

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

RÉPUBLIQUE DU MALI
Peuple – Un But – Une Foi

ANNEE UNIVERSITAIRE : 2009-2010

N°...../

THESE

**ACCOUCHEMENT CHEZ LES GRANDES
MULTIPARES DANS LE SERVICE DE GYNECO-
OBSTETRIQUE DU CENTRE DE SANTE DE
REFERENCE DE LA COMMUNE IV.**

Présentée et soutenue publiquement le
Devant la Faculté de Médecine, de Pharmacie et d'Odontostomatologie

Par

M. Idrissa SACKO

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

Jury

PRESIDENT : Professeur Salif DIAKITE

MEMBRE : Docteur Ibrahima TRAORE

CO-DIRECTEUR DE THESE : Docteur Moustapha TOURE

DIRECTEUR DE THESE : Professeur Mamadou KONE

DEDICACES

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 Mohamed **paix et salut sur son âme.**

✚ **A mon père Feu Tiècoro SACKO**

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.

Nous prions Dieu pour qu'il vous accueille dans son paradis.

✚ A ma mère Mariam BAGAYOKO 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». Que Dieu vous accorde une longue vie «pour goûter aux fruits de l'arbre que vous avez planté».

✚ A mes frères et soeurs

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

✚ **A mon tonton Fousseni BAGAYOKO**

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

REMERCIEMENTS

- ❖ **A Docteur Ibrahima TRAORE et Docteur Diakaridia KONE.** nous reconnaissons en vous des encadreurs passionnés et précis. Vos sens de l'humanisme font de vous des encadreurs respectés et respectables.
- ❖ **A Docteur BAGAYOKO et Docteur TOUNKARA.** Vous avez été pour moi des frères, des formateurs consciencieux, engagés et ayant le souci du travail bien fait. Que Dieu vous prête encore une longue vie.
- ❖ **A mes aînés encadreurs du centre de santé de référence de la commune IV : Dr Faran, SIDIYA, Jean Marie, Kamissoko, Paré, Dr Sékou**
- ❖ **A tous mes promotionnaires faisant fonction d'interne au centre de santé de référence de la commune IV :** M. Keita, Clément, Moussa Baba, Massédou, Sidi CAMARA, Lassine KEITA.
- ❖ **A mes cadets.** Founè KEITA, YATT, Petit MALA.
- ❖ **A toutes les sages femmes du centre de santé de référence de la commune IV;** pour les conseils précieux, soyez rassurées de ma reconnaissance
- ❖ **A tous les professeurs de la faculté de médecine de pharmacie et d'odontostomatologie.**
- ❖ **A tous mes cousins et cousines**
Restons unis, que le tout puissant puisse raffermir chaque jour nos liens.
- ❖ **A tous ceux qui de près ou de loin m'ont aidé à la réalisation de ce travail.**
- ❖ **A tout le personnel du Centre de Santé de Référence de la Commune IV;** particulièrement les DES en gynécologie, les médecins généralistes du service, les sages femmes, les infirmiers et tout le personnel au cours des gardes.

A notre maître et Président du jury

Professeur Salif DIAKITE

- ✚ **Professeur titulaire de gynécologie et d'obstétrique à la FMPOS,**
- ✚ **Gynécologue accoucheur au CHU-HGT.**

Cher maître,

- ✧ C'est un honneur que vous nous faites en acceptant de présider ce jury ;
- ✧ Vos qualités académiques et professionnelles et votre courtoisie font de vous un homme remarquable ;
- ✧ trouvez ici, l'expression de notre sincère reconnaissance et de notre profond respect.

A notre maître et Juge

Docteur Ibrahima Traoré

 ***Gynécologue obstétricien***

 ***Praticien au CSRéf C IV***

Cher maître,

- ✧ Votre esprit critique et votre objectivité ont largement contribué à renforcer la qualité de ce travail.
- ✧ Recevez ici, nos sincères remerciements.

A notre Maître et Codirecteur

Docteur Moustapha TOURE

- ✚ **Gynécologue Obstétricien,**
- ✚ **Diplômé d'échographie de la faculté de médecine de Brest,**
- ✚ **Titulaire d'un certificat du cours européen d'épidémiologie Tropical de bale en suisse,**
- ✚ **Titulaire d'un certificat de fécondation in vitro de Hambourg en Allemagne,**
- ✚ **Titulaire du master en recherche sur le système de santé de l'université libre de Bruxelles,**
- ✚ **Maître assistant de gynécologie à la FMPOS,**
- ✚ **Médecin chef du centre de CSRéf CIV du district de Bamako,**
- ✚ **Chevalier de l'ordre national.**

Cher maître,

- ✧ votre modestie, votre courage, votre disponibilité et surtout votre souci constant du travail bien fait sont des qualités admirables ;
- ✧ nous vous exprimons toute notre fierté d'être encadré par vous ;
- ✧ c'est l'occasion pour nous de vous exprimer notre profond attachement.

A notre maître et directeur de thèse

Professeur Mamadou KONE

- ✚ Professeur en physiologie à la FMPOS,**
- ✚ Directeur Général Adjoint du centre national des œuvres universitaires du Mali (CNOU),**
- ✚ Directeur technique des compétitions sous régionales des établissements polytechniques,**
- ✚ Médecin du sport,**
- ✚ Membre du comité scientifique international de la revue Française de médecine du sport (Medisport),**

- ✚ Membre du groupement latin et méditerranéen de médecine du sport,**
- ✚ Membre de l'Observatoire de Mouvement (ODM),**
- ✚ Président du collège Malien de réflexion en médecine du sport,**
- ✚ Secrétaire général de la fédération Malienne de taekwondo.**

