

-----=0=-----



UNIVERSITE DE BAMAKO

FACULTE DE MEDECINE DE PHARMACIE ET D'OTONTOSTOMATOLOGIE



Année Universitaire 2008-2009

Thèse N° /\_\_\_/

# GROSSESSE ET ACCOUCHEMENT CHEZ LA GRANDE MULTIPARE A L'HOPITAL F.D DE KAYES

## THESE

Présentée et soutenue publiquement le 25 Mars 2009  
Devant la Faculté de Médecine de Pharmacie et d'Odontostomatologie  
De l'Université de Bamako

Par Mr. Coulibaly Kalifa Lamine

Pour obtenir le grade de  
Docteur en Médecine (Diplôme d'Etat)

### Jury:

Président :	Professeur	Amadou Ingré DOLO
Membre :	Docteur	Moustaphe TOURE
Codirecteur :	Docteur	Niara BENGALY
Directeur :	Docteur	Ibrahima TEGUETE

## DEDICACES

*Je dédis ce travail :*

*A ALLAH le tout puissant, le très miséricordieux et à son prophète (paix et salut sur lui);  
pour m'avoir donné la santé et le courage de mener à bien ce travail.*

*A ma grande soeur,  
Diariatou Coulibaly  
in memorium*

*J'aurai voulu partager avec toi les joies de ce moment  
solennel de ma vie. Mais le destin en a décidé autrement.  
Puisse la terre te soit légère.*

*A mon père  
Lamine Coulibaly*

*Papa, grâce à ta sagesse et à ta qualité d'homme modèle, tu as cultivé en nous le sens du respect, de l'honneur, de la dignité, de l'amour et de l'endurance dans le travail. Ton souci a toujours été de nous inculquer l'amour du travail bien fait et le sens du devoir. Trouve ici cher père la récompense de tes immenses sacrifices. Puisse ce travail soit le fruit de tes conseils, de ton estime et de ta confiance.  
Je te souhaite une longue vie.*

*A ma mère,  
Niéba Ballo*

*Maman, aucune dédicace, aucun mot ne saurait exprimer tout le respect, toute l'affection et tout l'amour que je te porte. Merci de m'avoir soutenu et aidé à surmonter tous les imprévus de la vie. Que ce travail, qui représente le couronnement de tes sacrifices généreusement consentis, de tes encouragements incessants et de ta patience, soit de mon immense gratitude et de mon éternelle reconnaissance qui si grande qu'elle puisse être ne sera à la hauteur de tes sacrifices et tes prières pour moi.*

*Je prie Dieu, le tout puissant, de te protéger et de te procurer santé, bonheur et longue vie... . Amen!*

*A mes sœurs :  
Kadidia, Siradié,  
Adam, Hawa, Sadio,  
Gnougouba,  
Assetou.*

*Je voudrai que vous trouviez dans ce travail, le fruit des efforts que vous avez consentis à mon égard. Merci d'être pour moi non seulement des sœurs, des amies, mais aussi et surtout des confidentes.*

*Recevez à travers ce modeste travail qui est du reste le votre tous mes sentiments de fraternité*

## REMERCIEMENTS

Mes sincères remerciements :

*A N'Famara*

*Sissoko et sa famille*

*in memorium*

*Vous ne savez pas combien je regrette que ce travail qui est le votre n'ait pas vu le jour devant vous. Puisse Dieu le tout puissant vous réserver une place dans son paradis. Amen*

*A mes tantes : Fanta,*

*Djénéba, Lala, Saran,*

*Doussou, Madjigui*

*in memorium*

*Que la volonté de Dieu soit accomplie. Que le tout puissant vous accueille dans son paradis. Amen*

*A Mamourou*

*Doumbia et sa famille*

*Vous m'avez donné le foyer que j'avais besoin. Sachez que ce travail est le votre. Puisse Dieu vous garder longtemps parmi nous pour goûter aux fruits de ce que vous avez semé. Amen*

*A Mme Sylla*

*Fanta Kanté*

*Ton soutien sans faille et ton désir de me voir réussir m'ont aidé tout le long de mon parcours. Je suis fière de t'avoir comme cousine. Accepte que cet ouvrage soit le tien.*

*Au Dr*

*Bengaly Niara*

*et sa famille*

*Vos qualités d'homme de science, votre enthousiasme à transmettre votre savoir, votre grande amitié avec vos collègues et vos étudiants ont forcé l'admiration de tous. Merci pour tout le service rendu, que Dieu vous accorde longue vie. Acceptez que ce travail soit aussi le votre.*

*Au Dr Soumaré A*

*Merci pour vos conseils et votre soutien moral.*

*Au Dr  
Téguété I et sa famille* | *Mes sincères remerciements pour votre soutien sans faille. Puisse Dieu vous donner santé et succès dans vos entreprises.*

*Aux Dr : Diallo AA,  
Dicko S, Diassana M,  
Macalou B, Kéita S* | *Aucune phrase ne saurait exprimer le fond de mon cœur et toute la considération que j'ai pour vous. Je ne saurai assez vous remercier pour m'avoir conduit par vos conseils tout au long de cette thèse. J'espère ne jamais vous décevoir.*

*A tous mes tontons  
et toutes mes tantes :* | *Merci pour tout ce que vous avez fait pour moi. Trouvez ici toute ma reconnaissance et mon profond respect.*

*A tous mes cousins et  
toutes cousines* | *Vous m'avez considéré comme votre frère, votre esprit solidaire et votre admiration pour moi m'a toujours exhorté à plus de persévérance afin de vous donner un bon exemple, je vous souhaite bon courage et plein de succès dans la vie. Ce travail est aussi le vôtre; que la paix et l'entente règnent toujours entre nous.*

*A Baba Djiré et sa  
famille, Dr Kéita  
Mala et sa famille* | *Mes chers, rien ni aucun mot ne peut traduire ce qui nous unit et ce que nous avons vécu ensemble. Merci pour tout ce que vous avez fait pour ma famille et moi. Recevez à travers ce modeste travail qui est du reste le votre tous mes sentiments de fraternité*

*Au Dr Bâh Djitta  
A Salif Coulibaly  
et sa famille* | *Vous avez toujours su me soutenir, merci. Ce travail est le vôtre. Vous m'avez considéré comme votre propre frère, avec vous je me suis toujours senti chez moi puisse Dieu vous accorder longue vie et beaucoup de bonheur.*

*Aux Dr: Sissoko, Timbo, Kéita, Traoré, Haïdara, Baté, Diallo, Konaté, Kouyaté* | *La rigueur et les qualités humaines qui vous caractérisent ont forcé notre admiration. Merci pour vos conseils et soutiens. Je formule des vœux sincères pour vos bonheurs respectifs.*

*A l'administration et tous le personnel de l'HFD* | *Recevez par ce modeste travail toute ma reconnaissance et ma profonde gratitude.*

*A tout le personnel du service de gynécologie et d'obstétrique de l'HFD* | *Vous avez rendu mon séjour au service très agréable et enrichissant, merci pour tous ces moments passés ensemble et de votre soutien. Je n'oublierai jamais les instants passés avec vous.*

*A Mr Camara Y et sa famille* | *Merci votre disponibilité, vos conseils sages et vos encouragements que Dieu vous accorde longue vie.*

*A mes condisciples du service de G-O de L'HGT  
Dr Diallo.F, Fomba, Djiré, Djénéba, Sissoko, Niaki, Kadi, Kardo, Awa, Mariam, Ouleymatou, Yousouk K, Ousmane, Dr Liliane:* | *Pendant notre cursus médical vous étiez toujours là pour me reconforter et me soutenir dans les moments les plus durs. Merci pour votre aide et votre sympathie.*

*A mes aînés et  
compagnons docteurs  
de l'hôpital de Kayes*

*Recevez ici ma profonde gratitude. Que le bon Dieu puisse consolider  
d'avantage nos liens d'amitié.*

*A tous mes cadets  
du service Gynéco-  
Obstétrique de l'HFØ*

*je vous souhaite beaucoup de courage et de patience.*

*A mes amis de Kayes :  
Djibrin, Birama,  
Toumani, paté, Sadio,  
Lassana, Koureich,  
Moussa, Sape, Touré*

*Merci, chers amis pour les bons moments que nous avons passé  
ensemble. Je saisis cette occasion pour vous exprimer mon profond  
respect et vous souhaiter le bonheur, la joie et tout le succès du  
monde.*

*A mes amis et camarades  
à Bamako : Moussa,  
Lamochi, Basi, Issa,  
Drissa, Saleh, Moussa  
Diop, Papa, Baden*

*Vous m'avez d'une manière ou d'une autre rendu service acceptez  
ce travail comme témoignage de toute ma gratitude et ma  
reconnaissance.*

*Aux étudiants (es) de  
l'INFSS  
Tout le corps  
professoral et  
administratif de la  
faculté de médecine*

*Mes sincères reconnaissances pour vos bons sens de l'amitié.*

*Merci pour la qualité de l'enseignement.*

*A notre d'exercice :  
Fallé, Dr Cissé, Dr  
Coulibaly, Issa, Balla* | *Nous avons passé des moments ensemble. Merci sincèrement pour tout. Que Dieu nous accorde longue vie.*

*Aux familles : Sylla,  
Sissoko, Konaté,  
Guindo,* | *Merci de tout cœur pour l'accueil que m'avez réservé chez vous.*

*A tout le personnel du  
service de Gynécologie  
et d'obstétrique de  
CHU Gabriel Touré* | *Merci pour tous les bons moments passés ensemble.*

*A Goundoba Sissoko  
et tout le personnel du  
Cyber* | *Merci pour tous vraiment que Dieu vous bénisse*

*A mon pays le Mali* | *Chère patrie, que la paix et la prospérité puissent te recouvrir.*

*A tous ceux qui me connaissent, qui me sont chers, et que je n'ai pas pu nommer ici car vous êtes si nombreux, de même à tous ceux qui de près ou de loin ont participé à la réalisation de ce travail, avec qui j'ai partagé des moments de joie et de peine, MERCI à tous du fond du cœur.*



*A Notre maître et Président du Jury,  
Professeur Amadou Ingré Dolo  
Professeur titulaire de Gynécologie-obstétrique à la  
Faculté de Médecine de Pharmacie et d'Odonto-  
stomatologie de Bamako,  
Chef du service de Gynécologie-obstétrique du CHU  
Gabriel Touré,  
Président du Réseau national de lutte contre la mortalité  
maternelle,  
Père fondateur de la Société Malienne de Gynécologie et  
d'Obstétrique (SOMAGO),  
Point Focal de la VISION 2010 au Mali*

*Vous nous faites un insigne honneur en acceptant de présider ce jury malgré vos multiples occupations.*

*Votre disponibilité, votre souci du travail bien fait, votre abord facile, vos qualités humaines forcent notre admiration.*

*Cher maître, veuillez accepter nos humbles remerciements et trouvez ici l'expression de notre reconnaissance et notre plus grand respect.*



*A notre maître et Juge,  
Docteur Moustaphe Touré  
Gynécologue-obstétricien,  
Maître-assistant en Gynécologie-obstétrique à la Faculté de  
Médecine de Pharmacie et d'Odonto-stomatologie,  
Médecin chef du Cserf de la Commune IV du District de  
Bamako,  
Diplômé d'échographie de la Faculté de Médecine de Brest,  
Titulaire d'un Certificat de fécondation in vitro de  
Hambourg,  
Titulaire d'un Certificat de cours Européen d'épidémiologie  
tropicale de Bale en Suisse,  
Titulaire d'un Master en Recherche sur les systèmes de  
Santé, de l'école de Santé Publique de l'Université libre de  
Bruxelles  
Chevalier de l'ordre national du Mali*

*Vous nous faites un grand honneur en acceptant de juger notre travail  
Vous nous avez reçu avec beaucoup d'amabilité ; nous en avons été très  
touchés.*

*Veillez trouver ici, cher Maître, l'expression de notre reconnaissance et de  
nos sincères remerciements.*



*A notre maître et co-directeur de thèse,  
Docteur Niara Bengaly,  
Gynécologue-obstétricien à l'hôpital FD de Kayes,  
Directeur Général l'hôpital FD de Kayes*

*Cher maître, plus proche des étudiants, vous êtes pour nous un exemple de rigueur et d'amour du travail bien fait. Votre disponibilité constante, votre sens élevé d'humanisme et votre volonté affichée pour notre formation ont forcé notre estime. Ce travail n'aurait pu être réalisé sans vos précieux conseils et vos encouragements.*

*Recevez ici, cher Maître, l'expression de toute notre gratitude.*



*A notre Maître et Directeur de thèse,  
Docteur Ibrahima Tégueté,  
Gynécologue-obstétricien au CHU Gabriel Touré,  
Maître-assistant en Gynécologie-obstétrique à la Faculté de  
Médecine de Pharmacie et d'Odonto-stomatologie,  
Secrétaire général adjoint de la Société Africaine de  
Gynécologie-obstétrique (SAGO)*

*Vous avez quotidiennement tenté de nous inculquer les règles de la gynécologie et de l'obstétrique avec compétence et rigueur, témoins de vos amples connaissances.*

*Vous nous avez initié à la recherche. C'est avec patience et disponibilité que vous avez dirigé ce travail. Nous espérons ne vous avoir pas déçu.*

*Soyez rassuré, cher maître de notre dévouement et notre grandiose admiration.*

### ABREVIATIONS

FCS	:	Fausse Couche Spontanée
FCP	:	Fausse Couche Provoquée
AP	:	Accouchement Prématuro
MAP	:	Menace d'accouchement prématuré
%	:	pourcentage (ou pour cent)
µg	:	Microgramme (s)
DCCP	:	Déchirures Complètes et Compliquées du périnée
DCP	:	Déchirures Centrales du Périnée
BDCF	:	Bruit du cœur foetal
cm	:	centimètre(s)
Coll.	:	collaborateurs
CPN	:	Consultations prénatales
CSCOM	:	Centre de Santé Communautaire
CU	:	Contraction Utérine.
PP	:	Placenta Praevia
EAU	:	Emirats Arabes Unis
GM	:	Grande Multipare
M	:	Multipare
EPH	:	Etablissement Public Hospitalier
RPM	:	Rupture Prématuroe des Membranes
g	:	gramme(s)
g/dl	:	gramme(s) par décilitre
vs	:	Versus
VMI	:	Version par manoeuvre interne
HRP	:	hématome rétroplacentaire
HU	:	hauteur uterine
HTA	:	Hypertension artérielle
IC	:	intervalle de confiance
DFP	:	Disproportion Foeto-pelvienne
Khi <sup>2</sup>	:	Khi deux
LA	:	Liquide amniotique
MFIU	:	Mort foetale in utero
Mg	:	milligramme(s)
ml	:	millilitre(s)
IIG	:	Intervalle inter-génétique
USA	:	United State of America
MNP	:	Mortalité néonatale précoce
MPN	:	Mortalité périnatale
Nbre ou N	:	Nombre
GEU	:	Grossesse extra-utérine
OR	:	Odds Ratio
p	:	Probabilité
PDE	:	Poche des eaux
RCF	:	Rythme Cardiaque Foetal.
SA	:	semaine(s) d'aménorrhée
SFA	:	Souffrance foetale aiguë
SFC	:	Souffrance foetale chronique
SPSS	:	Statistical Package for Social Sciences
SIDA	:	Syndrome d'Immunodéficience Acquise.

TA	:	Tension artérielle	
<b>SOMMAIRE.</b>			<b>Pages</b>
<b>I. INTRODUCTION</b>	.....		<b>1</b>
<b>LES OBJECTIFS</b>	.....		<b>3</b>
<b>II. GENERALITE</b>	.....		<b>4</b>
<b>2.1. Définition</b>	.....		<b>4</b>
<b>2.2. Perspective de la grande multipare</b>	.....		<b>5</b>
2.2.1. Incidence	.....		5
2.2.2. Pronostic	.....		5
<b>2.3. Caractéristique socio-économique</b>	.....		<b>7</b>
<b>2.4. Physiopathologie des principales complications maternelles</b>	.....		<b>8</b>
<b>2.5. Physiopathologie des principales complications fœtales</b>	.....		<b>9</b>
2.5.1. Mortinaiissance	.....		9
2.5.2. Mortalité périnatale	.....		10
2.5.3. Petit poids de naissance	.....		10
2.5.4. Prématurité	.....		10
<b>2.6. Les très grandes multipares</b>	.....		<b>20</b>
<b>2.7. Autres considérations</b>	.....		<b>29</b>
<b>III. METHODOLOGIE</b>	.....		<b>32</b>
<b>3.1. Cadre d'étude</b>	.....		<b>32</b>
<b>3.2. Type d'étude</b>	.....		<b>34</b>
<b>3.3. Période de l'étude</b>	.....		<b>34</b>
<b>3.4. Population d'étude</b>	.....		<b>34</b>
<b>3.5. Echantillonnage</b>	.....		<b>34</b>
3.5.1. Critères d'inclusion	.....		62
3.5.2. Critères de non inclusion	.....		34
3.5.3. Taille de l'échantillon	.....		34
<b>3.6. Déroulement de l'étude</b>	.....		<b>35</b>
<b>3.7. Collecte des données</b>	.....		<b>35</b>
3.7.1. Support	.....		35
3.7.2. Technique de collecte des données	.....		35
<b>3.8. Variables</b>	.....		<b>36</b>
<b>3.9. Plan d'analyse et de traitement des données</b>	.....		<b>37</b>
<b>3.10. Aspects éthiques</b>	.....		<b>37</b>
<b>3.11. Les définitions opératoires</b>	.....		<b>37</b>
<b>IV. RESULTATS</b>	.....		<b>41</b>
<b>4.1. Fréquence</b>	.....		<b>41</b>
4.1.1. Fréquence globale	.....		41
4.1.2. Issue de la grossesse	.....		42
<b>4.2. Les caractéristiques de la grossesse chez la grande multipare</b>	.....		<b>43</b>
4.2.1. L'âge	.....		43 4.2.2.
Statut matrimonial des parturientes	.....		43
<b>4.2.3. Profession</b>	.....		<b>44</b>
4.2.3.1. Profession des gestantes	.....		44
4.2.3.2. Profession du conjoint	.....		44
<b>4.2.4. Provenance</b>	.....		<b>45</b>
4.2.5. L'ethnie	.....		46
<b>4.2.6. Les antécédents</b>	.....		<b>48</b>

4.2.6.1. Les antécédents familiaux.....	48
4.2.6.2. Les antécédents médicaux.....	48
4.2.6.3. L'intervalle inter-génésique.....	48
4.2.6.4. Les antécédents obstétricaux.....	49
<b>4.3. Suivi prénatal de la grossesse chez la grande multipare.....</b>	<b>50</b>
<b>4.3.1. Consultation prénatale.....</b>	<b>50</b>
4.3.1.1. Réalisation des consultations prénatales.....	50
4.3.1.2. Nombre de consultation prénatale.....	50
4.3.1.3. Terme à la 1 <sup>er</sup> consultation prénatale.....	51
<b>4.3.2. Evolution.....</b>	<b>51</b>
4.3.2.1. Evolution de la grossesse au 1 <sup>er</sup> trimestre .....	51
4.3.2.2. Evolution de la grossesse au 2 <sup>ème</sup> trimestre .....	52
4.3.2.3. Evolution de la grossesse au 3 <sup>ème</sup> trimestre .....	52
4.3.3. Mode de terminaison de la grossesse.....	53
<b>4.4. L'accouchement.....</b>	<b>54</b>
4.4.1. Mode d'admission.....	54
4.4.2. Phase du travail à l'admission.....	54
4.4.3. Surveillance du travail d'accouchement.....	55
4.4.4. Durée du travail.....	55
4.4.5. Le poids des parturientes .....	56
4.4.6. L'âge gestationnel.....	56
4.4.7. Pression artérielle.....	57
4.4.8. Etat des membranes.....	58
4.4.9. Couleur du liquide amniotique.....	58
4.4.10. Type de présentation.....	59
4.4.11. Type d'accouchement.....	59
4.4.12. Type de grossesse.....	60
4.4.13. Voie d'accouchement.....	61
4.4.14. Les complications liées à l'accouchement par voie basse.....	61
<b>4.4.15. Etude comparative des indications de césarienne.....</b>	<b>61</b>
4.4.15.1. Indication de césarienne.....	61
4.4.15.2. Type de césarienne.....	65
4.5. Pronostic maternel.....	66
4.6. Pronostic foetal.....	67
4.6.1. Etude de la mortinaissance en fonction de la parité.....	67
4.6.2. Etude de la mortalité néonatale en fonction de la parité.....	67
4.6.3. Etude de la mortalité périnatale en fonction de la parité.....	67
4.6.4. Le poids des nouveau-nés.....	68
4.7. Analyse stratifiée.....	68
<b>V. Commentaires et Discussions .....</b>	<b>71</b>
5.1. Aspects méthodologiques .....	71
5.2. Fréquence de la grande multiparité .....	72
5.3. Pronostic materno-foetal .....	75
<b>VI. Conclusion et recommandations .....</b>	<b>79</b>
<b>VII. Références bibliographiques .....</b>	<b>81</b>
<b>VIII. Annexes .....</b>	<b>.....</b>

## Liste des graphiques

<b>Figures</b>	<b>Pages</b>
Figure 1. Evolution de l'incidence mensuelle des grandes multipares .....	<a href="#">42</a>
Figure 2. Répartition des gestantes selon la tranche d'âge .....	<a href="#">43</a>
Figure.3 Relation entre grande multiparité et provenance.....	45
Figure 4. Relation entre grande multiparité et réalisation des CPN.....	<a href="#">50</a>
Figure 5. Relation entre grande multiparité et mode d'admission .....	54
Figure 6. Relation entre durée du travail et parité.....	<a href="#">55</a>
Figure 7. Incidence de l'hypertension artérielle parmi les parturientes multipares et grandes multipares .....	<a href="#">57</a>
Figure 8. Relation entre type de grossesse et parité .....	<a href="#">60</a>
Figure 9. Relation entre voie d'accouchement et parité .....	<a href="#">61</a>
Figure10. Relation entre type de césarienne et parité .....	<a href="#">65</a>
Figure11. Incidence de la grande multiparité à Hong Kong entre 1964 et 1988.....	<a href="#">72</a>

## Liste des tableaux

<b>Tableaux</b>	<b>Pages</b>
Tableau I. Principales études conduites les 25 dernières années qui ont analysé la relation entre la grande multiparité et le mauvais pronostic materno-fœtal.....	<a href="#">12</a>
Tableau II. Compilation des études récentes sur la très grande multipare .....	24
Tableau III. Définition des variables étudiées.....	<a href="#">36</a>
Tableau IV. Répartition de la population selon la parité.....	<a href="#">41</a>
Tableau V. Relation entre statut matrimonial et parité.....	<a href="#">42</a>
Tableau VI. Relation entre profession des gestantes et parité .....	<a href="#">44</a>
Tableau VII. Relation entre profession du conjoint et parité .....	<a href="#">54</a>
Tableau VIII. Relation entre ethnie et parité .....	46
Tableau IX. Prévalence de la grande multiparité selon les ethnies .....	47
Tableau X. Relation entre antécédents familiaux et grande multiparité.....	48
Tableau XI. Relation entre antécédents médicaux et grande multiparité .....	<a href="#">48</a>
Tableau XII. Relation entre intervalle inter-génésique et grande multiparité .....	<a href="#">48</a>
Tableau XIII. Relations entre antécédents obstétricaux et grande multiparité .....	<a href="#">49</a>
<a href="#">Tableau XIV.</a> Relation entre nombre de consultations prénatales réalisées et grande multiparité .....	<a href="#">50</a>

Tableau XV. Relation entre terme de la grossesse à la première consultation prénatale et la parité.....	51
<a href="#">Tableau XVI. Evolution de la grossesse au premier trimestre et parité .....</a>	<a href="#">51</a>
Tableau XVII. Evolution de la grossesse au deuxième trimestre et parité.....	52
Tableau XVIII. Evolution de la grossesse au troisième trimestre et parité.....	52
Tableau XIX. Relation entre mode de terminaisons de la grossesse et parité .....	53
Tableau XX. Relation entre phase du travail à l'admission et parité .....	54
Tableau XXI. Relation entre durée du travail et parité .....	56
Tableau XXII. Relation entre poids des parturientes à l'admission et parité.....	56
Tableau XXIII. Relation entre terme de la grossesse à l'accouchement et parité.....	56
Tableau XXIV. Relation entre tension artérielle systolique et parité.....	57
Tableau XXV. Relation entre tension artérielle diastolique et parité .....	58
Tableau XXVI. Relation entre état des membres et parité .....	58
Tableau XXVII. Relation entre couleur du liquide amniotique et parité.....	58
Tableau XXVIII. Relation entre type de présentation et parité .....	59
Tableau XXIX. Relation entre type d'accouchement et parité .....	59
Tableau XXX. Relation entre complications de la voie basse et parité .....	61
Tableau XXXI. Indication de césarienne pour dystocies mécanique ou dynamique .....	62
Tableau XXXII. Indication de césarienne pour présentations dystociques .....	62
Tableau XXXII. Indication de césarienne relatives à l'état du fœtus et ses annexes .....	63
Tableau XXXIV. Indication de césarienne relative aux indications maternelles.....	64
Tableau XXXV. Létalités des principales causes de décès maternels chez les grandes multipares.....	66
Tableau XXXVI. Relation entre mortinaissance et parité .....	67
Tableau XXXVII. Relation entre mortalité néonatale et parité.....	67
Tableau XXXVIII. Relation entre mortalité périnatale et parité.....	67
Tableau XXXIX. Relation entre poids à la naissance et parité.....	68
Tableau XL. Analyse stratifiée sur la CPN.....	69
Tableau XLI. Analyse stratifiée sur l'âge maternel.....	70
Tableau XLII. Compilation de la fréquence des grandes multipares dans la littérature .....	74

## **I. Introduction :**

Les stratégies de lutte contre la mortalité et pour la maternité sans risque supposent la détermination des groupes à risques, dans le but de leur appliquer les principes et méthodes prophylactiques [53]. Le rapport entre la parité et les complications de la grossesse continu à être d'intérêt pour les obstétriciens. La parité a été utilisée comme un marqueur de risque pour les nullipares et les grandes multipares ; elles ont aussi été classées comme à haut risque de complications de la grossesse [54].

