

**MINISTRE DE L'EDUCATION NATIONALE**

\*\*\*\*\*  
**UNIVERSITE DE BAMAKO**  
\*\*\*\*\*

**REPUBLIQUE DU MALI**

\*\*\*\*\*  
**UN PEUPLE-UN BUT-UNE FOI**

**FACULTE DE MEDECINE, DE PHARMACIE  
ET D'ODONTO-STOMATOLOGIE**

Année : 2005 - 2006

N°

**THEME**

**L'ACCOUCHEMENT DU GROS FŒTUS A  
LA MATERNITE DU CENTRE DE SANTE  
DE REFERENCE DE LA COMMUNE V  
A PROPOS DE 107 CAS**

**THESE**

*Présentée et soutenue publiquement le / / 2006  
devant la Faculté de Médecine, de Pharmacie  
et d'Odonto-Stomatologie*

**Par**

**Madame Aoua Kamissa Zakaria TRAORE**

**Pour l'obtention du grade de Docteur en Médecine (Diplôme d'Etat)**

**Jury :**

**Président :**

**Professeur Salif DIAKITE**

**Membre :**

**Docteur Niani MOUNKORO**

**Membre :**

**Docteur Oumar M TRAORE**

**Directeur de Thèse :**

**Professeur Mamadou TRAORE**

**ADMINISTRATION**

DOYEN:

**Anatole TOUNKARA**

Professeur

1<sup>er</sup> ASSESSEUR:

**Drissa DIALLO**

MAITRE DE CONFERENCES AGREGÉ

2<sup>ème</sup> ASSESSEUR:

**Sékou SIDIBE**

MAITRE DE CONFERENCES

SECRETAIRE PRINCIPAL:

**Yénimegue Albert DEMBELE**

Professeur

AGENT COMPTABLE:

**Mme COULIBALY Fatoumata TALL**

CONTROLEUR DES FINANCES

**PROFESSEURS HONORAIRES**

Mr Alou BA

Ophthalmologie

Mr Bocar SALL

Orthopédie – Traumatologie - Secourisme

Mr Souleymane SANGARE

Pneumo-phtisiologie

Mr Yaya FOFANA

Hématologie

Mr Mamadou L. TRAORE

Chirurgie Générale

Mr Balla COULIBALY

Pédiatrie

Mr Mamadou DEMBELE

Chirurgie Générale

Mr Mamadou KOUMARE

Pharmacognosie

Mr Ali Nouhoum DIALLO

Médecine interne

Mr Aly GUINDO

Gastro-entérologie

**LISTE DU PERSONNEL ENSEIGNANT PAR D.E.R. & PAR GRADE**

▪ **D.E.R. CHIRURGIE ET SPECIALITES CHIRURGICALES**

**1. PROFESSEURS**

Mr Abdel Karim KOUMARE

Chirurgie Générale

Mr Sambou SOUMARE

Chirurgie Générale

Mr Abdou Alassane TOURE

Orthopédie - Traumatologie, **Chef de D.E.R.**

Mr Kalilou OUATTARA

Urologie

Mr Amadou DOLO

Gynéco Obstétrique

Mr Alhousseini Ag MOHAMED

ORL

Mme SY Assitan SOW

Gynéco-Obstétrique

Mr Salif DIAKITE

Gynéco-Obstétrique

Mr Abdoulaye DIALLO

Anesthésie-Réanimation

**2. MAITRES DE CONFERENCES AGREGES**

Mr Abdoulaye DIALLO

Ophthalmologie

Mr Djibril SANGARE

Chirurgie Générale

Mr Abdel Kader TRAORE dit DIOP

Chirurgie Générale

Mr Gangaly DIALLO

Chirurgie Viscérale

Mr Mamadou TRAORE

Gynéco-Obstétrique

### 3. MAITRES DE CONFERENCES

Mr Filifing SISSOKO	Chirurgie Générale
Mr Sekou SIDIBE	Orthopédie-Traumatologie
Mr Abdoulaye DIALLO	Anesthésie-Réanimation
Mr Tieman COULIBALY	Orthopédie-Traumatologie
Mme TRAORE J THOMAS	Ophtalmologie
Mr Mamadou L. DIOMBANA	Stomatologie

### 4. MAÎTRES ASSISTANTS

Mme DIALLO Fatimata S. DIABATE	Gynéco-Obstétrique
Mr Sadio YENA	Chirurgie Générale
Mr Issa DIARRA	Gynéco-Obstétrique
Mr Youssouf COULIBALY	Anesthésie-Réanimation
Mr Samba Karim TIMBO	ORL
Mme TOGOLA Fanta KONIPO	ORL
Mr Zimogo Zié SANOGO	Chirurgie Générale

### 5. ASSISTANTS CHEFS DE CLINIQUE

Mr Nouhoum ONGOÏBA	Anatomie & Chirurgie Générale
Mr Zanafon OUATTARA	Urologie
Mr Adama SANGARE	Orthopédie- Traumatologie
Mr Sanoussi BAMANI	Ophtalmologie
Mr Doulaye SACKO	Ophtalmologie
Mr Ibrahim ALWATA	Orthopédie - Traumatologie
Mr Lamine TRAORE	Ophtalmologie
Mr Mady MAKALOU	Orthopédie/ Traumatologie
Mr Aly TEMBELY	Urologie
Mr Niani MOUNKORO	Gynécologie/ Obstétrique
Mme Djénéba DOUMBIA	Anesthésie / Réanimation
Mr Tiémoko D. COULIBALY	Odontologie
Mr Souleymane TOGORA	Odontologie
Mr Mohamed KEITA	ORL
Mr Bouraïma MAIGA	Gynécologie/ Obstétrique

## ▪ D.E.R. DE SCIENCES FONDAMENTALES

### 1. PROFESSEURS

Mr Daouda DIALLO	Chimie Générale & Minérale
Mr Siné BAYO	Anatomie-Pathologie-Histoembryologie
Mr Amadou DIALLO	Biologie
Mr Moussa HARAMA	Chimie Organique
Mr Ogobara DOUMBO	Parasitologie-Mycologie
Mr Yénimégué Albert DEMBELE	Chimie Organique
Mr Anatole TOUNKARA	Immunologie - <b>Chef de D.E.R.</b>
Mr Bakary M. CISSE	Biochimie
Mr Abdrahamane S. MAÏGA	Parasitologie
Mr Adama DIARRA	Physiologie
Mr Massa SANOGO	Chimie Analytique

### 2. MAÎTRES DE CONFERENCES AGREGES

Mr Amadou TOURE	Histoembryologie
Mr Flabou BOUGOUDOGO	Bactériologie – Virologie
Mr Amagana DOLO	Parasitologie

### 3. MAÎTRES DE CONFERENCES

Mr Mamadou KONE	Physiologie
Mr Mahamadou CISSE	Biologie
Mr Sékou F. M. TRAORE	Entomologie médicale
Mr Abdoulaye DABO	Malacologie – Biologie Animale
Mr Ibrahim I. MAÏGA	Bactériologie – Virologie

#### 4. MAÎTRES ASSISTANTS

Mr Abdrahamane TOUNKARA	Biochimie
Mr Moussa Issa DIARRA	Biophysique
Mr Kaourou DOUCOURE	Biologie
Mr Bouréma KOURIBA	Immunologie
Mr Souleymane DIALLO	Bactériologie/ Virologie
Mr Cheick Bougadari TRAORE	Anatomie pathologie
Mr Lassana DOUMBIA	Chimie Organique
Mr Mounirou Baby	Hématologie
Mr Mahamadou A Théra	Parasitologie

#### 5. ASSISTANTS

Mr Mangara M. BAGAYOKO	Entomologie-Moléculaire Médicale
Mr Guimogo DOLO	Entomologie-Moléculaire Médicale
Mr Abdoulaye TOURE	Entomologie-Moléculaire Médicale
Mr Djbril SANGARE	Entomologie-Moléculaire Médicale
Mr Mouctar DIALLO	Biologie/ Parasitologie
Mr Boubacar TRAORE	Immunologie
Mr Bocary Y Sacko	Biochimie

### ▪ D.E.R. DE MEDECINE ET SPECIALITES MEDICALES

#### 1. PROFESSEURS

Mr Abdoulaye Ag RHALY	Médecine Interne
Mr Mamadou K. TOURE	Cardiologie
Mr Mahamane MAÏGA	Néphrologie
Mr Baba KOUMARE	Psychiatrie- <b>Chef de D.E.R.</b>
Mr Moussa TRAORE	Neurologie
Mr Issa TRAORE	Radiologie
Mr Mamadou M. KEITA	Pédiatrie
Mr Hamar A. TRAORE	Médecine Interne
Mr Dapa Aly DIALLO	Hématologie
Mr Moussa Y. MAIGA	Gastro-entérologie-Hépatologie
Mr Somita KEITA	Dermato-Léprologie

#### 2. MAÎTRES DE CONFERENCES AGREGES

Mr Toumani SIDIBE	Pédiatrie
Mr Bah KEITA	Pneumo-Phtisiologie
Mr Boubacar DIALLO	Cardiologie
Mr Abdel Kader TRAORE	Médecine Interne
Mr Siaka SIDIBE	Radiologie
Mr Mamadou DEMBELE	Médecine Interne

#### 3. MAITRES DE CONFERENCES

Mr Mamady KANE	Radiologie
Mr Sahare FONGORO	Néphrologie
Mr Bakoroba COULIBALY	Psychiatrie
Mr Bou DIAKITE	Psychiatrie
Mr Bougouzié SANOGO	Gastro-entérologie

#### **4. MAITRES ASSISTANTS**

Mme Tatiana KEITA	Pédiatrie
Mme TRAORE Mariam SYLLA	Pédiatrie
Mr Adama D. KEITA	Radiologie
Mme SIDIBE Assa TRAORE	Endocrinologie
Mme Habibatou DIAWARA	Dermatologie
Mr Daouda K Minta	Maladies Infectieuses

#### **5. ASSISTANTS CHEFS DE CLINIQUE**

Mr Kassoum SANOGO	Cardiologie
Mr Seydou DIAKITE	Cardiologie
Mr Mahamadou B. CISSE	Pédiatrie
Mr Arouna TOGORA	Psychiatrie
Mme Diarra Assétou SOUCKO	Médecine interne
Mr Boubacar TOGO	Pédiatrie
Mr Mahamadou TOURE	Radiologie
Mr Idrissa A. CISSE	Dermatologie
Mr Mamadou B. DIARRA	Cardiologie
Mr Anselme KONATE	Hépto-gastro-entérologie
Mr Moussa T. DIARRA	Hépto-gastro-entérologie
Mr Souleymane DIALLO	Pneumologie
Mr Souleymane COULIBALY	Psychologie
Mr Sounkalo DAO	Maladies infectieuses
Mr Cheick Oumar Guinto	Neurologie

