

**MINISTÈRE DE L'ENSEIGNEMENT
SUPERIEUR ET DE LA RECHERCHE
SCIENTIFIQUE**

**RÉPUBLIQUE DU MALI
UN PEUPLE-UN BUT-UNE FOI**

**UNIVERSITE DES SCIENCES TECHNIQUES ET DES
TECHNOLOGIES DE BAMAKO**



FACULTE DE MEDECINE ET D'ODONTO-STOMATOLOGIE (F.M.O.S)

ANNEE UNIVERSITAIRE : 2019-2020

N°...../

THESE

***LE PRONOSTIC MATERNO-FŒTAL DE
L'ACCOUCHEMENT CHEZ LES GRANDES
MULTIPARES DANS LE CENTRE DE SANTE DE
REFERENCE DE DIOILA***

Présentée et soutenue publiquement le/2020

Devant la Faculté de Médecine et d'Odontostomatologie

Par M. Seydou Baba SANGARE-

Pour obtenir le Grade de Docteur en Médecine

(DIPLOME D'ETAT)

Jury

PRESIDENTE : Pr Fatimata Sambou

MEMBRE : Dr Amadou BOCOUM

CO-DIRECTEUR : Dr Abdrahamane DIABATE

DIRECTEUR DE THESE :Pr Youssouf TRAORE

DEDICACES

DEDICACES :

JE DEDIE CE TRAVAIL

A ALLAH, le tout puissant, le tout Miséricordieux, le très Miséricordieux pour m'avoir donné la santé, la capacité, le courage de mener à bien ce travail et de m'avoir guidé pendant ces longues périodes d'étude.

Au prophète Mohamed(PSSL), paix et salut sur lui, sur sa famille, ses compagnons et tous ceux qui le suivent jusqu'au jour de la résurrection. Puisse votre lumière éclairer et guider nos pas.

A mon pays le Mali

Chère patrie, que la paix et la propriété puissent te couvrir. Puisse le Mali rester uni à jamais (LE MALI UN ET INDIVISIBLE).

A mon père Nouhoum dit Baba SANGARE :

Tout au long de mon petit parcours et sur le peu de chose que l'éternel m'a permis d'acquérir ; j'ai rarement rencontré un père généreux comme toi. Tu t'es entièrement investi pour l'éducation et l'instruction de tes enfants. Père, je pense à tout ce que vous avez enduré pour moi, œuvrant nuit et jour pour que j'aie de l'avant. Je me souviens de tes conseils (patience, modestie, courage) avec des paroles si douces.

Aujourd'hui, à travers ce travail, je pense que tes conseils ont porté fruit. Il n'est point nécessaire pour moi de te dire tout ce que je ressens ; mais reçois à travers ces quelques mots mon profond amour et ma profonde reconnaissance.

Que Dieu t'accorde encore une longue vie « pour goûter aux fruits de l'arbre que tu as planté ».

A mes Mères : Domba dite Alima SANGARE ET Djeneba SANGARE

Après nous avoir donné naissance vous nous avez aimé, éduqué et dorloté ; tout en nous apprenant la bonté, la modestie, la tolérance, le pardon et l'amour du prochain. Vous nous avez appris à rester unis comme un seul homme. Comme le dit ce proverbe« Unissez-vous comme un fagot et il sera difficile de vous

briser, mais pris séparément vous serez faciles à écraser>>. Soyez sûrs que les leçons dispensées ont été bien apprises.

Longévité dans la foi et le bonheur !

A mes oncles : Yoro, Amadou, N'golo, Baba, Ladji et Sidi SANGARE

Merci pour vos conseils ; ce travail est le vôtre.

Ames frères et s eurs : Kassim, Amidou, Abdoulaye, Sitan, Mariam, Fatoumata Djenebou, Aïssatou, Alimatou, Maimouna SANGARE.

J'ai toujours pu compter sur vous quel que soit le moment. La vie est un dur combat que nous devons surmonter avec courage et persévérance. L'amour et la paix dans lesquels nous avons été éduqués doivent être notre force indestructible. Restons unis et soyons   la hauteur de nos parents.

A la famille SANGARE :

Vous m'avez adopté depuis le premier jour de notre rencontre. Vos conseils et soutiens affectifs ont été d'une importance capitale pour moi. Les moments agréables passés en famille surtout pendant les fêtes resteront   jamais gravés dans mon c eur. Merci pour tout

REMERCIEMENTS

REMERCIEMENTS :

A tous ceux de près ou de loin qui m'ont aidé à la réalisation de ce travail.

A tous mes maitres du 1^{er} cycle de l'école fondamentale de N'tobougou

Aux maitres du second cycle de l'école fondamentale Dioila OPAM-I

Aux enseignants du lycée Dowelé Marcio de Dioila(LDMD)

Aux professeurs de la FMOS

A mes aînés encadreurs du centre de santé de référence de Dioila :

Dr Moussa Bakayoko (médecin chef) du Csref de Dioila

Dr Diabaté Kassoum : Médecin ophtalmologiste, tu as été pour moi un grand-frère, un formateur consciencieux, engagé et ayant le souci du travail bien fait.

Que Dieu te prête encore une longue vie.

Dr Ongoiba Souleymane : Chirurgien Urologue,

Dr Kanté Diarra : Chirurgien général

Dr kalba Péliaba : Hépto-gastro-entérologue

Aux médecins généralistes du Csref :

Dr Traore Chaka : nous reconnaissons en vous un encadreur passionné et précis. Votre sens de l'humanisme fait de vous un encadreur respecté et respectable.

Dr Daou Mariam Kane : votre simplicité votre abord facile nous ont beaucoup marqué.

Dr Traoré Bakary, Dr Kanté Kankou, Dr Ballo Djenebou, Dr Drame Malick, Dr Drame Tidiane, Dr Konaté Dramane

Aux aînés médecins : Nouhoum Coulibaly(Néphrologue), Basile dit Ba Dembélé (DES Urologie), Salif Mariko, Bazoumana Sangaré, BakaryTounkara, Sidi Diabaté, Youssouf Coulibaly, Mahamadou Sidibé, Mory Coulibaly, Daouda Sangaré, Boubou Gakou.....

Merci pour vos conseils et encouragements

Aux collègues internes du csref : Issa Fomba, Soumaila Coumaré, Falaye Kanté.

Pour l'esprit d'équipe et de collaboration franche.

A Bakary TOGOLA, Aoua SANOGO, Hawa KONATE, Zankoura SAMAKE Vous m'avez appris les soins infirmiers de base d'une bonne pratique médicale. J'ai été fier de vous avoir comme enseignants. Puisse DIEU vous donner longue vie.

Aux frères cadets du csref : Moussa Diabaté, Sékou Mallé, Bagnoucou Sidibé, Bourama Sangaré, Ismaël T Diarra, Diakaridia Konaté, Soumaila Diarra, Yaya Sanogo, Amadou Samaké, Binafou Dembélé, Wassa Konaté, Mafounè Kouyaté
Merci pour le soutien et le respect.

Aux Sages-femmes, Infirmières, Matrones et Stagiaires de la maternité du csref de Dioila :

Pour votre soutien, encouragements, collaboration et constante disponibilité.

Aux amis : Mahamadou Bamba, Adama Dieudonné Dakuou, Mamadou Sangaré, Ismaël Sidibé, Soumaila Diakité, Lassana Marcio, Ambroise Dembélé, Lamine M Sangaré, Abdramane Fomba, Bintou Marcio, Oumar Dembélé, Awa Diarra, Nouhoum Coulibaly et tous les autres.

Trouvez ici l'expression de mes sentiments d'amitié et de camaraderie.

Aux Couples SANGARE :

Kassim Sangaré & Aminata Diakité

Yoro Sangaré & Mah Diakité

Baba Sangaré & Saran Togola

Au personnel du csref du csref de Dioila

A toute la 9^e promotion du numerus clausus <<Promotion du Feu Pr IBAHIM ALWATA>>

Etude du pronostic-materno-fœtal de l'accouchement chez les grandes multipares dans le centre de santé de référence de Dioila

A l'Association des Elèves et Etudiants en Santé du Cercle de Dioila et Sympathisants(AEESCAD) et à la Coordination des Elèves et Etudiants du Cercle de Dioila(COERCD).

**A ma famille Rouge l'état-major la Renaissance convergence syndicale
Au personnel de ASACO-BAFA**

A toutes les femmes qui ont perdu la vie en donnant la vie

A toutes les femmes victimes des difficultés de la grossesse et de l'accouchement

HOMMAGES AUX MEMBRES DU JURY

A NOTRE MAITRE ET PRESIDENTE DU JURY :

Professeur Fatimata Sambou DIABATE :

- **Professeur de gynécologie obstétrique à la retraite**
- **Titulaire d'un master en santé publique**
- **Ancienne consultante de l'OMS, UNFPA, GIZ et USAID**
- **Ancienne conseillère régionale en santé maternelle, néonatale pour l'Afrique de l'ouest et du centre soit 21pays basée à Accra (Ghana) pendant 10ans**
- **Membre fondatrice de la SOMAGO et SAGO**
- **Directrice du Projet de Recherche en Santé de la Reproduction (PRSR) du Ministère de la Santé financée par la Banque Mondiale**
- **Ancienne praticienne hospitalière :**
 - **Médecin chef de la Maternité de Hamdallaye, où elle a fait ouvrir le bloc opératoire encore fonctionnel**
 - **Service de gynécologie obstétrique au CHU du point G**
 - **Service de gynécologie obstétrique au CHU Gabriel TOURE**
- **Enseignante chercheur**
- **Chevalier de l'Ordre National du Mali**

Cher maître :

Vous nous faites un grand honneur et un réel plaisir en acceptant de diriger ce travail malgré vos multiples occupations.

Nous avons été touchés par votre abord facile, votre disponibilité, votre grande simplicité et votre abnégation. Vous êtes pour nous une source d'admiration.

Veillez recevoir ici, cher maître, l'expression de notre profonde reconnaissance et nos sincères remerciements.

A NOTRE MAITRE ET JUGE

Docteur Amadou BOCOUM

- **Maître assistant de gynécologie-obstétrique à la FMOS**
- **Praticien hospitalier au CHU Gabriel TOURE**
- **Secrétaire général adjoint de la Société Malienne de Gynécologie-Obstétrique (SOMAGO)**

Cher maitre,

La spontanéité avec laquelle vous avez accepté de porter un regard critique sur ce travail nous a profondément touché, votre simplicité, vos qualités humaines et vos qualités de pédagogue expliquent toute l'admiration que nous éprouvons à votre égard. Vous êtes un exemple de générosité et de disponibilité.

Trouvez ici l'expression de notre grande estime.

Que DIEU vous accompagne dans votre carrière.

A NOTRE MAITRE ET CO-DIRECTEUR DE THESE

Docteur Abdrahamane DIABATE

- **Gynécologue-obstétricien**
- **Chef de service de gynécologie-obstétrique du centre de santé de référence de Dioila**
- **Charger de recherche.**

Cher maitre,

C'est un grand honneur que vous nous avez fait en nous acceptant comme élève. Votre souci constant du travail bien fait, votre art de transmettre le savoir et votre attachement à la formation correcte de vos élèves font de vous un maître de référence. Ce travail est le fruit de votre volonté de parfaire et surtout de votre savoir-faire.

Soyez rassuré, cher maître de notre dévouement et notre grande admiration.

Que Dieu vous assiste. Amen.

A NOTRE MAITRE ET DIRECTEUR DE THESE

Professeur Youssouf TRAORE

- **Professeur agrégé de gynécologie obstétrique à la FMOS**
- **Praticien hospitalier au service de gynécologie obstétrique du CHU Gabriel TOURE,**
- **Président de la Société Malienne de Gynécologie Obstétrique (SOMAGO),**
- **Vice-président de la Société Africaine de Gynécologie Obstétrique (SAGO),**
- **Titulaire d'un diplôme universitaire de Méthodologie de recherche clinique de Bordeaux II,**
- **Secrétaire adjoint à l'Organisation de la Société de Chirurgie du Mali (SOCHIMA)**

Cher maître,

C'est un grand honneur et un réel plaisir que vous nous faites en acceptant de diriger ce travail qui est également le vôtre car vous l'avez conçu et suivi de bout en bout.

Au cours de ce travail, nous avons découvert un homme ouvert, accueillant et disponible. Vos qualités d'homme de science et de recherche, votre modestie, font de vous un exemple à suivre.

Cher maître, aucun mot ne pourra exprimer tous nos sentiments à votre égard.

Merci !

SIGLES & ABREVIATIONS

SIGLES & ABREVIATIONS

ASACO-BAFA : Association de centre de santé Communautaire de Banankabougou-Faladié

ATCD : Antécédent

AG : Age Gestationnel

BDCF : Bruit Du Cœur Fœtal

CPN : Consultation Prénatale

CUD : Contraction Utérine Dououreuse

CIVD : Coagulation Intravasculaire Disséminée

CSCOM : Centre de Santé Communautaire

CSREF : Centre de Santé de Référence

DRNN : Détresse Respiratoire Néonatale

DES : Diplôme d'Etudes Spéciales

EPU : Enseignement Post Universitaire

EDS V : Enquête Démographiques et de Santé

G : Gramme

GATPA : Gestion Active de la Troisième Période de l'Accouchement

GEU : Grossesse Extra-Utérine

GIZ : Gesellschaft fur International Zusammenarbeit

HRP : Hématome-Retro Placentaire

HTA : Hypertension Artérielle

HU : Hauteur Utérine

IIG : Intervalle Inter-Génésique

IMC : Indice de Masse Corporelle

NFS : Numération Formule Sanguine

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

PF: Planning Familial

PP: Placenta Prævia

Etude du pronostic-materno-fœtal de l'accouchement chez les grandes multipares dans le centre de santé de référence de Dioila

PEV : Programme Elargi de Vaccination

RPM : Rupture Prématuré des Membranes

RCUI : Retard de Croissance Intra-Utérin

SAA : Soins Après Avortement

SA : Semaine Aménorrhée

SOMAGO : Société Malienne de Gynécologie Obstétrique

SAGO : Société Africaine de Gynécologie Obstétrique

SIS: Système Information Sanitaire

UNFPA: United Nation Fond Population Action

USAID: United States Agency for International Development

URENI : Unité Récupération d'Education Nutritionnelle Intensive

SOMMAIRE

SOMMAIRE

I. INTRODUCTION

II. OBJECTIFS

2-1. Objectif général

2-2. Objectifs spécifiques

III. GENERALITES

1. Rappels anatomiques

1-1. Utérus non gravide

1-2. Utérus gravide

1-3. Rappel anatomique du bassin

2. Rappel physiologique du travail d'accouchement

2-1. Définition

2-2. Les différents temps du travail

2-3. La gestion active de la troisième période de l'accouchement (GATPA)

3. Notion de multiparité

4. Rappel des modifications physiologiques et histologiques du muscle utérin

5. Principaux phénomènes obstétricaux liés à l'âge maternel

6. Phénomènes obstétricaux liés à la parité

IV. METHODOLOGIE

1. Cadre et lieu de l'étude

2. Histoires du Csref de Dioila

3. La pyramide sanitaire du district de Dioila

4. Description du csref de Dioila

4-1. Différents services du csref

4-2. Activités du service de gynécologie obstétrique

5. Type d'étude

6. Période d'étude

7. Population d'étude

8. Echantillonnage

9. Variable d'étude

10. Définitions opérationnelles

11. Support des données

12. Gestions des données

V. RESULTATS

5-1. Caractéristiques sociodémographiques

5-2. Données cliniques

VI. COMMENTAIRES ET DISCUSSION

6-1. Approche méthodologiques

6-2. Fréquence

6-3. Aspects sociodémographiques

6-4. Aspects cliniques

6-5. Prise en charge

6-6. Pronostic maternel

6-7. Pronostic fœtal

VII. CONCLUSION

VIII. RECOMMANDATIONS

IX. REFERENCES

I

INTRODUCTION

I. INTRODUCTION :

La définition de la grande multiparité est un point de désaccord entre plusieurs auteurs, la majorité de la littérature récente définit une grande multipare comme une femme ayant eu une parité supérieure ou égale à six (6) [1].

L'accouchement chez les grandes multipares, ses complications et sa fréquence constituent un problème majeur de santé publique. La parité a été utilisée comme un marqueur de risque pour les nullipares et les grandes multipares.

Les grandes multipares ont aussi été classées comme à haut risque de complications de la grossesse [2].

La variabilité de l'élément numérique a amené (Lacomme) à définir la grande multipare du point de vue biologique comme : "Une femme plus ou moins âgée, ayant un passé pathologique, et surtout dont l'utérus au cours des gestations antérieures a acquis une certaine laxité qui ne lui laisse pas de forme définie "

. Certaines femmes sont grandes multipares à la 4^{ème} ou 5^{ème} gestation, d'autres à la 8^{ème} ou 10^{ème}. C'est là, la caractéristique principale et qui presque toujours, plus que le nombre absolu de grossesses et d'accouchements définit obstétriquement la grande multipare [3].

En pratique, ce critère anatomique est difficile à apprécier, c'est pourquoi la plupart des auteurs considèrent comme critère de base le nombre de parité, qui reste variable d'une série à une autre [4]. Les publications concernant le sujet datent de plus de dix ans. Plusieurs travaux de recherche sur la grande multipare ont été publiés en Europe comme en Afrique, Ainsi, en 1971, Santère et Coll. [5] ont relevé 21,20% de grandes multipares à Lyon et 13,45% pour Palliez [6] à Lille.

En 1981, à la maternité centrale de Rabat(Maroc) les grandes multipares représentaient 15,72%. En 1988 au Niger, Gazoby et Coll ont relevé 24,38% de grandes multipares à la maternité centrale de Niamey [7].

La fréquence de l'accouchement chez les grandes multipares au Mali était de

0,44% dans l'étude de Diassana.B [8], 7,87% dans l'étude Sacko. I [9] et de 5,44% dans l'étude Samaké.B [10]. Tous ces auteurs considèrent comme grande multiparité, si la parité est supérieure ou égale à 6

La grande multiparité est un facteur de risque connu et se termine le plus souvent par des complications telles que : l'hémorragie (placenta prævia, hématome retro-placentaire), l'hémorragie de la délivrance, la rupture utérine, la rupture prématurée des membranes le plus souvent accompagnée de procidence multiple (procidence du cordon, des membres), la dystocie dynamique, les complications néonatales comme le traumatisme néonatal, les dystocies des épaules et la souffrance fœtale aiguë surviennent le plus souvent chez les grandes multipares [11]. Dans les pays développés c'est devenu un phénomène rare. Mais dans nos pays à fort taux de natalité, elle est responsable souvent de taux élevés de morbidité maternelle et périnatale.

Malgré les efforts entrepris par les gouvernements, organisations non gouvernementales, les agences nationales et internationales les taux de natalité restent élevés. Une augmentation de l'incidence de la grande multiparité a des conséquences dramatiques pour la mère, le fœtus, la famille et la société.

Malgré cela, les grandes multipares n'ont fait l'objet d'aucune étude au csref de Dioila. Il nous est donc apparu opportun d'étudier le pronostic materno-fœtal de l'accouchement chez les grandes multipares afin de contribuer à la réduction de la morbidité materno-fœtale dans le centre de santé de référence de Dioila.

Pour la commodité de notre étude, nous avons considéré les grandes multipares : parité supérieure ou égale à 6.

II

OBJECTIFS

II. OBJETIFS :

1. GENERAL :

Etudier l'accouchement chez les grandes multipares dans le centre de sante de référence de Dioila.

2. SPECIFIQUES :

- Déterminer la fréquence de l'accouchement chez les grandes multipares.
- Décrire les facteurs de risques dans cette population.
- Décrire les complications survenues chez les grandes multipares
- Etablir le pronostic-materno-fœtal
- Formuler les recommandations.

III

GENERALITES

III.GENERALITES :

1. RAPPELS ANATOMIQUES :

1.1 Utérus non gravide :

L'utérus est un organe musculaire creux assigné à recevoir l'œuf fécondé, à le contenir pendant son développement et à l'expulser lors de l'accouchement.