Beaucoup d'auteurs, considèrent les femmes ayant eu au moins 5, 6, 7 ou 8 grossesses au-delà de la 22<sup>ème</sup> SA et ayant accouché pour la 4<sup>e</sup>, 5<sup>e</sup>, 6<sup>e</sup>, 7<sup>e</sup> fois ou plus comme de grande multipare et citent la parité comme facteur de mauvais pronostic en pathologie gynécologique et surtout obstétricale [53]. Au Mali la plupart des études considèrent la grande multipare à partir du 7<sup>e</sup> accouchement [22, 23].

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<sup>e</sup> ou 5<sup>e</sup> gestation, d'autres à la 8<sup>e</sup> ou 10<sup>e</sup>. La qualité des tissus de la paroi abdominale, comme de la paroi utérine avance ou repousse donc le moment où la femme peut être qualifiée de grande multipare" [53]. C'est là, la caractéristique principale et qui presque toujours, plus que le nombre absolue de grossesses et d'accouchements définit obstétricalement la grande multipare.

Dans les pays développés, l'incidence de la grande multiparité est inférieure à 2 %. Bien que rare aux États-Unis, la grande multiparité se produit plus fréquemment dans certaines populations ou communautés où la contraception n'est pas acceptée en raison des croyances religieuses et culturelles [79], c'est le cas aux EAU où sa fréquence dépasse 30%. La société Malienne est pronataliste, l'indice synthétique de fécondité n'a pratiquement pas changé au cours des 20 dernières années. Elle a varié entre 7,6 enfants par femme en 1982 et 6,6 en 2006 avec une moyenne annuelle de 7,3.

*L'accouchement et non la grossesse reste l'élément déterminant d'autant plus qu'il est dystocique.*

D'autres éléments, tels que les facteurs socio-économiques s'y ajoutent dans les pays en voie de développement [53]. Ils paraissent encore plus déterminants et leurs imbrications avec la grande multipare est de règle. Parmi ces facteurs, on peut citer :

- Le mariage précoce et ses corollaires : les maternités précoces, la réduction de l'intervalle inter-génésique, l'analphabétisme, le manque de service de planification familiale et le bas niveau de vie socio-économique.
- Les barrières socio-culturelles et religieuses
- La non réalisation des consultations prénatales
- L'équipement sanitaire inadéquat
- La mortalité néonatale et infantile élevées

La grande multiparité a longtemps été considérée comme un facteur de risque de complications obstétricales [8]. Les complications maternelles associées à la grande multipare comprennent l'hypertension artérielle, l'anémie, le diabète gestationnel, le placenta Praevia, et l'hématome rétroplacentaire pendant la grossesse. Au cours de l'accouchement, la macrosomie, les présentations anormales, l'accouchement prématuré et l'hémorragie du post-partum. Les complications néonatales comme le traumatisme néonatal, les dystocies de l'épaule et le liquide amniotique méconial surviennent de même plus souvent parmi les grandes multipares [79].

Cependant toute interprétation pessimiste doit être tempérée car la survenue de ces complications ou du moins leur gravité est directement liée à la qualité de la surveillance de la grossesse et de l'accouchement et à l'infrastructure des services hospitaliers ou privés qui prennent en charge les grandes multipares.

Malgré cela, les grandes multipares n'ont été l'objet que de très peu d'étude au Mali. Il nous est donc apparu opportun d'étudier la gravido-puèrpéralité de la grande multipare afin de dépister au cours de la grossesse, du travail d'accouchement et du post partum la problématique et de s'enquérir de l'état réel de la situation au Mali particulièrement à l'hôpital régional de Kayes. Pour mener à bien ce travail nous formulons les objectifs suivants:

**Objectifs :**

**Objectif général :**

Etudier la grossesse et l'accouchement chez la grande multipare à l'hôpital F.D de Kayes du 1<sup>er</sup> janvier 2006 au 31 Décembre 2006.

**Objectifs spécifiques :**

1. Déterminer la fréquence de la grande multiparité à l'HFD de Kayes,
2. Définir le profil socio-démographique des grandes multipares,
3. Etablir le pronostic materno-fœtal de la grossesse et de l'accouchement chez la grande multipare,
4. Formuler des recommandations.

## **2. Généralités :**

### **2.1 Définition :**

Selon **Bai.J et coll.** en 2002, la parité est définie comme le nombre de grossesses précédentes de plus de 20 SA et est considérée aussi bien comme mesure du statut de fertilité de la femme que comme succès en matière de reproduction.

La parité est souvent classée en 3 niveaux :

- La nulliparité,
- La multiparité,
- La grande multiparité.

Tandis qu'il est habituel de parler de « **nullipare** » pour désigner les gestantes qui n'avaient pas précédemment eu de grossesse de plus de 20 SA, le terme « **primipare** » est utilisé pour caractériser les mères qui ont un seul antécédent de grossesse de plus de 20 SA.

*Par contre il n'existe aucune définition universellement acceptée pour la « multiparité et la grande multiparité » ; et la définition de cette dernière a varié dans le temps.*

Dans la littérature, la définition de la grande multiparité est passée d'une parturiente qui avait accouché au moins 8 fois [26, 62, 91, 19, 35, 73] à une femme qui avait accouché 5 fois ou plus de nouveau-né viable selon des papiers récents [72, 16]. D'autres auteurs définissent la grande multipare comme une femme qui a accouché 7 fois ou plus [76, 78].

Plus récemment, une diminution de la limite pour parler de grande multipare à 4 enfants a été proposée par **Bai et coll.** Les différentes définitions de la grande multiparité reflètent un manque de consensus en matière de seuil de risque pour la relation entre parité et les complications obstétricales, rendant ainsi les comparaisons difficiles entre les études.

Les termes « très grande multipare », « grande grande multipare » et « extrême grande multipare » ont aussi été utilisés pour parler des femmes qui ont fait 10 accouchements ou plus.

Malgré une littérature abondante sur le thème il est incertain si la grande multipare (parité  $\geq 5$ ) et la très grande multipare (parité  $\geq 10$ ) sont associées à des complications. Les données contradictoires ont amené Fayed HM et coll. à initier une revue de la littérature. Une recherche systématique illimitée dans le temps de toutes les publications uniquement en anglais a été réalisée sur les courants contents et embrase cab. Des revues en papier cités ont été identifiées et incluses.

## **2.2 Perspective de la grande multipare :**

Globalement après exclusion des études dupliquées 78 articles ont été retenus pour cette revue. Les études sélectionnées ont été résumées dans le tableau I et II.

### **2.2.1 L'incidence :**

La parité élevée (parité  $\geq 5$ ) est plus fréquente dans les pays en développement et de grande variation existe dans son incidence dans les pays développés.

En occident la recherche sur la parité élevée a concerné les groupes ayant des niveaux de pratique contraceptive faible à cause des convictions religieuses tels que les membres du mouvement **laestédian** de l'église luthérienne finlandaise [46], les **juifs** orthodoxes [27, 78, 10] et les **huttérites** de l'Amérique du nord [64].

La même situation s'applique aux études récentes des pays en développement pour la plupart conduite dans des nations arabes ou les familles nombreuses sont la norme [61, 16, 39, 29, 52]. Les auteurs de cette revue ont identifié 10 études de 9 pays publiés entre 1954 - 2001 qui donnent l'incidence de la grande multiparité. L'incidence de la grande multiparité (parité de 5 à 9) varie entre 0,6% en **Croatie** et **Hong Kong** [50] à 5% à **Trinidad** [72], 11% au **Nigéria** [67] et plus de 30% aux **EAU** [39, 70] et au **Soudan** [9]. Les différences entre ces incidences reflètent les variations dans la prévalence et la disponibilité de la contraception, le statut socio-économique les préférences culturelles, l'urbanisation et les politiques gouvernementales entre autre.

Dès 1954 le déclin de l'incidence de grande (et très grande) multiparité associé à la pratique contraceptive a conduit **Schram ELR** à décrire la grande multipare aux **USA** comme « l'Américaine évanescence ». L'association entre multiparité et devenir de la grossesse a été étudiée de façon extensive [45, 26, 35, 9, 27, 31, 39, 29, 84, 13, 41], cependant que la multiparité soit reliée aux complications maternelles et fœtales notamment dans les pays développés demeure incertain.

### **2.2.2 Pronostic :**

37 études de 17 pays publiées entre 1865 - 2004 ont examiné une relation possible entre grande multipare et pronostic maternel.

**Duncan** écrivant en **Ecosse** en 1865, était probablement la première personne à proposer que la mortalité maternelle fût positivement associée au nombre d'enfants nés d'une mère.

**Solomon's** en 1934 a concurrencé, et notait que la mortalité maternelle augmentait de façon abrupte de la 5<sup>ème</sup> à la 10<sup>ème</sup> grossesse avec le risque de décès d'une dixième pare qui était 5 fois celui de la moyenne des femmes enceintes.

Six ans après le travail de **Solomon's, Eastman** aux **USA** a attiré l'attention sur le niveau élevé de la mortalité maternelle parmi 7596 multipares, et identifié la rupture utérine, la néphrite chronique, la maladie vasculaire hypertensive et le placenta Praevia comme les 1<sup>res</sup> causes de décès chez les femmes de parité  $\geq 7$ .

**Petriy** et **Pearson** sur la base de données américaines rapportaient que la mortalité maternelle était 2 fois plus élevée parmi les grandes multipares comparées aux autres femmes.

Dans une autre étude concernant 1469 femmes qui ont accouché à l'hôpital **Kentucky** entre 1956 - 1961 une augmentation significative de l'incidence du diabète sucré, hypertension artérielle essentielle, pré éclampsie, inertie utérine primaire et l'anémie avait été notée chez les parturientes de la parité  $\geq 7$  comparées aux mères de parité inférieure.

**Fuchs** et **Perez** écrivaient 10 ans après **Eastman** que l'hémorragie du post partum, l'HRP, la rupture utérine et l'accouchement assisté (Forceps, Ventouse) étaient plus fréquents chez les grandes multipares comparées à la population obstétricale générale clarifiant ainsi ces différences. D'autres auteurs écrivant pendant cette période confirmaient amplement les derniers résultats [62, 58, 68].

Cependant certains universitaires ont mis en question la validité des associations précédentes observées. Par exemple **Krebs** disait que « la multipare dangereuse » était une description exagérée des risques obstétricaux encourus par les multipares.

Des changements rapides à propos des dangers de la multiparité ont suivi les améliorations de la pratique obstétricale au cours des 2 à 3 décennies suivantes. Les dernières études n'ont pas confirmé beaucoup de résultats précédents, et ont abouti à la vision populaire actuelle, la grande multiparité n'est pas nécessairement un facteur de risque obstétrical pour la mère [39, 37].

Par exemple **Goldman** et coll. ne retrouvaient aucune différence significative de l'incidence d'HRP, de PP, d'hydramnios, d'oligoamnios parmi 1700 femmes de parité  $\geq 6$  lorsqu'elles étaient comparées aux femmes de parité inférieure.

### **2.3 Les caractéristiques socio-économiques :**

Ultérieurement plusieurs auteurs ont attribué l'influence négative de la parité élevée dans les études précédentes à un biais de sélection et la non prise en compte de l'effet des facteurs de confusion comme le statut socio-économique, l'âge, l'ethnie et l'accès aux soins prénatals.

**Mor Yosef** et coll. ont recherché l'effet du statut socio économique sur le devenir périnatal des grandes multipares en étudiant 22815 accouchements survenus en **Israël** pendant une période de 3 mois. Ils ont montré que l'association de la parité et de la mortalité était due à la prédominance des parturientes de faible statut économique dans le groupe des grandes multipares. Cependant après ajustement sur le statut socio-économique, la fréquence de diabète, d'hypertension artérielle et de pré éclampsie était toujours significativement plus élevée parmi les mères de parité  $\geq 7$  comparées aux mères de parité inférieure.

Par ailleurs **Baskett** a précédemment démontré que l'insuffisance d'accès aux soins prénatals contribuait au mauvais pronostic de la grossesse. C'est une importante observation puisque certaines études ont rapporté la faible utilisation des services de consultation prénatale parmi les femmes multipares.

L'âge maternel, il est naturel de noter que la fréquence de beaucoup de complications associées à la grande multiparité incluant les anomalies de la présentation, le PP, les hémorragies du post partum et la pré-éclampsie augmentait avec l'âge maternel, comme rapporter par **Schram** 50 ans plutôt, impliquant ainsi que l'association entre la parité et les complications maternelles pourrait être dû à l'effet de confusion de l'âge maternel.

Par contre **Ananth** et coll. ont démontré une augmentation du risque de PP, d'HRP avec la parité élevée parmi les plus jeunes femmes seulement (20 - 25ans) et ont suggéré qu'un espacement des grossesses ou l'effet des facteurs de confusion maternel non mesuré peut être responsable. La différence d'incidence du diabète sucré entre les grandes multipares et les multipares/primipares disparaît aussi après ajustement sur l'âge dans 2 études récentes.

**Roman** et coll. ont aussi rapporté une corrélation plus étroite entre le diabète sucré gestationnel et l'âge plus qu'avec la parité.

Dans la littérature nous avons trouvé que l'âge moyen des grandes multipares est de 33,4 ans [18 - 48ans] légèrement plus bas que celui des très grandes multipares (âge moyen de

38,2 ans). Ce résultat suggère que les grandes multipares jeunes et les très grandes multipares (d'âge inférieur à 30 ans) sont des éventualités fréquentes.

#### **2.4 Physiopathologie des principales complications maternelles :**

Malgré le manque de clarté entre l'association de la multiparité et le bien être maternel, certains consensus existent entre les chercheurs que le PP, l'HRP, les anomalies de la présentation, les complications hémorragiques et la rupture utérine surviennent plus fréquemment chez les grandes multipares lorsqu'on les compare aux multipares et primipares pour expliquer la prédominance de ces complications. Des mécanismes biologiques ont été proposés. Par exemple certains auteurs relient la fréquence élevée d'HRP chez les grandes multipares à la prévalence élevée de l'HTA parmi les femmes de ce groupe de parité ; d'autre part la raison pour laquelle le PP dévient plus fréquent avec l'augmentation de la parité n'est pas connue. Une raison potentielle est que l'atrophie sous-jacente de l'endomètre entraîne une tendance du placenta à s'étendre sur une surface plus large que d'habitude (incluant la zone de l'orifice interne).

Indépendamment de la parité beaucoup d'études expliquent la fréquence du PP actuellement par les échographies réalisées de façon routinière comme composante des soins prénatals.

Dans le cas de la rupture utérine le mécanisme implique une hyalinisation accrue des vaisseaux sanguins, la perte de l'élasticité et la fragilisation accrue de la paroi utérine, qui à son tour prédispose à une plus grande probabilité de rupture spontanée.

**Bungnaz** a attribué la fréquence plus élevée d'hémorragie anté partum chez les **grandes multipares** à une augmentation du drainage veineux du segment inférieur de l'utérus et du placenta qui survient chez les parturientes multipares ce qui à son tour entraîne le PP et l'HRP.

De ce point de vue, l'hémorragie du post partum est plus fréquente chez les grandes multipares à cause de la mauvaise contractilité de la musculature utérine. Par ailleurs la fréquence élevée des anomalies de la présentation fœtale pourrait être due à la survenue d'un abdomen pendulaire, de l'hyper lordose du rachis lombaire avec augmentation de l'inclinaison du pelvis, ou de l'incidence plus élevée de PP.

Bien qu'une littérature substantielle concernant la parité et le devenir fœtal se soit accumulée dans le temps comme cela est le cas pour le devenir maternel. Les données concernant l'association entre la multiparité et le pronostic fœtal sont contradictoires. Les auteurs ont néanmoins identifié 38 études de 19 pays entre 1940 - 2004 qui ont traité cette question bien sous des angles différents.

## **2.5 Physiopathologies des principales complications fœtales :**

### **2.5.1 Mortinaissance :**

Une association entre la fertilité et la propension à la mortinaissance a été évoquée pour la première fois il y a plus de 3 décennies par **Schram** aux **USA** et un obstétricien anglais du nom de **James**.

Dès 1955 une revue des données hospitalières de 4 ans de 812 grandes multipares fréquentant l'hôpital général de Washington. **D.C** a démontré que l'incidence de la mortinaissance était 2 fois plus élevée parmi les grandes multipares (parité  $\geq 8$ ) comparées à la population clinique totale.

Une étude longitudinale combinée à une étude transversale qui a concerné 1298 grandes multipares (parité  $\geq 7$ ) d'une communauté Juive homogène de l'ouest de l'Israël, a démontré que la mortinaissance était plus fréquente chez les primipares et moins fréquente chez les 2<sup>e</sup> et 3<sup>e</sup> pares mais qu'après elle augmente avec le rang de naissance pour rapprocher puis excéder le taux de mortinaissance chez les primipares.

De façon similaire, **Fuck** et **Peretz** rapportent que le taux de mortinaissance était 2 fois et demie plus élevé chez les mères de parité  $\geq 7$  comparées aux autres parturientes de la population générale. D'autres études ont confirmé ce résultat.

La prépondérance de la mortinaissance parmi les grandes multipares est attribuée aux anomalies placentaires, anomalies chromosomiques liées à l'âge et au petit poids de naissance. Cependant dans la plupart des cas, la cause du décès n'est pas connue.

Plus récemment la parité  $\geq 5$  avait été retrouvée comme facteur indépendant de la mort fœtale in-utéro inexplicée dans une cohorte hospitalière de 34394 naissances contrairement aux études précédemment mentionnées. D'autres auteurs n'ont pas trouvé de différence entre les taux de mortinaissance des grandes multipares et des parités inférieures.

### **2.5.2 La mortalité périnatale :**

Le risque de décès périnatal élevé parmi les grandes multipares a été reporté par plusieurs études. Une grande étude de l'interaction entre l'âge et la survenue de mortalité périnatale a retrouvé une association significative entre le décès fœtal intra-partum et l'âge maternel avancé de même qu'avec la parité élevée [49]. Selon les études, les décès néonataux étaient soit plus fréquent chez les grandes multipares que chez les mères de parité inférieure [9, 76] soit comparable [16].

### **2.5.3 Petit poids de naissance :**

Est un composite de 2 incidences de croissance fœtale, les faibles poids pour l'âge gestationnel et la prématurité.

Le faible poids pour l'âge gestationnel est étroitement lié à la morbidité périnatale [87, 12], et porte un risque accru de morbidité infantile subséquente, de troubles de développement, d'handicaps psychomoteurs et d'incapacités d'apprentissage [32, 88, 38].

La prématurité à son tour est une cause importante de mortalité et morbidité néonatale notamment dans les pays développés [28]. Tandis que certains auteurs rapporteraient un pourcentage de petit poids de naissance parmi les grandes multipares comparées aux mères de parité inférieure [78, 67, 57], d'autres n'ont pas démontré cela [27, 61, 81, 77].

Contrairement aux proportions plus élevées de petit poids de naissances attendues parmi les grandes multipares, la littérature suggère qu'un excès de macrosomie parmi les grandes multipares semble prédominant. **James** a démontré que le poids de naissance augmente avec le rang de naissance jusqu'à la 5<sup>e</sup> naissance.

L'incidence plus élevée de macrosomie parmi les grandes multipares est expliquée par la fréquence de diabète sucré et la propension à un index de masse corporelle maternelle plus élevé. Les accouchements de macrosomie sont supposés responsables du plus grand risque de complications intra-partum observées parmi les grandes multipares.

### **2.5.4 La prématurité :**

La tendance parmi les grandes multipares d'accoucher prématurément est documentée par les uns auteurs et les autres. **Schram** a observé que le travail prématuré chez les grandes

multipares peut être accentué par les travaux domestiques accrus et les responsabilités de ces femmes.

**Tambo** et **Bungum** ont rapporté une incidence plus élevée d'accouchement prématuré chez les grandes multipares (parité  $\geq 5$ ) comparées aux femmes de parité inférieure (parité 2 et 3) à cause de la prédominance de complications placentaires sérieuses chez les premières. Comme cela était le cas du devenir maternel, la fréquence élevée de complications néonatales parmi les mères de parité élevée a été attribuée à l'influence des facteurs de confusion. Par exemple **Seidman** et **coll.** trouvent des indices de morbidité néonatale incluant les petits pour l'âge gestationnel, les faibles poids de naissance et les naissances prématurées d'être significativement plus favorable du niveau socio économique stable comparé à leur paire de niveau socio économique faible. Ces auteurs ont alors postulé que la grande multiparité n'était pas un facteur de risque mais plutôt que l'environnement socio économique serait responsable des différences observées.

Le tableau I présente une mesure des principales études conduites les 25 dernières années qui ont analysé la relation entre la grande multiparité et le mauvais pronostic materno-fœtal.

**Tableau I** : Principales études conduites les 25 dernières années qui ont analysé la relation entre la grande multiparité et le mauvais pronostic materno-foetal.

Auteurs, Année Pays	Méthodologie Taille de l'échantillon	Résultats	Commentaire
<b>Roman et coll., 2004</b> Réunion Island, France	<b>Prospective</b> 621GM (parité >4), 621M (parité 2-4)	<i>La grande multiparité était plus associée au diabète gestationnel et insulino-dépendant, mais l'incidence de pré-éclampsie, d'hypertension artérielle chronique, de travail prolongé et les césariennes d'urgence était comparable. Les GM avaient plus d'antécédents de mort-nés et de mortalité périnatale que les multipares mais aucune différence concernant le taux d'accouchement prématuré</i>	<i>Très récemment les grandes multipares et les multipares d'âge comparable dans une population donnée montrent des résultats contestables. En ajustant les facteurs de confusion potentiels, seulement l'antécédent de mauvais pronostic foetal était détecté.</i>
<b>Humphrey, 2003</b> Australie	<b>Cohorte Rétrospective</b> 653 GM (parité ≥ 5), 15255 (parité 1-4)	<i>Les grandes multipares ont une association significative d'accouchement spontané, mais par contre une association non significative aux consultations post-partum faites d'hémorragie, de transfusion sanguine, de rétention placentaire et mortalité périnatale.</i>	<i>Les facteurs de confusion potentiels ont été Ajustés, la population d'étude est tirée d'une seule l'unité obstétricale.</i>

**Tableau I:(suite)**

Auteurs, Année, Pays	Méthodologie Taille de l'échantillon	Résultats	Commentaire
Bai et coll., 2002 Australie	Etude transversale 510989 femmes (parité 1-8)	<i>La Grande multiparité (parité 4-8) est associée à un risque</i> élevé de complications obstétricales et de mortalité périnatale.	<i>Après ajuster, l'âge maternel, le tabagisme maternel, et statut socio-économique.</i> En excluant La parité $\geq 9$ et les grossesses multiples, aucune complication obstétricale n'a été observé dans la population d'étude.
Rizk et coll., 2001 EAU	Rétrospective 418 GM (parité $\geq 5$ ) comparées à 418 femmes (parité 2-4)	<i>La Grande multiparité à un risque élevé de diabète.</i> Les risques d'hypertension induite par la grossesse, de complications intra-partum comme l'hémorragie, l'anémie et les présentations anormales sont semblables. Les taux de petit poids de naissance, de macrosomie d'accouchement prématuré, de travail prolongé et de mortalité périnatale sont comparables. Le nouveau né de grande multipare a un risque plus élevé d'admission en unité de soins intensifs.	<i>Aucun cas documenté d'hémorragie du post-partum et d'hématome rétro-placentaire chez les grandes multipares dans une cohorte entière.</i> Le taux de consultation prénatale était comparable dans les deux groupes lorsqu'on ne tient pas compte des facteurs de confusion potentiels.
Toohey et coll., 1995 USA	Cas - Témoins 382 GM (parité 5-10), 382 M (parité 2-4)	<i>La fréquence d'hématome rétro-placentaire, de présentations</i> anormales, d'hémorragie du post-partum et de travail dystocique est comparable entre les deux groupes. L'incidence élevée de macrosomie parmi les grandes multipares.	<i>La cohorte principalement Hispanique de grandes multipares et de multipares d'âge - égal.</i> Le pouvoir d'analyse présenté définit clairement les complications intra-partum. Cependant il y a une confusion en cas de macrosomie entre parité et complications intra-partum.

