

Facteurs étiologiques de la prématurité au centre hospitalier régional de Ziguinchor, Sénégal.

O. Ndiaye (1), A. L. Fall (1), A. Dramé (2), A. Sylla (1), M. Guèye (1), C. T. Cissé (3), M. Guélaye Sall (1), M. Bâ (1) & N. Kuakuvi (1)

(1) Service de pédiatrie, centre hospitalier universitaire (CHU) de Dakar, BP.15872 Fann, Sénégal. Tél. : (00221) 6399600, E-mail : ondiaye@refer.sn

(2) Service de pédiatrie, centre hospitalier régional de Ziguinchor, Sénégal.

(3) Service de gynécologie-obstétrique, centre hospitalier universitaire de Dakar, Sénégal.

Courte note n° 2808. "Santé publique". Reçue le 11 mai 2005. Acceptée le 16 août 2005.

Summary: Etiologic factors of prematurity in Ziguinchor maternity hospital center (Senegal).

A case-control study was conducted between September 2003 and January 2004. Fifty four newborn babies born before 37 weeks of gestation resulting from 47 pregnancies including 7 multiple pregnancies were compared to 105 newborn babies born between 37 and the 42 weeks of gestation.

Parturient geographical origin, marital status, age, alcohol or tea consumption and height were not significantly associated to premature birth ($p > 0.05$). On the other hand, a higher parity or equal to 3, a number of antenatal care lower than 3 were significantly associated with the risk of premature birth ($p < 0.05$). But a gestity and a parity lower than 3 and a number of antenatal consultations higher or equal to 3 had a protective effect ($OR < 1$; $p < 0.05$).

We recommend a reinforcement of malarial prevention during pregnancy according to WHO recommendations and the improvement of the quality of the antenatal care in the Ziguinchor medical district.

premature baby
pregnancy
malaria
antenatal care
hospital
Ziguinchor
Senegal
Sub-Saharan Africa

prématuré
grossesse
paludisme
consultation prénatale
hôpital
Ziguinchor
Sénégal
Afrique intertropicale

Introduction

Le faible poids de naissance en général, la prématurité en particulier, est l'une des principales causes de décès du nouveau-né en Afrique (7). Elle vient en troisième position derrière l'asphyxie et les infections. Dans les pays en développement en général, la prise en charge de la prématurité est très difficile, compte tenu des moyens très limités (2, 7). Il s'y ajoute le manque d'organisation de la réception de ces populations à risque dans nos hôpitaux. Celle-ci pourrait être optimisée par une identification rigoureuse des facteurs de risque dans les structures à moyens réduits. L'objectif de ce travail était d'identifier les facteurs de risque associés à la prématurité au centre hospitalier régional de Ziguinchor

Cadre d'étude. Matériel et méthodes

Ce travail a eu pour cadre la maternité de l'hôpital régional de Ziguinchor. Cette région est située au sud-ouest du Sénégal en zone sub-guinéenne, région chaude et humide à forte pluviométrie d'une superficie de 7 339 km². Il s'agissait d'une étude de cas-témoins entre le 1^{er} mars 2003 et le 30 septembre 2004.

Nous avons inclus des nouveau-nés vivants, d'âge gestationnel inférieur à 37 semaines d'aménorrhées (SA). Les témoins étaient représentés par une population de nouveau-

nés vivants, d'âge gestationnel compris entre 37 SA et 42 semaines.

Les données ont été recueillies à partir des dossiers obstétricaux à l'accouchement pour les paramètres maternels et complétées par l'anamnèse, l'examen du carnet de santé et un examen post-natal. Les données néonatales avaient été recueillies de façon prospective par le pédiatre, dans les suites immédiates de l'accouchement.

Les paramètres étudiés étaient les suivants :

– maternels : âge maternel au moment de l'accouchement, taille maternelle, niveau d'instruction, origine géographique, statut matrimonial, habitudes de consommation (alcool, tabac, thé);

– obstétricaux : nombre de consultations prénatales, nombre de gestes et de pares, antécédents gynécologiques et pathologies diagnostiquées au cours de la grossesse;

– néonataux, notamment l'âge gestationnel qui a été déterminé à partir de la date des dernières règles, de l'échographie précoce et/ou du score neuromorphologique de BALLARD (1).

