

ATCD:	Antécédent
BDCF:	Bruit du cœur foetal
BGR:	Bassin généralement rétréci
BL:	Bassin limite
Cm:	Centimètre
CPN:	Consultation prénatale
CSCom:	Centre de Santé Communautaire
CSRef:	Centre de Santé de Référence
DDR :	Date des derrières règles
CUD :	Contraction utérine douloureuse
DFP :	Disproportion foeto-pelvienne
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
HFDK :	Hopital Fousseyni Daou de Kayes
HRP:	Hématome rétro placentaire
HTA:	Hypertension artérielle
HU:	Hauteur utérine
IIG:	Intervalle intergénésiq
Kg :	Kilogramme
LRT :	Ligature résection des trompes
MAF :	Mouvement actif foetal
ml :	Millilitre
N-né :	Nouveau-né
OMS :	Organisation mondiale de la santé
OP :	Occipito-pubien
OS :	Occipito-sacré

PDE :	Poche des eaux
PN :	Poids de naissance
PP :	Placenta praevia
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
UC :	Utérus cicatriciel
% :	Pourcentage

SOMMAIRE

Table des matières

INTRODUCTION.....	17
1. OBJECTIFS.....	19
1.1. Objectif général :.....	19
1.2. Objectifs spécifiques:	19
2. GENERALITES	21
2.1. Notion de multiparité :	21
2.2. Accouchement	23
2.3. La mortalité maternelle :.....	26
3. METHOLOGIE.....	29
3.1. CADRE ET LIEU DE L'ÉTUDE :	29
3.2. TYPE D'ETUDE.....	35
3.3. PERIODE D'ÉTUDE :	36
3.4. POPULATION D'ÉTUDE :	36
3.5. VARIABLES ÉTUDIÉES.....	36
3.6. SUPPORTS DES DONNÉES	37
3.7. GESTIONS DES DONNÉES.....	37
3.8. DÉFINITIONS OPÉRATOIRES :	37
4. RESULTAT.....	41
4.1. Caractéristiques sociodémographiques :.....	42
4.2. DONNEES CLINIQUES	45
5. COMMENTAIRES ET DISCUSSION.....	64
5.1. Aspects méthodologiques:.....	64
5.2. La fréquence de la grande multiparité :.....	64
5.3. Pronostic Materno-fœtal :.....	65
CONCLUSION.....	69
RECOMMANDATIONS	71
REFERECES BIBLIOGRAPHIQUES	
ANNEXES	



INTRODUCTION

I. INTRODUCTION

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

L'accouchement chez les grandes multipares et ses complications, ses conséquences, sa fréquence constituent un problème majeur de santé publique. Le rapport entre la parité et les complications de la grossesse continuent à être d'intérêt pour les obstétriciens. La parité a été utilisée comme un marqueur de risque pour les nullipares et les grandes multipares, elles ont aussi été classées comme à haut risque de complications de la grossesse.

Plusieurs travaux de recherche sur la grande multipare ont été publiés en Europe comme en Afrique.

Ainsi, en 1974 Santéré et Coll. [5] ont révélé 21,20% de grandes multipares à Lyon et 13,45% pour Palliez et Coll. [6] à Lille en 1971. En 1981, à la maternité centrale de Rabat (Maroc) les grandes multipares représentaient 17,21% des parturientes et parmi elles 7,14% présentaient des pathologies gravidiques [6].

En 1988 au Niger, Gazoby et Coll. ont révélé 24,38% de grandes multipares à la maternité centrale de Niamey. Ils ont également noté que les présentations vicieuses étaient six (6) fois plus élevées chez les grandes multipares que les paucipares [7].

La grande multiparité 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 :

Malgré cela, l'accouchement chez les grandes multipares n'a été l'objet que de très peu d'étude au MALI.

Il nous est donc apparu opportun d'étudier la problématique de cette étude afin de s'enquérir de l'état réel de la situation au MALI plus particulièrement au centre de santé de référence de Kati où aucune étude n'a été réalisée avec les objectifs suivants :

III Objectifs

II. OBJECTIFS

1. Objectif général :

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

2. Objectifs spécifiques:

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



GENERALITES

III. GENERALITES

1. Notion de multiparité :

Selon le nombre d'accouchements antérieurs, la plupart des auteurs proposent une classification en quatre catégories [8, 12,13, 15, 31,32] :

- 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 [15]. 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.

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

Avec le nombre de grossesses et leur répétition, les fibres musculaires utérines dégénèrent et sont remplacées plus ou moins rapidement par des fibres conjonctives. Cette transformation conjonctivale 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 [15], 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 » [13].

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.

❖ **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 [13, 24, 26,32].

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

❖ **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 :

2. Accouchement

De nombreux accidents peuvent survenir au cours de l'accouchement chez la grande multipare selon PALLIEZ [24].

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 [27] attribue cette dernière à la mauvaise qualité du col utérin de la grande multipare et à la mauvaise sollicitation du col, par la présentation souvent haute en début de travail.

❖ Placenta prævia

Plus fréquent chez les multipares, il est quatre (4) fois présent après la 6^{ème} grossesse (3,2%) contre (0,8%) dans la série de PALLIEZ et coll. [26].

Les constats ont été les mêmes selon la revue de la littérature [8, 14, 21, 28,31].

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 prævia [31]. 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 hémorragiques atteignant toute la sphère génitale et pouvant même la dépasser [1].

L'hématome rétro placentaire quoi que pouvant exister 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 [7, 9, 28,29].

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 [21,30].

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 permettraient de réduire sa fréquence et ses complications dramatiques.

❖ **Placenta acréta :**

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

Plusieurs causes sont incriminées parmi lesquelles, on peut citer :

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

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

❖ **La rétention placentaire :**

La délivrance normale est terminée en 45mn 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.

❖ **La rupture utérine :**

C'est une complication classique chez la grande multipare. Pour Tohoury GH [31] 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 [24].

❖ **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, 18,29].

❖ **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 prævia [27].

❖ **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 [8,31].

Il reste élevé dans les pays en développement où 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, 21,31,].

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 [1].

❖ **Mortalité périnatale :**

Elle représente les décès des fœtus survenant entre la 28^{ième} semaine de vie intra utérine et le 7^{ième} 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, 22,23].

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 [42, 12, 15, 22, 23,29].

IV

METHODOLOGIE

IV. METHOLOGIE

1. CADRE ET LIEU DE L'ÉTUDE :

L'étude s'est déroulée au service de gynéco-obstétrique du centre de santé de référence de Kati.

2. HISTORIQUE DU CSREF DE KATI :

Autrefois appelé AM (Assistance Médicale) de Kati, qui a eu son apogée grâce au premier infirmier Moussa DIAKITE, un patriote dévoué à son travail, sa disponibilité et son savoir-faire, a fait de l'AM un lieu fréquenté par la population.

Le CS Réf de Kati a été créé par le décret n° 90-264/P-RM du 05 juin 1990, portant la création des services régionaux et subrégionaux de santé et des affaires sociales sous le nom de service de sécurité sanitaire et sociale de cercle ou de commune. C'est en 2007, par le système de référence/évacuation qu'il est devenu C.S.Réf de Kati (Centre de Santé de Référence).