**Tableau I:(suite)**

Auteurs, Année Pays	Méthodologie Taille de l'échantillon	Résultats	Commentaire
<b>Goldman et coll., 1995</b> <i>Israël</i>	<b>Cohorte Rétrospective</b> 1700 GM (parité ≥ 5) comparées aux témoins : primipares, multipares (parité 2-4)	<i>Le diabète et hypertension sont significatifs</i> parmi les grandes multipares comparées aux groupes contrôles. La Macrosomie était plus associée aux grandes multipares et aux multipares. Aucune différence entre les groupes concernant l'accouchement prématuré, le petit poids de naissance, l'hydramnios, l'oligo-amnios, la mortalité périnatale, la mortalité foetale et l'anomalie du placenta.	<i>Aucun cas de mortalité maternelle ou de rupture n'a</i> été rapporté dans leur série. Les grandes multipares comparées aux groupes contrôles ont 2 fois plus de risque de mort périnatale (mais l'association n'est pas significative).
<b>Hughes et Morrison, 1994</b> <i>EAU</i>	<b>Etude transversale</b> 882 GM (parité ≥ 7), 1902 témoins (parité 1-6)	<i>Il y a significativement plus d'anémie</i> et d'hypertension artérielle parmi les grandes multipares comparées aux contrôles. Aucune différence concernant l'hémorragie du post-partum et d'hématome rétro placentaire. La macrosomie (poids >4kg) est plus associée aux grandes multipares. Le taux mort-né est plus élevé parmi les multipares par rapport aux grandes multipares mais la mortalité néonatale est prédominante parmi les grandes multipares.	<i>Il manque la valeur de p et de l'intervalle confiance</i> dans les tableaux par conséquent il est difficile déchiffrer les différences qui sont statistiquement significatives. De même, les facteurs de confusions potentiels ne sont pas ajustés.

**Tableau I:(suite)**

Auteurs, Année, Pays	Méthodologie Taille de l'échantillon	Résultats	Commentaire
<b>Brunner et coll., 1992</b> <i>Arabie Saoudite</i>	<b>Prospective</b> 480 GM (parité ≥ 5), 325 témoins (parité 2-4)	<i>La fréquence de complications placentaires</i> (placenta Praevia, hématome rétro-placentaire et de rétention placentaire) est plus élevée parmi les grandes multipares. Le poids moyen de naissance est plus élevé parmi les grandes multipares. par ailleurs aucune différence concernant l'âge gestationnel, les mort-nés et la mortalité néonatale précoce.	<i>ils ont fait cette étude en tenant compte de la période des accouchements, soumettre les deux groupes aux soins prénatals semblables et ignorer les autres facteurs de confusions.</i>
<b>Ozumba et Igwegbe, 1992</b> <i>Nigéria</i>	<b>Rétrospective</b> 733 GM (parité ≥ 5), 5844 non-GM (parité 0-4)	<i>Il y a une fréquence plus élevée d'anémie, de maladie hypertensive, d'hématome rétro-placentaire, de présentation anormale, et de rupture utérine</i> parmi les grandes multipares comparées à leurs témoins.  Les Taux placenta Praevia, de diabète et d'hémorragie du postpartum étaient semblables entre les groupes.  Le petit poids de naissance, l'accouchement par césarienne et la mortinaissance étaient plus commun parmi les grandes multipares.	<i>N'ont pas la capacité d'ajuster les facteurs de confusions potentiels.</i>

**Tableau I:(suite)**

Auteurs, Année, Pays	Méthodologie Taille de l'échantillon	Résultats	Commentaire
King et coll., 1991 Hong Kong	Cohorte Rétrospective (1984-1988) 164 GM (parité ≥ 5)	<i>Comparer les fréquences des complications maternelles et néonatales à la fréquence moyenne de l'hôpital pendant la même période.</i> La fréquence d'hypertension, d'hémorragie antépartum et d'anémie parmi les GM est plus inférieure que la fréquence moyenne de l'hôpital alors que le diabète gestationnel était plus élevé. La morbidité périnatale n'était pas significative. Aucun cas de rupture utérine ou de mortalité maternelle ou de mortalité périnatale n'a été enregistré.	<i>Les statistiques essentiellement descriptives avec les fréquences brutes. La petite taille de l'échantillon. Les grossesses uniques seulement.</i>
Mor-Yosef et coll., 1990 Israël	Prospective (3mois) 1542 GM (parité ≥ 7), 14408 Multipares (parité 2-6), 4313 Primipares	<i>Le diabète, l'hypertension et la pré éclampsie sont plus fréquents parmi les GM comparées aux multipares. Il n y a aucune différence en ce qui concerne la prématurité et le score d'Apgar.</i> Le taux de mortalité périnatale est considérablement plus élevé parmi les GM, mais cette différence a disparu après avoir stratifier sur la base du statut socio-économique. La macrosomie est plus élevée parmi les GM.	<i>Le but principal était d'examiner l'effet du statut socio-économique sur le résultat périnatal des GM.</i>

**Tableau I:(suite)**

Auteurs, Année, Pays	Méthodologie Taille de l'échantillon	Résultats	Commentaire
Evaldson, 1990 Arabie Saoudite	Prospective (1 an) 224 GM (parité ≥ 6), 750 Multipares (parité 2-5), 278 Primipares	<i>le Diabète, la présentation anormale, l'hémorragie</i> du post-partum et le placenta Praevia étaient plus représentées parmi les GM comparées aux multipares et primipares. Les taux de mortinaissance et de mortalité périnatale étaient comparables. Les Taux de petit poids naissance, de macrosomie et d'accouchement prématuré étaient semblables dans les deux groupes. La morbidité périnatale était plus élevée parmi les GM comparées aux multipares.	<i>Aucune mortalité maternelle n'a été rapportée.</i> Aucun ajustement n'a été fait sur les facteurs de confusion.
Sipila et coll., 1990 Suède	Prospective Deux cohortes d'une année de naissance et 20ans séparément (1966 et 1985/86) - 1966 cohorte : 931GM (parité≥6), 11066 (parité1-5) ; - 1985 -1986 cohorte: 372GM, 8990 (parité 1-5)	<i>Dans une cohorte 1985-1986: une fréquence plus élevée</i> d'hypertension essentielle a été observée chez les GM comparées aux autres. Une fréquence semblable de diabète, placenta Praevia, rétention placentaire, d'hydramnios, et d'hémorragie du post-partum dans les groupes de parité. Un taux plus élevé de mort-né et de mortalité néonatale chez les GM comparées aux mères de parité inférieure. Une fréquence plus élevée d'anomalies congénitales des nouveau nés de mères GM.	<i>Aucun cas de placenta Praevia ou de mortalité</i> maternelle n'a été rapporté chez les GM. La qualité des soins prénatals est semblable Mais les GM n'ayant pas utilisé les services prénatals aussi souvent comme d'autres parturientes

**Tableau I:(suite)**

Auteurs, Année, Pays	Méthodologie Taille de l'échantillon	Résultats	Commentaire
<b>Samueloff et coll., 1989</b> <i>Israël</i>	<b>Rétrospective population générale</b> 1542 GM (parité ≥ 7), 16286 Multipares (parité 2-6) (référence), 22679 Primipares	<i>Le diabète, l'hypertension, la thrombose veineuse</i> superficielle, et les présentations anormales sont considérablement plus élevés chez les GM, des taux comparables d'accouchement prématuré, de petit poids de naissance, et d'hypotrophie fœtale parmi les GM et les multipares. Le post terme, la macrosomie, (4500gr), LGA, les grossesses multiples, et la mortalité périnatale plus fréquents chez les GM.	Les groupes de parité 2/3rds ne sont pas comparable, de GM d'origine arabe (principalement à faible statut socio-économique). Aucun ajustement de confusion.
<b>Mwambingu et coll., 1988</b> <i>Arabie Saoudite</i>	<b>Rétrospective</b> 646 GM (parité ≥ 5), 4173 non-GM (parité 1-4)	<i>Une fréquence plus élevée d'hypertension et de diabète</i> sucré chez les GM, une fréquence faible d'accouchement prématuré, petit poids de naissance, et de mortalité périnatale parmi les GM comparées aux non GM.	Les primipares et parité 2-4 sont combinées dans un seul groupe. Aucun ajustement sur les facteurs de confusions.
<b>Tanbo et Bungum, 1987</b> <i>Norvège</i>	<b>Cohorte Rétrospective</b> 154 GM (parité ≥ 5), 208 (parité 2 et 3)	<i>Des taux comparables pour l'hypertension, la pré éclampsie, l'anémie,</i> et les complications placentaires. Un risque plus élevé de présentation anormale parmi les GM de même une fréquence plus élevée de mortalité périnatale parmi les GM, aucune différence entre les fréquences d'accouchement prématuré.	<b>Un échantillon de petite taille.</b> Aucun ajustement sur les facteurs de confusions

**Tableau I:(suite)**

Auteurs, Année Pays	Methodologie Taille de l'échantillon	Résultats	Commentaire
Fuchs et coll., 1985 Israël	Cohorte (1960-75) 5785 GM (parité ≥ 7) comparées à la population obstétricale ayant accouché durant la période d'étude	Rétrospective <i>Une fréquence plus élevée de présentation anormale</i> , de pré éclampsie, complications placentaires, de rupture utérine, d'hémorragie du post partum parmi les GM comparées à la population générale, de mort né estimée deux fois plus fréquent chez les GM.	La catégorie de référence (population générale) n'est pas idéale. Les groupes ne sont pas <i>comparables</i> ; 95% des GM était de statut <i>socio-économique</i> bas.
Aziz, 1980 Soudan	Cohorte (1975-79) 3130 GM (parité ≥ 5) comparées aux groupes de 3679 Multipares (parité 2-4) et 2049 Primipares	Rétrospective <i>Une plus grande fréquence d'hypertension, d'anémie</i> < 10gr/dl, de présentation anormale, d'hémorragie anté et post partum parmi les GM comparées aux multipares et primipares. Un taux faible d'accouchement instrumental et de césarienne pour les GM. La fréquence plus élevée de mort né et de mortalité néonatale parmi les GM que les autres.	11% des GM ont moins de 25 ans. Aucun ajustement sur les facteurs de confusion

## **2.6 Très grande multipare :**

La rareté des femmes ayant 10 accouchements ou plus est responsable de la pauvreté de la littérature concernant l'association entre la très grande multiparité et le devenir materno-fœtal [48, 10, 52].

Néanmoins les auteurs ont identifié 11 travaux de 6 pays entre 1992 et 2002 qui ont étudié cette relation. A l'exception d'une étude, un antécédent de 10 accouchements ou plus viable avait été utilisé pour définir la très grande multiparité [30].

L'incidence de la très grande multiparité semblait être inférieure à celle de la grande multiparité, 1% en Finlande [47], 3-5% en Israël [48] et 2% en Jordanie [3].

La justification de l'étude de la très grande multipare comme entité est que si l'augmentation de la parité est associée aux complications de l'accouchement, cela devrait être manifeste pour les groupes de parité extrême. Les sociétés avec des préférences culturelles de grande famille seraient le cadre idéal pour de telles études. Il n'est pas étonnant que 7 des 10 récents articles traitant de la très grande multiparité étaient du moyen orient.

Le 1<sup>er</sup> travail était une étude descriptive de 375 femmes de parité  $\geq 10$  qui ont accouché dans un hôpital d'Arabie saoudite entre 1987 et 1989 [80]. Quoique la fréquence de complications maternelles était plus faible que prévue, les auteurs ont documenté le diabète gestationnel, l'anémie, l'hémorragie ante partum, la pré-éclampsie et la rupture utérine dans le groupe d'étude. L'incidence de mortinaissance était légèrement au dessus de la moyenne ce qui a été attribué à la proportion élevée de grossesse non suivie (58%).

Une analyse similaire de 420 très grandes multipares d'Israël n'a pas révélé de différence entre les taux d'HTA, de diabète gestationnel, d'hémorragie et d'accouchement par césarienne entre les très grandes multipares et un groupe contrôle de parturientes de la population générale [48]. Cependant l'incidence du petit poids de naissance et d'accouchement instrumental était significativement plus faible dans le groupe des très grandes multipares.

**Fayed et coll.** ont comparé 2 groupes de parité, (parité  $\geq 10$ ) et (parité 2-4) dans le but d'évaluer les facteurs de risque maternel et fœtal de la très grande multiparité. Contrairement à la cohorte de **Kaplan et coll.** en Israël, ces auteurs ont retrouvé

significativement plus d'HTA et d'accouchement par césarienne dans le groupe des très grandes multipares comparé aux témoins, cependant les fréquences d'anémie, d'anomalie placentaire, d'hémorragie du post partum et d'anomalie de la présentation fœtale étaient similaires. Bien que les macrosomes sont plus fréquentes parmi les très grandes multipares l'incidence du diabète sucré n'était pas différente de celle des autres [52, 47]. Il n'y avait pas de différence entre les taux d'accouchement prématuré, d'hypotrophie, d'anomalie congénitale, de liquide amniotique méconial et la mortalité périnatale. Un facteur limitant cette étude de **Fayed et coll.** était son incapacité à contrôler l'âge maternel qui pourrait intervenir pour les différences de fréquence de complications médicales.

Quelques études récentes ont comparé le pronostic de l'accouchement entre 3 groupes de parité qui sont les très grandes multipares (parité  $\geq 10$ ), les grandes multipares (parité 5-9) et les multipares (parité 2-4) dans le but d'identifier les complications spécifiques à la parité, une étude de ce genre a concerné une cohorte de 133 très grandes multipares, 314 grandes multipares et 2195 multipares qui ont accouché entre 1988 et 1998 au centre médical du Mont Sinaï à New York [10]. Ces auteurs ont retrouvé l'HTA chronique, l'hydramnios et l'HRP plus fréquentes parmi les très grandes multipares comparées aux grandes multipares. Par ailleurs les nouveau-nés de très grandes multipares avaient une incidence plus élevée de complications comprenant le pneumothorax, une tachypnée transitoire et l'infection lorsqu'on les comparait à ceux des grandes multipares, ils nécessitaient dès lors plus d'oxygénothérapie, de soins intensifs néonataux et d'hospitalisation.

Une autre étude a évalué le devenir maternel et fœtal de 96 très grandes multipares (1200 accouchements) en Finlande. Comme l'étude de **Babinszki et coll.** un excès de complications médicales (HTA et diabète) ainsi que d'anomalies placentaires avaient été retrouvés parmi les très grandes multipares. En ce qui concerne la morbidité fœtale, la fréquence de petit poids naissance a diminué tandis que les macrosomes ont augmenté au fur et à mesure que la parité s'élève. La fréquence de l'accouchement prématuré était la plus faible parmi les primipares et plus élevée parmi les grandes multipares. D'autres études ont rapporté un tableau mixte similaire [3, 52]. Beaucoup de travaux d'Israël ont d'avantage contribué au débat.

Une analyse stratifiée de très grandes multipares arabes et juives (parité  $\geq 9$ ) a retrouvé que les complications maternelles et néonatales étaient similaires entre les très grandes multipares et un groupe témoin apparié sur l'âge constitué de multipares (parité 2-5). Cependant la mortalité périnatale était significativement plus élevée parmi les très grandes multipares comparées aux témoins aussi bien dans la cohorte arabe que juive.

Comme cette observation était reliée à une incidence accrue de malformations létales, il a été suggéré que les très grandes multipares seraient plus susceptibles de retard dans les soins médicaux parce qu'elles avaient déjà eu plusieurs grossesses normales dans le passé. Alternativement, elles trouvaient plus difficile de faire les consultations prénatales à cause des demandes domestiques.

**Maymon et coll.** ont évalué l'importance de la parité et de l'âge maternel sur les complications maternelles et péri partum. Après avoir analysé 12296 femmes ils ont rapporté des taux significativement plus élevés de césarienne, de pré-éclampsie sévère, d'HTA chronique, de diabète sucré, de liquide amniotique méconial, de RPM, de malformation congénitale et de macrosomie parmi les très grandes multipares (parité  $\geq 10$ ) comparées aux grandes multipares (parité 6-9).

De plus il y avait une augmentation de complications périnatales (définies comme la survenue d'hémorragie massive, de rupture utérine, d'HRP, d'anomalies de présentations fœtales, de travail dystocique dans la période péri partum).

Cependant la survenue d'un accouchement prématuré, l'induction du travail et le petit poids de naissance étaient comparables dans les 2 groupes.

Les anomalies chromosomiques sont significativement plus élevées parmi les très grandes multipares comparées aux grandes multipares selon les auteurs [45, 10, 47], mais il est probable que l'âge maternel avancé joue un rôle plus important ici plus que la parité.

Un récent article reliant la multiparité au syndrome de Down a été qualifié de « panflet » [24] parce qu'il n'a pris en compte que les grossesses déjà avancées, les cas des femmes pour lesquelles les naissances étaient enregistrées sur les certificats de naissance et une moindre utilisation du diagnostic prénatal par les femmes de parité supérieure [18].

Le tableau II : Présente une compilation des études récentes qui ont analysé la très grande multiparité comme une entité autonome.

**Tableau II :** Compilation des études récentes sur la très grande multipare

Auteurs, Année Pays	Méthodologie Taille de l'échantillon	Résultats	Commentaire
Kumari et Badrinath, 2002 EAU	Prospective 1015 très GM (parité ≥ 10), 1662 GM (parité 5-9), 2044 Multipares (parité 2-4)	<i>Les très grandes multipares ont une fréquence plus élevée de diabète gestationnel et de macrosomie ; et une faible fréquence d'accouchement prématuré comparées aux grandes multipares et multipares. Les taux d'hémorragie ante partum, de césarienne, de mort né, de détresse foetale, et d'anomalies congénitales sont comparables.</i>	<i>Aucun ajustement sur les facteurs de confusion. Aucune analyse n'a été faite pour confirmer les résultats.</i>
Ezra et coll., 2001 Israël	Cas Témoins deux populations, (Arabes, Juifs) le groupe de l'étude (cas) les très GM (parité ≥9) : 139 arabes et 141 juives les contrôles (témoins) GM (parité 2-5): 142 arabes et 139 juives	<i>Aucune différence entre les résultats maternels et fœtaux exceptée la mortalité périnatale plus élevée parmi les très grandes multipares comparées aux grandes multipares des deux groupes de population.</i>	<i>Les cas et témoins de même âge. La petite taille de l'échantillon. Aucun ajustement sur les facteurs de confusions.</i>

**Tableau II:** (suite)

Auteurs, Année Pays	Méthodologie Taille de l'échantillon	Résultats	Commentaire
<b>Babinski et coll., 1999</b> USA	133 très GM (parité ≥ 10), 314 GM (parité 5-9), 2195 Multipares (parité 2-4)	<i>Les très GM avaient augmenté significativement les risques d'hématome rétro-placentaire et d'anomalies du liquide amniotique, et les taux bas de placenta Praevia étaient comparables aux multipares.</i>  La tachypnée néonatale et malformations étaient plus fréquentes parmi les très GM. Aucune différence en ce qui concerne l'accouchement prématuré, de petit poids de naissance, de présentation anormale et de césarienne entre les très grandes multipares et les grandes multipares.	<i>La période étendue sur plus 20 ans, une population Homogène de blanche, de juive, d'âge &gt;35 ans. les grossesses multiples exclues de l'étude, chaque participante a contribué une grossesse dans la cohorte. Aucune analyse pour confirmer les résultats.</i>
<b>Abu-Heija et Chalabi, 1997</b> Jordanie	Cas Témoins 154 très GM (parité ≥ 10), 308 Multipares (parité 2-5)	<i>La pré éclampsie, la macrosomie, l'accouchement par césarienne et la mortinaissance étaient plus fréquents parmi les très grandes multipares. Pas de différence concernant la fréquence d'hématome rétro placentaire, de placenta Praevia, de présentation anormale, d'hémorragie du post-partum, et de petit poids de naissance entre les groupes.</i>	<i>Accès aux soins prénatals différents. Aucun ajustement pour les facteurs de confusion. L'étude n'a pas suffisamment de pouvoir.</i>

**Tableau II :** (suite)

Auteurs, Année Pays	Méthodologie Taille de l'échantillon	Résultats	Commentaire
Maymon et coll., 1998 Israël	Cohorte Rétrospective 2709 très GM (parité ≥ 10), 9587 GM (parité 6-9)	<p><i>Les taux plus élevés de présentation anormale, d'hémorragie du post-partum, de grossesse induite, d'hypertension artérielle chronique, de diabète, de liquide amniotique méconial et de rupture prématurée des membranes chez les très grandes multipares.</i></p> <p>Les taux d'hématome rétro placentaire et de rupture utérine sont semblables.</p> <p>Les anomalies congénitales et la macrosomie sont plus fréquentes chez les très grandes multipares. Le petit poids de naissance et l'accouchement prématuré étaient comparables. L'ordre de naissance plus élevé reste un facteur de risque indépendant pour les complications péri partum après ajustement sur de l'âge maternel.</p>	<p><i>Probablement la plus grande étude sur les très grandes multipares est datée, mais les femmes sont recrutées à partir d'une seule clinique. Dosez la réponse rapportée entre "complications du péri partum" et la parité. L'adage de Solomon a été réitéré après plusieurs décennies de divergence.</i></p>

**Tableau II :** (suite)

Auteurs, Année Pays	Méthodologie Taille de l'échantillon	Résultats	Commentaire
Juntunen et coll., 1997 Finlande	Cohorte Longitudinale 96 très GM (parité ≥ 10) deux études transversales de référence les groupes sont basés sur le temps du calendrier: 1966 et 1985-1986 (7,564 et 5,691 singletons, respectivement) Poids de naissance a comparé dans 4 groupes de naissance d'ordre: 1, 2-5, 6-9, 10-12,	<i>La fréquence d'hypertension artérielle, de pré éclampsie et de diabète a augmenté avec l'ordre de la naissance. Il y a une association significative entre le poids de naissance et ordre de la naissance même après avoir ajusté les facteurs de confusions. Dans la cohorte longitudinale l'accouchement prématuré est plus fréquent dans les catégories plus élevées de l'ordre de la naissance qu'inférieurs, mais l'âge gestationnel est semblable.</i>	<i>Le poids de naissance était le principal résultat à mesurer</i>
Juntunen et coll., 1997 Finlande	Longitudinale 96 très GM (parité≥10) (1,200 accouchements) 4 groupes de parité (Parité 1, 2-5, 6-9, 10-20)	<i>La fréquence des complications d'hypertension artérielle, de diabète, du placenta et d'accouchement par césarienne a augmenté avec la croissance de l'ordre de la naissance. La fréquence de macrosomie et les anomalies fœtales ont aussi augmenté, alors que le petit poids de naissance diminue avec la croissance de l'ordre de la naissance.</i>	<i>Aucune différence en ce qui concerne l'accouchement prématuré, de mortalité périnatale et le score d'Apgar parmi les groupes.</i>

**Tableau II :** (suite)

Auteurs, Année Pays	Méthodologie Taille de l'échantillon	Résultats	Commentaire
Kaplan et coll., 1995 Israël	Cohorte Rétrospective 420 très GM (parité ≥ 10) comparées à la population générale (en excluant les Primipares)	<i>Aucune différence dans la fréquence d'accouchement</i> par césarienne, d'hypertension artérielle, de diabète et d'hémorragie entre le groupe de l'étude et population générale. Incidence inférieure de petit poids de naissance parmi les très grandes multipares, mais la mortalité périnatale comparable.	<i>Aucun ajustement sur les facteurs de confusion.</i> le groupe d'étude est tirée de la population générale.
Fayed et coll., 1993 Arabie Saoudite	Rétrospective Cas Témoins 228 très GM (parité ≥ 10), 3349 témoins (parité 2-5)	<i>L'hypertension artérielle et l'accouchement par césarienne</i> sont plus fréquents chez les très grandes multipares. Aucune différence dans la fréquence d'hémorragie du post-partum, d'anémie maternelle, de diabète, de présentation anormale et de complications liées au placenta. La fréquence de macrosomie est significativement plus élevée parmi les très grandes multipares comparées aux contrôles. Les taux de petit poids de naissance, de prématurité, de mortalité périnatale, et de malformations congénitales sont comparables.	<i>Les cas et les témoins ont les mêmes statuts socio-économiques et soins prénatals,</i> autrement aucun ajustement pour les facteurs de confusion dans analyse.
Silva, 1992 Arabie Saoudite	Cohorte Rétrospective 375 très GM (parité ≥ 10)	<i>La fréquence d'hypertension artérielle, de pré éclampsie et d'anémie</i> est inférieure à celle attendue, mais le taux de diabète plus élevé que la moyenne. Le taux de mort-né est aussi plus élevé que le taux attendu.	<i>Pas de comparaison de groupe.</i> Essentiellement une étude descriptive.

## **2.7 Autres considérations :**

Le déclin phénoménal du risque global de morbidité et de mortalité maternelle et fœtale au cours des 3 dernières décennies dans les pays développés est associé à une vaste amélioration de la qualité de l'obstétrique et des services périnataux. En conséquence de nombreuses femmes sont conseillées d'explorer les facteurs qui prédisent la survenue de ces issues non souhaitées. Malheureusement, avec peu d'exception, des études récentes comprenant des petits nombres de participants et ne sont probablement pas significativement puissants pour détecter les différences après avoir ajusté les facteurs de confusion. Par exemple aucun cas de mortalité maternelle n'avait été observé dans les séries présentées par [91, 19, 37].

Pareillement aucun cas de rupture utérine n'a été rapporté parmi 1700 grandes multipares dans une cohorte Israélienne et aucun épisode d'hémorragie du post partum parmi les grandes multipares dans plusieurs travaux contemporaines [16, 70, 85, 40, 86]. Pour maîtriser ce problème, dès lors, les études avec des méthodologies non conventionnelles sont nécessaires.

Une étude de ce genre a réalisé un suivi longitudinal d'une cohorte de 96 très grandes multipares au cours de leur carrière reproductive. Pour l'analyse chaque mère a servi de témoin pour elle-même minimisant ainsi l'impact des facteurs de confusion potentiels comme le statut socio économique et les différences entre les soins prénatals sans nécessiter une augmentation de la taille de l'échantillon. La probabilité qu'une puissance insuffisante soit la raison pour laquelle les études contemporaines sont incapables de rapporter les différences statistiquement significative entre les groupes de parité a été signalée par plusieurs travaux.

