

Fréquence et causes des accouchements prématurés à l'Hôpital Provincial de Référence Jason Sendwe

Ilunga U. Nzanza ¹, Maloba K. Lizziane ¹, Kitambo Belinda ¹, Mumba WM. Emmanuel ¹, Bony L. Numbi ¹, Maguy S. Kangabuka ¹, Josephine K. Bishimba ¹, Stéphane W. Okobela ¹, Abraham NT. Musenge ¹

¹ Institut Supérieur des Techniques Médicales de Lubumbashi, Lubumbashi, République Démocratique du Congo.

Résumé

Introduction. Le pronostic de la prématurité est fonction de l'âge gestationnel, du poids de naissance, de la cause de la prématurité et surtout du niveau Médico-Technique des soins obstétricaux pédiatriques dont l'enfant peut bénéficier. L'objectif était de déterminer la fréquence de l'accouchement prématuré à l'hôpital provincial de référence Jason Sendwe.

Matériel et méthodes. Il s'agit d'une étude prospective, réalisée à l'Hôpital Provincial de Référence Jason Sendwe dans la ville de Lubumbashi durant la période allant de Janvier 2020 à Septembre 2021. Les données ont été collectées à la maternité après un examen minutieux et les données collectées sont analysées à l'aide du logiciel Epi-Info.

Résultats. L'analyse de cette étude démontre une fréquence de 4,7% d'accouchements prématurés, dont les mères étaient âgées de 20 à 24 ans dans 46,7%, de profession ménagère dans 42%. Le paludisme sur grossesse, l'hypertension artérielle et les infections urinaires sont les pathologies développées pendant la grossesse dans 71%, 11,2% et 25%, alors que 79% des femmes avaient suivis les Consultations prénatales (CPN) et dont l'âge gestationnel était de 34 – 37 SA dans 54,8%. Les nouveau-nés avaient un poids de naissance < 1550 gr dans 82,2% et 71% avaient été réanimés après un score d'Apgar inférieur ou égal à 7 dans 68,5%.

Conclusion. La prématurité reste encore et toujours un problème de santé publique dans nos milieux. Le suivi régulier de CPN, la sensibilisation à grande échelle contre ses facteurs étiologiques au cours de la grossesse doivent être envisagées comme des meilleures approches dans la prévention contre ce fléau.

Mots-clés : Fréquence, Accouchement prématuré, Sendwe.

Introduction

L'une des préoccupations majeures visées par la santé publique est surtout la prévention et la protection des sujets sensibles à certaines pathologies, parmi lesquels nous trouvons les femmes enceintes et les enfants. La protection de la mère et de l'enfant vise à garantir la santé de la mère et de l'enfant en général, mais surtout celle de la femme enceinte et en post-partum et de

l'enfant en âge préscolaire en particulier. La pathologie Néonatale reste un problème de santé préoccupant sur tout dans les pays en voie de développement où la mortalité Néonatale représente le tiers des décès dans les services de pédiatrie. Par définition, étant considéré comme prématuré, tout enfant né avec un poids inférieur à 2500 grammes. De ce fait, on excluait de la prématurité les gros bébés immatures, notamment, les enfants des mères diabétiques et ont y incluait

Correspondance:

Ilunga U. Nzanza, Institut Supérieure des Techniques Médicales de Lubumbashi, Lubumbashi, République Démocratique du Congo.
Téléphone: +243 851 979 794 - Email:

Article reçu: 27-08-2021 Accepté: 09-06-2022

Publié: 16-06-2022



Copyright © 2022. Ilunga U. Nzanza *et al.* This is an open access article distributed under the Creative Commons Attribution License, which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited.

Pour citer cet article: Nzanza IU, Lizziane MK, Belinda K, Emmanuel MWM, Numbi BL, Kangabuka MS, Bishimba JK, Okobela SW, Musenge ANT. Fréquence et causes des accouchements prématurés à l'Hôpital Provincial de Référence Jason Sendwe. Revue de l'Infirmier Congolais. 2022;6(2):6-11. <https://doi.org/10.62126/zqrx.2022622>

les enfants matures, mais présentant un retard de croissance intra utérine et qui représentent une variation de 25 à 30% environ des nouveau-nés de petit poids de naissance si non plus [1]. L'accouchement prématuré est une naissance qui survient à partir du sixième mois de la grossesse et avant huit mois et demie, soit entre 28 et 37 semaines révolues d'aménorrhée [2]. Dans les pays industrialisés, la limite inférieure de maturité et de poids de naissance compatible avec la survie ne cesse d'être repoussée actuellement. Cette limite est de 24 semaines de gestation, ce qui correspond à peu près à 500g [3].