Description :[12]

L'utérus est un organe médian, impair, situé dans le petit bassin (pelvis) et a la forme d'un cône tronqué, aplati d'avant en arrière, en haut et cylindrique en bas. Il est sous le péritoine entre la vessie et le rectum et au-dessus du vagin. Il comprend :

- un corps qui est aplati ;
- un isthme ;
- un col, qui est cylindrique, pendant dans le vagin et portant un orifice cervical ;
- deux (2) bords : droit et gauche, dont la partie supérieure de chacun porte une trompe au bout de laquelle adhère un ovaire ; Normalement, l'utérus est antéflé et antéversé. Chez la multipare, sa hauteur est de 7-9cm, sa largeur est de 4cm et son épaisseur de 3cm. Il pèse 50g.

L'utérus comprend trois tuniques de dehors en dedans : la séreuse (péritoine), la musculuse (myomètre), et la muqueuse (endomètre).

Les moyens de fixité de l'utérus :

Il est essentiellement assuré par les ligaments suivants :

- Le ligament rond
- Le ligament large
- Le ligament utéro-ovarien
- Le ligament utéro-sacré
- Le ligament vésico-utérin

La vascularisation de l'utérus :

Elle est :

- Artérielle : assurée par l'artère utérine qui dérive de l'artère iliaque interne et de l'artère ovarienne qui a pour origine l'aorte.
- Veineuse : constituée par deux voies veineuses, l'une principale et l'autre accessoire.
- Lymphatique : Draine surtout le long des vaisseaux lombo-ovariens pour atteindre les ganglions latéro- aortiques.

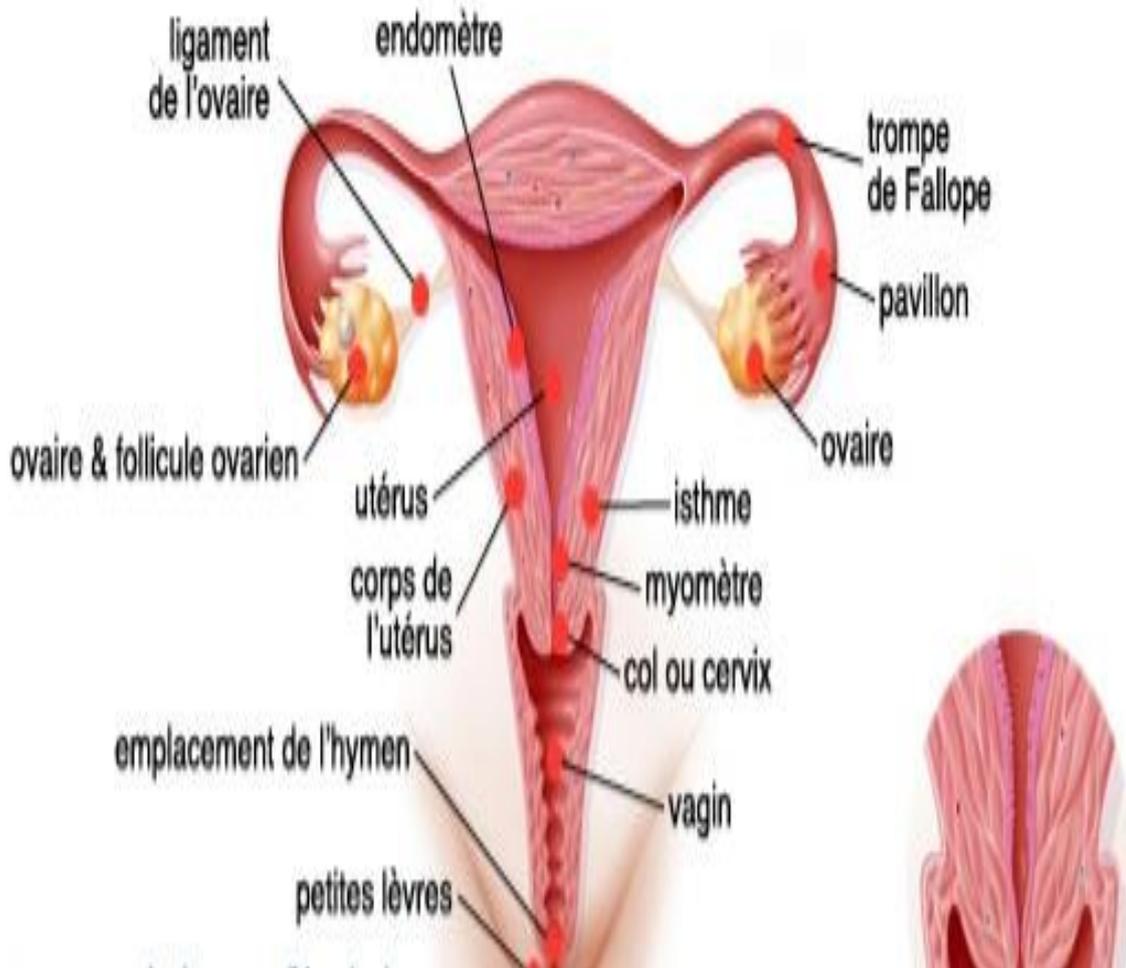


Figure 1 : organes génitaux internes de la femme (vue antérieure) [13]

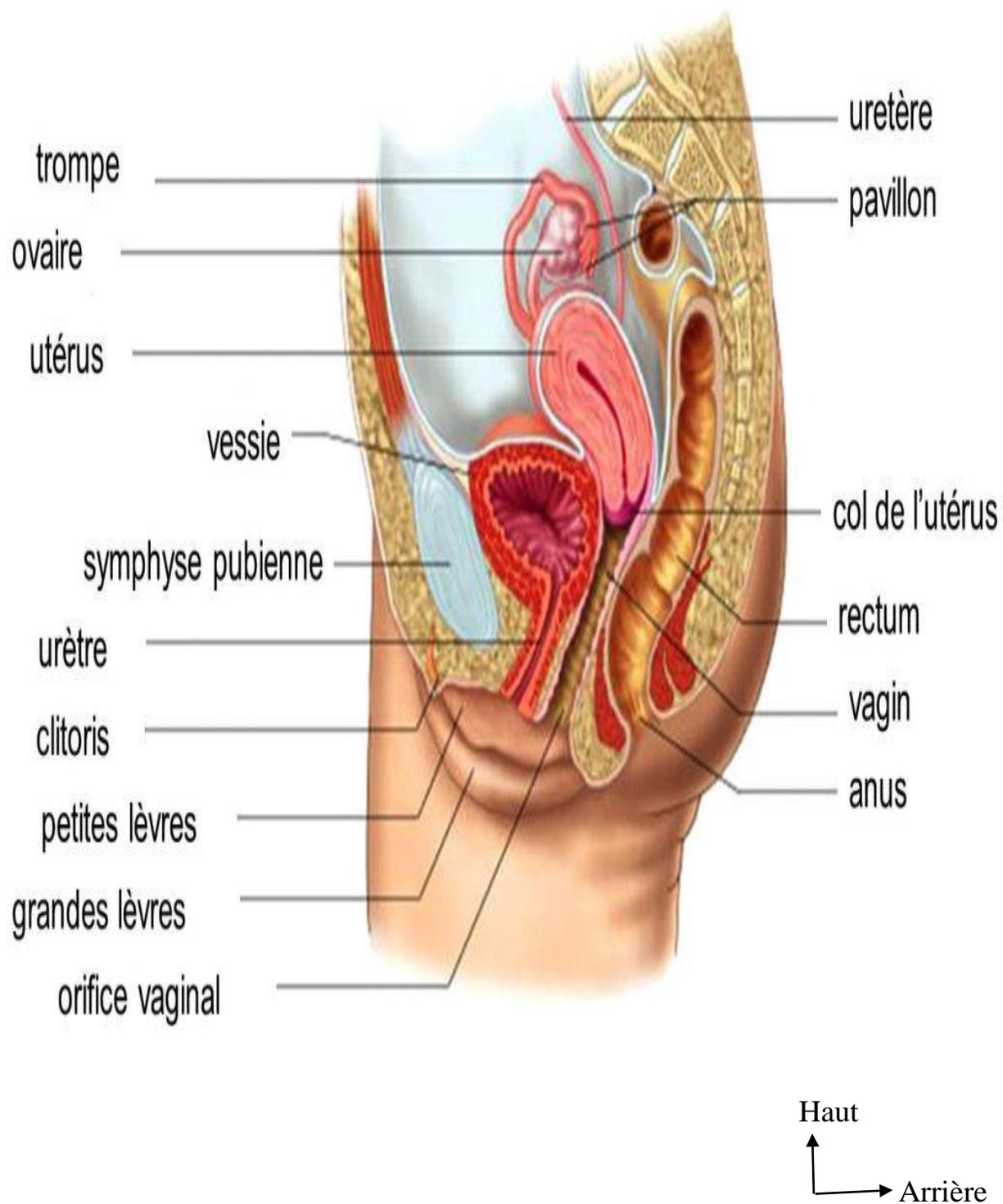


Figure 2 : organes génitaux de la femme (vue latérale) [13]

1.2. L'utérus gravide :

Au cours de la grossesse, l'utérus subit d'importantes modifications portant sur sa morphologie, ses propriétés physiologiques et sa réactivité. L'utérus est pelvien pendant les premières semaines de la grossesse, son fond déborde le bord supérieur du pubis dès la fin du 2^{ème} mois, puis il se développe dans l'abdomen pour atteindre à terme l'appendice xiphoïde.

Selon Merger R les dimensions sont les suivantes :

	Hauteur	Largeur
A la fin du 3ème mois :	13cm	10cm
A la fin du 6ème mois :	24cm	16cm
A terme :	32cm	22cm

Le col utérin se modifie peu en dehors des changements liés à l'imbibition gravidique, le ramollissement, l'effacement et la dilatation en fin de grossesse. L'utérus gravide a une particularité qui est l'apparition du segment inférieur au dernier trimestre, entité anatomique développée au niveau de la région de l'isthme utérin. Les éléments anatomiques en rapport avec l'utérus

En avant :

- Le péritoine vésico-utérin épaissi par l'imbibition gravidique et facilement décollable ;
- La vessie, qui même vide reste au-dessus du pubis. Elle est décollable et peut être refoulée vers le bas ;
- Latéralement : la gaine hypogastrique contenant les vaisseaux utérins croisés par l'uretère
- En arrière c'est le cul-de-sac de Douglas séparant le segment inférieur du rectum et du promontoire ;

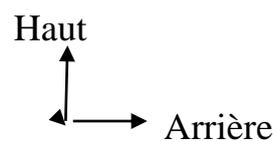
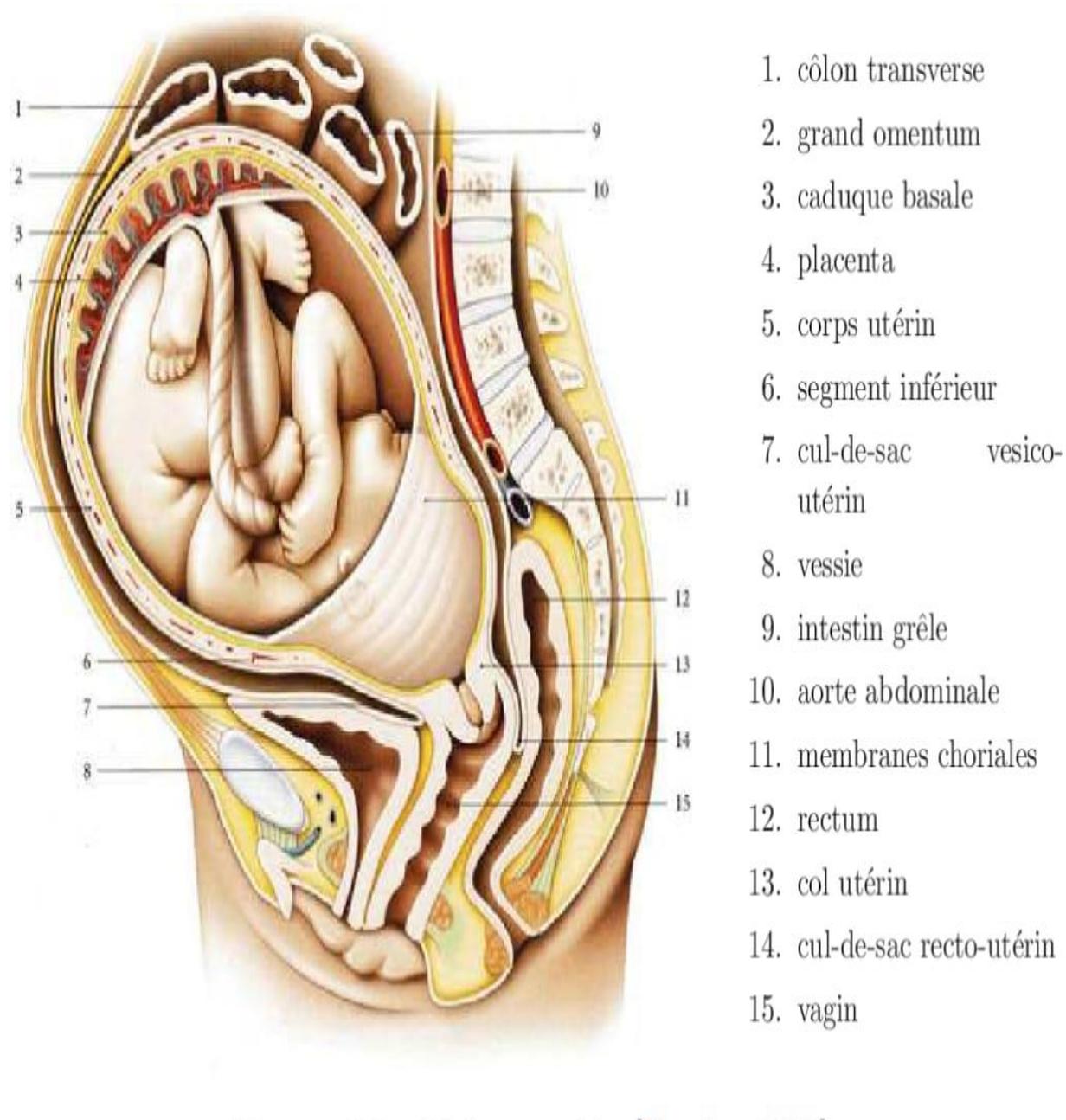


Figure 3 : schéma de l'utérus gravide [13]

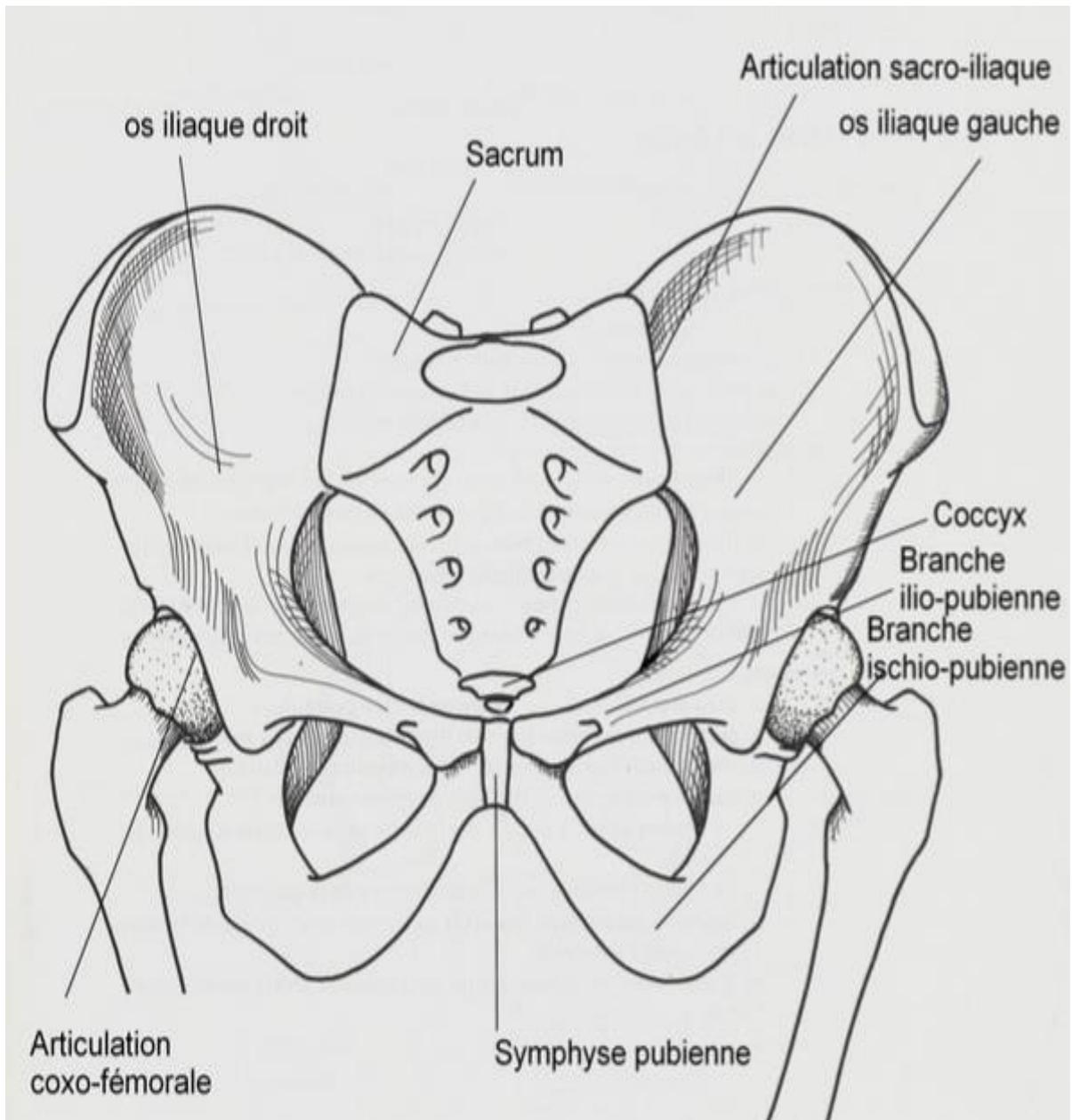
1.3. Rappels anatomiques du bassin : le canal pelvi-génital :

Il comprend 2 éléments :

- Le bassin osseux
- Le diaphragme musculo-aponévrotique du périnée

1.3.1. Le bassin osseux :

C'est un canal osseux situé entre la colonne vertébrale et les membres inférieurs et constitué par les 2 os coxaux en avant et latéralement, le sacrum et le coccyx en arrière. IL est formé par le grand bassin en haut sans intérêt obstétrical et le petit bassin en bas dont la traversée permet l'accouchement justifiant ainsi son nom de bassin obstétrical. Pour cette raison, nous ne décrivons que le petit bassin celui-ci est formé de 2 orifices supérieurs et inférieurs séparés par une excavation.



Haut
↑
Gauche →

Figure 4 : Schéma du bassin osseux (vue de face) [13]

1.3.1.1. Le détroit supérieur ou l'orifice supérieur :

C'est le plan d'engagement du fœtus, séparant le petit bassin du grand bassin.

Il est formé par :

- En avant : le bord supérieur de la symphyse pubienne et le corps du pubis, les crêtes pectinéales et les éminences ilio-pectinées.
- De chaque côté les lignes innominées et le bord antérieur des ailerons sacrés.
- En arrière le promontoire.

Les diamètres du détroit supérieur :

✚ Les diamètres antéropostérieurs : on distingue

- le promonto-sus-pubien = 11cm
- le promonto-retro-pubien = 10,5cm
- le promonto-sous-pubien = 12cm

✚ Les diamètres obliques : allant de l'éminence ilio-pectinée à la symphyse sacro-caudaux du côté opposé et mesurant chacun 12cm.

✚ Les diamètres transversaux : le transverse médian situé à égale distance entre le pubis et le promontoire est le seul utilisable par le fœtus. Il mesure 13cm.