### **▪ D.E.R. DES SCIENCES PHARMACEUTIQUES**

#### **1. PROFESSEURS**

Mr Boubacar Sidiki CISSE	Toxicologie
Mr Gaoussou KANOUTE	Chimie Analytique <b>Chef de D.E.R</b>

#### **2. MAITRES DE CONFERENCES AGREGES**

Mr Drissa DIALLO	Matières médicales
Mr Ousmane DOUMBIA	Pharmacie Chimique

#### **3. MAITRES DE CONFERENCES**

Mr Boulkassoum Haidara	Législation
Mr Elimane MARIKO	Pharmacologie

#### **4. MAÎTRES ASSISTANTS**

Mr Benoît KOUMARE	Chimie analytique
Mr Alou KEITA	Galénique
Mr Ababacar I. MAÏGA	Toxicologie
Mr Yaya KANE	Galénique
Mne Rokia SANOGO	Pharmacognosie

#### **5. ASSISTANTS**

Mr Saibou MAIGA	Législation
Mr Ousmane KOITA	Parasitologie Moléculaire

### **D.E.R. SANTE PUBLIQUE**

### **1. PROFESSEUR**

Mr Sidi Yaya SIMAGA	Santé Publique <b>Chef de D.E.R</b>
Mr Sanoussi KONATE	Santé Publique

### **2. MAÎTRE DE CONFERENCES AGREGÉ**

Mr Moussa A. MAÏGA	Santé Publique
--------------------	----------------

### **3. MAÎTRES ASSISTANTS**

Mr Bocar G. TOURE	Santé Publique
Mr Adama DIAWARA	Santé Publique
Mr Hamadoun SANGHO	Santé Publique
Mr Massambou SACKO	Santé Publique
Mr Alassane A. DICKO	Santé Publique

### **4. ASSISTANTS**

Mr Samba DIOP	Anthropologie Médicale
Mr Seydou DOUMBIA	Epidémiologie
Mr Oumar THIÉRO	Biostatistique

#### **▪ CHARGES DE COURS & ENSEIGNANTS VACATAIRES**

Mr N'Golo DIARRA	Botanique
Mr Bouba DIARRA	Bactériologie
Mr Salikou SANOGO	Physique
Mr Boubacar KANTE	Galénique
Mr Souleymane GUINDO	Gestion
Mme DEMBELE Sira DIARRA	Mathématiques
Mr Modibo DIARRA	Nutrition
Mme MAÏGA Fatoumata SOKONA	Hygiène du Milieu
Mr Mahamadou TRAORE	Génétique
Mr Yaya COULIBALY	Législation
Mr Lassine SIDIBE	Chimie-Organique

#### **▪ ENSEIGNANTS EN MISSION**

Pr. Doudou BA	Bromatologie
Pr. Babacar FAYE	Pharmacodynamie
Pr. Eric PICHARD	Pathologie Infectieuse
Pr. Mounirou CISSE	Hydrologie
Pr. Amadou Papa DIOP	Biochimie

## Dédicaces

### **Je dédie ce travail à**

A l'éternel Dieu pour sa grâce et son amour de m'avoir donné la santé la force et le courage pour mener à bien ce travail.

A mon père feu Zakaria TRAORE

Aujourd'hui plus que jamais nous apprécions la valeur de tes efforts, la justesse de ton éducation et la précocité de tes conseils, homme de vertu tu es resté pour moi un exemple à suivre.

J'aurais aimé que tu sois aujourd'hui en face de moi pour que nos yeux se croisent. Mais le bon dieu qui est le maître de nous tous à décider autrement. Dort en paix PAPA

A ma tante feu Hawa GUEYE

Ce travail a été réalisé grâce à tes sages conseils et aux sacrifices que tu as consentis pour moi. C'est l'occasion pour moi de me prosterner devant ta mémoire et de te dire merci pour tous ce que tu as fait pour moi que ton âme repose en paix

A ma mère Fatoumata Bintou KONE

Femme courageuse, dynamique et attentive, tu as éduqué tes enfants dans le sens de l'amour et le respect du prochain. Tu t'es toujours battue, sacrifiée pour nous tes enfants.

Trouve ici le témoignage de mon affectueux attachement.

A mon époux Bassirou

Ensemble nous avons amorcé une longue odyssée.

Tes encouragements, tes conseils, ton amour et ta tendresse ne m'ont jamais manqué.

Encore merci mille et une fois de ton aide pour l'élaboration de ce travail.  
Reçoit ici mon amour indéfectible et ma profonde reconnaissance.

A mes deux filles Penda et Mariam Bassirou que Dieu vous donne  
bonne chance dans la vie. J'espère que ce travail sera pour vous un  
exemple à suivre dans la vie

## Remerciements

A mon Père Ismaël Samba : vous avez toujours été a nos cotés pendant les moments difficiles. Votre soutien moral et matériel n'ont pas failli un seul instant trouve ici le témoignage de mon affection et de ma reconnaissance.

Au docteur Samba DIOP pour les encouragements et les conseils.

A mon frère jumeau Abdramane TRAORE pour son soutien moral.

A mes frères Seyba, Alassane, Cheick, Badra Alou, Habib et Amadou Z pour les encouragements.

A mes sœurs Niamoye, Mastan, Maria, Maimouna, Minian, Rabia pour votre soutien moral et matériel.

A mes beaux parents plus particulièrement a ma belle-mère Diani Bah et mes beaux frères Kassim et Moussa qui m'ont toujours encouragé et soutenu durant toutes ces années d'étude

Aux docteurs TRAORE Soumana , TRAORE Oumar, Sara SISSOKO, TOGO, et Sima THIERO, Seydou FANE merci pour votre encadrement et pour votre entière disponibilité

A tous mes aînés du service trouvez dans ce travail l'expression de ma profonde gratitude

A mes camarades de promotion merci pour votre bonne collaboration et les bons moments passés ensemble

A tous mes cadets du service courage et bonne chance

A mes amis Fatoumata DIAWARA Tiamba CISSOKO Mariam MAIGA  
et feu Boubacar DEMBELE merci pour tous.

Au personnel de l'unité informatique du CSRéf CV particulièrement à  
Issa, Cheick et Balkissa pour la réalisation de ce travail

A toutes les sages femmes pour l'élaboration de ce travail

A tous le personnel du laboratoire du CSRef CV

A tous le personnel de la clinique PAPE pour votre soutien

A toute la famille TRAORE du Badialan 3 pour les encouragements

A toute la famille KONE de Koutiala en particulier a mes oncles Arouna  
KONE et Mamadou KONE

A tous ceux qui ont contribué à la réalisation de ce travail dont je n'ai pas  
pu citer ici

## **A notre Maître et Directeur de Thèse**

***Professeur Mamadou TRAORE***

***Professeur Agrégé de Gynéco-obstétrique***

***Secrétaire Général adjoint de la SAGO***

***Membre du réseau malien de lutte contre la mortalité maternelle.***

***Médecin chef du centre de santé de référence de la commune V***

Cher Maître,

Ce travail est le votre. Vous l'avez initié et dirigé.

En plus de l'enseignement remarquable dont nous avons bénéficié dans votre service, vous avez cultivé en nous le savoir faire.

Honorable Maître, votre simplicité, votre culture scientifique, vos qualités de pédagogue et votre amour du travail bien fait ont fait de nous votre plus fidèle élève.

Veillez accepter cher maître notre reconnaissance et notre haute considération.

## **A notre Maître et Président du jury**

***Professeur Salif DIAKITE***

***Maître de conférence en Gynécologie obstétrique à la Faculté de Médecine de pharmacie et d'odontostomatologie du Mali.***

***Gynécologue accoucheur au centre hospitalier universitaire de Gabriel TOURE.***

Cher Maître,

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

Tout au long de nos études vous nous avez impressionné par la clarté, l'aisance et la simplicité avec lesquelles vous transmettez votre connaissance.

Recevez dans ce travail l'expression de notre profonde gratitude

.

.

## **A notre Maître et Juge**

***Docteur Oumar M TRAORE***

***Gynécologue accoucheur au CSRefCV***

Votre connaissance a été une grande chance pour nous.

Vous n'avez cessé de nous soutenir moralement.

Votre franche collaboration a été un grand secours pour nous.

Les mots nous manquent pour vous exprimer nos sincères remerciements.

C'est un grand honneur et un réel plaisir pour nous de vous compter parmi les membres de ce jury.

.

**A notre Maître et Membre du Jury :**

***Docteur Niani MOUNKORO***

***Gynécologue Accoucheur au Centre Hospitalier Universitaire de  
l'HGT***

Cher Maître, si nous avons apprécié votre détermination et votre rigueur dans le travail ce sont surtout votre courtoisie et votre bonté naturelle qui nous ont le plus attiré dans ce jury.

Veillez trouver ici, cher maître, l'expression de notre profonde gratitude et notre reconnaissance éternelle.

# **LISTE DES ABREVIATIONS**

**ATCD** : Antécédent

**BDCF** : Bruit du Cœur Foetal

**CES** : Certificat d'Etude Spécialisé

**CM** : Centimètre

**CNTS** : Centre National de Transfusion Sanguine

**CPN** : Consultation Prénatale

**CSRCV** : Centre de Santé de Référence de la Commune V

**CSCOM** : Centre de Santé Communautaire

**G** : Gramme

**HGT** : Hôpital Gabriel TOURE

**HNPG** : Hôpital National Du Point G

**IRM** : Imagerie par Résonance Magnétique

**MN** : Minute

**N-né** : Nouveau-nés

**RAS** : Rien A Signaler

**SA** : Semaine d'Aménorrhée

## **Définitions :**

**Primigeste** = gestité 1

**Paucigeste** = gestité 2 à 3

**Multigeste** = gestité 4 à 6

**Grande multigeste** = gestité  $\geq 7$

**Primipare** = parité 1

**Paucipare** = parité 2 à 3

**Multipare** = parité 4 à 6

**Grande multipare** = parité  $\geq 7$ .

# Sommaire

INTRODUCTION.....	1
OBJECTIFS .....	4
<b>GENERALITES.....</b>	<b>5</b>
<b>METHODOLOGIE.....</b>	<b>15</b>
1. Cadre d'étude.....	15
2. Type d'étude.....	17
3. Période d'étude.....	17
4. Population d'étude.....	17
<b>RESULTATS.....</b>	<b>18</b>
<b>COMMENTAIRES ET DISCUSSION.....</b>	<b>38</b>
<b>CONCLUSION.....</b>	<b>47</b>
<b>RECOMMANDATIONS.....</b>	<b>48</b>
<b>REFERENCES.....</b>	<b>50</b>

## INTRODUCTION

<<La grossesse et l'accouchement ont depuis l'origine des temps fait courir à la femme et au fœtus un risque mortel>> selon Rivière [29].