**Abu-Heija** et **Chalabi** se sont référés à la petite taille de leur échantillon comme explication possible de la non détection des différences entre complications intra partum comme l'HRP, l'hémorragie du post partum entre très grandes multipares et multipares dans leur étude. L'absence de différence entre 2 groupes de parité dans l'incidence d'hémorragie du post-partum, l'HRP, rupture utérine dans l'étude de **Toohy** et coll. a été aussi attribuée à une puissance faible.

De l'Islande, la plus récente étude publiée sur ce thème par Roman et coll. au moment où les auteurs écrivaient cet article a aussi identifié l'insuffisance de la taille

de l'échantillon comme la raison de leur incapacité à démontrer une association entre le mauvais pronostic foetal et la parité dans leur population d'étude.

Par contre les résultats de Bai et coll. dans une large analyse transversale de plus de 500000 femmes qui ont accouché dans le sud du Pays de Galle entre 1992 et 1997 démontrent le bénéfice d'une étude dont la puissance est adéquate après avoir ajusté sur l'âge maternel, le tabagisme maternel et le statut socio économique. Ils ont trouvé que les grandes multipares demeurent toujours à risque plus élevé de complications obstétricales (définies comme une ou plusieurs des complications suivantes : hémorragie ante-partum, diabète gestationnel, diabète sucré, pré-éclampsie, RPM, hémorragie du post-partum et déchirure du 3<sup>e</sup> degré) lorsqu'elles sont comparées aux femmes de plus faible parité. Des conclusions erronées peuvent parvenir aussi de la comparaison des résultats avec des études de méthodologies différentes. Par exemple comparer les résultats d'une étude longitudinale avec ceux d'études transversales. Par ailleurs, rassembler des données ça et là de différentes tailles entraîne probablement plus de poids à donner à chaque étude. Plus important dès lors que les primipares sont une entité obstétricale à haut risque [45, 52, 85], le rassemblement des multipares (2-4, 2-5 ou 2-6 comme des cas peut être) et les primipares dans un même groupe de référence lorsqu'on les compare aux grandes multipares entraînera invariablement une élévation du risque de mauvais pronostic dans ce groupe de référence, conduisant donc à un biais dans l'appréciation de l'hypothèse nulle [61].

La nécessité de données additionnelles sur les complications associées avec la parité élevée notamment dans les pays développés avec des soins obstétricaux de qualité élevée a été mentionnée à de nombreuses occasions [27, 10, 39, 85, 37] parce qu'un essai randomisé contrôlé n'est pas recevable. La controverse entourant la relation entre la parité et les complications à l'accouchement peut être résolue par une étude populationnelle de bonne méthodologie avec une taille de l'échantillon adéquate. Il est particulièrement important que cette controverse soit résolue notamment à cette ère où l'utilisation judicieuse des ressources minimales est la règle des institutions et des praticiens.

Les études qui ont exploré ce sujet dans le passé n'étaient pas sans limite; certaines étaient rétrospectives [73, 61, 67] plusieurs ont revu les données hospitalières d'un seul centre et n'étaient pas populationnelle [35, 61, 52, 70, 37] ; d'autres n'ont pas tenu compte des facteurs confusionnels comme l'âge maternel et des soins prénatals adéquats [26, 35, 73, 27, 52, 50, 48, 29] ou étaient simplement de faible puissance pour détecter des différences statistiquement significative des complications fœtales entre les groupes de parité [84, 85].

Ce dernier aspect était particulièrement évident dans les études de pays développés où les complications fœtales et la très grande multiparité ne sont pas fréquentes. Par ailleurs plusieurs études étaient essentiellement descriptives dans leur nature et sans test statistique [50, 80] et d'autres n'ont pas fourni de définition claire de complications telles l'anémie, et l'hémorragie du post partum. Finalement pour circonscrire au problème de taille de l'échantillon, plusieurs études ont été réalisées sur de longues périodes au cours desquelles des changements significatifs ont eu lieu dans les soins obstétricaux [10, 52] mais cela n'a pas été pris en compte au cours de l'analyse conduisant ainsi à un biais temporel.

Au total après avoir pris en compte la qualité, la culture et les degrés d'association la prépondérance de l'évidence semble indiquer l'existence possible de risque élevé pour certaines complications de l'accouchement parmi les femmes de parité extrême. A partir de ces études il apparaît que la parité élevée constitue un facteur de risque des complications médicales (par exemple diabète) et pathologies placentaires (HRP).

La littérature fournit aussi une évidence raisonnable de probabilité plus élevée de survenue de macrosomie fœtale au fur et à mesure que la parité augmente.

### **3. Méthodologie :**

#### **3.1. Cadre d'étude :**

L'étude a été réalisée dans la ville de Kayes, 1<sup>ère</sup> région administrative du Mali, située entre le 12° et 17° de latitude Nord à cheval sur le haut Sénégal et ses affluents à l'extrême Ouest du Mali

#### **- Description du lieu d'étude**

##### **➤ L'Hôpital Fousséni Daou de Kayes**

Il est situé au Sud - Est de la ville de Kayes au quartier Plateau (un des cinq grands quartiers de la ville) au voisinage de la gare ferroviaire. Il s'étend sur une superficie de 12hectares.

L'hôpital est une vieille structure créée en 1883 par les militaires français en mission dans l'Ouest africain. L'Hôpital FDK est l'une des formations sanitaires les plus anciennes du Mali. Il avait pour vocation de prodiguer les premiers soins aux blessés de guerre des conquêtes coloniales avant leur évacuation sur le Sénégal ou la France. En 1959 il devient Hôpital secondaire. A la réorganisation des formations hospitalières en 1969 il fut érigé en Hôpital régional devenant ainsi une structure de référence.

Il a été entièrement rénové en 1987 dans le cadre des accords d'assistance technique sanitaire entre le gouvernement du Mali et de l'Italie.

En 1991, il a été baptisé Hôpital Fousséni Daou du nom d'un de ses Médecins Directeurs assassiné la même année.

Par la loi N°03 020 du 14 juillet 2003 et conformément aux dispositions de la loi N°20 050 du 22 juillet 2002 portant sur loi hospitalière, l'hôpital Fousseiny Daou a été érigé en EPH (établissement public hospitalier) sanitaire de référence au niveau régional.

##### **➤ Le Service de Gynécologie et Obstétrique :**

Le service est un bâtiment à étage. Il se présente comme suit :

#### **Au rez de chaussée :**

- Trois (3) salles d'hospitalisation à deux lits chacune ;
- Une (1) grande salle à quatre lits ;

- Une (1) salle d'accouchement et soins des nouveau-nés comportant quatre tables d'accouchement. Elle communique avec la salle d'attente ;
- Une (1) salle de consultation prénatale et d'informatique,
- Une (1) salle de garde,
- Trois (3) toilettes dont une pour le personnel.

**A l'étage :**

- Deux (2) salles d'hospitalisation pour une capacité de dix (10) lits ;
- Une (1) salle de pansement des malades opérées ;
- Une (1) salle des internes ;
- Une (1) salle pour les consultations externes ;
- Une (1) salle pour les manœuvres ;
- Trois (3) toilettes dont une pour le personnel ;

L'annexe est incorporée au bâtiment du bloc opératoire.

**Le personnel se compose de :**

- Deux (2) médecins gynécologues obstétriciens dont un titulaire (médecin directeur) et un stagiaire,
- Quatre (4) internes en médecine,
- Trois (3) sages femmes,
- Six (6) infirmières obstétriciennes,
- Une (1) infirmière en santé publique,
- Dix (10) matrones et quatre manœuvres.

**Les activités du service sont programmées comme suit :**

- Trois (3) jours de consultation externe,
- Trois (3) jours de consultation prénatale,
- Deux (2) jours d'échographie,
- Une (1) visite journalière des malades hospitalisées,
- Un (1) jour d'activités chirurgicales
- La garde est assurée par : un interne, une infirmière obstétricienne, une matrone et un manœuvre sous la supervision un médecin.

En plus de ces activités, le service reçoit toutes les dystocies provenant des structures situées dans un rayon de 250km et prend en charge les évacuations du cercle de Kayes.

La journée commence à 8 heures par le compte rendu de la garde suivi de la visite des malades hospitalisées et prend fin à 14 heures.

### **3.2. Type d'étude :**

Notre travail est une étude transversale comparative. Les grandes multipares ont été comparées aux multipares.

### **3.3. Période d'étude :**

Notre étude s'est déroulée du 1<sup>er</sup> Janvier au 31 Décembre 2006 soit un an. Cette période nous permettra d'avoir une taille d'échantillon statistiquement représentative de la population étudiée.

### **3.4. Population d'étude :**

Il s'agit de l'ensemble des gestantes enregistrées à la maternité de l'hôpital de Kayes. Il peut s'agir de femmes référées (0,9% référées à froid et 11,9% évacuée) ou venues d'elles-mêmes (87,2%) pour une consultation prénatale (15,1%), un accouchement (83,3%), ou une consultation postnatale (1,6%).

### **3.5. Echantillonnage :**

#### **3.5.1. Critères d'inclusion :**

- Toutes les grandes multipares (parité  $\geq 7$ ) ont constitué le groupe d'étude.
- Toutes les multipares (parité 2 - 6) ont constitué le groupe de référence.

#### **3.5.2. Critères de non n'inclusion :**

- sont exclus de notre étude les nullipares et les primipares,
- les femmes qui n'ont pas consulté à l'hôpital durant la gravidopuerpéralité.

#### **3.5.3 Taille de l'échantillon**

On a procédé à un recensement exhaustif de tous les cas répondant aux critères d'inclusion ci-dessus cités.

### **3.6 Déroulement de l'étude**

L'étude a concerné l'ensemble des admissions en obstétrique. Toutes les informations sur cette population au cours de la gravidité-puerpéralité existent exhaustivement dans une base de donnée de 700 variables relatives à l'identité de la parturiente, son profil sociodémographique, les antécédents familiaux, médico-chirurgicaux et gynéco obstétricaux, le déroulement de la grossesse au premier trimestre, au deuxième trimestre, au troisième trimestre et ses complications, le déroulement de l'accouchement, les complications de l'accouchement, la voie d'accouchement, les suites de couches et ses complications, les paramètres du nouveau-né et en cas de référence en pédiatrie la cause de décès, la période de décès du nouveau-né et le nombre de jours d'hospitalisation.

### **3.7. Collecte des données**

#### **3.7.1 Source de données :**

Le recueil des données a été fait à partir du dossier obstétrical complété au besoin par les carnets et registre de consultation prénatale, le registre d'accouchement et d'hospitalisation, le partogramme, le registre de déclaration de naissance, le registre de compte-rendu opératoire.

#### **3.7.2 Technique de collecte des données :**

C'est par la lecture des différents supports sus-cités que la base de donnée a été complétée.

### 3.8. Variables

Tableau III : Définition des variables étudiées

Variable	Type	Echelle de mesure	Technique de collecte
Age	Quantitative discontinue	Année à partir du dernier anniversaire	Lecture
Statut matrimonial	Qualitative nominative	1=mariée 2=célibataire 3=divorcée 4=veuve	
Résidence	Qualitative nominative	Exemple= plateau	
Parité	Quantitative discontinue	Nombre total d'accouchement (grossesse d'au moins 22 SA)	Lecture
Poids	Quantitative discontinu	Grammes	Lecture
Taille	Quantitative continue	En cm du vertex à la plante des pieds	Lecture
Bassin	Qualitative catégorielle	1=normal 2=BGR 3=limite 4=asymétrique 5=aplatis	
Antécédents	logique	Existence ou absence d'évènements spécifiques dans le passé	Lecture
Réalisation de CPN	Logique	1=oui 2=non	Lecture
Evolution de la grossesse	Logique	Existence ou absence d'anomalies spécifiques	Lecture
Terme de la grossesse	Quantitative discontinue	Semaine d'aménorrhée à partir du 1 <sup>er</sup> jour des dernières règles.	Lecture
HU	Quantitative	En cm du pubis au fond utérin	Lecture
Type présentation	Qualitative nominative	1=céphalique 2=siège 3=transversale 4=front 5=face	
Voie d'accouchement	Qualitative nominative	1= voie basse 2=césarienne	Lecture
Etat nouveau-né	Qualitative	1=vivant 2=mort- né	Lecture
Poids nouveau-né	Quantitative discontinue	Grammes	Lecture
Taille nouveau-né	Quantitative continue	Cm	Lecture

### **3.9. Le plan d'analyse et de traitement des données :**

Les données ont été saisies et analysées sur le logiciel SPSS.11.0 (Statistical Package for Social Sciences).

Les résultats de la grossesse et de l'accouchement des grandes multipares ont été comparés à ceux des multipares. Ensuite nous avons procédé à une analyse stratifiée en ajustant sur certains facteurs de confusion notamment l'âge maternel et les soins prénatals. Pour les associations entre variables qualitatives, nous avons utilisé le test du khi<sup>2</sup> de Pearson, l'Odds ratio et son intervalle de confiance ont été utilisés pour exprimer le risque des complications materno-fœtales.

### **3.10. Les aspects éthiques :**

La confidentialité a été assurée en ce qui concerne les renseignements obtenus. Les résultats obtenus seront utilisés pour aiguiller la prise en charge des grandes multipares.

### **3.11. Les définitions opératoires :**

La définition de certains concepts est utile à l'étude de la gravido-puerpéralité.

#### **➤ L'accouchement**

C'est l'ensemble des phénomènes qui ont pour conséquence la sortie du fœtus et des annexes hors des voies génitales maternelles, à partir du moment où la grossesse a atteint le terme théorique de 6 mois révolues (28 Semaines d'aménorrhées).

#### **➤ Présentations**

Est la partie du fœtus qui occupe la première l'aire du détroit supérieur pour s'y engager et évoluer ensuite selon un mécanisme qui lui est propre.

➤ **La prématurité** a été définie par l'âge compris entre 28 et 36SA+6jours et ou la taille à la naissance inférieure à 47cm.

➤ **L'avortement** : il s'agissait des produits de conception dont le poids était inférieur 500g et ou l'âge gestationnel était inférieur à 28 SA.

#### **➤ Naissance vivante**

C'est l'expulsion ou l'extraction complète du corps de la mère d'un produit de conception, pesant au moins 500g qui, après toute séparation, respire ou manifeste tout autre signe de vie tel que battement du cœur, pulsation du cordon ombilical, ou

contraction effective d'un muscle soumis à l'action de la volonté, que le cordon ombilical ait été coupé ou non et que le placenta soit ou non demeuré attaché.

➤ **Mort-né** : Tout nouveau-né dont le score d'Apgar est nul à la naissance.

➤ **Terme de la grossesse**

La détermination du terme a été parfois difficile car la date des dernières règles n'était pas toujours connue, ce qui nous a amené à privilégier le résultat de l'échographie précoce chaque fois que cela était disponible.

➤ **Accouchement par voie basse**

Il regroupe l'ensemble des accouchements par les voies naturelles y compris les extractions instrumentales et les manœuvres.

➤ **SFA (la souffrance fœtale aigue)**

A été définie par les altérations des bruits du cœur fœtal (compter au stéthoscope de Pinard : bradycardies avec bdc < 120 battements par minute pendant 10 minutes, tachycardies avec bdc > 160 battements par minute pendant 10 minutes ; isolées ou associées à un liquide amniotique méconial (purée de pois).

➤ **Hémorragie de la délivrance**

Ce sont des pertes de sang ayant leur source dans la zone d'insertion placentaire, survenant au moment de la délivrance ou dans les 24 heures qui suivent l'accouchement ; anormales par leurs abondances (plus de 500 ml) et ou leur répercussion sur l'état général de la mère.

➤ **La dystocie** : c'est une anomalie de la progression du travail.

Elle peut être : mécanique (bassin généralement rétréci ou immature, bassin asymétrique, bassin aplati, la pré rupture utérine, les obstacles prævia) ; les dystocies dynamiques (dystocies du col, dilatation stationnaire) ; les anomalies de la présentation (positions transversales, présentations du front, de la face en mento-sacré) ; les disproportions fœto-pelviennes (DFP) ; le travail prolongé.

➤ **Référée**

Toutes gestantes adressée par un personnel ou une structure de santé sans notion d'urgence.

➤ **Evacuée**

Toute gestante adressée par un personnel ou une structure de santé dans un contexte d'urgence.

➤ **Age élevé**

Toute gestante dont l'âge est supérieur ou égal à 35ans à l'admission.

➤ **L'adolescente**

Toute gestante dont l'âge est inférieur ou égal à 19 ans à l'admission

➤ **Bassin**

Son appréciation a été exclusivement clinique ; nous ne nous sommes pas intéressés à la radiopelvimétrie au cours de notre étude.

➤ **Bassin généralement rétrécit**

Promontoire atteint et les lignes innominées sont suivis dans leur totalité.

➤ **Bassin limite**

Promontoire atteint mais les lignes innominées ne sont pas suivies au-delà des deux tiers antérieurs.

➤ **HTA**

Les tensions artérielles systolique supérieure ou égale à 140mm Hg et ou diastolique supérieure ou égale à 90mm Hg.

➤ **RPM**

Il s'agit des ruptures des membranes survenant avant tout début de travail.

➤ **Primigestes**

Il s'agit des femmes qui sont à leur première grossesse

➤ **Multigestes**

Les femmes qui ont fait entre 2 et 6 grossesses

➤ **Grandes Multigestes**

Les femmes qui ont fait plus de 6 grossesses

➤ **Primipares**

Les femmes qui sont à leur premier accouchement

➤ **Multipares**

Les femmes qui ont fait entre 2 et 6 accouchements

➤ **Grandes multipares**

Les femmes qui ont fait plus de 6 accouchements.

➤ **Le paludisme**

Le diagnostic du paludisme était retenu seulement si la GE qui était systématique en cas de fièvre, retrouvait des plasmodiums.

➤ **L'anémie**

Le diagnostic de l'anémie était retenu sur la base d'un taux d'hémoglobine <11g/dl.

#### 4. Résultats :

##### 4.1. Fréquence :

##### 4.1.1. Fréquence globale :

Au cours de la période d'étude, du 01<sup>er</sup> janvier au 31 décembre 2006, parmi 4438 admissions, nous avons recensé :

- 415 grandes multipares soit 9,4% pour l'ensemble des admissions ;
- 1882 multipares soit 42,4% ;
- 1949 primipares soit 43,9%.
- 192 nullipares soit 4,3%

**Tableau IV** : Répartition de la population selon la parité

PARITÉ	FRÉQUENCE	POUR CENT
0	192	4,3
1	1949	43,9
2	613	13,8
3	472	10,6
4	305	6,9
5	378	8,5
6	114	2,6
7	242	5,5
8	78	1,8
9	50	1,1
10	23	0,5
11	16	0,4
12	4	0,1
13	1	,0
14	1	,0
Total	4438	100,0

9,4%

La parité moyenne de cette population est de  $2,6 \pm 0,03$  avec des extrêmes de 0 et 14, pour un écart type de 2,26.

**4.1.2. Issue de la grossesse :** Parmi les 4438 admissions nous avons recensé :

- 84 cas d'avortement soit 1,9% de l'ensemble des admissions,
- 13 cas de grossesse molaire soit 0,3%,
- 44 cas de grossesse extra utérine soit 1%,
- 503 (11,33%) grossesses suivies mais non accouchées avant l'arrêt de l'inclusion dans l'étude
- 3726 cas d'accouchement soit 84%,
- 68 cas de consultation post-partum 1,5%.

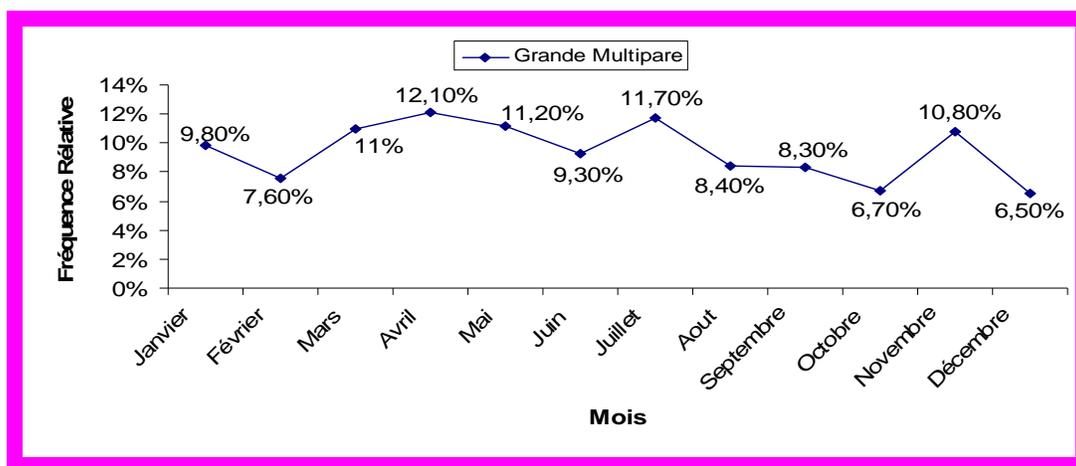
Les 415 grandes multipares ont donné issue à 345 accouchements (83,4%) ; 7 avortements (1,7%) ; 9 GEU (2,2%) ; 6 grossesses molaire (1,4%), 48 non accouchées durant notre période d'étude (11,6%).

La fréquence relative des grandes multipares selon leurs modes de terminaison est ce qui suit :

- 7 grandes multipares parmi 84 avortements soit 8,3%
- 9 grandes multipares parmi 44 GEU soit 20,4%.
- 6 grandes multipares parmi 13 grossesses molaire soit 46,1%.
- 48 grandes multipares parmi 503 non accouchées durant la période d'étude soit 9,5%.
- 345 grandes multipares parmi 3726 accouchements soit 9,2%.

L'évolution de la prévalence mensuelle des grandes multipares est représentée sur le graphique n°1 ci-dessous : On note que la prévalence mensuelle des grandes multipares a oscillé entre 6,5% et 12,1% durant notre période d'étude.

**Graphique n°1 :** Evolution de l'incidence mensuelle des grandes multipares

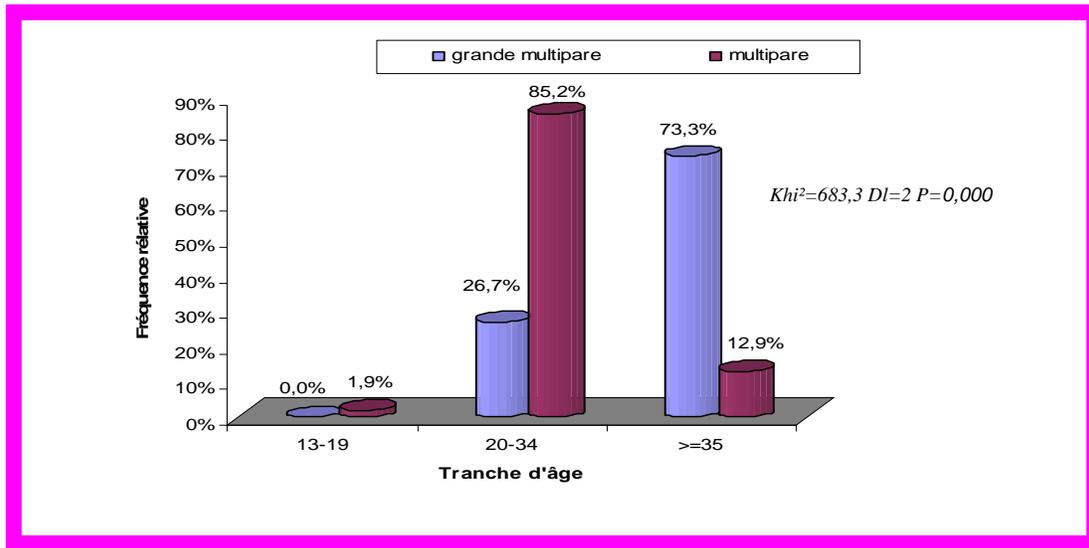


## 4.2. Caractéristiques de la grossesse chez la grande multipare :

### 4.2.1 L'âge :

L'étude des cas et des témoins en fonction de l'âge est présentée sur le **graphique n°2** suivant.

**Graphique n°2** : Répartition des gestantes selon la tranche d'âge



Il ressort qu'il y a une association entre l'âge la grande multiparité; nous n'avons pas noté d'adolescente grande multipare ( $P < 0,05$ ). L'âge moyen des grandes multipares est de 36,08 ans vs 27,7 ans chez les multipares ( $P < 0,001$ ).

### 4.2.2. Statut matrimonial des parturientes :

**Tableau V** : Relation entre statut matrimonial et parité

Statut Matrimonial	Grande Multipare Effectifs N (%)	Multipare Effectifs N (%)
Mariée	415 (100%)	1870 (99,4%)
Célibataire	-	10 (0,5%)
Concubinage	-	2 (0,1%)
Veuve	-	-
TOTAL	415	1882 (100%)

$Kchi^2=2,6$   $Df=2$   $P=0,2$

Toutes les grandes multipares de notre échantillon étaient des femmes mariées. Cette fréquence était de 99,4% pour les multipares. Cependant cette association n'est pas significative.