Cher maître,

- ✧ Nous sommes honorés que vous ayez accepté la direction de ce travail ;
- ✧ La qualité et la clarté de votre enseignement forcent l'admiration ;
- ✧ Votre rigueur scientifique, vos qualités humaines de même que votre totale disponibilité malgré vos multiples occupations font de vous un exemple à suivre ;
- ✧ permettez-nous de vous exprimer notre profonde 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
CIV :	commune IV
CUD :	contraction utérine douloureuse
DNSI :	Direction Nationale de la Statistique et de l'Informatique
EDSM :	Enquête démographique et de santé au Mali
FFI :	faisant fonction d'interne
g:	gramme
GEU :	grossesse extra-utérine
HRP:	hématome rétro placentaire
HTA:	hypertension artérielle
HU:	hauteur utérine
IIG:	intervalle inter génésique
Kg :	kilogramme
ml :	millilitre
OMS :	organisation mondiale de la santé
ORL :	oto-rhino-laryngologie
PPH:	placenta praevia hémorragique
PUS :	plan d'urbanisation sectoriel
PMI :	Protection maternelle et infantile
RPM :	rupture prématurée des membranes
SA:	semaine d'aménorrhée
SAGO :	société Africaine de Gynécologie Obstétrique
SFA:	souffrance fœtale aigue
SOMAGO :	société Malienne de Gynécologie Obstétrique
TA:	tension artérielle
USAC :	Unité de soins d'Accueil et de Conseil
% :	pourcentage

SOMMAIRE:

I-	Introduction.....	1
II-	Objectifs.....	3
III-	Généralités.....	4
IV-	Méthodologie.....	11
V-	Résultats.....	19
VI-	Commentaires et Discussion.....	42
VII-	Conclusion et Recommandations.....	45
VIII-	Références bibliographiques.....	47
IX-	Annexe.....	52

I- INTRODUCTION

L'accouchement chez les grandes multipares et ses complications, ses conséquences, sa fréquence constituent un problème majeur de santé.

La grande multipare est le terme habituellement utilisé pour désigner toute femme qui a une parité supérieure ou égale à six (6). Elle est le plus souvent considérée comme une entité clinique à part à cause de la fréquence de survenue de certaines complications pendant la grossesse, le travail et dans la période puerpérale.

Nos pays en développement sont caractérisés par un taux de natalité élevé et incontrôlé. Ceci malgré les efforts entrepris par les organisations non gouvernementales, nationales et internationales pour réduire les taux de natalité. Il en résulte une augmentation de l'incidence de la grande multiparité avec des conséquences dramatiques pour la mère, le fœtus, la famille, et la société.

La grande multiparité est favorisée par :

- le sous développement ;
- l'analphabétisme ;
- la pauvreté ;
- les pratiques traditionnelles.

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

- 0,44 % dans l'étude de Diassana B [14].
- 8,18 % dans l'étude de Thièba B [4].
- 25,6 % dans l'étude de Labama L [23].
- 4 % dans l'étude de Hawa K [21].

La grande multiparité est un facteur de risque connu. L'accouchement de la grande multipare se termine le plus souvent par des complications telles que :

- L'Hémorragie (placenta praeviae, hématome retroplacentaire) ;
- La Rupture utérine ;

Accouchement chez les grandes multipares dans le service de Gynéco-Obstétrique du Centre de Santé de Référence de la Commune IV.

- La Rupture prématurée des membranes le plus souvent accompagnée de procidence multiple (procidence du cordon, des membres) ;
- La Dystocie dynamique ;
- La Présentation vicieuse (présentation de siège, présentation transverse).

C'est devant tous ces faits ci-dessus évoqués qu'il nous a paru opportun de faire une étude sur l'accouchement chez les grandes multipares au centre de santé de référence de la commune IV où aucune étude n'a été réalisée jusque-là.

II- 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 IV.

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.

III- GENERALITES

A- Notion de multiparité :

Selon le nombre d'accouchements antérieurs, la plupart des auteurs proposent une classification en quatre catégories [5, 9,10, 12, 29,30] :

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

Cette classification pratique pour une étude statistique est jugée insuffisante pour certains auteurs comme DORREAU et al [12]. En effet pour eux, plus que le nombre absolu de grossesse, c'est l'état de l'utérus altéré par le préjudice corporel de la maternité qui définit la grande multiparité.

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

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

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

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

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

DORREAU [12], décrit des lésions d'athérome et de sclérose des artères spiralées. D'autres auteurs décrivent des modifications du tissu inter fasciculaire qui se développerait après chaque accouchement comme la cicatrice fibreuse de « micro- ruptures musculaires » [16].

D'une façon générale, chez la grande multipare, l'appareil génital se transforme et « vieillit » plus vite que le reste de l'organisme.

Ainsi la musculature de l'utérus est modifiée par la fibrose, avec parfois même des zones de dégénérescence vasculaire.

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

Depuis longtemps l'analyse des relations entre l'âge et la parité a préoccupé de nombreux obstétriciens [16, 22, 34,40].

Les constats ont été les mêmes partout dans le monde : les grandes multipares sont en général des parturientes âgées au-delà de 35ans.

Ainsi les travaux de MUTOMBO (Bénin) sur les grossesses après les 40 ans soulignent qu'il s'agissait souvent des grandes multipares, paysannes vivant dans un milieu défavorisé tant sur le plan économique que culturel dans 90% des cas [22].

L'âge maternel représente un facteur de risque de maladie vasculo-renale, de diabète, d'obésité et des malformations congénitales. Toutes ces anomalies citées créent un environnement moins favorable pour l'utérus.

D - Phénomènes obstétricaux liés à la parité :

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

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

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

➤ Accouchement

De nombreux accidents peuvent survenir au cours de l'accouchement chez la grande multipare selon PALLIEZ [29].

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

➤ **Les présentations :**

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

➤ **La dystocie dynamique :**

Elle est l'apanage des grandes multipares, soit par hypotonie utérine, soit par dystocie cervicale. WAHL [40] attribue cette dernière à la mauvaise qualité du col utérin de la grande multipare et à la mauvaise sollicitation du col, par la présentation souvent haute en début de travail.

➤ **Placenta praevia**

Plus fréquent chez les multipares, il est quatre fois présent après la 6^{ème} grossesse (3,2%) contre (0,8%) dans la série de PALLIEZ et coll. [29].

Les constats ont été les mêmes selon la revue de la littérature [7, 10, 21, 31,34].

Le placenta s'insère normalement sur le fond et l'une des faces du corps de l'utérus.

Il s'attache tout entier sur la muqueuse corporéale, appelée caduque pendant la grossesse.

L'anomalie du siège, le vice d'insertion vient du fait que le placenta s'attache au moins en partie sur la partie inférieure de l'utérus qui donnera à partir du 3^{ème} trimestre le segment inférieur dont la muqueuse se transforme elle aussi en caduque mais en « mauvaise caduque ».

De ce qui précède, il découle que la muqueuse utérine de la grande multipare, plusieurs fois sollicitée par les grossesses et accouchements antérieurs sera modifiée en caduque de moins bonne qualité responsable de vice d'insertion placentaire.