Nous avons analysé les données sur SPSS 9.0.

Résultats

Durant la période de l'étude, 1 589 accouchements ont été enregistrés à la maternité du CHR de Ziguinchor. Parmi les nouveau-nés vivants, 191 de faible poids (poids de naissance inférieur à 2 500 grammes) ont été colligés (soit

une prévalence de 12 %). Parmi ceux-ci, on dénombrait 54 prématurés issus de 47 grossesses; 7 nouveau-nés étaient issus de grossesses multiples. Ces derniers ont été comparés à 105 autres nouveau-nés accouchés à terme (témoins). Nous n'avons pas noté de différence statistiquement significative ($p > 0,05$) en ce qui concerne l'origine géographique, le niveau d'instruction, le statut matrimonial, l'âge maternel, la consommation d'excitants (alcool ou thé) et la taille maternelle. En revanche, une parité supérieure ou égale à 3 (OR = 2,26; $p = 0,022$) et un nombre de CPN inférieur à 3 (OR = 6,61; $p = 0,00043$) étaient associés à un risque significativement élevé de prématurité, alors qu'une parité inférieure à 3 (OR = 0,44; $p = 0,022$), une gestité inférieure à 3 (OR = 0,46; $p = 0,03$) et un nombre de consultations prénatales supérieur ou égal à 3 (0,16; $p = 0,00043$) avaient un effet protecteur. Le tableau I montre que seul le paludisme était significativement associé à la prématurité dans notre population d'étude (OR = 3,91; $p = 0,010$).

Tableau I.

Répartition des cas et des témoins en fonction des différentes pathologies et antécédents gynécologiques.

Distribution of cases and controls according to different pathologies and past gynaecological history.

pathologie de la grossesse	n = 47	témoins (105)	OR (IC 95 %)	p
hypertension artérielle	2 (4,2 %)	7 (6,7 %)	0,62 (0,09-3,47)	0,83
éclampsie	2 (4,2 %)	1 (0,9 %)	4,43 (0,30-126,6)	0,49
placenta praevia	0	4 (3,8 %)	-	0,41
hémorragies	9 (19,0 %)	8 (7,6 %)	2,87 (0,93-8,95)	0,07
paludisme	9 (19,0 %)	6 (5,7 %)	3,91 (1,17-13,42)	0,010
diabète	1 (2,1 %)	0	-	0,67
syphilis	0	1 (0,9 %)	-	0,69
anémie	30 (63,8 %)	73 (69,5 %)	0,77 (0,35-1,70)	0,48
infection par VIH	0	0	-	-
infections urogénitales	0	0	-	-
prématurité antérieure	0	0	-	-

VIH : virus de l'immunodéficience humaine

IC : intervalle de confiance

OR : odd ratio

Discussion

Nos résultats montrent que trois facteurs sont significativement associés à la prématurité : la multiparité, le nombre CPN inférieur à 3 et le paludisme. L'association entre multiparité et la prématurité est rapportée dans beaucoup de travaux (2, 3). Nous pouvons incriminer le rôle non négligeable des facteurs morbides associés, tels que l'anémie et la fatigue liées aux grossesses répétées et parfois très rapprochées. En revanche, PRAZUCK *et al* (8) retrouvent une association plus étroite avec la primiparité (odd ratio = 2,88; $p = 0,03$). Dans notre étude, le taux de fréquentation des services de consultation prénatale était très faible, comparé aux témoins (25 % vs 3,9 %). Selon CISSÉ *et al.* (2), la fréquence des CPN est fortement corrélée à la prématurité. PRAZUCK *et al.* (8) ont démontré après une analyse de régression logistique que le nombre de CPN inférieur à 3 était le facteur le plus prédictif de prématurité (OR = 9,3; $p = 0,001$). Par contre, LETAIEF *et al* (4) affirment que le suivi de la grossesse n'est pas significativement associé au petit poids de naissance et à la prématurité. Ce qui signifie que ce n'est pas tant le nombre de consultations prénatales effectuées qui est important, mais surtout leur qualité. Pour LU *et al.* (5), le suivi prénatal devrait être intégré dans un concept plus élargi de promotion de la santé reproductive pendant la grossesse et dans les périodes intergénéraliques. Nous avons noté également le rôle important joué par le paludisme dans la survenue de la prématurité. En effet, les résultats de notre étude ont montré que 19,1 % des parturientes étaient infestées par le plasmodium, contre seu-