Ce constat nous montre d'emblée le risque immense que court la femme pour avoir un enfant. L'accouchement peut être difficile voire compliqué surtout lorsqu'il s'agit du gros fœtus.

Le gros fœtus ou macrosome est un fœtus de poids égal ou supérieur à 4000g naissant à terme [21].

L'excès de volume porte sur la totalité du corps et non sur une seule partie [18].

La macrosomie, indépendamment de sa cause et de son retentissement, expose à une complication majeure de l'accouchement : **la dystocie des épaules**.

Par rapport à l'accouchement du nouveau-né de poids normal, la morbidité et la mortalité maternelles ainsi que la morbidité et la mortalité fœtales dans la macrosomie se trouvent augmentées [28].

La fréquence de la macrosomie est variable dans le monde :

Au Maroc MOUZIL [21] trouve 7,68% en 1997

En France MERGER [18] en 1999 a rapporté une fréquence de 6,4%.

En Tunisie OUARDA [26] a rapporté 6,8% en 1989

Aux Etats Unis NOCON [17] en 1990 a rapporté 7,58%.

Au Mali, elle est de 2,72% d'après une étude faite au service de gynécologie obstétrique de l'Hôpital National du Point G en 2001 [5].

Les facteurs prédisposant peuvent être constitutionnels : obésité maternelle, poids de naissance de la mère, facteurs raciaux, sexe du fœtus ; ils peuvent être aussi acquis : multiparité, âge maternel supérieur à 35 ans, antécédent de macrosomie, prise de poids maternel, dépassement de terme, hydramnios, diabète.

Les complications de l'accouchement d'un fœtus macrosome peuvent être maternelles : un accouchement dystocique imposant la césarienne, une

hémorragie de la délivrance, une déchirure des parties molles, une disjonction symphysaire, et même une rupture utérine chez la mère

Les complications sont aussi fœtales : essentiellement la dystocie des épaules avec risque de lésion du plexus brachial, les fractures de la clavicule ou de l'humérus, mais aussi les désordres métaboliques entraînant les souffrances fœtales (aiguës)

Le dépistage de la macrosomie fœtale doit être envisagé devant tout facteur de risque en vue de prévenir les complications de l'accouchement.

La surveillance clinique et la surveillance échographique peuvent y aider. Toutefois, l'imprécision des mesures échographiques dans le diagnostic de la macrosomie n'est pas sans conséquence et peut entraîner une augmentation du taux de césarienne. En réalité, ce n'est pas tant le poids fœtal qui est intéressant que la mesure du diamètre bi-acromial fœtal. Or celui-ci ne peut pas être mesuré par ultrasons. La tomодensitométrie expose à des erreurs de mesure. Certaines études récentes par IRM semblent prometteuses.

L'appréciation de la perméabilité du bassin est obligatoire avant l'acceptation de l'accouchement par voie basse. L'accouchement des gros fœtus doit être prévu et organisé comme pour une présentation du siège, avec obstétricien, pédiatre et anesthésiste sur place, prêts à intervenir. Actuellement aucune étude ne permet d'encourager une césarienne systématique. Cela conduirait chaque année à des interventions pour des milliers de femmes dont les nouveau-nés auraient été incorrectement classés comme macrosomes. Même si la voie basse a été acceptée, tout trouble dynamique, ne cédant pas rapidement à une correction médicamenteuse, doit faire reconsidérer la décision prise. Devant l'impossibilité de prévoir à chaque fois une dystocie des épaules mais sachant que sa survenue est plus fréquente chez les nouveau-nés macrosomes, un opérateur doit toujours être prêt à y faire face. Les manœuvres doivent être parfaitement connues, même si on les a rarement exécutées antérieurement telles que celle de Jacquemier.

La macrosomie fœtale est l'une des circonstances qui exposent souvent le praticien à un risque médico-légal. L'obstétricien et la sage-femme auront tout

intérêt à s'en protéger, en particulier dans les cas prévisibles, en argumentant leur décision sur un dossier parfaitement tenu avec un protocole opératoire très bien décrit.

La prévention des complications de l'accouchement repose sur le dépistage des gros fœtus, et une conduite à tenir adéquate pour traiter d'éventuelles dystocies.

Nous avons choisi de traiter ce sujet dans le but d'améliorer le pronostic materno-fœtal de l'accouchement du gros fœtus au CSRef CV.

Pour la réalisation de ce travail, nous nous sommes fixé les objectifs suivants :

## OBJECTIFS

### **A/ Objectif général**

Etudier l'accouchement du gros fœtus.

### **B/ Objectifs spécifiques**

- Déterminer la fréquence de la macrosomie à la maternité du Centre de Santé de Référence de la Commune V.
- Déterminer les caractéristiques socio-démographiques et cliniques des parturientes.
- Identifier les différents types de complications maternelles et fœtales à l'accouchement du gros fœtus.
- Formuler des recommandations pouvant améliorer le pronostic foeto-maternel en cas d'accouchement de fœtus macrosome.

## GENERALITES

### I. ANATOMIE DU FŒTUS MACROSOME : [18]

#### 1. Au cours de la grossesse

##### 1.1. Le fœtus :

- **Description**

Le macrosome est un fœtus grand, gros et large.

Son aspect est assez caractéristique avec des bas-joues, des bourrelets autour du cou, des bras et des membres inférieurs [20] .

- **Physiopathologie**

Le gros fœtus est surtout gras.

L'accroissement porte beaucoup plus sur le panicule adipeux que sur le squelette. Il en résulte que la grandeur frappe moins que la grosseur ; que la tête habituellement ronde et très ossifiée, n'a subit qu'une augmentation de volume modéré ; que la grosseur porte surtout sur le tronc et les membres particulièrement sur les épaules : le bisacromial. Normalement de 12cm, il peut atteindre 15 à 20 cm.

Cependant chez les fœtus de mère diabétique, on observe la splanchnomégalie. L'excès de graisse produit sur le corps d'abondants bourrelets.

- **Diagnostic clinique**

**Terme** : Rechercher un dépassement de terme à partir de la date des dernières règles.

Au-delà de 42SA suspecter une macrosomie fœtale dans 10 à 20% des cas.

**Examen général** : Rechercher une éventuelle obésité, une grande taille et une prise de poids au cours de la grossesse.

**Examen obstétrical** : Une hauteur utérine supérieure à **36** cm et un périmètre ombilical à **105** cm sur une grossesse à terme doivent faire penser à la macrosomie.

- **Diagnostic para clinique :**

- **Echographie précoce :** Elle permet de déterminer avec précision le terme de la grossesse au premier trimestre si la date des dernières règles n'est pas théoriquement connue.
- **Echographie morphologique :** A la 22<sup>ème</sup> semaine elle dépiste les malformations pouvant constituer un diagnostic différentiel avec la macrosomie.

**Diagnostic échographique de la macrosomie :** Lorsque le diamètre bipariétal et le diamètre transverse abdominal dépassent **100 mm**, le fémur **77 mm**, on parle de macrosomie.

**Surveillance biologique :**

Elle consiste à rechercher un diabète gestationnel.

**Dépistage du diabète gestationnel :** Une glycémie à jeûn supérieure ou égale à **0,90 g/l** et une glycémie postprandiale supérieure à **1,20 g/l, 1h30 mn** après un petit déjeuner comportant 50 g de glucose, définissent le diabète gestationnel [15]

**1-1-2 Les annexes :**

Leur augmentation de volume est parallèle à celle du fœtus. Il s'agit d'un fœtus dont l'ensemble est proportionné.

Le placenta est gros pesant **800 grammes** et plus.

Le cordon est gras, facile à couper par le fil de ligature.

**2. A la naissance**

**2.1 Description :** le macrosome est un fœtus grand, gros et large. Son aspect est assez caractéristique avec des bas-joues, des bourrelets autour du cou, des bras, des membres inférieurs [20].

**2.2 Mensurations**

- **Du pôle céphalique :** le diamètre bipariétal (BIP) est le plus souvent supérieur à 100 mm [13].

Le périmètre crânien (PC) est fréquemment augmenté au-delà de 360 mm pour une normale à 346 mm [20].

- **Des épaules** : le diamètre biacromial dont la norme est de 120 mm est augmenté au-delà de 140 mm [3] et peut atteindre 190 mm [13] la circonférence des épaules atteint 395 mm pour une normale à 365 mm [20].
- **Du thorax** : le périmètre thoracique (PT) atteint 362 mm pour une normale à 336 mm [20].
- **De l'abdomen** : le diamètre abdominal transverse (DAT) excède 100 mm, la circonférence abdominale 360 mm [13].
- **De la taille** : Elle atteint 54,6cm pour une moyenne à 51,7cm et la mesure échographique du fémur est plus de 77mm pour une normale à 73 [11, 13,20]

## II. FACTEURS DE RISQUE

Les facteurs prédisposant à la macrosomie fœtale sont :

### 1. Facteurs constitutionnels :

- **L'hérédité** : La grande taille de la mère plus encore celle du père [18] ;
- **L'obésité maternelle** augmente le risque de la macrosomie fœtale. Ce risque est multiplié par 4 à partir de 90kg et par 7 au –delà de 112,5kg [19,21] ;
- **Le sex-ratio**: les garçons sont deux fois plus macrosomes que les filles [26, 21]

### 2. Facteurs acquis :

- **L'âge maternel** supérieur à 30 ans [26,28]
- **La multiparité** augmente le risque de macrosomie [8, 26,31].

Le poids des enfants augmente progressivement avec la parité. Le poids augmente en moyenne de 300g d'une parité à l'autre. Le 4<sup>e</sup> enfant pèse couramment plus de 4000g [18].