Au mali, les statistiques nationales ont montré pour la population globale, une fréquence de 4,1% de naissance de petits poids [4]. Garba a fait une étude portant sur les aspects obstétricaux de la prématurité à l'hôpital national du point G (HPG) et a enregistré 26,8% de décès néonataux dus aux causes classiques de l'accouchement prématuré [5].

Une étude menée sur la prématurité en 1999 portant sur les facteurs de risque, la prise en charge et le devenir immédiat dans l'unité de réanimation pédiatrique de l'hôpital Gabriel Touré a enregistré les résultats suivants : 80% de décès parmi les prématurés dont l'âge gestationnel se situe entre 28 et 32 semaines d'aménorrhée et 60% de décès pour les prématurés de poids de naissance inférieure à 1500 g [1].

La prématuré demeure une préoccupation constante de l'obstétricien et du pédiatre. Leur collaboration est indispensable afin de réduire la morbidité et la mortalité néonatales. Dans nos pays, il se caractérise particulièrement par sa mortalité élevée et ses séquelles surtout neurologiques qui, lorsqu'elles existent, compromettent l'avenir de l'enfant né prématurément [6]. Le pronostic de la prématurité est fonction de l'âge gestationnel, du poids de naissance, de la cause de la prématurité et surtout du niveau Médico-Technique des soins obstétricaux pédiatriques dont l'enfant peut bénéficier. D'où la nécessité d'un pôle d'accueil matériel optimal pour un bon pronostic. C'est ainsi que l'objectif de cette étude est de déterminer la fréquence de l'accouchement prématuré à l'hôpital Jason Sendwe de Lubumbashi et l'identification des facteurs étiologique des accouchements prématurés.

Matériel et Méthodes

Type d'étude, période et cadre d'étude

Il s'agit d'une étude descriptive à visée prospective, réalisée à l'Hôpital Provincial de Référence Jason SENDWE de la ville de Lubumbashi en République

Démocratique du Congo (RDC) durant la période allant de Janvier 2020 à Septembre 2021.

Population d'étude, critères d'éligibilités

La population d'étude était constituée de 2644 femmes qui avaient accouché à cet hôpital durant la période de notre étude. Etaient éligibles dans cette étude tous les nouveau-nés prématurés. L'échantillonnage est exhaustif. La taille de l'échantillon était de 124 parturientes qui avaient accouché de prématurés à la période de notre étude.

Variables d'étude

Les paramètres sociodémographiques à s'avoir: l'âge, le niveau d'étude, la profession, la situation matrimoniale et la résidence. Pour les Antécédents (ATCD): suivi de CPN, nombre de CPN suivi, automédication pendant la grossesse et les pathologies liées à la grossesse. La taille, le poids, l'âge de la grossesse, le type de la grossesse et la voie d'accouchement. Chez le nouveau-né nous avons considéré : le sexe, le poids, la réanimation et le score d'Apgar à la 5^{ème} minute.

Collecte, traitement et analyse des données

La collecte des données a été réalisée par l'analyse des fiches au service de Néonatalogie, les quelles ont été triées après un examen minutieux. Les informations non saisissables par la revue documentaire ont été facilitées par l'interview avec le personnel présent lors de notre récolte des données. Après collecte et dépouillement des données, les résultats ont été présentés sous forme de tableaux afin de faciliter l'analyse et la compréhension. Le paramètre qui nous a aidés à cette fin est le calcul de pourcentage. Pour obtenir ces indicateurs objectivement vérifiables les données ont été saisies sur le logiciel Excel puis analysé par Epi-Info 7.2.5.0.

Considérations éthiques

Durant la récolte de données, nous avons tenu compte de l'honnêteté, du caractère privé des données, de la confiance et de la sincérité.

Résultats

L'analyse des données montre qu'au sein de l'Hôpital Provincial de Référence Jason Sendwe la fréquence des accouchement prématurés était de 5% soit 124 nouveau-nés prématurés sur un total de 2644

naissances; cependant le nouveau-né à terme était dans 95% des cas (Figure 1).

