

MINISTÈRE DES ENSEIGNEMENTS

RÉPUBLIQUE DU MALI

SECONDAIRE, SUPERIEUR ET DE
RECHERCHE SCIENTIFIQUE

Un Peuple – Un But – Une Foi LA



ANNEE UNIVERSITAIRE : 2007-2008

N°/

**ACCOUCHEMENT CHEZ LES GRANDES MULTIPARES DANS LE
SERVICE DE GYNÉCO-OBSTÉTRIQUE DU CENTRE DE SANTÉ
DE RÉFÉRENCE DE LA COMMUNE II.
A PROPOS D'UNE ÉTUDE
CAS-TEMOINS**

THÈSE

Présentée et soutenue publiquement le 31/07/2008

Devant la Faculté de Médecine, de Pharmacie et d'Odontostomatologie

Par

Mlle Hawa KONARE

Pour obtenir le Grade de **Docteur en Médecine**
(DIPLOME D'ÉTAT)

Jury

PRESIDENT :

Professeur Salif DIAKITE

MEMBRES :

Docteur Youssouf TRAORE

Docteur Adama DIAWARA

DIRECTRICE DE THESE :

Professeur SY Assitan SOW

FACULTE DE MEDECINE, DE PHARMACIE ET D'ODONTO-STOMATOLOGIE
ANNEE UNIVERSITAIRE 2007-2008

ADMINISTRATION

DOYEN: ANATOLE TOUNKARA – PROFESSEUR

1^{er} ASSESSEUR: DRISSA DIALLO – MAÎTRE DE CONFERENCES

2^{ème} ASSESSEUR: SEKOU SIDIBE – MAÎTRE DE CONFERENCES

SECRETAIRE PRINCIPAL: YENIMEGUE ALBERT DEMBELE – PROFESSEUR

AGENT COMPTABLE: MADAME COULIBALY FATOUMATA TALL- CONTROLEUR DES FINANCES

PROFESSEURS HONORAIRES

Mr Alou BA	Ophthalmologie
Mr Bocar SALL	Orthopédie Traumatologie – Secourisme
Mr Souleymane SANGARE	Pneumo-phthisiologie
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
Mr Mamadou M. KEITA	Pédiatrie
Mr Sinè BAYO	Anatomie-Pathologie-Histoembryologie
Mr Sidi Yaya SIMAGA	Santé Publique
Mr Abdoulaye Ag RHALY	Médecine interne
Mr Boulkassoum HAIDARA	Législation
Mr Boubacar Sidiki CISSE	Toxicologie
Mr Massa SANOGO	Chimie Analytique

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
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
Mr Djibril SANGARE	Chirurgie Générale Chef de D.E.R.
Mr Abdoul Kader TRAORE dit DIOP	Chirurgie Générale

2. MAITRES DE CONFERENCES

Mr Abdoulaye DIALLO	Ophthalmologie
Mr Gangaly DIALLO	Chirurgie Viscérale
Mr Mamadou TRAORE	Gynéco-Obstétrique
Mr Filifing SISSOKO	Chirurgie Générale

Mr Sekou SIDIBE	Orthopedie-Traumatologie
Mr Abdoulaye DIALLO	Anesthésie-Reanimation
Mr Tieman COULIBALY	Orthopedie-Traumatologie
Mme TRAORE J THOMAS	Ophtalmologie
Mr Mamadou L. DIOMBANA	Stomatologie
Mme DIALLO Fatimata S. DIABATE	Gynéco-Obstétrique
Mr Nouhoum ONGOÏBA	Anatomie & Chirurgie Générale
Mr Sadio YENA	Chirurgie thoracique
Mr Youssouf COULIBALY	Anesthesie-Reanimation

3. MAÎTRES ASSISTANTS

Mr Issa DIARRA	Gynéco-Obstétrique
Mr Samba Karim TIMBO	ORL
Mme TOGOLA Fanta KONIPO	ORL
Mr Zimogo Zié SANOGO	Chirurgie Générale
Mme Djeneba DOUMBIA	Anesthésie Réanimation
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	Orthopedie-Traumatologie
Mr Aly TEMBELY	Urologie
Mr Niani MOUNKORO	Gynécologie/ Obstétrique
Mr Tiémoko D. COULIBALY	Odontologie
Mr Souleymane TOGORA	Odontologie
Mr Mohamed KEITA	ORL
Mr Boureima MAIGA	Gynéco-Obstétrique
Mr Youssouf SOW	Cgirurgie Générale
Mr Djibo Mahamane DIANGO	Anesthésie-réanimation
Mr Moustapha TOURE	Gynécologie

D.E.R. DE SCIENCES FONDAMENTALES

1. PROFESSEURS

Mr Daouda DIALLO	Chimie Générale & Minérale
Mr Amadou DIALLO	Biologie
Mr Moussa HARAMA	Chimie Organique
Mr Ogobara DOUMBO	Parasitologie-Mycologie
Mr Yénimégué Albert DEMBELE	Chimie Organique
Mr Anatole TOUNKARA	Immunologie
Mr Bakary M. CISSE	Biochimie
Mr Abdourahamane S. MAÏGA	Parasitologie
Mr Adama DIARRA	Physiologie
Mr Mamadou KONE	Physiologie

2. MAÎTRES DE CONFERENCES

Mr Amadou TOURE	Histoembryologie
Mr Flabou BOUGOUDOOGO	Bactériologie – Virologie
Mr Amagana DOLO	Parasitologie – Mycologie Chef de D.E.R.
Mr Mahamadou CISSE	Biologie
Mr Sékou F. M. TRAORE	Entomologie médicale

Mr Abdoulaye DABO
Mr Ibrahim I. MAÏGA

Malacologie – Biologie Animale
Bactériologie – Virologie

3. MAÎTRES ASSISTANTS

Mr Lassana DOUMBIA
Mr Mounirou BABY
Mr Mahamadou A. THERA
Mr Moussa Issa DIARRA
Mr Kaourou DOUCOURE
Mr Bouréma KOURIBA
Mr Souleymane DIALLO
Mr Cheick Bougadari TRAORE
Mr Guimogo DOLO
Mr Mouctar DIALLO
Mr Abdoulaye TOURE
Mr Boubacar TRAORE

Chimie Organique
Hématologie
Parasitologie – Mycologie
Biophysique
Biologie
Immunologie
Bactériologie/ Virologie
Anatomie pathologie
Entomologie-Moléculaire Médicale
Biologie/ Parasitologie
Entomologie-Moléculaire Médicale
Parasitologie - Mycologie

4. ASSISTANTS

Mr Mangara M. BAGAYOKO
Mr Djbril SANGARE
Mr Bokary Y. SACKO
Mr Mamadou BA
Mr Moussa FANE

Entomologie-Moléculaire Médicale
Entomologie-Moléculaire Médicale
Biochimie
Biologie, Parasitologie Entomologie Médicale
Parasitologie /Entomologie

D.E.R. DE MEDECINE ET SPECIALITES MEDICALES

1. PROFESSEURS

Mr Mamadou K. TOURE
Mr Mahamane MAÏGA
Mr Baba KOUMARE
Mr Moussa TRAORE
Mr Issa TRAORE
Mr Hamar A. TRAORE
Mr Dapa Aly DIALLO
Mr Moussa Y. MAIGA
Mr Somita KEITA
Mr Boubacar DIALLO
Mr Toumani SIDIBE

Cardiologie
Néphrologie
Psychiatrie-**Chef de D.E.R.**
Neurologie
Radiologie
Médecine Interne
Hématologie
Gastro-entérologie-Hépatologie
Dermato-Léprologie
Cardiologie
Pédiatrie

2. MAÎTRES DE CONFERENCES

Mr Bah KEITA
Mr Abdel Kader TRAORE
Mr Siaka SIDIBE
Mr Mamadou DEMBELE
Mr Mamady KANE
Mr Sahare FONGORO
Mr Bakoroba COULIBALY
Mr Bou DIAKITE
Mr Bougouzié SANOGO
Mme SIDIBE Assa TRAORE

Pneumo-Phtisiologie
Médecine Interne
Radiologie
Médecine Interne
Radiologie
Néphrologie
Psychiatrie
Psychiatrie
Gastro-entérologie
Endocrinologie

Mr Adama D. KEITA
Mr Sounkalo DAO

Radiologie
Maladies infectieuses

3- MAITRES ASSISTANTS

Mme TRAORE Mariam SYLLA
Mme Habibatou DIAWARA
Mr Daouda K. MINTA
Mr Kassoum SANOGO
Mr Seydou DIAKITE
Mr Arouna TOGORA
Mme DIARRA Assétou SOUCKO
Mr Boubacar TOGO
Mr Mahamadou TOURE
Mr Idrissa A. CISSE
Mr Mamadou B. DIARRA
Mr Anselme KONATE
Mr Moussa T. DIARRA
Mr Souleymane DIALLO
Mr Souleymane COULIBALY
Mr Cheick Oumar GUINTO

Pédiatrie
Dermatologie
Maladies Infectieuses
Cardiologie
Cardiologie
Psychiatrie
Médecine interne
Pédiatrie
Radiologie
Dermatologie
Cardiologie
Hépto-gastro-entérologie
Hépto-gastro-entérologie
Pneumologie
Psychologie
Neurologie

D.E.R. DES SCIENCES PHARMACEUTIQUES

1. PROFESSEUR

Mr Gaoussou KANOUTE
Mr Ousmane DOUMBIA
Mr Elimane MARIKO

Chimie Analytique **Chef de D.E.R**
Pharmacie Chimique
Pharmacologie

2. MAITRES DE CONFERENCES

Mr Drissa DIALLO
Mr Alou KEITA
Mr Benoît Yaranga KOUMARE
Mr Ababacar I. MAÏGA

Matières Médicales
Galénique
Chimie analytique
Toxicologie

3. MAÎTRES ASSISTANTS

Mr Yaya KANE
Mne Rokia SANOGO
Mr Saibou MAIGA
Mr Ousmane KOITA
Mr Yaya COULIBALY

Galénique
Pharmacognosie
Législation
Parasitologie Moléculaire
Législation

D.E.R. SANTE PUBLIQUE

1. PROFESSEUR

Mr Sanoussi KONATE

Santé Publique, **Chef de D.E.R**

2. MAÎTRE DE CONFERENCES

Mr Moussa A. MAÏGA	Santé Publique
Mr Mamadou Sounalo TRAORE	Santé Publique

3. MAÎTRES ASSISTANTS

Mr Adama DIAWARA	Santé Publique
Mr Hamadoun SANGHO	Santé Publique
Mr Massambou SACKO	Santé Publique
Mr Alassane A. DICKO	Santé Publique
Mr Samba DIOP	Anthropologie Médicale
Mr Seydou DOUMBIA	Epidémiologie
Mr Akory AG IKNANE	Santé Publique
Mr Hammadoun Aly SANGO	Santé Publique

4. ASSISTANTS

Mr Oumar THIERO	Biostatistique
Mr Seydou DIARRA	Anthropologie Médicale

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. Mounirou CISS	Hydrologie
Pr Amadou Papa Diop	Biochimie.
Pr. Lamine GAYE	Physiologie

Je dédie ce travail :

A Dieu tout puissant clément et miséricordieux. Gloire et louange à Dieu qui m'a permis de terminer ce travail.

Au prophète Mahomet **paix et salut sur son âme.**

A mon père

Vous avez été pour nous un père exemplaire de par votre souci constant d'une bonne éducation. Vous m'avez appris les valeurs fondamentales de la vie : le sens du partage, le travail, la discipline et la responsabilité.

Père, je pense à tout ce que vous avez enduré pour moi, œuvrant nuit et jour pour que j'aie de l'avant. Je me souviens de vos conseils (patience, modestie, courage) avec des paroles si douces.

Que Dieu vous accorde une longue vie «pour goûter aux fruits de l'arbre que vous avez planté».

A ma mère feu Maimouna Niaré aucun mot ne pourra exprimer mes sentiments envers vous. Ce travail est surtout le vôtre. Vous avez partagé avec moi l'angoisse des examens, le stress des résultats et la joie des réussites. Je n'oserai jamais imaginer de plus beaux jours et de plus beau cadeau dans ce monde que votre présence parmi nous à ce début de «cueillette de l'arbre que vous avez planté». Mais comme on le dit «tous ceux qui se tiennent debout se coucheront un jour», et vous avez obéi à cette règle. Nous prions Dieu pour qu'il vous accueille dans son paradis.

A mes frères et soeurs

Compréhension, disponibilité, attention, soutien moral ne m'ont jamais fait défaut. C'est l'occasion pour moi de vous remercier très sincèrement.

A ma grand-mère feu Awa Traoré

Il m'est impossible de traduire ici tous les liens qui unissent un enfant à ces grands parents. Sans tes conseils, tes prières, ton encouragement et tes bénédictions, ce travail n'aurait jamais pu être réalisé.

REMERCIEMENTS:

- ❖ **A tous ceux qui de près ou de loin** m'ont aidé à la réalisation de ce travail.
 - ❖ **A mon tonton Abdoulaye Dembélé et sa femme.**
 - ❖ **A tous mes cousins et cousines**
- Restons unis, que le tout puissant puisse raffermir chaque jour nos liens.**
- ❖ A ma tante Fanta Coulibaly **pour tout ce que vous avez fait pour moi.**
 - ❖ A tout le personnel du Centre de Santé de Référence de la Commune II ; **particulièrement les DES en gynécologie, les médecins généralistes du service, les sages femmes, les infirmiers et tout le personnel au cours des gardes.**
 - ❖ **A tous mes promotionnaires** faisant fonction d'interne au centre de santé de référence de la commune II.

A notre maître et président du jury

Professeur Salif DIAKITE.

- Professeur titulaire de gynécologie-obstétrique à la Faculté de Médecine de Pharmacie et d'odonto-Stomatologie,

- Gynécologue Obstétricien au centre hospitalier universitaire Gabriel Touré.

Honorable maître,

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

Nous avons bénéficié à la FMPOS de votre enseignement de qualité.

L'honnêteté intellectuelle qui vous caractérise, votre courtoisie, votre humilité, votre sagesse et l'étendue de vos connaissances font de vous un homme admirable.

Trouvez dans ce travail l'expression de notre profonde gratitude, et de notre profonde reconnaissance.

A notre maître et membre du jury

Docteur Youssouf TRAORE

- **Maître Assistant à la FMPOS,**
- **Gynécologue obstétricien en charge de la PTME au service de gynécologie Obstétrique du Centre Hospitalier Universitaire Gabriel Touré,**
- **Secrétaire général de la Société Malienne de Gynécologie et d'Obstétrique.**

Cher maître,

Nous vous remercions de la confiance que vous nous avez fait en acceptant de juger ce travail, malgré vos multiples occupations.