- **Les antécédents de macrosomie** [20, 26,27].
- **La prise de poids** : une prise de poids excessive supérieure ou égale à 12kg fait courir le risque de macrosomie de 4 à15, 2% [3,24].
- **Le dépassement de terme** : on rencontre 3 fois plus de fœtus macrosome à partir de 42SA que lors des naissances avant 41SA [3,16]

- Le diabète [5].

### III. ANATOMIE DU PELVIS

#### 1. Morphologie générale [6]

La ceinture pelvienne forme la base du tronc et constitue les assises de l'abdomen. Elles réalisent la jonction entre le rachis et les membres inférieurs. C'est un anneau ostéoarticulaire symétrique formé de quatre pièces osseuses, trois articulations et une symphyse.

Les quatre pièces osseuses sont :

- les deux os coxaux pairs et symétriques, constitués chacun par la fusion de trois os : l'os iliaque, l'ischion et le pubis ;
- le sacrum impair, formé par la soudure de cinq vertèbres sacrées ; la première vertèbre sacrée (S1) s'articule avec la dernière vertèbre lombaire (L5) en formant une forte saillie appelée angle sacrovertébral ou promontoire.
- le coccyx.

Les trois articulations très peu mobiles sont :

- les deux articulations sacro-iliaques réunissant le sacrum à chaque os iliaque, ce sont des diarthroses condyliennes.
- l'articulation sacro-coccygienne.

La symphyse pubienne réunissant en avant les os pubiens. C'est une articulation dont la mobilité est quasiment nulle ;

La filière pelvienne comprend trois étages :

- un orifice d'entrée ou détroit supérieur ;
- une excavation
- un orifice inférieur à grand axe sagittal, c'est le détroit inférieur.

La connaissance de la morphologie de la filière pelvienne a une importance capitale dans le pronostic de l'accouchement [5].

#### 2. Déroit supérieur :

##### 2.1. Aire du déroit supérieur :

L'aire du déroit supérieur est circonscrite par une ligne qui part en arrière de l'angle sacrovertébral, suit les bords antérieurs des ailerons sacrés, puis les

lignes innominées pour se terminer en avant à la partie supérieure de la symphyse pubienne.

## **2.2. Diamètres du détroit supérieur :**

Les principaux diamètres du détroit supérieur sont :

- **le diamètre transverse maximal** : il réunit les deux points les plus éloignés des lignes innominées, mesure 13,5 cm. Il n'est pas utilisable par la présentation car trop poche du promontoire qui fait saillie dans le plan du détroit supérieur ;
- **le diamètre transverse médian** ou diamètre transverse utile parallèle au transverse maximal. Il passe par le milieu du diamètre antéropostérieur (promonto-réto-pubien). Il mesure 12,5 cm ;
- **le diamètre promonto-sus-pubien** : va du promontoire à l'extrémité supérieur du pubis mesure 11 cm ;
- **le diamètre promonto-réto-pubien (PRP)** : c'est le diamètre antéropostérieur du détroit supérieur au niveau du plan des lignes innominées. Il part en avant du point réto pubien (margelle) et aboutit en arrière sur la face antérieure de la première pièce sacrée. Il mesure 10,5 cm ;
- **le diamètre promonto-sous-pubien** : part du promontoire et se termine en avant en dessous de la symphyse pubienne, mesure 12 cm ;
- **les diamètres obliques** (droit et gauche) : vont d'une éminence iliopectinée en avant à l'articulation sacro-iliaque du côté opposé en arrière. Ils mesurent 12 cm ;
- **les diamètres sacro-cotyloïdiens** (droit gauche) : vont du promontoire à la région acétabulaire. Ils mesurent 9 cm.

- **Indice du détroit supérieur :**

L'indice de Magnin [14] est le plus utilisé en France. Il est égal à la somme du diamètre promonto-réto-pubien et du diamètre transverse médian  
(**IM=10,5+12,5**)

Le pronostic obstétrical est jugé bon si l'indice de Magnin est supérieur ou égal à 23. Il est favorable jusqu'à 22. Le risque de dystocie mécanique est grand pour un indice de Magnin inférieur à 20.

### 3. Excavation pelvienne

C'est le canal dans lequel la présentation effectue sa décente et sa rotation. Elle est située entre le détroit supérieur et l'orifice inférieur du bassin. L'excavation est formée par la face antérieure du sacrum et du coccyx en arrière et par la face postérieure du pubis en avant.

Latéralement par la surface quadrilatère le l'os coxal répondant au fond du cotyle, par la face interne de l'épine sciatique et du corps de l'ischion. Cette surface osseuse sépare le trou obturateur en avant des grandes et petites échancrures sciatiques en arrière. Elle comprend un léger rétrécissement qui passe par les épines sciatiques : **le détroit moyen**. Les diamètres de l'excavation pelvienne sont compatibles avec les dimensions d'une tête fœtale, même très modérément fléchie :

- **Le diamètre antéropostérieur** : 12 cm ;
- **Le diamètre transverse bi sciatique** : 10,8 cm.

### 3-4 Détroit inférieur :

Plan du dégagement de la présentation, à une forme irrégulière.

C'est l'orifice inférieur du canal pelvien, défini comme l'espace compris entre le détroit moyen et les parties molles. Le volume de cet espace est modifiable par la rétro pulsion du coccyx

Les principaux diamètres du détroit inférieur sont :

- **le diamètre sous-coccy-souspubien** : 8,5 cm qui atteint 11,5 cm par la rétro pulsion du coccyx ;
- **le diamètre sous-sacro-sous pubien** : 11,5 cm ;
- **le diamètre bi-ischiatique** : 11cm.

## **IV. ACCOUCHEMENT DU FŒTUS MACROSOME [18]**

**1. Accouchement de la tête :** la tête ne s'engage pas avant le travail. Une fois le travail commencé, l'engagement quand il se produit s'effectue souvent en hyper flexion. La descente peut être lente. La rotation est difficile dans les variétés occipito-postérieures. L'expulsion en occipito-sacré est relativement fréquente. Le périnée soumis à une forte distension risque de se déchirer.

Mais l'excès de volume céphalique peut rendre l'engagement impossible.

**2. Accouchement des épaules :** alors que dans l'accouchement normal les difficultés cessent après l'accouchement de la tête, elles augmentent au contraire lorsque le fœtus est trop gros.

Les épaules peuvent être retenues au détroit supérieur. Comme l'engagement des épaules a lieu en même temps que le dégagement de la tête, une dystocie complexe peut survenir. La tête arrêtée dans sa progression par le blocage des épaules qui est immobilisées au niveau du détroit supérieur :

**c'est la dystocie des épaules.**

L'immobilisation des épaules attire la tête vers le bassin. Celle-ci se colle à la vulve, comme si elle voulait revenir en arrière, sans pouvoir toujours faire son mouvement de restitution. Rapidement elle se cyanose, devient violacée.

**3. Accouchement du siège :** Les difficultés sont encore accrues dans la présentation du siège. Le relèvement des bras est fréquent. Le fœtus succombait assez souvent lors des manœuvres d'extraction.

**4. Pronostic materno- foetal :**

**4.1. Pronostic foetal :** le fœtus court des dangers de trois ordres :

- Il risque d'être traumatisé au cours de l'accouchement. La dystocie des épaules imprévisible, parfois irréductible peut entraîner la mort du fœtus. Lors des manœuvres d'extraction par voie basse divers accidents peuvent se produire ; les plus fréquents sont : la fracture de la clavicule, de l'humérus ou du fémur (dans la présentation du siège), la paralysie du plexus brachial.
- la cyanose et l'asphyxie peuvent entraîner une hémorragie cérébro-méningée.

- les complications métaboliques : l'hypoglycémie néonatale nécessitant une surveillance étroite et une prise en charge dès la naissance surtout s'il naît de mère diabétique

Malgré tous ses dangers un accouchement par voie basse bien conduit n'augmente pas le risque foetal et permet une naissance sans dommage.

**4.2. Le pronostic maternel** est généralement bon.

Mais des complications peuvent survenir. Outre la longueur du travail l'accouchement du gros foetus est marqué par la fréquence des complications traumatiques maternelles. Elles peuvent intéresser toute la filière génitale ;

- La vulve : fréquence des lésions clitoridiennes.
- Le vagin : fréquence des déchirures de la partie moyenne,
- Le périnée : tous les degrés de déchirures sont possibles : déchirures simples, déchirures complètes, déchirures complètes et compliquées.
- Le col et le segment inférieur : la déchirure est en général cervico-segmentaire, sous péritoniale. la rupture utérine corporéale est possible.
- Le tissu cellulaire péri vaginal : la formation d'un hématome péri vaginal,
- Les organes voisins et surtout la vessie avec constitution d'une fistule vésico-vaginale immédiate ou tardive.

Par ailleurs la délivrance est souvent hémorragique par atonie utérine.

Et à long terme possibilité de prolapsus génital.

## 5. Conduite à tenir [18]

- **Au cours du travail**

La césarienne est justifiée :

- lorsque des difficultés importantes ont été rencontrées au cours de l'accouchement précédent,
- lorsque le fœtus se présente par le siège,
- chez des diabétiques mal équilibrés

Pendant le travail la césarienne est indiquée lorsque la tête fœtale ne s'engage pas. Lorsqu'elle est engagée, des précautions doivent être prises :

- le personnel compétent en place,
- la mise en position gynécologique de la parturiente,
- l'épisiotomie franche indispensable,
- réduire une éventuelle dystocie des épaules par les différentes manœuvres (COUDER, JACQUEMIER).
- prévenir une éventuelle hémorragie de la délivrance (voie veineuse de sécurité, délivrance active ou dirigée).

Surveillance du post partum immédiat

## **En cas de dystocie des épaules [18]**

### **Manœuvre de réduction de la dystocie des épaules :**

- Manœuvre de Mc ROBERTS : elle consiste en une hyper flexion des cuisses de la parturiente sur son abdomen, ce qui permet de diminuer l'angle d'inclinaison du détroit supérieur et une rotation de la symphyse pubienne permettant ainsi la libération de l'épaule antérieure.

- Expression sus pubienne de l'épaule antérieure :

Tandis que l'accoucheur exerce une traction douce sur la tête fœtale, un assistant applique une pression au-dessus du pubis sur l'épaule antérieure à l'aide d'un poing fermé.