- Les diamètres sacro-cotyloïdiens : allant du promontoire à la région acétabulaire mesurent chacun 9cm,

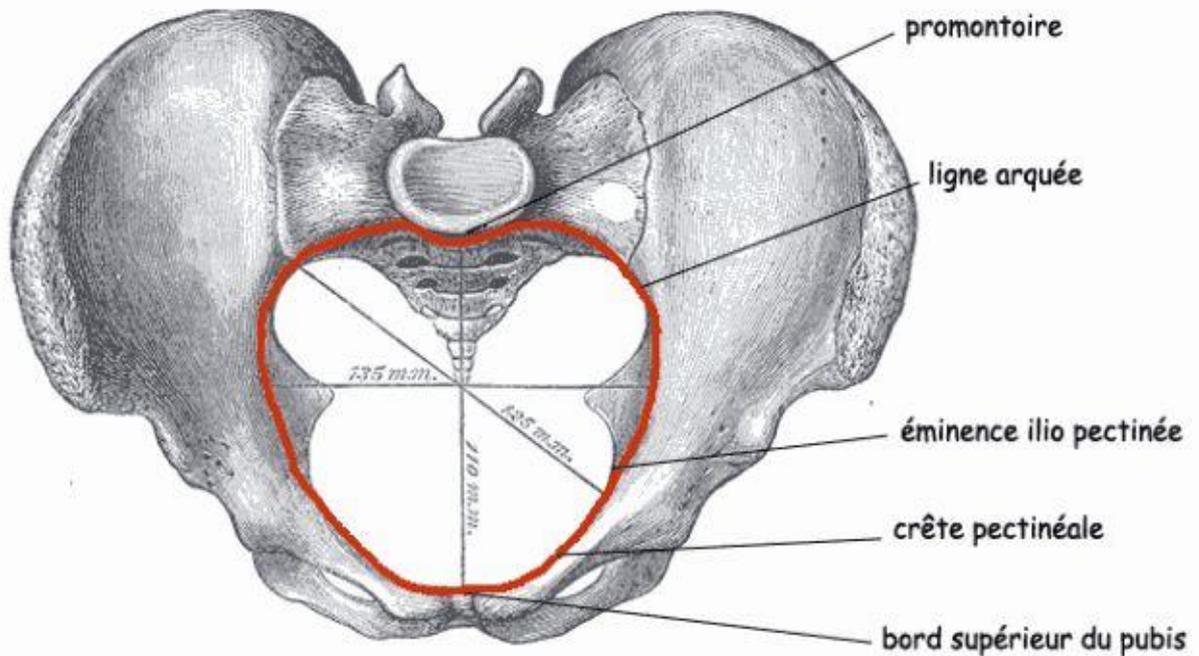


Figure 5 : Schéma du Détroit supérieur [4]

1.3.1.2. L'excavation pelvienne :

« Elle a la forme d'un tronc de tore » dont le grand axe de l'orifice supérieur est transversal et celui de l'orifice inférieur est antéro-postérieur. Ses limites sont :

- En avant : la face postérieure de la symphyse pubienne et le corps du pubis.
- En arrière : la face antérieure du sacrum et du coccyx
- Latéralement : la face quadrilatère des os iliaques

L'excavation est le lieu de descente et de rotation de fœtus.

1.3.1.3. Le détroit inférieur ou l'orifice inférieur :

Il constitue le plan de dégagement du fœtus. Il est limité :

- En avant par le bord inférieur de la symphyse pubienne
- En arrière par le coccyx
- Latéralement d'avant en arrière :

- Par le bord inférieur des branches ischio-pubiennes et celui des tubérosités ischiatiques.
- Et par le bord inférieur des ligaments sacro-sciatiques.

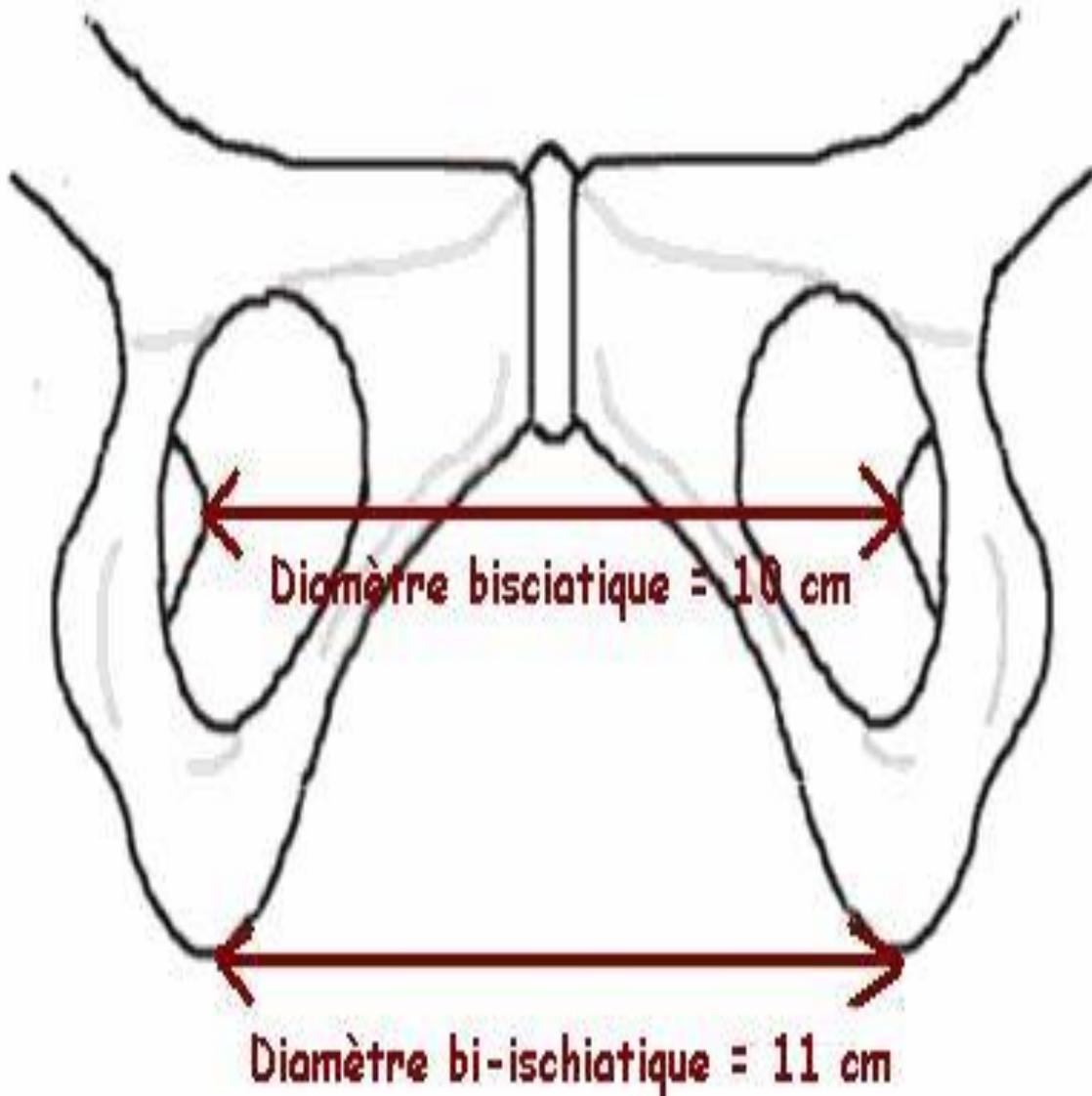


Figure 6 : Schéma du Déroit inférieur [13]

Les diamètres du détroit inférieur

- ✚ Le diamètre sous-coccyx-sous-pubien est de 9,5 cm mais, peut atteindre 11 à 12cm en pulsion ;
- ✚ Le diamètre sous-sacro-sous-pubien allant de la pointe du sacrum au bord inférieur du pubis est de 11 cm.

Du point de vue synthétique il existe des variations morphologiques explicitées par Caldwell, Moloy, Thoms et autres... Au-delà de ces variations physiologiques, se trouvent les modifications pathologiques liées aux rétrécissements prononcés, isolés ou globaux des diamètres du bassin.

1.3.2. Le Diaphragme pelvi-génital :

Le diaphragme pelvien principal :

Il est constitué par le releveur de l'anus, c'est un muscle pair qui forme avec celui du côté opposé et avec les deux muscles ischio-coccygiens en arrière le plancher du bassin ou diaphragme pelvien principal.

Le bord interne du releveur de l'anus, recouvert par l'aponévrose pelvien répond en bas, sur un plan un peu inférieur à lui, au diaphragme pelvien accessoire.

Le diaphragme pelvien accessoire :

C'est un ensemble musculo-aponévrotique qui ferme en bas la cavité pelvienne.

C'est le périnée anatomique. Il se divise en :

- périnée postérieur qui comprend en avant le muscle sphincter externe de l'anus et en arrière un ensemble musculaire se joignant sur le raphéano-coccygien ;
- Périnée antérieur qui comprend les muscles péri-vaginaux et péri-vulvaires et le noyau fibreux central. Il faut surtout retenir que les importants délabrements périnéaux réparés peuvent conduire à la césarienne car l'accouchement par voie basse risque de produire des lésions.

2. Rappel physiologique du travail d'accouchement

2.1. Définition : l'accouchement est l'ensemble des phénomènes qui ont pour conséquences la sortie du fœtus et de ses annexes hors des voies génitales maternelles, à partir du moment où la grossesse a atteint le terme théorique de 6mois (28sémaines d'aménorrhée). R. Merger

Ces phénomènes sont régis par l'adaptation des dimensions des diamètres fœtaux, ceux de la tête fœtale en particulier, à celles du bassin maternel et des parties molles, permettant au fœtus de traverser la filière génitale, et par les contractions utérines du travail qui poussent le fœtus vers le dehors. L'expulsion de l'œuf avant le terme de six mois est un avortement. On comprend tout de suite que la limite entre avortement et accouchement est imprécise. Celle du poids du fœtus n'est pas un bon critère. Celle de viabilité est vague elle aussi, faute de pouvoir définir ce terme avec exactitude.

L'accouchement qui se produit entre le début de la 38^{ème} semaine (259jours) et la fin de la 42^{ème}semaine (293jours) est dit à terme. S'il se produit avant 37^{ème} semaine d'aménorrhée de grossesse, il est dit prématuré.

L'accouchement spontané est celui qui se déclenche de lui-même, sans intervention extérieure.

Il est provoqué ; lorsqu'il est consécutif à une intervention extérieure. Généralement d'ordre thérapeutique, il est dit programmé lorsqu'il est provoqué sans indications pathologiques.

L'accouchement est naturel lorsqu'il se fait sous l'influence de la seule physiologie : sinon il est dirigé. Il est artificiel quand il est le résultat d'une intervention manuelle ou instrumentale, par voie basse ou par voie abdominale. L'accouchement est eutocique quand il s'accomplit suivant un déroulement physiologique normal.il est dystocique dans le cas contraire.

On appelle dystocie l'ensemble des anomalies qui peuvent entraver la marche normale de l'accouchement. Celles-ci peuvent concerner la mère (bassin, dynamique utérine), le fœtus (position, présentation, volume) ou ses annexes.

Evolution de l'accouchement. Le déroulement de l'accouchement comprend trois périodes :

La première correspond à l'effacement et à la dilatation du col :

La deuxième à la sortie du fœtus

La troisième à la sortie des annexes (placenta et membranes).

2.2 Les différents temps du travail

2.2.1 Effacement et la dilatation du col :

Cette étape est marquée par l'association de contractions utérines fréquentes et régulières, et de modifications cervicales évolutives. Sous l'influence des contractions, le col s'efface (se raccourcit), puis se dilate jusqu'à 10 cm. Cette modification évolue en deux phases :

Une phase de dilatation lente jusqu'à 3 cm, surtout marquée par l'effacement du col.

Puis une phase de dilatation rapide (> 1 cm / heure) jusqu'à dilatation complète (10cm). Si les membranes ne se sont pas spontanément rompues plus tôt, il est habituel de les rompre artificiellement vers 4-5 cm. Cette mesure renforce l'intensité des contractions et favorise la dilatation cervicale

Effacement et dilatation du col utérin chez la primipare et la multipare

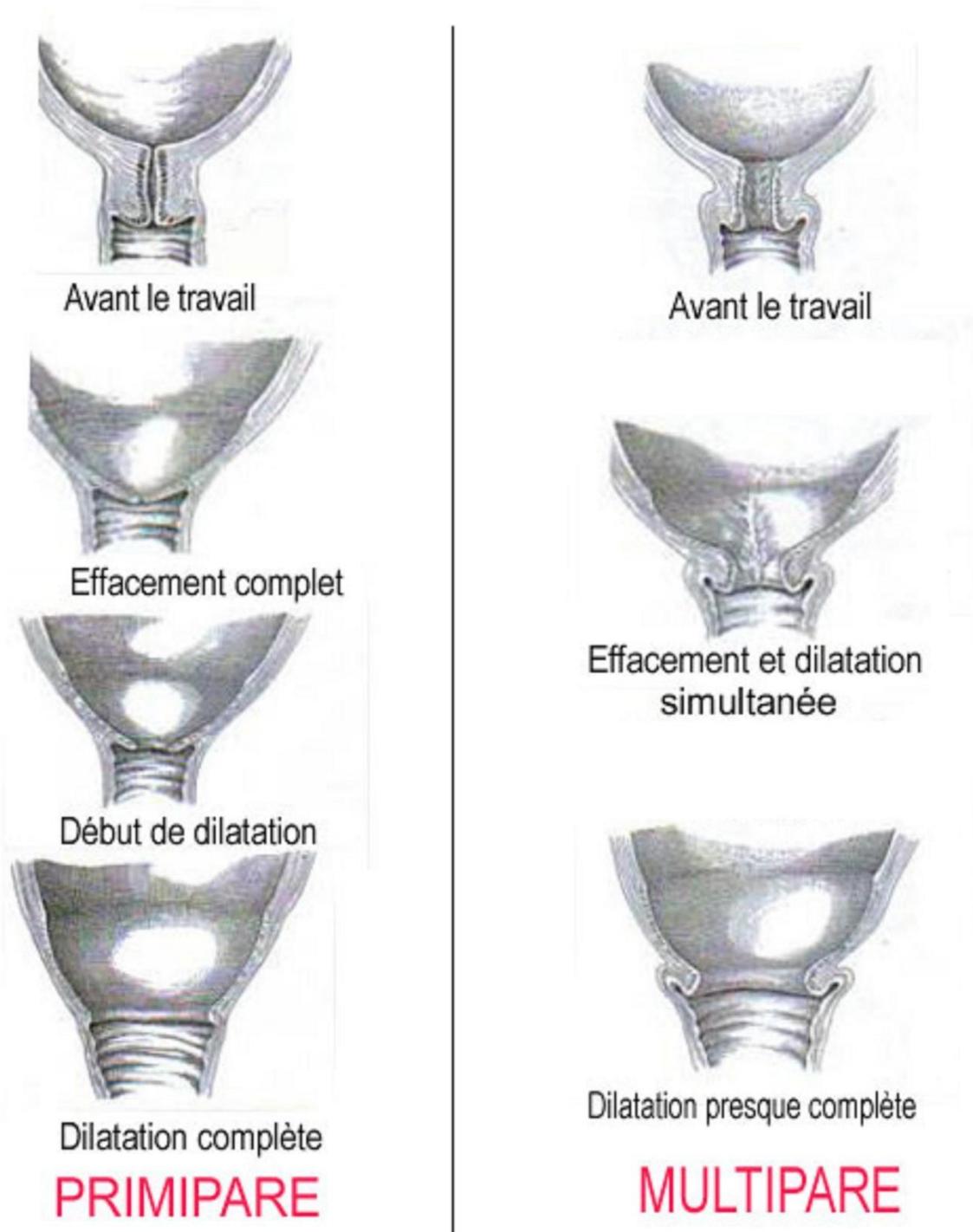


Figure 7 : Schéma de la dilatation du col [14]

Effacement et dilatation du col utérin chez la primipare (à gauche) et la multipare (à droite). Dans la colonne de gauche, on peut constater que l'évolution du col se fait en 4 étapes successives. Il s'agit d'un accouchement de

primipare (première grossesse). La colonne à droite nous montre l'évolution d'un col utérin de multipare (femme ayant déjà vécu au minimum un accouchement). On constate que l'effacement et la dilation se font simultanément, permettant ainsi dans la majorité des cas que l'accouchement soit plus rapide que lors d'un premier accouchement. Après, d'autres facteurs peuvent rentrer en jeu et entraîner une variation du temps d'accouchement.

2.2.2 : Deuxième partie du travail : Expulsion du fœtus

Les différents éléments de l'accouchement amène à décrire :

- La présentation fœtale,
- La mécanique obstétricale de l'accouchement.

2.2.2.1 La présentation fœtale :

On appelle présentation, la partie du fœtus qui se présente en premier dans l'aire du bassin. La présentation du sommet (95 % des cas) est une présentation de la tête fléchie : le fœtus se présente par le sommet. L'occiput est le repère de la présentation du sommet. Son orientation par rapport au bassin maternel définit la variété de la présentation :

- ✓ OP (Occipito-Pubienne) : l'occiput est sous la symphyse pubienne (à midi chez une femme en position gynécologique),
- ✓ OIGA (Occipito-Iliaque Gauche Antérieure) : l'occiput est en avant et à gauche, entre 1 et 2 heures,
- ✓ OIGP (Occipito-Iliaque Gauche Postérieure) : l'occiput est en arrière et à gauche, entre 4 et 5 heures,
- ✓ OS (Occipito-Sacrée) : l'occiput est en arrière, contre le sacrum,
- ✓ OIDP (Occipito-Iliaque Droite Postérieure) : l'occiput est en arrière et à droite, entre 7 et 8 heures,
- ✓ OIDA (Occipito-Iliaque Droite Antérieure) : l'occiput est en avant et à droite, entre 10 et 11 heures.

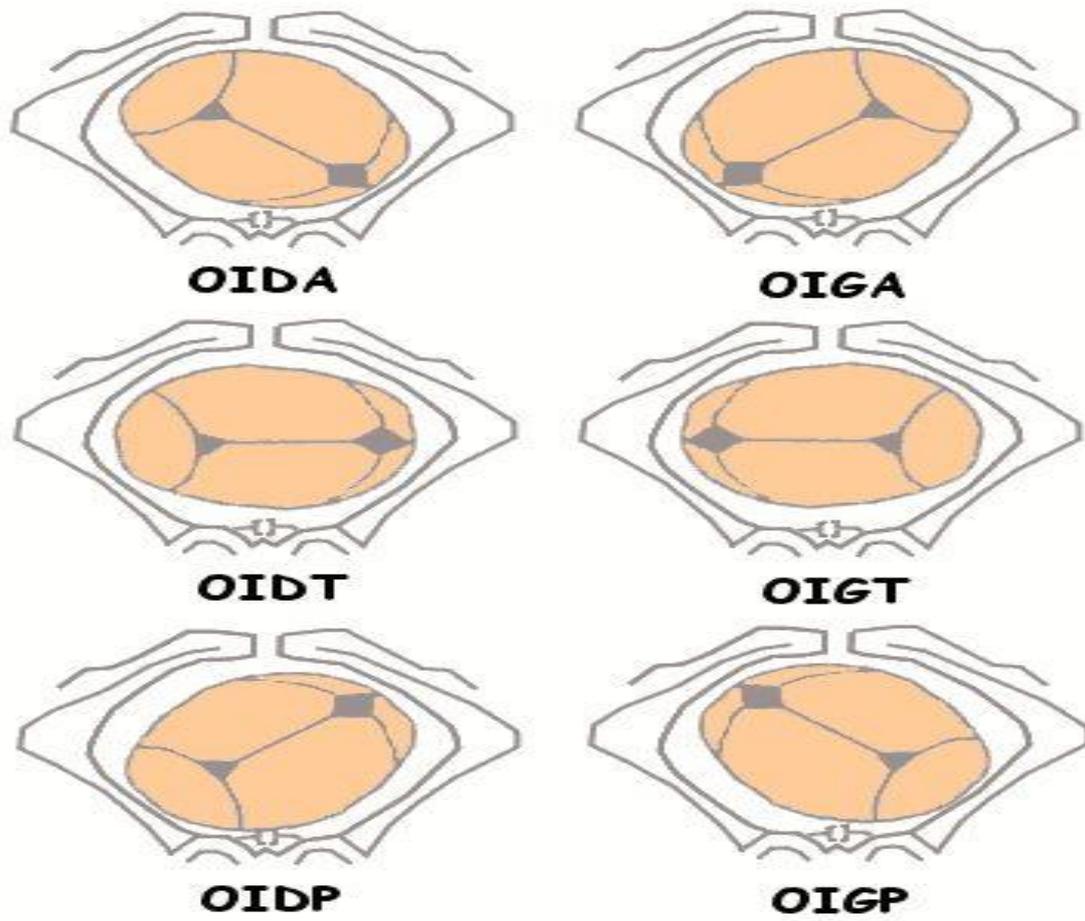


Figure 8 : Schéma des variétés de la présentation fœtale [14]

Le diagnostic de la présentation du sommet et de sa variété repose sur le toucher vaginal qui repère les sutures et les fontanelles situées entre les plaques osseuses de la voûte du crâne.