Votre simplicité, votre abord facile, votre rigueur dans le travail, vos qualités d'homme de sciences font de vous un maître exemplaire.

Recevez cher maître, l'expression de notre profond respect.

A notre maître et membre du jury

Docteur Adama DIAWARA

- **Maître assistant en santé publique à la Faculté de Médecine, de Pharmacie, et d'odontostomatologie,**
- **Chef de la division Assurance qualité et économie du médicament (DPM).**

Cher maître,

C'est pour nous un grand privilège de vous avoir comme membre du jury.

Vos qualités intellectuelles, votre sens de la responsabilité, associés à vos immenses qualités humaines font de vous une personnalité admirable.

Recevez cher maître, l'expression de notre profond respect.

A Notre maître et directrice de thèse

Professeur SY Assitan SOW

- **Professeur titulaire de gynécologie-obstétrique à la Faculté de Médecine, de Pharmacie, et d'OdontoStomatologie.**
- **Chef du service de gynécologie Obstétrique au centre de santé de référence de la Commune II.**
- **Présidente de la Société Malienne de Gynécologie et d'Obstétrique.**

Cher maître et mère,

C'est un immense plaisir que vous nous aviez fait en nous confiant ce travail.

Votre expérience, l'étendue de votre savoir, votre rigueur scientifique, votre dynamisme, vos qualités humaines et sociales et la spontanéité avec laquelle vous nous avez accepté, font de vous un maître accompli ; admirable, respecté et respectable.

Cher maître, nous vous prions de croire à la sincérité de nos sentiments respectueux et toute notre reconnaissance.

LISTE DES SIGLES ET ABREVIATIONS

ATCD:antécédent

BDCF:bruit du coeur foetal

BGR:bassin généralement rétréci

BL:bassin limite

Cm:centimètre

CPN:consultation prénatale

CSCom: centre de santé communautaire

CSREF: centre de santé de référence

CII : commune II

CUD : contraction utérine douloureuse

DDR : date des dernières règles

DI : détroit inférieur

DFP:disproportion fœto pelvienne

DOF : diamètre occipito frontal

DOM : diamètre occipito mentonnier

DS : détroit supérieur

EDSM : Enquête démographique et de santé au Mali

g: gramme

HRP: hématome rétro placentaire

HTA: hypertension artérielle

HU: hauteur utérine

IIG: intervalle inter génésique

NB : nota benné

OIDA : occipito iliaque droite antérieur

OIDP : occipito-ilaioque droite postérieur

OIGA : occipito iliaque gauche antérieur
OIGP : occipito iliaque gauche postérieur
OMS : organisation mondiale de la santé
OP : occipito postérieur
OS : occipito sacré
PPH: placenta praevia hémorragique
PTME : Prévention de la Transmission Mère- Enfant du VIH.
RU: rupture utérine
SA: semaines d'aménorrhée
SFA: souffrance foetale aiguë
VB: voie basse
SIDA : sacro-iliaque droite antérieur
SIDP : sacro-iliaque droite postérieur
SIGA : sacro-iliaque gauche antérieur
SIGP : sacro-iliaque gauche postérieur
SI : segment inférieur
TA:tension artérielle
TV : toucher vaginal
VB: voie basse
%: pourcentage

Sommaire

I. Introduction	1
Objectifs.....	3
II. Généralités	4
A.	
Rappel.....	4
1. Le bassin.....	4
2. Rappel anatomique du fœtus à terme.....	11
3. Rappel physiologique du travail d'accouchement.....	14
4. Le partogramme.....	14
5. Le mécanisme de l'accouchement normal.....	20
6. La présentation du siège.....	31
III. Méthodologie	41
Cadre d'étude.....	41
Type d'étude.....	44
Période d'étude.....	44
Population d'étude.....	44
Echantillonnage	44
IV. Résultats	52
V. Commentaires et discussion	75
VI. Conclusion et recommandations	80
VII. Références	82
VIII. Annexes	87

Fiche d'enquête

Fiche signalétique

Serment d'Hippocrate

I. INTRODUCTION

La définition de la grande multiparité est un point de désaccord entre les auteurs. Dans le présent travail nous avons adopté la définition acceptée par la majorité des écrits récents, c'est-à-dire: une grande multipare est une femme ayant eu sept (7) ou plus de parité **[8]**.

La grande multiparité **[8]** est liée à des risques qui sont : la rupture utérine, le placenta praevia, l'hémorragie de la délivrance.

Dans les pays développés la grande multiparité est devenue un phénomène rare; mais dans nos pays en voie de développement à fort taux de natalité, elle est responsable souvent des taux élevés de morbidité maternelle et périnatale **[4]**.

La fréquence de l'accouchement chez les grandes multipares était de :

25,6% dans l'étude de Labama .L **[23]**

8,18% dans l'étude de THIEBA.B **[4]**

0 ,44% dans l'étude de DIASSANA.B **[14]**

La mortalité maternelle et néonatale en Afrique de l'ouest est une des plus élevées de par le monde avec respectivement 700 pour 100 000 naissances vivantes et 83 pour 1000 naissances **[7, 15]**. Ce taux élevé de mortalité maternelle et néonatale est dû à de multiples facteurs dont la référence

tardive des cas compliqués (hémorragies, infections, dystocies, anémies). Mais la mortalité maternelle résulte aussi de la morbidité maternelle sévère qui a pu affecter les femmes soit avant la grossesse, soit au cours de la grossesse ou de l'accouchement.

Au Mali il y a eu peu d'études sur le sujet ; ce qui nous a amené à initier ce travail.

Les objectifs :

1-Objectif général :

Etudier l'accouchement chez les grandes multipares dans le service de gynéco-obstétrique du centre de santé de référence de la commune II.

2- Objectifs spécifiques:

- Déterminer la fréquence de l'accouchement chez les grandes multipares.
- Décrire le profil sociodémographique des grandes multipares.
- Déterminer les facteurs de risque dans cette population cible.
- Déterminer le pronostic foeto-maternel de l'accouchement chez les grandes multipares.

II. GENERALITES

A. Rappel :

Pendant l'accouchement, le fœtus contenu dans l'utérus, puis engainé par le vagin, doit traverser la filière pelvi-génitale, formée par :

- Un canal osseux : le bassin
- Un diaphragme musculo-aponevrotique, comprenant les deux étages du périnée.

1- Le bassin

Le bassin est une ceinture osseuse située entre la colonne vertébrale qu'elle soutient et les membres inférieurs sur lesquels elle s'appuie.

Il est formé par la réunion de quatre os :

- En avant et latéralement les deux os iliaques.
- En arrière le sacrum et le coccyx.

Ces os sont unis entre eux par quatre articulations dont trois sont des symphyses.

- La symphyse pubienne en avant ;
- Les symphyses sacro-iliaques en arrière et latéralement ;
- L'articulation sacro coccygienne en arrière et en bas ;

Les lignes innominées divisent le bassin en deux parties : le grand bassin et le petit bassin.

1-1 Le grand bassin: En haut ; il est constitué par l'évasement des ailes iliaques, face antérieure de la colonne lombaire et la face supérieure des ailerons sacrés. Le grand bassin n'a guère d'intérêt obstétrical.

1-2 Le petit bassin : En bas ; le petit bassin ou bassin obstétrical est un canal osseux auquel on décrit deux orifices et une excavation. Son anatomie doit être précisée puisque c'est sa traversée qui constitue l'essentiel de l'accouchement

1-2 -1 Orifice supérieur ou détroit supérieur:

Plan d'engagement de la présentation, il sépare le petit bassin du grand bassin.

Il est formé:

- En avant par le bord supérieur de la symphyse pelvienne et des corps du pubis, les crêtes pectineales ; les éminences iliopectineés.
- Latéralement par les lignes innominées, puis le bord antérieur des ailerons sacrés.
- En arrière par le bord antérieur de l'articulation sacro lombaire qui prend le nom de promontoire à cause de la saillie qu'il fait en avant.

Sa forme est celle d'un ovale à grand axe transversal.

La moitié antérieure, ou arc antérieur, est régulière. La moitié postérieure, ou arc postérieur, est en son milieu repoussée en avant par la saillie du promontoire. De chaque côté de cette saillie, en regard des ailerons sacrés et des articulations sacro-iliaques, existe une dépression, un golfe : les sinus sacro-iliaques.

1-2-2 Diamètres du détroit supérieur :

Les diamètres antéro-postérieurs vont du pubis au promontoire :

Le diamètre promonto-sus-pubien est de 11cm

- Le diamètre promonto-retropubien est le diamètre utile : Il mesure 10,5cm.
- Le diamètre promonto-sous-pubien, que l'on mesure cliniquement est de 12cm.

1-2-2-1 Les diamètres transverses :

Le diamètre transverse maximum mesure 13,5cm.

Le diamètre utile est le transverse médian qui mesure 13cm

Les diamètres obliques vont de l'éminence iliopectinée à la symphyse sacro-iliaque du côté opposé. Ils mesurent 12cm.

Le diamètre sacro cotyloïdien, qui réunit le promontoire à la région acétabulaire, mesure 9cm.

1-2-3- L'excavation pelvienne :

C'est le canal dans lequel la présentation effectue sa descente et sa rotation.

Elle est constituée:

- En avant, par la face postérieure de la symphyse pubienne et les corps du pubis.
- En arrière, par les faces antérieures du sacrum et du coccyx
- Latéralement, par la surface quadrilatère de l'os coxal.

Dans son ensemble, l'excavation forme un tronc de tore avec un orifice supérieur à grand axe transversal et un orifice inférieur à grand axe antéro-postérieur.

Elle est divisée en deux étages par un léger rétrécissement qui passe par les épines sciatiques.

1-2-4 Le détroit moyen :

Il est limité en arrière par l'union des quatrième et cinquième pièces sacrées, latéralement par le bord supérieur du petit ligament sacro sciatique , l'épine sciatique, en avant par une ligne courbe qui va de cette épine au tiers inférieur de la symphyse pubienne .

Tous les diamètres de l'excavation sont sensiblement égaux et mesurent 12cm, sauf le diamètre transversal du détroit moyen unissant les épines sciatiques et qui ne fait que 10,8cm.

1-2-5 L'orifice inférieur ou Détroit inférieur :

Plan du dégagement de la présentation, a une forme très irrégulière. Il est ostéo fibreux, limité:

En avant par le bord inférieur de la symphyse pubienne

En arrière par le coccyx

Latéralement, d'avant en arrière : par le bord inférieur des branches ischio-pubiennes, le bord inférieur des tubérosités ischiatiques et par le bord inférieur des ligaments sacro sciaticques.

Sa forme est losangique à grand axe antéropostérieur.

Le diamètre sous coccyx sous pubien est de 9,5cm, mais il peut atteindre 11 à 12cm lorsque le coccyx est retropulsé.

Le diamètre sous-sacro-sous-pubien, qui unit la pointe du sacrum au bord inférieur du pubis est de 11cm.

Le diamètre transversal bi ischiatique entre les faces internes des tubérosités est de 11cm.

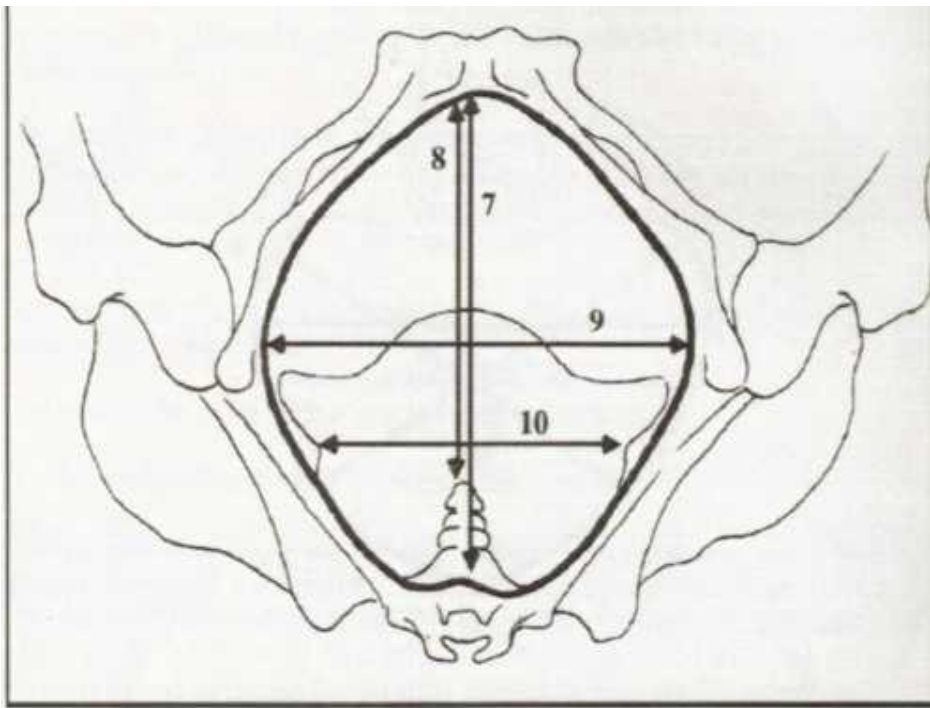


Figure 1: Diamètres du bassin [13].

1-2-6 Plans, inclinaison et axes du bassin :

- Le plan du détroit supérieur passe par le promontoire et le bord supérieur de la symphyse pubienne sur la femme debout, il est oblique en bas et en avant et forme un angle de 60° avec l'horizontale.

Sur la femme couchée, il est oblique en bas et en arrière et s'incline de 45° sur l'horizontal.

L'axe de ce plan, oblique en haut et en avant, va de l'ombilic au milieu du coccyx.

- Le plan du détroit inférieur est oblique en bas et en avant, mais ne forme qu'un angle de 11° avec l'horizontale chez la femme couchée, il est légèrement oblique en bas et en arrière et se rapproche de la verticale.

L'axe de l'excavation est représenté par une courbe à concavité antérieure unissant le centre du Detroit supérieur à celui du détroit inférieur.

1-2-7 Variantes morphologiques :

Les auteurs classiques décrivaient un seul type de bassin normal, répondant à celui qui vient d'être décrit. Les auteurs actuels décrivent plusieurs sortes de bassins normaux, en rapport avec la typologie des individus. .

Des auteurs américains, s'aidant de la radiopelvimétrie ont proposé des classifications, dont les deux plus connues sont

celle morphologique de Caldwell et Moloy et celle anatomique et morphologique de Thoms.

Les premiers distinguent quatre sortes de bassins normaux symétriques : Le gynécoïde, l'androïde, l'anthropoïde, le platypelloïde. Thoms en distingue cinq sortes : le dolichopellique, le mesatypellique, les brachypelliques 1 et 2, le platypellique.

