuré à l'aide de l'examen clinique et de l'échographie. J Gynecol Obstet Biol Reprod. 2002; 31:22 -34.
8. Davidoff MJ, Dias T, Damus K, Russel R, Bettgowda V, Dolan S. Changes in the gestational distribution among U.S singleton births: impact on rates of late preterm birth 1992 to 2002. Semin Perinatol. 2006; 30: 8-15.
9. Gouyon JB, Iacobelli S, Ferdinus C, Bonsante F. Neonatal problems of late and moderate preterm infants. Semin Fetal Neonatal Med. 2012; 17: 146-52.
10. Aboussad A, Maoulainine F, Ouattara L. Facteurs pronostiques de la mortalité chez le prématuré à Marrakech. Archi Pediatr. 2010 ; 17 : 68.

11. Cabrol D. Menace d'Accouchement Prématuré. *Gynecol Obstet Biol Reprod.* 2002; 31; suppl 7: 5S7 - 2S1128, 5S78.
12. Merger R, Levy J, Melchior J. Menace d'accouchement prématuré et accouchement prématuré spontané. *Précis d'obstétrique*, 6^e édition Masson Paris 2001 : 597p
13. Berkowitz GS, Blackmore PC, Lapinski RH, Savitz DA. Risk factors for preterm birth subtypes epidemiology. *Masson*; 1998; 9: 279-85.
14. Lansac J, Berger G, Magnin G. La menace d'accouchement prématuré. 3^eème édition obstétrique. Paris : Masson; 2000 : 295-310.
15. Randriambola N. Facteurs de risque de la menace d'accouchement prématuré [Thèse]. *Médecine humaine : Antananarivo* ; 2013.51p.
16. Bayoumeu F. Prévention et traitement de l'anémie gravidopuerpérale. Paris : Masson ; 2011.
17. OMS. Concentrations en hémoglobine permettant de diagnostiquer l'anémie et d'en évaluer la sévérité. OMS. 2011.
18. Kayem G, Goffinet F, Haddad B, Cabrol D. Menace d'accouchement prématuré. Elsevier Masson; 2010.
19. Sylvie L, Gaëlle T, Annie V. Le grand livre du bébé prématuré : du choc de la naissance à l'arrivée du bébé à la maison. *Hôpital Sainte-Justine*; 2001; 1.364 p.
20. Saurel CM, Zeitlin J, Lelong N, Papiernik E, Di Renzo G, Breart G. Employment, working conditions and preterm birth: results from the Europop case-control survey. *J Epid Com Health.* 2004; 58: 395- 401.

21. Coulibaly F. Aspects épidémio-cliniques de l'accouchement prématuré [Thèse]. Médecine humaine : Bamako ; 2006.80p.
22. Limat S, Lansaworonoff-Lemsi MC. Tocolytiques et menace d'accouchement prématuré. Dossier du NHIM. R Eval Med. 2002; 65: 10 – 7.
23. Papiernick E. Coefficient de risque d'accouchement prématuré. Press Med. 1969; 77: 793-5.
24. Lindström K, Winbladh B, Haglund B, Hjern A. Preterm infants as young adults: a Swedish national cohort study. *Pediatr.* 2007 Jul; 120(1): 70-7.
25. Tomashek KM, Shapiro-Mendoza CK, Davidoff MJ, Petrini JR. Differences in mortality between late-preterm and term singleton infants in the United States, 1995-2002. *J Pediatr.* 2007 Nov; 151(5): 450-6.
26. Spong CY. Prediction and prevention of recurrent spontaneous preterm birth. *Rev Obstet Gynecol.* 2007 Aug; 110(2 Pt 1): 405-15.
27. Tsatsaris V, Carbonne B, Cabrol D. Les nouveaux tocolytiques. Paris : CNOF. 2001: 183-204.
28. Smith P, Anthony J, Johanson R. Nifedipine in pregnancy. *J Gynecol Obstet Biol Reprod.* 2000; 107: 299-307.
29. Khoo F, Mathur M. Severe resistant maternal hypotension following tocolysis with nifedipine. *BMJ Case Rep.* 2014, <http://dx.doi.org/10.1136/bcr-2014-208059>
30. Winer N, Carbonne B. État des lieux et expertise sur l'utilisation hors AMM des inhibiteurs calciques en obstétrique. Paris : CNOF. 2014: 735- 40.
31. Ghouati E, Boukhanni L, Berraho K, Alami HA, Elbarnoussi L, Bezad R et al. La menace d'accouchement prématuré à propos de 135 cas colligés à la maternité des Orangers. *Med Maghreb.* 2008; 159: 5-10.