Il a été baptisé le 10/ 08/ 2010 sous le nom du **Centre de Santé de Référence Major Moussa DIAKITE de Kati.**

3. Données géographiques :

CSRéf Major Moussa DIAKITE de Kati:

Le CS Réf est bâti sur une superficie de 6.5 hectares environ dans la commune urbaine de Kati.

Il est situé au plein cœur de la ville de Kati à environ 20 mètres du commissariat de police et à environ 100 mètres de la mairie et contigu au camp militaire par son côté Sud-est.

Commune urbaine de Kati : est limitée :

- au Nord par la commune rurale de Kambila et de Diago,
- à l'Est par la commune rurale de Safo,
- au Sud par le district de Bamako (la commune III),
- à l'Ouest par la commune rurale de Doubabougou.

Elle est composée de dix (10) quartiers (Farada, Malibougou, Mission, N'tominikoro, Noumorila, Kati coura, Kati coro, Coco, Sananfara et Samakebougou), trois (3) villages (N'toubana, Banambani et Sirakoroniaré) et un (1) hameau (Sébénikoro).

4. Population :

Le cercle de Kati compte une population de 681872 habitants répartie entre villages et communes. Elle est surtout caractérisée par le cosmopolitisme de sa jeunesse à 42%, constituée par les moins de 15 ans.

La ville de Kati, de par sa situation géographique et stratégique (3^{ème} région militaire du Mali) demeure un carrefour de rencontre de toutes les couches socio-économique et culturelle du Mali avec : les Bambaras (autochtones), les Malinkés, les peulhs, les Dogons, les Bobos, les Sarakolés, les Maures, les Mossis, les Khassonkés, les Sonrhais, les Ouolofs, les Sénoufo.

L'ethnie majoritaire est le Bambara. On y trouve plusieurs confessions religieuses dont : les musulmans (89%), les chrétiens (8%), et les animistes (3%). (Selon l'article sur la présentation de la commune de Kati année 2007).

5. Infrastructures socio-sanitaires de la commune urbaine de Kati :

- Structures sanitaires de troisième niveau :

Centre Hospitalo-universitaire de Kati.

- Structures sanitaire de deuxième niveau :

Centre de santé de référence Major Moussa DIAKITE de Kati.

- Structures sanitaires de premier niveau :

Infirmierie de la garnison, CSCOM de (Malibougou, Farada, Coco et Sananfara), Dispensaire de l'Eglise catholique, et la PMI de Kati.

- Secteur privé :

Cliniques (TENAN, ALLAMA, PLATEAU)... et des cabinets.

6. Différents services du CSRéf :

Le C.S.Réf Major Moussa DIAKITE de Kati se compose de plusieurs unités :

- Une unité de médecine générale ;
- Une unité de laboratoire biomédicale ;
- Une unité de PEV ;
- Une unité de prise en charge des malnutris (URENI)
- Une unité d'Odontostomatologie ;
- Une unité d'ophtalmologie ;
- Une unité optique (confection et vente de verres correcteurs) ;
- Une unité d'imagerie (Echographie, Radiologie) ;
- Une unité d'hygiène et assainissement ;
- Une unité de DRC (Dépôt Répartiteur du Cercle) ;
- Une unité de dépôt de vente ;
- Une unité de système d'information sanitaire ;
- l'administration ;
- Une unité de grandes endémies : (Lèpre, Tuberculose, Onchocercose, de soins d'accompagnement et de conseil des PVVIH) ;
- Une unité de Chirurgie Générale ;
- Une unité de santé de la reproduction qui comprend :
 - Une salle d'accouchement équipée de 2 tables d'accouchements,
 - Une salle de suites de couches équipée de 4 lits,
 - Deux salles de garde (des sages-femmes et Internes),
 - Une salle de CPN,
 - Une salle de PF,
 - Une salle de vaccination et suivi préventif des enfants sains,
 - Une salle PTME,
 - Une salle de consultation des gynécologues
 - Un bureau pour les gynécologues,

- Un bureau pour la sage-femme-maitresse,
- Deux salles opératoires (une pour les urgences et l'autre pour les cas à froids),
- Une salle de réveil,
- Une salle de préparation.
- Trois salles d'hospitalisation

Ces différentes unités sont tenues par un personnel composé d'agents de l'état des collectivités et ceux pris en charge sur recouvrement des coûts.

Tableau I: Personnel du C S Réf Major Moussa DIAKITE de Kati à la date du 31 décembre 2014 y compris des Agents de l'Etat et ceux pris en charge sur le recouvrement des coûts.

Gynécologue obstétricien ;	02
Spécialiste en chirurgie générale ;	01
Ophtalmologue	01
Castro entérologue	01
Médecin généraliste	08
Chirurgien dentiste dont le médecin chef	02
Pharmacien ;	01
Technicien d'Hygiène et assainissement ;	02
Technicien sanitaire (ophtalmologue, Santé publique, Laborantin, Radiologue, gérant de la pharmacie) ;	21
Sage-femme ;	07
Infirmière obstétricienne ;	06
Aide-soignante ;	02
Matrone ;	01
Secrétaire ;	03
Assistant médical (anesthésiste) ;	01
Chauffeur ;	04
Gardien;	02
Archiviste;	02
Billeteur ;	01
Comptable ;	02
Caissière ;	01
Lingère ;	01
Manœuvre...	05

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

7. Activités du service gynécologie - obstétrique

Un staff de 30 minutes environ a lieu tous les jours à partir de 8 h 30min réunissant le personnel de la maternité. Au cours de ce staff, l'équipe de garde fait un compte rendu des activités et des événements qui se sont déroulés les 24 heures passées.

Cette équipe de garde est constituée d'un gynécologue obstétricien, d'une sage-femme, d'une infirmière obstétricienne, d'une matrone ou aide soignante, d'un étudiant en année de thèse, d'un anesthésiste, d'un manoeuvre et d'un chauffeur. Les autres activités : consultations gynécologiques, les interventions programmées. Les urgences gynéco- obstétricales bénéficient d'une prise en charge diligente.

Tableau II: Equipement de la maternité

	Matériels	Nombre
Salle d'accouchement	Table d'accouchement	2
	Stéthoscope obstétrical	2
	Bassin de lit	2
	Source d'oxygène	0
	Source d'eau chaude	0
	Seau d'eau de décontamination	2
	Appareil à tension	1
	Source lumineuse	1
	Poubelles	2
	Poupinelle	1
	Ventouse	1
	Boîte d'accouchement	5
	Table chauffante pour Nné	0
	Table de réanimation pour Nné	1
	Boîte de laparotomie	1
	Boîte gynécologique	1
	Boîte de forceps	1
Bloc opératoire	Boîte de césarienne	2
	Table opératoire	2
	Autoclave	1
	Bistouri électrique	1
	Poupinelle	1
	Aspirateur	2
	Générateur d'oxygène	1
	Poubelles	2
	Boîte à blouses et champs	4
	Lampe scialytique	1

8. TYPE D'ETUDE

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

9. PERIODE D'ÉTUDE :

Notre étude s'est déroulée du 1^{er} janvier 2014 au 31 décembre 2014, soit 12 mois.