1-2-8 Diaphragme pelvipérinéal :

Lorsqu'on regarde par en haut le bassin éviscéré , on voit que la cavité pelvienne est fermée en bas par un diaphragme musculo-aponevrotique dont la concavité supérieure s'oppose à celle du diaphragme proprement dit. Ce diaphragme est formé de quatre muscles, les deux releveurs de l'anus et des deux ischio-coccygiens. Il existe un deuxième plancher, le plancher urogénital, principalement fibreux. Il est constitué par les muscles des périnées moyen et supérieur superficiel.

Dans son ensemble, le plancher pelvipérinéal se divise en :

- Périnée antérieur, musculo-aponevrotique qui comprend les muscles périvaginaux et périvulvaires, et le noyau fibreux central.
- Périnée postérieur qui comprend en avant le muscle sphincter externe de l'anus, en arrière surtout fibreux, inextensible, rétroanal rendez-vous des muscles qui se rejoignent sur le rapproché ano-coccygien.

2 Rappel anatomique du fœtus à terme :

2-1 La tête fœtale :

La tête du fœtus à la forme d'un ovoïde à grosse extrémité postérieure dont le grand axe va du menton à un point situé un peu en avant de la saillie de l'occiput. Elle comprend deux parties : le crâne et la face.

2-1-1 Le crâne :

La voûte convexe est formée par les deux moitiés du frontal en avant, les deux pariétaux et les deux écailles temporales au milieu et latéralement. L'écaille de l'occiput en arrière. Mais, ces pièces à la naissance ne sont pas entièrement ossifiées. Les os ne sont pas comme chez l'adulte, intimement symphysés entre eux : os de membrane.

Les espaces membraneux linéaires qui séparent deux os voisins sont les sutures ; ceux qui se trouvent au point de rencontre où à l'entrecroisement des sutures, plus ou moins larges et variables de forme ; sont les fontanelles.

- Sutures :

- La plus importante est la suture sagittale, ou antéro – postérieure ;
- La suture occipito- pariétale.

- Fontanelles :

La fontanelle antérieure ou grande fontanelle, ou bregma à la forme d'un losange, à grand axe antéropostérieur.

La fontanelle postérieure, ou petite fontanelle ou lambda.

Les autres fontanelles ont une importance secondaire. Deux sont constantes, symétriques situées sur les faces latérales de la voûte.

Elles ont une importance capitale pour le diagnostic des présentations céphaliques et des variétés de position de la tête fléchie.

La base est un massif ostéo cartilagineux dont la clé de voûte centrale est constituée par le corps sphénoïde.

2 -1-2 La face:

Située en bas et en avant du crâne, elle comprend les mêmes pièces osseuses que chez l'adulte.

Etendue de l'extrémité antérieure de la grande fontanelle au menton ; elle est plus résistante que la voûte crânienne.

2-1-3 Diamètres et circonférences :

2-1-3-1Diamètres :

2-1-3-1-1Diamètres antero- postérieurs :

- Diamètres occipitaux sont:
 - o DOM mesure 13cm
 - o DOF mesure 11.5cm
- Diamètres sous occipitaux :
 - ❖ Le sous occipito-bregmatique mesure 9.5cm, c'est celui qui correspond à la présentation de la tête fléchie.
 - ❖ Le sous occipito- frontal mesure 11cm.
- Diamètres sus occipitaux :

- Sus occipito- mentonnier ou syncipito- mentonnier mesure 13.5cm.

- **2-1-3-1-2 Diamètre vertical :**

Sous mentobregmatique mesure 9.5cm. C'est celui qui correspond à la tête défléchie.

2-1-3-1-3 Diamètres transversaux:

- Bipariétal mesure 9cm.
- Bitemporal mesure 8cm.

2-1-3-2 Circonférences crâniennes:

Deux doivent être connues, la grande circonférence qui mesure 37cm (diamètre sus occipito- mentonnier).

La petite circonférence qui mesure 33cm (diamètre sous- occipito-bregmatique).

2-2 Cou du fœtus :

La grande mobilité du cou permet à la tête fœtale de facile mouvement de flexion, d'extension, d'inclinaison latérale.

La torsion du cou chez le fœtus peut atteindre 180° à l'extrême.

2-3 Tronc du fœtus :

- Thorax :

Le seul diamètre obstétrical intéressant est le diamètre bi-acromial, long de 12cm, il est aisément réductible à 9.5cm.

- Abdomen :

La circonférence abdominale mesurée au niveau de l'ombilic est à terme de 30cm.

Le diamètre transversal de l'abdomen est de 9.5cm.

Le diamètre bitrochanterien est de 9cm.

2-4 Les membres :

Les membres du fœtus, animés de fréquent mouvement, restent sur son plan ventral.

Les cuisses, en particulier sont fléchies sur l'abdomen, attitude qu'elles gardent longtemps après la naissance.

3 Rappel physiologique du travail d'accouchement :

3-1 Les différents temps du travail

3-1-1 Le premier temps comprend :

Une phase de pré travail où se fait une maturation cervicale.

Une phase préparatoire latente dont la durée moyenne est de 8 heures avec installation et coordination des contractions utérines et effacement cervical.

Une phase d'accélération avec le début de la dilatation.

3-2-1 le deuxième temps : est celui de la dilatation, comprenant une phase active précoce et une phase tardive.

3-1-3 le troisième temps, pelvien, comprend :

La phase de décélération de la dilatation.

La descente fœtale active dans la filière génitale, en sachant que ses deux phases sont souvent concomitantes.

Enfin la phase périnéale.

4 Partogramme :

Le partogramme est un outil de surveillance du travail et de l'accouchement dont l'utilisation a pour but de réduire la mortalité et la morbidité maternelle et périnatale. Il constitue un système d'alerte précoce en particulier pour le dépistage d'une dystocie permettant de prendre à temps une décision de référence. Il peut également constituer un document médico-légal en cas de plainte envers les soins prodigués à la parturiente.

Différents types de partogramme existe selon les pays, le niveau de formation de l'agent. Au Mali, le partogramme utilisé s'inspire directement du model OMS.

Le partogramme ne doit pas être considéré comme un registre statique, mais comme un moyen dynamique de suivi de l'évolution du travail.

L'utilisation du partogramme :

Les principaux points soulignés :

Le partogramme concerne le travail, l'accouchement, la délivrance, l'examen du nouveau-né, les suites de couches immédiates (au recto: avant l'expulsion ; au verso de la feuille après l'expulsion). Le partogramme permet de mettre en évidence les facteurs de risque pouvant influencer le déroulement de l'accouchement.

Le tracé :

Il y a deux phases distinguées :

- La phase de latence (jusqu' à 3cm de dilatation)

- La phase active (à partir de 4cm jusqu'à dilatation complète)

Le remplissage du tracé consiste, non seulement à placer des points de dilatation, mais aussi à noter les différents paramètres de l'examen, dans les cases correspondantes (TA ; rythme cardiaque fœtal ; fréquence des contractions utérines ; état de la poche des eaux ; la température...)

En phase de latence :

Le premier point de dilatation doit se placer toujours sur la ligne verticale.

Un carreau correspond à deux heures.

La phase de latence ne doit pas excéder 8 heures.

L'examen est pratiqué toutes les deux heures, sauf s'il existe un facteur de risque particulier.

En phase active :

Deux lignes obliques déterminent 3 zones.

La 1^{ère} ligne est la ligne d'alerte.

La 2^{ème} ligne est la ligne d'action.

La zone à gauche de la ligne d'alerte est la zone normale.

La zone située entre les deux lignes est la zone d'alerte.

La zone à droite de la ligne d'action est zone d'action.

La dilatation normale est de 1cm par heure : 1 carreau représente 1 heure. L'examen doit être pratiqué toutes les heures.

Si le tracé devient normal : la courbe est horizontale.

Si elle franchit la ligne d'alerte : on rentre dans la zone d'alerte.

Il faut réagir en fonction des moyens de la formation sanitaires où l'on se trouve :

En situation éloignée, préparer d'emblée le transfert.

En situation proche d'un bloc opératoire : on peut se permettre d'attendre, en surveillant la femme de très près.

Si la courbe franchit la ligne d'action : on entre donc dans la zone d'action : il faut de toutes les façons agir.

Le partogramme est un outil inestimable de surveillance du travail d'accouchement.

Toute sage-femme doit être à mesure de l'utiliser correctement pour:

- mettre en évidence les facteurs de risque.
- mettre en évidence une pathologie du travail de l'accouchement ou des suites de couches.
- prendre une décision de traitement ou de référence adaptée à la situation.

Il ne sert à rien :

De remplir un partogramme sans prendre de décision.

De remplir un partogramme après l'accouchement.

FICHE DE PARTOGRAMME NIVEAU CERCLE / ZONE SANITAIRE
 Région / District de : _____ Cercle / Zone sanitaire de : _____
 Commune de : _____

Nom et qualification de l'agent à l'accueil : _____
 Nom de la Femme : _____ Age : _____ Nom du mari : _____
 Adresse : _____ Antécédents : _____
 Quartier : _____ G _____ P _____ V _____ AV _____ IIG _____
 Entrée à la maternité : Date : _____ 20 : _____ Heure : _____ h _____ Min _____
 Motif : _____
 Début du travail : Date : _____ 20 : _____ Heure : _____ h _____ min _____

RISQUE	NORMAL	ALERTE	REF/EVACUATION	Ter examen	NORMAL	ALERTE	REF/EVACUATION
Taille	Plus de 150 cm		< 150 cm	TA	< 14/9	entre 14/9 et 16/10	> 16/10
Hémorragie	NON		OUI	POULS	< 100	> 100	
A terme	OUI	28-32 SA		T*	< 37°5	38°	> 38°
CPN	Nbre : _____	NON	Gross. à risque	HU	< 36 cm	36 cm	> 36 cm
Césarienne dernier accouché	NON		OUI	BCF	120-160/mn	100-120/mn 160-180/mn	< 100/mn > 180/mn
Présentation	Sommet	Siège/face	Epaule/front	Contractions	1/5 mm	< 1/5 mm	≥ 1/2 min (en début de travail)
Dernier enfant	Vivant	Mort		PDE	Intacte ou rompue Lig.	Liq. teinté	Rompue 12H

Autres facteur de risque

Phase active

Phase de latence

Accouchement				APGAR								
				1 mn			5 mn					
				1	2	3	1	2	3			
Nom de l'accoucheuse : _____				Pouls/BC*								
Date : / / 20				Respiration								
Heure : h . min				Tonus								
Heure : h . min				Réflexes								
Normal				Coloration								
Expulsion < 45 mn				TOTAL								
Alerte												
Eutocique												
Dystocique												
Référence												
Expulsion > 45 mn												
Traitement / Soins												

Heures										
TA										
BCF										
Contraction Fréquence										
PDE										
Engagement										
Pouls										
Température										
Traitement										

* BC : Battement cardiaque

DELIVRANCE DATE: _____ HEURE: _____

Type Naturelle Active Artificielle Révision utérine

PLACENTA Complet Incomplet Acréta Poids

Référence/Evacuée : Oui Non → Si Oui Motif et structure vers laquelle se fait la référence/évacuation _____

Partogramme 2ème niveau Page 1

Figure 2 : Partogramme du Mali (Recto) [30]

PRISE EN CHARGE DU NOUVEAU-NE IMMEDIATEMENT (LA MINUTE QUI SUIV) APRES L'ACCOUCHEMENT													
NOM DE L'AGENT													
Paramètres	Valeur (N 1, 2, 3)	Normale	N1	N2	N3	Alerte	N1	N2	N3	Référence/ Evacuation	N1	N2	N3
Température		Entre 36 à 37°5				Entre 37°5 et 38°5 Hyperthermie				39° et plus Hyperthermie < 35° Hypothermie			
Respiration		Entre 40 et 60 / min				Dyspnée avec tirage intercostal				Aprnées ou pause respiratoire			
Coloration de la peau		Rose				Cyanose des extrémités				Cyanose du corps			
Réanimation		Non								Oui			
Mise au sein		Immédiatement								Difficultés pour téter			
Traitement/Soins													

N = Nouveau-né

Nb : Enregistrer les valeurs des différents paramètres et apprécier en cochant devant chaque paramètre dans les zones (normale, alerte et référence/évacuation)

SURVEILLANCE DU NOUVEAU-NE PENDANT LES 6 PREMIERES HEURES APRES L'ACCOUCHEMENT													
NOM DE L'AGENT													
Paramètres	Valeur (N 1, 2, 3)	Normale	N1	N2	N3	Alerte	N1	N2	N3	Référence/Evacuation	N1	N2	N3
Poids		Plus de 2500gr				Moins de 2500gr Entre 37°5 et 38°5 Hyperthermie				Moins de 2000gr			
Température		Entre 36 à 37°5				Entre 37°5 et 38°5 Hyperthermie				39° et plus Hyperthermie < 35° Hypothermie			
Respiration		Entre 40 et 60 / min				Dyspnée avec tirage intercostal				Aprnées ou pause respiratoire			
Coloration		Rose				Cyanose des extrémités				Cyanose du corps			
Malformation		Non								Oui			
Allaitement										Difficultés pour téter			
Traitement/Soins													
Taille													
Périmètre Crânien													

SURVEILLANCE DE LA MERE APRES L'ACCOUCHEMENT						
Temps après accouchement	1 heure			2 heures		
	Normale	Alerte	Référence	Normale	Alerte	Référence
Saignement	Normal	Faible	Important	Normal	Faible	Important
Globe de sécurité	Oui	Utérus mou	Non	Oui	Utérus mou	Non
Pouls	moins de 100	entre 100 et 140	plus de 140	moins de 100	entre 100 et 140	plus de 140
TA	moins de 14/9	14/9	> 14/9	moins de 14/9	14/9	>14/9
Température	37°5	38°	plus de 38°	37°5	38°	plus de 38°
Traitement						

RESULTATS DE LA MERE						
	Résultats N 1		Résultats N 2		Résultats N 3	
	Vivant	Mort-né	Vivant	Mort-né	Vivant	Mort-né
Référence	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Date: / / 20	Date: / / 20	Date: / / 20	Date: / / 20	Date: / / 20	Date: / / 20	Date: / / 20
Heure: h min	Heure: h min	Heure: h min	Heure: h min	Heure: h min	Heure: h min	Heure: h min
Cause:	Cause:	Cause:	Cause:	Cause:	Cause:	Cause:
Décédée <input type="checkbox"/>	Décédé <input type="checkbox"/>	Décédé <input type="checkbox"/>	Décédé <input type="checkbox"/>	Décédé <input type="checkbox"/>	Décédé <input type="checkbox"/>	Décédé <input type="checkbox"/>
Date: / / 20	Date: / / 20	Date: / / 20	Date: / / 20	Date: / / 20	Date: / / 20	Date: / / 20
Heure: h min	Heure: h min	Heure: h min	Heure: h min	Heure: h min	Heure: h min	Heure: h min
Cause:	Cause:	Cause:	Cause:	Cause:	Cause:	Cause:

Administration de la Vitamine A à la mère Oui Non

Figure 3 : Partogramme du Mali (Verso) [30]

5 Le mécanisme de l'accouchement normal

5-1 Le mécanisme de l'accouchement normal en présentation du sommet :

5-1-1 Définition de la présentation du sommet :

C'est la présentation de la tête fléchie de sorte que la partie de la tête qui descend la première, et en même temps sert de repère pour la désignation de la variété de position ; est l'occiput.