Il semble aussi que la masse placentaire importante chez la grande multipare serait à l'origine de l'insertion basse du placenta source de placenta praevia [34].

Il en sera de même si les antécédents gynécologiques et obstétricaux comportent des curetages mal exécutés, des avortements provoqués ou des endométrites.

➤ **L'hématome rétro placentaire :**

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

L'hématome rétro placentaire quoi que pouvant existe chez la primipare est une maladie connue comme étant le propre de la multipare. Sa fréquence augmente avec la parité puisqu'elle est la conséquence des syndromes vasculo-rénaux dont le taux est élevé chez les grandes multipares [2, 7, 33,34].

Certains auteurs ont corrélé la survenue d'un hématome rétro placentaire aux conditions socio-économiques défavorables avec une mauvaise prise en charge de la grossesse et du travail [18,35]. Pour ces auteurs la détection des facteurs de risque d'hématome rétro placentaire en amont et la référence à temps des femmes susceptibles de développer l'hématome rétro placentaire permettrait de réduire sa fréquence et ses complications dramatiques.

➤ **Placenta accreta :**

Le placenta accreta est la fusion intime du placenta avec l'une ou plusieurs des couches anatomiques de l'utérus [17]. Il occupe une place particulière au chapitre des complications de la délivrance.

Plusieurs couches sont incriminées parmi lesquelles on peut citer :

- les lésions de l'endométrite secondaire à des synéchies produites par des curetages trop abrasifs,
- les césariennes antérieures,
- le placenta praevia peut se compliquer de placenta accreta par le fait même de la structure particulière du segment inférieur,

D'autres facteurs tels la multiparité, a été incriminée dans le développement du placenta accreta [17].

➤ **La rétention placentaire :**

La délivrance normale est terminée 45mns au plus tard après l'accouchement. Pour qu'elle s'accomplisse dans de bonnes conditions physiologiques : la caduque doit pouvoir se cliver à la limite de ses deux couches, le placenta doit être normalement dans le siège de son insertion et le muscle utérin doit être apte à remplir sa fonction contractile.

Quand l'une des conditions précédentes n'est pas remplie la rétention placentaire peut se produire [13,18].

La rétention placentaire est soit totale (c'est le cas le plus rare), soit partielle avec rétention d'un ou plusieurs cotylédons. Cette dernière est la variété la plus hémorragique exigeant ainsi toute la vigilance de l'obstétricien une fois l'expulsion de l'enfant réalisée.

➤ **L'hémorragie de la délivrance :**

C'est l'une des hantises de l'obstétricien lors de l'accouchement chez la grande multipare. C'est un facteur important de morbidité et de mortalité maternelle.

La grande multiparité représente un facteur de risque potentiel de plusieurs processus étiologiques de l'hémorragie de la délivrance tels que : l'inertie utérine, la rétention du placenta, les anomalies du placenta, l'inversion utérine etc. [13, 18,34].

➤ **La rupture utérine :**

C'est une complication classique chez la grande multipare. Pour Tohoury GH [39] c'est la cause principale de la mortalité maternelle. Il est intéressant de noter que ces utérus fragiles des grandes multipares ne se rompent pas nécessairement après avoir lutté contre un obstacle ; leur particularité est de se rompre au cours d'un travail apparemment aisé [29].

➤ **la procidence du cordon :**

La procidence du cordon, accident de la période du travail est la chute du cordon en avant de la présentation la poche des eaux rompue. C'est de loin la malposition du cordon la plus grave par le danger qu'elle fait courir au fœtus. Trois facteurs favorisant expliquent la fréquence élevée de cette anomalie chez la grande multipare : il s'agit de la fréquence des présentations de siège, transversale et de placenta praevia [32].

➤ **La mortalité maternelle :**

La mortalité maternelle est une tragédie qui pose des problèmes pour l'enfant, la famille et la nation. Il a fallu la conférence internationale sur la maternité sans risque (Nairobi 1987) pour se rendre compte de l'importance du problème.

Le taux de mortalité maternelle est fortement influencé par la classe sociale, la culture, les infrastructures sanitaires [5,39]. Il reste élevé dans les pays en développement ou les taux sont les plus élevés dans les groupes de bas niveau socio économique caractérisés par un manque de suivi prénatal et une parité élevée [13, 24,39,].

En 2003 le monde a enregistré 529 000 décès dont 95% en Afrique et Asie, 4% en Amérique latine et caraïbe, moins de 1% dans les pays développés (rapport OMS, 2003).

Lorsque les incidences de la mortalité maternelle sont comparées selon la parité, le constat reste le même : elle augmente avec la parité. UNUIGBE J. au Nigeria note une incidence de mortalité cinq fois plus élevée chez les grandes multipares comparés aux paucipares.

➤ **Mortalité périnatale :**

Elle représente les décès des fœtus survenant entre la 28^{ème} semaine de vie intra utérine et le 7^{ème} jour de vie après la naissance. Elle est ainsi la somme de la mortinatalité et de la mortalité néonatale précoce.

La mortalité périnatale chez la grande multipare est associée à la prématurité, l'âge de la mère souvent élevé, les anomalies congénitales et les complications du péri partum telles que les infections néonatales, la détresse respiratoire [12, 14, 25,28].

Les mêmes constats ont été faits par la plupart des auteurs qui notent que la mortalité périnatale est élevée dans le groupe des grandes multipares. Ils rapportent que cette conséquence serait en rapport avec de nombreuses complications de la grossesse et de l'accouchement des grandes multipares [3, 12, 15, 25, 28,34

1. Historique de la commune IV: La commune IV fut créée par l'ordonnance 78-34 / CMLN du 18 Août 1978 et placée sous la tutelle du Gouverneur du district de Bamako. Elle est constituée par 8 quartiers dont le plus ancien est LASSA et le tout nouveau SIBIRIBOUGOU. La commune IV du district de Bamako a une Superficie de 37,68 Km² pour une population de 252294 habitants (source DNSI, recensement 2009).

Elle est limitée :

- A l'Ouest par la limite Ouest du district de Bamako qui fait frontière avec le cercle de Kati ;
- A l'Est et au Nord par la partie Ouest de la commune III ;
- Au Sud le lit du fleuve Niger et la limite Ouest de la commune III (source PUS CIV Mars 2001).