10. POPULATION D'ÉTUDE :

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

11. ÉCHANTILLONNAGE :

❖ Critères d'inclusion :

- Toutes les grandes multipares ayant accouchées au CSRéf de Kati pendant la période d'étude.

❖ Critères de non inclusion :

- les cas d'accouchement chez les grandes multipares hors du CSRéf de Kati et en dehors de la période d'étude.
- les cas d'accouchement à domicile.

12. VARIABLES ÉTUDIÉES

Les variables suivantes ont été étudiées : âge, principale occupation de la gestante, niveau d'étude, état matrimonial, régime matrimonial, ethnie, profession du procréateur, mode d'admission, motif d'admission, antécédents, IIG, CPN, terme de la grossesse, état général, état des muqueuses poids, température, tension artérielle, contraction utérine, hauteur utérine ; BDCF, dilatation du col , état des membranes, présentation fœtale, état du bassin, voie d'accouchement, durée d'expulsion, durée totale du travail, type de délivrance, perfusion d'ocytocine, Apgar à la 1^{ère} minute, Apgar à la 5^{ème} minute poids fœtal, malformation fœtale, référence du nouveau né, pronostic maternel, complication de l'accouchement, type de complication.

13. SUPPORTS DES DONNÉES

Les documents suivants ont servi de supports des données :

- Registre d'accouchement ;
- Partogramme de chaque parturiente
- Registre de compte rendu opératoire
- Dossier obstétrical des parturientes

14. GESTIONS DES DONNÉES

❖ Saisie et Analyse des données

Les données ont été saisies et analysées sur le logiciel spss 17.0

❖ Saisie des textes, graphiques et tableaux

La saisie des textes, graphiques et tableaux a été effectuée sur le logiciel Word et Excel 2007.

15. DÉFINITIONS OPÉRATOIRES :

- ❖ **L'accouchement** : c'est l'ensemble des phénomènes qui ont pour conséquence la sortie du fœtus et de ses annexes hors des voies génitales maternelles, à partir du moment où la grossesse a atteint un âge théorique de 28 SA.
- ❖ **Accouchement eutocique** : s'accomplit suivant un déroulement physiologique normal.
- ❖ **Accouchement dystocique** : ensemble des anomalies qui peuvent entraver la marche normale de l'accouchement. Celles-ci peuvent concerner la mère (bassin, dynamique utérine), le fœtus (position, présentation, volume) ou ses annexes.
- ❖ **Venue d'elle-même** : gestantes ou parturientes ou accouchées admises directement dans le service sans passer par un autre centre.
- ❖ **Référence** : Mécanisme par lequel une formation sanitaire oriente un cas qui dépasse ses compétences vers une structure plus spécialisée et mieux équipée.

❖ **Evacuation** : référence réalisée dans un contexte d'urgence.

Pronostic materno-fœtal : Nous entendons par pronostic materno-fœtal l'issue de l'accouchement pour la mère et le fœtus en terme de mortalité et de morbidité.

❖ Grossesses non suivies : Femme n'ayant fait aucune consultation prénatale.

❖ Gestité : C'est le nombre de grossesse chez la femme.

✓ Primigeste : première grossesse,

✓ Paucigeste : deux à trois grossesses,

✓ Multigeste : quatre à cinq grossesses,

✓ Grande Multigeste : six grossesses et plus.

❖ **Parité** : C'est le nombre d'accouchement chez la femme.

✓ Nullipare : zéro accouchement,

✓ Primipare : un accouchement,

✓ Paucipare : deux à trois accouchements,

✓ Multipare : quatre à cinq accouchements,

✓ Grande multipare : six accouchements et plus

❖ **Apgar** : méthode d'évaluation globale de l'état d'un enfant à la naissance.

✓ 0 : mort-né

✓ 1 à 3 : état de mort apparente

✓ 4 à 7 : état morbide

✓ ≥ 8 : bon état post natal.

Mort né : produit de conception dont la gestation a duré au moins 180 jours et qui est décédé in utero.

IIG court: IIG $\leq$ 6mois

Primipare âgée: primipare de plus de 35ans

Cas : toutes les grandes multipares.

Variables : Sont les paramètres qu'on se propose d'étudier par rapport à une population.

Le dossier complet et exploitable : Est un dossier comportant la quasi-totalité

des paramètres à étudier.

La laparotomie : Est une ouverture chirurgicale de la cavité abdominale.

La césarienne : est une intervention chirurgicale qui permet l'extraction du fœtus après une incision chirurgicale de l'utérus.

HTA : la tension artérielle systolique supérieure ou égale à 140mm Hg et ou diastolique supérieure ou égale à 90mm Hg.

Pré-éclampsie : état précédant l'apparition des convulsions éclamptiques et apparaissant à partir de 20 Semaines d'aménorrhées de la grossesse, qui se manifeste par l'exagération de l'HTA et par l'apparition d'une albuminurie importante avec oligurie, de céphalées intenses, de troubles digestifs (vomissements), de douleurs épigastriques (barre de Chaussier) et de troubles sensoriels oculaires (brouillard visuel, mouches volantes, amblyopie, diplopie...) ou auditifs (bourdonnements, vertiges).

Eclampsie : complication aiguë et paroxystique de la toxémie gravidique, d'apparition brutale ou succédant à une phase d'éclampsisme, survenant pendant la grossesse (le plus souvent au cours du troisième trimestre), pendant l'accouchement ou les 48 premières heures des suites de couches et évoluant en quatre phases :

- ✓ La phase d'invasion, courte ;
- ✓ La phase tonique dure vingt à trente secondes ;
- ✓ La phase clonique dure quelques minutes ;
- ✓ La phase de coma plus ou moins profonde dure quelques heures.

RPM : il s'agit d'une rupture prématurée des membranes

V

Résultats

V. RESULTAT

Au cours de notre période d'étude du 1^{er}-01 au 31-12-2014 nous avons recensé 130 cas de grandes multipares ayant accouché au csref de Kati sur un total de 2389 accouchements soit 5,44%

➤ Fréquence :