### 4.2.3. Profession :

#### 4.2.3.1. Profession des gestantes :

**Tableau VI** : Relation entre profession des gestantes et parité

Profession des parturientes	Grande Multipare Effectifs N (%)	Multipare Effectifs N (%)
Commerçante/vendeuse	2 (0,5%)	15 (0,8%)
<i>Ménagère</i>	<i>412 (99,3%)</i>	<i>1851 (98,4%)</i>
Fonctionnaire	1 (0,1%)	13 (0,7%)
Cultivatrice	-	1 (0,05)
Elève/Etudiante	-	2 (0,10)
Total	415 (100%)	1882 (100%)

$Khi^2=2,6$   $D=4$   $P=0,6$

Il n'y a pas d'association entre la grande multiparité et la profession ( $P>0,05$ )

#### 4.2.3.2 Profession du conjoint :

**Tableau VII** : Relation entre profession du conjoint et parité

Professions du Conjoint	Grande Multipare Effectifs N (%)	Multipare Effectifs N (%)
Fonctionnaires	38 (9,2%)	192 (10,2%)
<i>Commerçants</i>	<i>111 (26,7%)</i>	<i>576 (30,6%)</i>
<i>Cultivateurs</i>	<i>127 (30,6%)</i>	<i>333 (17,7%)</i>
Mécaniciens	36 (8,7%)	163 (8,7%)
Chauffeurs /Taxi	11 (2,7%)	114 (6,1%)
<i>Ouvriers</i>	<i>90 (21,7%)</i>	<i>500 (26,6%)</i>
Elève	2 (0,5%)	4 (0,2%)
Total	415	1882

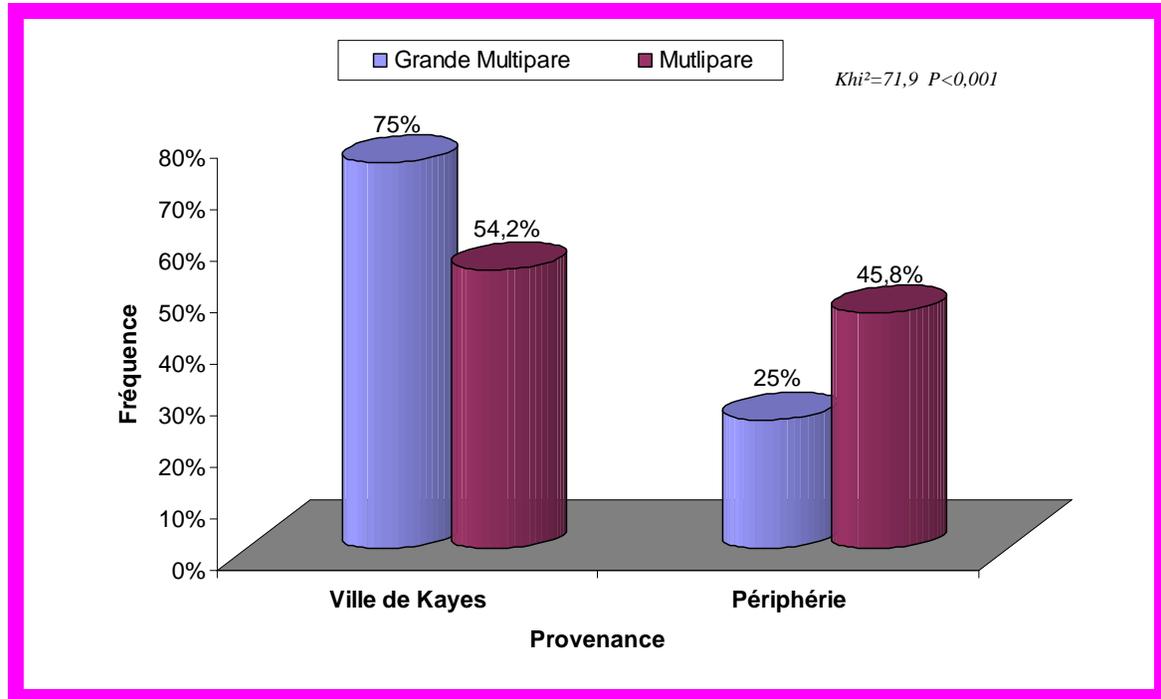
$Khi^2 =41,7$   $P=0,00$   $Dl=6$

La profession la plus fréquente parmi les conjoints de grandes multipares est celle de cultivateur.

#### 4.2.4. Provenance :

L'étude des cas et des témoins en fonction de la provenance est présentée sur le **graphique n°3** ci-dessous. Il révèle la fréquence plus élevée de grande multiparité parmi les femmes provenant de la ville de Kayes par rapport à celles qui résident dans la périphérie ( $P < 0,001$ ).

**Graphique n°3** : Relation entre grande multiparité et provenance



4.2.5. L'ethnie des parturientes :

**Tableau VIII** : Relation entre ethnie et parité

Ethnies	Grande Multipare Effectifs N (%)	Multipare Effectifs N (%)
<i>Bambara</i>	108 (26 %)	499 (26, 5%)
<i>Malinké</i>	62 (14, 9%)	402 (21, 4%)
<i>Soninke</i>	89 (21, 4%)	304 (16, 2%)
<i>Peuhl</i>	100 (24, 1%)	473 (25, 1%)
Khassonké	33 (8%)	99 (5,3%)
Sonrhaï	7 (1,7%)	25 (1,3%)
Sénoufo	2 (0,5%)	16 (0,9%)
Bobo	1 (0,2%)	7 (0,4%)
Minianka	1 (0,2%)	0 (%)
Maures	3 (0,7%)	12 (0,6%)
Tamacheck	0 (%)	8 (0,4%)
Ouolof	3 (0,7%)	14 (0,7%)
Mossi	1 (0,2%)	4 (0,2%)
Bozo	2 (0,5%)	9 (0,5%)
Etrangers	0 (0%)	1 (0,05)
Autres maliens	1 (0,2%)	9 (0,5%)
Total	415	1882

$Khi^2=26,4$   $dl=15$   $P=0,03$

L'ethnie soninké est relativement plus représentée parmi les grandes multipares par rapport aux multipares ( $P<0,05$ ). Aussi, la prévalence de la grande multiparité parmi les ethnies les plus significativement représentées est plus élevée pour les khassonkés, les soninkés, les peulhs, les bambaras et les malinkés (Tableau IX ci-dessous)

**Tableau IX** : Prévalence de la grande multiparité selon les ethnies.

<b>Ethnies</b>	<b>Nombre total de l'ethnie</b>	<b>Nombre de grande multipare</b>	<b>% Grandes multipares</b>
Minianka	5	1	20%
Maure	27	5	18,5%
Mossi	6	1	16,7%
Khassonké	232	33	14,2%
Sonrhäi	50	7	14%
Soninké	781	89	11,4%
Peulhs	1078	100	9,3%
Ouolofs	33	3	9,1%
Bambara	1217	108	8,9%
Bozo	24	2	8,3%
Bobo	14	1	7,1%
Malinkés	898	62	6,9%
Senoufo	35	2	5,7%
Dogon	27	1	3,7%
Touareg	9	0	0%
Etrangers	2	0	0%
Total	4438	415	100%

#### 4.2.6. Les Antécédents :

##### 4.2.6.1. Antécédents familiaux :

Aucun des antécédents familiaux étudiés ici ne semble associé à la grande multiparité ( $P > 0,05$ ).

**Tableau X** : Relation entre antécédents familiaux et grande multiparité

Antécédents familiaux	Grande Multipare Effectifs N (%)	Multipare Effectifs N (%)	Khi <sup>2</sup>	OR	IC or	P
HTA	15 (3,6%)	64 (3,4%)	0,47	0,93	0,53-1,66	0,8
Diabète	3 (0,7%)	23 (1,2%)	0,75	1,69	0,50-5,68	0,3
Drépanocytose	2 (0,5%)	5 (0,3%)	0,52	0,55	0,10-2,84	0,4
Autres	4 (1,0%)	10 (0,5%)	1,05	0,54	0,17-1,75	0,3

##### 4.2.6.2. Antécédents médicaux :

**Tableau XI** : Relation entre antécédents médicaux et grande multiparité

Antécédents Médicaux	Grande Multipare Effectifs N (%)	Multipare Effectifs N (%)	Khi <sup>2</sup>	OR	IC	P
Maladie du tube digestif	2 (0,5%)	3 (0,2%)	1,6	3,3	0,5-18,2	0,20
Cardiopathie	0 (%)	2 (0,1%)	0,44	1,22	1,19-1,24	0,52
Pathologie pulmonaire	0 (%)	2 (0,1%)	0,44	1,22	1,19-1,24	0,52
<b>HTA</b>	<b>5 (1,2%)</b>	<b>3 (0,2%)</b>	<b>10,7</b>	<b>7,63</b>	<b>1,81-32,0</b>	<b>0,000</b>
Autres antécédents	1 (0,2%)	2 (0,1%)	0,47	2,27	0,20-25,0	0,49

Parmi les antécédents médicaux, seule l'hypertension est associée de façon significative à la grande multiparité ( $P < 0,001$ ).

##### 4.2.6.3 Intervalle inter génésique :

**Tableau XII** : Relation entre intervalle inter-génésique et grande multiparité

Intervalle intergénésique	Grande Multipare Effectifs N (%)	Multipare Effectifs N (%)
0-23mois	204 (59,1%)	955 (60,3%)
> 24mois	141 (40,9%)	629 (39,7%)

Khi<sup>2</sup>=4,96 Df=3 P=0,17

Les grandes multipares et les multipares étaient comparables en ce qui concerne leur intervalle inter gésique.

#### 4.2.6.4. Antécédents obstétricaux :

**Tableau XIII** : Relations entre antécédents obstétricaux et grande multiparité

Antécédents obstétricaux	Grande Multipare Effectifs N (%)	Multipare Effectifs N (%)	Khi <sup>2</sup>	OR	IC	P
Diabètes	-	2 (0,1%)	0,44	1,2	1,19 - 1,24	0,50
<i>HTA</i>	<i>6 (1,4%)</i>	<i>1 (0,05%)</i>	<i>21,7</i>	<i>27,6</i>	<i>3,3 - 229,8</i>	<i>&lt;0,001</i>
Eclampsies	-	2 (0,1%)	0,44	1,2	1,19 - 1,24	>0,05
FCP	1 (0,2%)	-	5,53	5,5	5,1- 6,1	0,03
<i>FCS</i>	<i>67 (16,1%)</i>	<i>107 (5,6%)</i>	<i>54,7</i>	<i>3,2</i>	<i>2,3 - 4,5</i>	<i>0,00</i>
MAP	2 (0,5%)	15 (0,8%)	0,46	0,6	0,1- 2,6	0,49
AP	2 (0,5%)	16 (0,9%)	0,59	0,6	0,1- 2,5	0,44
GEU	-	1 (0,05%)	0,22	1,2	1,22 - 1,24	0,63
<i>HRP</i>	<i>3 (0,7%)</i>	<i>-</i>	<i>13,6</i>	<i>5,6</i>	<i>5,1 - 6,1</i>	<i>0,00</i>
Césariennes	13 (3,1%)	46 (2,4%)	0,64	1,3	0,7 - 2,4	0,42
<i>Grossesse multiple</i>	<i>11 (2,7%)</i>	<i>20 (1,1%)</i>	<i>6,4</i>	<i>2,5</i>	<i>1,2 - 5,3</i>	<i>0,01</i>
<i>Accouchement de siège</i>	<i>1 (0,2%)</i>	<i>-</i>	<i>4,53</i>	<i>5,5</i>	<i>5,1 - 6,1</i>	<i>0,03</i>
Mort-né	22 (5,3%)	72 (3,8%)	1,88	1,4	0,9 - 2,3	0,17
Accouchement artificiel	-	1 (0,05%)	0,22	1,2	1,22 - 1,24	0,63
Cerclage	-	4(0,2%)	0,88	1,2	1,19 - 1,24	0,34
Gros foetus	-	2 (0,1%)	0,44	1,2	1,19 - 1,24	0,50

En ce qui concerne les antécédents obstétricaux, ceux d'HTA, d'HRP, d'accouchement par le siège, de grossesse multiple et de fausses couches spontanées étaient plus associés aux grandes multipares qu'aux multipares.

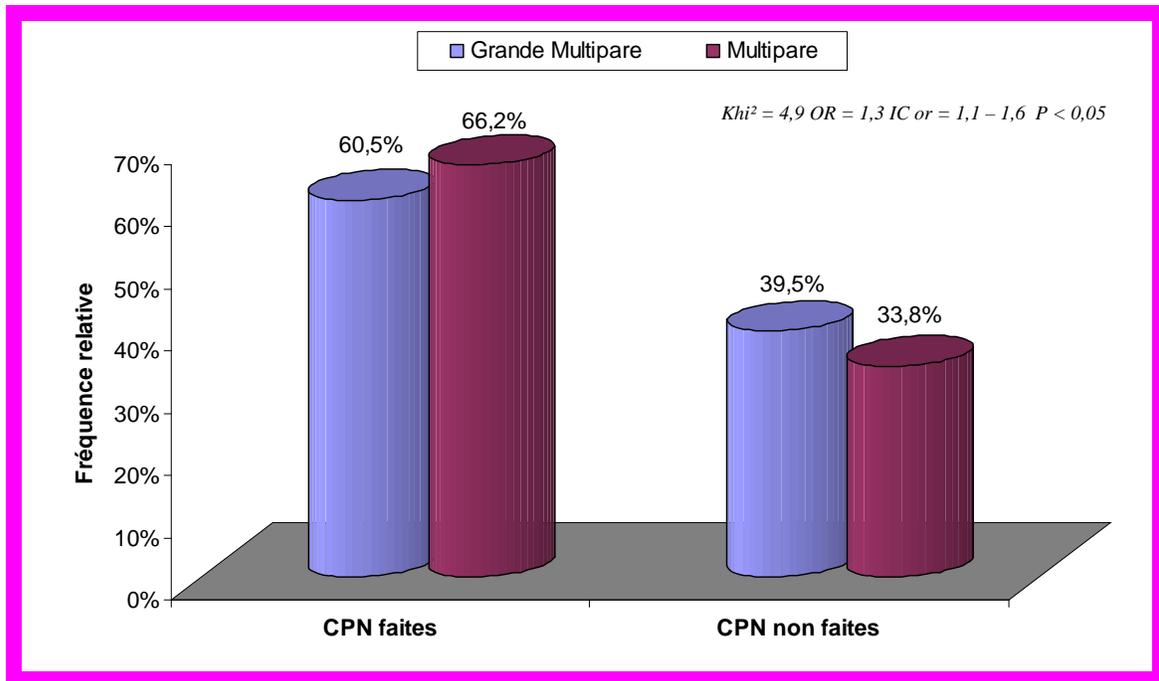
### 4.3. Suivi prénatal de la grossesse chez la grande multipare :

#### 4.3.1. Consultation prénatale :

##### 4.3.1.1 Réalisation des consultations prénatales :

En cas de grande multiparité, le risque de non fréquentation des centres de consultation prénatale est multiplié par 1,3 ( $P < 0,05$ ).

**Graphique n°4** : Relation entre grande multiparité et réalisation des CPN



##### 4.3.1.2 Nombre de consultation prénatale :

**Tableau XIV** : Relation entre nombre de consultations prénatales réalisées et grande multiparité

Nombre de CPN réalisées	Grande Multipare Effectif N (%)	Multipare Effectif N (%)	Total
≤ 3	180 (71,7%)	872 (69,8%)	1052(70, 1%)
≥ 4	71 (28,3%)	376 (30,2%)	447(29,9%)

$\text{Chi}^2=5,41$   $\text{Dl}=2$   $P=0,06$

Lorsque les CPN sont réalisées, il n'y a pas de différence entre les deux groupes en ce qui concerne le nombre de CPN ( $P > 0,05$ ).

### 4.3.1.3 Terme à la première consultation prénatale :

**Tableau XV** : Relation entre terme de la grossesse à la première consultation prénatale et la parité

Terme de la grossesse à la 1 <sup>ère</sup> CPN	Grande Multipare Effectif N %	Multipare Effectif N %	Total
1 <sup>er</sup> Trimestre	78 (31, 1%)	446 (35, 7%)	524(34, 9%)
2 <sup>ème</sup> Trimestre	151 (60, 2%)	721 (57, 8%)	872(58, 1%)
3 <sup>ème</sup> Trimestre	22 (8, 8%)	81 (6, 5%)	103(6, 8%)

$Khi^2=3,07$   $D=2$   $P=0,21$

Pareillement, il n'existe aucune différence entre les deux groupes en ce qui concerne le terme de la grossesse à la première consultation ( $P>0,05$ ) ; moins de 4 gestantes sur 10 sont vues au premier trimestre de la grossesse dans chacun des deux groupes. Pire, 8,8% des grandes multipares et 6,5% des multipares ne sont vues en CPN pour la première fois qu'au troisième trimestre.

### 4.3.2. Evolution :

#### 4.3.2.1 Evolution de la grossesse au premier trimestre :

**Tableau XVI** : Evolution de la grossesse au premier trimestre et parité

Complications	Grande multipare Effectifs N(%)	Multipare Effectifs N(%)	Khi <sup>2</sup>	OR	IC or	P
Vomissement gravidique	2 (0,5%)	17 (0,9%)	0,7	0,5	0,1 - 8,17	0,4
Métrorragie	2 (0,5%)	3(0,2%)	1,6	3,1	0,5 - 18,2	0,2
Menace de FCS	2 (0,5%)	4(0,2%)	0,9	2,2	0,4 - 12,4	0,3
Grossesse arrêtée	-	1 (0,05%)	0,22	1,19	1,17 - 1,24	0,6
FCS	6 (1,4%)	28 (1,5%)	0,004	0,9	0,4 - 2,3	0,9
Complication de FCS	1 (0,2%)	2 (0,1%)	0,5	0,44	0,04 - 4,86	0,49
<b>GEU</b>	<b>9 (2,2%)</b>	<b>17 (0,9%)</b>	<b>4,8</b>	<b>2,4</b>	<b>1,1 - 5,5</b>	<b>&lt;0,05</b>
FCP	1 (0,2%)	2 (0,1%)	0,4	2,2	0,2 - 25,1	0,4
<b>Maladie trophoblastique</b>	<b>6 (1,4%)</b>	<b>4 (0,2%)</b>	<b>11,9</b>	<b>6,9</b>	<b>1,9 - 24,5</b>	<b>&lt;0,05</b>
Infection cervico-vaginal	-	2 (0,10)	0,39	1,19	1,1 - 1,2	0,53
Paludisme	-	1 (0,05%)	0,22	1,22	1,19 - 1,24	0,63
<b>Hospitalisation</b>	<b>16 (3,9%)</b>	<b>23 (1,3%)</b>	<b>14,2</b>	<b>3,2</b>	<b>1,7 - 6,2</b>	<b>0,00</b>

Au premier trimestre, les risques de GEU, maladie trophoblastique, et d'hospitalisation sont plus élevés pour les grandes multipares que pour les multipares.

#### 4.3.2.2. Evolution de la grossesse au deuxième trimestre :

**Tableau XVII** : Evolution de la grossesse au deuxième trimestre et parité

Complication	Grande multipare Effectifs N (%)	Multipare Effectifs N (%)	Khi <sup>2</sup>	OR	IC or	P
FCS	-	7 (0,37%)	1,5	1,2	1,19 - 1,24	0,2
Infection urinaire	1 (0,2%)	2 (0,1%)	0,47	2,2	0,2 - 25,1	0,4
Paludisme	1 (0,2%)	5 (0,3%)	0,008	0,9	0,1 - 7,8	0,9
<i>Anémie</i>	<i>11 (2,7%)</i>	<i>13 (0,7%)</i>	<i>12,6</i>	<i>3,9</i>	<i>1,7 - 8,8</i>	<i>&lt;0,05</i>
<i>HTA</i>	<i>17 (4,1%)</i>	<i>24 (1,3%)</i>	<i>15,4</i>	<i>3,3</i>	<i>1,7 - 6,2</i>	<i>&lt;0,05</i>
<i>Hospitalisations</i>	<i>10 (2,4%)</i>	<i>12 (0,4%)</i>	<i>11,1</i>	<i>3,8</i>	<i>1,6 - 8,9</i>	<i>&lt;0,05</i>

Au deuxième trimestre, les risques d'anémie, d'HTA et d'hospitalisation sont respectivement 3,9 ; 3,3 et 3,8 fois plus élevés pour les grandes multipares par rapport aux multipares.

#### 4.3.2.3. Evolution de la grossesse au troisième trimestre :

**Tableau XVIII** : Evolution de la grossesse au troisième trimestre et parité

Complication	Grande multipare Effectifs N (%)	Multipare Effectifs N (%)	Khi <sup>2</sup>	OR	IC or	P
<i>MAP</i>	<i>8 (1,9%)</i>	<i>12 (0,6%)</i>	<i>6,6</i>	<i>3,1</i>	<i>1,2 - 7,5</i>	<i>&lt;0,05</i>
RPM	1 (0,2%)	4 (0,2%)	0,01	1,1	0,1 - 10,1	0,9
Métrorragie	-	1 (0,01%)	0,2	1,2	1,19 - 1,24	0,6
<i>HTA</i>	<i>18 (4,3%)</i>	<i>25 (1,3%)</i>	<i>16,7</i>	<i>3,3</i>	<i>1,8 - 6,2</i>	<i>&lt;0,01</i>
HRP	10 (2,4%)	24 (1,3%)	3,0	1,9	0,9 - 4,1	0,1
PP	4 (1,0%)	19 (1,0%)	0,007	0,9	0,3 - 2,8	0,9
Paludisme	6 (1,4%)	14 (0,7%)	1,94	0,51	0,19 - 1,33	0,16
Hospitalisation	8 (1,9%)	24 (1,3%)	1,05	0,65	0,29 - 1,47	0,30

Au troisième trimestre, la menace d'accouchement prématuré et l'hypertension artérielle sont plus associées aux grandes multipares.

#### 4.3.3. Mode de terminaison de la grossesse :

**Tableau XIX** : Relation entre mode de terminaisons de la grossesse et parité

Mode de terminaisons	Grande multipare Effectifs N (%)	Multipare Effectif N %	Total
Accouchements	345 (83,1%)	1584 (84,2%)	1929(84%)
<i>Avortements</i>	<i>13 (3,1%)</i>	<i>33 (1,8%)</i>	<i>46(2%)</i>
<i>GEU</i>	<i>9 (2,2%)</i>	<i>17 (0,9%)</i>	<i>26 (1,1%)</i>
CPN	48 (11,6%)	248 (13,2%)	296 (12,9%)
Total	415 (18%)	1882 (82%)	2297 (100%)

$\chi^2=8,76$   $Dl=3$   $P=0,03$

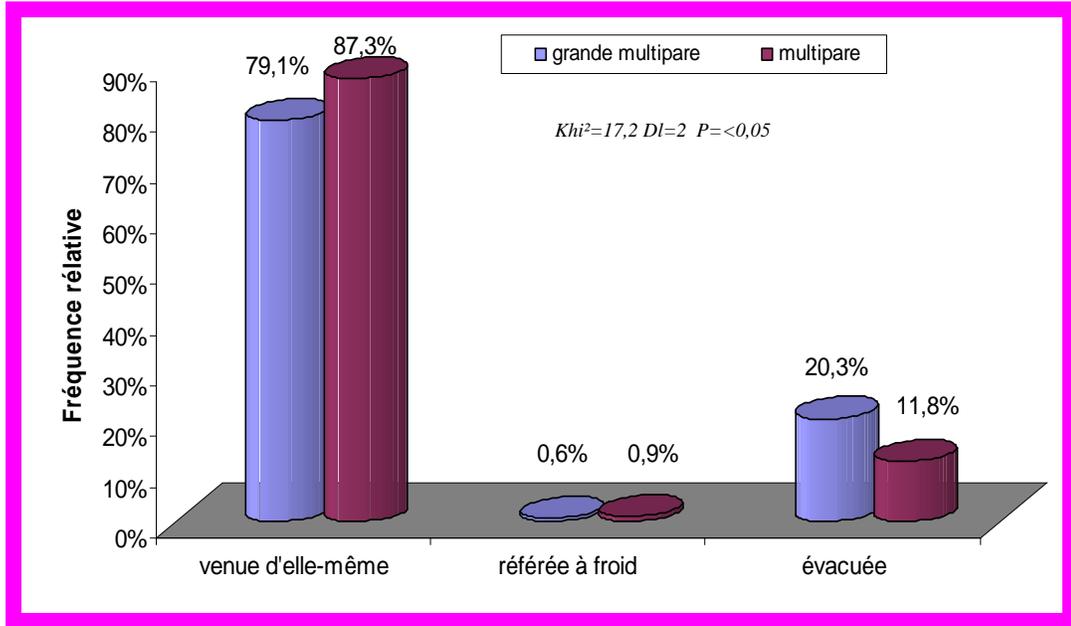
L'issue de la grossesse est un avortement ou une GEU plus fréquemment pour les grandes multipares que pour les multipares ( $P<0,05$ ).

#### 4.4. Accouchement :

##### 4.4.1 Mode d'admission :

L'étude des gestantes en fonction du mode d'admission est présentée sur le graphique n°5 suivant.

**Graphique n°5** : Relation entre grande multiparité et mode d'admission



L'admission dans un contexte d'urgence est plus fréquente parmi les grandes multipares que les multipares (20,3% vs 11,8%,  $P<0,05$ ).

##### 4.4.2. Phase du travail à l'admission :

**Tableau XX** : Relation entre phase du travail à l'admission et parité

Phase du travail	Grande Multipare Effectifs N (%)	Multipare Effectifs N (%)	Total
Latence	75 (21,7%)	381 (24%)	456(23,6%)
Active	247 (71,6%)	1170(73,9%)	1417(73,5%)
<i>Expulsive</i>	<i>23 (6,7%)</i>	<i>33 (2,1%)</i>	<i>56(2,9%)</i>
Total	345	1584	1929 (100%)

$K\chi^2=21,3 DI=2 P= 10^{-9}$

6,7% des grandes multipares vs 2,1% des multipares ont été admises pendant la phase d'expulsion du travail ( $P<0,001$ ).