Le Centre de santé de référence est situé en plein cœur de la commune IV, d'abord **PMI** de Lafiabougou il a été érigé en centre de santé de référence pour répondre aux besoins de santé des populations de la commune.

2- Les structures sanitaires de la commune IV :

ASACOSEK ; ASACOLAI ; ASACOLAB5 ; ASACOLAI ; ASACODJIP ; ASACOLABASAD ; ASACOSEKASI ; ASACODJENEKA ; Maternité René CISSE d'Hamdallaye ; ASACOHAM (qui dépendent toutes du CSREF). Outre ces centres cités ; il y a aussi des cabinets et cliniques privés et des officines.

3. Les locaux du centre de santé de référence de la commune IV : Le centre de santé de référence comporte :

- une unité de gynéco obstétrique,
- une unité de chirurgie générale,
- une unité de médecine générale
- une unité d'ophtalmologie,
- une unité d'ORL
- une unité de soins d'animation et de conseils (USAC)

- un bureau des FFI,
- un bloc opératoire,
- une salle d'accouchement,
- douze salles d'hospitalisation, dont :
 - six salles pour la gynécologie obstétrique avec 24 lits
 - et deux salles pour la chirurgie générale avec six lits.
- une unité de consultation prénatale,
- une unité de consultation postnatale,
- un cabinet dentaire,
- un laboratoire,
- une unité chargée de la prise en charge des malades tuberculeux (DAT),
- une unité de dépistage du cancer du col,
- deux salles de soins infirmiers,
- une morgue.

Ces différents services sont tenus par un personnel :

4. Personnels du centre de santé de référence de la commune IV : Le centre de santé de référence emploie à la date d'aujourd'hui :

- Deux médecins gynécologues obstétriciens dont le premier est le médecin chef du centre,
- Un médecin ophtalmologiste, deux assistants médicaux en ophtalmologie
- Un chirurgien généraliste,
- Cinq médecins généralistes,
- Dix neuf sages-femmes, deux infirmières obstétriciennes
- Sept anesthésistes réanimateurs, dont :
 - ✓ 2 Médecins
 - ✓ 5 assistants

- Sept infirmiers d'Etat et deux assistantes médicales en ORL
- Trois techniciens supérieurs de laboratoire
- Deux techniciens supérieurs en odontostomatologie,
- Dix aides-soignants,
- Une gérante de pharmacie,
- Sept manœuvres, un gardien de la morgue
- Cinq chauffeurs, quatre gardiens
- Deux comptables, une secrétaire administrative, un coursier
- Aides de bloc opératoire.

A ceux-ci s'ajoute un nombre variable de FFI selon les périodes.

B- Type d'étude:

Il s'agit d'une étude prospective.

C- Période d'étude:

L'étude s'est déroulée sur une période de 12 mois allant du 1^{er} janvier 2009 au 31 décembre 2009.

D- Population d'étude:

La population d'étude était constituée par tous les cas d'accouchement effectués dans le service pendant la période d'étude.

E- Echantillonnage :

1- Critères d'inclusion:

Toutes les grandes multipares ayant accouché au centre de santé de référence de la commune IV pendant la période d'étude.

2- Critères de non inclusion:

Les cas d'accouchement dans le service chez les primipares les paucipares et les grandes multipares ayant accouché hors du centre de santé de référence de la commune IV.

F- Variables étudiées:

Les paramètres suivants ont été étudiés :

- L'âge.
- L'ethnie.
- Le statut matrimonial.
- La profession.
- Le niveau d'instruction.
- La profession du procréateur.
- Les antécédents médicaux.
- Les antécédents chirurgicaux.
- La gestité.
- La parité.
- L'intervalles intergénéral.
- Le nombre de CPN.
- Le terme de la grossesse.
- La tension artérielle.
- La température.
- La hauteur utérine.
- Les BDCF à l'admission.
- Le type de présentation.
- Les contractions utérines 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 et leur Apgar aux première et cinquièmes 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 le logiciel SPSS 12.0. Le traitement de texte a été effectué sur Microsoft Word.

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 ≥ 6 .
- 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 ceux après manœuvres obstétricales.
- 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 une autre structure sanitaire.
- Référée: toute parturiente adressée par un personnel ou une structure de santé sans notion d'urgence.
- Evacuée: toute parturiente adressée par un personnel ou une structure de santé dans un contexte d'urgence.
- HTA: tension artérielle systolique supérieure ou égale à 140 mmHg et ou diastolique supérieure ou égale à 90 mm Hg.
- Bassin limite: promontoire atteint mais les lignes innominées non 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 de la rupture des membranes survenant avant tout début de travail.
- Rupture précoce des membranes: la rupture des membranes survenue 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.
- Multigestes: les femmes qui ont fait entre 3 et 6 grossesses
- Grandes multigestes: les femmes qui ont fait plus de 6 grossesses
- Primipares: les femmes qui sont à leur premier accouchement

- Paucipares : les femmes qui ont fait entre 2 et 3 accouchements
- Multipares: les femmes qui ont fait entre 4 et 6 accouchements
- Grandes multipares: les femmes qui ont fait plus de 6 accouchements
- Mort fœtale in utero: les femmes pour lesquelles les bruits du cœur fœtal n'étaient pas audibles à l'admission et ou absence de toute activité cardiaque à l'échographie.
- 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 minute pendant 10 minutes.

V- RESULTATS

1. Fréquence

Pendant notre période d'étude nous avons collecté 428 cas d'accouchements chez les grandes multipares sur un total de 5434 accouchements en 2009 soit une fréquence de 7,87%.

2. Données sociodémographiques :

Tableau I : Répartition des parturientes selon l'âge.

Age	Effectif	Pourcentage
25-30	105	24,5
31-35	150	35
36-40	133	31,1
40 et plus	40	9,3
Total	428	100

La tranche d'âge 31 – 35 ans a été la plus représentée avec 35%.

Tableau II : Répartition des parturientes selon la profession.

Profession	Effectif	Pourcentage
Ménagère	405	94,6
Commerçante	15	3,5
Fonctionnaire	6	1,5
Autres	2	0,5
Total	428	100

Les ménagères ont été les plus représenté avec 94,6 %.

Tableau III : Répartition des parturientes selon le niveau d'instruction.