32. Shah NR, Bracken MB. A systematic review and meta-analysis of prospective studies on the association between maternal cigarette smoking and preterm delivery. *Am J Obstet Gynecol.* 2000 Feb ; 182(2) : 465-72.
33. Ouattara A, Ouedraogo C. Ultrasound of the uterine cervix in the management of preterm labor in an African milieu: the Sanou Souro University Hospital Center (Bobo Dioulasso, Burkina Faso) experience. *Afr J Med.* 2016; (8); 1.
34. Vendittelli F. Syndrome douloureux abdominal-pelvien pouvant motiver une consultation en urgence au cours d'une grossesse. *Corp Méd– Faculté de Médecine de Grenoble;* 2003; 17: 1 – 5.
35. Instat. Enquête nationale sur le suivi des objectifs du millénaire pour le développement à Madagascar. INSTAT/ENSOMD. 2012.
36. Ravoahangilalao F. Statistiques des faits d'état civil de la CUA. INSTAT. Décembre 2016; 005.
37. Goldenberg RL , Culhane F , Lams D , Romero R. Epidemiology and causes of preterm birth. *Lancet.* January 2008; 371: 75 - 84.
38. Précelle F. Problematic of depression, first pregnancy and risk of premature birth. *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence.* 2004; 52 : 279–83.
39. Catherine LF, David A, Chris B, Hirut GE, Anna G, Carol H et al. Rapport National du Suivi des Objectifs du Millénaire pour le Développement. OMD. 2010; 9: 28-31.
40. Carolien, Liesbeth H, Kitty W, Annemiek B. Assessment of perinatal outcome after sustained tocolysis in early labour (APOSTEL-II trial). *BMC Pregnancy and Childbirth.* 2009; 9: 42.

41. Bernardson B. Profils et causes de la prématurité [Thèse]. Médecine humaine : Antananarivo ; 2010. 61p.
42. Crane JM, Hutchens D. Use of transvaginal ultrasonography to predict preterm birth with a history of preterm birth. *Ultrasound Obstet Gynecol.* 2008; 32(5): 640-5.
43. HAS. Mesure de la longueur du canal du col de l'utérus par échographie par voie vaginale : intérêt dans la prévision de l'accouchement prématuré spontané. Rapport d'évaluation technologique HAS. Juillet 2010. <http://www.has-sante.fr>.
44. Kaliprasad A, Rashmi B, Vanita S .Cervical length compared to Bishop's score for prediction of preterm labour. *Article J Obstet Gynaecol.* April 2011; 31(3): 213-6.
45. Javaud N, Stirnemann J. Fièvre chez la femme enceinte. *EMC Médecine d'urgence.* Paris: Elsevier Masson SAS; 2007. 25-070-B-30.
46. Romero R, Gomez R, Chaiworapongsa T, Conoscenti G, Kim JC, Kim YM. The role of infection in preterm labour and delivery. *Pediatr Perinat Epidemiol.* 2001; 15 (Suppl 2): 41-56.
47. Ségolène O. Les menaces d'accouchement prématuré: Facteurs pronostics d'accouchement imminent et éléments prédictifs du bien être néonatal [Thèse]. Médecine humaine : Dijon ; 2005. 90p.
48. Kashanian M, Akbarian AR, Soltanzadeh M. Atosiban and nifedipin for the treatment of preterm labor. *J Gynecol Obstet Biol Reprod.* 2005; 91: 10-4.
49. Bekkari Y, Lucas J, Beillat T, Chéret A, Dreyfus M. Tocolyse par la nifédipine : Utilisation en pratique courante. *Gynecol Obstet Fertil* 2005; 33 : 259.

50. Rulence D. Etude descriptive du devenir des menaces d'accouchement prématuré après tocolyse au CHU de Grenoble [Mémoire]. Médecine humaine : France ; 2014. 36p.
51. Veen AJ, Pelinck MJ, Pampus MG, Erwich JJHM. Severe hypotension and fetal death due to tocolysis with nifédipine. BJOG. April 2005; 112: 509–10.
52. Tania R, Gordon G, Luciane C. Nifedipine versus Terbutaline, Tocolytic Effectiveness and Maternal and Neonatal Adverse Effects: A Randomized, Controlled Pilot Trial. Basic & Clinical Pharmacology & Toxicology, 2015; 116: 244–50.
53. Karamisheva V, Ivanov S, Jordanova D, Marinov B, Dimitrov G, Nachev A. Tocolysis with nifedipin ;its use in current practice . Akush Ginekol (Sofia). 2014; 53; Suppl 1: 8-12.
54. Rambaud P. Prématurité et hypotrophie néonatale. Faculté de Médecine de Grenoble Corpus Médical. 2003; 21: 1-13.
55. Blencowe H, Cousens S, Oestergaard MZ, Chou D, Moller A-B, Narwal R, et al. National, regional, and worldwide estimates of preterm birth rates in the year 2010 with time trends since 1990 for selected countries: a systematic analysis and implications. Lancet. 2012; 379: 2162–72.