5-1-2 Le diagnostic de la présentation du sommet :

Il repose sur l'examen abdominal et le toucher vaginal.

5-1-2-1 Le palper abdominal :

Permet de constater que :

La présentation est longitudinale formant un ovoïde à grand axe longitudinal et à grosse extrémité supérieure.

Le pôle céphalique est à la partie basse de l'utérus ; on le repère en plaçant les deux mains de part et d'autre de la présentation, en plongeant vers l'excavation pelvienne et en déprimant le segment inférieur. Il est rond, dur, régulier.

Le siège est dans la région fundique de l'utérus plus ou moins mal défini et plus gros.

Le plan du dos est repéré en s'aidant de la manœuvre de Budin : la main gauche s'appuie sur le fond utérin de haut en bas, ce qui accentue la saillie du plan du dos. La main droite

repère alors facilement le plan du dos plus dur que la paroi utérine.

Ce plan se continue :

En haut avec le siège ;

En bas, il est séparé de la tête par une dépression : Sillon du cou.

Dans les variétés antérieures, le dos est largement accessible au palper. Dans les variétés postérieures, les doigts ne perçoivent que son bord latéral.

Le foyer des bruits du cœur foetal est perçu du côté du plan du dos au dessous de l'ombilic maternel, assez proche de la ligne médiane dans les variétés antérieures, plus en dehors dans les variétés postérieures.

5-1-2-2 Le toucher vaginal :

Il permet :

- ❖ De confirmer le diagnostic de la présentation par la perception de la tête dure et ronde ;
- ❖ De repérer la fontanelle postérieure qui sert de repère et se retrouve en avant (OIGA ou OIDA) ou en arrière (OIDP ; OIGP) ;
- ❖ D'apprécier le degré de flexion de la tête : plus la fontanelle postérieure est proche du centre du bassin, plus la présentation est fléchie ;

- ❖ D'apprécier la hauteur de la présentation, haute et mobile ou au contraire fixé voire engagée.
- ❖ D'apprécier l'effacement, la dilatation du col, l'intégrité de la poche des eaux.

5-1-2-2-1 Les diamètres de la tête fœtale : déjà annoncés plus haut.

5-2 L'accouchement en présentation du sommet variété antérieure :

La présentation en OIGA est la variété la plus fréquente.

La situation de la tête en OIDA ne sera pas décrite car elle est rare et ne présente pas de particularité.

Le mobile fœtal franchit chacun des trois étages du bassin en s'adaptant et en s'orientant de la façon la plus favorable. A chacun des trois étages correspond un temps de l'accouchement :

5-2-1 L'engagement : Il s'agit de la traversée du détroit supérieur. C'est le temps le plus important, aboutissement plus ou moins prolongé de la période du travail.

5-2-2 La descente et la rotation (intra pelvienne) : C'est la traversée du détroit moyen

5-2-3 Le dégagement (ou expulsion) : Correspond a la traversée du détroit inférieur osseux et musculaire.

5-2-4 L'engagement au détroit supérieur :

5-2-4-1 la mécanique obstétricale :

L'engagement de la tête est précédée de deux phénomènes préparatoires : L'orientation et l'amointrissement qui constitue l'accommodation fœto-pelvienne au détroit supérieur.

5-2-4-1-1 L'orientation:

Le plus grand diamètre du crâne fœtal s'oriente dans l'un des axes du bassin qui mesure 12cm.

L'occiput est le plus souvent en avant ; sa courbure arrondie s'adapte bien à l'arc antérieur du bassin.

5-2-4-1-2 L'amointrissement :

La présentation s'oriente mais aussi réduit au maximum ses dimensions par :

La possibilité de chevauchement des os du crâne.

Mais surtout une flexion de la tête sur le tronc

Le diamètre occipito-frontal devient le sous occipito-bregmatique (sommet bien fléchi) .

5-2-4-1-3 L'engagement :

Le diamètre sous occipito bregmatique (9,5cm) se superpose à l'un des diamètres obliques du bassin (12cm), le diamètre bipariétal s'orientant dans l'autre diamètre oblique.

La région frontale de la tête fœtale se loge dans l'un des sinus sacro iliaque, alors que sa partie la plus large, la région occipitale, correspond à la partie la plus large du détroit supérieur.

5-2-4-2 La clinique:

Avant l'engagement :

A la palpation abdominale, on perçoit bien l'occiput, le front reste à distance du bord supérieur de la symphyse, la tête est mobile, la saillie acromiale de l'épaule antérieure est située à quatre travers de doigt au dessus de la symphyse pubienne.

Au toucher vaginal, l'excavation est vide, la tête est haute, parfois mobile.

Lorsque la tête est engagée :

A la palpation abdominale, on ne sent plus l'occiput, le moignon de l'épaule est moins de trois travers de doigts du bord supérieur de la symphyse.

Au toucher vaginal, lorsque les deux doigts dirigés vers la deuxième pièce sacrée, sont arrêtés par la présentation, on dit que la tête est engagée. (Signe de Faraboeuf). Le point le plus bas de la tête est alors au niveau du plan des épines sciatiques.

5-2-5 Descente et la rotation au détroit moyen :

5-2-5-1 la mécanique obstétricale :

Dans l'excavation les diamètres sont largement suffisants permettant à la présentation de descendre au contact du plancher pelvien qui détermine sa rotation.

5-2-5-1-1 La descente :

La présentation progresse selon l'axe d'engagement, sa direction évolue progressivement au cours de la descente, passant de l'axe ombilico-coccygien du détroit supérieur à un axe horizontal par mouvement de pivot autour de la symphyse pubienne.

5-2-5-1-2 La rotation :

La présentation rencontre le puissant muscle releveur de l'anus au contact duquel se fait la rotation. Cette rotation fait toujours correspondre l'axe antero-postérieur de la tête et l'axe antero-postérieur du détroit inférieur. Elle est quasi constante vers la symphyse pubienne.

Le toucher vaginal reconnaît la descente par le fait que le pelvis est entièrement occupé par la tête fœtale, et la rotation par la situation de la fontanelle postérieure derrière la symphyse.

5-2-6 Le dégagement et l'expulsion au détroit inférieur

A ce niveau, la tête fœtale puis le reste du corps sont expulsés hors des voies génitales.

5-2-6-1 La mécanique obstétricale :

5-2-6-1-1 Expulsion de la tête :

L'ampliation périnéale sous la poussée des contractions utérines et des efforts expulsifs, la présentation refoule le coccyx vers l'arrière et les fibres musculo-aponevrotiques.

5-2-6-1-2 Le dégagement de la tête :

Grâce à la flexion de la tête, la région sous occipitale de celle-ci se cale sous la symphyse pubienne ; la tête se défléchit ensuite progressivement au tour du pivot formé par le bord inférieur de la symphyse pubienne, ampliant au maximum le périnée postérieur.

Les différentes parties de la tête se dégagent successivement de l'occiput à la face en dernier lieu.

5-2-6-1-3 L'expulsion du corps fœtal :

Les autres parties fœtales suivent les mêmes temps ; s'engagent à leur tour, descendent et rotent dans l'excavation avant de se dégager habituellement sans difficulté particulière.

5-2-6-1-4 Le dégagement des épaules :

Les épaules s'engagent, lorsque la tête se dégage, dans un diamètre oblique perpendiculaire à celui où s'est engagé le sommet.

Les diamètres transversaux (bi acromial : 12,5 à 13cm mais se réduisant facilement à 9,5cm) et antero-postérieur (sterno-dorsal qui mesure 9cm) sont tout à fait compatibles avec ceux du détroit supérieur.

Au détroit inférieur, les épaules se dégagent de telle sorte que le diamètre bi acromial se superpose au diamètre pubo-coccygienne. L'épaule antérieure se dégage la première, puis l'épaule postérieure.

5-2-6-1-5 Le dégagement du siège: Ne pose aucun problème.

5-2-7 la Clinique :

5-2-7-1 La préparation à l'expulsion :

La femme est installée en position obstétricale, les fesses au ras au bord de la table.

Les efforts expulsifs, synchrones des contractions utérines doivent être dirigés et débiter quand la femme a envie de pousser.

Le matériel nécessaire pour l'accouchement doit être préparé et vérifié. L'asepsie doit être observée au cours des différents gestes.

La vessie doit au préalable avoir été vidée par miction spontanée, sinon par sondage vésical pour prévenir l'incontinence urinaire d'effort.

5-2-7-2 Le dégagement de la tête :

Il faut contrôler au doigt , qu'en avant le sous occiput s'est calé sous la symphyse pubienne ; la déflexion doit être contrôlée, une main posée à plat sur le sommet évitant une expulsion trop brutale , l'autre accrochant le menton en arrière de l'anus .

Latéralement, les bosses pariétales apparaissent, le périnée se déplisse seul ou en l'abaissant prudemment entre pouce et index faisant apparaître successivement le front, les yeux, le nez, la bouche et le menton. .

Une fois sortie, la tête subit un mouvement de rotation de restitution.

5-2-7-3 Le dégagement des épaules :

L'épaule antérieure est progressivement dégagée, par une traction dirigée par les deux mains par l'intermédiaire de l'index et du médus, prenant appui uniquement sur des structures osseuses en avant, branches horizontales du maxillaire inférieur et occiput en arrière.

La traction est ensuite progressivement portée vers le haut pour dégager l'épaule postérieure.

Les épaules dégagées, il ne reste plus qu'à exercer une traction directement vers soi pour dégager sans difficulté le tronc et les membres. L'enfant est alors posé sur le ventre de

sa mère, recouvert d'un champ stérile ; le cordon est coupé entre deux pinces. Les premiers soins peuvent être donnés au nouveau-né avant que la délivrance ne soit effectuée.

5-3 L'accouchement en présentation du sommet, variétés postérieures :

Plus rare que les variétés antérieures, elles se caractérisent par la position postérieure de l'occiput sur l'un des deux diamètres obliques du détroit supérieur, définissant les deux variétés de position :

OIDP représentant 30 à 45% des présentations du sommet.

OIGP représentant seulement 6% environ des présentations du sommet.

Elles ont de nombreuses similitudes avec les variétés antérieures, seules les différences sont développées ici.

5-3-1 L'engagement:

La flexion est moins marquée, contrairement aux variétés antérieures, c'est l'occiput (et non le front) qui prend contact avec la margelle postérieure du bassin alors que le front, rencontre secondairement la symphyse pubienne plus bas située. En conséquence, au lieu du diamètre sous-occipito-bregmatique (9,5cm) c'est le diamètre sous occipito frontal (10-10,5cm) qui est confronté au détroit supérieur.

L'accommodation fœto pelvienne moins bonne est donc responsable :

- D'une dilatation plus longue,
- D'un œdème du col (ralentissant la dilatation)
- D'un engagement plus long, faisant plus souvent intervenir une flexion latérale de la tête (asynclitisme).

5-3-2 La descente :

Elle est plus lente. La rotation est également plus difficile. Elle ne se produit le plus souvent que lorsque la tête prend contact avec le plan des muscles releveurs, donc tardivement. De plus la rotation vers l'avant nécessite une rotation de 135° au lieu de 45° pour les variétés antérieures.

Il n'est, en conséquence, guère surprenant de constater fréquemment une bosse sero-sanguine dont le volume reflète le degré plus ou moins important de dystocie.

5-3-3 Le dégagement :

Il s'effectue le plus souvent en occipito-pubien (OP) dans plus de 95% des cas et ne présente alors aucune particularité parfois la présentation se dégage en occipito sacrée (OS) une rotation de 45° vers l'arrière ayant amené l'occiput contre le sacrum. Le front est au contact de la symphyse pubienne, l'occiput balayant la face antérieure du sacrum et le périnée.

Il comporte deux conséquences importantes :

- Risque périnéal
- Risque foetal

6 La présentation du siège

6-1 Définition :

C'est une présentation longitudinale, où l'extrémité pelvienne du fœtus se présente la première dans l'axe du DS. Il existe deux sortes de présentations du siège : le siège complet et le siège décomplété

6-1-1 Le siège complet : Où le fœtus est assis « en tailleur » au dessus du DS.

6-1-2 Le siège décomplété : où les membres inférieurs du fœtus sont élevés en attelle, les pieds arrivant au niveau de la tête.

La présentation du siège peut être eutocique et ne nécessitant aucune intervention au cours du dégagement.

6-2 Variétés de position :

Le sacrum étant pris comme repère, on distingue: SIGA SIDP SIGP SIDA.

6-3 Etiologie:

La présentation du siège ne peut être considérée comme une présentation tout à fait normale ; mais peut être eutocique. Seule la présentation du sommet répond à l'accommodation parfaite du fœtus normal.

Par contre, la présentation du siège est le résultat d'un trouble de l'accommodation. Trois ordres de conditions

disposent à la présentation du siège en créant le trouble de l'accommodation :

- L'hypotonie utérine de certaines multipares.
- L'anomalie de forme et de trophicité de l'utérus de certaines primipares.
- Un élément surajouté qui inverse les rapports de volume entre le fond et la partie intérieure de l'utérus, ou empêche l'accommodation de la tête au détroit supérieur (hydramnios).

6-4 Etude clinique:

6-4-1 Pendant la grossesse

L'interrogatoire, peut révéler une présentation du siège au cours d'un accouchement précédent.

L'inspection, montre que l'utérus est développé longitudinalement.

Palpation, au dessus du détroit supérieur, le siège lorsqu'il est complet, est reconnu à ses caractères habituels de masse volumineuse , irrégulière et ferme sans être dure, non ballotante , non surmontée d'un sillon ; mais, lorsque le siège est décomplété, il est moins accessible, moins volumineuse , plus rond.

Au fond de l'utérus, au milieu ou dans une corne, on reconnaît la tête à son volume plus petit, son contour arrondi, sa dureté. Elle donne habituellement le ballotement

céphalique ; elle est séparée du dos par le sillon du cou, signe le plus sûr de reconnaissance.