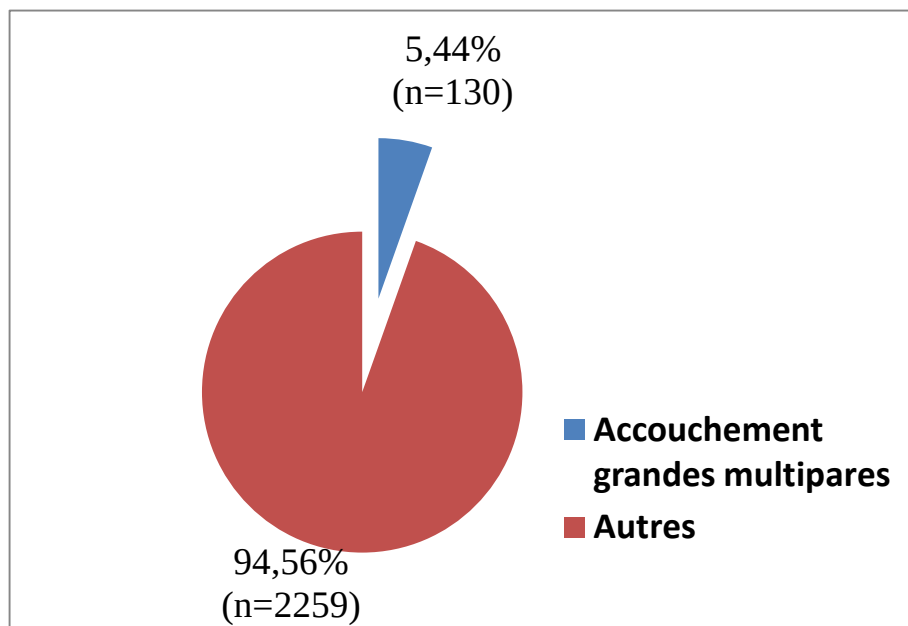


Figure 1 : Fréquence de l'accouchement des grandes multipares.

1. Caractéristiques sociodémographiques :

➤ Age

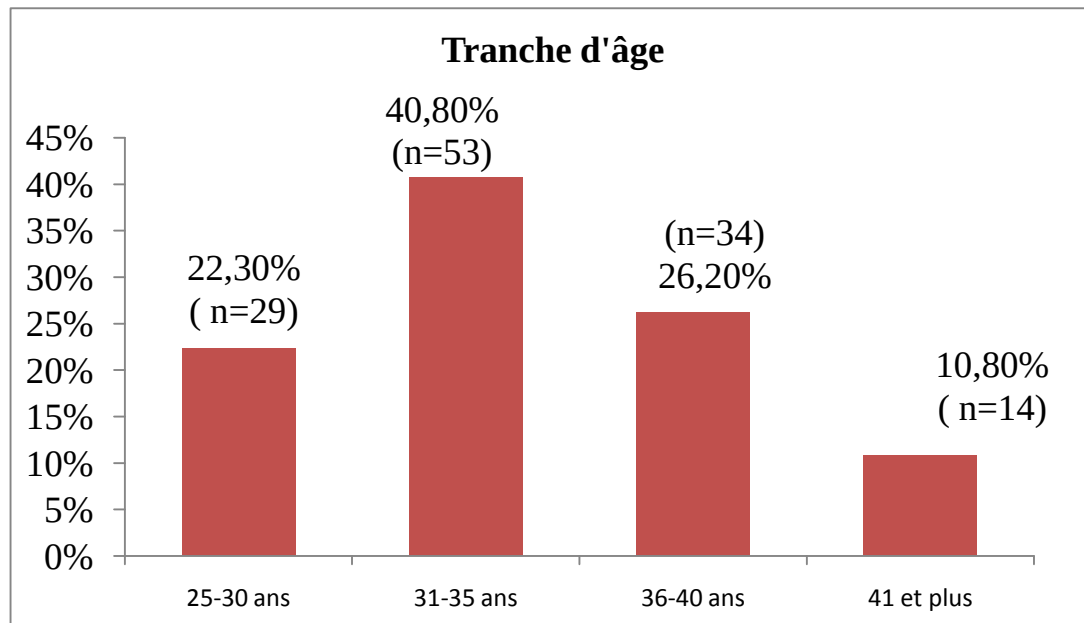


Figure 2: Répartition des patientes selon l'âge.

L'âge moyen était de 35 ans avec des extrêmes de 25ans et 43ans.

➤ Profession

Tableau III: Répartition des parturientes en fonction de la profession.

Profession	Effectif	%
Ménagère	113	86,9
Commerçante	16	12,3
Fonctionnaire	1	0,8
Total	130	100

Les ménagères étaient les plus représentées avec 86,9%.

➤ Niveau d'instruction

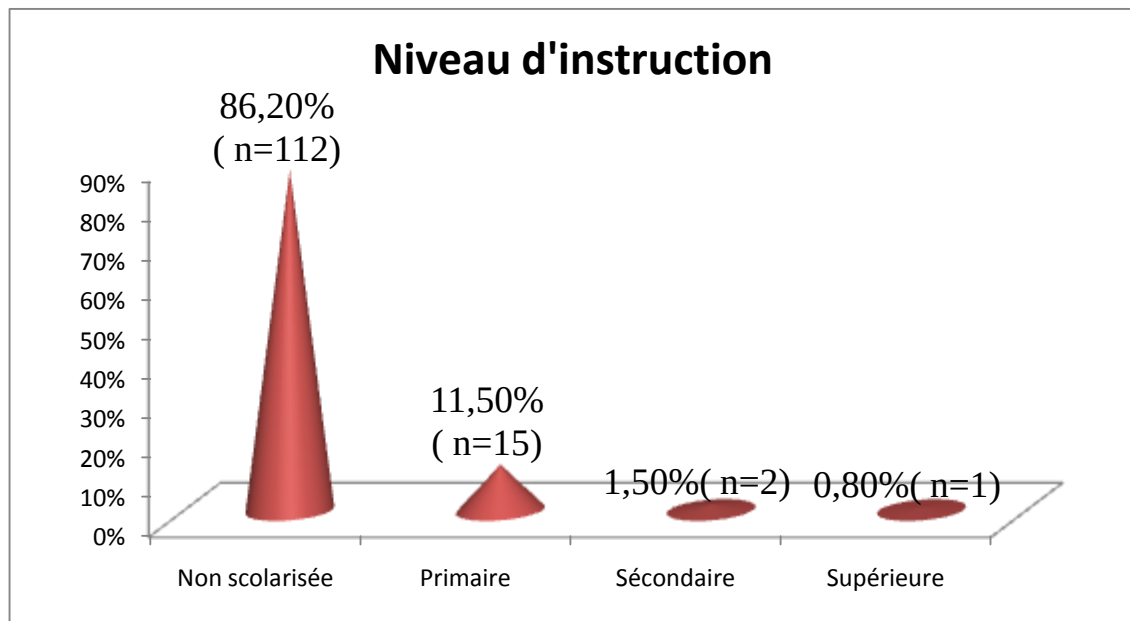


Figure 3 : Répartition des parturientes selon le niveau d'étude.

La majorité de nos parturientes étaient des non scolarisées.