ANNEXES

ANNEXE I : CRAP de Papiernick

Nombre de Points	Statut socioéconomique	Antécédents	Mode de vie	Grossesse actuelle
1	-Deux enfants ou plusieurs sans aide familiale -Bas NSE	-Un curetage -Court intervalle après des grossesses antérieures (un an entre la fécondation et l'accouchement)	-Travail à l'extérieur	-Fatigue inhabituelle -Prise de poids excessif
2	-Grossesse illégitime, non hospitalisé en maison maternelle -Moins de 20 ans -Plus de 40 ans	-Deux curetages	-Plus de trois étages sans ascenseur -Plus de 10 cigarettes par jours	-Moins de 5kg de prise de poids -Albuminurie -HTA (>13) -hypotension (<8)
3	-Très bas NSE -Taille < 1.5 m -Poids <45 kg	-Trois curetages ou plus -Utérus cylindrique	-Long trajet quotidien -Efforts inhabituels -Grand voyage -Travail fatiguant	-Chute de poids le mois précédent -Tête basse -Segment inférieur formé -Siège à 7 mois
4	-Moins de 18 ans			-Pyélonéphrites -Métrorragies de deuxième trimestre -Col court -Col perméable -Utérus contractile
5		-Malformation utérine -Un avortement tardif -Un accouchement prématuré		-Grossesse gémellaire -Placenta Prævia -Hydramnios

Source : Papiernick E. Coefficient de risque d'accouchement prématuré. Press Med. 1969; 77: 793-5 [23].

ANNEXE II : Fiche d'enquête

N°:	IDENTIFICATION
	<ul style="list-style-type: none"> • Triage : • Nom et prénoms : • Telephone : • Address: • Profession : • Date de naissance :...../...../..... Age :.....ans • Date d'admission: • Heure d'admission:.....hmin • Diagnostic à l'entrée: • Date de dernière règle (DDR) : ou Echo T1 : Age gestationnel :.....SA
	<p>FACTEUR DE RISQUE</p> <p>Situation matrimoniale</p> <ul style="list-style-type: none"> • Célibataire <input type="checkbox"/> • Mariée légitime <input type="checkbox"/> • Mariée illégitime <input type="checkbox"/> <p>Antécédents</p> <ul style="list-style-type: none"> • Interruption volontaire de la grossesse : oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> • Fausse couche spontanée : oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> • Curetage RP: oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> • Menace d'accouchement prématuré : oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> • Accouchement prématuré : oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> Terme de l'accouchement :.....SA Enfant vivant <input type="checkbox"/> Mort née <input type="checkbox"/> Poids de naissance :.....g • Béance cervicale <input type="checkbox"/> Cerclage : oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> • Toxique : <ul style="list-style-type: none"> Alcool <input type="checkbox"/> Tabac <input type="checkbox"/> Autres :..... • Nombre de CPN :.....fois • Maternels : <ul style="list-style-type: none"> HTA <input type="checkbox"/> asthme <input type="checkbox"/> diabete <input type="checkbox"/> • Autres antécédents :