La perception de l'activité cardiaque fœtale

Le foyer des bruits cardiaques du fœtus est en dehors de l'ombilic et un peu au dessus de lui.

Au Toucher vaginal, Le siège complet est perçu à bout de doigt au dessus du DS. Le segment inférieur épais et mal formé.

Le siège décomplété est assez souvent engagé. Le SI est bien formé. La confusion avec le pôle céphalique est possible.

6-4-2 Pendant le travail

Lorsque la dilatation est suffisante, le doigt perçoit par le toucher une masse molle séparée en deux par le sillon interfessier au centre duquel se trouve l'anوس.

A l'une des extrémités du sillon, il est facile de percevoir la saillie osseuse du coccyx et la pyramide sacrée reconnaissable à ses saillies osseuses au chapelet, dont la situation détermine la variété de position. Au contraire à l'extrémité opposée, la perception des organes génitaux manque de netteté. Dans le siège complet, la masse molle est volumineuse, irrégulière ; on peut percevoir un ou deux pieds, donc plus ou moins pénétré dans le pelvis.

6-5 Etude de L'accouchement

6-5-1 Phénomènes mécaniques : la plupart du temps l'accouchement en présentation du sommet se résume à celui de la tête, mais il faut noter qu'il peut y avoir des complications. Trois accouchements se succèdent dans la présentation du siège : celui du siège, des épaules, et de la tête dernière. Le volume de ses trois segments fœtaux qui traversent successivement la filière pelvienne va croissant. Chacun à son mécanisme, ses difficultés et comprend pour la plupart, engagement, descente et rotation, dégagement.

6-5-1-1 Accouchement du siège :

6-5-1-1-1 Engagement : c'est le diamètre bitrochanterien qui s'oriente suivant un diamètre oblique du bassin. Le siège franchit, synclite le plan du détroit supérieur. L'engagement, toujours facile et précoce dans le siège décomplété, est plus laborieux dans le siège complet.

6-5-1-1-2 Descente et Rotation :

La rotation amène le diamètre bitrochanterien dans le diamètre antero-postérieur du détroit supérieur. S'il s'agit d'une sacro-iliaque postérieure, la rotation se fait en avant. De toute façon, le sacrum se trouve sur le diamètre transversal du bassin.

6-5-1-1-3 Le dégagement :

La hanche antérieure se dégage la première et se cale sous la symphyse. Puis la hanche postérieure se dégage à son tour en parcourant la concavité sacro coccygienne, puis toute la longueur du périnée postérieure, jusqu'à ce qu'elle est franchit la commissure vulvaire.

6-5-1-2 Accouchement des épaules :

6-5-1-2-1 Engagement : Le diamètre bi acromial s'oriente dans un diamètre oblique du détroit supérieur.

6-5-1-2-2 Descente et rotation : elles sont simultanées ou successives.

La rotation, pour les classiques, amène le diamètre bi acromial dans le diamètre longitudinal du détroit inférieur. En fait, les épaules s'orientent souvent sur son diamètre transversal.

6-5-1-2-3 Dégagement : Les épaules se dégagent en transverse, successivement comme une sorte d'asynclitisme, les bras tombent l'un après l'autre hors de la vulve, cependant que le dos est orienté en avant.

6-5-1-3 Accouchement de la tête dernière :

6-5-1-3-1 Engagement : Il s'exécute en même temps que la descente et le dégagement des épaules. La tête s'oriente sur un diamètre oblique du bassin, occiput en avant, elle s'engage fléchie.

6-5-1-3-2 Descente et rotation : L'occiput tourne, doit tourner en avant pour arriver médian au détroit inférieur.

6-5-1-3-2-1 Dégagement : le sous occiput prend appui sous la symphyse. La tête se fléchit progressivement ; la face, le front le crâne se dégagent successivement de la commissure postérieure.

6-6 Anomalie dans le mécanisme de l'accouchement :

L'engagement du siège, facile et précoce lorsque le siège est décompleté, peut être long et même ne pas s'effectuer lorsque le siège est complet.

La progression du siège est parfois arrêtée dans l'excavation.

L'anomalie la plus importante au cours de l'accouchement des épaules est le relèvement des bras du fœtus. On peut citer également :

La rétention de la tête dernière au DS qui est la plus haute gravité.

La rétention de la tête dans l'excavation.

6-7 Pronostic :

Le pronostic maternel est généralement bon.

Le pronostic fœtal est généralement réservé à cause de la prématurité et surtout les manœuvres obstétricales lors de l'extraction artificielle.

Dans tous les cas, mais surtout chez la primipare, l'importance d'une éventuelle disproportion foeto-pelvienne oblige plus que dans toute autre présentation à pratiquer une radiopelvimétrie et une mesure échographique du diamètre Bipariétal du fœtus. Enfin, plus que dans les autres présentations, le pronostic dépend en partie de l'accoucheur pour bien conduire un accouchement par le siège, il faut connaître l'obstétrique classique souvent négligée.

Les interventions trop fréquentes, trop précoces ou trop hâtivement exécutées peuvent créer une dystocie qu'une attente patiente eût évitée en système. L'intervention, lorsqu'elle est indiquée, suppose la connaissance exacte du mécanisme obstétrical et ne doit pas être improvisée.

6-8 La conduite à tenir :

6-8-1 Pendant la grossesse :

Le diagnostic étant fait et les facteurs de risques établis, plusieurs attitudes sont possibles :

Avant on tentait de transformer par des manœuvres la présentation du siège en sommet. A nos jours ces méthodes sont presque abandonnées.

Une césarienne de principe peut être décidée déjà au cours de la grossesse.

6-8-2 Pendant le travail d'accouchement:

En présence d'un accouchement par le siège, le premier devoir est de se rappeler que la présentation peut être eutocique et d'avoir confiance en soit.

Il en résulte que la conduite à tenir se limite à l'abstention, lorsque les phénomènes dynamiques se déroulent normalement. Toutefois on se gardera de rompre trop tôt les membranes. Elles le seront à partir de 6 cm de dilatation, mais cependant il y'a des précautions à prendre :

Un accouchement par le siège ne doit plus se faire en dehors d'un service d'obstétrique bien organisé. La présence d'un obstétricien, d'un anesthésiste et d'un auxiliaire est nécessaire.

Un forceps doit être prêt à l'emploi ; une perfusion d'ocytocine sera mise en place à la période d'expulsion.

L'eutocie, une contractilité utérine de bonne qualité, des contractions régulières, une souplesse interphasaire satisfaisante, sont les garants d'une progression favorable de la dilatation du col.

A dilatation complète, la présentation, arrivée sur le périnée commence sa phase d'expulsion, celle-ci peut être conduite de différentes façons :

L'abstention presque complète : La patiente est mise en position gynécologique jusqu'à l'apparition de l'ombilic foetal,

il n'y a rien à faire, si ce n'est parfois à aider le dégagement des membres inférieurs.

Sous l'influence des contractions et des efforts expulsifs, le dos tourne en avant, les épaules se dégagent toutes seules, puis la tête, en flexion, le nouveau-né est accueilli dans l'écartement des cuisses de sa mère, sur un plan horizontal.

La seule dérogation à cette attitude d'expectative proviendrait de la rotation en arrière du dos du fœtus, au risque de provoquer une rétention de la tête défléchie au DS, avec parfois accrochage du menton au bord supérieur de la symphyse pubienne. C'est donc tout de suite, avant que la tête n'arrive au détroit supérieur, qu'on doit ramener le dos en avant, soit par redressement simple, soit en continuant le mouvement de rotation amorcé.

Devant le relèvement des bras il faut recourir à la petite extraction du siège par la manœuvre de LOVSET.

Devant la rétention de la tête dernière au niveau du :

- Detroit moyen on fait la manœuvre de MAURICEAU.
- Detroit inférieur on fait la manœuvre de BRACHT.

7 Les particularités chez les grandes multipares :

L'accouchement de la grande multipare se termine le plus souvent par des complications telles que :

- Hématome retro-placentaire
- Placenta praevia

- Dystocie dynamique.
- Procidence du cordon.
- Rupture utérine.
- Hémorragie de la délivrance.

III- METHODOLOGIE:

A- Cadre et lieu d'étude:

Notre étude a eu pour cadre le service de gynécologie obstétrique du centre de santé de référence de la commune II du district de Bamako.

1- Situation géographique et services:

La commune II couvre une superficie de 17km² soit environ 7% de la superficie totale du district de Bamako.

1-1- Elle est limitée:

- _ Au nord par le pied de la colline du point G
- _ Au sud par le fleuve Niger
- _ A l'est par le marigot de korofina
- _ A l'ouest par la route goudronnée (Boulevard du peuple passant par l'institut ophtalmologique tropical d'Afrique: IOTA traversant le grand marché jusqu'au pont des martyrs).

Elle comporte 12 (douze) quartiers (Bagadadji, Bakaribougou, Bougouba, Bozola, Hippodrome, Medina coura, Missira, Niarela, Quinzambougou, Téléphone sans fil: TSF, Zone industrielle, N'Gomi).

1-2- Le centre de santé se trouve à Missira:

Il comporte plusieurs services:

- _ l'administration
- _ La pharmacie
- _ Le service d'oto rhino laryngologie
- _ Le service d'ophtalmologie
- _ Le service de médecine

- _ Le service de gynécologie obstétrique
- _ Le service d'odontostomatologie
- _ Le service de pédiatrie
- _ Le service du PEV (Programme Elargi de Vaccination).

2- Description du cadre d'étude:

A l'étage se trouvent l'administration et certains services.

Le service de gynécologie obstétrique occupe le rez de chaussée.

Il comporte:

Une salle d'accouchement avec trois (3) tables d'accouchement.

Une salle d'attente et de suites de couche immédiate avec trois (3) lits.

Une salle de garde pour les sages femmes.

Une salle de garde pour les infirmières les aides soignantes.

Un bureau pour la sage femme maîtresse.

Une toilette externe pour le personnel.

Une unité de consultation prénatale.

Une unité de planning familial.

Une unité post natale.

Une unité de PTME (prévention de la transmission mère enfant du VIH).

Une salle d'échographie.

Une unité de gynécologie et de grossesse à haut risque.

Un bloc opératoire.

Trois (3) salles d'hospitalisation.

Le personnel comprend:

Un professeur en gynécologie obstétrique, qui est le chef de service

6 médecins

La sage femme maîtresse

19 étudiants faisant fonction d'interne

26 sages femmes

4 infirmières obstétriciennes

20 aides soignantes

4 chauffeurs

5 manoeuvres

3- FONCTIONNEMENT:

Le service dispose d'un bloc opératoire ouvert le 29 décembre 2006 et d'une salle d'accouchement qui fonctionne vingt quatre heures sur vingt quatre.

Les consultations gynécologiques et obstétricales (grossesses à risque) sont assurées par le professeur deux jours par semaines (Lundi et Mercredi).

Les autres unités fonctionnent tous les jours ouvrables.

Une équipe de garde quotidienne travaille vingt quatre heures sur vingt quatre en salle d'accouchement. Elle est composée de quatre (4) étudiants faisant fonction d'interne d'une sage femme, d'une infirmière obstétricienne, d'une aide soignante, d'un chauffeur et d'un manoeuvre.

Une réunion (Staff) se tient tous les jours ouvrables à huit heures pour

Discuter de la prise en charge des urgences admises la veille ainsi que des accouchements effectués. Le Staff est dirigé par le professeur.

B- TYPE D'ETUDE:

Il s'agit d'une étude cas témoins.

Nous avons pris deux témoins pour chaque cas. Le critère d'appariement est la parité.

C- PERIODE D'ETUDE:

L'étude a concerné la période du 1^{er} janvier 2007 au 31 décembre 2007.

D- Population d'étude:

La population d'étude était constituée par toutes les parturientes admises dans le service pendant la période d'étude quel que soit le motif.

E- Echantillonnage

1- Critères d'inclusion:

Cas:

Toutes les grandes multipares ayant accouché au centre de santé de référence de la commune II.

Témoins:

Les primipares, les paucipares, les multipares ayant accouché au centre de santé de référence de la commune II.

2- Critères de non inclusion:

Cas:

Les grandes multipares ayant accouché hors du centre de santé de référence de la commune II.

Témoins:

Les primipares, les paucipares, les multipares ayant accouché hors du centre de santé de référence de la commune II et les nullipares.

F- Variables étudiées:

Les paramètres suivants ont été étudiés au cours de cette étude:

- l'âge,
- l'ethnie,
- le statut matrimonial,
- la profession de la parturiente,
- le niveau d'instruction,
- la profession du procréateur,
- antécédents médicaux,
- antécédents chirurgicaux,
- la gestité,
- la parité,
- l'intervalle intergénéral,
- le nombre de CPN,
- le terme de la grossesse,
- tension artérielle,
- la température,
- la hauteur utérine,
- les BDCF à l'admission,
- le type de présentation,

- les contractions utérines dans leur fréquence et leur durée
- l'état clinique du bassin,
- la dilatation du col,
- la durée du travail,
- le type de délivrance,
- la voie d'accouchement,
- l'état du placenta,
- l'état de la mère après accouchement,
- le poids du ou des nouveaux nés lors des premières et cinquième minutes,
- L'utilisation du partogramme.

G-Supports des données:

Les données ont été recueillies à partir du dossier des parturientes, du partogramme, du registre d'accouchement, du registre de compte rendu opératoire et des carnets de CPN.

H-Technique de collecte:

Il s'agissait d'une lecture des documents sus cités et la consignation sur un questionnaire individuel.

I- Traitements des données:

Les données ont été saisies et analysées sur les logicielles Epi Info 6.fr et SPSS 12.0. Le traitement de texte a été effectué sur Microsoft W.

Les tests statistiques utilisés sont : Khi2 et le test de FISHER (P).

J- Définitions opératoires :

- Hauteur utérine excessive: Il s'agit des gestantes dont la hauteur utérine est ≥ 36 cm.
- Grande multipare: Il s'agit des parturientes dont la parité ≥ 7 .
- Age élevé sur le plan obstétrical: toute parturiente dont l'âge est supérieur ou égal à 35 ans à l'admission.
- La prématurité a été définie par l'âge compris entre 28 et 36SA + 6 jours et ou par la taille à la naissance inférieure à 47cm et le poids inférieur à 2500g.
- Avortement: C'est l'expulsion des produits de conception dont le poids est inférieur à 500g.
- Accouchement par voie basse: regroupe l'ensemble des accouchements par les voies naturelles y compris les extractions instrumentales et les manœuvres.
- SFA: elle a été définie par les altérations des bruits du cœur fœtal (compter au stéthoscope de Pinard). Il s'agissait des bradycardies (moins de 120 battements par minute pendant 10 minutes) et les tachycardies (plus de 160 battements par minute pendant 10 minutes) isolées ou associées à un liquide amniotique méconial (purée de pois).
- Dépassement de terme: Chaque fois que le terme théorique est supérieur à 42SA.