➤ Régime matrimonial

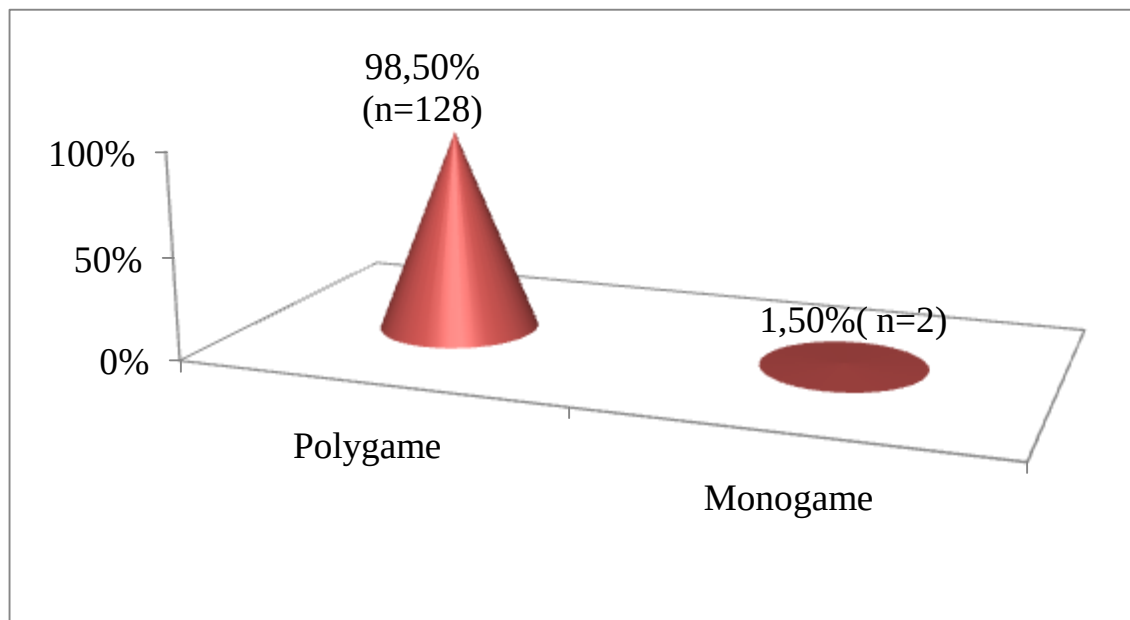


Figure 4 : Répartition des patientes selon le régime matrimonial

Les polygames étaient les plus représentées soit 98,5%

➤ **Ethnie****Tableau IV:** Répartition des parturientes selon l'ethnie

Ethnie	Effectif	%
Bambara	92	70,8
Malinké	9	6,9
Peulh	9	6,9
Soninké	8	6,1
Sonrhäï	6	4,6
Dogon	2	1,6
Minia ka	4	3,1
Total	130	100

Les bambaras étaient les plus représentées avec 70,8%

➤ **Profession du conjoint****Tableau V:** Répartition des parturientes selon la profession du conjoint

Profession du conjoint	Effectif	%
Cultivateur	61	46,9
Commerçant	51	39,2
Ouvrier	11	8,5
Fonctionnaire	7	5,4
Total	130	100

Les cultivateurs et les commerçants étaient les plus représentés avec respectivement 46,9% et 39,2%.

2. DONNEES CLINIQUES

➤ Mode d'admission

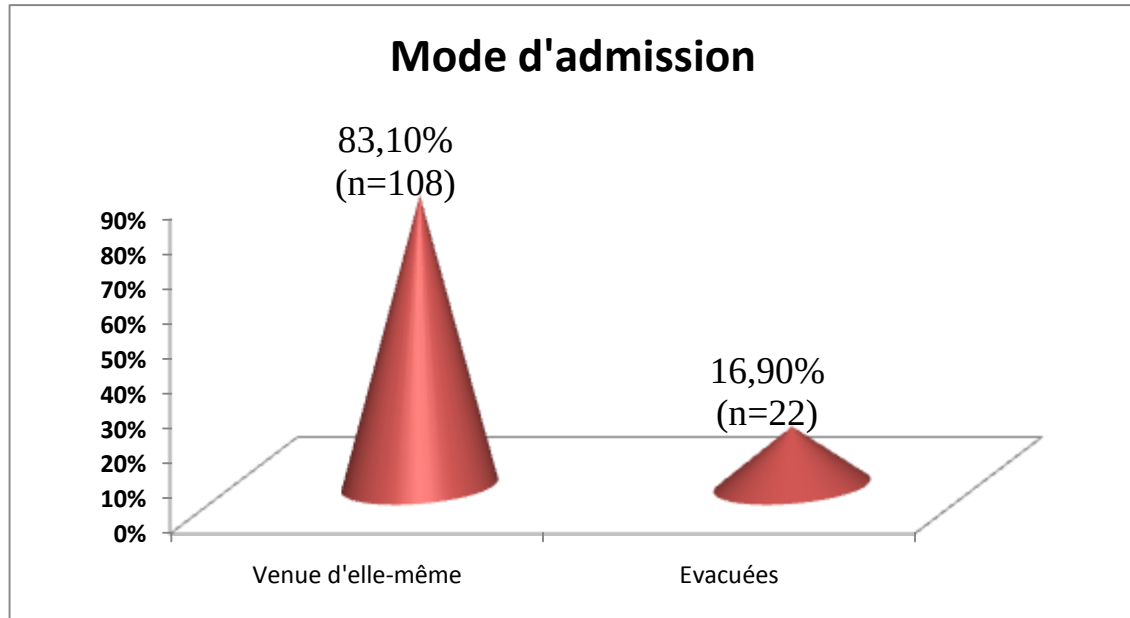


Figure 5 : Répartition des parturientes selon le mode d'admission

Les parturientes sont venues d'elle-même dans 83,1%.

➤ **Motifs d'admission****Tableau VI : Répartition des parturientes selon le motif d'admission.**

Motifs d'admission	Effectif	%
CUD	100	76,9
Césarienne		
Prophylactique	8	6,2
Souffrance fœtale aiguë	6	4,6
Procidence du cordon	5	3,8
Dilatation stationnaire	3	2,3
grande multipare	2	1,5
HU excessive	2	1,5
PP	1	0,8
expulsion prolongée	1	0,8
Siège/utérus cicatriciel	1	0,8
Utérus cicatriciel	1	0,8
Total	130	100

Le motif d'admission le plus fréquent était les CUD avec 76 ,9%.