Le diamètre bisacromial sera réduit par tassement et permet le glissement de l'épaule sous la symphyse.

- Manœuvre de WOODS : elle consiste en une rotation progressive de l'épaule postérieure jusqu'à ce qu'elle devienne antérieure, qui une fois sous la symphyse pubienne, se dégage.

- Manœuvre de COUDER : lorsqu'on est parvenu à amener l'épaule antérieure sous la symphyse, mieux vaut souvent dégager d'abord le bras antérieur, en le dirigeant de deux doigts placés en attèle. Dans cette manœuvre l'humérus peut se fracturer.

- Manœuvre de JACQUEMIER : Elle consiste à abaisser le bras postérieur du fœtus plus facilement accessible par une main introduite par la concavité sacrée, jusqu'au-dessus du détroit supérieur. L'humérus protégé par les doigts de l'opérateur placés en attèle est amené à la vulve en suivant le plan ventral du fœtus. Cette manœuvre terminée, on peut soit abaisser le bras antérieur soit le transformer en bras postérieur en faisant tourner le fœtus de 180 degrés en se servant du bras postérieur déjà extrait puis on recommence la manœuvre.

## METHODOLOGIE

### 1. Cadre de l'étude :

Notre étude a lieu à la maternité du Centre de Santé de Référence de la Commune V du District de Bamako.

Le service est dirigé par un Professeur Agrégé en Gynécologie et d'Obstétrique, médecin Chef du Centre de Santé de Référence de la Commune V.

Le service de Gynéco-Obstétrique du Centre de Référence de la Commune V comprend plusieurs unités dont :

- une unité de Gynécologie ;
- une unité de Vaccination ;
- une unité d'Accouchement, suites de couches ;
- une unité Planification familiale ;
- une unité de Consultation Périnatale ;
- un bloc opératoire fonctionnel.

Le personnel de la maternité est essentiellement composé de :

- 1 Professeur de gynécologie et d'obstétrique
- 2 Gynécologues obstétriciens
- 29 Sages-femmes
- 3 CES en gynéco-obstétrique
- 3 Anesthésistes
- et des étudiants de la septième année FMPOS faisant fonction d'internes

Les activités sont organisées comme suit :

- ✓ Une permanence est assurée par une équipe de garde composée de :
- ✓ 2 médecins
- ✓ 5 étudiants en médecine faisant fonction d'internes.
- ✓ 2 sages-femmes
- ✓ Un infirmier anesthésiste
- ✓ Une technicienne de laboratoire

- ✓ Un chauffeur d'ambulance qui assure la liaison avec les hôpitaux nationaux (HNPG, HGT) et le centre national de transfusion sanguine (CNTS) et CSCOM.
- ✓ Deux garçons de salle assurent la propriété permanente du service.

Cette équipe dispose de 4 tables d'accouchement,

- ✓ Deux salles d'opération fonctionnelles
- ✓ Un dépôt de sang
- ✓ Des kits de médicaments d'urgence permettant une prise en charge rapide de toutes les urgences obstétricales.

Ces kits de médicament ont été mis en place dans le cadre de la gratuité de la césarienne par le ministère de la Santé.

Un staff de 30 minutes a lieu tous les jours ouvrables à partir de 8 heures 15 minutes réunissant le personnel du service dirigé par le chef de service. Au cours de ce staff, l'équipe de garde fait le compte rendu des activités et des événements qui se sont déroulés les 24 heures passées.

Il y a 4 jours de consultations externes en gynécologie, et 4 journées opératoires dans la semaine.

Le suivi des malades hospitalisées a lieu tous les jours. La grande visite réunissant le chef de service, les médecins du service et les étudiants est réalisée tous les Jeudi après le staff.

## **2-Type d'étude :**

Il s'agit d'une étude transversale, prospective et descriptive effectuée à la maternité du Centre de Santé de Référence de la Commune V

## **3-Période d'étude :**

Notre étude s'étend sur 12 mois (du 1<sup>er</sup> janvier 2005 au 31 décembre 2005)

## **4-Population d'étude :**

L'étude a porté sur tous les cas de macrosomie fœtale enregistrés durant la période d'étude.

## **5-Echantillonnage :**

### **critères d'inclusions :**

Nous avons inclus dans cette étude tous les accouchements effectués dans le CSRef CV dont le poids du nouveau-né est égal ou supérieur à 4000g sans considération de sexe.

### **critère de non inclusion :**

- les nouveau-nés de poids inférieur à 4000g
- les malformations fœtales

## **6- Collecte des données :**

Les données ont été collectées à partir : des carnets de consultation prénatale, des partogrammes, des registres d'accouchement, des comptes rendus opératoires, des dossiers obstétricaux.

- Nous avons considéré :
- Comme diabétiques toutes parturientes étant diabétiques connues ou chez qui la glycémie était supérieure à 1,26g après un accouchement de gros fœtus
- Obèses, celles qui ont été évaluées à partir de la formule de l'indice de masse corporelle supérieur ou égal à 30.
- Grande taille, celles dont la taille était supérieure à 1,70 cm

## **7-Traitement et analyse des données :**

Les données ont été recueillies sur les fiches d'enquête, la saisie et l'analyse sur les logiciels Word 2000, Excel et Epi info 6.

## **8- Critique de la discussion :**

Au cour de notre enquête, nous avons été confrontés à certaines difficultés :  
L'état défectueux de la balance qui a été remplacé , des dossiers incomplets  
(manque du poids du fœtus) et des partogrammes mal remplis

## RESULTATS

### 1. Fréquence :

Du 1<sup>er</sup> janvier 2005 au 31 décembre 2005 nous avons enregistré 107 accouchements gros foetus sur 6745 accouchements soit une fréquence de 1,58%.

### 2. Caractéristiques socio-démographiques :

**Tableau 1** : répartition des parturientes selon leur âge.

Age en année	Effectif	Pourcentage
<19 ans	14	13,1
<b>19-35 ans</b>	<b>64</b>	<b>59,8</b>
> à 35 ans	29	27,1
<b>Total</b>	<b>107</b>	<b>100,0</b>

**Tableau 2** : répartition des parturientes selon l'état matrimonial.

<b>Etat matrimonial</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage</b>
<b>Mariées</b>	<b>98</b>	<b>91,6</b>
Célibataires	9	8,4
<b>Total</b>	<b>107</b>	<b>100,0</b>

**Tableau 3** : répartition des parturientes selon la profession.

<b>Profession</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage</b>
<b>Sans profession</b>	<b>66</b>	<b>61,7</b>
Fonctionnaires	15	14,1
Etudiantes	5	4,7
Elèves	7	6,5
Commerçantes	7	6,5
Autres*	7	6,5
<b>Total</b>	<b>107</b>	<b>100,0</b>

Autres : 6 couturières, 1 gestionnaire.

### 3. Antécédents obstétricaux :

**Tableau 4** : répartition des parturientes selon la gestité.

<b>Gestité</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage</b>
Primigeste	19	18
Paucigeste	10	9
<b>Multigeste</b>	<b>59</b>	<b>55</b>
Grande multigeste	19	18
<b>Total</b>	<b>107</b>	<b>100,0</b>

**Tableau 5** : répartition des parturientes selon la parité.

<b>Parité</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage</b>
Primipare	19	17,8
Paucipare	10	9,3
<b>Multipare</b>	<b>50</b>	<b>46,7</b>
Grande multipare	28	26,2
<b>Total</b>	<b>107</b>	<b>100</b>

#### 4. Etude clinique :

**Tableau 6** : répartition des parturientes selon la prise de poids >12kg au cours de la grossesse.

<b>Prise de poids &gt;12kg</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage</b>
Oui	28	26,2
Non	79	73,8
<b>Total</b>	<b>107</b>	<b>100,0</b>

**Tableau 7** : répartition des parturientes selon la pathologie maternelle au cours de la grossesse.

<b>Affection maternelle</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage</b>
Obésité	62	63,3
Diabète	31	31,6
Hypertension artérielle	2	2,04
Drépanocytose	3	3,1
<b>Total</b>	<b>98</b>	<b>100,0</b>

Les 9 autres n'avaient pas de pathologies maternelles

**Tableau 8** : répartition des parturientes selon la taille

<b>Taille</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage</b>
<170cm	14	13,1
<b>≥170cm</b>	<b>93</b>	<b>86,9</b>
<b>Total</b>	<b>107</b>	<b>100,0</b>

**Tableau 9** : répartition des parturientes selon le poids à l'admission

<b>Poids</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage</b>
<60kg	5	4,6
<b>60 à 90kg</b>	<b>77</b>	<b>72,0</b>
>90kg	25	23,4
<b>Total</b>	<b>107</b>	<b>100,0</b>

**Tableau 10** : répartition des parturientes selon l'antécédent de gros fœtus à l'interrogatoire.

<b>Antécédent de gros fœtus</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage</b>
Oui	54	50,5
Non	53	49,5
<b>Total</b>	<b>107</b>	<b>100,0</b>

**Tableau 11** : répartition des parturientes selon le nombre de consultations prénatales effectuées.

<b>Nombre de consultation</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage</b>
0	10	9,3
<4	13	12,1
≥4	84	78,6
<b>Total</b>	<b>107</b>	<b>100,0</b>

**Tableau 12** : répartition des parturientes selon l'âge gestationnel.

<b>Age gestationnel</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage</b>
<38 SA	5	4,7
38 à 42 SA	98	91,6
<b>≥42 SA</b>	<b>4</b>	<b>3,7</b>
<b>Total</b>	<b>107</b>	<b>100,0</b>

**Tableau 13** : répartition des parturientes selon la hauteur utérine

<b>Hauteur utérine</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage</b>
≤36cm	43	40,2
<b>&gt;36cm</b>	<b>64</b>	<b>59,8</b>
<b>Total</b>	<b>107</b>	<b>100,0</b>

**Tableau 14** : répartition des parturientes selon le périmètre ombilical

<b>Périmètre ombilical</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage</b>
<105	48	44,9
<b>≥105</b>	<b>59</b>	<b>55,1</b>
<b>Total</b>	<b>107</b>	<b>100,0</b>

**Tableau 15** : répartition des parturientes selon l'état clinique du bassin maternel.

<b>Bassin maternel</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage</b>
<b>Normal</b>	<b>96</b>	<b>89,7</b>
Limite	9	8,5
Généralement rétréci	2	1,8
<b>Total</b>	<b>107</b>	<b>100,0</b>