- Venue d'elle-même: toute parturiente admise directement dans le service sans passer par un autre centre.
- Référée: toute parturiente adressée par un personnel ou une structure de santé sans notion d'urgence.
- Evacuée: toute parturiente adressée par un personnel ou une structure de santé dans un contexte d'urgence.
- HTA: tension artérielle systolique supérieure ou égale à 140 mmHg et ou diastolique supérieure ou égale à 90 mm Hg.
- Mortalité maternelle: L'organisation Mondiale de la santé (OMS) **[39-26]** définit la mortalité maternelle comme « le décès d'une femme survenu au cours de la grossesse ou dans un délai de 42 jours après sa terminaison, quelle qu'en soit la durée ou la localisation, pour une cause quelconque déterminée ou aggravée par la grossesse ou les soins qu'elle a motivés mais ni accidentel ni fortuit.
- Le taux de mortalité maternelle : il se définit selon l'OMS [8] comme le nombre de décès maternels pour 100 000 naissances vivantes. **[2]**
- La mortalité néonatale : est le décès d'un nouveau-né survenant entre sa naissance et le 28^{ème} jour après l'accouchement. **[36]**
- Le taux de mortalité néonatale : est le nombre de décès de nouveau-nés avant 28 jours survenu au cours d'une

- année sur le nombre de naissances vivantes au cours de la même période multiplié par 1000. **[36]**
- Le taux de mortalité néonatale : est le nombre de décès de nouveau-nés avant 28 jours survenu au cours d'une année sur le nombre de naissances vivantes au cours de la même période multiplié par 1000. **[36]**
 - morbidité maternelle : elle recouvre un large éventail de troubles qui surviennent pendant la grossesse, l'accouchement et le post -partum ou qui sont aggravés par la grossesse. Mais ces troubles n'entraînent pas nécessairement la mort. **[3]**
 - Les facteurs de risque : selon l'OMS on entend par facteur de risque, toute caractéristique ou toute circonstance déterminante, attachée à une personne ou à un groupe de personne, et dont on sait, qu'elle est associée à un risque anormal d'existence ou d'évolution d'un processus ou d'exposition spéciale à un tel processus. **[28]**
 - Mort né: tout nouveau- né dont le score d'Apgar est nul à la naissance.
 - BGR: promontoire atteint et les lignes innominées entièrement suivies sur tout leur trajet.
 - Bassin limite: promontoire atteint mais les lignes innominées ne sont pas suivies au- delà des deux tiers antérieurs.

- 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 leur abondance (plus de 500ml) et ou leurs répercussions sur l'état général.
- RPM: il s'agit des ruptures des membranes survenant avant tout début de travail.
- Ruptures précoces des membranes: les ruptures des membranes survenues au cours du travail mais avant la dilatation complète.
- Travail prolongé: le travail prolongé a été défini comme un travail d'accouchement dont la durée est supérieure à 12 heures.
- Grossesses rapprochées: Il s'agit des cas où l'intervalle inter génésique est inférieur à 24 mois.
- Primigestes: il s'agit des femmes qui sont à leur première grossesse.
- Paucigestes : les femmes qui sont à leur 2^{ème} grossesse.
- Multi gestes: les femmes qui ont fait entre 3 et 6 grossesses
- Grandes multi gestes: les femmes qui ont fait plus de 6 grossesses
- Primipares: les femmes qui sont à leur premier accouchement

- Pauci pares : les femmes qui ont fait entre 2 et 3 accouchements
- Multipares: les femmes qui ont fait entre 4 et 6 accouchements
- Grandes multipares: les femmes qui ont fait plus de 6 accouchements
- Mort fœtale in utero: les femmes pour lesquelles les bruits du cœur fœtal n'étaient pas audibles à l'admission.
- Bradycardies fœtales : il s'agit des cas où les bruits du cœur fœtal étaient inférieurs à 120 battements par minute pendant 10 minutes.
- Tachycardies fœtales : il s'agit des cas où les bruits du cœur fœtal étaient supérieurs à 160 battements par minutes pendant 10 minutes.

IV.RESULTATS

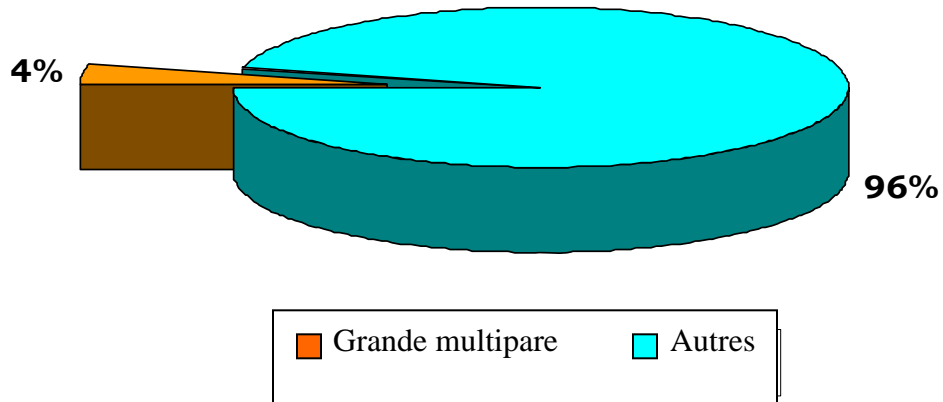


Figure 4: Fréquence de l'accouchement chez les grandes multipares.

Tableau I: Répartition des patientes selon l'âge

Tranches d'âge en année	Cas		Témoins	
	Effectif	%	Effectif	%
21-25	0	0,0	18	6,8
26-30	3	2,3	50	19,0
31-35	79	59,8	97	36,7
36-40	49	37,1	81	30,7
>40	1	0,8	18	6,8
Total	132	100	264	100

La tranche d'âge de 31-35ans est plus fréquente chez les grandes multipares (59,8%) que chez les témoins (36,7%) avec **Khi2=36,41 ; P=0,000.**

L'âge moyen pour les grandes multipares était de 35ans avec les extrêmes de 26 ans et de 43ans. Dans le groupe témoin l'âge moyen était de 33ans avec des extrêmes de 21 et de 41 ans. Soit un âge médian de 34,5 ans pour les cas et 31 ans pour les témoins.

Tableau II: Répartition des patientes selon l'ethnie

Ethnie	Cas		Témoins	
	Effectif	%	Effectif	%
Bambara	74	56,2	160	60,7
Dogon	1	0,7	9	3,4
Malinké	17	12,9	26	9,8
Peulh	9	6,8	23	8,7
Sarakolé	13	9,8	18	6,8
Senoufo	5	3,8	18	6,8
Sonrhaï	12	9,1	9	3,4
Autres	1	0,7	1	0,4
Total	132	100	264	100

Les deux groupes sont comparables en ce qui concerne la répartition en fonction de l'ethnie (**Khi2=21,7 ; P=0,06**).

Tableau III: Répartition des patientes selon la profession

Profession de la parturiente	Cas		Témoins	
	Effectif	%	Effectif	%
Ménagère	106	80,5	193	73,0
Commerçante/vendeuse	17	12,8	25	9,5
Fonctionnaire	1	0,7	20	7,6
Autre profession libérale	8	6,0	26	9,9
Total	132	100	264	100

La fréquence des ménagères est plus élevée dans le groupe des grandes multipares (80,5%) que dans celui des témoins (Khi2=10,75 P=0,001).

Tableau IV: Répartition des patientes selon la profession du conjoint

Profession du conjoint	Cas (n=132)		Témoins	
	Effectif	%	Effectif	%
Commerçant	77	58,6	150	56,7
Cultivateur	20	15,0	1	0,4
Fonctionnaire	2	1,5	56	21,3
Ouvrier	22	16,6	50	19,0
Autres	11	8,3	7	2,6
Total	132	100	264	100

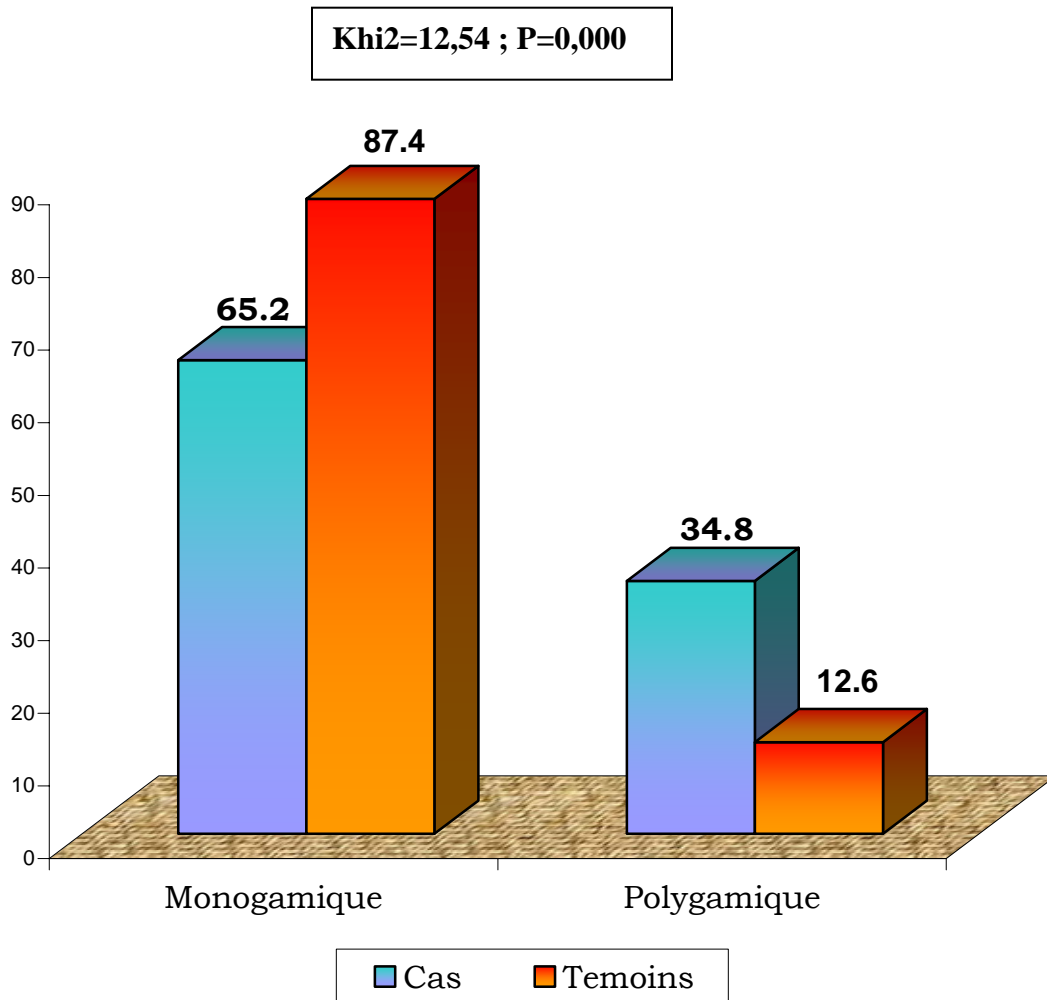
Il y a plus de conjoints cultivateurs pour les grandes multipares que pour les témoins (Khi2=9,7 P=0,000).

Tableau V: Répartition des patientes selon le niveau d'instruction

Niveau d'instruction	Cas		Témoins	
	Effectif	%	Effectif	%
Non scolarisée	86	65,2	164	62,3
Primaire	32	24,2	53	20,2
Secondaire	14	10,6	36	13,5
Supérieure	0	0,0	11	4,0
Total	132	100	264	100

Les patientes non scolarisées étaient plus nombreuses dans le groupe des grandes multipares que dans celui des témoins (Khi2=14,23 ; P=0,03).

Dans notre étude toutes les grandes multipares étaient mariées tandis que chez les témoins ; elles l'étaient dans 94,8% (P=0,000 ; Khi2=37,2).



Graphique 5: Répartition des patientes selon le régime de mariage

Tableau VI: Répartition des patientes selon les antécédents médicaux.

Antécédents médicaux	Cas		Témoins	
	Effectif	%	Effectif	%
Aucun	104	78,8	244	92,6
Diabète	6	4,5	10	3,7
Drépanocytaire	7	5,3	7	2,6
HTA	10	7,5	1	0,4
Asthme	5	3,9	2	0,7
Total	132	100	264	100

L'hypertension artérielle était plus retrouvée chez les grandes multipares (7,5%) que chez les témoins (0,4%) $\text{Khi}^2=43,43$; $P=0,000$.

Tableau VII: Répartition des patientes selon les antécédents chirurgicaux.

Antécédents chirurgicaux	Cas		Témoins	
	Effectif	%	Effectif	%
Aucun	123	93,0	239	90,7
Appendicectomie	3	2,2	5	2,0
Kystectomie	2	1,8	7	2,3
Autres	4	3,0	13	5,0
Total	132	100	264	100

Les deux groupes sont comparables selon la répartition en fonction des antécédents chirurgicaux (Khi2=0,51 ; P=0,47).

Tableau VIII: Répartition des patientes selon le mode d'admission

Mode d'admission	Cas		Témoins		Khi2	p
	Effectif	%	Effectif	%		
Venue d'elle même	94	71,2	235	89,1	19,84	0,000
Référée	16	11,8	22	8,3	1,46	0,227
Evacuée	22	17	7	2,6	25,47	0,000
Total	132	100	264	100		

Les grandes multipares sont significativement plus évacuées que les témoins P=0,000.

Tableau IX: Répartition des patientes selon le motif d'admission.

Motif d'admission	Cas		Témoins	
	Effectif	%	Effectif	%
C U D	57	43,2	215	81,4
Dilatation stationnaire	16	12,0	5	2,0
Procidence du cordon	15	11,8	7	2,6
Présentation vicieuse	21	15,8	13	5,0
Placenta praevia hémorragique	11	8,0	15	5,7
HRP	5	4,0	6	2,2
Autres	7	5,2	3	1,1
Total	132	100	264	100

Les grandes multipares sont plus admises pour placenta praevia hémorragique que les témoins (Khi²=42,5 ; P=0,001).

Tableau X: Répartition des patientes selon le nombre de CPN.