	<p>Examen à l'entrée</p> <ul style="list-style-type: none"> • TA : FC :min • Conjonctive : coloré <input type="checkbox"/> pale <input type="checkbox"/> • SF urinaire : oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> <ul style="list-style-type: none"> Dysurie <input type="checkbox"/> Brûlure mictionnelle <input type="checkbox"/> Pollakiurie <input type="checkbox"/> Colique néphrétique <input type="checkbox"/> • CU :/10min Duré :s • Température maternelle :°C • HU :cm • Bishop : <ul style="list-style-type: none"> Dilatation col :cm Col : long <input type="checkbox"/> court <input type="checkbox"/> effacé <input type="checkbox"/> Consistance : ferme <input type="checkbox"/> moyenne <input type="checkbox"/> molle <input type="checkbox"/> Position col : postérieure <input type="checkbox"/> centrée <input type="checkbox"/> antérieure <input type="checkbox"/> Présentation : haute <input type="checkbox"/> amorcée <input type="checkbox"/> fixée <input type="checkbox"/> engagée <input type="checkbox"/> • Echographie cervicale :mm • ERCF normal <input type="checkbox"/> anormal <input type="checkbox"/>
	<p>Cure corticoïde</p> <ul style="list-style-type: none"> - Première dose oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> - Deuxième dose oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
	<p>PARACLINIQUE</p> <p>Hémogramme : faite <input type="checkbox"/> non faite <input type="checkbox"/> résultat perdu <input type="checkbox"/></p> <ul style="list-style-type: none"> - Hyperleucocytose : oui <input type="checkbox"/>G/L <ul style="list-style-type: none"> Prédominance : non <input type="checkbox"/> - Anémie : oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> <ul style="list-style-type: none"> Hémoglobine :g/dL <p>CRP : faite <input type="checkbox"/> non faite <input type="checkbox"/> résultat perdu <input type="checkbox"/></p> <p>Résultats :µg/L</p> <p>ECBU : faite <input type="checkbox"/> non faite <input type="checkbox"/> résultat perdu <input type="checkbox"/></p> <ul style="list-style-type: none"> • Résultats : positif <input type="checkbox"/> négatif <input type="checkbox"/> • Germe(s) : <p>Prélèvement vaginal : faite <input type="checkbox"/> non faite <input type="checkbox"/> résultat perdu <input type="checkbox"/></p> <ul style="list-style-type: none"> • Résultat : positif <input type="checkbox"/> négatif <input type="checkbox"/> • Germe(s) :

TRAITEMENTS	
	Présence d'effets indésirables de la nifédipine : oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> <ul style="list-style-type: none"> • OAP <input type="checkbox"/> • Hypotension <input type="checkbox"/> • Nausée ou vomissement <input type="checkbox"/> • Céphalées <input type="checkbox"/> • Tachycardie sup à 100bpm <input type="checkbox"/> • Autres <input type="checkbox"/> Traitements associés <ul style="list-style-type: none"> • Repos <input type="checkbox"/> • Autres : Contraction utérine <ul style="list-style-type: none"> • Arrêté : oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
	Paramètre à la naissance <ul style="list-style-type: none"> • Date de l'accouchement : • Enfant vivant <input type="checkbox"/> Enfant mort-né <input type="checkbox"/> • Indice d'Apgard à M5 : • Poids de naissance :.....g

VELIRANO

“Eto anatrehan’ Andriamanitra Andriananahary, eto anoloan’ ireo mpampianatra ahy, sy ireo mpiara-nianatra tamiko eto amin’ ity toeram-pampianarana ity, ary eto anoloan’ny sarin’i HIPPOCRATE,

Dia manome toky sy mianiana aho fa hanaja lalandava ny fitsipika hitandrovana ny voninahitra sy ny fahamarinana eto am-panatontosana ny raharaham-pitsaboana.

Hotsaboiko maimampoana ireo ory ary tsy hitaky saran’asa mihoatra noho ny rariny aho, tsy hiray tetika maizina na oviana na oviana ary na amin’ iza na iza aho mba hahazoana mizara aminy ny karama mety ho azo.

Raha tafiditra an-tranon’olona aho dia tsy hahita izay zava-miseho ao ny masoko, katanako ho hay samirery ireo tsiambarantelo aboraka amiko, ary ny asako tsy avelako hatao fitaovana hanatontosana zavatra mamofady na hanamoràna famitàkeloka.

Tsy ekeko ho efitra hanelanelana ny adidiko amin’ ny olona tsaboiko ny antonjavatra ara-pinoana, ara-pirenena, ara-pirazanana, ara-pirehanaary ara-tsaranga. Hajaiko tanteraka ny ain’olombelona na dia vao notorontoronina aza, ary tsy hahazo mampiasa ny fahalalako ho enti-manohitra ny lalàn’ ny maha-olona aho na dia vozonana aza.

Manaja sy mankasitraka ireo mpampianatra ahy aho ka hampita amin’ny taranany ny fahaizana noraisiko tamin’ izy ireo.

Ho toavin’ ny mpiara-belona amiko anie aho raha mahatanteraka ny velirano nataoko.

Ho rakotry ny henatra sy horabirabian’ ny mpitsabo namako kosa aho raha mivadika amin’ izany.”