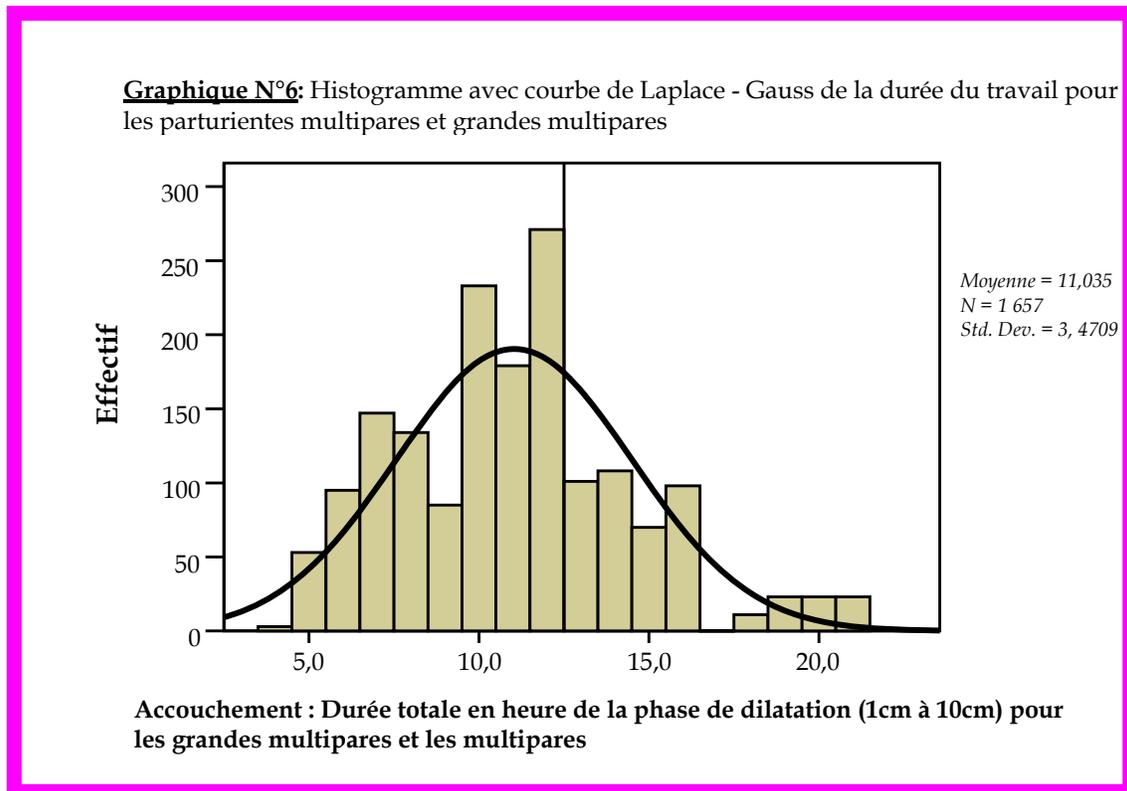
#### 4.4.3. Surveillance du travail d'accouchement :

Le travail était surveillé par le partogramme. Cet outil était utilisé pour 263 (76,2%) des cas vs 1375 (86,8%) des témoins. Il faut signaler qu'il n'y a pas d'échographie dans la salle d'accouchement, ni de cardiotocographe. L'état fœtal était surveillé essentiellement par l'auscultation des bruits du cœur fœtal à l'aide du stéthoscope obstétrical de Pinard et la couleur du liquide amniotique.

#### 4.4.4. Durée du travail :

L'étude de la durée du travail n'a pas pu être faite pour 14,1% de l'échantillon par manque d'information sur les partogrammes et dossiers d'accouchements concernant cette variable. Pour celles pour lesquelles (N=1657 accouchements) cette information est disponible, il ressort que la durée moyenne du travail est de 6,7 heures pour les grandes multipares vs 10,1 heures pour les multipares ( $P < 0,001$ ). La fréquence du travail prolongé (**tableau XIX**) est de 5,3% et 31,8% respectivement pour les grandes multipares et les multipares ( $P < 0,001$ ).

#### **Graphique n°6** : Relation entre durée du travail et parité



**Tableau XXI** : Relation entre durée du travail et parité

Durée du travail	Grande Multipare Effectifs N (%)	Multipare Effectifs N (%)	Total
<b>≤ 6 HEURES</b>	<b>59 (22, 3%)</b>	<b>92 (6, 6%)</b>	<b>151 (9,1%)</b>
<b>7 - 12 HEURES</b>	<b>191 (72, 3%)</b>	<b>858 (61, 6%)</b>	<b>1049 (63,3%)</b>
13 - 24 HEURES	14 (5, 3 %)	443 (31, 8%)	457 (27,6%)
Total	264	1584	1657 (100%)

$Khi^2=149,65$   $DI=4$   $P=0,00$

#### 4.4.5. Le poids des parturientes :

**Tableau XXII** : Relation entre poids des parturientes à l'admission et parité

Poids à l'admission	Grande multipare Effectif N (%)	Multipare Effectif N (%)	Total
< 45kg	0	1 (0,1%)	1 (0,1%)
46 - 85kg	320(99,1%)	1544(98,9%)	1864 (98,9%)
> 85kg	3 (0,9%)	16 (1,0%)	19 (1,0%)
Total	323	1561	1884

$Khi^2=0,23$   $DI=2$   $P=0,89$

Le poids n'était pas connu pour 45 (2,3%) de l'échantillon par manque d'information sur les partogrammes et les autres dossiers d'accouchement. Dans notre série, pour celles dont le poids était connu, 9 femmes sur 10 avaient un poids normal. Il n'existe aucune différence entre les grandes multipares et les multipares quant aux surpoids ( $P>0,05$ ). Le poids moyen des parturientes est de 66,94 kgs en cas de grande multiparité vs 65,51 kgs en cas de multiparité.

#### 4.4.6. L'âge gestationnel :

**Tableau XXIII** : Relation entre terme de la grossesse à l'accouchement et parité

Terme à l'accouchement	Grande multipare Effectifs N (%)	Multipare Effectifs N (%)	Total
22 - 27	0 (0%)	4 (0,3%)	4 (0,2%)
<b>28 - 36</b>	<b>16 (4,6%)</b>	<b>48 (3,0%)</b>	<b>64 (3,3%)</b>
37 - 42	306 (88,7%)	1503 (94,9%)	1809 (93,7%)
Non précisés	23 (6,7%)	29 (1,8%)	52 (2,6%)
Total	345	1584	1929 (100)

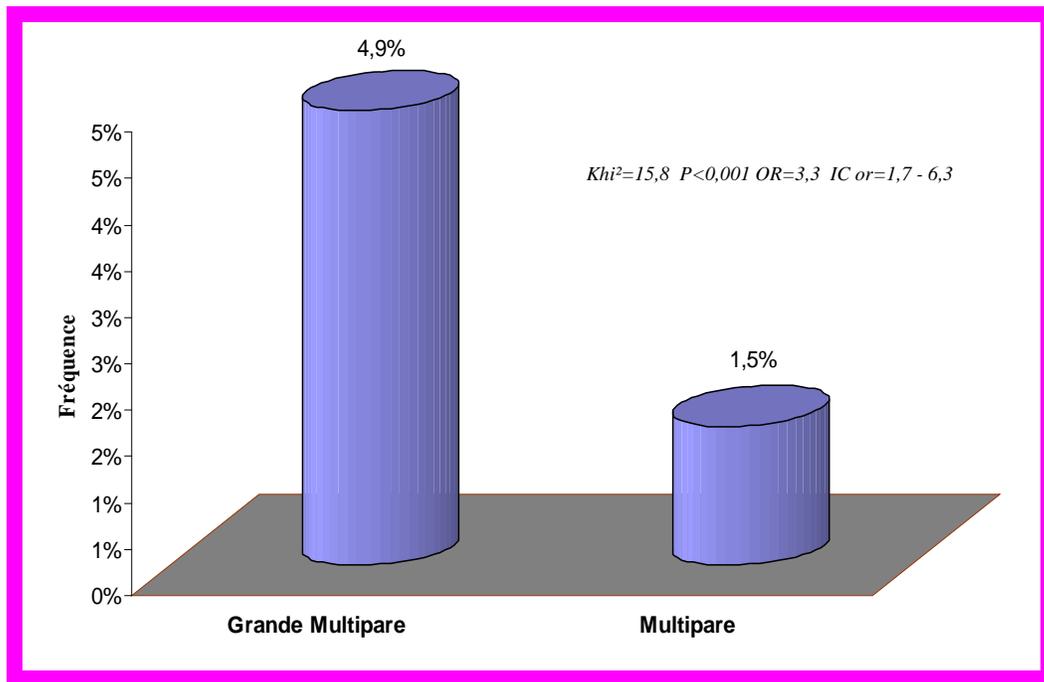
$Khi^2=28,81$   $DI=3$   $P< 0,001$

Le terme moyen de la grossesse dans notre série chez les grandes multipares est de 37, 42 SA vs 37,65 chez les multipares.

#### 4.4.7. Pression artérielle :

Les valeurs de la tension artérielle sont consignées dans les **tableaux XXIV** et **XXV**. Ces résultats montrent que la grande multiparité multiplie par 3,3 le risque d'hypertension artérielle pendant la grossesse.

**Graphique n° 7** : Incidence de l'hypertension artérielle parmi les parturientes multipares et grandes multipares



**Tableau XXIV** : Relation entre tension artérielle systolique et parité

TA systolique en Hg	Grande Multipare Effectifs N (%)	Multipare Effectifs N (%)	Total
< 14	328 (95, 1%)	1560 (98,5%)	1888 (97,8%)
14-160	10 (2, 9%)	16 (1, 0%)	26 (1,3%)
≥160	7 (2, 0%)	8 (0,5%)	15 (0,7%)
Total	345	1584	1929 (100%)

$Khi^2=16,29$   $DI=2$   $P=0,000$

Et l'HTA systolique sévère et l'HTA systolique modérée prédominent dans le groupe des grandes multipares.

**Tableau XXV** : Relation entre tension artérielle diastolique et parité

TA diastolique en Hg	Grande Multipare Effectifs N (%)	Multipare Effectifs N (%)	Total
< 9	330 (95,7%)	1554 (98,1%)	1884 (97,7%)
9-11	11 (3,2%)	27 (1,7%)	38 (2,1%)
≥ 11	4 (1,2%)	3 (0,2%)	7 (0,4%)
Total	345	1584	1929 (100%)

$Khi^2=10,687$   $DI=2$   $P=0,005$

Pareillement, l'HTA diastolique sévère et l'HTA diastolique modérée prédominent parmi les grandes multipares.

#### 4.4.8. Etat des membranes :

**Tableau XXVI** : Relation entre état des membranes et parité

Etat des membranes	Grande Multipare Effectifs N (%)	Multipare Effectifs N (%)	Total
Membranes intactes	195 (56,5%)	1011 (63,8%)	1207 (62,6%)
Membranes rompues	150 (43,5%)	573 (36,2%)	722 (37,4%)
Total	345 (17,9%)	1584 (82,1%)	1929 (100%)

$Khi^2 = 5,95$   $P=0,01$   $OR=1,3$   $IC or=1,1-1,7$

Le risque de rompre les membranes à domicile ou en cours de route est associé aux grandes multipares ( $P<0,05$ ).

#### 4.4.9. Couleur du liquide amniotique :

**Tableau XXVII** : Relation entre couleur du liquide amniotique et parité

Couleur du LA	Grande Multipare Effectifs N (%)	Multipare Effectifs N (%)	Total
Clair	304 (95,3%)	1502 (97,3%)	1806 (96,9%)
Méconial verdâtre	5 (1,4%)	15 (1%)	19 (1%)
Purée de pois	2 (0,6%)	10 (0,6%)	12 (0,6%)
Jaunâtre	5 (1,6%)	17 (1,1%)	22 (1,2%)
Hématique	3 (0,9%)	1 (0,1%)	4 (0,2%)
Total	319	1545	1864

$Khi^2 = 10,9$   $DI=4$   $P=0,02$

Dans 3,4% des cas la couleur du liquide amniotique n'était précisée pour cause d'accouchement à domicile ou en dehors de l'hôpital. Les deux groupes sont comparables.

#### 4.4.10. Type de présentation :

**Tableau XXVIII** : Relation entre type de présentation et parité

Type de présentation	Grande Multipare Effectifs N (%)	Multipare Effectifs N (%)	Total
Sommet	303 (87,8%)	1515 (94,9%)	1818 (94,2%)
Face	5 (1,4%)	1 (0,06%)	6 (0,3%)
Siège	7 (2,02%)	22 (1,4%)	29 (1,5%)
Transversale	8 (2,3%)	26 (1,6%)	34 (1,8%)
Non précisés	22 (6,4%)	20 (1,3%)	42 (2,2%)
Total	345 (17,9%)	1584 (82,1%)	1929 (100%)

$Khi^2=39,72$   $Dl=4$   $P=0,000$

Les présentations vicieuses : position transversale, siège et face sont plus associées aux grandes multipares qu'aux multipares est ( $P<0,05$ ).

La grande multiparité multiplie par 2,04 le risque de présentation anormale  $OR= 2,04$   
 $IC$  or= 1,4 - 3,2

#### 4.4.11. Type d'accouchement :

**Tableau XXIX** : Relation entre type d'accouchement et parité

Type d'accouchement	Grande Multipare Effectifs N (%)	Multipare Effectifs N (%)	Total
Accouchement naturel	286 (82,9%)	1355 (85,5%)	1641 (85,1%)
Forceps	4 (1,2%)	13 (0,8%)	17 (0,9%)
Césarienne	50 (14,5%)	202 (12,8%)	252 (13,1%)
Laparotomie	4 (1,2%)	10 (0,6%)	14 (0,7%)
VMI	1 (0,3%)	4 (0,3%)	5 (0,3%)
Total	345	1584	1929

$Khi^2=2,1$   $Dl=3$   $P=0,71$

Lorsque qu'on compare les grandes multipares et les multipares il n'y a pas de différence entre les deux groupes par rapport au type d'accouchement ( $P>0,05$ ).

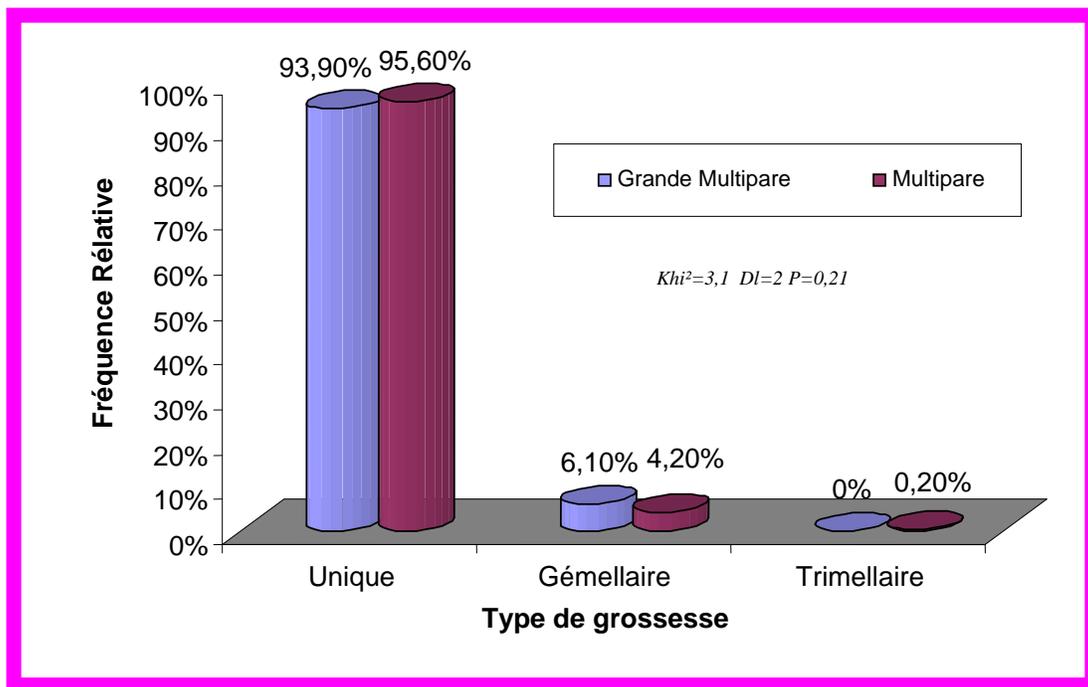
Concernant les laparotomies, il y a eu 4 (1,2%) cas parmi les grandes multipares pour cause de rupture utérine vs 10 (0,6%) cas parmi les multipares dont 8 (0,5%) ruptures utérines et 2 (0,1%) grossesses abdominales.

Pour le traitement de la rupture utérine, chez 69,2% soit 9/13 des malades on a procédé à une hystérorraphie. Dans 30,8% on a eu recours à une hystérectomie, elle était indiquée en fonction de l'étendue, du siège ou de l'ancienneté de la rupture utérine.

Notons que pour 2 parturientes (0,6%) parmi les grandes multipares vs 1 (0,1%) parmi les multipares la césarienne s'est terminée par une hystérectomie d'hémostase.

#### 4.4.12. Type de grossesse :

**Graphique n°8** : Relation entre type de grossesse et parité

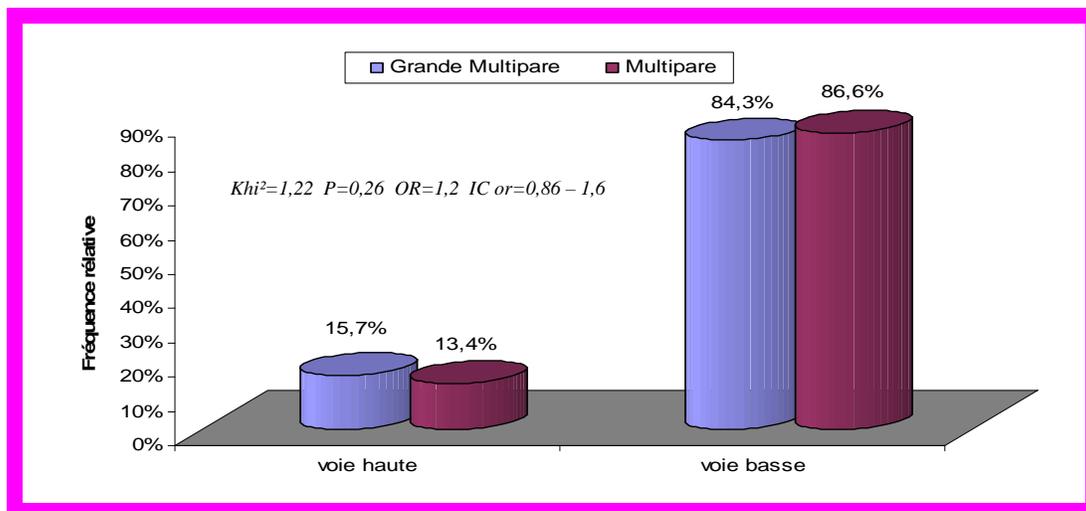


Les deux groupes sont comparables en ce qui concerne le type de grossesse. Dans notre étude nous avons eu trois (3) cas de grossesse Trimellaire chez les multipares.

#### 4.4.13. Voie d'accouchement :

##### Graphique n°9 : Relation entre voie d'accouchement et parité

Il ressort de ce graphique qu'il n'existe pas de différence entre les deux groupes en ce qui concerne la voie d'accouchement ( $P > 0,05$ ).



#### 4.4.14. Les complications liées à l'accouchement par voie basse :

##### Tableau XXX : Relation entre complications de la voie basse et parité

Complication de la voie basse	Grande Multipare Effectifs N (%)	Multipare Effectifs N (%)	Khi <sup>2</sup>	OR	IC or	P
Déchirure du col	-	1 (0,1%)	0,21	1,21	1,19 - 1,24	0,6
DCCP	3 (0,9%)	4 (0,3%)	2,98	0,28	0,06 - 1,28	0,06
DCP	2 (0,6%)	4 (0,3%)	0,97	0,43	0,07 - 2,38	0,32
H de la délivrance	3 (0,9%)	2 (0,1%)	6,1	6,9	1,1 - 41,6	<0,05
Traumatisme néonatal	2 (0,6%)	1 (0,1%)	5,16	3,9	1,73-8,72	<0,05
T Sanguine	5 (1,4%)	8 (0,5%)	3,7	2,8	0,9 - 8,9	0,05

\* H : hémorragie, \* DCCP : déchirure complète et compliquée du périnée, \* DCP : déchirure centrale du périnée ; T : transfusion

La grande multiparité multiplie le risque d'hémorragie de la délivrance par 6,9 et de traumatisme néonatal par 3,9 ( $P < 0,05$ ).

#### 4.4.15. Etude Comparative des indications de césarienne :

##### 4.4.15.1. Indications de césarienne :

Les indications de césarienne sont consignées dans les tableaux XXXI, XXXII, XXXIII, XXXIV par OR décroissants et par catégories.

**Tableau XXXI** : Indication de césarienne pour dystocies mécanique ou dynamique

GRANDE MULTIPARE					MULTIPARE				
Indications	OR	IC or	Khi <sup>2</sup>	P	Indications	OR	IC or	Khi <sup>2</sup>	P
Syndrome de pré rupture	6,8	5,2 - 8,8	21,8	<0,01	Dilatation stationnaire	8,2	7,1 - 9,3	144	<0,01
Dilatation stationnaire	6,8	5,2 - 8,8	21,8	<0,01	Syndrome de pré rupture	7,8	6,9 - 8,9	78,2	<0,01
Dystocie dynamique	6,8	5,2 - 8,8	21,8	<0,01	BGR	7,5	6,6 - 8,5	6,4	<0,05
Echec du déclenchement	6,4	5,1 - 8,3	5,4	<0,05	Bassin Limite	7,5	6,6 - 8,5	6,4	<0,05
Dystocie du col	6,4	5,1 - 8,3	5,4	<0,05	Dystocie dynamique	7,5	6,6 - 8,5	6,4	<0,05
					Dystocie du col	7,5	6,6 - 8,6	25,9	<0,01
					Echec du déclenchement	7,5	6,6 - 8,5	6,4	<0,05

\* BGR : bassin généralement rétréci

**Tableau XXXII** : Indication de césarienne pour présentations dystociques

GRANDE MULTIPARE					MULTIPARE				
Indications	OR	IC or	Khi <sup>2</sup>	P	Indications	OR	IC or	Khi <sup>2</sup>	P
P Transversale ou de l'épaule	50	6,2 - 412	37,5	<0,01	P. Transversale ou de l'épaule	47,8	16,5 - 138,5	141	<0,01
Présentation de Face	8,5	1,5 - 52,1	7,5	<0,01	Présentation de Face	7,5	6,6 - 8,5	6,4	<0,05
Présentation du Siège	1,86	0,4 - 11,6	0,9	>0,05	Présentation du Siège	1,3	0,4 - 4,1	0,3	>0,05

\* P : présentation

**Tableau XXXIII** : Indication de césarienne relative à l'état du fœtus et ses annexes.

GRANDE MULTIPARE					MULTIPARE				
Indications	OR	IC or	Khi <sup>2</sup>	P	Indications	OR	IC or	Khi <sup>2</sup>	P
Malformation Fœtale	17,1	1,7 - 167,2	10,7	<0,01	HRP	166	22,4 - 1242	142,9	<0,01
PP	11,1	0,9 - 125	5,9	<0,05	PP	127	16,8 - 958	109,7	<0,01
SFA	8,9	2,4 - 32,9	15,3	<0,01	SFA	23,3	11,2 - 48,3	140	<0,01
HRP	7,6	5,7 - 10,2	55,4	<0,01	Procidence du cardon	7,6	6,7 - 8,7	38,9	<0,01
Gros Fœtus	1,6	0,4 - 6,2	0,5	>0,05	RPM	7,5	6,6 - 8,5	19,4	<0,01
Grossesse gémellaire	1,2	0,4 - 3,9	0,2	>0,05	Grossesse Multiple	3,2	0,3 - 35,9	1,03	>0,05
					Malformation Fœtale	2,7	0,7 - 10,9	2,3	>0,05
					Gros Fœtus	2,7	1,4 - 5,3	9,6	<0,01
					Grossesse Gémellaire	2,1	1,1 - 3,7	6,6	<0,01

\* PP : placenta prævia ;

\* SFA : souffrance fœtale aigüe ;

\* HRP : hématome rétro placentaire ;

\* RPM : rupture prématuré des membranes.