- La fontanelle postérieure (ou petite fontanelle ou fontanelle λ (lambda)) est située à l'union de la plaque occipitale et des deux plaques pariétales. Elle est de forme triangulaire et, de ses sommets, partent trois sutures.
- La fontanelle antérieure (ou grande fontanelle ou fontanelle bregma) est située à l'union des deux plaques pariétales et des deux plaques frontales. Elle est de forme losangique et, de ses sommets, partent quatre sutures.

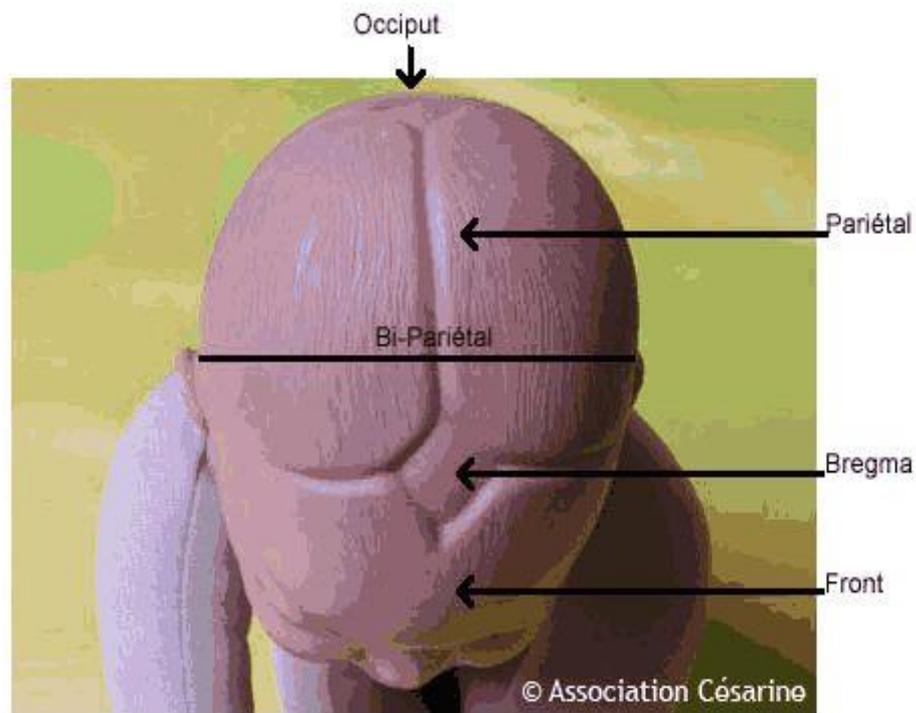
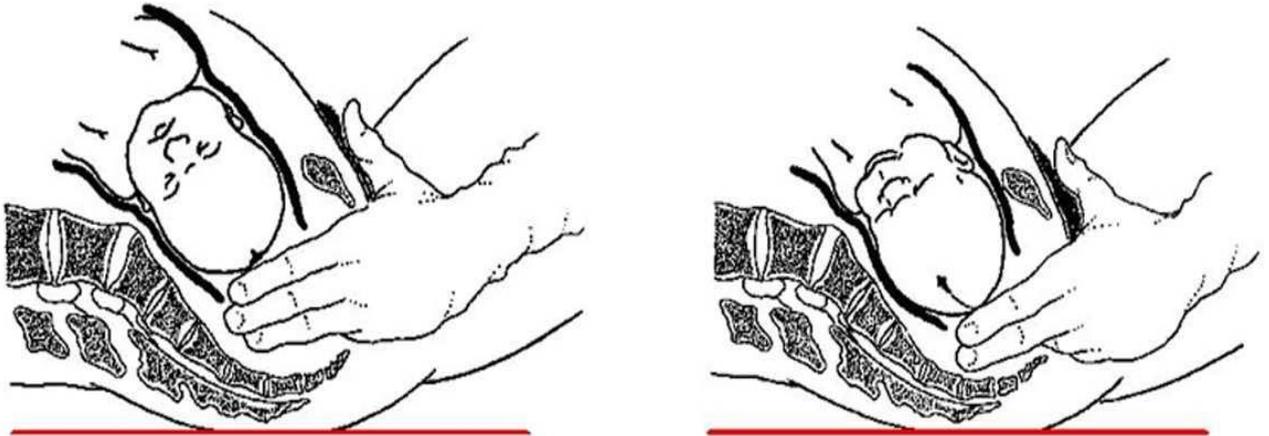


Figure 9 : Schéma de vue des fontanelles [14]

2.2.2.2 Mécanique obstétricale :

La descente du fœtus comprend trois étapes successives :

- **L'engagement.** C'est le franchissement du détroit supérieur par la présentation. En raison de la forme du détroit supérieur, l'engagement exige que la présentation s'oriente dans un diamètre oblique du bassin. Du fait de la dextrorotation de l'utérus gravide (sa face antérieure regarde en avant et à droite), le diamètre oblique gauche est beaucoup plus souvent emprunté que le droit. Pour ces raisons, l'engagement se fait le plus souvent en OIGA (57 %) ou en OIGP (33 %). Le diagnostic d'engagement est fondamental. Le signe essentiel est le signe de Farabeuf : deux doigts intra-vaginaux dirigés vers la 2^{ème} vertèbre sacrée rencontrent la tête fœtale et sont arrêtés par elle. Ils ne peuvent trouver place entre la présentation et la concavité sacrée.



A : Présentation non engagée.

B : Présentation engagée

Figure 10 : Engagemment : signe de Farabeuf [14]

- **La descente et la rotation intra-pelvienne.** La rotation intra-pelvienne est une obligation puisque l'engagement ne peut se faire que dans un diamètre oblique, mais que le dégagement ne peut se faire que dans le diamètre sagittal du bassin. La rotation se fait presque toujours vers l'avant tournant le plus fréquemment en occipito-pubien(OP) et parfois en arrière prenant occipito-sacré (OS). Les variétés antérieures (OIGA et OIDA) font une petite rotation de 45° qui est facile. Les variétés postérieures (OIDP et OIGP) doivent faire une grande rotation de 135° , souvent plus laborieuse.
- **Le dégagement.** C'est le franchissement du détroit inférieur et du diaphragme pelvien. Il se fait presque toujours en OP. La région sous-occipitale se fixe sous la symphyse pubienne et la tête se dégage par un mouvement de déflexion : le sous occiput reste sous la symphyse tandis que le front appli le périnée postérieur et monte vers la vulve. Le mouvement de dégagement se fait avec une force exponentielle. Souvent lent au début, il peut s'achever brutalement et entraîner une déchirure périnéale.

Après le dégagement de la tête, celle-ci opère un mouvement de restitution : l'occiput se tourne de 45° vers le dos du fœtus. Le dégagement des épaules est un temps critique :

- L'opérateur saisit la tête entre le menton et le sous-occiput,
- Accentue le mouvement de restitution pour orienter l'occiput presque vers l'arrière,
- Tire avec douceur vers le bas pour dégager l'épaule antérieure qui apparaît sous la symphyse,
- Puis redresse progressivement l'axe de traction vers le haut pour dégager l'épaule postérieure en surveillant le périnée.

Le reste du corps suit sans difficulté. Le cordon ombilical est clampé et sectionné à distance de l'abdomen.

2.2.3 Troisième partie du travail : La Délivrance :

C'est l'ensemble des phénomènes qui amènent à la vacuité utérine après la naissance du fœtus. C'est la période la plus dangereuse pour la mère. Il y a un risque d'hémorragie grave mettant en jeu le pronostic vital.

2.2.3.1 Physiologie de la délivrance :

Elle comporte trois étapes :

- **Décollement placentaire :** Après l'expulsion du fœtus, l'utérus subit une rétraction passive épargnant la zone d'insertion placentaire. Ceci a pour effet de décoller les villosités des cotylédons qui s'amarrent encore à la caduque. C'est une phase de rémission clinique qui peut durer 10 à 15 minutes en moyenne.
- **Expulsion du placenta :** Sous l'influence des contractions et de son propre poids, le placenta tombe dans le segment inférieur qui se déplisse, surélevant le corps utérin ; les membranes sont entraînées à leur tour. Il peut sortir par la face fœtale (mode de BEAUDELOCQUE) ou par sa face maternelle (mode DUNCAN). La quantité de sang perdu lors de cette

phase est environ 300cc et est dite pertes physiologiques. Au-delà de 500cc par voie basse on parle d'hémorragie de la délivrance. En pratique, elle est généralement aidée par l'accoucheur ;

- **Hémostase :** Qui n'est possible que si l'utérus est vide favorisé par la rétraction utérine : les fibres musculaires étreints les vaisseaux par la contraction utérine constituant la ligature vivante de Pinard. L'hémostase biologique est plus tardive. Un retard à l'expulsion du placenta (rétention placentaire complète), la persistance de débris (rétention partielle) ou une défaillance du muscle utérin (atonie utérine) sont responsables d'hémorragies de la délivrance.

La délivrance naturelle se fait dans un délai de 45 minutes après la naissance. Son étude clinique fait distinguer trois étapes successives :

- **Décollement placentaire.**
- **Expulsion du placenta :**
- **Hémostase :**

2.2.3.2. Délivrance dirigée : C'est l'injection d'ocytociques après la sortie de l'épaule dans les présentations de sommet qui vise à raccourcir la période de la délivrance dans le but de limiter les pertes sanguines. Dans le choix de l'ocytocine, on administre 10unités dans 500cc de sérum glucosé à 5% en perfusion lente à la vitesse de 08 à 16 gouttes par minutes à moduler en fonction du décollement placentaire.

2.2.3.3. La gestion active de la troisième période de l'accouchement (GATPA) : [15].

Définition : C'est un ensemble d'interventions visant à accélérer la délivrance du placenta en augmentant les contractions utérines et à prévenir l'hémorragie du post-partum en évitant l'atonie utérine.

L'introduction du programme National de la gestion active de la Troisième période de l'accouchement en 2007 au Mali visant à réduire la morbidité et la mortalité maternelle dues aux hémorragies du post-partum. La délivrance du placenta le plus tôt possible après l'accouchement prévient la perte de sang. La prise en charge active de la troisième période de l'accouchement permet une rapide délivrance du placenta, une 3ème période plus courte, et diminue la perte de sang. Il réduirait donc les hémorragies du post-partum. La prise en charge active de la 3ème période de l'accouchement aide à prévenir une hémorragie du post-partum.

Elle consiste à :

- Administrer de l'ocytocine à la patiente immédiatement après l'expulsion du fœtus.
- Exercer une traction contrôlée sur le cordon ;
- Massage utérin

Avantages :

- Diminue la durée de la troisième période
- Diminue le risque de l'hémorragie du post-partum
- Est associée à une utilisation moindre d'autres médicaments utéro toniques thérapeutiques
- Diminue la perte moyenne du sang
- Diminue le besoin des transfusions sanguines
- Est associée à une anémie moindre lors du post-partum

Inconvénients / risques :

Exige des utéro toniques et fournitures nécessaires pour l'injection

Demande la présence d'un accoucheur qualifié pour :

- Observation
- Administration d'une injection, si les utéro toniques injectables sont utilisés
- Traction contrôlée du cordon

a. Administration ocytociques :

Dans la minute qui suit l'expulsion du fœtus, il faut palper l'abdomen de la femme pour écarter l'éventualité d'un autre fœtus et administrer des utéro-toniques. Le choix a porté sur l'ocytocine parce qu'elle agit rapidement (en 2 à 3 minutes) n'a pas de contre-indication, que ses effets secondaires sont minimes et que son coût est moindre par rapport aux autres ocytociques selon une étude de l'OMS [16]. Elle s'administre par voie intramusculaire à la dose de 10 unités d'ocytocine.

Les autres utéro-toniques (Ergométrine, Méthylergométrine et Misoprostol) ont présenté des effets secondaires et sont contre-indiqués chez les patientes ayant des antécédents d'hypertension et ou de cardiopathie.

-Les éléments comparatifs des utéro-toniques [17].

Ocytociques	Action	Délai	Durée
Ocytocine	Provoque la contraction de utérus	2,5minutes (voie intramusculaire)	15minutes
Ergométrine	Provoque la contraction de utérus	6-7minutes (voie intramusculaire)	2-4 heures
Syngométrine	Provoque la contraction de utérus	L'effet combiné de l'ocytocine et de l'ergométrine	
Misoprostol	Provoque la contraction de utérus	12-15minutes (voie orale)	20minutes

-Les contre-indications des utéro-toniques [18].

Ocytocine	Aucune
Ergométrine	HTA, troubles cardiaques, drépanocytose, hémoglobinopathies
Syngométrine	Identique à l'ergométrine
Misoprostol	Asthme pour l'administration IV, allergies aux prostaglandines

-Stabilité des ocytociques dans les climats tropicaux : [19]

Conditions stimulation	Ergométrine/Méthylergométrine	Ocytocine
Réfrigération pendant 12 mois	A perdu 4-5% d'ingrédients actifs	Pas de perte
30° C, sombre	A perdu 25%	A perdu 14%
21-25° C, lumière	A perdu 21%- 27% en un mois >90% en 12mois	A perdu 5%
40° C, sombre	A perdu >50%	A perdu 80%

L'ocytocine a une meilleure stabilité que l'Ergométrine Méthylergométrine surtout en ce qui concerne la lumière ; possible de la laisser non réfrigérée pendant de brève périodes (1mois à 30°C, 2 semaines à 40°C), C'est le médicament de choix mais à défaut la Syntometrine ou l'ergométrine peut être utilisée ; le Misoprostol administré par voie rectale a des avantages ; en attente d'études le confirmant [19].

-Les effets secondaires des ocytociques

Ocytocine	Pas d'effet secondaires
Ergométrine	HTA, vomissements, céphalées
Syngométrine	HTA, nausées, vomissements
Misoprostol	Sédation, tremblements, convulsions, dyspnée, fièvre, palpitations, hypotension, bradycardie

b. La traction contrôlée sur le cordon :

Clamper le cordon à proximité du périnée. Maintenir le cordon et la pince d'une main. Exercer une tension contrôlée sur le cordon.

La seconde main placée au-dessus du pubis exerce une pression qui refoule le fond utérin vers le haut. Cette manœuvre contribue à éviter une inversion utérine. Ces deux gestes se font à la faveur d'une contraction de l'utérus.

Si le placenta ne descend pas dans la minute qui suit, ne plus exercer la tension et clamper plus près du périnée si nécessaire.

Renouveler la tension sur le cordon et la pression vers le haut par la main sus-pubienne à la faveur d'une autre contraction.

Tirer doucement sur le placenta pour extraire les membranes.

c. Massage utérin :

A travers la paroi abdominale jusqu'à obtenir une bonne rétraction de l'utérus.

Renouveler toutes les 15 minutes pendant 2 heures.

Mettre le nouveau-né aussitôt au sein pour que l'ocytocine produite pendant l'accouchement permette à l'utérus de rester contracter.

d. Vérification du saignement vaginal :

2.2.3.4 Conduite à tenir :

Surveillance rigoureuse en salle de travail :

- Pouls, pression artérielle,
- Hémorragie qui ne doit pas dépasser 500 ml au total,

- Hauteur et consistance de l'utérus.

Diagnostic du décollement et aide à l'expulsion du placenta :

- Le diagnostic repose sur la manœuvre de mobilisation de l'utérus vers le haut : une main empaume la partie basse de l'utérus à travers la paroi abdominale et le remonte vers l'ombilic. Tant que le placenta n'est pas décollé, le cordon remonte avec l'utérus. Lorsque le placenta est décollé, cette manœuvre ne fait plus remonter le cordon.
- L'absence de décollement après 30 minutes n'est pas physiologique et impose une délivrance artificielle.
- Lorsque le placenta est décollé, son expulsion est habituellement favorisée par une pression sur le fond utérin, réalisant un mouvement de piston utérin qui amène le placenta à la vulve.

Après la délivrance :

- Examen du placenta et des membranes pour vérifier leur intégrité. Une rétention placentaire partielle justifie une révision utérine.
- Poursuivre la surveillance pendant 2 heures en salle de travail : pouls, Tension et saignement.

3- notion de multiparité :

Selon le nombre d'accouchements antérieurs, la plupart des auteurs proposent une classification en quatre catégories [6] :

- _ La primipare : un accouchement.
- _ La Paucipare : deux à trois accouchements.
- _ La multipare : quatre à cinq accouchements
- _ La grande multipare : six accouchements ou plus.

Cette classification pratique pour une étude statistique est jugée insuffisante pour certains auteurs comme Dorreau et al [20]. En effet pour eux, plus que le nombre absolu de grossesse, c'est l'état de l'utérus altéré par le préjudice corporel de la maternité qui définit la grande multiparité.

Ils ont ainsi proposé une autre définition de la multiparité : ce sont des femmes plus ou moins âgées dont l'utérus a acquis au cours des gestations antérieures une laxité qui ne lui laisse plus de forme définie.

C'est là selon eux, la caractéristique fondamentale de la grande multiparité.

4- Rappel des modifications physiologiques et histologiques du muscle utérin chez les grandes multipares :

Avec le nombre de grossesses et leur répétition, les fibres musculaires utérines dégénèrent et sont remplacées plus ou moins rapidement par des fibres conjonctives. Cette transformation du muscle utérin entraîne une « élasticité » des parois utérines aboutissant à une facile accommodation de celle-ci aux diverses présentations.

Par ailleurs, elle est responsable lors de la parturition, de troubles de la dynamique utérine (à type d'hypocinésie).

Dorreau [20], décrit des lésions d'athérome et de sclérose des artères spiralées. D'autres auteurs décrivent des modifications du tissu inter fasciculaire qui se développerait après chaque accouchement comme la cicatrice fibreuse de « micro- ruptures musculaires » [21]. D'une façon générale, chez la grande multipare, l'appareil génital se transforme et « vieillit » plus vite que le reste de l'organisme. Ainsi la musculature de l'utérus est modifiée par la fibrose, avec parfois même des zones de dégénérescence vasculaire.

5- Principaux phénomènes obstétricaux liés à l'âge maternel :

Depuis longtemps l'analyse des relations entre l'âge et la parité a préoccupé de nombreux obstétriciens [22]. Les constats ont été les mêmes partout dans le monde : les grandes multipares sont en général des parturientes âgées de plus de 35ans. Ainsi les travaux de MUTOMBO (Bénin) sur les grossesses après les 40 ans soulignent qu'il s'agissait souvent des grandes multipares, paysannes vivant dans un milieu défavorisé tant sur le plan économique que culturel dans 90% des cas. L'âge maternel représente un facteur de risque de maladie vasculo-rénale,

de diabète, d'obésité et des malformations congénitales. Toutes ces anomalies citées créent un environnement moins favorable pour l'utérus.

6 - Phénomènes obstétricaux liés à la parité :

L'accouchement chez la primipare était plus dangereux que chez les multipares. Les risques relevés chez les primipares étaient en grande partie liés aux dystocies mécaniques qui sont mieux maîtrisées de nos jours.

Par contre les risques rapproche avec l'épuisement du muscle utérin du fait des maternités multiples constituent toujours une hantise pour l'obstétricien.

Les facteurs étiologiques sont nombreux. Les mieux connus sont les suivants :

➤ Accouchement

De nombreux accidents peuvent survenir au cours de l'accouchement chez la grande multipare selon Palliez [6].

Des dystocies graves, des accidents de la délivrance, peuvent mettre en danger la vie de la parturiente dont l'organisme, parfois affaibli, souffre de la répétition des grossesses.

➤ Les présentations :

Presque tous les auteurs constatent une augmentation des présentations dystociques, surtout des présentations transversales et du siège chez les grandes multipares.