Nombre de CPN	Cas		Témoins		Khi2	p
	Effectif	%	Effectif	%		
Aucune	78	58,8	84	32	27,08	0,000
1-3	36	27,1	124	46,8	14,18	0,0016
≥4	18	14,1	56	21,2	2,66	0,102
Total	132	100	264	100		

Les patientes qui n'ont pas fait de CPN sont plus nombreuses dans le groupe des grandes multipares que dans celui des témoins (P=0,000).

Tableau XI: Répartition des patientes selon le terme de la grossesse à l'admission.

Terme de la grossesse en (SA)	Cas		Témoins	
	Effectif	%	Effectif	%
28-36	5	4,0	6	2,3
37-42	123	93,0	251	95,1
>42	4	3,0	7	2,6
Total	132	100	264	100

Le terme de la grossesse inférieur à 37 SA est plus retrouvé chez les grandes multipares que chez les témoins (Khi2=9,43 P=0,002).

Tableau XII: Répartition des patientes selon les pathologies rencontrées au cours de la grossesse.

Pathologies au cours de la grossesse	Cas		Témoins	
	Effectif	%	Effectif	%
Aucune	118	89,2	252	95,5
Cardiopathie	1	0,8	0	0,0
Diabète	2	1,5	1	0,4
H T A	10	7,5	10	3,8
Autres	1	1,0	1	0,3
Total	132	100	264	100

L'hypertension artérielle a été la pathologie la plus rencontrée au cours de la grossesse chez les grandes multipares que chez les témoins ($\chi^2=4,04$; $P=0,001$).

Tableau XIII: Répartition des patientes selon la gestité

Gestité	Cas		Témoins	
	Effectif	%	Effectif	%
2-7	0	0,0	254	96,4
8	96	72,7	6	2,2
9	29	22,1	4	1,4
10	4	3,2	0	0,0
11	3	2,0	0	0,0
Total	132	100	264	100

Les patientes qui étaient à leur huitième grossesse étaient plus nombreuses dans le groupe des grandes multipares que dans celui des témoins ($\chi^2=224,7$; $P=0,000$).

Tableau XIV: Répartition des grandes multipares selon le nombre d'accouchement.

Nombre d'accouchement	Effectif	Pourcentage%
7	65	49,2
8	45	34,1
9	17	12,9
10	5	3,8
Total	132	100

Intervalle inter gènesique : La fréquence des grossesses rapprochées était significativement plus élevée chez les cas 20,2% que chez les témoins 17,9% (P=0,003).

Tableau XV: Répartition des patientes selon l'état général

Etat général	Cas		Témoins		Khi2	p
	Effectif	%	Effectif	%		
Bon	116	87,6	248	93,8	2,67	0,32
Passable	16	12,4	16	6,2	4,35	0,036
Total	132	100	264	100		

Tableau XVI: Répartition des patientes selon la coloration des conjonctives.

Coloration des conjonctives	Cas		Témoins		Khi2	p
	Effectif	%	Effectif	%		
Bien colorées	115	87,2	252	95,4	5,03	0,002
Moyennement colorées	17	12,8	12	4,6	8,00	0,000
Total	132	100	264	100		

Les conjonctives moyennement colorées sont plus retrouvées chez les grandes multipares que chez les témoins (P=0,000; Khi2=8).

L'indice de masse corporelle : (IMC)

IMC moyen est significativement plus élevé chez les grandes multipares 27,08 que chez les témoins 25,65 (P=0.000). Les extrêmes étaient de 23,20 à 36 pour les cas et 22,10 à 35 pour les témoins.

Tableau XVII: Répartition des patientes selon les BDCF à l'admission

BDCF	Cas		Témoins		Khi2	p
	Effectif	%	Effectif	%		
Présents	125	94,6	262	99,4	5,03	0,001
Absents	7	5,4	2	0,6	11,56	0,000
Total	132	100	264	100		

A l'admission la fréquence de mort foetale in utero est plus élevée chez les grandes multipares (5,4%) que chez les témoins (0,6%) (Khi2=11,56 ; P=0,000).

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

Phase du travail à l'admission	Cas		Témoins		Khi2	p
	Effectif	%	Effectif	%		
Phase de latence	29	22,3	94	35,5	7,64	0,005
Phase active	103	77,7	170	64,5	5,04	0,000
Total	132	100	264	100		

Tableau XIX: Répartition des patientes selon l'état de la poche des eaux à l'admission.

Etat de la poche des eaux	Cas		Témoins		Khi2	p
	Effectif	%	Effectif	%		
Intacte	79	60,0	233	88,3	29,17	0,005
Rompue	53	40,0	31	11,7	42,50	0,000
Total	132	100	264	100		

Tableau XX: Répartition des patientes selon la couleur du liquide amniotique

Liquide amniotique	Cas		Témoins		Khi2	p
	Effectif	%	Effectif	%		
Claire	115	87,0	252	95,5	5,02	0,008
Meconial	17	13,0	12	4,5	5,00	0,002
Total	132	100	264	100		

Le liquide amniotique meconial est plus retrouvé chez les grandes multipares que chez les témoins (Khi2=5 P=0,002).

Tableau XXI: Répartition des patientes selon le type de bassin

Type de bassin	Cas		Témoins		Khi2	p
	Effectif	%	Effectif	%		
Normal	131	99,2	252	95,4	3,98	0,001
Limite	1	0,8	12	4,6	12,98	0,046
Total	132	100	264	100		

Tableau XXII: Répartition des patientes selon la hauteur utérine

Hauteur utérine	Cas		Témoins		Khi2	p
	Effectif	%	Effectif	%		
<33	31	23,4	53	20,1	0,61	0,43
33-35	75	57,0	180	68,1	5,62	0,001
≥36	26	19,6	31	11,8	4,52	0,003
Total	132	100	264	100		

La hauteur utérine excessive est plus retrouvée chez les grandes multipares que chez les témoins $P=0,003$; $Khi2=4,52$.

Tableau XXIII: Répartition des patientes selon le type de présentation du fœtus.

Type de présentation	Cas		Témoins		Khi2	p
	Effectif	%	Effectif	%		

Sommet	66	50	187	70,8	16,56	0,004
Front	6	4,5	20	7,6	1,32	0,025
Face	15	11,5	21	8,0	1,24	0,26
Siège	12	9,0	20	7,6	0,27	0,60
Transverse	33	25	16	6,0	29,11	0,000
Total	132	100	264	100		

Tableau XXIV: Répartition des patientes selon la durée de l'expulsion

Durée de l'expulsion	Cas		Témoins		Khi2	p
	Effectif	%	Effectif	%		
≤45min	72	54,5	165	62,5	5,67	0,009
>45min	60	45,5	99	37,5	10,42	0,0012
Total	132	100	264	100		

Nous avons utilisé la perfusion d'oxytocine dans 22 cas pour corriger la dystocie dynamique (à type d'hypocinésie de fréquence) chez les grandes multipares contre 17 cas chez les témoins (P=0,001).

Tableau XXV: Répartition des patientes selon la voie d'accouchement

Voie d'accouchement	Cas		Témoins		Khi2	p
	Effectif	%	Effectif	%		
Voie basse	114	86,4	231	88	3,20	0,05
Voie haute	18	13,6	33	12	0,10	0,75
Total	132	100	264	100		

Tableau XXVI: Répartition des patientes selon la durée totale du travail

Durée du travail	Cas		Témoins		Khi2	p
	Effectif	%	Effectif	%		
≤12H	72	54,5	165	62,5	8,17	0,004
>12H	60	45,5	99	37,5	10,42	0,0012
Total	132	100	264	100		

Tableau XXVII: Répartition des patientes selon le type de délivrance.

Type de délivrance	Cas		Témoins		Khi2	p
	Effectif	%	Effectif	%		
Active	121	92	258	97,7	7,83	0,005
Artificielle	11	8	6	2,3	4,87	0,001
Total	132	100	264	100		

La délivrance artificielle a été plus effectuée chez les grandes multipares que chez les témoins P=0,001 Khi2=4,87.

Tableau XXVIII: Répartition des patientes selon la survenue de l'hémorragie de la délivrance.

Hémorragie de la délivrance	Cas		Témoins		Khi2	p
	Effectif	%	Effectif	%		
Présente	9	6,8	1	0,4	12,32	0,003
Absente	123	93,2	263	99,6	7,45	0,076
Total	132	100	264	100		

L'hémorragie de la délivrance a été plus retrouvée chez les grandes multipares que chez les témoins (P=0,003 ; Khi2=12,32).

Tableau XXIX: Répartition des patientes selon l'indication de la césarienne.

Indications de la césarienne	Cas		Témoins	
	Effectif	%	Effectif	%
Disproportion fœto pelvienne	5	27,7	21	63,6
Présentation vicieuse	5	27,7	4	12,1
Procidence du cordon	2	11,1	0	0,0
SFA	3	16,7	4	12,1
PPH	1	5,6	3	9,1
HRP	1	5,6	1	3,1
Rupture utérine	1	5,6	0	0,0
Total	18	100	33	100

L'indication de la césarienne pour SFA a été plus fréquemment observée chez les grandes multipares que chez les témoins (Khi2=27,06 ; P=0,000).

Au cours de notre étude il y a pas eu de décès maternel.

Tableau XXX: Répartition des patientes selon l'Apgar des nouveau-nés à la 1^{ère} min

APGAR 1 ^e min	Cas		Témoins		Khi2	p
	Effectif	%	Effectif	%		
≤7	23	17,4	22	8,3	5,01	0,008
>7	109	82,6	242	91,7	7,22	0,002
Total	132	100	264	100		

- Nous avons noté 5,4% de mort né chez les cas contre 0,6% chez les témoins (Khi2=11,56 ; P=0,000).
- **Un seul cas de malformation congénitale à type d'anencéphalie (0,7%) a été retrouvé dans notre étude chez une 10^{ème} geste 9^{ème} pare de 37ans venue d'elle-même pour CUD.**

Tableau XXXI: Répartition des patientes selon l'Apgar des nouveau-nés à la 5^{ème} min

APGAR 5 ^e min	Cas		Témoins		Khi2	p
	Effectif	%	Effectif	%		
≤7	20	15,4	5	2,0	26,15	0,000
>7	112	84,6	259	98,0	18,09	0,001
Total	132	100	264	100		

Tableau XXXII: Répartition des patientes selon le poids des nouveau-nés à la naissance.

Poids à la naissance (en gramme)	Cas		Témoins	
	Effectif	%	Effectif	%
<2500	38	28,8	2	0,7
2500-3999	78	59,1	257	97,3
≥4000	16	12,1	5	2,0
Total	132	100	264	100

Le poids supérieur ou égal à 4000 grammes est plus retrouvé chez les nouveau-nés des grandes multipares que chez les nouveau-nés des témoins ($\text{Khi}^2=116,84$; $P=0,000$).

Tableau XXXIII: Répartition des patientes selon la notion de référence des nouveaux-nés à la pédiatrie de l'hôpital Gabriel Touré.

Nouveau-nés	Cas		Témoins	
	Effectif	%	Effectif	%
Référés	34	26	15	5,7
Non référés	98	74	249	94,3
Total	132	100	264	100

La fréquence des nouveau-nés référés est plus élevée chez les grandes multipares que chez les témoins ($\text{Khi}^2=28,74$; $P=0,001$).

Parmi les nouveau-nés référés en pédiatrie 6,2% des nouveau-nés des grandes multipares sont décédés avant la 72^{ème} heure de vie contre 1% de ceux des témoins ($\text{Khi}^2=27,18$ $P=0,004$).

V.COMMENTAIRES ET DISCUSSION

1. Fréquence:

Au terme de notre étude, la fréquence de l'accouchement chez les grandes multipares a été de 4%. Cette fréquence est supérieure à celle trouvée par DIASSANA B. [14] 0,44% ; et inférieure à celles trouvées par Labama L. [23] 25,6% et par B.THIEBA [4] 8,18%.

2. Aspects sociodémographiques:

2.1. Age:

Pour les grandes multipares: L'âge moyen était de 35ans avec des extrêmes de 26 ans et de 43 ans.

Pour les témoins: L'âge moyen était de 33ans avec des extrêmes de 21 ans et de 41 ans.

Il y a donc une association significative entre l'âge et la grande multiparité.

Notre résultat est proche de celui de Tohour. G.H. [39] qui a trouvé une moyenne d'âge de 36 ans avec des extrêmes de 27ans et de 40ans.

2.2. Le statut matrimonial:

Toutes les grandes multipares enregistrées dans notre étude étaient mariées (100%).

Ce résultat est voisin de celui de DIASSANA B. [14] qui a trouvé 98%. Les facteurs socio-économiques et culturels de notre société pourraient expliquer cette situation.

2.3. Le niveau d'instruction: Soixante cinq virgule deux pour cent (65,2%) des grandes multipares n'étaient pas scolarisées contre 62,3% des témoins ($P=0,03$). Ce résultat est inférieur à celui de DIASSANA B. [14] qui a trouvé 85,1%.

Le niveau socio-économique et des conditions culturelles de notre pays pourraient expliquer cette situation.

2.4. Profession:

La plupart des patientes était des ménagères avec un taux de 80,5% chez les cas et 73% chez les témoins ($P=0,001$). Ce résultat est comparable à celui de DIASSANA B. [14] qui a trouvé 87,2%. Ce résultat pourrait s'expliquer par le fait que la majorité de nos patientes n'était pas scolarisée.

3. Aspects cliniques:

3.1. Consultation Prénatale (CPN):

Cinquante huit virgule huit pour cent (58,8%) des grandes multipares n'avaient pas fait de consultation prénatale contre 32% des témoins ($P=0,000$).

Ce résultat est inférieur à celui de DIASSANA B. [14] qui a trouvé 67,5%.

La non motivation des grandes multipares pour la CPN pourrait s'expliquer par le fait que celles-ci pensent avoir une certaine expérience et que dans la plupart des cas les accouchements antérieurs se seraient déroulés sans problème.

3.2. Les éléments de surveillance du partogramme :

Les différents paramètres cliniques ont été contrôlés chez 100% de nos parturientes. Ce résultat est conforme à ceux de DIASSANA B. [14].

3.3. Les bruits du cœur fœtal :

Les BDCF étaient significativement absents chez 5,4% des grandes multipares contre 0,6% des témoins ($\text{Khi}^2=11,56$ $P=0,000$).

Ce résultat est supérieur à celui de DIASSANA B. [14] qui a trouvé 3,9%. La négligence des consultations prénatales par les grandes multipares peut expliquer cette situation.

4. Accouchement proprement dit :

- Nous avons utilisé la perfusion d'oxytocine dans 22 cas pour corriger la dystocie dynamique (à type d'hypocinésie de fréquence) chez les grandes multipares contre 17 cas chez les témoins ($P=0,001$).
- Dans notre étude la durée totale du travail était supérieure à 12 heures chez 45,4% des grandes multipares contre 37,5% des témoins ($\text{Khi}^2=8,17$; $P=0,004$).