**Tableau XXXIV** : Indication de césarienne relative aux indications maternelles

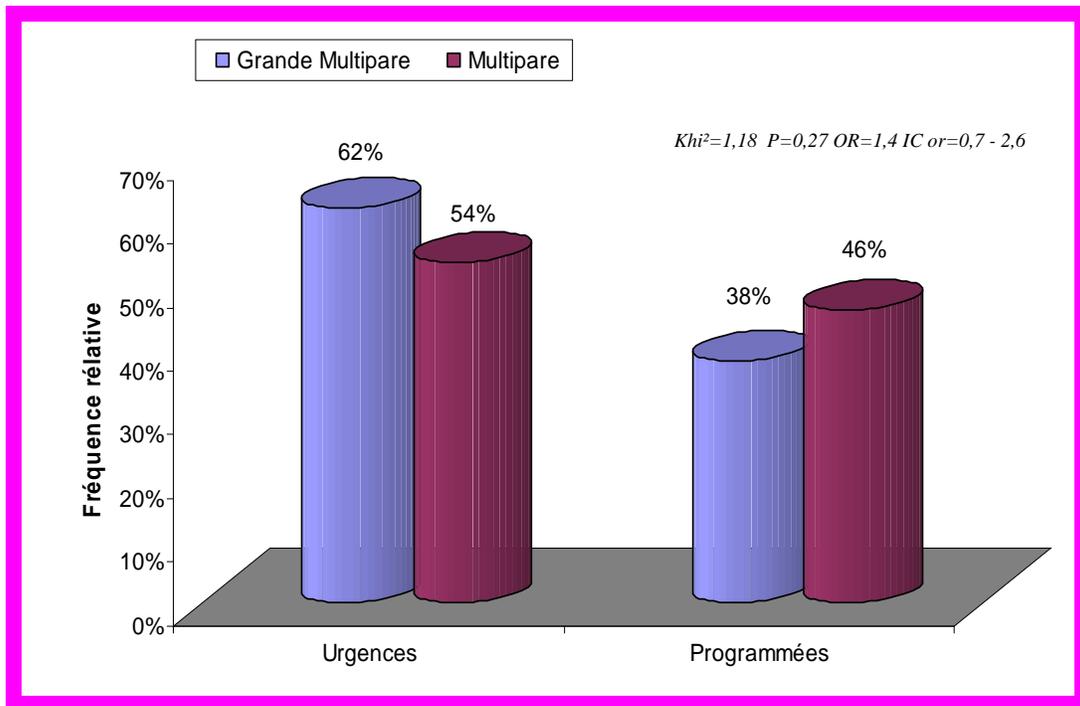
GRANDE MULTIPARE					MULTIPARE				
Indications	OR	IC or	Khi <sup>2</sup>	P	Indications	OR	IC or	Khi <sup>2</sup>	P
Utérus Cicatriciel	41,2	8,9 - 190	54,2	<0,01	Utérus Cicatriciel	189	45,6 - 789,1	290	<0,01
Césarienne de Sécurité	6,5	5,1 - 8,4	10,1	<0,01	Césarienne de Sécurité	7,7	6,8 - 8,8	65,1	<0,01
HTA	0,32	0,04 - 2,4	0,32	>0,05	Eclampsie	7,5	6,6 - 8,5	12,9	<0,01
					Autres Indications	7,5	6,6 - 8,5	12,9	>0,05
					HTA	1,5	0,5 - 4,1	0,7	>0,05

\* HTA : hypertension artérielle

#### 4.4.15.2. Type de césarienne :

Il n'y a pas de différence entre les deux groupes en ce qui concerne le type de césarienne ( $P > 0,05$ ).

**Graphique n°10** : Relation entre type de césarienne et parité



**4.5. Pronostic maternel :**

**Tableau XXXV :** Létalités des principales causes de décès maternels chez les grandes multipares.

Complications	Grandes multipares			Multipares		
	Nbre cas	Nbre décès	Létalité	Nbre cas	Nbre décès	Létalité
Hémorragies	21 (5,1%)	-	0%	60 (3,2%)	1	1,7%
Prééclampsie/Eclampsie	16 (4,1%)	-	0%	23 (1,3%)	-	0%
Dystocie	47(11,6%)	-	0%	197(10,6%)	1	0,5%
Rupture utérine	4 (1%)	3	75%	10 (0,5%)	1	10%
GEU	9 (2,2%)	-	0%	17 (0,9%)	-	0%
Avortement	13 (3,1%)	-	0%	33 (1,8%)	-	0%
Infection post-partum	6 (1,4%)	-	0%	7 (0,4%)	-	0%
Autres causes directes	-	-	0%	-	-	0%
<b>Total causes directes</b>	<b>112 (26,9%)</b>	<b>3</b>	<b>2,6%</b>	<b>347 (18,4%)</b>	<b>3</b>	<b>0,8%</b>
VIH/SIDA	2 (0,5%)	-	0%	11 (0,6%)	1	9,1%
Paludisme	1 (0,2%)	-	0%	4 (0,2%)	-	0%
Drépanocytose	-	-	0%	-	-	0%
Anémie	13 (3,1%)	-	0%	13 (0,7%)	1	7,7%
Cardiopathie	-	-	0%	-	-	0%
Hépatites	-	-	0%	-	-	0%
Diabète	-	-	0%	-	-	0%
Autres Causes indirectes	-	-	0%	-	-	0%
<b>Total causes indirectes</b>	<b>16 (4,1%)</b>	<b>-</b>	<b>0%</b>	<b>28 (1,4%)</b>	<b>2</b>	<b>7,1%</b>

Globalement la fréquence des complications est de 31% (128/415) parmi les grandes multipares et de 19,8% (375/1882) parmi les multipares. Le risque de survenue de complications est multiplié par 1,8 en cas de grande multiparité (OR = 1,79 IC or = 1,40 - 2,29, P < 0,001).

La fréquence des complications directes est de 26,9% (112/415) et celle des complications indirectes 4,1% (16/415) pour les grandes multipares. Ces fréquences sont respectivement de 18,4% (347/1882) et 1,4% (28/1882) pour les multipares.

La létalité des causes directes est de 2,6% pour les grandes multipares vs 0,8% pour les multipares. Les complications indirectes n'ont pas entraîné de décès parmi les grandes multipares tandis que dans 7,1% elles entraînaient la mort chez les multipares. La seule pathologie létale parmi les grandes multipares a été la rupture utérine (75%) ; tandis que chez les multipares, 10% des ruptures utérines décèdent de

même que 1,7% des hémorragies, 9,1% des cas d'infection à VIH au cours de la grossesse et 7,7% des cas d'anémie.

#### 4.6. Pronostic foetal/néonatal :

##### 4.6.1. Etude de la mortinaissance en fonction de la parité :

La grande multiparité multiplie par 1,8 le risque de mortinaissance (P<0,01).

**Tableau XXXVI** : Relation entre mortinaissance et parité

Parité	Mortinaissance	Naissances vivantes	Total
<i>Grande Multipare</i>	<i>38 (10,3%)</i>	<i>328 (89,7%)</i>	<i>366 (18,1%)</i>
Multipare	99 (5,9%)	1561 (94,1%)	1660 (81,9%)
Total	137 (6,7%)	1889 (93,3%)	2026 (100%)

$Khi^2=9,3$  OR=1,83 IC or=1,2 - 2,7 P<0,01

##### 4.6.2. Etude de la mortalité néonatale en fonction de la parité :

Le risque de mort néonatale est multiplié par 2,6 en cas de grande multiparité.

**Tableau XXXVII** : Relation entre mortalité néonatale et parité

Parité	Mort néonatale	Pas de mort néonatale	Total
<i>Grande Multipare</i>	<i>8 (2,4%)</i>	<i>320 (97,6%)</i>	<i>328 (17,3%)</i>
Multipare	15 (0,9%)	1546 (99,1%)	1561 (82,7%)
Total	23 (1,2%)	1865 (98,8%)	1889 (100%)

$Khi^2=4,9$  OR=2,6 IC or=1 - 6,5 P<0,05

##### 4.6.3. Etude de la mortalité périnatale en fonction de la parité :

Le risque de mortalité périnatale est multiplié par 2 en cas de grande multiparité (P<0,05).

**Tableau XXXVIII** : Relation entre mortalité périnatale et parité

Parité	Mort périnatale	Pas de mort périnatale	Total
<i>Grande Multipare</i>	<i>46 (12,5%)</i>	<i>320 (87,5%)</i>	<i>366 (18,1%)</i>
Multipare	114 (6,9%)	1546 (93,1%)	1660 (81,9%)
Total	160 (7,9%)	1866 (92,1%)	2026 (100%)

$Khi^2=13,4$  P<0,01 OR=1,95 IC or=1,3 - 3

#### 4.6.4. Le poids des nouveau-nés :

**Tableau XXXIX** : Relation entre poids à la naissance et parité

Poids de naissance en gramme	Grande Multipare Effectifs N (%)	Multipare Effectifs N (%)	Total
<2500	57 (16,5%)	211 (13,3%)	268 (13,9%)
2500 - 3999	277 (80,3%)	1331(84%)	1608 (83,4%)
≥4000	11 (3,2%)	42 (2,7%)	53 (2,7%)
Total	345	1584	1929

$Khi^2=2,8$   $P=0,23$   $Df=2$

Il n'existe pas d'association significative de la grande multiparité au risque de petit poids ou de macrosomie de naissance dans notre série ( $P>0,05$ ).

Le poids moyen des nouveau-nés de grandes multipares est de 2948,6 vs 2996,9 chez les multipares.

#### 4.7. Analyse stratifiée :

Nous avons stratifié :

- En fonction de la consultation prénatale (CPN faite ou non faite)
- En fonction de l'âge maternel (âge inférieur à 35ans et  $\geq 35$ ans)

**Tableau XL** : Analyse stratifiée sur la CPN

Complication	CPN non				CPN oui				Résume (Mantel - Haenszel)			
	%GM	%M	OR	IC or	%GM	%M	OR	IC or	OR	IC or	Khi <sup>2</sup>	P
<b>Complications de la grossesse</b>												
GEU	5,5%(9/164)	2,7%(17/636)	2,1	0,9 - 4,8	0%(0/251)	0%(0/1246)	-	-	2,1	0,9 - 4,8	2,4	0,11
M trophoblastique	3,7%(6/164)	0,6%(4/636)	6	1,6 - 21,5	0%(0/251)	0%(0/1246)	-	-	6	1,6 - 21,5	7,3	0,007
Anémie	6,7%(11/164)	1,6%(10/636)	4,5	1,8 - 10,7	0%(0/251)	0,2%(3/1246)	1,002	1 - 1,005	3,5	1,5 - 8,1	8,6	0,003
HTA	3,7%(6/164)	0,9%(6/636)	3,9	1,2 - 12,5	4,8%(12/251)	1,5%(19/1246)	3,2	1,5 - 6,7	3,4	1,8 - 6,4	15,7	0,00
MAP	3%(5/164)	1,1%(7/636)	2,8	0,8 - 9,02	1,2%(3/251)	0,4%(5/1246)	3,002	0,71 - 12,6	2,8	1,1 - 7,1	4,5	0,03
<b>Complications de l'accouchement</b>												
P anormales	5,3%(6/113)	4%(27/670)	1,4	0,5 - 3,6	6,7%(14/210)	2,8%(28/1007)	2,4	1,2 - 4,8	2,04	1,1 - 3,4	6,2	0,01
H de la délivrance	2,2%(3/135)	0,3%(2/577)	6,5	1,08 - 39,4	0%(0/251)	0%(0/1007)	-	-	6,5	1,08 - 39,4	3,1	0,07
T néonatal	0%(0/135)	0%(0/577)	-	-	1%(2/210)	0,1%(1/1007)	9,6	0,8 - 107,1	9,6	0,8 - 107,1	2,2	0,13
Mortinaissance	12,6%(17/135)	8,5%(49/577)	1,5	0,8 - 2,7	10(21/210)	5%(50/1007)	2,1	1,2 - 3,6	1,8	1,2 - 2,7	8,6	0,003
MNN	3%(4/135)	1,2%(7/577)	2,4	0,7 - 8,6	1,9%(4/210)	0,8%(8/1007)	2,4	0,7 - 8,1	2,4	1,03 - 5,8	3,3	0,06
MPN	14,1%(19/135)	9%(52/577)	1,6	0,9 - 2,9	11,9%(25/210)	5,6%(56/1007)	2,2	1,3 - 3,7	1,9	1,3 - 2,8	12,4	0,000

\* GEU : grossesse extra utérine ; \* MAP : Menace d'accouchement prématuré ; \* H : hémorragie ; HTA : hypertension artérielle

\* 70 grandes multipares soit 16,9% non pas accouchées durant la période d'étude contre 298 multipares soit 15,9%

\* pour 22 grandes multipares et 20 multipares la présentation n'est pas précisée.

**Tableau XLI** : Analyse stratifiée sur l'âge maternel

Complication	Age ≥ 35ans				Age < 35ans				Résumé (Mantel - Haenszel)			
	%GM	%M	OR	IC or	%GM	%M	OR	IC or	OR	IC or	Khi <sup>2</sup>	P
<b>Complication de la grossesse</b>												
GEU	1,6%(5/304)	0,8%(2/243)	2,01	0,3 - 10,4	3,6%(4/111)	0,9%(15/1639)	4,04	1,3 - 12,4	2,9	1,07 - 8,05	4,1	0,04
M trophoblastique	2%(6/304)	0,4%(1/243)	4,8	0,5 - 40,7	0%(0/111)	0,2%(3/1639)	1,002	1 - 1,004	3,6	0,59 - 22,07	1,06	0,30
Anémie	2,8%(8/304)	0%(0/243)	0,9	0,95 - 0,99	2,7%(3/111)	0,8%(13/1639)	0,9	0,95 - 1,01	7,9	2,3 - 26,3	8,7	0,003
HTA	3,6%(11/304)	2,1%(5/243)	1,7	0,6 - 5,1	6,3%(7/111)	1,2%(20/1639)	5,4	2,2 - 13,1	2,9	1,3 - 6,1	8,7	0,003
MAP	2,3%(7/304)	0,8%(2/243)	2,8	0,5 - 13,7	0,9%(1/111)	0,6%(10/1639)	1,4	0,18 - 11,6	2,3	0,69 - 7,8	1,1	0,28
<b>Complication de l'accouchement</b>												
P anormales	7,6%(18/237)	4,5%(9/202)	1,7	0,7 - 4,01	2,3%(2/86)	2,9%(40/1362)	0,7	0,18 - 3,3	1,4	0,72 - 2,8	0,68	0,40
H de la délivrance	0,4%(1/254)	0%(0/202)	0,9	0,98 - 1,004	2,2%(2/91)	0,1%(2/1382)	0,9	0,95 - 1,01	19,1	2,07 - 176,9	6,01	0,01
T néonatal	0,8%(2/254)	0%(0/202)	0,9	0,98 - 1,003	0%(0/91)	0,1%(1/1382)	1,001	0,99 - 1,002	14,3	0,13 - 1582,7	0,19	0,66
Mortinaissance	11,8%(30/254)	5,4%(11/202)	2,3	1,1 - 4,7	8,8%(8/91)	6,4%(88/1382)	1,4	0,6 - 3,02	1,8	1,1 - 3,1	5,2	0,02
MNN	2,4%(6/254)	1%(2/202)	2,4	0,4 - 12,1	2,2%(2/91)	0,9%(13/1382)	2,3	0,5 - 10,6	2,3	0,7 - 7,4	1,5	0,20
MPN	13,4%(34/254)	6,4%(13/202)	2,2	1,1 - 4,3	11%(10/91)	6,9%(95/1382)	1,6	0,8 - 3,3	1,9	1,2 - 3,1	7,2	0,007

\*MNN : mortalité néonatale

\*MPN : mortalité périnatale

## **5. Commentaires et discussion :**

Les résultats que nous avons obtenus ont été commentés et discutés à la lumière de la littérature.

### **5.1. Aspects méthodologiques :**

Nous avons réalisé une étude transversale comparative avec collecte prospective des données du 1<sup>er</sup> Janvier au 31 Décembre 2006.

Cette durée a permis de tracer fidèlement les admissions au cours de la gravidopuerpéralité du service de gynécologie et d'obstétrique de l'hôpital de Kayes.

L'hôpital de Kayes est une ancienne structure, il est au 2<sup>ème</sup> niveau de la pyramide sanitaire de notre pays, et reçoit des urgences gynécologiques et surtout obstétricales des CSCOM, des cliniques privé, du CS réf de Kayes ainsi que de certains CSCOM d'autres cercles de la région.

Pour la collecte proprement dite, nous avons obtenu le soutien, d'une dizaine de volontaires composés d'un médecin, de sages femmes et d'infirmières obstétriciennes qui ont participé à l'enquête. Ils ont tous été formés aux modalités d'administrer le questionnaire et la nécessité de mettre à l'aise l'enquêtée en vue d'obtenir des informations fiables.

Dans le souci de résoudre les problèmes d'éthique et de déontologie surtout en matière de santé, le consentement éclairé de tous les participants à l'étude ainsi que des autorités sanitaires a été obtenu.

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.

## 5.2. La fréquence de la grande multiparité :

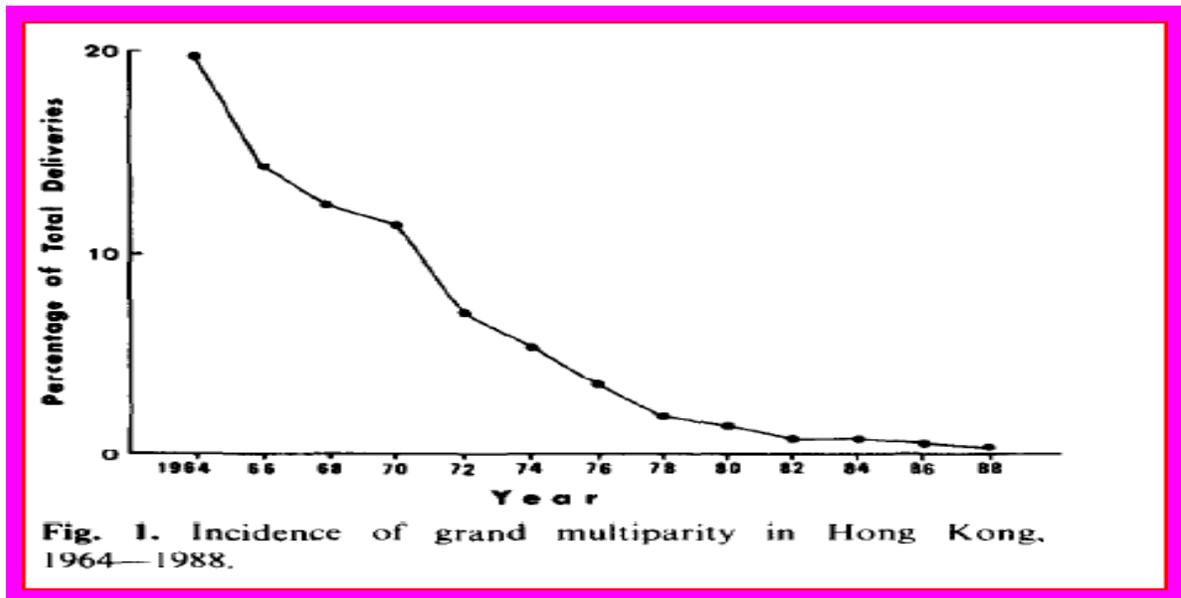
L'étude de la gravido-puerpéralité chez la grande multipare est parfois difficile du fait de la grande diversité des approches méthodologiques, du plateau technique et du niveau de développement.

Ainsi le **Tableau XLII** ci-dessous permet de constater qu'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 consensus concernant : la définition de la parité, la définition de la grande multipare, la taille de l'échantillon, la période et le type d'étude [60].

Cette fréquence a varié dans notre revue entre 0,57% en chine et 36,6% en EAU.

Selon **King et coll.** les taux de Hong Kong sont parmi les plus faibles du monde, il affirme que l'amélioration du statut socio-économique a été accompagnée par une diminution de l'incidence de la grande multiparité dans la plupart des pays développés et Hong Kong n'est pas une exception. Le **graphique n° 11** montre l'incidence de la grande multiparité à Hong Kong entre 1964 et 1988.

**Graphique n° 11:** Incidence de la grande multiparité à Hong Kong entre 1964 et 1988



Selon **D.E.E. Rizk** et coll. en EAU, ces taux élevés s'expliquent par l'existence d'une série de haute parité et d'une période de reproduction prolongée parce qu'il y a une

politique délibérée à augmenter la population générale et la planification familiale n'est pas encouragée. Les EAU constituent aussi une société pronataliste avec comme résultat une augmentation du nombre de mères grandes multipares parmi la population obstétricale.

Quant à notre fréquence (9,4%), elle semble être liée à notre mode de sélection des grandes multipares et par le fait que notre hôpital est une structure de référence de niveau 2. Les grossesses et accouchements qui se déroulent sans complications sont pris en charge au niveau de la périphérie rendant difficile le recrutement des grandes multipares dans la population. Il apparaît donc nécessaire d'envisager d'autres études dans le future en tenant compte de ces facteurs. Les mêmes raisons ont été évoquées par A Maïga à l'hôpital du Point G à Bamako qui a rapporté un taux proche du notre.

**Tableau XLII** : Compilation de la fréquence des grandes multipares dans la littérature

Auteurs	Pays Ville D'édition	Définition de la parité	Définition de GM	Taille de l'échantillon	Nombre d'accouchement	Fréquence	Type d'étude période d'étude
P.A.Roi et coll.	Chine Hong Kong	-	≥ 5	164	29048	0,57%	Prospective 1984 - 1988
D.e .e.M et coll.	E A U Al-Ain	≥ 22 SA	≥ 5	418	1262	36,6%	Retrospective 1998 - 1999
Gil.A.G et coll.	Israël Tel Aviv	≥ 24 SA	≥ 5	1700	13250	12,8	Prospective 1988 - 1990
F.t et coll.	Arabie Saoudite Riyadh	-	≥ 5	646	4819	13,4%	Retrospective 1983 - 1985
Yves.J et coll.	Belgique Edegem	≥ 20 SA	≥ 5	2832	59253	4,8%	Retrospective 2003
S.Begum	Pakistan Ayub	-	≥ 5	431	1501	28,7%	Prospective 2003
Albakar.A	Senegal Dakar	≥ 28 SA	≥ 5	4490	17471	25,7%	Retrospective 1988 - 1990
Ozumba et coll.	Nigeria Enugu	-	≥ 5	733	6587	11,28%	Retrospective 1987 - 1989
F Majoko et coll.	Zimbabwe Gutu	26	≥ 6	777	10569	7%	Prospective 1995-1998
Dicko.M.A	Mali Bamako	≥ 28 SA	≥ 7	396	4187	9,45%	Prospective 1992 - 1995
Notre Etude	Mali Kayes	≥ 22 SA	≥ 7	415	4438	9,4%	Prospective 2006

## **5.2.Pronostic Materno-foetal :**

Les grandes multipares ont été considérées pendant longtemps comme étant à haut risque des complications maternelles et néonatales [7]. Nos résultats montrent que, même après stratification sur l'âge et les soins prénatals, les grandes multipares ont une tendance plus élevée des taux de complications obstétricales ante-partum et intra-partum comparées aux multipares.

### ***Pendant la grossesse :***

Dans notre étude, la grande multipare est associée de façon significative à l'anémie. Dans la littérature l'anémie est connue comme une complication de la grossesse des grandes multipares [7, 67]. Certains auteurs [67, 59, 78, 73] ont relié l'anémie de la grande multipare à son niveau socio-économique bas. De pareils constats sont rapportés d'autres [67, 37, 22].

Même après stratification sur l'âge maternel et les soins prénatals, la grande multipare reste associée à l'anémie au cours de la grossesse.

Dans notre série la grande multipare est associée à l'hypertension artérielle au cours de la grossesse. Certains auteurs [67, 37, 22] ont rapporté les mêmes conclusions.

Pour **Ozumba** et coll. la fréquence de la maladie hypertensive pendant la grossesse était plus élevée parmi les grandes multipares pourtant l'hypertension artérielle induite par la grossesse est généralement observée chez les primipares. L'âge maternel avancé associé à la grande multipare semble être responsable de la fréquence élevée de l'hypertension artérielle. **D.e.e.K** en EAU trouve l'avis contraire l'hypertension artérielle sur grossesse est plus fréquente parmi les femmes de parité inférieure. Il dit que cette découverte peut être expliquée par l'âge relativement jeune des grandes multipares dans leur étude qui est dû à l'âge précoce de mariage chez eux.

Après stratification sur l'âge et les soins prénatals la grande multipare reste un risque potentiel d'hypertension artérielle.

La plupart des études se sont limitées à l'accouchement et ses complications. La notre a pris en compte en plus de l'accouchement, la grossesse extra utérine, la menace

d'accouchement prématuré, la grossesse molaire et l'avortement qui sont associées à la grande multiparité. [53, 22] ont eu les mêmes résultats.

### *Pendant l'accouchement*

L'accouchement est un moment particulièrement à risque pour les grandes multipares du fait de la survenue de complications intra-partum comme les anomalies de la présentation, l'hémorragie de la délivrance, le traumatisme néonatal, la mortinaissance, la mortalité néonatale et la mortalité périnatale [54].

Dans notre série les présentations anormales sont plus fréquentes parmi les grandes multipares lorsqu'on les compare aux multipares. Malgré cela, nous n'avons pas trouvé de différence entre les deux groupes en ce qui concerne la voie d'accouchement. Par contre, beaucoup d'auteurs [67, 37] s'accordent à dire que les grandes multipares accouchent plus par césarienne que les multipares.

Selon Abu Heija, la fréquence élevée de césarienne était observée dans le groupe de l'étude principalement due à une fréquence élevée de complications prénatales telles que les présentations anormales et l'échec de la progression de la dilatation pendant le travail.

Après ajustement sur l'âge maternel la grande multiparité n'est plus un risque de présentations anormales dans notre étude. Par contre elle reste associée à l'anomalie de présentation même après stratification sur les soins prénatals.

Nos grandes multipares ont fait fréquemment plus d'accouchements prématurés par rapport aux multipares cette tendance est documentée par Aruna.S et coll. Aux EAU. Elle reste à risque après stratification sur les soins prénatals.

De même, l'hémorragie du post partum est plus fréquente parmi les grandes multipares 3 (0,9%) vs 2 (0,1%) pour les multipares ( $p < 0,05$ ). *Gil.A.G et coll.* rapportent un résultat similaire.

Dans notre étude elle semble être due au type de délivrance car les 3 cas observés ont été reçus dans le post-partum. Depuis l'adoption de la gestion active de la troisième période du travail d'accouchement (GATPA) dans nos salles de travail, il y a moins d'hémorragie de la délivrance.