Niveau d'instruction	Effectif	Pourcentage
Non scolarisée	359	83,9
Primaire	42	9,8
Secondaire	18	4,2
Supérieur	1	0,2
Ecole coranique	8	1,9
Total	428	100

83,9 % des parturientes n'étaient pas scolarisées.

Tableau IV : répartition des parturientes selon le statut matrimonial.

Statut matrimonial	Effectif	Pourcentage
Mariée	427	99,8
Divorcée	1	0,20
Total	428	100

La presque totalité des parturientes étaient mariées soit 99,8 %.

Tableau V : Répartition des parturientes selon le régime matrimonial.

Régime matrimonial	Effectif	Pourcentage
Monogame	300	70,1
Polygame	127	29,7
Divorcé	1	0,2
Total	428	100

Le régime monogamique a été le plus représenté avec 70,1%

Tableau VI : Répartition des parturientes selon la provenance.

Provenance	Effectif	Pourcentage
Commune IV	332	77,6
Hors commune IV	96	22,4
Total	428	100

77,6 % de nos parturientes provenaient de la commune IV du district de Bamako.

Tableau VII : Répartition des parturientes selon l'ethnie.

Ethnie	Effectif	Pourcentage
Bambara	152	35,5
Malinké	58	13,6
Soninké	98	22,9
Peulh	60	14
Sonrhai	17	4
Dogon	12	2,8
Sénoufo	12	2,8
Bobo	7	1,6
Minianka	8	1,9
Autres	4	0,9
Total	428	100

L'ethnie Bambara a été la plus représentée avec 35,5 %.

Tableau VIII : Répartition des parturientes selon la profession du conjoint

Profession du conjoint	Effectif	Pourcentage
Commerçant	123	28,7
Cultivateur	77	18
Fonctionnaire	45	10,5
Ouvrier	180	42,1
Autres	3	0,7
Total	428	100

Les ouvriers ont été les plus représentés avec 42,1 %.

3- mode d'admission :

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

Mode d'admission	Effectif	Pourcentage
Venue d'elle-même	349	81,5
Référée	13	3
Evacuée	66	15,4
Total	428	100

81,5 % de nos parturientes sont venues d'elles- mêmes.

4- Données cliniques :

Tableau X : Répartition des parturientes selon le motif d'admission.

Motif d'admission	Effectif	Pourcentage
CUD	348	81,3
Dilatation stationnaire	11	2,6
PP hémorragique	10	2,3
HRP	2	0,5
Procidence du cordon	4	0,9
Grande multipare	13	3
Rupture utérine	2	0,5
HU excessive	6	1,4
Expulsion prolongée	14	3,3
Autres	18	4,2
Total	428	100

Les CUD ont constitué le premier motif d'admission de nos parturientes avec 81,3%.

Tableau XI : Répartition des parturientes selon les antécédents médicaux.

Antécédents médicaux	Effectif	Pourcentage
Aucun	400	93,5
HTA	14	3,3
Diabète	6	1,4
Asthme	2	0,5
Drépanocytaire	5	1,2
Autres	1	0,2
Total	428	100

93,5 % de nos parturientes n'avaient pas d'antécédents médicaux particuliers.

Tableau XII : Répartition des parturientes selon les antécédents chirurgicaux.

ATCDT chirurgicaux	Effectif	Pourcentage
Aucun	392	91,6
Césarienne	29	6,8
GEU	4	0,9
Autres	3	0,7
Total	428	100

91,6 % de nos parturientes n'avaient pas d'antécédents chirurgicaux particuliers.

Tableau XIII : Répartition des parturientes selon la gestité.

Gestité	Effectif	Pourcentage
6	160	37,4
7	98	22,9
8	75	17,5
9	40	9,3
10	30	7
11	13	3
12	5	1,2
13	5	1,2
14	1	0,2
15	1	0,2
Total	428	100

Les 6^{ème} et le 7^{ème} geste ont été les plus représentées avec respectivement 37,4 et 22,9 %.

Tableau XIV : Répartition des parturientes selon la parité

Parité	Effectif	Pourcentage
6	180	42,1
7	106	24,8
8	68	15,9
9	32	7,5
10	23	5,4
11	10	2,3
12	6	1,4
13	3	0,7
Total	428	100

Les 6^{ème} pares ont été les plus représentées avec 42,1 %.

Tableau XV : Répartition des parturientes selon l'intervalle intergénénesique.

IIG	Effectif	Pourcentage
1-2 ans	322	75,2
3-4 ans	106	24,8
Total	428	100

L'intervalle inter gènesique compris entre 1 et 2 ans a été le plus représenté avec 75,2 %.

Tableau XVI : Répartition des parturientes selon le nombre de CPN.

Nombre CPN	Effectif	Pourcentage
Aucune	81	18,9
1-3	189	44,2
4-plus	158	36,9
Total	428	100

18,9 % des parturientes n'avaient pas fait de CPN.

Tableau XVII : Répartition des parturientes selon le terme de la grossesse.

Terme de la grossesse	Effectif	Pourcentage
A terme	417	97,4
Non à terme	11	2,6
Total	428	100

97,4 % de nos parturientes ont présenté une grossesse à terme.

Tableau XVIII : répartition des parturientes selon l'état général à l'admission.

Etat général	Effectif	Pourcentage
Bon	414	96,7
Passable	8	1,9
Altéré	6	1,4
Total	428	100

96,7 % de nos parturientes ont présenté un bon état général à l'admission.

Tableau XIX : Répartition des parturientes selon la coloration des muqueuses.

Coloration muqueuse	Effectif	Pourcentage
Colorées	407	95,1
Moyenne	12	2,8
Pâles	9	2,1
Total	428	100

95,1 % des parturientes ont présenté une bonne coloration des muqueuses.

Tableau XX : Répartition des parturientes selon la température.

Température	Effectif	Pourcentage
Normale	401	93,7
Hypothermie	11	2,6
Hyperthermie	16	3,7
Total	428	100

93,7 % des parturientes ont présenté une température normale à l'admission.

Tableau XXI : Répartition des parturientes selon le poids.

Poids	Effectif	Pourcentage
Moins de 60 Kg	78	18,2
60 Kg et plus	350	81,8
Total	428	100

81,8 % des parturientes ont présenté un poids de 60 Kg et Plus à l'admission.

Tableau XXII : Répartition des parturientes selon la tension artérielle.