➤ La dystocie dynamique :

Elle est l'apanage des grandes multipares, soit par hypotonie utérine, soit par dystocie cervicale. Wahl [1] attribue cette dernière à la mauvaise qualité du col utérin de la grande multipare et à la mauvaise sollicitation du col, par la présentation souvent haute en début de travail.

➤ Placenta prævia

Il est fréquent chez les multipares, après la 6 Grossesse sa fréquence est de (3,2%) contre (0,8%) dans la série de Palliez et coll. [1]. Les constats ont été les mêmes selon la revue de la littérature [23].

Le placenta s'insère normalement sur le fond et l'une des faces du corps de l'utérus. Il s'attache tout entier sur la muqueuse corporeale, appelée caduque pendant la grossesse. L'anomalie du siège, le vice d'insertion vient du fait que le placenta s'attache au moins en partie sur la partie inférieure de l'utérus qui donnera à partir du 3 trimestre le segment inférieur dont la muqueuse se transforme elle aussi en caduque mais en « mauvaise caduque ».

De ce qui précède, il découle que la muqueuse utérine de la grande multipare, plusieurs fois sollicitée par les grossesses et accouchements antérieurs seront modifiée en caduque de moins bonne qualité responsable de vice d'insertion placentaire. Il semble aussi que la masse placentaire importante chez la grande multipare serait à l'origine de l'insertion basse du placenta source de placenta prævia [22]. Il en sera de même si les antécédents gynécologiques et obstétricaux comportent des curetages mal exécutés, des avortements provoqués ou des endométrites.

➤ **L'hématome rétro placentaire :**

L'hématome rétro placentaire (HRP) est un syndrome paroxystique du dernier mois de la grossesse ou du travail, caractérisé anatomiquement par un hématome situé entre le placenta et la paroi utérine : cet état hémorragique peut aller du simple éclatement d'un infarctus à la surface du placenta jusqu'aux raptus hémorragique atteignant toute la sphère génitale et pouvant même la dépasser.

L'hématome rétro placentaire quoi que pouvant existe chez la primipare est une Maladie connue comme étant le propre de la multipare. Sa fréquence augmente avec la parité puisqu'elle est la conséquence des syndromes vasculo-rénaux dont le taux est élevé chez les grandes multipares [22]. Certains auteurs ont corrélé la survenue d'un hématome rétro placentaire aux Conditions socio-économiques défavorables avec une mauvaise prise en charge de la grossesse et du travail [24]. Pour ces auteurs la détection des facteurs de risque d'hématome rétro placentaire en amont et la référence à temps des femmes susceptibles de

développer l'hématome rétro placentaire permettrait de réduire sa fréquence et ses complications dramatiques.

➤ **Placenta accreta :**

Le placenta accreta est la fusion intime du placenta avec l'une ou plusieurs des couches anatomiques de l'utérus [1]. Il occupe une place particulière au chapitre des complications de la délivrance.

Plusieurs couches sont incriminées parmi lesquelles on peut citer : - les lésions de l'endométrie secondaire à des synéchies produites par des curetages trop abrasifs,

- les césariennes antérieures,

- le placenta prævia peut se compliquer de placenta accreta par le fait même de la structure particulière du segment inférieur, D'autres facteurs tels la multiparité, a été incriminée dans le développement du placenta accreta [25].

➤ **La rétention placentaire :**

La délivrance normale est terminée 45mns au plus tard après l'accouchement. Pour qu'elle s'accomplisse dans de bonnes conditions physiologiques : la caduque doit pouvoir se cliver à la limite de ses deux couches, le placenta doit être normalement dans le siège de son insertion et le muscle utérin doit être apte à remplir sa fonction contractile. Quand l'une des conditions précédentes n'est pas remplie la rétention placentaire peut se produire [26]. La rétention placentaire est soit totale (c'est le cas le plus rare), soit partielle avec rétention d'un ou plusieurs cotylédons. Cette dernière est la variété la plus hémorragique exigeant ainsi toute la vigilance de l'obstétricien une fois l'expulsion de l'enfant réalisée.

➤ **L'hémorragie de la délivrance :**

C'est l'une des hantises de l'obstétricien au cours de l'accouchement chez la grande Multipare. C'est un facteur important de morbidité et de mortalité maternelle. La grande multiparité représente un facteur de risque potentiel de plusieurs processus étiologiques de l'hémorragie de la délivrance tels que : l'inertie utérine, la rétention du placenta, les anomalies du placenta, l'inversion utérine etc. [26].

➤ **La rupture utérine :**

C'est une complication classique chez la grande multipare. Pour Tohoury GH [27] c'est la cause principale de la mortalité maternelle. Il est intéressant de noter que ces utérus fragiles de grandes multipares ne se rompent pas nécessairement après avoir lutté contre un obstacle ; leur particularité est de se rompre au cours d'un travail apparemment aisé [6].

➤ **La procidence du cordon :**

La procidence du cordon, accident de la période du travail est la chute du cordon en avant de la présentation la poche des eaux rompue. C'est de loin la malposition du cordon la plus grave par le danger qu'elle fait courir au fœtus. Les facteurs favorisant la fréquence élevée de cette anomalie chez la grande multipare : il s'agit de la fréquence des présentations du siège, présentation transversale, placenta prævia, la mauvaise accommodation de la présentation et d'hypotonie du muscle utérin etc... [28].

➤ **La mortalité maternelle :**

La mortalité maternelle est une tragédie qui pose des problèmes pour l'enfant, la famille et la nation. Il a fallu la conférence internationale sur la maternité sans risque (Nairobi 1987) pour se rendre compte de l'importance du problème. Le taux de mortalité maternelle est fortement influencé par la classe sociale, la culture, les infrastructures sanitaires [27]. Il reste élevé dans les pays en voie de développement mais les taux les plus élevés se retrouvent dans les groupes de

bas niveau socioéconomique caractérisés par un manque de suivi prénatal et une parité élevée [25].

En 2003 le monde a enregistré 529 000 décès dont 95% en Afrique et en Asie, 4% en Amérique latine et caraïbe, moins de 1% dans les pays développés (rapport OMS,2003). Lorsque les incidences de la mortalité maternelle sont comparées selon la parité, le constat reste le même : elle augmente avec la parité. UNUIGBE J.au Nigeria note une incidence de mortalité cinq fois plus élevée chez les grands multipares comparés aux paucipares [17]. Le Mali est l'un des pays où le taux de mortalité maternelle demeure encore élevé au monde ; 464 pour 100.000 naissances vivantes selon l'Enquête Démographique et de Santé au Mali en 2006 ; 31% des décès entre 15 et 49 ans sont liés à des causes maternelles [16]. Les causes obstétricales des décès maternels sont dominées par les hémorragies 38,4% au Mali [29].

➤ **Mortalité périnatale :**

Elle représente les décès des fœtus survenant entre la 28ème semaine de vie intra utérine et le 7ème jour de vie après la naissance. Elle est ainsi la somme de la mortinatalité et de la mortalité néonatale précoce. La mortalité périnatale chez la grande multipare est associée à la prématurité, l'âge de la mère souvent élevé, les anomalies congénitales et les complications du péri partum telles que les infections néonatales, la détresse respiratoire [8]. Les mêmes constats ont été faits par la plupart des auteurs qui notent que la mortalité périnatale est élevée dans le groupe des grandes multipares. Ils rapportent que cette conséquence serait en rapport avec de nombreuses complications de la grossesse et de l'accouchement des grandes multipares [30].

IV

METHODOLOGIE

IV. METHODOLOGIE :

1. Cadre et lieu de l'étude :

Notre étude s'est déroulée dans le service de gynécologie-obstétrique du centre de santé de référence de Dioila

2.Histoires du Csref de Dioila :

Le cercle de Dioila est surtout connu par son appellation, le Banico, nom Bambara qui signifie <<derrière le fleuve>>. En effet le cercle se situe derrière le Baoulé et est compris entre ce fleuve Baní et le Bagoé. Le chef-lieu du cercle de Dioila fut fondé vers le 16ème siècle par un chasseur nommé Sountié MARICO, venu de Fignana, village situé à 10km à l'ouest de Dioila. Le cercle a une superficie totale de 123794km² limité par : Au nord, le cercle de Baraoulé, au nord-Est le cercle Koutiala, au nord-ouest le cercle de Koulikoro, au sud-Est le cercle de Sikasso, à l'ouest le cercle de Kati. La population est composée essentiellement de Bambara et de peulh.

La religion dominante est L'islam, cependant il existe le christianisme et l'animisme. Son relief se caractérise par des plaines et des plateaux.

Le climat de type tropical humide soudanien, est marqué par une saison sèche de Mars à Juin, une saison pluvieuse de juin à octobre et une saison froide de novembre à février.

Le cercle est arrosé par trois fleuves : le Baoulé (fleuve rouge), le Bagoé (fleuve blanc), le Banifing (petit fleuve noir) et leurs multiples affluents. Le cercle est composé de 6 arrondissements divisé en 23communes rurales dont 10 à Dioila et 13 à Fana,351 villages administratifs et de nombreux hameaux de culture. Les principales voies de communication sont :

-Une route de 40km reliant Dioila-Fana en bon état, des routes difficilement praticables en période de pluie reliant le district de Dioila à ces différents Cskom qui sont aux nombres de 22 avec 3 Ambulances en bon état. Les moyens de communications sont représentés par : Les radios rurales au nombre de (8) huit et le téléphone. Du point de vue santé, la médecine traditionnelle a tendance à

être délaissée au profil de la médecine moderne. Le cercle est relativement riche, notamment à travers le coton qui est la culture de récente par excellence. Il compte deux unités industrielles d'égrenages de coton : Dioila et Fana. L'agriculture est l'activité la plus pratiquée. L'élevage de bovins, ovins, caprins et de volaille est pratiquée par les sédentaires et les semi-nomades

3. Les Cscm du district sanitaire de Dioila

CSCOM	Distance avec csref en km
Banco	65
Baou Foulala	50
Bamanatou	116
Bolé	110
Dégnekorro	30
Dioila Central	2
Dioko	80
Falakono	40
Fissaba	80
Togo	60
Klè	90
Kola	15
Kouanbougou	83
Maban	25
Massigui	80
N'gara	20
N'golobougou	40
Niantjila	112
N'tobougou	40
Sanankoro	65
Séno	45

4. Description du csref de Dioila

4-1. Différents services du Csref :

- Le service de médecine générale ;
- Une unité de laboratoire biomédicale et pharmacie ;
- Une unité de PEV ;
- Une unité de prise en charge des malnutris (URENI école de Dioila) et de pédiatrie ;
- Le service d'odontostomatologie ;
- Une unité d'ophtalmologie ;
- Une unité d'imagerie médicale (échographie et radiographie) ;
- L'hygiène et assainissement ;
- Une unité de développement sociale ;
- Une unité de DRC (Dépôt Répartiteur du Cercle) ;
- Une unité de dépôt de vente ;
- Une unité du système d'information sanitaire (SIS) ;
- L'administration ;
- Le service de chirurgie générale ;
- La morgue ;
- Une unité de santé de la reproduction qui comprend :
 - ❖ Une salle d'accouchement équipées de tables d'accouchements ;
 - ❖ Une suite de couche équipée de 5 lits ;
 - ❖ Deux salles de gardes (des sages-femmes et des internes) ;
 - ❖ Une salle de CPN ;
 - ❖ Une salle de PF ;
 - ❖ Une salle de vaccination et de suivi préventive des enfants sains ;
 - ❖ Une salle PTME ;

- ❖ Un bureau pour le gynécologue ;
- ❖ Un bureau pour la sage-femme maitresse ;
- ❖ Deux salles opératoires (une pour les urgences et l'autre les cas programmés) ;
- ❖ Une salle de réveil ;
- ❖ Une salle de préparation ;
- ❖ Deux salles d'hospitalisation ;
- ❖ Un bureau pour l'anesthésiste.

Les différentes unités sont tenues par un personnel composé d'agents de l'état et ceux pris en charge sur recouvrement des fonds du Csref.

Tableau I: Personnel du Csref de Dioila à la date du 30 décembre 2018 y compris ceux payés sur recouvrement des fonds du Csref.

Personnel	Nombre
Gynécologue obstétricien	01
Chirurgien général	01
Urologue	01
Ophtalmologiste	01
Médecins généralistes tendances chirurgicales	07
Pharmacien	01
Technicien d'hygiène et assainissement	01
Technicien supérieur de santé	05
Gérant de DRC ET DV	04
Sage-femme	03
Infirmière obstétricienne	05
Secrétaire	02
Assistant médical	04
Chauffeur	04

Gardien	01
Billeteur	01
Comptable	01
Caissière	01
Lingère	01
Manœuvre	05

A ceux-ci s'ajoutent les étudiants des écoles socio-sanitaires et la FMOS-FAPH.

4-2. Activités du service gynécologie-obstétrique :

Un staff quotidien tenu par le personnel de la maternité, au cours duquel, l'équipe de garde fait un compte rendu des activités et des événements qui se sont déroulés pendant la garde. L'équipe de garde se compose d'un gynécologue obstétricien ou d'un médecin généraliste, d'une sage-femme ou d'une infirmière obstétricienne, d'une matrone ou aide-soignante, d'un faisant fonction d'interne, d'un anesthésiste, d'un manœuvre et d'un chauffeur. Les autres activités : consultation gynécologique.

Les interventions programmées, dépistage du cancer du col de l'utérus et le traitement des lésions précancéreuses, les urgences gynécologiques bénéficient d'une prise en charge diligente et organisation d'une EPU par semaine.

5. Type d'étude :

Il s'agissait d'une étude prospective descriptive et transversale.

6. Période d'étude :

Notre étude s'est déroulée du 01^{er} Janvier au 31 Décembre 2018 ; soit une période de 12 mois

7. Population d'étude :

La population d'étude était constituée par tous les cas d'accouchement effectués dans le service de gynéco-obstétrique du centre de santé de référence de Dioila pendant la période d'étude.

8. Echantillonnage :

✓ Critères d'inclusion :

Toutes les grandes multipares ayant accouché dans le centre de santé de référence Dioila durant la période d'étude.

✓ Critères de non inclusion :

Les cas d'accouchement dans le centre de santé de référence de Dioila chez les primipares, multipares et grandes multipares ayant accouché hors du centre.

Toute femme admise à la maternité pour accouchement à domicile

9. Variables étudiées :

Les paramètres suivants ont été étudiés :

- L'âge.
- L'ethnie.
- Le statut matrimonial.
- La profession.
- Le niveau d'instruction.
- La profession du procréateur.
- Les antécédents médicaux.
- Les antécédents chirurgicaux.
- La Gestité.
- La parité.
- L'intervalle inter gésésique.
- Le nombre de CPN.
- Le terme de la grossesse.

- La tension artérielle.
- La température.
- La hauteur utérine.
- Les BDCF à l'admission.
- Le type de présentation.
- Les contractions utérines.
- L'état clinique du bassin.
- La dilatation du col.
- La durée du travail.
- Le type de délivrance.
- La voie d'accouchement.
- L'état du placenta.
- L'état de la mère après accouchement.
- Le poids du ou des nouveaux nés et leur Apgar à la première et à la cinquième minute.

10. Définitions opérationnelles :

Primigestes : il s'agit des femmes qui sont à leur premières grossesses.

- **Paucigestes** : les femmes qui sont à leur 2^{ième} grossesses.
- **Multigestes** : les femmes qui ont fait entre 3 et 6 grossesses
- **Grandes multi gestes** : les femmes qui ont fait plus de 6 grossesses
- **Primipares** : les femmes qui sont à leur premier accouchement
- **Paucipares** : les femmes qui ont fait entre 2 et 3 accouchements
- **Multipares** : les femmes qui ont fait entre 4 et 6 accouchements
- **Grandes multipares** : les femmes qui ont fait plus de 6 accouchements.

Venue d'elle-même : toute parturiente admise directement dans le service sans passer par une autre structure sanitaire.

- **Référée** : toute parturiente adressée par un personnel ou une structure de santé sans notion d'urgence.

• **Evacuée** : toute parturiente adressée par un personnel ou une structure de santé dans un contexte d'urgence.

L'accouchement : c'est l'ensemble des phénomènes qui ont pour conséquence la sortie du fœtus et de ses annexes hors des voies génitales maternelles, à partir du moment où la grossesse a atteint un âge théorique de 28 SA.

- **Accouchement eutocique** : s'accomplit suivant un déroulement physiologique normal.
- **Accouchement dystocique** : ensemble des anomalies qui peuvent entraver la marche normale de l'accouchement. Celles-ci peuvent concerner la mère (bassin, dynamique utérine), le fœtus (position, présentation, volume) ou ses annexes.

11. Support des données :

Nos données ont été recueillies à partir de :

- ❖ Fiche d'enquête
- ❖ Partogramme
- ❖ Protocoles opératoires
- ❖ Registre d'accouchement
- ❖ Dossier obstétrical

12. Gestions des données :

❖ Saisie et Analyse des données :

Les données ont été saisies et analysées sur le logiciel spss 20.

❖ Saisie des textes, graphiques et tableaux :

La saisie des textes, graphiques et tableaux a été effectuée sur le logiciel Word 2016 ET EXCEL 2016



RESULTATS

V. RESULTAT :

1-Fréquence : Durant notre étude nous avons effectué **1417** accouchements parmi lesquels **272** accouchements chez les grandes multipares soit d'une fréquence de **19,20%** avec la parité supérieure ou égale 6

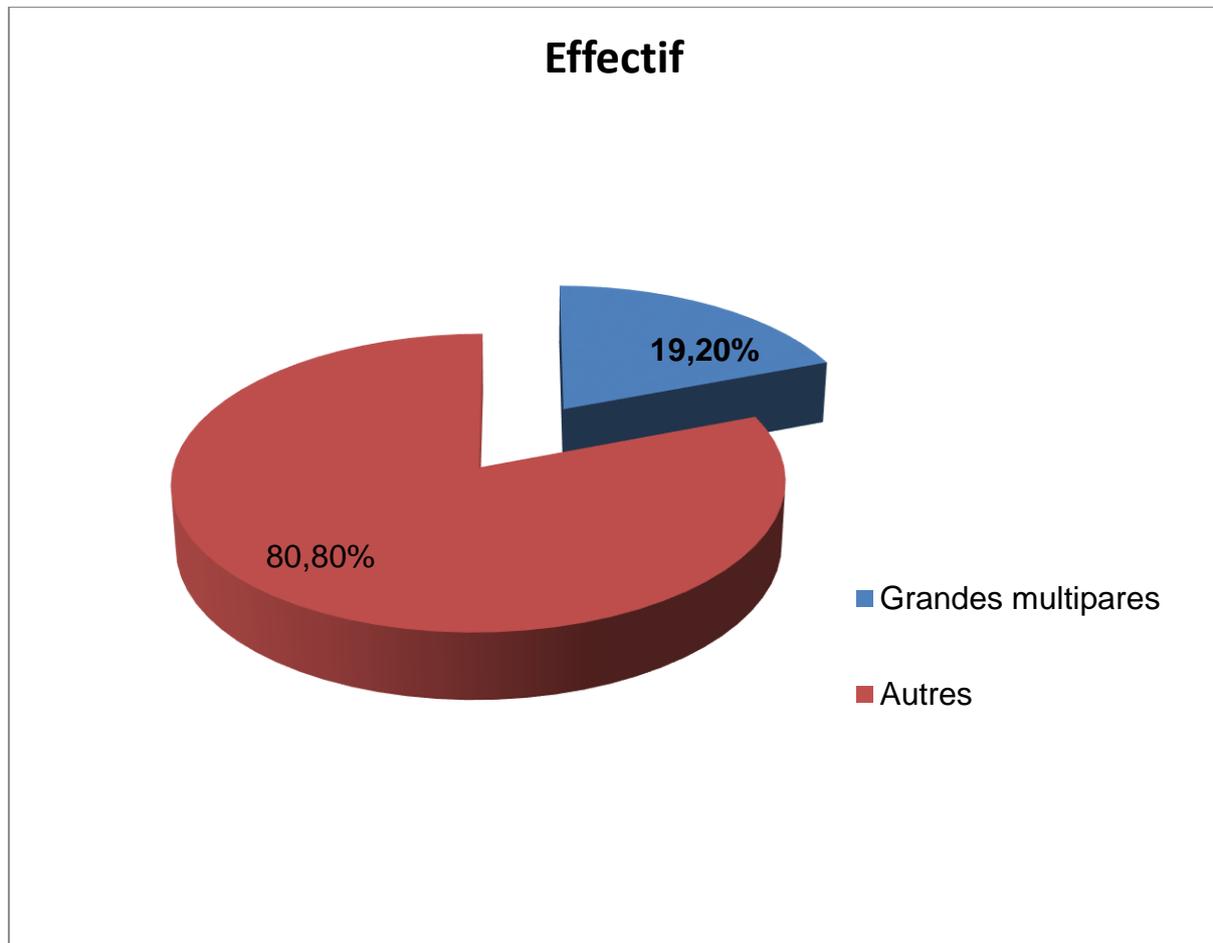


Figure11 : Fréquence de l'accouchement des grandes multipares.