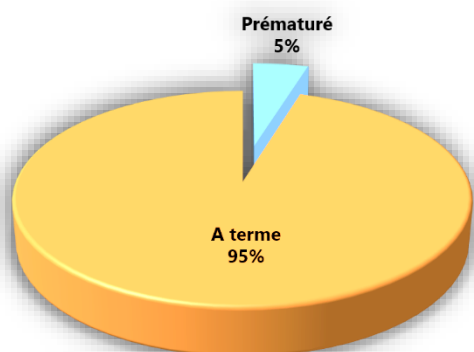


Figure 1. Fréquence des accouchements

Tableau 1. Fréquence des cas selon les caractéristiques sociodémographiques et professionnelles des Accouchées

Variable	Effectif (n=124)	Pourcentage
Age (années)		
15-19	23	18,5
20-24	58	46,7
25-29	9	7,2
30-35	34	27
Niveau d'étude		
Non scolarisée	60	48,3
Primaire	30	24,1
Secondaire	26	21
Supérieure	8	6,4
Profession		
Sans occupation	33	26,6
Ménagère	52	42
Fonctionnaire	8	6,4
Activité libéral	14	11,2
Elève/Etudiante	17	13,7
Situation matrimoniale		
Mariées	85	68,5
Célibataires	39	31,4
Résidence		
Zone de santé	48	38,7
Hors zone de sante	76	61,2
Parité		
Primipare	42	33,8
Multipare	82	66,1

S'agissant de l'âge des accouchées, 46,7% d'entre elles étaient âgées de 20 à 24 ans, ce pendant Elles étaient non scolarisées, ménagère et multipare respectivement dans 48,3%, 42% et 66,1%.

Tableau 2. Répartition des cas selon les antécédents

Variable	Effectif (n=124)	Pourcentage
Consultations prénatales		
0	26	21
1-3	66	53,2
≥ 4	32	25,8
Automédication pendant la grossesse		
Oui	27	21,8
Non	97	78,2
Paludisme		
Présent	88	71
Absent	36	29
Diabète		
Présent	1	0,8
Absent	123	99,1
Hypertension Artérielle		
Présent	14	11,2
Absent	110	88,7
Infections urinaires		
Présent	31	25
Absent	93	75
Consommation d'alcool		
Oui	34	27,4
Non	90	72,6
Consommation du tabac		
Oui	0	0
Non	124	100

Les Consultations prénatales (CPN) étaient suivis par une catégorie d'accouchée avec une fréquence de 1-3 CPN durant la grossesse dans 79% et 53,2% des cas ; ainsi donc Elles avaient développé le paludisme, l'HTA et les infections urinaires respectivement dans 71%, 11,2% et 25% (Tableau 2).

L'analyse clinique des accouchées montre qu'à l'admission, Elles étaient de taille supérieure à 150 cm (89,5%), le supérieur à 45 Kg dans 96,8% avec un âge gestationnel de 34 37 SA dans 54,8% (Tableau 3).

Tableau 3. Les données cliniques des accouchées à l'admission

Variable	Effectif (n=124)	Pourcentage
Taille (cm)		
≤ 150	13	10,5
> 150	111	89,5
Poids (Kg)		
≤ 45	4	3,2
> 45	120	96,8
Age de la grossesse (SA)		
28 - 33	56	45,1
34 - 37	68	54,8
Type de grossesse		
Triple	0	0,0
Gémellaire	0	0,0
Monofoetale	124	100
Type d'accouchement		
Eutocique	88	71
Dystocique	36	29
Voie d'accouchement		
Voie basse	106	85,4
Voie haute	18	14,5

Cependant toutes porteuses d'une grossesse monofoetale, ce sont des accouchées des prématurés issus d'un accouchement eutocique par voie basse dans 100%, 71% et 85,4% (Tableau 3).

S'agissant des paramètres du nouveau-né, le tableau 4 montre une prédominance de sexe féminin dans 60,4% des cas soit une sexe-ratio de 1,53. Ils avaient un poids inférieur à 1550 gr avec une notion de reanimation et un score d'Apgar inférieur ou égal à 7 à la 5^{ème} respectivement dans 82,2%, 71% et 68,5%.

Discussion

Notre étude trouve un âge moyen de 16,23 ± 14,03 mois et Sur un total de 2.644 Accouchements colligés dans le service de Néonatalogie de l'Hôpital Provincial de Référence Jason Sendwe de Janvier 2020 à Septembre 2021, 124 cas de prématurité étaient enregistrés soit une fréquence de 5%. Ce résultat est proche de ceux de Konaté au mali (4,3%) [6], Garba TS [5] (4,4%) à Bamako ; supérieure à celui de Cissé.