➤ ATCD médicaux

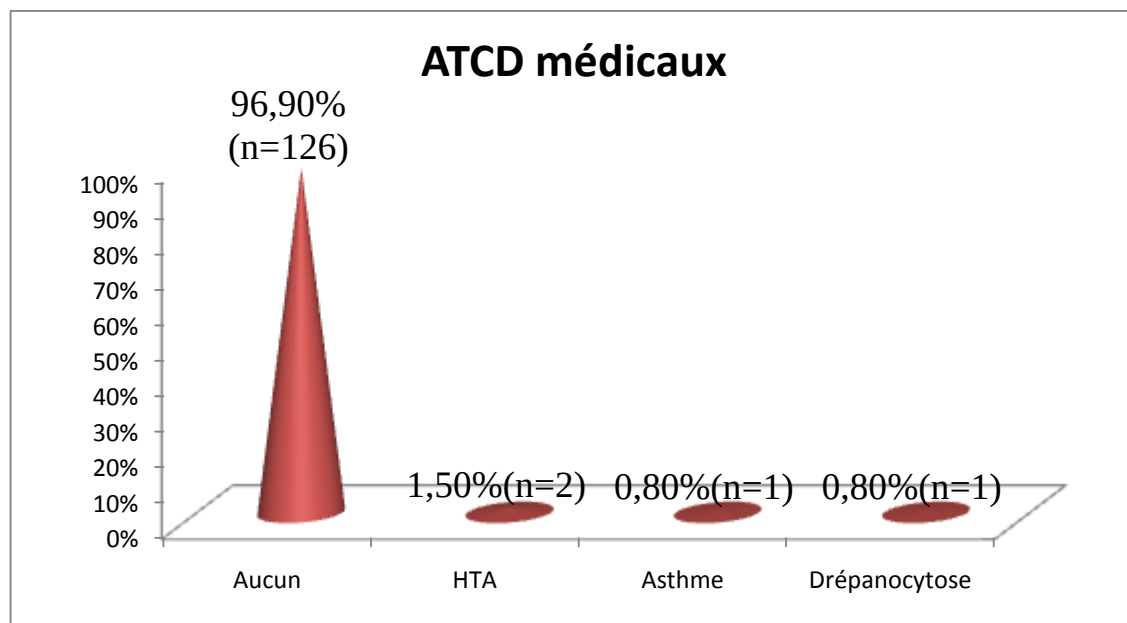


Figure 6 : Répartition des parturientes selon les ATCD médicaux
96,2% des parturientes n’avaient aucun ATCD médical.

➤ ATCD Chirurgicaux

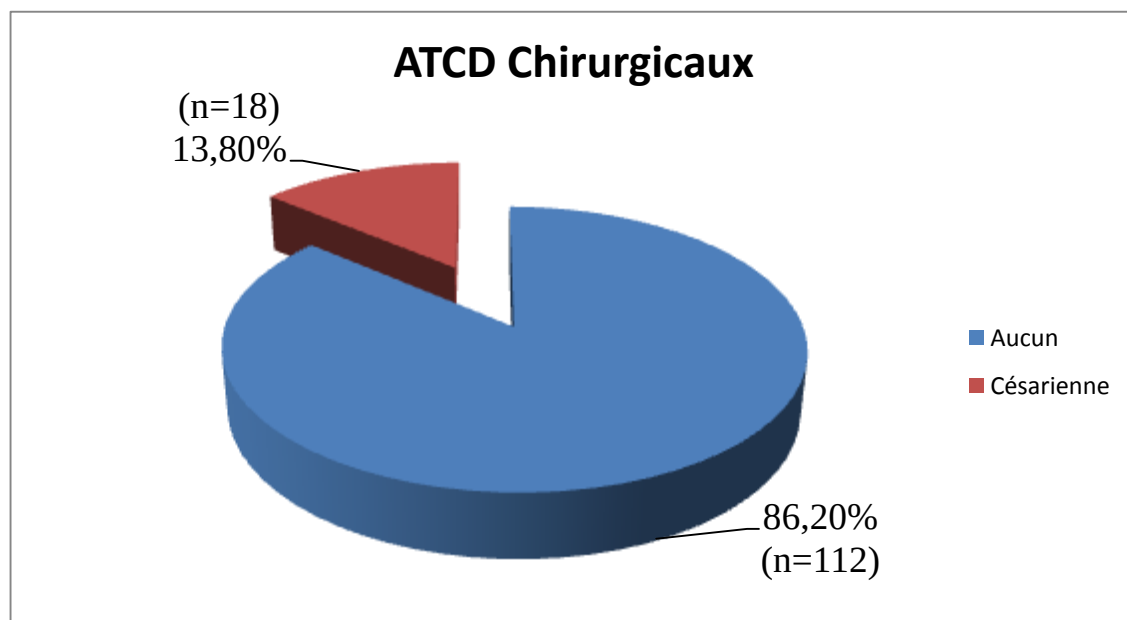


Figure 7 : Répartition des parturientes selon les ATCD chirurgicaux.
86 ,2% des parturientes n’avaient aucun ATCD chirurgical.

➤ **Gestité****Tableau VII:** Répartition des parturientes en fonction de la Gestité

Gestité	Effectif	%
7	53	40,8
8	41	31,5
9	20	15,4
10	7	5,4
11	4	3,1
12	2	1,5
13	2	1,5
16	1	0,8
Total	130	100

La gestité moyenne était de 8,15 avec des extrêmes de 7 et 16

➤ **Parité****Tableau VIII:** Répartition des parturientes en fonction de la Parité

Parité	Effectif	%
6	62	47,7
7	40	30,8
8	14	10,8
9	7	5,4
10	2	1,5
11	2	1,5
12	3	2,3
Total	130	100

La parité moyenne était de 6,96 avec des extrêmes de 7 et 12.

➤ **Intervalle intergénésiq****Tableau IX :** Répartition des parturientes en fonction de l'intervalle inter gènesique

Intervalle intergénésiq	Effectif	%
1-2 ans	87	66,9
3-4 ans	32	24,6
≥4 ans	11	8,5
Total	130	100

La moyenne de l'intervalle intergénésiq était de 1,42ans.

➤ **Consultation prénatale****Tableau X:** Répartition des parturientes selon le nombre de la CPN

Consultation prénatale	Effectif	%
Sans CPN	53	40,8
1-3	51	39,2
3-4	5	3,8
≥4	21	16,2
Total	130	100

40,8% des parturientes n'avaient pas fait de CPN.

➤ **Echographie****Tableau XI** : Répartition des parturientes selon l'échographie

Echographie	Effectif	%
Sans échographie	53	40,8
1 ^{er} Trimestre	7	5,4
2 ^{ème} trimestre	25	19,2
3 ^{ème} trimestre	45	34,6
Total	130	100

34,6% de nos parturientes avaient réalisé une échographie du troisième trimestre.

➤ **Groupage rhésus****Tableau XII** : Répartition des patientes selon le groupage rhésus .

Groupe	Rhésus		Effectif	%
	Positif	Négatif		
A	42	01	43	33,10
B	12	00	12	09,20
O	67	02	69	53,10
AB	06	00	06	04,60
	127	03		
Total	130		130	100

Le groupe **O** était le plus représenté avec **67** cas soit **53,10%**.

Seulement 3cas du **rhésus négatif** soit **2,3%**.

➤ **Bilan au cours de la CPN****Tableau XIII : Répartition des patientes selon bilan le prénatal**

Bilan	Positif	Négatif	Effectif
Test d'Emmel	02	75	77
Glycosurie	00	77	77
Albuminurie	03	74	77
SRV	02	75	77
BW	00	77	77

Nous avons enregistré **2 cas** des patientes avec une SRV positive.

➤ **Taux d'hémoglobine****Tableau XIV : Répartition des patientes selon le taux d'hémoglobine.**

Taux d'hémoglobine	Effectif	%
7-11g/dl	41	31,5
≥11g/dl	89	68,5
Total	130	100

68,5% avaient un taux d'hémoglobine ≥ 11 g/dl.