2- Caractéristiques sociodémographiques :

➤ Age :

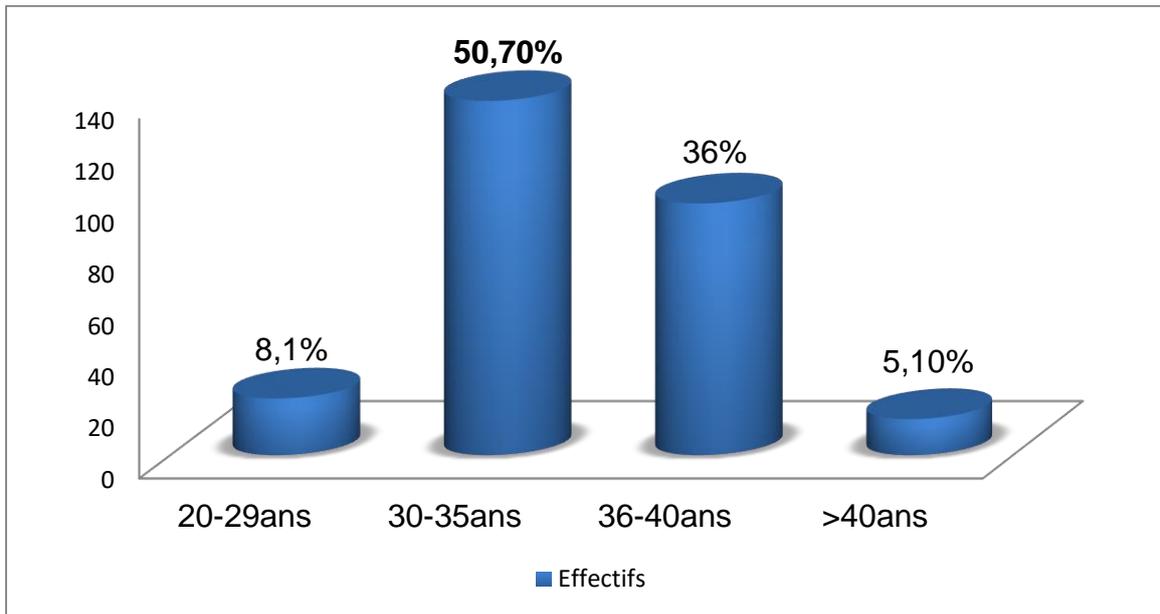


Figure 12 : Répartition des parturientes selon l'âge.

L'âge moyen était de 35ans avec des extrêmes de 24 et 44ans.

Tableau II : Répartition des parturientes en fonction de la profession

Profession	Effectifs	Pourcentage
Femmes au foyer	263	96,70
Commerçante	7	2,60
Fonctionnaire	2	0,70
Total	272	100,00

Les femmes au foyer étaient les plus représentées avec 96,70%.

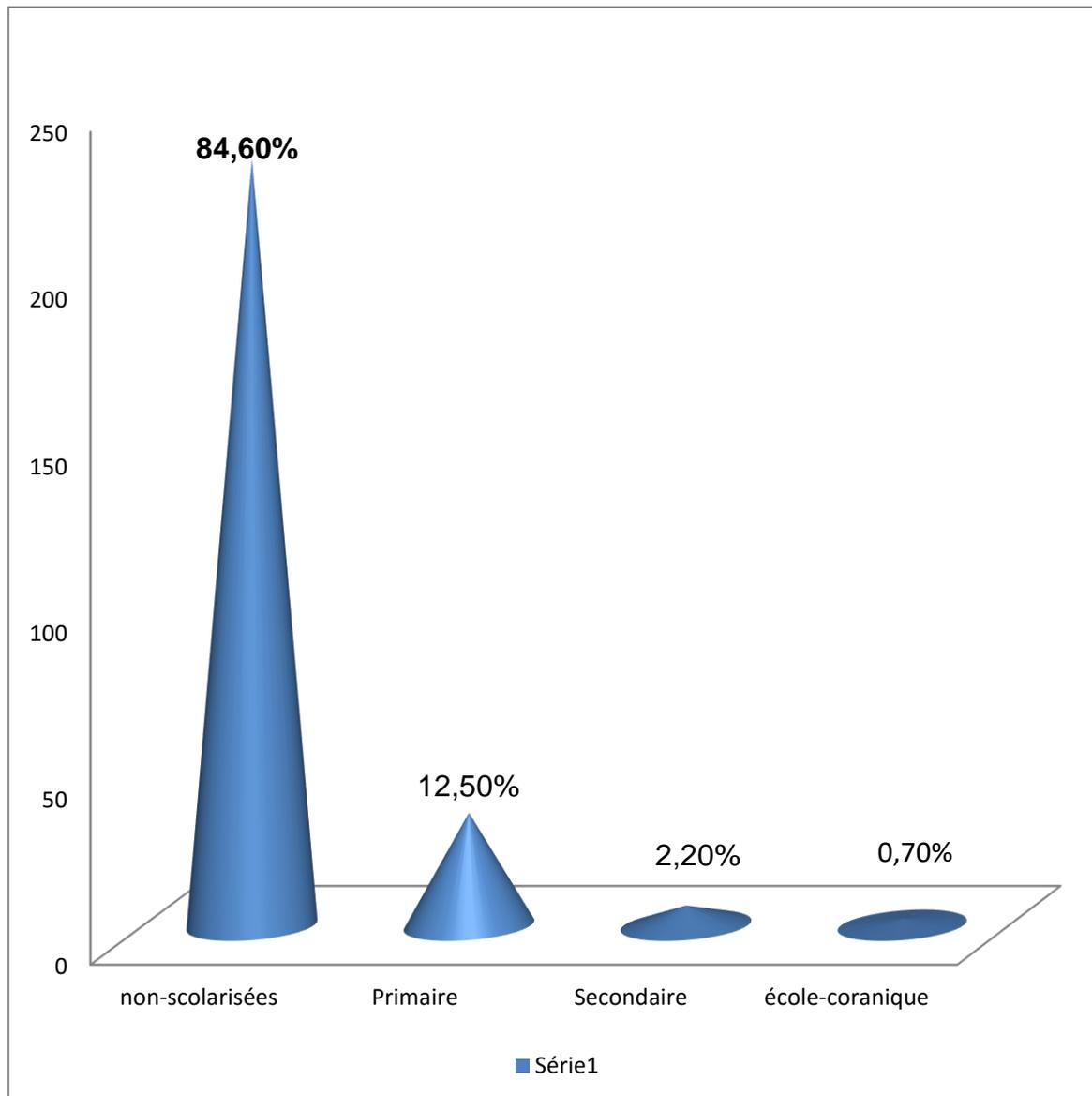


Figure 13 : Répartition des parturientes selon le niveau d'étude.

La majorité de nos parturientes étaient des non scolarisées soit 84,60%.

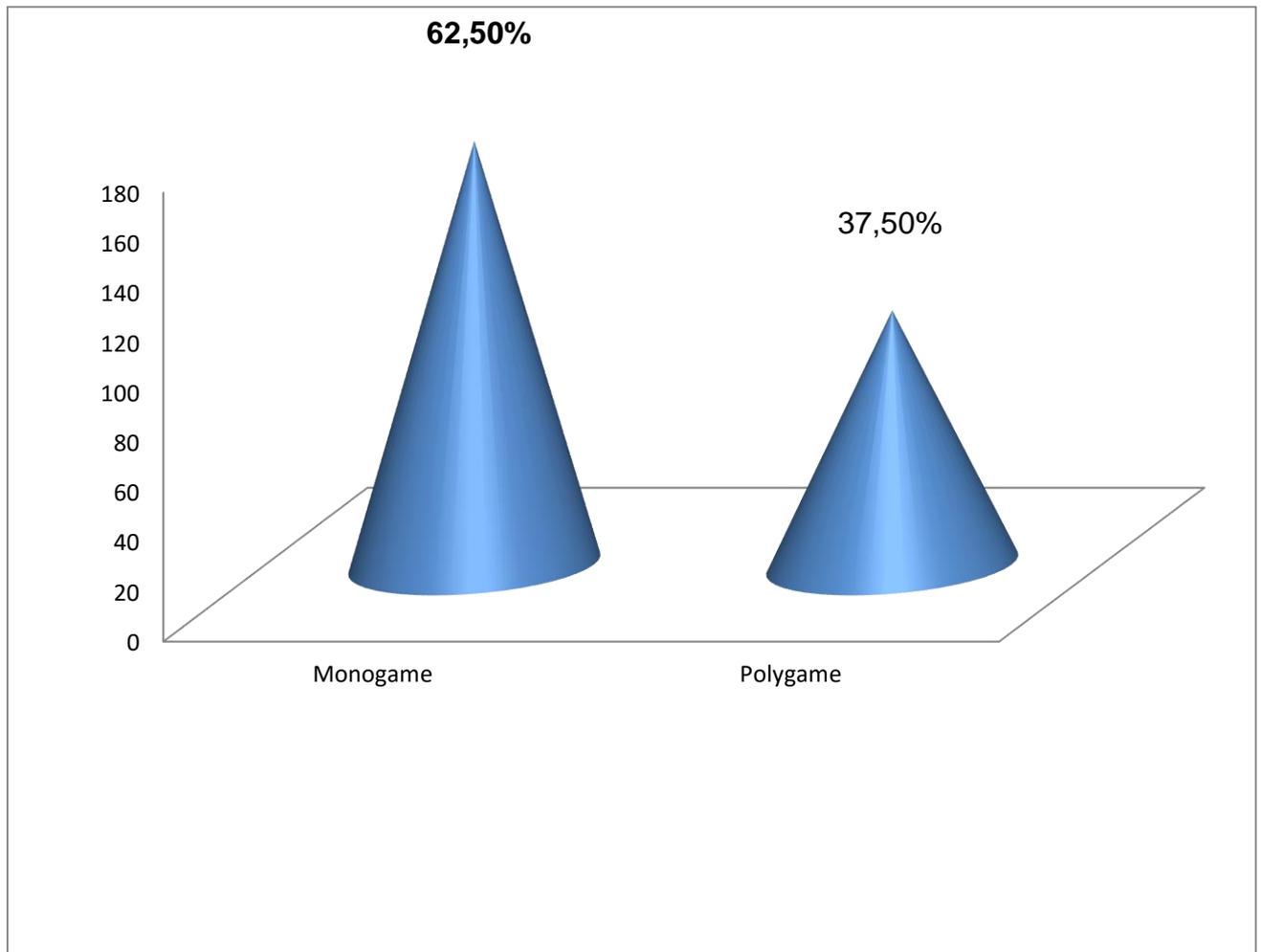


Figure14 : Répartition des patientes selon le régime matrimonial.

Les monogames étaient les plus représentées soit **62,50%**

Tableau III : Répartition des parturientes selon l'ethnie

Ethnie	Effectifs	Pourcentage
Bambara	165	60,60
Peuh	84	30,90
Malinké	7	2,60
Soninké	6	2,20
Dogon	4	1,50
Minianka	4	1,50
Sénoufo	2	0,70
Total	272	100,00

Les bambaras étaient les plus représentés avec **60,60%** suivi des peulhs avec **30,90%**.

Tableau IV : Répartition des parturientes selon la profession du conjoint

Profession	Effectifs	Pourcentage
Cultivateur	206	75,75
Ouvrier	20	7,35
Commerçant	18	6,60
Artisan	14	5,15
Fonctionnaire	13	4,77
Autre	1	0,38
Total	272	100,00

Les cultivateurs étaient les plus représentés avec respectivement **75,40%** ;
Autre : Chauffeur

Tableau V : Répartition des parturientes selon la provenance

Provenance	Effectifs	Pourcentage
Village environnant	211	77,40
Dioila-ville	59	21,64
Autres	2	0,06
Total	272	100,00

Autres :

Sanso : Dans le district sanitaire de Bougouni qui a sollicité le Csref de Dioila

Wayéréma II (Sikasso) : Dans un contexte d'évènement dans la famille de son mari.

3- DONNEES CLINIQUES :

Tableau VI : Répartition des parturientes selon le mode d'admission

	Effectifs	Pourcentage
venue-elle-même	158	58,10
évacuées	98	36,00
transfert-interne	16	5,80
Total	272	100,00

Les parturientes sont venues d'elle-même dans 58,10% et transfert-interne c'est-à-dire de la CPN à la salle d'accouchement était 5,80%

Tableau VII : Répartition des parturientes selon le motif d'admission

Admission	Effectifs	Pourcentage
contraction-utérine-douloureuse	144	52,94
Césarienne-prophylactique	21	7,72
Utérus cicatriciel	19	6,98
Hauteur utérine excessive	17	6,27
Saignement/Grossesse RPM	15	5,51
Dystocie dynamique	12	4,40
HTA/Grossesse	9	3,30
Présentation du siège	8	2,90
Grande multipare	6	2,20
Hémorragie du 3 ^{ème} trimestre	4	1,50
PP hémorragique	3	1,10
Procidence du cordon	3	1,10
Position transversale	2	0,80
Anémie/grossesse	2	0,80
vomissement/grossesse	2	0,80
Syndrome de pré rupture	1	0,40
grossesse multiple	1	0,40
Autre	1	0,40
Total	272	100,00

Le motif d'admission le plus fréquent était les CUD avec **52,94%**.

Autre : femme à risque

➤ **ATCD médicaux :**

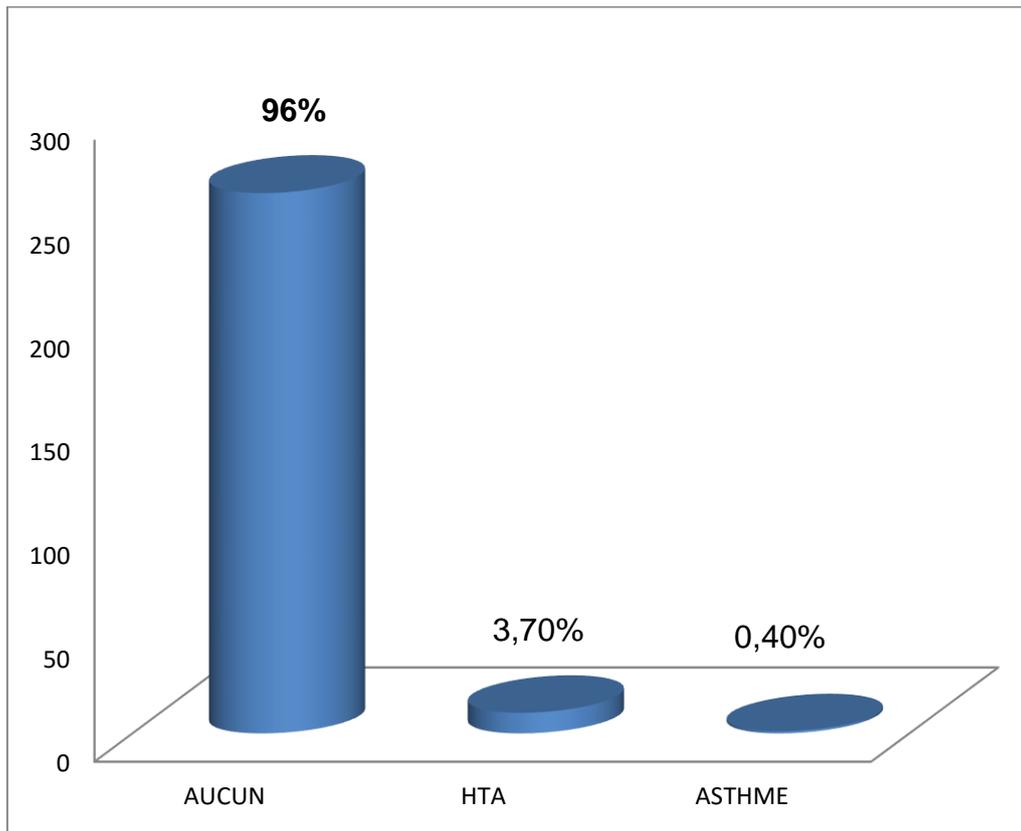


Figure 15 : Répartition des parturientes selon les ATCD médicaux

Tableau VIII : Répartition des parturientes selon les ATCD chirurgicaux

ATCD	Effectifs	Pourcentage
Aucun	223	82,00
Césarienne	41	15,10
Myomectomie	2	0,70
Cure herniaire crural	2	0,70
Cure de prolapsus génital	2	0,70
Autre	1	0,40
Cas de fistule obstétricale	1	0,40
Total	272	100,00

Plus quinze virgules dix pour cent (15,10%) de nos parturientes avaient au moins une cicatrice de césarienne.

Autre : appendicectomie

Tableau IX : Répartition des parturientes en fonction de la Gestité

GESTITE	Effectifs	Pourcentage
6	67	24,60
7	79	29,00
8	52	19,10
9	33	12,10
10	24	8,80
11	11	4,00
12	3	1,10
13	2	0,70
14	1	0,40
Total	272	100,00

La Gestité moyenne était de 7,74 avec des extrêmes de 6 et 14.

Tableau X : Répartition des parturientes en fonction de la Parité

Parité	Effectifs	Pourcentage
6	80	29,40
7	67	24,60
8	56	20,60
9	37	13,60
10	18	6,60
11	9	3,30
12	4	1,50
13	1	0,40
Total	272	100,00

La parité moyenne était de 7,61 avec des extrêmes de 6 et 13.

Tableau XI : Répartition des parturientes en fonction de l'intervalle inter gènesique

IIG	Effectifs	Pourcentage
<6mois	5	1,80
6-12mois	27	9,90
13-18mois	28	10,30
19-25mois	55	20,20
>26mois	157	57,70
Total	272	100,00

La moyenne de l'intervalle inter gènesique était de 4,22mois avec des extrêmes de 3 et 148 mois

Tableau XII : Répartition des parturientes selon le nombre de la CPN

CPN	Effectifs	Pourcentage
Aucune	103	37,90
1-4	102	37,50
>4	67	24,60
Total	272	100,00

Trente-sept virgule neuf pour cent (37,9%) des parturientes n'avaient pas fait de CPN.

Tableau XIII : Répartition des parturientes selon l'échographie réalisée

Echographie	Effectifs	Pourcentage
Non	212	77,90
Oui	60	1,50
Total	272	100,00

La majorité des parturientes n'avaient réalisé aucune échographie soit 77,90%.

Tableau XIV : Répartition des parturientes selon le taux d'hémoglobine.

Hémoglobine	Effectifs	Pourcentage
8-10g/dl	140	51,50
>11g/dl	129	47,40
<8	3	1,10
Total	272	100,00

L'anémie a été retenue sur une hémoglobine \leq à 11g/dl à la NFS et à la clinique

La majorité de nos grandes multipares étaient anémiées soit 52,60%.

Tableau XV : Répartition des parturientes selon le terme de la grossesse

AG	Effectifs	Pourcentage
<37SA	15	5,50
37SA-42SA	61	22,40
>42SA	8	2,90
Imprécis	188	69,10
Total	272	100,00

Tableau XVI : Répartition des parturientes selon la pression artérielle

Pression artérielle	Effectifs	Pourcentage
Hypotension	4	1,50
Normale	232	85,30
Hypertension	36	13,20
Total	272	100,00

Treize virgules vingt pour cent des parturientes ont présenté une hypertension artérielle de découverte fortuite à l'admission.

Tableau XVII : Répartition des parturientes selon le BDCF à l'admission

BDCF	Effectifs	Pourcentage
<120	10	3,45
120-160	258	88,97
>160	2	0,69
absent	20	6,90
Total	290	100,00

Les BDCF étaient absents chez **6,90 %** des parturientes à l'admission dont 12 cas de mort-nés macérés et 8 cas de mort-nés frais.