Tableau 4. Données par rapport à l'état des nouveau-nés prématurés à la naissance

Variable	Effectif (n=124)	Pourcentage
Age		
Masculin	49	35,5
Féminin	75	60,4
Poids (gr)		
< 1550	102	82,2
≥ 1550	22	17,7
Réanimation		
Réanimation	88	71
Non réanimation	36	29
Apgar à la 5^{ème} minute		
≤ 7	85	68,5
> 7	39	31,4

A Dakar (Sénégal) (2,9%) [7]. Il est cinq fois inférieure à ceux de Diawara au mali (22,2%).

Cette différenciation s'explique du fait que ceux ont déterminés les fréquences des prématurés chez les primipares. En plus, la fréquence étant une mesure épidémiologique qui évalue la tendance d'une maladie, d'un problème de santé, cette mesure diffère d'une étude à une autre, d'un endroit à un autre, d'un pays à un autre, d'une formation sanitaire à une autre se trouvant au sein d'un même pays ou d'une même province.

Notre taux d'accouchement prématuré est très élevé chez les patientes dont l'âge est compris à l'intervalle de 20 – 24 ans. En effet, nous avons rapportés 18,5% chez les adolescentes mais il est proche de ceux présenté par d'autres auteurs qui ont rapporté à ce même âge le taux respectif de 10%, 11,3% et 19,7% [1,5,6].

Cependant, 7,2% été le taux rapporté chez les patientes dont l'âge était compris entre 25–29 ans, contrairement aux résultats de Konaté, Mayandah *et al.* où le taux le plus bas était retrouvé chez les patients dont l'âge était supérieure ou égal à 40 ans [6,8].

Le poids et la taille de nos patientes ont été également associés à l'accouchement prématuré. En effet 10,5% de nos patients avaient une taille inférieure ou égale à 150 centimètre et 96,8 un poids supérieur à 45 kg. La littérature consultée n'a pas discuté ce facteur étiologique, même si la plus part des auteurs

s'accordent sur ce rapport taille/poids dans la survenue de la prématurité.

Les conditions socioprofessionnelles sont aussi parmi les facteurs importants et souvent cités dans la survenue d'accouchement prématurés. Notre étude a rapporté 42% de cas chez les ménagères et 31,4% chez les célibataires. Nos résultats rejoignent ceux de Konaté et Assimadi *et al.* [6,9]. Les activités ménagères sont difficiles, de fois lourdes et demande assez d'énergies et ne laissent pas assez de temps aux femmes de fréquenter les soins prénatals indispensables pour la réduction du taux de prématurité.

Par rapport aux antécédents, les vraies causes de la prématurité ne sont pas connues. Le manque de suivi médical de ces femmes pourrait être à l'origine de cette situation. Nos études rapportent un taux de 21% des femmes n'ayant suivi aucune consultation prénatale. Ce taux élevé pourrait s'expliquer par des conditions socio-économiques défavorables, les grossesses précoces et non désirées et l'ignorance de certaines femmes et le non implication des conjoints dans la prise en charge de la grossesse [10]. Cette indifférence s'explique d'une part l'analphabétisme dans la majorité des cas et d'autre part, par la prise de décision unilatérale du suivi prénatal par le mari. En effet nous avons eu un taux d'analphabétisme de 48,3% pour les patientes. Les mêmes tendances ont été observées chez Koné [10] et Konaté [6] avec les taux respectifs de 85,1% et 53,3% contre 6,4% pour les femmes qui ont fait les études supérieures dans notre étude et 0,8% dans l'étude de Konaté.

Cependant, d'autres pathologies comme le paludisme et les infections urinaires ont été retrouvés dans la proportion variable avec respectivement 71% et 25% des cas. Ces facteurs se retrouvent classiquement dans la plus part des travaux effectués sur la prématurité [1,2,6,11]. La base de la prise en charge immédiate a été la réanimation (71%). Celle-ci consistait à corriger la fréquence des détresses respiratoires (12,6%), l'hypothermie (10,8%) contrairement à l'étude de Konaté où la réanimation n'a pu être toujours possible, à cause de l'insuffisance du plateau technique. L'antibiothérapie, les corticoïdes, la vitamine K1 ont été utilisés dans la plupart d'études comme dans la nôtre.

Sur un total de 124 prématurés, Quarante-vingt-cinq soit 68,5% avaient un score d'APGAR inférieur ou égal à 7 à la cinquième minutes, 39 prématurés soit 31,4% avaient un score d'APGAR supérieur à 7 à la cinquième minutes. Nos résultats corroborent avec ceux de Cissé [7] qui rapportent 64,7% des prématurés avec un score

d'APGAR inférieur ou égal à 7 et très supérieur à ceux de Konaté (4,2%) [6].