➤ **Glycémie****Tableau XVI : Répartition des patientes selon la glycémie.**

Glycémie	Effectif	%
<60 mg/dl	40	30,8
60-110mg/dl	90	69,2
>110mg/dl	00	00
Total	130	100

90% de nos patientes avaient une glycémie entre 60 et 110mg/dl.

➤ **Terme grossesse****Tableau XVI:** Répartition des parturientes selon le terme de la grossesse

Terme de la grossesse	Effectif	%
<37 SA	5	3,8
37-42 SA	124	95,4
≥42 SA	1	0,8
Total	130	100

95,4 % de nos parturientes ont présenté une grossesse comprise entre 37-42 SA.

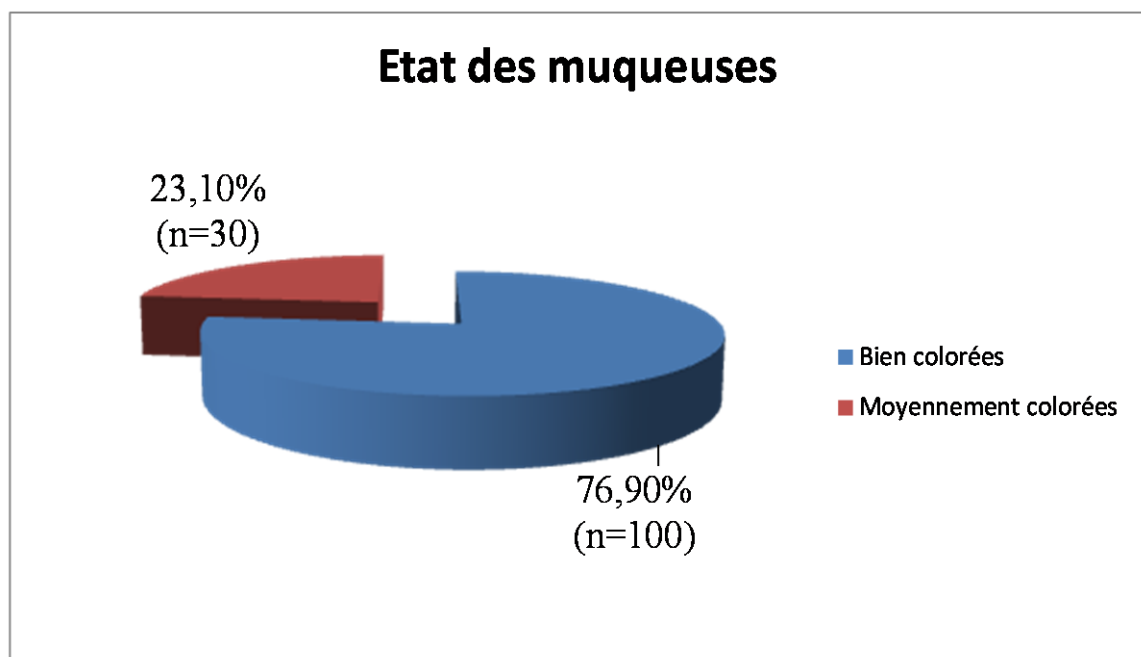
➤ **Etat des muqueuses**➤ **Etat des muqueuses**

Figure 8: Répartition des parturientes selon l'état des muqueuses à l'entrée
Les parturientes étaient bien colorées dans 76,9%.

➤ **Poids**

Tableau XVII: Répartition des parturientes selon le poids

Poids	Effectif	%
Moins de 60Kg	13	10
60Kg et plus	117	90
Total	130	100

90 % des parturientes ont présenté un poids de 60 Kg et plus à l'admission.

**Tension artérielle**

Tableau XVIII: Répartition des parturientes selon la tension artérielle

Tension artérielle	Effectif	%
Normale	117	90
Hypotension	9	6,9
Hypertension	4	3,1
Total	130	100

3,1 % des parturientes ont présenté une hypertension artérielle à l'admission.

➤ **Contraction utérine**

Tableau XIX: Répartition des parturientes en fonction de la contraction utérine.

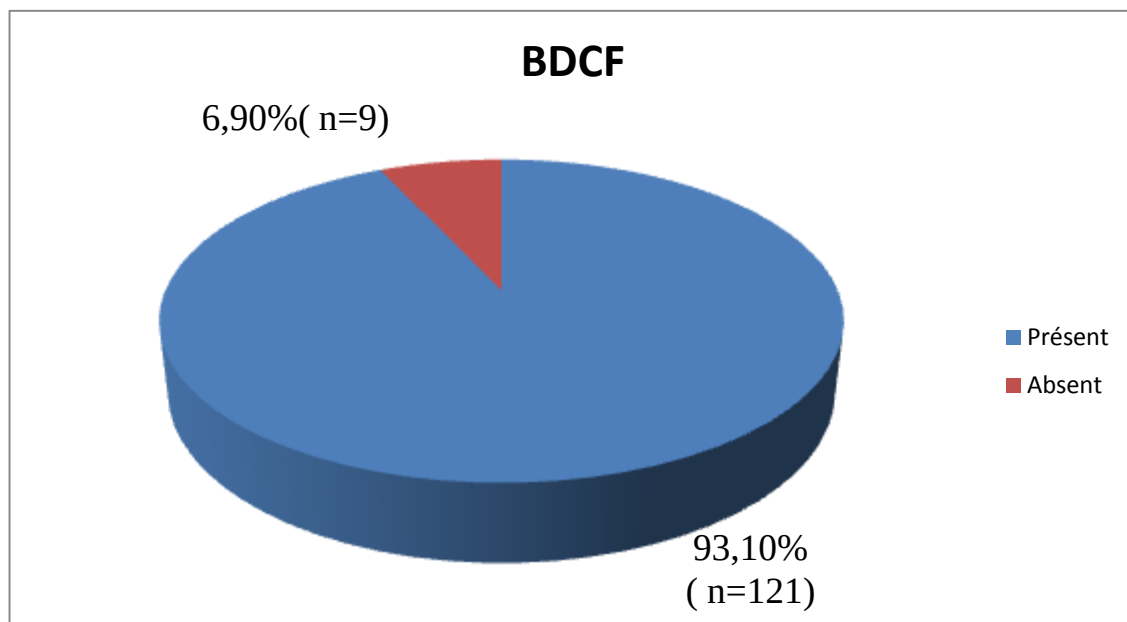
Contraction utérine	Effectif	%
Oui	122	93,8
Non	8	6,2
Total	130	100

93,8% de nos parturientes avaient au moins une contraction toutes les cinq minutes.

➤ **Hauteur utérine****Tableau XX:** Répartition des parturientes selon la hauteur utérine.

Hauteur utérine	Effectif	%
<36 Cm	126	96,9
≥36 Cm	4	3,1
Total	130	100

96,9 % de nos parturientes avaient moins de 36 cm de hauteur utérine.

➤ **BDCF****Figure 9 :** Répartition des parturientes selon les BDCF.

Les BDCF étaient absents chez 6,9 % des parturientes à l'admission.

➤ **Dilatation du col****Tableau XXI :** Répartition des parturientes selon la dilatation du col à l'entrée.