Tension artérielle	Effectif	Pourcentage
Normale	380	88,8
Hypotension	14	3,3
Hypertension	34	7,9
Total	428	100

7,9 % des parturientes ont présenté une hypertension artérielle à l'admission.

Tableau XXIII : Répartition des parturientes selon les BDCF.

BDCF	Effectif	Pourcentage
Présent	407	95,1
Absent	21	4,9
Total	428	100

Les BDCf étaient absents chez 4,9 % des parturientes à l'admission.

Tableau XXIV : Répartition des parturientes selon la hauteur utérine.

Hauteur utérine	Effectif	Pourcentage
Moins de 36 cm	364	85
36 cm et Plus	64	15
Total	428	100

85 % de nos parturientes avaient moins de 36 cm de hauteur utérine.

Tableau XXV : Répartition des parturientes selon la dilatation du col à l'admission.

Dilatation du col	Effectif	Pourcentage
Phase de latence	107	25
Phase active	321	75
Total	428	100

75 % de nos parturientes ont été admises en phase active du travail d'accouchement.

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

Etat de la poche des eaux	Effectif	Pourcentage
Intactes	273	63,8
Rompues	155	36,2
Total	428	100

La poche des eaux était intacte chez 63,8 % de nos parturientes.

Tableau XXVII : Répartition des parturientes selon l'aspect du liquide amniotique.

Aspect du liquide	Effectif	Pourcentage
Clair	362	84,6
Teinté	66	15,4
Total	428	100

Le liquide amniotique était clair chez 84,6 % de nos parturientes

Tableau XXVIII : Répartition des parturientes selon le type de la présentation.

Type de la présentation	Effectif	Pourcentage
Céphalique	373	87,1
Siège	35	8,2
Transversale	14	3,3
Face	5	1,2
Front	1	0,2
Total	428	100

La présentation céphalique a été la plus représenté avec 87,1 %.

Tableau XXIX : Répartition des parturientes selon le type de bassin.

Type de bassin	Effectif	Pourcentage
Normal	421	98,4
Limite	7	1,6
Total	428	100

Le bassin normal a prédominé avec 98,4%.

Tableau XXX : Répartition des parturientes selon la voie d'accouchement.

Voie d'accouchement	Effectif	Pourcentage
Voie basse	357	83,4
Voie haute	71	16,6
Total	428	100

La voie basse à été la plus représentée avec 83,4%.

Tableau XXXI : répartition des parturientes selon l'indication de la césarienne

Chorioamniotite	1	1,4
Défaut d'engagement	3	4,2
Dilatation stationnaire	4	5,6
Présentation épaule	11	15,4
Face variété postérieure	1	1,4
Présentation front	1	1,4
HRP	5	7
Macrosomie fœtal	10	14
PPH	6	8,4
Procidence cordon	3	4,2
Rupture utérine	2	2,8
Syndrome prérupture	2	2,8
SFA	12	16,9
Siège/utérus cicatriciel	2	2,8
Siège/utérus bicatriciel	1	16,9
utérus cicatriciel/bassin limite	1	2,8
Utérus bicatriciel	5	1,4
Utérus tricatriciel	1	1,4
Total	71	100

La souffrance fœtale aigüe a représenté 2,8 % des indications de césarienne.

Tableau XXXII : Répartition des parturientes selon la durée de l'expulsion.

Durée de l'expulsion	Effectif	Pourcentage
Moins de 45 mn	410	95,8
45mn ou plus	18	4,2
Total	428	100

4,2 % de nos parturientes ont présenté une durée d'expulsion de 45 minutes ou plus.

Tableau XXXIII : Répartition des parturientes selon la durée totale du travail.

Durée totale du travail	Effectif	Pourcentage
Moins de 12 heures	413	96,5
12 heures et plus	15	3,5
Total	428	100

96,5 % de nos parturientes ont présenté une durée totale du travail d'accouchement de moins de 12 heures.

Tableau XXXIV : Répartition des parturientes selon le type de délivrance.

Type de délivrance	Effectif	Pourcentage
Active	419	97,9
12 heures et plus	9	2,1
Total	428	100

97,9 % de nos parturientes ont bénéficié d'une délivrance active.

Tableau XXXV : Répartition des parturientes selon la perfusion d'oxytocine continue.

Perfusion d'oxytocine	Effectif	Pourcentage
Continue	428	100
Total	428	100

Toutes nos parturientes ont bénéficié d'une perfusion continue d'oxytocine après l'accouchement (100 %).

5- Pronostic foetal :

Tableau XXXVI : Répartition des nouveau-nés selon le score d'apgar à la 1^{ère} minute

Apgar 1^{ère} mn	Effectif	Pourcentage
≤ 7	28	6,6
>7	400	93,4
Total	428	100

93,4 % des nouveau-nés ont présenté un Apgar à la 1^{ère} minute supérieur à 7.

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

Apgar 5^{ère} mn	Effectif	Pourcentage
≤ 7	24	5,6
>7	404	94,4
Total	428	100

94,4 % des nouveau-nés ont présenté un Apgar à la 5^e minute supérieur à 7.

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

Poids à la naissance	Effectif	Pourcentage
Moins de 2500g	22	5,1
2500g-3999g	377	88,1
4000g et plus	29	6,8
Total	428	100

88,1 % des nouveau-nés avaient un poids compris entre 2500 et 3999 g.

Tableau XXXIX : Répartition des nouveau-nés selon le type de malformation

Type de malformation	Effectif	Pourcentage
Néant	425	99,3
Anencéphalie	3	0,7
Total	428	100

0,7 % des nouveaux-nés ont présenté une malformation de type anencéphalie..

Tableau XXXX : Répartition des nouveau-nés selon les malformations observées.

Malformations	Effectif	Pourcentage
Oui	3	0,7
Non	425	99,3
Total	428	100

3 parturientes ont présenté des malformations chez les nouveaux nés soit 0,7 %.

Tableau XXXXI : répartition des nouveau-nés selon l'évacuation à la néonatalogie au CHU Gabriel Touré.

Evacuation Nnés	Effectif	Pourcentage
Oui	35	8,2
Non	393	91,8
Total	428	100

8,2 % des nouveaux nés ont été évacués à la néonatalogie du CHU Gabriel Touré.

6-Pronostic maternel :

Tableau XXXXII : Répartition des parturientes selon le pronostic maternel.