lement 5,8 % pour les témoins ($p < 0,05$), corroborant ceux de MENENDEZ *et al* (6). Des taux plus élevés ont été rapportés au Malawi (9). Le paludisme sévit de façon endémique en zone tropicale en général, dans la région de Ziguinchor en particulier. L'accouchement prématuré est lié à la fièvre, l'invasion parasitaire du placenta interférant avec le transfert de l'oxygène et des nutriments.

Conclusion

La prématurité est responsable d'une forte mortalité et d'une morbidité élevée liée aux séquelles neurologiques. La précarité de nos structures médicales justifie une meilleure anticipation sur les besoins de prise en charge de ces populations à risque. Toutefois la meilleure des approches est préventive. Celle-ci nécessite une identification précise des facteurs de risque associés à la prématurité.

Les résultats de notre travail nous permettent d'insister sur les recommandations classiques suivantes :

- le renforcement de la prophylaxie anti-palustre par une utilisation large des moustiquaires imprégnées, la chimioprophylaxie à la sulfadoxine-pyriméthamine (SP) et l'assainissement du milieu conformément aux recommandations de l'OMS et aux directives nationales du Sénégal;
- l'amélioration de la qualité des consultations prénatales qui passe par la mise en place d'un paquet minimal nécessaire (toise, balance, centimètre souple, tensiomètre, bandelette pour recherche d'albumine et de sucre dans les urines, équipement du laboratoire pour les dépistages sérologiques des MST), la formation continue du personnel et une IEC de proximité envers les populations.

Remerciements

Nous remercions le personnel de la maternité du centre hospitalier régional de Ziguinchor pour leur précieuse collaboration.

Références bibliographiques

1. BALLARD JL – A simplified score for assesment of fetal maturation for newly born infants. *Jour Ped*, 1979, **395**, 769-774.
2. CISSÉ CT, TALL-DIAW C, SOW S, BNOUHOUD M, DINA G *et al.* – Accouchement prématuré : épidémiologie et pronostic au CHU de Dakar. *J Gynecol Obstet Biol Reprod*, 1998, **27**, 71-76.
3. EZECHI OC, MAKINDE ON, KALU BE, NNATU SN – Risk factors for preterm delivery in south western Nigeria. *J Obstet Gynaecol*, 2003, **23**, 387-391.
4. LETAIEF M, SOLTANI MS, BEN SALEM K & BCHIR A – Épidémiologie de l'insuffisance pondérale à la naissance dans le Sahel Tunisien. *Santé publique*, 2001, **13**, 359-366.
5. LU MC, TACHE V, ALEXANDER GR, KOTELCHUCK M & HALFON N – Preventing low birth weight: is prenatal care the answer? *J Matern Fetal Neonatal Med*, 2003, **13**, 362-380.
6. MENENDEZ C, ORDI J, ISMAIL MR, VENTURA PJ, APONTE JJ, *et al.* – The impact of placental malaria on gestational age and birth weight. *J Infect Dis*, 2000, **181**, 1740-1745.
7. PATTINSON RC – Are deaths due to prematurity avoidable in developing countries? *Trop Doct*, 2004, **34**, 7-10.
8. PRAZUCK T, TALL F, ROISIN AJ, KONFE S, CAT M & LAFAX C – Risk factors for preterm delivery in Burkina Faso (West Africa). *Int J Epidemiol*, 1993, **22**, 489-494.
9. SULLIVAN AD, NYIRENDA T, CULLINAN T, TAYLOR T, HARLOW SD *et al.* – Malaria infection during pregnancy: intrauterine growth retardation and preterm delivery in Malawi. *J infect Dis*, 1999, **179**, 1580-1583.