Tableau XVIII : Répartition des parturientes selon la phase du travail à l'admission.

Phase du travail	Effectifs	Pourcentage
Phase Active	188	69,10
Phase de Latence	84	30,90
Total	272	100,00

Soixante-neuf virgules dix pour cent (**69,10%**) de nos parturientes ont été admises en phase active du travail d'accouchement.

Tableau XIX : Répartition des parturientes selon l'état de la poche des eaux

Membranes	Effectifs	Pourcentage
Intactes	176	64,70
Rompues	96	35,30
Total	272	100,00

La poche des eaux était intacte chez **64,70 %** de nos parturientes.

Tableau XX : Répartition des parturientes selon la présentation du fœtus

Présentation du fœtus	Effectifs	Pourcentage
Sommet	235	86,40
Siège	20	7,40
Epaule	16	5,80
Face	1	0,40
Total	272	100,00

Les présentations vicieuses (siège, transversale et la présentation de la face représentaient 13,60% dans notre étude.

Tableau XXI : Répartition des parturientes selon la voie d'accouchement

Voie d'accouchement	Effectifs	Pourcentage
Voie basse	185	68,10
Césarienne	87	31,19
Total	272	100,00

L'accouchement par voie basse a représenté **68,10%**

Tableau XXII : Répartition des parturientes selon le mode d'expulsion

Voie basse	Effectifs	Pourcentage
Expulsion spontanée	171	92,44
Ventouse	10	5,40
Épisiotomie	04	2,16
Total	185	100,00

Deux virgules seize pour cent de nos grandes multipares avait bénéficié d'une épisiotomie en raison d'antécédent de déchirure périnéale 2^{ème} degré.

Tableau XXIII : Répartition des parturientes selon l'indication de la césarienne

Indication césarienne	Effectifs	Pourcentage
Disproportion foeto-pelvienne	20	22,98
Présentation transversale	16	18,40
Utérus multi-cicatriciel	10	11,50
Souffrance fœtale aigue	10	11,50
Utérus cicatriciel/Bassin limite	9	10,34
Procidence du cordon battant	5	5,74
Placenta prævia hémorragique	3	3,44
Hématome rétro-placentaire	3	3,44
Utérus cicatriciel/présentation non céphalique	3	3,44
Syndrome de pré-rupture utérine	2	2,30
Grossesse gémellaire/F1non céphalique	2	2,30
Macrosomie Fœtale	1	1,14
Echec de l'épreuve du travail	1	1,14
Pré éclampsie/Eclampsie	1	1,14
Grossesse gémellaire/utérus cicatriciel	1	1,14
Total	87	100,00

Nous avons retrouvé 5cas de procidence du cordon battant avec tous les enfants vivants, 3 cas de PP dont un mort-né et 2vivants, 3cas HRP dont 2vivants et un mort-né et de 2cas de syndrome de pré-rupture un mort-né et un vivant.

Tableau XXIV : Répartition des parturientes selon la durée d'expulsion.

Durée d'expulsion	Effectifs	Pourcentage
<45mn	266	97,80
>45mn	6	2,20
Total	272	100,00

Seulement 2,2% de nos parturientes ont présenté une durée d'expulsion de plus de 45 minutes par voie basse qui avait bénéficié de la ventouse avec des nouveau-nés tous vivants

Tableau XXV : Répartition des parturientes selon la durée totale du travail

Durée total du travail	Effectifs	Pourcentage
< 8heures	200	73,40
8h-12heures	65	23,90
>12 heures	7	2,60
Total	272	100,00

Sept (7) parturientes ont présentées la durée de travail supérieur à 12heures dont 6 nouveau-nés vivants et un mort-né.

Tableau XXVI : Répartition des nouveau-nés selon l'Apgar à la 1^{ère} minute

Apgar	Effectifs	Pourcentage
Mort-né	20	6,90
4-7	24	8,27
>7	246	84,82
Total	290	100,00

La majorité des nouveau-nés avait un score Apgar supérieur à 7 à la 1^{ère} minute soit **84,82%**.

Tableau XXVII : Répartition des nouveau-nés selon l'Apgar à la 5^{ème} minute

Apgar	Effectifs	Pourcentage
Mort-né	20	6,90
4-7	4	1,80
>7	266	91,72
Total	290	100,00

Tableau XXVIII : Répartition des nouveau-nés selon le poids à la naissance

Poids fœtal	Effectifs	Pourcentage
<2500Grammes	60	20,70
2500-3999Grammes	223	76,89
>4000Grammes	7	2,41
Total	290	100,00

Le poids moyen est de 1800grammes avec des extrêmes de 1020 et 4600grammes

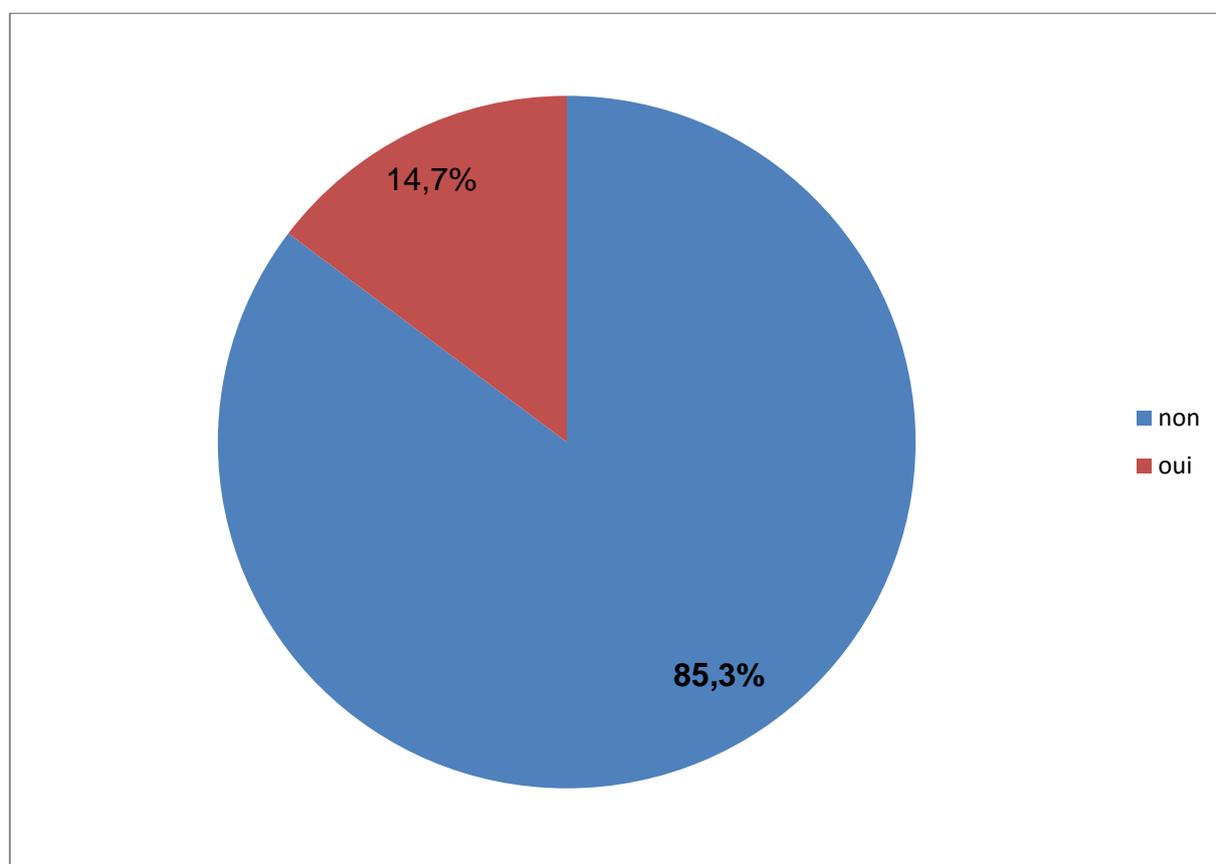


Figure 16 : Répartition des nouveau-nés selon leur évacuation.

Quatre cinq virgules trente pour cent (**85,30%**) des nouveau-nés n'ont pas été évacués.

Tableau XXIX : Répartition des nouveau-nés selon leur état

Pronostic fœtal	Effectifs	Pourcentage
Enfant Sain	209	72,06
Hypotrophie fœtale	24	8,27
Prématurité	22	7,60
Mort-né	20	6,90
Détresse respiratoire	8	2,75
Macrosomie	7	2,41
Total	290	100,00

La souffrance fœtale et hypertension ont été retrouvés comme principales causes de ces détresses respiratoires.

Tableau XXX : Répartition des parturientes selon les complications du post-partum

Complications	Effectifs	Pourcentage
Aucune	250	91,90
Hémorragie de la Délivrance	9	3,30
Pré-éclampsie sévère	6	2,20
CIVD	3	1,10
Eclampsie	2	0,70
Anémie	2	0,70
Total	272	100,00

Trois virgules trente pour cent (**3,30%**) des parturientes avaient fait une hémorragie du post-partum.

Tableau XXXI : Répartition des parturientes selon les complications pendant le travail d'accouchement

Complications	Effectifs	Pourcentage
Aucune	214	78,67
Disproportion foeto-pelvienne	20	7,35
Présentation transversale	16	5,90
Souffrance fœtale aiguë	10	3,67
Procidence du cordon	5	1,85
Hématome-retro placentaire	3	1,10
Placenta prævia	3	1,10
Pré-éclampsie sévère	1	0,36
Total	272	100,00

La disproportion foeto-pelvienne a été dominante soit 7,35%.

Tableau XXXII : Répartition des parturientes selon la durée d'hospitalisation

Durée D'hospitalisation	Effectifs	Pourcentage
< 3jours	238	87,50
3- 6 jours	27	9,92
>6 jours	7	2,58
Total	272	100,00

Tableau XXXIII : Corrélation entre CPN et HTA

Pression artérielle	Consultation prénatale			Total
	0	1-4	>4	
<90 /50mmhg	2	1	1	4
<140/90mmhg	89	87	56	232
>140/90mmhg	12	14	10	36
Total	103	102	67	272

Test de Fisher : 1,042

P= 0,938

Il n'y a pas de la corrélation entre la non réalisation de CPN et la survenue d'hypertension artérielle sur grossesse.

VI

COMMENTAIRES ET DISCUSSION

VI. COMMENTAIRES ET DISCUSSION :

1.Approche méthodologique :

Nous avons réalisé une étude prospective, descriptive et transversale allant du 1^{er} Janvier au 31 Décembre 2018.

Cette durée a permis de tracer fidèlement les admissions au cours de la gravidopuerpéralité dans le service de gynécologie et d'obstétrique du centre de santé de référence de Dioila.

Pour la collecte proprement dite, une dizaine de volontaires composés d'étudiants en médecine, de sages-femmes et d'infirmières obstétriciennes ont même participé à l'enquête sous ma supervision. Ils ont tous été formés aux modalités d'utilisation du questionnaire et la nécessité de mettre à l'aise les parturientes afin d'obtenir des informations fiables.

Comme tout travail, nous avons rencontré un certain nombre de difficultés parmi lesquelles nous retenons la perte de certains carnets de CPN, certaines évacuations qui se faisaient sans partogramme ou sans fiche d'évacuation, l'insuffisance d'information sur certaines variables etc. Le manque de ces informations n'a pas eu d'influence sur la qualité de nos résultats parce que les registres de consultation prénatale, d'accouchement, d'hospitalisation et de compte rendu opératoire ont été utilisés pour compléter l'information manquante.

2.Fréquence :

L'étude de la gravidopuerpéralité chez la grande multipare est parfois difficile du fait de la grande diversité des approches méthodologiques, du plateau technique et du niveau de développement. Il existe une grande variabilité de la fréquence de grande multipare dans la littérature aussi bien dans les pays en voie de développement que développés.

Les comparaisons concernant la fréquence de grandes multipares ne sont pas toujours faciles du fait d'un manque de consensus concernant : la définition de la grande multiparité, la taille de l'échantillon, la période et le type d'étude [6].

Nous avons recensé au cours de notre étude 272 cas de grande multipare ayant accouché au csref de Dioila sur un total de 1417 accouchements soit 19,20%.

Au Mali, Sacko. I [1], Diassana.B[8], Samaké.B [10], Coulibaly [31], H. Konaré [23] avaient trouvé respectivement 7,87%, 0,44%, 5,44% ,9,40% et 4%.

Notre fréquence élevée (19,20%), pourrait s'expliquer par la provenance de la majorité des parturientes dans le milieu rural, le mariage précoce, le taux bas de prévalence contraceptive et le faible niveau de scolarisation.

3. Aspects sociodémographiques :

L'âge moyen était de 35ans avec des extrêmes de 24 et 44ans. Tohour. G.H. [27] à Abidjan en 2002 avait trouvé un âge moyen de 36 ans avec des extrêmes de 27ans et de 40ans et Samaké.B [10] au Mali en 2015 avait trouvé un âge moyen de 35ans avec des extrêmes de 25 à 43 ans. L'âge avancé des parturientes et la grande parité, constituent deux facteurs logiquement intrigants ; contribuant ainsi dans le pronostic maternel et fœtal de l'accouchement [32].

Toutes les grandes multipares enregistrées dans notre étude étaient mariées (100%).Diassana B. [8] et Sacko. I [9] avaient retrouvé respectivement 98% et 99,80%. Les facteurs socio-économiques et culturels de notre société pourraient expliquer cette situation.

Quatre-vingt-quatre virgules soixante pour cent (84,60%) n'étaient pas scolarisées dans notre série. Sacko. I [9] et Konaré [23] avaient trouvé respectivement 83,90% et 65,20%. Ce résultat pourrait s'expliquer par le bas niveau d'éducatons des filles au Mali et du fait que la majorité de nos grandes multipares proviennent des classes sociales pauvres qui accordent beaucoup d'intérêt aux travaux champêtres plus que la scolarisation des filles.

La plupart des patientes était des femmes au foyer avec un taux de 96,70%. Konaré [23] et Samaké.B [10] avaient trouvé respectivement 80,50% et 86,90%. Ce résultat pourrait toujours s'expliquer par le fait que la majorité de nos patientes n'étaient pas scolarisée.

Trois virgules soixante-dix pour cent (3,70%) avaient une HTA chronique et 13,20% de maladie hypertensive méconnue sur grossesse. Diassana.B [8] avait trouvé 5% HTA chronique. Toohey [33] trouve que l'hypertension, le diabète et l'anémie surviennent de façon égale chez toute parturiente sans rapport avec la parité. Nous n'avons pas retrouvé de cas de diabète dans notre série.

Quinze virgules dix pour cent (15,10%) de nos grandes multipares avaient au moins une cicatrice de césarienne. Samaké.B [10] et Sacko. I [9] avaient trouvé respectivement 13,80% et 6,80% d'antécédent d'utérus cicatriciel. Ce résultat pourrait s'expliquer par le fait que la maternité du Csref de Dioila prend surtout en charge les accouchements compliqués ce qui augmente l'incidence de césariennes ces dernières décennies.

Vingt-neuf virgules quarante pour cent (29,40%) des patientes étaient des 6^{ème} pares avec une moyenne de 7,61 et des extrêmes de 6 et 13. Diassana.B [8] avait trouvé 54,50% des 6^{ème} pares. Ceci pourrait expliquer par la faible prévalence d'utilisation des moyens de contraception qui était de 9,60% selon EDS V ainsi qu'au mariage précoce des jeunes filles, l'intervalle-inter-général court et l'âge maternel avancé

4. Aspects cliniques :

En effet la consultation prénatale recentrée est un pilier établi de la lutte contre la morbidité et la mortalité materno-fœtale [34]. Elle a été ainsi le principal levier modifié dans les recommandations de l'OMS de Novembre 2016, avec désormais huit visites contacts recommandées dans le cadre des ODD [35]. Trente sept virgules quatre-vingt-dix pour cent (37,90%) des patientes n'avaient pas fait de CPN dans notre série. Diassana.B [8], Samaké.B [10], Konaré. H [23] et Sacko. I [9] avaient retrouvée respectivement 67,50%, 40,80% ; 58,80% et 18,90% dans une étude similaire.

La non motivation des grandes multipares pour la consultation prénatale pourrait s'expliquer par le bas niveau socio-économique, l'analphabétisme, manque

d'information sanitaire surtout dans le milieu rural et par le fait que celles-ci pensent avoir une certaine expérience et que dans la plupart des cas les accouchements antérieurs se seraient déroulés sans problème.

Dans notre étude les BCF étaient absents chez 6,90% des patientes. Konaré. H [23], Samaké.B [10] et Lofty.A[36] avaient trouvé 5,40% ; 6,90% et 10,50%.

Le non-respect des consultations prénatales par les grandes multipares ainsi que les tentatives d'accouchements à domicile pourrait expliquer cette situation.

La poche des eaux était rompue chez 35,30%.

5.Prise en charge :

Les auteurs, presque à l'unanimité, évoquent que la grande multiparité a plus tendance à accoucher par voie basse [37].

Dans notre série l'accouchement par voie basse a été le plus représenté avec 68,10 % (nombre= 185). Diassana B. [8] avait trouvé 89,1 % ; Sacko. I [9] 83,4% et Konaré [23] 86,4%.

Dans notre étude la durée totale du travail était supérieure à 12 heures chez 2,60 % des parturientes. Sacko. I [1] avait trouvé 3,92%.

La grande multiparité est un facteur de risque de l'hémorragie de la délivrance résultant d'une diminution de la contractilité utérine suite aux grossesses répétées [38]. Toutes nos parturientes ont bénéficié de la GATPA et d'une perfusion d'ocytocine continue dans les suites de couches pour prévenir la survenue d'une éventuelle hémorragie de la délivrance.

Les présentations irrégulières sont 4,48fois plus attendues chez les grandes multipares que chez les autres parturientes [27]

Les présentations irrégulières sont dominées par les présentations du siège soit 7,40 % dans notre série. Sacko. I [9], Diassana.B [8], Samaké.B [10] et Lofty.A [36] avaient trouvé respectivement 8,20%,14,90%, 6,93% et 5,50%. Cette incidence élevée des présentations irrégulières peut être expliquée par la grande élasticité de l'utérus chez la grande multipare.

6. Pronostic maternel :

Au cours de notre étude il n'y a pas eu de décès maternel. Sacko. I [9] et Samaké.B[10] aussi n'ont pas rapporté de décès maternel.

La probabilité de survenue de complications obstétricale est de 2,23fois chez les grandes multipares que chez les autres parturientes [27].

La disproportion foeto-pelvienne a été dominante soit 20 cas (7,35%) au cours de la grossesse. Samaké.B[35] a rapporté 3cas soit 9,33% dans une étude similaire.

Presque tous les auteurs constatent une augmentation des présentations dystociques, surtout des présentations transversales soit 16 (5,90%) cas dans notre série. Sacko. I [9] avait trouvé 15,40%. Ce résultat s'explique par la transformation des fibres musculaires utérines plus ou moins rapidement par des fibres conjonctives entraînant une élasticité des parois utérines aboutissant à une facile accommodation aux diverses présentations.

Nous avons retrouvé 5cas (1,85%) de procidence du cordon. Tounzi [39] avait trouvé 2,63%. Roth [24], note que la grande multiparité est un facteur majorant la survenue de la procidence du cordon par : retard d'engagement de la présentation, hypotonie du muscle utérin et l'amincissement des muscles grands droits favorisant l'antéversion utérine et entraînant avec elle la présentation.

L'hématome retro-placentaire(HRP) a été retrouvé chez 3 parturientes soit 1,10%. Zra T. [40], Sacko. I [9] avaient trouvé respectivement 6,10% et 1,20%. Toohey [33] trouve que la fréquence d'HRP augmente avec l'âge avancé et la multiparité et que la parité n'intervient qu'en fonction de l'âge. Deux (2) cas de syndrome de pré- utérine soit 2,30% dans un contexte de travail prolongé.

L'hémorragie de la délivrance a été retrouvée chez 3,30 % des parturientes.