Pronostic maternel	Effectif	Pourcentage
Bon	423	98,8
Mauvais	5	1,2
Total	428	100

98,8 % de nos parturientes avaient un bon pronostic après l'accouchement.

Tableau XXXXIII : Répartition des parturientes selon l'hémorragie de la délivrance.

Hémorragie délivrance	Effectif	Pourcentage
Oui	19	4,4
Non	409	95,6
Total	428	100

4,4 % des parturientes ont présenté une hémorragie de la délivrance.

Tableau XXXXIV : Répartition des parturientes selon la rupture utérine.

Rupture utérine	Effectif	Pourcentage
Oui	2	0,5
Non	426	99,5
Total	428	100

0,5 % des parturientes ont présenté une rupture utérine.

VI- COMMENTAIRES ET DISCUSSION :

1. Fréquence:

Au terme de notre étude il ressort que la fréquence de l'accouchement chez les grandes multipares a été de 7,87 %. Cette fréquence est supérieure à celle trouvée par DIASSANA B. [14] 0,44 % mais inférieure à celles trouvées par B.THIEBA [4] 8,18 % et par Labama L. [23] 25,6 %.

2. Aspects sociodémographiques:

2.1. Age:

L'âge moyen a été de 35ans avec des extrêmes de 25 ans et de 43 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 (99,8 %) sauf une seule qui était divorcée (0,2 %).

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

2.3. Le niveau d'instruction: Quatre vingt et trois virgule neuf pour cent (83,9 %) de nos parturientes étaient non scolarisées. Ce résultat est inférieur à celui de DIASSANA B. [14] qui a trouvé 85,1%.

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

2.4. Profession:

La plupart des parturientes étaient des ménagères avec un taux de 94,6 %. Ce résultat est supérieur à celui de DIASSANA B. [14] qui a trouvé 87,2 %.

Ce résultat pourrait s'expliquer par le fait que la majorité de nos parturientes n'étaient pas scolarisées.

3. Aspects cliniques:

3.1. Consultation Prénatale (CPN):

Dix huit virgule neuf pour cent (18,9 %) des parturientes n'avaient pas fait de consultation prénatale.

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 sont déroulés normalement.

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 celui de DIASSANA B. [14].

3.3. Les bruits du cœur fœtal :

Les BDCF étaient absents chez 4,9 % des patientes.

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 :

- Dans notre étude la durée totale du travail était supérieure à 12 heures chez 3,5 % des parturientes.
- Toutes nos parturientes ont bénéficié d'une perfusion d'oxytocine continue dans les suites de couches pour prévenir la survenue d'une éventuelle hémorragie de la délivrance.

4.1. La présentation du fœtus :

La présentation du siège a été retrouvée chez 8,2 % des grandes multipares contre 3,3 % de présentation transversale. Il existe donc une corrélation entre les présentations vicieuses 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 16.6% (nombre=71) de nos parturientes ont accouché par la voie haute contre 83,4 % (nombre= 357) par voie basse. Ce résultat est inférieur à celui de DIASSANA B. [14] qui a trouvé 10,9 % pour la voie haute.

5. Pronostic maternel :

5.1. Morbidité maternelle :

- Deux cas de rupture utérine ont été retrouvés dans notre étude chez deux parturientes évacuées du CSCOM de Siby et de Bancoumana soit un pourcentage de (0.5 %).
- HRP a été retrouvé chez 1,2 % des parturientes. 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 les causes de l'hémorragie du 3^e trimestre de la grossesse (HRP, placenta praevia, Rupture utérine etc....).
- La délivrance a été artificielle chez 2,1 % des grandes multipares.
- L'hémorragie de la délivrance a été retrouvée chez 4,4 % des parturientes. 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 fœtal :

6.1. Morbidité fœtale :

- Trois cas soit 0,7 de malformation de type anencéphalie ont été retrouvés dans notre étude chez les nouveaux-nés. Ce résultat est inférieur à celui de DIASSANA B. [14] qui a trouvé 6 %.
- Dans 22 cas soit 5,1 les nouveau-nés ont présenté un poids inférieur à 2500g. Ce résultat est inférieur à celui de Labama L. [23] qui a trouvé 14, 5%.
- 29 nouveau-nés soit 6,8% des cas ont présenté un poids de naissance supérieur ou égal à 4000g.

VII- CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS:

1- CONCLUSION:

Notre étude a montré que la fréquence de l'accouchement chez les grandes multipares était de 7,87 %. La moyenne d'âge était de 35 ans avec des extrêmes de 25 ans et 43 ans. La majorité de ces grandes multipares étaient des ménagères (94,6 %) et non scolarisées (83,9 %). La quasi-totalité de ces parturientes étaient mariées (99,8 %).

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

- La rupture utérine (0,5 %).
- La délivrance artificielle (2,1%).
- L'hémorragie de la délivrance (4,4%).
- Le poids de naissance inférieur à 2500g (5,1%).
- Le poids de naissance supérieur ou égal à 4000g (6,8%).
- La malformation congénitale de type anencéphalie (0,7%).

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

2- RECOMMANDATIONS :

Aux femmes :

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

Aux prestataires:

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

Aux autorités:

- Encourager la planification familiale
- 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.
- Equiper tous les centres de santé en matériels adéquats et en banque de sang.
- Lutter contre la non scolarisation des filles.

VIII- REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES :

1. AGHAI :

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

2. Aziz K, Memon AM, Qadrin KB. :

Grandmultiparity: a continuing problem in developing countries. Karachi- Pakistan. Asia Ocean J Obstet Gynaecol 1989;15;2: 155- 60”

3. Ali F, Spiewankiewicz B.

Cesarean section in grand multiparas. Benghazi-Libya. Mater Med Pol 1996; 28; 3: 87-91. »

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 (SOGO) 2000. Livre des résumés.

5. Bohoussou KM Djanhan Y, Boni S, Koné N, Welffens-Ekra C ,Touré CK.

La mortalité maternelle à ABIDJAN en 1988. Thèse Med 1992 ;39 ;7 :481

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. Bouaouda H, Kharbach A, Mehdoui A, Sendid M, Oukhouia B, Ostowar K. :

La grossesse et l’accouchement chez la grande multipare au Maroc. J Gynecol Obstet Biol Reprod 1987 ;16 : 919 – 24.

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. Chike OU.