Soixante-huit naissances (54,8%) avaient l'âge compris entre 34^{ème} - 37^{ème} semaines d'aménorrhée contre 49 naissances soit 59,8% rapportés par Konaté [6]. Le pronostic néonatal reste tributaire également du poids de naissance. Les fœtus du poids de naissance inférieure ou égal à 1500 grammes ont un pronostic sombre. Ceci a été également démontré par les études de Konaté, Dao et Assimadi qui récoltent les taux de décès chez les fœtus de faible poids respectif de 51,4%, 35,2% et 88,4%.

Il est actuellement admis que la prématurité en elle-même ne constitue pas un élément péjoratif pour le devenir de l'enfant, mais qu'elles l'expose sous les premiers jours et semaines de vies à une série de pathologies qui peuvent être fatales pour le nouveau-né ou le laisser survivre avec des séquelles définitives.

Cette considération générale explique que le pronostic vital et fonctionnel de la prématurité dépend très directement du niveau Médicotechnique des soins obstétricaux-pédiatrique dont l'enfant peut bénéficier. En effet, au cours de notre étude, le taux de totalité en cas de prématurité été de 10,5% dans les six premiers jours de vie. Tandis que Konaté notait un taux de totalité de 28,4% et 26,8% notait par Garba dans le post-partum immédiat [6].

Conclusion

L'accouchement prématuré est relativement fréquent dans notre service (4,7%). Il se caractérise par une morbidité et une mortalité périnatale élevées. Les principaux facteurs étiologiques ont été : le bas niveau socioéconomique, les mauvaises conditions socio-démographiques et certaines infections. Le pronostic foetal a été marqué par le faible poids dont les enfants prématurés sont nés avec un poids inférieur à 1500 g avec un taux de létalité de 10,5% chez les enfants prématurés. L'accouchement prématuré demeure une préoccupation constante de l'obstétricien et du pédiatre appelés tous à collaborer en vue de réduire la morbidité et la mortalité néonatale qui en découlent et une meilleure surveillance de la grosse conjugée avec une amélioration des conditions socioéconomiques des femmes permettrait d'en réduire la fréquence.

Conflits d'intérêt : Aucun.

Références

1. Diawara, Maïmouna, ép. (N'DIAYE) : Prématurité: facteurs de risque, prise en charge, et devenir immédiat dans l'unité de réanimation pédiatrique de l'hôpital Gabriel Touré. - Thèse Médecine. - Bamako: FMPOS. - 102 p.: Tabs, 63 refs. - Numéro: 99 -M -49.
2. Merger R, Levy J, Melchior J. Précis d'obstétrique – 6ème éd Paris: Masson, France. ISBN : 9782294008979. 2001 : 624.
3. Michel W, Phillip C. Dictionnaire de thérapeutique Pédiatrique – Montréal : DOIN, 1996-198 p.
4. Dao Halima. Les nouveau-nés de petit poids de naissance. Devenir immédiat. – Th : Med : Bamako : 1987 : 90.
5. Garba TS. Aspect obstétricaux de la prématurité à l'hôpital National du point « G ». Th.: Med : Bamako : 1995 ; 29 : 55.
6. Konaté O. Accouchement prématuré : pronostic Materno-fœtal à l'hôpital Niannankoro Fomba de Ségou : Th : Med : Bamako : 2007.
7. Cissé CAT, Tall DC, Sow S *et al.* Accouchement prématuré épidémiologie et pronostic au CHU du Dakar. Journal de gynécologie obstétrique. 1998 ;24 : 71-76.
8. Mayanda H, Betho VMF, Malonca H *et al.* Morbidité et mortalité néonatale au CHU de Brazzaville. Médecin d'Afrique noire, 1998 ;7 : 36.
9. Assimadi, K, Zongo, P, Granga K *et al.* Morbidité à l'université des prématurés au CHU de Lomé : bilan d'un an d'activité des soins :- ravie médicale de la côte d'ivoire, Février 1985, 70 : 31 - 41.
10. Koné Y. Aspects socioculturels et économiques de l'absence du suivi prénatal chez les parturientes admises à l'hôpital Gabriel Touré. Th : Med : Bamako, 2006 ; 262 : 65.
11. Magrin P, Nicolle B, Magnin G. Mortalité matérielle. Encyclopédie médico-chirurgicale. Paris. 1981 : 5082.