## 5. MARCHE DU TRAVAIL

**Tableau 16** : répartition des parturientes selon l'état des membranes à l'admission.

<b>Membranes</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage</b>
Non rompues	86	80,4
<b>Rompues</b>	<b>21</b>	<b>19,6</b>
<b>Total</b>	<b>107</b>	<b>100,0</b>

**Tableau 17** : répartition des parturientes selon la coloration du liquide amniotique.

<b>Liquide amniotique</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage</b>
Clair	85	79,5
<b>Méconial</b>	<b>18</b>	<b>16,8</b>
Sanglant	4	3,7
<b>Total</b>	<b>107</b>	<b>100,0</b>

**Tableau 18** : répartition des foetus selon la présentation.

<b>Présentation</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage</b>
<b>Céphalique</b>	<b>104</b>	<b>97,2</b>
siège	3	2,8
<b>Total</b>	<b>107</b>	<b>100,0</b>

**Tableau 19** : répartition des parturientes en fonction de la voie d'accouchement.

<b>Mode d'accouchement</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage</b>
<b>Voie basse</b>	<b>77</b>	<b>72,0</b>
Césarienne	30	28,0
<b>Total</b>	<b>107</b>	<b>100,0</b>

**Tableau 20** : répartition des parturientes en fonction des indications de césarienne.

<b>Indications de césarienne</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage</b>
<b>Disproportion foeto-pelvienne</b>	<b>16</b>	<b>53.3</b>
Siège	3	10.0
Anomalie du bassin	11	36.7
<b>Total</b>	<b>30</b>	<b>100,0</b>

**Tableau 21** : répartition des parturientes en fonction de l'épisiotomie.

<b>Episiotomie</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage</b>
<b>Oui</b>	<b>27</b>	<b>25,2</b>
Non	80	74,8
<b>Total</b>	<b>107</b>	<b>100,0</b>

**Tableau 22** : répartition des parturientes en fonction du poids du placenta.

<b>Poids placenta</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage</b>
<600g	33	30,9
<b>≥600g</b>	<b>74</b>	<b>69,1</b>
<b>Total</b>	<b>107</b>	<b>100,0</b>

## 6. Nouveau-nés

**Tableau 23** : répartition des foetus selon le diamètre bipariétal.

<b>Diamètre bipariétal</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage</b>
<100mm	25	75,8
≥100mm	10	24,2
<b>Total</b>	<b>35</b>	<b>100,0</b>

**Tableau 24** : répartition des nouveau-nés en fonction du score d'APGAR à la première minute.

<b>APGAR (la 1<sup>ère</sup> mn)</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage</b>
0	6	5,6
1- 6	2	1,9
<b>7-10</b>	<b>99</b>	<b>92,5</b>
<b>Total</b>	<b>107</b>	<b>100,0</b>

**Tableau 25** : répartition des nouveau-nés en fonction du score d'APGAR à la 5<sup>ème</sup> mn

<b>APGAR (5<sup>ème</sup> mn)</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage</b>
<b>0</b>	<b>8</b>	<b>7,5</b>
7-10	99	92,5
<b>Total</b>	<b>107</b>	<b>100,0</b>

**Tableau 26** : répartition des nouveau-nés en fonction du sexe.

<b>Sexe</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage</b>
<b>Masculin</b>	<b>84</b>	<b>78,5</b>
Féminin	23	21,5
<b>Total</b>	<b>107</b>	<b>100,0</b>

**Tableau 27** : répartition des nouveau-nés en fonction du poids de naissance.

<b>Poids du nouveau-né (g)</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage</b>
4000-4500 grammes	89	83,2
4500-5000 grammes	18	16,8
<b>Total</b>	<b>107</b>	<b>100,0</b>

Le poids moyen est de 4500g

**Tableau 28** : répartition des nouveau-nés selon la taille à la naissance.

<b>Taille du nouveau-né</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage</b>
<52cm	27	25,2
≥52cm	80	74,8
<b>Total</b>	<b>107</b>	<b>100,0</b>

**Tableau 29** : répartition des nouveau-nés selon le périmètre crânien.

<b>Périmètre crânien</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage</b>
<36cm	27	25,2
≥36cm	80	74,8
<b>Total</b>	<b>107</b>	<b>100,0</b>

**Tableau 30:** répartition des nouveau-nés selon le périmètre thoracique

<b>Périmètre thoracique</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage</b>
<36cm	28	26,2
≥36cm	79	73,8
<b>Total</b>	<b>107</b>	<b>100,0</b>

## 7. Complications :

**Tableau 31 :** répartition des nouveau-nés selon les complications.

	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage</b>
<b>Nouveau-nés avec complications</b>	<b>35</b>	<b>32,7</b>
Nouveau-nés sans complication	72	67,3
<b>Total</b>	<b>107</b>	<b>100,0</b>

**Tableau 32** : répartition des nouveau-nés en fonction de la nature des complications.

<b>Complications</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage</b>
<b>Souffrance fœtale</b>	<b>17</b>	<b>42,9</b>
Dystocie des épaules	6	17,1
Hypoglycémie	3	8,6
Décès	8	22,9
<b>Total</b>	<b>35</b>	<b>100,0</b>

**Tableau 33** : répartition des parturientes selon les complications.

	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage</b>
<b>Avec complications</b>	<b>59</b>	<b>55,2</b>
Sans complication	48	44,8
<b>Total</b>	<b>107</b>	<b>100,0</b>

**Tableau 34** : répartition des parturientes en fonction du type de complication.

<b>Complications</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage</b>
<b>Hémorragie de la délivrance</b>	<b>27</b>	<b>45,8</b>
Lésions des parties molles	19	32,2
Endométrite	5	8,5
Rupture utérine	5	8,5
Décès	2	3,3
Fistule vésico-vaginale	1	1,7
<b>Total</b>	<b>59</b>	<b>100,0</b>

## COMMENTAIRES ET DISCUSSION

### **1- Fréquence de la macrosomie :**

Du 1<sup>er</sup> janvier 2005 au 31 décembre 2005, nous avons recensé 107 macrosomes sur 6745 accouchements soit une 1,58%. Badji.CA au Sénégal [1] a trouvé 1,56%. Merger en France 6,45% [18] et Nocon aux USA 6,8% [17] La fréquence de la macrosomie serait plus élevée dans les pays développés qu'en Afrique.

Cette fréquence dans les séries africaines (1,56% au Sénégal, 2,72% au Mali en 1999 à l'HNPG et 1.58% dans notre étude) se rapporterait aux facteurs de sous nutrition, au mauvais suivi de la grossesse, au bas niveau socio-économique et aux pathologies fréquentes aux cours de la grossesse.

### **2- Caractéristiques socio-demographiques\_:**

La macrosomie a été observée le plus dans la tranche d'âge comprise entre 19-35ans avec un taux de 59,8%. D'autres auteurs rapportent les mêmes constatations : que cette tranche d'âge correspond à la période d'activité obstétricale intense.

### **3- Antécédents obstétricaux**

Les antécédents de macrosomie sont de 50,5% dans notre série.

Les multipares représentent 46,7% , les grandes multipares 26% .Nous retrouvons 62% de multipares chez Ouada [26]. Ceci est expliqué dans le Merger [18] : une multipare est prédisposée à faire de gros enfants lors des grossesses ultérieures : c'est la dystocie progressive de la multipare L'explication est que le poids foetal augmente en moyenne de 300 mg d'une parité à l'autre et que le quatrième enfant pèse généralement 4000 grammes à la naissance [18]

#### 4- Etude clinique :

- ✓ Une prise pondérale excessive au-delà de 12 kg au cours de la grossesse fait suspecter une macrosomie foétale [3] .  
Sur 107 gestantes 28 avaient une prise pondérale excessive soit 26,2%. Ce facteur dépendant de l'alimentation correspond à une modification physiologique du métabolisme maternelle expliquant la macrosomie par anabolisme.
- ✓ 78,5% ont fait plus de quatre consultations prénatales ceci attestant du bon suivi quantitatif des parturientes.
- ✓ La notion d'antécédent de diabète a été retrouvée chez 19,6% de nos parturientes et 9,3% des cas ont été confirmés diabétiques au cours de notre étude. Panel a trouvé 2,5% d'antécédent de diabète [27].
- ✓ L'obésité a été retrouvée comme facteur de risque prédominant dans notre série avec 59,7%. Badji C.A trouve 63%. Cela s'explique par le mécanisme d'interdépendance du métabolisme des glucides et des lipides qui serait responsable d'un hyperinsulinisme. L'insuline est une hormone anabolisante qui fait pénétrer les glucides dans les cellules, accumuler les acides gras au niveau du tissu adipeux et les protéines dans les muscles d'où macrosomie foétale.
- ✓ Le dépassement de terme concerne 3,7% des parturientes. PANEL rapporte 2,5% [27]. Certains auteurs pensent que le dépassement de terme expose trois fois le fœtus aux risques de macrosomie que les fœtus naissants avant 42 S.A [ 3,8]. OUADA et collaborateurs [26] suggèrent l'existence d'une influence réciproque de la macrosomie sur la surmaturité. D'une part la prolongation du séjour foétale favorise l'hypotrophie et d'autre part s'accompagnerait d'un gain pondéral, l'hypertrophie foétale qui favoriserait la prolongation du terme par le biais de la disproportion foétalo-pelvienne perturbant ainsi le déclenchement spontané du travail en modifiant les composantes mécaniques [5].
- ✓ Une hauteur utérine au-delà de 36 cm est en faveur d'un gros fœtus. Ce fut dans 59,8% des cas. Dolo.O [5] rapporte 85,9%.

- ✓ A l'examen obstétrical 89,7% des bassins étaient cliniquement normaux, 8,5% étaient limites et 1,8% généralement rétrécis.  
10,3% de ces bassins pouvaient constituer une dystocie mécanique

#### **5- Particularités de l'accouchement :**

- ✓ La plupart des grossesses étaient arrivées à terme.  
Nous avons : 97,2% de présentations céphaliques et 2,8% de présentations de sièges. MOUZIL [21] avait trouvé 97,2% de présentations céphaliques, 2,5% de présentation de sièges et 0,25% de présentation transversales.  
Nous n'avons pas trouvé de présentation transversale dans notre étude.
- ✓ La rupture prématurée des membranes est survenue dans 19,6% des cas. Dolo O a trouvé 41,3%.
- ✓ L'accouchement s'est déroulé par voie basse dans 72% des cas, et par césarienne dans 28%. Badji C .A [1] trouvé 57,2% d'accouchement par voie basse et 42,8% de césarienne au Sénégal.
- ✓ Ce taux faible de césarienne dans notre série s'expliquerait par la fréquence élevée de présentation céphalique dans notre étude, la rareté des bassins dystociques. En effet selon Merger la présentation céphalique constitue une bonne condition d'accouchement par voie basse [18].
- ✓ 28% de nos parturientes ont été césarisées avec comme indications la disproportion foeto-pelvienne dans 53% des cas , la présentation du siège dans 10% des cas et les anomalies du bassin dans 36,7% des cas .