Preterm delivery in ILORIN-Nigeria:multiple and teenage pregnancies as major etiological factors.west Afr j Med 1993;12;4:228-30

Grandmultiparity in Singapore Women. Singapore Med J 15: 451974.

10. Diomandé M. :

Risque obstétrical de la grande multipare au cours du travail de l'accouchement. Thèse Méd. Abidjan 2000 2463.

11. Donald I.:

The Grandmultipara. Practical Obstetric Problems, 5th edn, pp 136140. Lleyd-Luke Medical Books

Ltd., London, 1980.

12. DORREAU JC.

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

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. Kumari AS, Badrinath P.

Extreme grandmultipary: is it an obstetric risk factor? Abu Dhabi, United Arab Emirates. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol 2002; 101; 1: 22-5.

16. Lewin D, Beric BM, Chaoui A, Vinerou N.

Influence de l'age et de la parité sur les résultats obstétricaux dans traité d'obstétrique. Vokaer, lewin, Dewever. Paris Masson 1985 ; 2 : 720.

17. Lousambou SA, Moumba J, Kouyinou M, Loupoupou B.:

Fréquence du placenta acreta à la maternité de MOUYONDZI (RD Congo). Médecine d'Afrique noire 1993 ; 40 ; 2 : 122- 4.

18. Ly B, Hamad B, Ahmed B.

L' Hématome rétro placentaire (HRP) dans la maternité du centre hospitalier national de Nouakchott : aspects épidémiologiques et cliniques. Abstracts 7^{ème} congrès de la SAGO, SOMAGO II 2003 : 274

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. Hawa K. :

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

22. Mutombo T.

La grande puerpéralité chez les femmes âgées de 40ans et plus thèse Méd. Cotonou : 1984 ; 209

23. Labama L.:

Particularités de la grossesse et de l'accouchement chez la grande multipare à Kisangani 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. Ouédraogo A, Hiba A, Ouattara T.:

Morbidité et mortalité périnatale à la maternité du CHNYO de Ouagadougou – Burkina Faso. Abstracts 7^{ème} congrès de la SAGO, SOMAGO II 2003 : 129.

29. Palliez R , Delecour M, Monnier JC .

L'accouchement de la grande multipare et l'enfant de la grande multipare . J Gyn obst 1971 ;70 ;4 :421-32.

Estimations révisées pour 1990 de la mortalité maternelle. 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. Tohourì 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

N° du dossier : _/_____/

1- Nom _____ Prénom : _____

2- Date d'entrée : ____/____/2009

3- Age :

1. 25 – 30 ans

2. 31 – 35 ans

3. 36 – 40 ans

4. > 40 ans

4- Profession :

1. Ménagère

2. Commerçante

3. Fonctionnaire

4. Autres

5- Niveau d'étude

1. Non scolarisée

2. Primaire

3. Secondaire

4. Supérieur

5. Coranique

6. Autres

6- Etat matrimonial

1. Mariée

2. Célibataire

3. Divorcée

4. Veuve

7- Régime matrimonial

1. Monogame

2. Polygame

8- Adresse

1. Commune IV

2. Hors Commune

9- Ethnie

1. Bambara

2. Soninké

3. Malinké

4. Peulh

5. Sonrhäï

6. Dogon

Accouchement chez les grandes multipares dans le service de Gynéco-Obstétrique du Centre de Santé de
Référence de la Commune IV.

7. Senoufo

8. Bobo

9. Minianka

10. Autres

10- Profession du conjoint

1. Commerçant

2. Cultivateur

3. Fonctionnaire

4. Ouvrier

5. Autres

11- Mode d'admission

1. Venue d'elle-même

2. Référée

3. Evacuée

12- Motif d'admission

1. C.U.D

2. Dilatation stationnaire

3. P.P hémorragique

4. HRP

5. Procidence du cordon

6. Grande multipare

7. Rupture utérine

8. HU Excessive

9. Expulsion prolongée

10. Autres

13- Antécédents médicaux

1. Aucun

2. HTA

3. Diabète

4. Asthme

5. Drépanocytose

6. Autres

14- Antécédents chirurgicaux

1. Aucun

2. Césarienne

3. GEU

4. Autres

15- Antécédents obstétricaux

1. Gestité : _____

2. Parité : _____

16- I I G

1. 1-2 ans

2. 3-4 ans

17- Consultation prénatale :

1. 0-1

2. 2-3

3. > 4

18- Terme de la grossesse

1. A terme

2. Non à terme

19- Etat général

1. Bon 2. Passable 3. Altéré

20- Etat des muqueuses

1. Bien colorées 2. Moyennement colorées
3. Pâles

21- Température

1. Normale 2. Hypothermie 3. Hyperthermie

22- Tension artérielle

1. Normale 2. Hypotension 3. Hypertension

23- Poids

1. < 60 2. ≥ 60

24- BDCF

1. Présent 2. Absent

25- Hauteur utérine

1. < 36 2. ≥ 36

26- Dilatation de col

1. ≤ 3cm 2. ≥ 4cm

27- Etat des membranes

1. Intactes 2. Rompues

28- Aspect du liquide amniotique

1. Clair 2. Teinte

29- Présentation du mobile fœtale

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

30- Etat du bassin

1. Normal 2. Limite 3. Rétréci

31- Voie d'accouchement

1. Naturelle 2. Césarienne

Si Césarienne : Indication : _____

32- Durée de l'expulsion

1. < 45 mns

2. \geq 45mns

33- Durée totale du travail

1. < 12 Heures

2. \geq 12 Heures

34- Type de délivrance

1. Active

2. Artificielle

35- Perfusion d'oxytocine continue

1. Oui

2. Non

36- Apgar à la 1^{ère} minute

1. < 7

2. \geq 7

37- Apgar à la 5^{ème} minute

1. < 7

2. \geq 7

38- Poids à la naissance

1. > 2500g

2. 2500-3999g

3. \geq 4000g

39- Malformation

1. Oui

2. Non

Si Oui : Type _____

40- Evacuation du nouveau né

1. Oui

2. Non

41- Pronostic maternel

1. Bon

2. Mauvais

42- Complication de l'accouchement

Hémorragie de la délivrance : 1.Oui

2.Non

Rupture utérine : 1.Oui

2.Non

Autres :

FICHE SIGNALÉTIQUE

NOM: SACKO

PRENOM: Idrissa

Année universitaire: 2009-2010

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 IV

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.