4.1. Les présentations du fœtus :

La présentation transverse a été significativement retrouvée chez 25% des grandes multipares contre 6% des témoins ($\text{Khi}^2=29,11$; $P=0,000$). Il existe donc une corrélation entre la présentation transverse et la grande multiparité.

Ce résultat est supérieur à celui de DIASSANA B. [14] qui a trouvé 5,9%.

4.2. Mode d'accouchement :

Dans notre série 13.6% (nombre=18) des grandes multipares ont accouché par la voie haute contre 12% (nombre= 33) des témoins ($P=0,75$). Ce résultat est inférieur à celui de DIASSANA B. [14] qui a trouvé 10,9%.

5. Pronostic maternel :

5.1. Morbidité maternelle :

- Un seul cas de rupture utérine a été retrouvé dans notre étude chez une grande multipare évacuée du CSCOM Boniaba soit un pourcentage de (0.7%).
- HRP a été retrouvé chez 4% des grandes multipares contre 2,2% des témoins. Ce résultat est inférieur à celui de Zra T. [41] qui a trouvé 6,1%.
- Dans notre étude il y a une association significative entre la grande multiparité et le placenta praevia.
- La délivrance a été artificielle chez 8% des grandes multipares contre 2,3% des témoins ($\text{Khi}^2=4,8$; $P=0,001$).

- L'hémorragie de la délivrance a été retrouvée chez 6,8% des grandes multipares contre 0,4% des témoins ($\chi^2=12,32$; $P=0,003$). Ce résultat est inférieur à celui de Zra T. [41] qui a trouvé 10,97%.

L'atonie utérine chez les grandes multipares pourrait expliquer cette situation.

5.2. Mortalité maternelle : Au cours de notre étude il n'y a pas eu de décès maternel.

6. Pronostic foetal :

6.1. Morbidité foétale :

- Un seul cas de malformation a été retrouvé dans notre étude chez le nouveau-né d'une grande multipare à type d'anencéphalie soit 0,7% des cas. Ce résultat est inférieur à celui de DIASSANA B. [14] qui a trouvé 6%.
- Quatre pour cent (4%) des nouveau-nés des grandes multipares étaient des prématurés contre 2,3% de ceux des témoins. Ce résultat est inférieur à celui de Labama L. [23] qui a trouvé 14,5%.
- Douze virgule un pour cent (12,1%) (nombre=16) des nouveau-nés des grandes multipares avaient un poids supérieur ou égal à 4000g contre 2% (nombre=5) de ceux des témoins.

6.2. Mortalité périnatale:

Nous avons trouvé 5,4% de mort-nés (nombre=7) chez les cas contre 0,6% (nombre=2) chez les témoins.

Parmi les nouveau-nés référés en pédiatrie du CHU Gabriel Touré 6,2% des nouveau-nés des grandes multipares sont décédés avant la 72^{ème} heure de vie contre 1% de ceux des témoins ($\chi^2=27,18$ $P=0,004$).

VI .CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS:

Conclusion

Au terme de notre étude de 12 mois ; la fréquence de l'accouchement chez les grandes multipares a été de 4%. La moyenne d'âge était de 35 ans avec des extrêmes de 26ans et 43ans ; La majorité de ces grandes multipares était des ménagères (80,5%) et non scolarisées (65,2%). La quasi-totalité de ces patientes était mariée.

Le risque materno foetal au cours de l'accouchement est dominé par:

- La rupture utérine (0,7%).
- La délivrance artificielle (8%).
- L'hémorragie de la délivrance (6,8%).
- La prématurité (4%).
- Le poids de naissance supérieur ou égal à 4000g (12,1%).
- La malformation congénitale (0,7%).

L'accouchement chez les grandes multipares est un accouchement à risque élevé et doit être fait par un personnel qualifié.

Recommandations :

Aux femmes :

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

Aux prestataires:

Sensibiliser les femmes sur les risques liés à la grande multiparité.

Aux décideurs:

- Organiser des campagnes d'information, d'éducation et de communication sur les risques liés à l'accouchement chez les grandes multipares.
- Former des spécialistes en soins obstétricaux et néonataux.

VII. REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES :

1. AGHAI : Le pronostic obstétrical chez la grande multipare – Thèse –Paris, 1960, n°501, 47 pages.

2. Anonyme : La mesure de la mortalité maternelle. Rapport du secrétariat de l'OMS. Réunion interrégionale sur la prévention de la mortalité maternelle. Genève, 1985 : 14p.

3. Anonyme : Mortalité maternelle: soustraire les femmes à l'engrenage fatal. Chronique OMS 1986 ; 40 (5) : 193-202

4. B. THIEBA, M. AKOTIONGA. J.SANOU : VI e Congrès de la société africaine de gynécologie et d'obstétrique (SAGO). 1^{er} Congrès de la société des gynécologues et obstétriciens du Burkina (SOGOB) 2000. Livre des résumés.

5. BAWOR , STRUTYNSKI A. :Grossesse et multiparité – Pol. Tys. Lek – 1967, 22, n° 44, 1692 – 1694.

6. Chan BCP and Lao TT:

Influence of parity on the obstetric performance of mothers aged 40 years and above J Human Reproduction 1999; 14, No3: 833-837.

7. COULIBALY S. : Morbidité et mortalité dans le service de pédiatrie de l'hôpital Gabriel Touré en 1999 et 2000. Thèse de médecine (Bamako) 2001 (123) :82p.

8. D. Lolis, A. Xygakis, C. Kalpaktsoglou And D. Kaskarelis: Grand multiparity in Greece: Ist Departement of obstetrics and gynecology university of Athens, Alexandra

Maternity Hospital, Athens greece. EUROP. J. OBSTET. GYNEC. REPROD. BIOL., 1978, S/5,259-262

Elsevier/North-Holland Biomedical Press.

9. Dawood MY, Ng R, Ratnmn SS: Grandmultiparity in Singapore Women. Singapore Med J 15: 451974.

10. Derouelle P. Houfflin V. Vaast P. Deville N. Helou N. Subtil D. : Effets maternels et fœtaux d'une prise de poids excessive maternelle pendant la grossesse dans une population de patientes de poids normal avant la grossesse. Revue gynécologie obstétrique et fertilité 2004 ; 32:398-403

11. Donald I.: The Grandmultipara. Practical Obstetric Problems, 5th edn, pp 136140. Lleyd-Luke Medical Books Ltd., London, 1980.

12. DUMONT: Incidences de la parité et de l'âge sur la grossesse. Gyn et obst 1962, n°4, 515 – 525.

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

14. DIASSANA B. : Evaluation de l'accouchement assisté chez les grandes multipares au centre de santé de référence de la commune VI. Bamako. Thèse Med 2008.

15. EDS- III Mali. (2000- 2001).

16. EDSM IV 2006 : l'enquête démographique et de santé du Mali.

17. Feeney.JK.Greeve HT: The problem of high parity. Br J. Hosp Med4: 37, 1970.

18. Freeman-Wany T. Beski S.

The older Obstetric patients

Current Obstetric Gynaecology 2002; 12: 41-46

19. Fricker J. : Hormone et poids chez la femme: adolescence, grossesse, ménopause, traitement hormonal

Revue de médecine fonctionnelle 1997 ; 29:87-111

20. Galtier F. : Bringer J. : Poids et grossesse: avant, pendant, après Feuill. Biol. :(Paris) 2004; 45(258):5se 7-61.La lettre du gynécologue 1994; no196.

21. Goita N. : Evaluation de la qualité des consultations prénatales au service de Gynécologie obstétrique du centre de santé de référence de la commune V du District de Bamako. Th. Med. FMPOS. 2006; n°210.

22. J. George: The problem of grandmultiparity. Western Indian Med J 10: 84,1970.

23. Labama L.: Particularités de la grossesse et de l'accouchement chez la grande multipare à Kinsangani 1995. Congo médical. N°11. Pages 637-641.

24. LAMPERT M. : La grande multipare – Gyn obst, Sept. Oct. 1965, 64, n° 4, 547 -560 ;

25. LOLIS D. E. , SOUMPLIS A. C. : La grande multipare. Influence de la parité sur le travail – Int. Surg. Sept 1969, 52, n°3, 277 – 281.

26. Magnin P., Nicollet B., Magnin G. : Mortalité maternelle. Encyl. Med ; chir, Paris. Obstétrique 1981; D10 (11): 5082p.

27. NELSON J. H. et SANDMEYER N. W: Une étude de 812 grandes multipares. – Am. J. obst. Gyn. Juin 1958, 75, n°6, 1262 -1266.

28. OMS : Bureau régional d'Europe. Symposium sur l'identification des personnes et groupes de population exposés à un risque élevé. Windsor 1970 ; Copenhague 1973 (EURO 4911).

29. OMS: Estimations révisées pour 1990 de la mortalité maternelle. 1^{ère} Edition.

Nouvelle méthodologie OMS/UNICEF Avril 1996. Genève.

30. OMS: Maternal mortality information. Geneve, 1991 (who document who/mch/msm/916 Philipott rh graphic records in labour british medical journal 1972, 4:163-165.

31. O SULLIVAN J. F. : Les dangers de la multiparité. J; obst. Gyn. Brit. Common. Fév. 1963, 70, n°1, 158 – 164,

32. OXORN: Hazarde of grand multiparity (obst. And gyn. Newysik, 1955, 5P. 150).

33. RICHON J. : Dystocies de la multiparité – Maroc méd, janvier 1969, 49, n° 520, 46-49.

34. ROMAN et COLL : Grossesse chez 382 femmes de plus de 40 ans. Journal de gynécologie obstétrique et biologie. 2004 V 33. P615/622.

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

36. Sacko S. : Cours de santé publique de la 5^{ème} année médecine. Méthode et approches d'identification des besoins et problèmes de santé. FMPOS (Bamako) ; 2000-2001.

37. SCHRAM E. L. R. : Le problème de la grande multipare – Am. J. obst. Gyn. Février 1954, 67, n°2, 253-262.

38. TALIBO A. : Contribution de la consultation prénatale pour l'identification des facteurs de morbidité maternelle évitables dans les centres de santé du district de Bamako. Thèse de médecine (Bamako) 1998 (29).

39. Tohouri G. H. : l'accouchement chez la grande multipare et les risques foeto-maternels en côte d'ivoire UFR des Sciences Médicales thèse de médecine Abidjan 2002 N°3205. 151 p.

40. WAHL P., BIANCHI G. : La grande multipare – Etude statistique et clinique à propos de 700 observations –Rev. de gynécologie obstétrique et biologie. 2004 V 33. P615/622.

41. Zra T. : Accouchement de la grande multipare au CHU de Yopougon et dans les FSU Com de Yopougon (Attié et Zassakara) du 1^{er} Juillet 2004 au 31 Mars 2005. Thèse 2005. N°1195. 79p.

FICHE D'ENQUETE

Date d'entrée

Numéro du dossier.....

1°) Identification de la parturiente :

1°) Nom et prénom :

2°) Age :

6 .Profession :

3°) Résidence :

4°) Ethnie :

7.Niveau

d'instruction ...

5°) Etat matrimonial :

2°) Profession du mari :

3°) Mode d'admission

-Venue d'elle-même ?

-Référée /Evacuée (Provenance et motif) :

4°) Antécédents médicaux :

5°) Antécédents chirurgicaux :

6°) Antécédents obstétricaux : G....P....A.....D.....V

IIG.....

7°) Renseignements sur la grossesse :

a) Consultation prénatale :

- Nombre :
- Lieu :
- Qualification du prestataire :

b) Pathologies rencontrées au cours de la grossesse :

c) Conduite effectuée :

d) Terme de la grossesse à l'entrée :

8°) Examen général à l'entrée :

-Etat général :

-TA :

-Présence d'œdème : Oui....

Non....

-T°

-Taille :

-

Etat des conjonctives

-Poids :

9°) Examen obstétrical à l'entrée :

a)HU :

b) BDCF :

c) Etat du col : effacement.....dilatation.....

d) Présentation du mobile foetal :

e) Etat du bassin :

f) Etat des membranes :

Intactes

Rompues

-Prématuré (nombre heures).....

-Précoce (spontanée ?artificielle ?).....

-Tempestive :

Couleur du liquide amniotique.....

10°) Renseignements sur l'accouchement :

a)Heure début du travail

b) Mode :

Voie basse

Césarienne.....Indication.....

Si voie basse :

Episiotomie faite

Non...

Oui.....Indication.....

c) Heure d'accouchement :

d) Durée totale du travail

11) Etat du nouveau -né à la naissance :

- Apgar à la 1ere min..... à la 5e min.....

- Poids : PC : PT : Taille : T° :

- Malformations : Type :

- Délivrance : Heure : Type :

12) Etat maternel après l'accouchement :

13) Complications de l'accouchement :

- Hémorragies de la
délivrance ?.....Causes.....

-Rupture utérine ?

-Eclampsie ?

-Autres.....

1) Traitement reçu :

14) Pronostic materno-foetal 6H après l'accouchement :

FICHE SIGNALÉTIQUE

NOM: KONARE

PRENOM: HAWA

Année universitaire: 2007-2008

Ville de soutenance: BAMAKO

Pays d'origine: MALI

Titre:

L'accouchement chez les grandes multipares dans le service de gynéco-obstétrique du centre de santé de référence de la commune II à propos d'une étude cas témoins.

Lieu de dépôt : FMPOS

Secteur d'intérêt : Gynéco obstétrique.

Résumé :

Il s'agissait d'une étude prospective cas témoins qui s'est déroulée dans le service de gynéco-obstétrique du centre de santé de référence de la commune II et a concerné la période du 1^{er} janvier au 31 décembre 2007. Nous avons pris deux témoins pour chaque cas et le critère d'appariement était la parité.

Au terme de cette étude la fréquence de l'accouchement chez les grandes multipares a été de 4%.

L'âge moyen était de 35ans avec les extrêmes de 26ans et de 43ans.

Toutes les grandes multipares étaient mariées; 80,5% étaient des ménagères ; 65,2% étaient non scolarisées ; 0,7% avait fait une rupture utérine ; l'hémorragie de la délivrance était notée chez 6,8% des cas.

Nous avons trouvé 4% de prématurés et 5,4% de mort-nés chez les cas.

Mots-clés : Accouchement, grande multipare, facteurs de risque, pronostic foeto maternel.

SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence des maîtres de cette faculté, de mes chers condisciples, devant l'effigie d'Hippocrate, 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.
Respectueuse et reconnaissante envers mes maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leur père.
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.