Sacko. I [9], Konaré. H [23] et Lofty.A[36] avaient retrouvé respectivement 4,40% ,6,80% et 4%. Fuchs [41] rapporte que l'hémorragie par inertie utérine est quatre fois plus fréquente dans le groupe des grandes multipares. La coagulation

intravasculaire disséminée a été retrouvé chez 3 parturientes soit 1,10% et 2 parturientes soit 0,73% ont subi une hystérectomie d'hémostase.

Ce résultat pourrait s'expliquer par la mauvaise qualité du myomètre.

L'épuisement de ce muscle à l'origine de l'inertie utérine et également par la fréquence des rétentions placentaires partielles chez les grandes multipares.

7. Pronostic fœtal :

L'âge maternel, comme la parité sont souvent reconnus comme jouant un rôle mineur dans le risque d'avoir un enfant présentant une malformation congénitale [42]. Dans notre étude nous n'avons pas enregistré de malformation fœtale.

Nous avons recensé 290 naissances dans notre série dont 270 vivants et 20 mort-nés. Huit (8) nouveau-nés ont été réanimés à la naissance dont trois (3) sont décédés quelques minutes plus tard. Ceux qui ont développé des problèmes au cours de l'hospitalisation étaient transférés à l'unité de pédiatrie pour les prises en charges. Ces résultats pourraient s'expliquer par un retard à la référence/évacuation des parturientes qui sont admises avec des BCF absents, des souffrances fœtales aiguës mais aussi à la distance des Cscm avec le csref et l'état des pistes rurales qui ne sont pas praticables pendant hivernage.

Le taux de prématurité dans notre série était de 7,60%. Samaké.B [10] avait trouvé 1,80%. Les taux sont variables dans la littérature africaine mais restent élevés [43]. Cette fréquence élevée pourrait s'expliquer par le manque de suivi prénatal afin de dépister les facteurs de risques.

Les nouveau-nés avec un poids inférieur à 2500g représentaient 20,70%. Sacko. I [9] avait trouvé 5,1% et Labama [44] 14,50% de faible poids de naissance. Les nouveau-nés des grandes multipares sont autant menacés d'hypotrophie que de macrosomie, ces nouveau-nés courent 2,37fois plus de risque de détresse respiratoire [27]. Dans notre série 8,27% des nouveau-nés étaient hypotrophes et 2,41% étaient macrosomes.

VII

CONCLUSION

VIII. Conclusion :

Au terme de cette étude portant sur le risque obstétrical et fœtal de la grande multiparité, nous avons constaté que la grossesse et l'accouchement chez la grande multipare doivent être considérés à haut risque, vu les complications sérieuses qu'ils engendrent.

L'hémorragie de la délivrance (atonie utérine+ rétention partielle du placenta) a été la complication la plus représentée dans le post-partum.

La fréquence de l'accouchement chez les grandes multipares dans notre série a été 19,20%. L'âge moyen était de 35ans avec des extrêmes de 24 et 44ans

Toutes nos grandes multipares ont reçu la perfusion continue oxytocine10UI en plus de la GATPA.

La consultation prénatale est primordiale, elle permet de dépister précocement les morbidités materno-fœtales. Mais cela n'est pas induit par des femmes elles-mêmes.

L'hypotrophie et la prématurité ont été les complications fœtales les plus fréquentes dans notre étude.

La voie basse reste toujours la voie d'accouchement la plus appropriée chez les grandes multipares.

Les présentations vicieuses ont été dominé par la présentation du siège et la position transversale.

.

VIII

RECOMMANDATIONS

VIII.RECOMMANDATIONS :

❖ Aux autorités :

- Sensibiliser les familles sur la planification familiale.
- Organiser des campagnes d'information, d'éducation et de communication continues sur les complications liées à l'accouchement chez les grandes multipares.
- Continuer à former des spécialistes en soins gynéco-obstétriques et néonatales.
- Lutter contre la non scolarisation des filles

❖ Aux prestataires :

- Sensibiliser les femmes sur les risques liés à la grande multiparité.
- Améliorer la qualité des consultations prénatales

❖ Aux femmes :

- Faire les consultations prénatales dans tous les centres de santé.
- Fréquenter les centres de planification familiale.
- Accoucher dans les structures de santé.

IX

REFERENCES

IX. REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES :

- 1. Wahl P., Bianchi G.** La grande multipare – Etude statistique et clinique à propos de 700 observations – Rev de gynécologie obstétrique et biologie. 2004 V 33. P615/622.
- 2. Majoko. F Nystrom, SP Munjanja, EMason and Lindmark** Relation of Parity to Pregnancy Outcome in a Rural Community in Zimbabwe African Journal of Reproductive Health
- 3.Lacomme M.** Pratique obstétricale. 1^{er} éd Paris : Masson 1960.
- 4.ELGherbi S.** Pronostic obstétrical de la grande multipare. Thèse Doctorat Médecine Casablanca ; 1996 ; n :5.
- 5.Santerre S.** La grossesse et l'accouchement de la grande multipare. A-propos de 1000 Observations. Med.Lyon,1974,55,433-449.
- 6. Palliez R. Delecour M, Monnier JC.** L'accouchement de la grande multipare et l'enfant de la grande multipare. J Gyn-obst 1971 ;70 ;4 :421-32.
Estimations révisées pour 1990 de la mortalité maternelle.1ère Edition.
Nouvelle méthodologie OMS/UNICEF Avril 1996. Genève.
- 7. GZOBY I., SEKOU H., FATIMA HA.** La grande multipare, Etudes Statistiques et cliniques des aspects gravido-puerpéraux. A propos de 2970 observations à la maternité centrale de Niamey. Gynecol. Obstet, 1991, 78,422-434.
- 8.Diassana B.** Evaluation de l'accouchement assisté chez les grandes multipares au centre de santé de référence de la commune VI. Bamako. Thèse Med 2008.
- 9.Sacko I.** Accouchement chez les grandes multipares dans le service de gynécologie et d'obstétrique du centre de sante de référence de la commune IV. [Thèse Med]. Bamako ; 10-M-2010,374-65

10.Samake.B. Etude de l'accouchement chez les grandes multipares dans le centre de santé de référence de Kati. These medicine Bamako 2015 FMOS.

11.Shagufta Y, Beate Danielson, Malana M & William M. Gilbert Is. Grand multiparty an Independent Risk Factor for Adverse Perinatal Outcomes? Journal of Maternal - Fœtal & Néonatal Médecine

12.Elaine N. ; Marie B. « Anatomie et physiologie humaine » traductions de la 4^{ème} éditions américaine. De Boeck université 1999 ; Page 1055.

13.Diamètres du bassin <http://www.médecine-et-santé.com/anatomie/anatpetitbassinfemme.html> ; 13/02/08.

14.Lansac J, Berger C, Magnin G. obstétrique pour le praticien 4^{ème} édition 1994 SIMEP.12 rue de l'éperon 75008 Paris.

15.Journal SOGC (SOC OBSTET GYNECOL CAN). Prise en charge du 3ème stade du travail pour prévenir l'hémorragie du post-partum Novembre 2003 n°136.

16.World Health Organization (WHO). 1993. Stability of injectable oxytocic's in tropical climates: Resultats of field surveys and stimulation studies on ergométrine, Méthylergométrine, and 27- World Health Organization (WHO). 2004. Maternal Mortality in 2000 Estimates Developed by WHO, UNICEF, and UNFPA. Geneva : WHO. Oxytocin. WHO Geneva.

17.Anonymes. Prodiguer des soins de qualité pendant le travail de l'accouchement. Initiative de prévention de l'hémorragie du post-partum Ministère de la Santé/PRIMEII Bamako 2003.

18.Organisation Mondiale de la Santé, Bureau régionale pour l'Afrique (OMS/AFRO).2004. Feuille de route : L'Union africaine s'engage à lutter contre la mortalité maternelle. Bulletin régional de la santé génésique no 2. Brazzaville : OMS/AFRO.

19.Bamigboye A et al.1998. Randomized comparison of rectal misoprostol with syntometrine for management of third stage of labor. Acta Obstet Gynecol Scand 77 :178-181.

20.Dorreau JC. Contribution à l'étude de la grossesse et de l'accouchement chez la grande multipare. Thèse Med. Tours 1977 6000.

21.Lewin D, Beric BM, Chaoui A, Vinerou N. Influence de l'âge et de la parité sur les résultats obstétricaux dans traité d'obstétrique. Vokaer, Lewin, Dewever. Paris Masson 1985 ; 2 : 720.1972, 4 :163-165. O SULLIVAN J. F. : Les dangers de la multiparité. J ; obst. Gyn. Brit. Common. Fév. 1963, 70, n°1, 158 –164.

22.Roman et Coll. Grossesse chez 382 femmes de plus de 40 ans. Journal de gynécologie obstétrique et biologie. 2004 V 33. P615/622.

23.Hawa K. Accouchement chez les grandes multipares dans le service de Gynécologie obstétrique du centre de santé de référence de la commune II du District de Bamako à propos d'une étude cas témoins. Th. Med. FMPOS. 2008.n°545.

24.Roth. L'accouchement de la grande multipare : étude rétrospective en deux ans et demi. Revue française de gynécologie et obstétrique. 1991, V 86, N° 4, P281/285.

25.Lousambou SA, Moumba J, Kouyinou M, Loupoupou B. Fréquence du placenta accreta à la maternité de Mouyondzi (RD Congo). Médecine d'Afrique noire 1993 ; 40 ; 2 : 122- 4.

26.Ly B, Hamad B, Ahmed B. L'Hématome rétro placentaire (HRP) dans la maternité de l'hospitalier national de Nouakchott : aspects épidémiologiques et cliniques. Abstracts 7 congrès de la SAGO, SOMAGO II 2003 : 274 Curent Obstetric Gynécologie 2002 ; 12 : 41-46.

- 27.Toهوري G. H.** L'accouchement chez la grande multipare et les risques fœto-maternels en côte d'ivoire UFR des Sciences Médicales thèse de médecine Abidjan 2002 N°3205. 151-p.
- 28.Soummani A, Hermas S, Mikou F, Himmi A.** La procidence du cordon ombilical. A propos de 165 cas. Rev Fr Gynecol Obstet 1999 ;94(6) :474-7.
- 29.Ministère de l'économie et de la santé du Mali.** Direction nationale de la statistique et de l'informatique (D N S I). Enquête Démographique et de santé Mali 2006 (E D S M I V). Calverton; Maryond; U S A; 2006.
- 30.Ouédraogo A, Hiba A, Ouattara T.** Morbidité et mortalité périnatale à la maternité du CHNYO de Ouagadougou –Burkina Faso. Abstracts 7Eme congrès de la SAGO, SOMAGO II 2003 : 129.
- 31.Coulibaly.K. L.** Grossesse et l'accouchement chez les grandes multipares à l'hôpital Fousseni Daou de Kayes. Thèse Médecine Bamako 2008. FMPOS
- 32.Maymon E, Ghezzi F, Shoham-Vardi I, Herschkowitz R, Frenchie M, Katz M.** Peri-partum complication in grand multiparous women : para 6-9 versus para = 10. EUR J Obstet Gynecol Reprod Biol 1998 ;81(1) :21-5.
- 33.Toohy JS, Keegan KA, Morgan MA, Francis J, Task S, de Veciana M.** The dangerous multipara: fact or fiction? Am J Obstet Gynecol 1995;172(2).
- 34.De Brouwer V, Van Lerberghe W.** Réduire les risques de maternité : Stratégies et évidence scientifique Studies in HSO et P.2001 ; 18 :480.
- 35.Organisation Mondiale de la Santé (OMS).** Recommandations de l'OMS concernant les soins prénatals pour que la grossesse soit une expérience positive.OMS-2017.
- 36.Lotfy.Abdellah** Pronostic de l'accouchement chez les grandes multipares. Marrakech. [Thèse. Med], 2011.N48-11
- 37.Ben hamza R.** Les complications obstétricales chez la grande multipare. Thèse Doctorat Médecine Casablanca ; 2003 ; n :367

38.Pahlavan P, Nezhat C. Hemorrhage in obstetrics and gynecology. Curry Opin Obstet Gynecol 2001 ;13 :419-24.

39.Tounzi M. Pronostic obstétrical de la grande multipare. Thèse Doctorat Médecine Casablanca ; 2000 ; n :123.

40.Zra T. Accouchement de la grande multipare au CHU de Yopougon et dans les FSU Com de Yopougon (Attié et Asahara) du 1er Juillet 2004 au 31 Mars 2005. These 2005.N°1195. 79p.

41.Fuchs K, Peretz BA, Marco vici R, Paldi E, Timor-Tritsh I.

The grand multipara- is it a problem? A review of 5785 cases. Int J Gynecol Obstet 1985 ;23 :321-5.

42.Ghazi H, Spiel Berger C, Kàllen B. Delivery outcome after infertility. A registry study. Fertil Steril 1991 ; 55 :726-732.

43.Loué V, Effoh D, Kouamé A, Koimé H, Gbary E, Kouakou F. Grossesse et accouchement chez la femme de 40ans et plus. EDUCI 2012, Rev-int sec Med. 2012,14 :42-49.46P

44.Labama.L Particularités de la grossesse et de l'accouchement chez la grande multipare à Kisangani 1995. Congo médical. N°11. Pages 637-64

ANNEXES

FICHE D'ENQUETE

N° du dossier : _/_____/

1. Nom _____ 2-Prénom : _____

Date d'entrée : ____/____/20....

3. Age :

1. 20 – 29 ans 2. 30 – 35 ans 3. 36 – 40 ans 4. > 40 ans

4- Profession :

1. Ménagère 2. Commerçante 3. Fonctionnaire 4. Autres (à préciser)

5- Niveau d'étude

.....
1. Non scolarisée 2. Primaire 3. Secondaire 4. Supérieur 5. Coranique 6. Autres (à préciser)

6- Etat matrimonial

1. Mariée 2. Célibataire 3. Divorcée 4. Veuve

7- Régime matrimonial

1. Monogame 2. Polygame 3. Célibataire 4. Veuve

8- Adresse 1. Dioila ville 2. Village (à préciser)

9- Ethnie =

1. Bambara 2. Soninké 3. Malinké 4. Peulh 5. Sonrhäï 6. Dogon
7. Senoufo 8. Bobo
9. Minianka 10. Autres (à préciser)

10- Profession du conjoint

1. Commerçant 2. Cultivateur 3. Fonctionnaire 4. Ouvrier 5. Autres (à préciser)

11- Mode d'admission

1. Venue d'elle-même 2. Référée 3. Evacuée 4. Transfère interne

12- Motif d'admission

1. C.U. D 2. Dilatation stationnaire 3. P.P hémorragique 4. HRP 5. Procidence du cordon 6. Grande multipare 7. Rupture utérine 8. HU Excessive 9. Expulsion prolongée 10. Autres (à préciser)

13- Antécédents médicaux

1. Aucun 2. HTA 3. Diabète 4. Asthme 5. Drépanocytose 6. Autres (à préciser)

14- Antécédents chirurgicaux

1. Aucun 2. Césarienne 3. GEU 4. Myomectomie 5. Autres :

15- Antécédents obstétricaux

1. Gestité : a.6-10 b.10-15 c.>15
2. Parité : a.6-10 b.10-15 c.>15 3. Vivant..... 4.
Décès.....

16- IIG _____

- 1.<6 mois 2. 6-12 mois 3.13-18 mois 4.19-25mois 5.>26mois

17- Consultation prénatale :

- 1=0 2= 1 3= > 2 (préciser).....

18- Terme de la grossesse =

1. A terme 2. Non à terme 3. Imprécis

19- Etat général

1. Bon 2. Passable 3. Altéré

20- Etat des muqueuses

1. Bien colorées 2. Moyennement colorées 3. Pâles

21- Température= 1= 35,4° 2= 35-37,4° 3=>(38,5°c)

- 22- Tension artérielle = 1= \leq 90/50) 2=140/90 3.>140/90 4=Type HTA=

23- Poids= 1. < 60kg 2. ≥ 60kg 3. IMC=

24- Taille= 1. <1m50(à préciser) 2. >1m50(à préciser)

5- BDCF = a. < 120 b. 120-160 c. >160 2. Absent

26- Hauteur utérine =

1. < 30cm 2. 31- 35 cm 3. > 36

27- Dilatation de col

1. ≤ 3cm 2. 4-10cm

28- Etat des membranes= 1. Intactes 2. Rompues

29- Aspect du liquide amniotique= 1. Clair 2. Teinte

30- Présentation du mobile fœtale

1. Céphalique 2. Siège 3. Transversale 4. Face 5. Front 6. Autre

31- Etat du bassin= 1. Normal 2. Limite 3. Rétréci 4. Asymétrique

32- Voie d'accouchement

1. Naturelle 2. Césarienne

+Sans intervention

+Ventouse

Si Césarienne : Indication : _

+Episiotomie

33- Durée de l'expulsion=

1. < 45 mns 2. ≥ 45mns

34- Durée totale du travail

1. < 8 Heures 2. 8 -12 Heures 3. >12heures

35- Type de délivrance= 1. Active 2. Artificielle 3. Dirigée 4. Naturelle

35- Perfusion d'ocytocine continue= 1. Oui 2. Non

36- Apgar à la 1^{ère} minute= 1. < 7 2. ≥ 7

37- Apgar à la 5ème minute= 1. < 7 2. ≥ 7

38- Poids à la naissance =

1. < 2500g 2. 2500-3999 3. ≥ 4000g

39- Malformation

1. Oui 2. Non

Si Oui : Type _____

40-Pronostic néonatal :

1. prématurité O / N 2. Macrosomie O/ N 3. Post terme O / N 4. RCUI O/ N

5. Transfert en pédiatrie O / N

6. DRNN O/N

Si oui motif :

7. Mort-né 0/N

41- Pronostic maternel (suites de couches)

1. Bon(Normal) O/N 2. Mauvais(Anormal) 0 / N

A préciser :

42- Complication à l'accouchement

Hémorragie de la délivrance : O / N

Rupture utérine : O/ N

Eclampsie : 0/N

HTA sévère :0/N

43-déchirure : 1.col O / N 2. Vagin O / N 3. Périnée O / N

44-transfusion O/ N

45- traitement chirurgical

FICHE SIGNALÉTIQUE

Localisation de la thèse :

Nom : SANGARE

Prénom : Seydou Baba

Titre de la Thèse : Pronostic materno-fœtal de l'accouchement chez les grandes multipares dans le centre de santé de référence de Dioila.

Dioila 2019.

Tel : 77584354 / 60722606

Adresse : seydoubabasangare@gmail.com

Année universitaire : 2018- 2019.

Pays d'origine : Mali.

Lieu de dépôt de la thèse : Bibliothèque de la FMOS de l'Université de Bamako.

RESUME :

Dans notre étude prospective descriptive et transversale de l'accouchement chez les grandes multipares sur une période d'un an allant du 1^{er} janvier au 31 Décembre 2018.

A la maternité du Csref de Dioila nous avons colligé 272 cas de grandes multipares sur un total de **1417** accouchements.

L'âge moyen était de 35ans avec les extrêmes de 24ans et de 44ans.

Toutes les grandes multipares étaient mariées et **96,70%** étaient des ménagères ; **84,60%** étaient non scolarisées ; nous n'avons pas enregistré de cas de rupture utérine ; l'hémorragie de la délivrance a été la complication la plus retrouvée et 2 cas d'hystérectomie hémostase soit **0,73%**.

Nous avons trouvé **7,60%** de prématurés, **6,90%** de mort-nés. Une large sensibilisation des femmes sur les risques liés à la grande multiparité s'avère indispensable.

Sensibiliser toute la population sur l'importance de la consultation prénatale.

Pas de décès maternel dans notre série.

SERMENT D'HYPPOCRATE

SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence des maîtres de cette faculté, de mes chers condisciples, devant l'effigie D'HIPPOCRATE je promets et je jure au nom de l'être suprême d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine.

Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail, je ne participerai à aucun partage clandestin d'honoraires. Admis à l'intérieur des maisons mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime.

Je ne permettrai pas que des considérations de religion, de nation, de race, de parti ou de classes sociales viennent s'interposer entre mon devoir et mon patient.

Je garderai le respect absolu de la vie humaine dès la conception. Même sous la menace je n'admettrai pas de faire usage de mes connaissances médicales contre les lois de l'humanité.

Respectueux et reconnaissant envers mes maîtres je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses.

Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque.

Je le Jure !