## **6 - Placenta :**

Le placenta assure les apports nutritifs du fœtus [10]. Quelle peut être la relation entre le fonctionnement placentaire et le poids fœtal ?

Le poids du placenta, habituellement correspond à 1/5 du poids fœtal. Le poids normal du placenta se situe autour de 500 voir 600 grammes.

74 placenta sur 107 soit 69,1% pesaient plus de 600 grammes, le plus gros avait 1000 grammes.

Un gros placenta réaliserait une large zone d'insertion [15] prédisposant aux hémorragies de la délivrance après un accouchement de gros fœtus.

## **7. Nouveau-né :**

Tous les fœtus étaient uniques, preuve que les grossesses multiples habituellement, ne donnent pas de fœtus macrosome.

- Le poids fœtal : les nouveau-nés avaient un poids compris entre 4000 et 4500 grammes dans 83,2%. Le plus gros pesait 5000 grammes, le plus petit pesait 4000 grammes.

-Sexe : La prédominance masculine (78,5%) dans notre étude est reconnue par la plupart des auteurs [1,5].

Les garçons sont deux fois plus gros que les filles [18,16]. Cependant aucun argument scientifique n'a pu être avancé pour expliquer cette tendance.

- Taille :74,8% des nouveau-nées avaient une taille supérieure à 52cm. Il existerait une corrélation entre la taille des parents et la taille du nouveau -né

- Périmètres crânien et thoracique :

Le périmètre crânien dépassait 36 cm dans 74,8% et le périmètre thoracique dans 73,8% des cas.

Les mesures fœtales dépassaient les normes parce que le périmètre crânien et le périmètre thoracique normaux se situent respectivement autour de 34 et 33 cm [20].

Tous les macrosomes sont référés dans le service de néonatalogie après accouchement pour éviter d'éventuelles complications.

## **8. Complications :**

- **Complications fœtales** : nos complications étaient dominées par la souffrance fœtale 48,6%.

Elle serait favorisée par le diabète, le dépassement de terme.

La dystocie des épaules, accident redoutable dans l'accouchement du gros fœtus a été retrouvé dans 17,1%, Panel [27] a trouvé 9,66%. Cet événement est à l'origine d'un traumatisme néonatal grave tel que la paralysie du plexus brachial retrouvée dans 2,8% des cas. Ouada [26] a noté 0.2% de paralysie du plexus brachial.

3 cas d'hypoglycémie néonatale ont été signalés à la pédiatrie.

8 cas de décès périnataux avec 2 mort-nés macérés donc un taux de mortinatalité de 74,7‰.

Badji C.A trouve au Sénégal :

- 5 cas de dystocie des épaules,
- un cas de paralysie du plexus brachial,
- 2 cas de fractures de la clavicule et
- 4 décès néonataux.

Notre taux élevé de décès néonataux s'explique par les comportements de nos femmes enceintes : la non fréquentation des centres de santé et l'irrégularité dans les consultations prénatales et surtout le non suivi des grossesses à risque.

**9. Complications maternelles** : 59/107 soit 55,2% de nos parturientes avaient eu des complications.

Les principales étaient : l'hémorragie de la délivrance 45,8% des cas qui est en rapport avec l'inertie utérine [22] et la rétention des débris placentaires.

Les lésions des parties molles 32,2% relèvent d'un traumatisme par dystocie liée aux parties molles.

Nous avons trouvé 1,7% de fistule vésico-vaginale.

Nous avons enregistré 2 cas de décès maternel dont l'un par suite d'hémorragie de la délivrance et l'autre par rupture utérine méconnue chez une évacuée.

Dolo O [5] rapporte 7 cas de décès maternels dont 5 par rupture utérine et 2 septicémies.

Ces deux cas de décès auraient pu être évités si la grossesse et l'accouchement avaient été suivis de façon adéquate.

## CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

### 1- Conclusion :

L'accouchement du gros fœtus reste une préoccupation de l'obstétricien surtout quand il se déroule par voie basse. Les risques maternels sont dominés par la rupture utérine et l'hémorragie de la délivrance. Chez le fœtus, l'élongation du plexus brachial et la fracture de la clavicule alourdissent la morbidité. Dès lors des efforts doivent être consentis pour le suivi régulier des gestantes en vue d'améliorer le pronostic materno-fœtal et de dépister les femmes à risque telles que les obèses et les diabétiques.

## **2-Recommandations**

Les recommandations suivantes sont proposées et s'adressent :

### **Aux parturientes :**

De se présenter régulièrement aux consultations prénatales et d'accoucher dans les centres de santé.

### **Aux prestataires :**

(Gynécologues obstétriciens, médecins, sages-femmes).

- 1) Eduquer, sensibiliser et informer les femmes enceintes à fréquenter les centres de santé.
- 2) Dépister précocement la macrosomie au cours des consultations prénatales par une surveillance clinique et échographique chez des gestantes à risque : sujets obèses diabétiques, les multipares avec des antécédents de macrosomie et les prendre en charge de façon adéquate.
- 3) Faire le test de O.Sullivan chez toutes les femmes enceintes à partir de la 26<sup>eme</sup> semaine d'aménorrhée si nécessaire
- 4) Faire une radio-pelvimétrie chez les femmes à risque pour un meilleur pronostic de l'accouchement par voie basse.
- 5) Prendre en charge activement le troisième stade du travail chez toutes les femmes en salle d'accouchement.

### **Aux internes**

Remplir correctement les dossiers obstétricaux et les registres de compte rendu opératoire

### **Aux Autorités :**

- 1) Assurer la formation continue du personnel sanitaire pour une prise en charge adéquate des grossesses à haut risque et des nouveau-nés qui en seront issus.
- 2) Améliorer le plateau technique des centres de santé de référence (un cardiocographe en salle d'accouchement par exemple).

- 3) Assurer la gratuité des médicaments anti-diabétiques chez toutes les femmes diabétiques en âge de procréer.
- 4) Instituer une mini banque de sang au niveau des centres de santé de référence et mieux fournir les centres de transfusion sanguine pour une meilleure disponibilité du sang

## REFERENCES

- 1. Badji C.A, Moreau JC. BA MG.** L'accouchement du gros enfant au CHU de Dakar. Epidémiologie et pronostic. Médecine d'Afrique Noire : 1999,46(7).
- 2. Bouvier-Colle MH.** La mortalité maternelle : un aperçu sur la situation mondiale. Revue du centre international de l'enfance, Paris 1990 n° 187/188(1) :6.
- 3. Bromwich.** Big babies. Br . Med, 1986,293 : 1387-1388.
- 4. Delecour M. Thoulon JM.** La conduite à tenir actuelle au cours d'une dystocie. J. Gynécol. Obstét. Biol. Réprod. 1978, 7 : 221-223.
- 5. Dolo O.** Accouchement du gros fœtus au service de gynécologie obstétrique à l'Hôpital Nationale du Point G 1999. Thèse de médecine 0 1-M-85 ;N° 85
- 6. Enquête démographique et de santé au Mali 1995-1996.** Direction nationale de la statistique et de l'information, 375P
- 7. Gergoriou O. Maragoudaris A. Papadias K. Konidaris S. Zoulas P.** La dystocie des épaules. J. Gynécol. Obstét. Biol. Réprod. 1989, 18 : 255-261.
- 8. Goldich I. krkman K.** The large foetus: management and outcome. J. Obtét. Gynécol. 1978, 52 : 26-30.
- 9. Kamina P.** Anatomie gynécologie et obstétrique. Maloine SA, ed. paris 4<sup>e</sup> édition, 1974, 516P.
- 10. Lansac J. Berger C. Magnin G.** Obstétrique. Paris Masson, 3<sup>e</sup> éd. 1997,473P.
- 11. Leroy D.** Echographie en gynécologie obstétrique : semiologie. Paris Masson 1<sup>ère</sup> édition. 1983,148P.
- 12. Lusson D. Sibony O.** Gynécologie obstétrique (collection préparation à l'internat) ellipses, édition marketing S. A 1997.

- 13. Magnin G.** L'accouchement du gros enfant. Paris, Masson 3<sup>eme</sup> éd. 1989, 149P.
- 14. Magnin P.** Comment classer les bassins rétrécis ? valeur pronostique du détroit supérieur. J. Gynécol. Obstét. 1955, 54 : 78-86.
- 15. Magnin P. Pelliser B.** Dystocie osseuse. Encycl. Med. Chir. Paris, Obstét. 5-050-10, 1978,25p.
- 16. Meeus JB. Deshayes M.Magnin G.** Dystocie par excès du volume fœtal. Encycl. Med. Chir. Paris, Obstét.5-067-A-10, 1991, 11P.
- 17. Megafu U.Ozumba BC.** Obstetric complication of macrosomic babies in African women. J. Gynécol. Obstét. 1990 ; 32 ;215-222
- 18. Merger R. Levy J. Melchior J.** Précis d'obstétrique. Paris, Masson, 6<sup>e</sup> édition, 1995, 334-516P.
- 19. Miller JM. Korndorffer F A. Kissling GE.** Recognition of the overgrown foetus: in utero ponderal indices.J. perinatol. 1987, 4: 86-89.
- 20. Modanlou HD. Dorchester WL. Thorosian A Freeman R K. Bosu SK.** Large for gestational age neonates: anthropometric reasons for shoulder dystocia.J. Gynécol. Obstét, 1982, 60 : 417-423.
- 21. Mounzil C. TaziZ. Nabil S. Chrabi C. Dehayni M. EL Ferhi S. Alaoui MT.** L'accouchement du fœtus macrosome : contribution à la prévention du traumatisme obstétrical. A propos de 384 cas. Rév Fr.Gynécol, 1992, 35-1 : 138-150.
- 22. Neiger R.** Foetal macrosomia in the diabetic patient. J. Gynécol. Obstét, 1992,35-1 : 138-150
- 23. Nogon JJ Debrak JD. Mckenzie K. Thomas LJ. Hansell RS.** Soulder dystocia: and analysis of risks and obstét and obstét, 1990,168: 1732-1739.
- 24. O'Lery JA. Leonetti HB.** Soulder dystocia: prevention and traitement J.Gynecol. Obstét, 1990,162: 5-9
- 25. O'sullivan JB. Gellis SS. Tenney OB.** Gestionnal blood glucose levels in normal and potentially diabetic women, related to their infants. J. Gynécol. Obstét, 1966, 15 : 466-470.