PERMIS D'IMPRIMER

LU ET APPROUVE

Le Directeur de thèse

Signé : Professeur ANDRIANAMPANALINARIVO HERY Rakotovao

VU ET PERMIS D'IMPRIMER

Le Doyen de la Faculté de Médecine d'Antananarivo

Signé : Professeur SAMISON Luc Hervé

Name and first name: TAHINASOA Julien

Title of the thesis: « OBSTETRICAL PROGNOSIS AND OUTCOME OF TOCOLYSIS BY NIFEDIPINE IN THE THREAT OF PREMATURE LABOR »

Classification: GYNEACOLOGY - OBSTETRIC

Number of pages: 52

Number of tables: 17

Number of bibliographic references: 55

Number of figures: 13

SUMMARY

Introduction: The threat of premature labor is the leading cause of hospitalization during pregnancy. The objective of the study is to describe the epidemiologic profile of the threat of preterm delivery and describe the outcome of the threat of preterm delivery after tocolysis with nifedipine.

Methods: This is a prospective descriptive study conducted at UH GOB for a period of 6 months from January to June 2017.

Results: The frequency of premature labor threatens during was 13.77%. The average age of the 56 cases was 24.28 years. The women in the home (51.79%), the primiparous (57.14%) and the primigest (46.43%) were the most affected. Patients had a gestational age greater than 32 weeks in 51.79% of cases. The most common antecedents were miscarriage (14.28%), abortion (3.57%), premature delivery (3.57%) and curettage (5.35%). Urinary tract infections were found in 7.14% of cases and genital infections in 5.36% of cases. After nifédipine tocolysis, pregnancy was prolonged by 7 days or more in 58.93% of cases. The patients received 2 doses of steroids in 87.50% of cases. Adverse events were found in 12.50% of cases including hypotension (8.93%) and headache (3.57%). The term delivery rate was 41.07%.

Conclusion: Nifedipine tocolysis helps to prolong pregnancy and to achieve lung maturation, thus reducing the morbidities and mortalities associated with prematurity. However, screening and the prevention of risk factors are necessary for reduction of this pathology.

Key words: Nifedipine-prematurity-threat-tocolysis.

Director of thesis : Professeur ANDRIANAMPANALINARIVO HERY Rakotovao

Reporter of thesis : Docteur RASOANANDRIANINA Bienvenue Solange

Author's address : LotIA76TANJOMBATO

Nom et prénom : TAHINASOA Julien

Titre de la thèse : « PRONOSTIC OBSTETRICAL ET ISSUE DE LA TOCOLYSE PAR NIFEDIPINE DANS LA MENACE D'ACCOCUCHEMENT PREMATURE »

Rubrique: GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE

Nombre des pages: 52

Nombre des tableaux: 17

Nombre des références bibliographiques: 55

Nombre des figures: 13

RESUME

Introduction : La MAP est la première cause d'hospitalisation au cours de la grossesse. L'objectif de l'étude est de décrire le profil épidémio-clinique de la MAP et de décrire l'issue de la MAP après la tocolyse par la nifédipine.

Méthodes : Il s'agit d'une étude prospective descriptive réalisée au CHUGOB durant une période de six mois allant du mois de janvier jusqu'au mois de juin 2017.

Résultats : La fréquence de la MAP était de 13,77%. L'âge moyen était de 24,28 ans. Les femmes aux foyers (51,79%), les primipares (57,14%) et les primigestes (46,43%) étaient les plus touchées. Les patientes avaient un âge gestationnel supérieur à 32 SA dans 51,79% des cas. Les antécédents les plus rencontrés étaient les fausses couches (14,28%), IVG (3,57%), accouchements prématurés (3,57%) et les curetages (5,35%). Les infections urinaires étaient retrouvées dans 7,14% des cas et les infections génitales dans 5,36% des cas. Après la tocolyse par la nifédipine, la grossesse était prolongée de 7 jours ou plus dans 58,93% des cas. Les patientes avaient reçu 2 doses de corticothérapie dans 87,50% des cas. Les effets indésirables étaient retrouvés dans 12,50% des cas dont l'hypotension artérielle (8,93%) et la céphalée (3,57%). Le taux d'accouchement à terme était de 41,07%.

Conclusion : La tocolyse par la nifédipine permet de prolonger la grossesse et de réaliser la maturation pulmonaire, réduisant ainsi les morbidités et mortalités liées à la prématurité. Toute fois le dépistage et la prévention des facteurs des risques s'avèrent nécessaire pour la réduction de cette pathologie.

Mots clé : Efficacité-menace-nifédipine- prématurité-tocolyse.

Directeur de thèse : Professeur ANDRIANAMPANALINARIVO HERY Rakotovao

Rapporteur de thèse : Docteur RASOANANDRIANINA Bienvenue Solange

Adresse de l'auteur : Lot IA76 TANJOMBATO