Lorsque nous avons ajusté sur l'âge maternel ; nous avons constaté que la grande multiparité est un facteur de risque d'hémorragie de la délivrance indépendamment de l'âge maternel. Cependant lorsque les soins prénatals sont réalisés le risque disparaît.

La grande multiparité est un facteur de risque de mortalité périnatale dans notre étude comme rapporté par plusieurs auteurs [23, 67, 59, 78, 73] même après analyse stratifiée sur l'âge maternel et les soins prénatals.

Nous avons eu 3 décès maternels parmi les grandes multipares ; et la rupture utérine a été la seule pathologie létale. Par contre 5 cas de décès parmi les multipares cependant la différence n'est pas significative. Nos résultats ne confirment la déclaration de Duncan en Ecosse en 1865 qui disait que la mortalité maternelle était positivement associée au nombre d'enfants nés d'une mère.

Cependant nous constatons qu'il existe une grande diversité méthodologique entre les études, comme témoigne certains auteurs [67, 59, 78, 73, 22] qui rapportent des résultats tantôt concordants tantôt discordants. Malheureusement dans aucune de ces études il n'a été pris en compte la notion de facteur de confusion pouvant influencer l'interprétation de ces résultats. Aussi pour ne pas tomber dans les mêmes erreurs que les précédents. Allons nous focaliser dans nos propos sur les complications identifiées après une analyse stratifiée sur l'âge maternel et les soins prénatals dont l'objectif prioritaire était de minimiser l'effet de ces facteurs.

Anwar H et coll. en 2006 en EUA, dans cohorte de femme racialement homogène d'un seul centre avec des protocoles prénatals standards, ont comparé 155 grandes multipares (parité  $\geq 5$ ) à 155 multipares (parité 2-4) de 1998 à 2003 appariés sur l'âge maternel, ils rapportent que la grande multiparité était associée à un risque accru de complications materno-fœtales.

Yves Jacquemyn et coll. à Belgique en 2003, avec une taille d'échantillon plus grande que le premier, ont comparé 2832 grandes multipares (parité de 5 à 9) à 2832 paucipares (parité 2-4) de même âge et trouvaient que la grande multiparité était associée à la mortalité néonatale et à la macrosomie fœtale même après une analyse multivariée.

Sara M. et coll. entre 1995 et 2001 à Utah ont évalué l'effet de la parité sur les complications parmi les femmes jeunes (18 - 34 ans) sur 299710 accouchements. Les grandes multipares de cette tranche d'âge étaient comparées aux autres groupes de parité ; La grande multiparité n'est pas un facteur de risque indépendant pour les résultats périnataux. Quand on a comparé les jeunes primipares avec les jeunes grandes multipares, les dernières étaient à risque d'accouchement prématuré seulement, mais le risque de plusieurs complications intra-partum était considérablement diminué.

Brunner et coll. en 1992 en Arabie Saoudite ont soumis les grandes multipares et les multipares aux soins prénatals semblables et ignoré les autres facteurs de confusions. Ils trouvent que la fréquence de complications placentaires (placenta Praevia, hématome rétro placentaire et de rétention placentaire) est plus élevée parmi les grandes multipares. Aussi le poids moyen de naissance est plus élevé parmi les grandes multipares.

Par contre Selon **Gil. A et coll.** la disponibilité de service d'obstétrique moderne, des services de néonatalogie et de soins intensifs ont contribué à une amélioration des résultats de la grossesse et de l'accouchement des grandes multipares. Les statistiques récentes indiquent cela à les comparer aux primipares et multipares, aucune différence, ne doit exister entre les grandes multipares et les autres groupes de parité de nos jours s'il existe des soins prénatals adéquats.

## **6. Conclusion et Recommandations**

Il s'agit d'une étude transversale comparative sur la grossesse et l'accouchement chez la grande multipare pendant 12 mois, du 1<sup>er</sup> janvier 2006 au 31 décembre 2006 à la maternité de l' HFD de Kayes.

Au total, parmi 4438 admissions, nous avons recensé 415 grandes multipares (9,4%), 1882 multipares (42,4%), 1949 primipares (43,9%), 192 nullipares (4,3%).

Les 415 grandes multipares ont donné issue à 345 accouchements (83,4%), 7 avortements (1,7%), 9 GEU (2,2%), 6 grossesses molaire (1,4%), 48 grandes multipares n'ont pas accouché durant notre période d'étude (11,6%).

La grande multipare reste une entité obstétricale émaillée de complications aussi bien au cours de la grossesse qu'en per et post partum.

Au cours de la grossesse les complications retenues ont été :

- la grossesse extra-utérine (OR=2,4),
- la maladie trophoblastique (OR=6,9),
- l'anémie (OR=3,9),
- l'hypertension artérielle (OR=3,3),
- la menace d'accouchement prématuré (OR=3,1).

En per-partum nous avons retenu comme complications :

- les anomalies de la présentation (OR=2,04),
- les traumatismes néonataux (OR=3,9),

Dans le post-partum la grande multipare risque :

- les hémorragies de la délivrance (OR=6,9),
- la mortinaissance (OR=1,8),
- la mortalité néonatale (OR=2,6),
- la mortalité périnatale (OR=2)

3 décès maternels, la rupture utérine était la seule pathologie létale parmi les grandes multipares.

Des efforts sont à fournir pour améliorer la surveillance de la grossesse afin dépister les grossesses pathologiques et les grossesses potentiellement pathologiques mais surtout une bonne sensibilisation dans le domaine de la planification familiale.

## **Recommandations**

Au regard des résultats obtenus, nous préconisons :

➤ **Aux autorités sanitaires :**

- ◆ Promotion de la planification familiale.
- ◆ Promotion de la santé de la mère et de l'enfant.
- ◆ Assurer l'éducation pour la santé, surtout la santé de la reproduction.
- ◆ Assurer la formation continue du personnel.

➤ **Aux prestataires de la santé**

- ◆ Améliorer la qualité des consultations prénatales.
- ◆ Sensibilisation sur la planification familiale.
- ◆ Recycler les prestataires au niveau de la périphérie (CScom et Csref).
- ◆ Sensibiliser pour un accouchement en milieu sanitaire.

➤ **A la population**

- ◆ Elever le niveau d'éducation de la population plus particulièrement des femmes.
- ◆ Fréquenter régulièrement les centres de consultations prénatales.
- ◆ Accoucher en milieu hospitalier.

## **7. Références**

### **1. Abdulhai Mohammad Ali and Adel T Abu-Heija**

Obstetric and perinatal outcome of women para  $\geq 5$  including one lower segment cesarean section

*J. Obstet. Gynaecol. Res. Vol. 28, No. 3: 163–165, June 2002*

### **2. Abena Obama MT, Shasha VW, Fodgo J, et al.**

Fetal macrosomie in Cameroon: Prevalence, risk factors and complications.

*West Afr J Med 1995;14:249–254.*

### **3. Abu-Heija AT, Chalabi HE.**

Great grand multiparity: Is it a risk?

*Int J Gynecol Obstet 1997;59:213–216.*

### **4. Al-Sayegh KN, Hathout HM.**

Reappraisal of grand multiparity.

*Int J Gynecol Obstet 1974;12:159–165.*

### **5. Al-Sibai MH, Rahman MS, Rahman J.**

Obstetric problems in the grand multipara: A clinical study of 1330 cases.

*J Obstet Gynaecol 1987;8:135–138.*

### **6. Ananth CV, Wilcox AJ, Savitz DA, et al.**

Effect of maternal age and parity on the risk of uteroplacental bleeding disorders in pregnancy.

*Obstet Gynecol 1996;88:511–516.*

### **7. Anwar H. Nassar, Rania Fayyomy, Wael Saab, Ghassan Mehio, and Ihab M. Usta,**

Grandmultiparas in Modern Obstetrics

*American Journal Of Perinatology/Volume 23, Number 6 2006*

### **8. Aruna S. Kumari, Padmanabhan Badrinath**

Extreme grandmultiparity : is it an obstetric risk factor ?

*European journal of obstetric and gynecology and reproductive biology 101 (2002) 22-25*

### **9. Aziz FA.**

Pregnancy and labor of grand multiparous Sudanese women.

*Int J Gynaecol Obstet 1980;18:144–146.*

### **10. Babinszki A, Kerenyi T, Torok O, et al.**

Perinatal outcome in grand and great grand multiparity: Effects of parity on obstetric risk factors.

*Am J Obstet Gynecol* 1999;181:669–674.

**11. Bakketeig LS, Hoffman JH.**

Perinatal mortality by birth order within cohorts based on sibship size.

*Br Med J* 1979;11:693–696.

**12. Bard H.**

Neonatal problems of infants with intrauterine growth retardation.

*J Reprod Med* 1978;21:359–364.

**13. Baskett TF.**

Grand multiparity – a continuing threat: A six year review.

*Can Med Assoc J* 1977;116:1001–1004.

**14. Bieniarz J.**

The patho-mechanism of late pregnancy toxæmia and obstetrical hemorrhages. II. Placental site and venous drainage of the pregnant uterus.

*Am J Obstet Gynecol* 1959;78:385–398.

**15. Browne O.**

Toxaemic accidental hemorrhage. Proc Roy Soc

*Med* 1952;45:414–417.

**16. Brunner J, Melander E, Krook-Brandt M, Thomassen PA.**

Grand multiparity as an obstetric risk factor A prospective case-control study.

*Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 1992;47:201–205.

**17. Bugg GJ, Atwal GS, Maresh M.**

Grandmultiparae in a modern setting.

*BJOG* 2002;109:249–253.

**18. Chan A.**

Invited commentary: Parity and the risk of Down's syndrome – caution in interpretation.

*AmJEpidemiol* 2003;158: 509–511.

**19. Chang A, Larkin P, Esler EJ, et al.**

The obstetric performance of the grand multipara.

*Med J Aust* 1977;1:330–332.

**20. Chibber R.**

Unexplained antepartum fetal deaths: What are the determinants?

*Arch Gynecol Obstet* 2004 [Epub ahead of print].

**21. DeValera E.**

Abruptio placentae.

*Am J Obstet Gynecol* 1968;100:599–606.

**22. Dicko. A. M**

Etude de la gravido puèrpéralité chez la grande multipare à l'hôpital national du Point G

*Thèse med. à Bamako* 1999

**23. Dolo. A. A**

Etude de La Mortalite Perinatale A La Maternite Du Chu Gabriel Toure De Bamako

*Thèse med, Bamako* 2008

**24. Doria-Rose VP, Kim HS, Augustine TJ, Edwards KL.**

Parity and the risk of Down's syndrome.

*Am J Epidemiol* 2003;158:503–508.

**25. Duncan MJ.**

On the mortality of childbed as affected by the age of the mother.

*Edinburgh Med J* 1865;11:201.

**26. Eastman JM.**

The hazards of pregnancy and labor in the grand multipara.

*New York J Ed* 1940;40:1708.

**27. Eidelman AI, Kamar R, Schimmel MS, Baron E.**

The grand Multipara Is she still at risk?

*Am J Obstet Gynecol* 1988;158:389–392.

**28. Eliyahu S, Weiner E, Nachum Z, Shalev E.**

*Isr Med Assoc J* 2002;12:1115–1117.

*Epidemiologic risk factors for preterm delivery.*

**29. Evaldson GR.**

The grand multipara in modern obstetrics.

*Gynecol Obstet Invest* 1990;30:217–223.

**30. Ezra Y, Samuel E, Hakim M, Schenker JG.**

The outcome of grand-multiparous pregnancies of Arabic and Jewish populations of peripheral and central areas of Israel.

*Acta Obstet Gynecol Scand* 2001;80:30–33.

**31. Fayed HM, Abib SF, Stevens B.**

Risk factors in extreme grand multiparity.

*Int J Gynecol Obstet* 1993;41:17–22.

**32. Fitzhardinge PM, Stevens EM.**

The small-for-date infant.

*II. Neurological and intellectual sequelae. Pediatrics* 1972;50:50–57.

**33. Fretts RC, Schmittziel J, McLean FH, et al.**

Increased maternal age and the risk of fetal death.

*N Engl J Med* 1995;333:953–957.

**34. Fuchs K, Peretz A.**

The problem of the “grand multipara” A review of 1677 cases.

*Obstet Gynecol* 1961;18:719–725.

**35. Fuchs K, Peretz BA, Marcovici R, et al.**

“Grand multipara” is it a problem?

*A review of 5785 cases. Int J Gynaecol Obstet* 1985;23:321–325.

*Obstet Gynecol* 1964;23:898–905.

**36. Garnet JD.**

Uterine rupture during pregnancy: An analysis of 133 patients.

**37. Goldman GA, Kaplan B, Neri A, et al.**

The grand multipara.

*Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 1995;61:105–110.

**38. Hollo O, Rautava P, Korhonen T, et al.**

Academic achievement of small-for-gestational-age children at age 10 years.

*Arch Pediatr Adolesc Med* 2002;156:179–187.

**39. Hughes PF, Morrison J.**

Grand multiparity – not to be feared? An analysis of grand multiparous women receiving modern antenatal care.

*Int J Gynecol Obstet* 1994;44: 21–31.

**40. Hughes PF, Morrison J.**

Birth weight distribution in the United Arab Emirates.

*Asia Oceania J Obstet Gynaecol* 1994;20:73–76.

**41. Humphrey MD.**

Is grand multiparity an independent predictor of pregnancy risk? A retrospective observational study.

*Med J Aust* 2003;179:294–296.

**42. Israel SL, Blazar AS.**

Obstetric behavior of the grand multipara.

*Am J Obstet Gynecol* 1965;91:326–332.

**43. James WH.**

Birth order, maternal age, and birth interval in Epidemiology.

*Int J Epidemiol* 1976;5:131–132.

**44. James WH.**

Stillbirth and birth order.

*Ann Hum Genet* 1968;32:151–162.

**45. Jun Bai, Felix W.S. Wong, Adrian Bauman and Mohammed Mohsin, MScc**

Parity and pregnancy outcomes

*Am J Obstet Gynecol* 2002;186:274–8.

**46. Juntunen KS, Laara EM, Kauppila AJ.**

Grand grand multiparity and birth weight.

*Obstet Gynecol* 1997;90:495–499.

**47. Juntunen K, Kirkinen P, Kauppila A.**

The clinical outcome in pregnancies of grand grand multiparous women.

*Acta Obstet Gynecol Scand* 1997;76:755–759.

**48. Kaplan B, Harel L, Neri A, et al.**

Great grand multiparity –beyond the 10th delivery.

*Int J Gynecol Obstet* 1995;50:17–19.

**49. Kiely L, Paneth N, Susser M.**

An assessment of the effects of maternal age and parity in different components of perinatal mortality.

*Am J Epidemiol* 1986;123:444–454.

**50. King PA, Duthie SJ, Ma HK.**

Grand multiparity: A reappraisal of the risks.

*Int J Gynaecol Obstet* 1991;36:13–16.

**51. Krebs JM.**

Grand multiparity: Survey and appraisal.

*Obstet Gynecol* 1956;7:433–443.

**52. Kumari AS, Badrinath P.**

Extreme grandmultiparity: Is it an obstetric risk factor?

*Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 2002;101:22–25.

**53. Maïga. A. A**

La grande multipare au CHU de Dakar

*Thèse med. Juillet 1992 à Dakar*

**54. Majoko. F, LNyström, SPMunjanja, EMason andGLindmark**

Relation of Parity to Pregnancy Outcome in a Rural Community in Zimbabwe

*African Journal of Reproductive Health*

**55. Maymon E, Ghezzi F, Sholam-Vardi I, et al.**

Peripartum complications in grand multiparous women: para 6–9 versus para\_10.

*Eur J Obstet Gynecol* 1998;81:21–25.

**56. Merger R, Levy J, Melchior J.**

*Précis d'obstétrique*. Ed Masson (6<sup>ème</sup> édition) : Paris, Barcelone, Milan ; 1995 ; 597p.

**57. Meslesh R.**

The grand multipara – still an obstetric problem.

*J Obstet Gynecol* 1986;7:84–87.

**58. Miller E.**

Grand multiparas: A ten-year study.

*Obstet Gynecol* 1954;4:418–425.

**59. Mor-Yosef S, Seidman D, Samueloff A, Schenker JG.**

The effects of the socioeconomic status on the perinatal outcome of grand multipara.

*Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 1990;36:117–123.

**60. Muktar H. Aliyu, MPH, Pauline E. Jolly, MPH, John E. Ehiri, MPH, and Hamisu M. Salihu**

High Parity and Adverse Birth Outcomes: Exploring the Maze

*Birth* 32:1 March 2005

**61. Mwambungu. F. T, Al Meshari. A. A. and Akiel.A**

The problem of grandmultiparity in current obstetric practice

*Int. J. Gynecol. Obstet.*, 1988,26: 355-359 *International Federation of Gynecology & Obstetrics*

**62. Nelson JH, Sandmeyer MW.**

A study of 812 grand multiparas.

*Am J Obstet Gynecol* 1958;75:1262-1266.

**63. Nortman D.**

Parental age as a factor in pregnancy outcome and child development.

*Rep Pop Fam Plann* 1974;16:36-39.

**64. Ober CL, Martin AO, Simpson JL, et al.**

Shared HLA antigens and reproductive performance among Hutterites.

*Am J Hum Genet* 1983;35:994-1004.

**65. Opaneye AA.**

Observations in some patients of high parity delivering in a general hospital in Saudi Arabia.

*Int J Gynaecol Obstet* 1986;24:435-438.

**66. Oron T, Sheiner E, Shoham-Vardi I, et al.**

Risk factors for antepartum fetal death.

*Reprod Med* 2001;46:825-830.

**67. Ozumba.B.C and Igwegbe.A.O**

The challenge of grandmultiparity in Nigerian obstetric practice

*Int J Gynecol Ohstet*, 1992, 31: 259-264 *International Federation of Gynecology and Obstetrics*

**68. O'Sullivan JF.**

The hazards associated with multiparity.

*J Obstet Gynaecol Br Commonw* 1963;70:158-164.

**69. Petry JA, Pearson B.**

Obstetric complications with grand multiparity.

*South Med J* 1955;48:820-826.

**70. Rizk DE, Khalfan M, Ezimokhai M.**

Obstetric outcome in grand multipara in the United Arab Emirates. A case control study.

*Arch Gynecol Obstet* 2001;264:194-198.

**71. Roman H, Robillard P, Verspyck E, et al.**

Obstetric and neonatal outcomes in grand multiparity.

*Obstet Gynecol* 2004;103:1294–1299.

**72. Roopnarinesingh S, Ramsewak S, Reddy S.**

Complications of grand multiparity.

*West Indian Med J* 1988;37:222–225.

**73. Samueloff A, Mor-Yosef S, Seidman DS, et al.**

Grand multiparity a nationwide survey.

*Isr J Med Sci* 1989;25:625–629.

**74. Sara M. Ellis Simonsen, RN, MSPH, Joseph L. Lyon, MPH, Stephen C. Alder, and Michael W. Varner**

Effect of Grand Multiparity on Intrapartum and Newborn Complications in Young Women

*Obstet Gynecol* 2005;106: 454–460)

**75. Scharfman E, Silverstein LM.**

The grand multipara: A survey of 403 cases.

*Am J Obstet Gynecol* 1962;84:1442–1446.

**76. Schram ELR.**

The problem of the grand multipara.

*Am J Obstet Gynecol* 1954;67:253–262.

**77. Seidman D, Armon Y, Roll D, et al. Multiparity:**

An obstetric or neonatal risk factor?

*Am J Obstet Gynecol* 1988;158: 1034–1039.

**78. Seidman DS, Dollberg S, Stevenson DK, Gale R.**

The effects of parity and socioeconomic status on obstetric and neonatal outcome.

*Arch Gynecol Obstet* 1991;249:119–127.

**79. Shagufta Yasmeen, Beate Danielsen, Malana Moshesh & William M. Gilbert**

Is Grandmultiparity an Independent Risk Factor for Adverse Perinatal Outcomes?

*Journal of Maternal - Fetal & Neonatal Medicine*

**80. Silva JP.**

Grand grand multiparity.

*J Obstet Gynaecol* 1992;12:301–303.

**81. Sipila P, von Wendt L, Hartikainen-Sorri AL.**

The grand multipara – still an obstetrical challenge?

*Arch Gynecol Obstet* 1990;247:187–195.

**82. Solomons B.**

The dangerous multipara.

*Lancet* 1934;2:8–11.

**83. St. George J.**

The problems of grand multiparity.

*West Indian Med J* 1970;14:84–90.

**84. Tanbo TG, Bungum L.**

The grand multipara – maternal and neonatal complications.

*Acta Obstet Gynecol Scand* 1987;66:53–56.

**85. Toohey J, Keegan JR, Morgan M, et al.**

The dangerous multipara: Fact or fiction?

*Am J Obstet Gynecol* 1995;172:683–686.

**86. Tsu VD.**

Postpartum hemorrhage in Zimbabwe: A risk factor analysis.

*Br J Obstet Gynaecol* 1993;100:327–333.

**87. Usher R.**

Clinical and therapeutic aspects of fetal malnutrition.

*Pediatr Clin North Am* 1970;17:169–183.

**88. Vik T, Vatten L, Markestad T, et al.**

Morbidity during the first year of life in small for gestational age infants.

*Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed* 1996;75:F33–F37.

**89. Yves Jacquemyn, Leen Senten, Sanne Vellinga, Katrien Vermeulen and Guy Martens**

Does practice make perfect? An age-matched study on grand multiparity in Flanders, Belgium

*J. Perinat. Med.* 34 (2006) 28–31

**90. Zafar AA, Ehiri JE, Anyanwu EC.**

Use of antenatal services in Kampung District, Cambodia.

*Scientific World Journal* 2003;3:1081–1092.

**91. Ziel HA.**

Grand multiparity – its obstetric complications. Am

*J Obstet Gynecol* 1962;84:1427-1441.

## **Fiche signalétique**

**Nom :** Coulibaly

**Prénom :** Kalifa Lamine

**Titre de la thèse :** Grossesse et Accouchement chez la Grande Multipare à l'hôpital FD de Kayes.

**Année universitaire :** 2008-2009

**Ville de soutenance :** Bamako

**Pays d'origine :** Mali

**Lieu de dépôt :** Bibliothèque de la faculté de Médecine, de Pharmacie et d'Odonto-Stomatologie (FMPOS)

**Secteur d'intérêt :** Gynécologie-obstétrique

### **Résumé :**

**Objectif :** Etudier la Grossesse et l'accouchement chez la Grande multipare à l'hôpital de Kayes.

**Méthodologie :** il s'agissait d'une étude transversale comparative avec collecte prospective des données des grandes multipares (parité  $\geq 7$ ) et des multipares (parité compris 2 et 6) de 12 mois (du 1<sup>er</sup> Janvier au 31 Décembre 2006) à l'hôpital régional de Kayes. L'analyse des données a été effectuée avec SPSS.vr.12, le test statistique utilisé est le test  $\text{Khi}^2$ , l'Odds ratio et son intervalle de confiance .le test statistique significatif  $\alpha$  5%.

**Résultats :** La fréquence de la grande multiparité était de 9,4% (415/4438 admissions). Comparées aux multipares elles étaient caractérisées par un risque accru de complication 128 (31%) vs 375 (19,8%) OR= 1,79 IC = 1,40 - 2,29. Les principales pathologies de la grossesse associées à la grande multiparité :

Au premier trimestre la grossesse molaire 6(1,4%) vs 4(0,2%) OR=6,9 Ic or=1,9 - 24,5, la grossesse extra-utérine 9(2,2%) vs 17 (0,9%) OR=2,4 Ic or=1,1 - 5,5, et une fréquence élevée d'hospitalisation 16(3,9%) vs 23(1,3%) OR= 3,2 Ic or=1,7 - 6,2

Au deuxième trimestre l'hypertension artérielle 17 (4,1%) vs 24(1,3%) OR= 3,3 Ic or=1,7 - 6,2, l'anémie 11 (2,7%) vs 13(0,7%) OR=3,9 Ic or=1,7 - 8,8 et une fréquence élevée d'hospitalisation 10 (2,4%) vs 12 (0,4) OR=3,8 Ic or=1,6 - 6,2

Au troisième trimestre la menace d'accouchement prématuré 8 (1,9%) vs 12(0,6%) OR=3,1 Ic or=1,2-7,5, l'hypertension artérielle 18 (4,3%) vs 25 (1,3%) OR=3,3 Ic or=1,8 - 6,2.

En ce qui concerne la voie d'accouchement il n'existe pas de différence entre les deux groupes ( $P>0,05$ ), par contre il existe une différence concernant la présentation anormale 20(5,7%) vs 49(3,1%) OR=2,04 IC or=1,4 - 3,2 et les complications de la voie basse les grandes multipares étaient plus associées aux hémorragies par atonie utérine 3 (0,9%) vs 2 (0,1%) OR =6,9 IC or =1,1 - 41,6, au traumatisme néonatal 2 (0,6%) vs 1 (0,1%) OR= 3,9 IC or=1,7 - 8,7. Les grandes multipares payent un lourd tribut en matière de mortalité périnatale 46 (12,5%) vs 114(6,9%) OR=1,95 Ic or=1,3 - 3. Par rapport aux décès maternels il n'existe de différence entre les grandes multipares et les multipares 3(0,7%) vs 5(0,3%) OR=2,7 IC or = 0,6 - 11,4.

**Conclusion** : malgré les progrès réalisés en obstétrique et en néonatalogie la parité élevée reste un facteur de mauvais pronostic materno-fœtal

**Mots clés** : grossesse - accouchement- grande multipare

## **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 classe sociale 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**