- 26. Ouada C. Marzouk A. Ben yousef L. Chelli M.** Le pronostic neonatal et maternel de l'accouchement d'un gros fœtus unique à terme. Apropos de 497 cas. J. Gynécol. Obstét. Biol. Repord, 1989, 18 : 360-366.
- 27. Panel P. Meeus JB Yanoulopoulos B. Desheys M. Magnin G.** Accouchement du gros enfant a propos de 198 dossiers. J. Gynécol. Obstét Biol. Repord 1991, 20: 729-736.
- 28. Papiernik E. Carbrol D. Pons JC.** Paris, médecine, Science, Flammarion, 1995, 1584P. Paris Masson 1<sup>ere</sup> ed. 1983, 148P.
- 29. Rivière M.** Mortalité maternelle au cours de l'état gravido-puerpéral avortement excepté. Introduction générale. Rév Fr Gynécol. Obstét, 1959 ; (11) 16 :141-143.
- 30. Schaal JP. Riethmuller D. Lemouel A. Roth P. Maillet R.** Dystocie osseuse. Encycl. Med. Chir Obstétrique, 5-050-A-10, 1998, 25P  
Soulder dystocia: an analysis of risks and obstét, 1990, 168: 1732-1739.
- 31. Spellacy WN. Millers. Wingrar A. Peterson PQ.** Macrosomia maternal characteristics and infant complications. J. Gynécol. Obstét 1985, 66 : 158-161.
- 32. Vague J Vague P** Diabète et Obésité. In : Précis de diabétologie. Paris Masson 1<sup>ere</sup> éd 1995, 809 P
- 33. Vokaer R. Barrat J. Bossart H. Lewin D. Renaud R.** Traité d'obstétrique. Tome II. Paris Masson, éd, 1985, 809 P.

FICHE N° .....

PROFIL SOCIO-DEMOGRAPHIQUE

Q1 Age: en année #

1=13-19, 2=20-35, 3=sup 35

Q2 Ethnie: #

1=Bambara, 2=Malinké, 3=Peulh, 4=Sarakolé, 5=Sonrhäi, 6=Dogon, 7=Bozo,

8=Bobo,

9=Autres

Q3 Etat matrimonial: #

1=Célibataire, 2=Mari,e,

Q4 Profession: #

1=Ménagère, 2=Fonctionnaire, 3=Etudiante, 4= Elève, 5=Commerçante, 6=Autres

ANTECEDENTS OBSTETRICAUX

Q5 Gestité: #

1=Primigeste, 2=Paucigeste, 3=Multigeste

Q6 Parité: #

1=Primipare, 2=Paucipare, 3=Multipare, 4=Nullipare

Q7 Accouchement Antérieurs: #

1=Voie base, 2=Césarienne

Q8 Prise de Poids >12kg au cours de la grossesse: #

1=Oui, 2=Non

Q9 Affections maternelles: #

1=Diabète, 2=Obésité, 3=Drépanocytose, 4=Affection urinaire, 5=Néphropatie,

6=HTA

7=Autres

Q10 Antécédent de gros fœtus: #

1=Oui, 2=Non

GROSSESSE

Q11 Intervalle intergénésique en année: #

1=inf à 2 , 2= sup ou égal à 2

Q12 Date des dernières Règles: #

1=Connue, 2=Inconnue

Q13 Nbre de CPN: #

1=sup à 3, 2=égal ou sup à 3

Q14 Age gestationnel en SA: #

1=inf à 37, 2=entre 37 et 41, 3= sup à 41

Q15 Hauteur Utérine en centimètre: #

1=inf à 36, 2=sup à 36

Q16 Périmètre ombilical en centimètre: #

1= inf à 105, 2=sup à 105

Q17 Echographie à terme: #

1=oui, 2=non

Q18 Si Echographie oui en mm: #

1=Bip inf à 100mm, 2=Bip sup ou égal à 100mm

ACCOUCHEMENT

Examen obstétrical

Q19 Etat général: #

1=bon, 2=mauvais

Q20 Contraction utérine: #

1=oui, 2=non

Q21 Bruits du cœur foetal: #

1=ooui, 2=non

Q22 Présentation: #

1=Céphalique, 2=siège, 3=transversale

Q23 Membranes: #

1=intactes, 2=rompues

Q24 Bassin: #

1=normal, 2=limite, 3=généralement rétréci

#### EXAMEN GENERAL

Q25 Taille en cm: #

1=inf à 160, 2=sup à 160

Q26 Poids en Kg: #

1=inf à 60, 2=60 - 90, 3=sup à 90

Q27 Tension artérielle en cm Hg: #

1=inf à 14/9, 2=sup ou égal à 14/9

Q28 Température: #

1=inf à 38°C, 2=sup ou égal à 38°C

#### MARCHE DU TRAVAIL

Q29 Dystocie mécanique: #

1=ooui, 2=non

Q30 Dystocie dynamique: #

1=ooui, 2=non

Q31 Déclenchement: #

1=ooui, 2=non

Q32 Version: #

1=ooui, 2=non

Q33 Bruits du coeur foetal: #

1=normal, 2=bradycardie, 3=tachycardie

Q34 Membranes: #

1=rupture spontanée, 2=rupture artificielle

Q35 Liquide Amiotique: #

1=Clair, 2=teintée 3=méconial, 4=sanglant

Q36 Disproportion foeto-pelvienne: #

1=ooui, 2=non

Q37 Souffrance foetal aigue: #

1=ooui, 2=non

Q38 Durée de l'expulsion: #

1=inf à 45mn, 2=sup ou égal à 45mn

Q39 Extraction instrumentale: #

1=ooui, 2=non

Q40 Episiotomie: #

1=ooui, 2=non

Q41 Durée totale du travail: #

1=inf à 1heure, 2=2-6heure, 3=sup à 6heure

Q42 Thérapeutique: #

1=ocytocique, 2=antispasmodique, 3=prostaglandine, 4=aucune, 5=2+1

Q43 Mode d'accouchement: #

1=voie basse, 2=Césarienne

#### DELIVRANCE

Q44 Mode: #

1=Naturel, 2=Artificiel

Q45 Hémorragie: #

1=ooui, 2=non

Q46 Révision utérine: #

1=ooui, 2=non

Q47 Intégrité du placenta: #

1=ooui, 2=non

Q48 Poids du placenta: #

1=inf à 500g, 2=sup ou égal à 500g

Q49 Longueur du cordon: #

1=inf à 50cm, 2=sup ou égal à 50cm

Q50 Globe de sécurité: #

1=ooui, 2=non

#### NOUVEAU-NE

Q51 Nombre: #

1=unique, 2=multiple

Q52 Apgar: #

1=0, 2=1-3, 3=4-7, 4=8-7

Q53 Sexe: #

1=Masculin, 2=Féminin

Q54 Poids en gramme: #

1= 4000-4500 g, 2=4500-5000 g

Q55 Taille en centimètre: #

1=inf à 52, 2=sup ou égal à 52

Q56 Périmètre crânien en centimètre: #

1=inf à 36, 2=sup ou égal à 36

Q57 Périmètre thoracique en centimètre: #

1=inf à 36, 2=sup à 36

Q58 Réanimation: #

1=ooui, 2=non

Q59 Complications traumatiques: #

1=bosse sero-sanguine, 2=fracture de la clavicule, 3=paralysie faciale

3=paralysie du plexus brachial, 5=fracture du fémur, 6=Autres

Q60 Autres Complications: #

1=Souffrance foetal aigue, 2=hypoglycemie, 3=detresse respiratoire, 4= décès

#### COMPLICATIONS MATERNELLES

Q61 Complications traumatiques: #

1=Déchirure cervicale, 2=déchirure vaginale, 3=hématome génital, 4=déchirure

périnéale, 5=hémorragie, 6=rupture utérine, 7=autres

Q62 Autres Complications: #

1=anémie, 2=Fistule vésico-vaginale, 3=Endométrie, 4=prolapsus, 5=incontinence urinaire d'effort, 6=autres, 7=décès

## **Fiche signalétique**

**Nom** : TRAORE

**Prénom** : Aoua K Z

**Titre de la Thèse** : L'ACCOUCHEMENT DU GROS FOËTUS au centre de santé de référence de la commune V à propos de 107 cas.

**Année Universitaire** : 2005 – 2006

**Ville de Soutenance** : Bamako

**Pays d'origine** : MALI

**Lieu de dépôt** : Bibliothèque de la Faculté de Médecine de Pharmacie et D'Ondoto-Stomalogie.

**Secteur d'intérêt** : Gynécologie obstétrique

### **Résumée** :

Il s'agit d'une étude prospective descriptive transversale de janvier 2005 à décembre 2005.

La fréquence de la macrosomie a été de 1,58% dans notre étude.

L'âge des femmes est compris entre 18 et 46 ans.

L'obésité favoriserait la macrosomie fœtale 63,3%.

La multiparité 46,7% ainsi que le diabète 31,6%

La voie basse a été la principale voie d'accouchement dans 72% des cas et 28% de césarienne.

Huit (8) décès néonataux ont été enregistrés et deux (2) décès maternels

**Mots clés** : Accouchement du gros foetus, pronostic materno foetal, gynécologie obstétrique

# SERMENT D'HYPOCRATE

**E**n présence des Maîtres de cette faculté, de mes chers condisciples, devant l'effigie d'Hypocrate, 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.

**J**e 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.

**A**dmis 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.

**J**e 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.

**J**e garderai le respect absolu de la vie humaine dès la conception.

**M**ême sous la menace, je n'admettrai pas de faire usage de mes connaissances médicales contre les lois de l'humanité.

**R**espectueux et reconnaissant envers mes maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçu de leurs pères.

**Q**ue les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses.

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