Dilatation du col	Effectif	%
Phase active	87	66,9
Phase expulsive	31	23,8
Non en travail	8	6,2
Phase de latence	4	3,1
Total	130	100

66,9% de nos parturientes ont été admises en phase active du travail d'accouchement.

➤ **Etat des membranes****Tableau XX II:** Répartition des parturientes selon l'état de la poche des eaux

Etat des membranes	Effectif	%
Rompue	67	51,5
Intacte	63	48,5
Total	130	100

La poche des eaux était intacte chez 48,5 % de nos parturientes.

➤ **Aspect du liquide amniotique**

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

Aspect du liquide	Effectif	%
Clair	103	79,2
Jaunâtre	12	9,2
Verdâtre	13	10
Hématique	2	1,6
Total	130	100

Le liquide amniotique était clair chez 79,2 % de nos parturientes.

➤ **Présentation du mobile fœtale**

Tableau XXIV: Répartition des parturientes selon la présentation du mobile fœtale.

Présentation fœtale	Effectif	%
Céphalique	120	92,3
Siège	9	6,93
Présentation de l'épaule	1	0,77
Total	130	100

La présentation était céphalique dans la majorité des cas.

➤ **Etat du bassin**

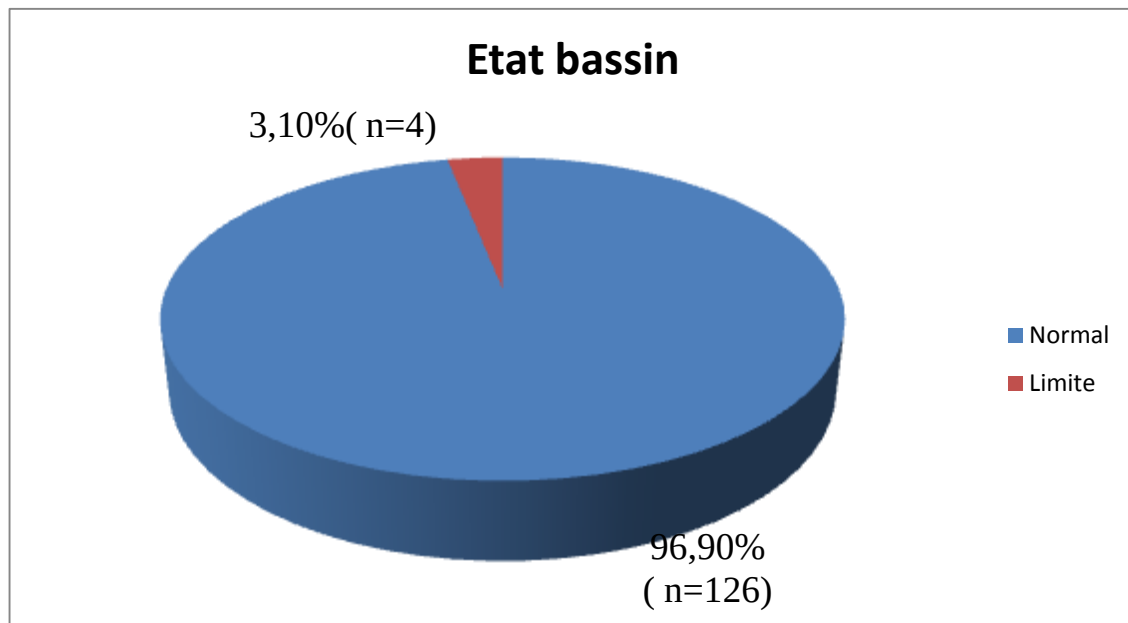


Figure 10 : Répartition des parturientes selon l'état du bassin.

Les parturientes avaient un bassin normal dans 126 cas soient 96,9%.

➤ **Voie d'accouchement**

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

Voie d'accouchement	Effectif	%
Voie basse	98	75,4
Césarienne	32	24,6
Total	130	100

L'accouchement par voie basse a été plus pratiqué avec 75,4%.

➤ **Nature accouchement voie basse****Tableau XXVI :** Répartition des parturientes selon la nature de l'accouchement par voie basse (N=98).

Nature de l'accouchement par voie basse	Effectif	%
Spontané	89	90,8
Ventouse	9	9,2
Total	98	100

L'accouchement était spontané dans 90% des cas.

➤ **Indication de la césarienne****Tableau XXVII :** Répartition des parturientes selon l'indication de la césarienne.

Indication de la césarienne	Effectif	%
Procidence du codon	6	18,8
Syndrome de pré rupture	6	18,8
Siège/Utérus cicatriciel	5	15,6
Utérus cicatriciel/ BGR	5	15,6
PP recouvrant hémorragique	4	12,5
DFP/utérus cicatriciel	3	9,4
Autres	3	9,3
Total	32	100

Autres (ATCD de cure de prolapsus utérin, présentation de l'épaule, utérus tricicatriciel).

➤ **Durée d'expulsion****Tableau XXVIII : Répartition des parturientes selon la durée d'expulsion.**

Durée d'expulsion	Effectif	%
< 45mn	129	99,2
≥45 mn	1	0,8
Total	130	100

Seulement 0,8% de nos parturientes ont présenté une durée d'expulsion de plus de 45 minutes.

➤ **Durée totale du travail****Tableau XXIX: Répartition des parturientes selon la durée totale du travail (N=122).**

Durée totale travail	Effectif	%
< 8 HEURES	121	99,2
> 8 HEURES	1	0,8
Total	122	100

99,2% de nos parturientes ont présenté une durée totale du travail d'accouchement de moins de 8 heures.

➤ **Type de délivrance****Tableau XXX : Répartition des patientes selon le type de délivrance.**

Type de délivrance	Effectif	%
Active	98	75,4
Artificiel	32	24,6
Total	130	100

75,4 % de nos parturientes ont bénéficié d'une délivrance active.

➤ **Apgar à la 1^{ère} minute****Tableau XXXI:** Répartition des nouveau-nés selon l'Apgar à la 1^{ère} minute.

Apgar à la 1^{ère} minute	Effectif	%
Mort né	9	6,9
4-7	4	3,1
> 7	117	90
Total	130	100

90 % des nouveau-nés ont présenté un Apgar supérieur à 7 à la 1^{ère} minute

➤ **Apgar à la 5^{ème} minute****Tableau XXXII :** Répartition des nouveau-nés selon l'Apgar à la 5^{ème} minute.

Apgar à la 5^{ème} minute	Effectif	%
Mort né	9	6,9
4-7	1	0,8
> 7	120	92,3
Total	130	100

92,3% des nouveau-nés ont présenté un Apgar supérieur à 7 à la 5^{ème} minute.

➤ **Poids à la naissance****Tableau XXXIII:** Répartition des nouveau-nés selon le poids à la naissance.

Poids à la naissance	Effectif	%
< 2500g	12	9,2
2500-3999g	112	86,2
≥4000g	6	4,6
Total	130	100

Parmi les petits poids de naissance il y avait 5 prématurés.

➤ **Evacuation des nouveau-nés**

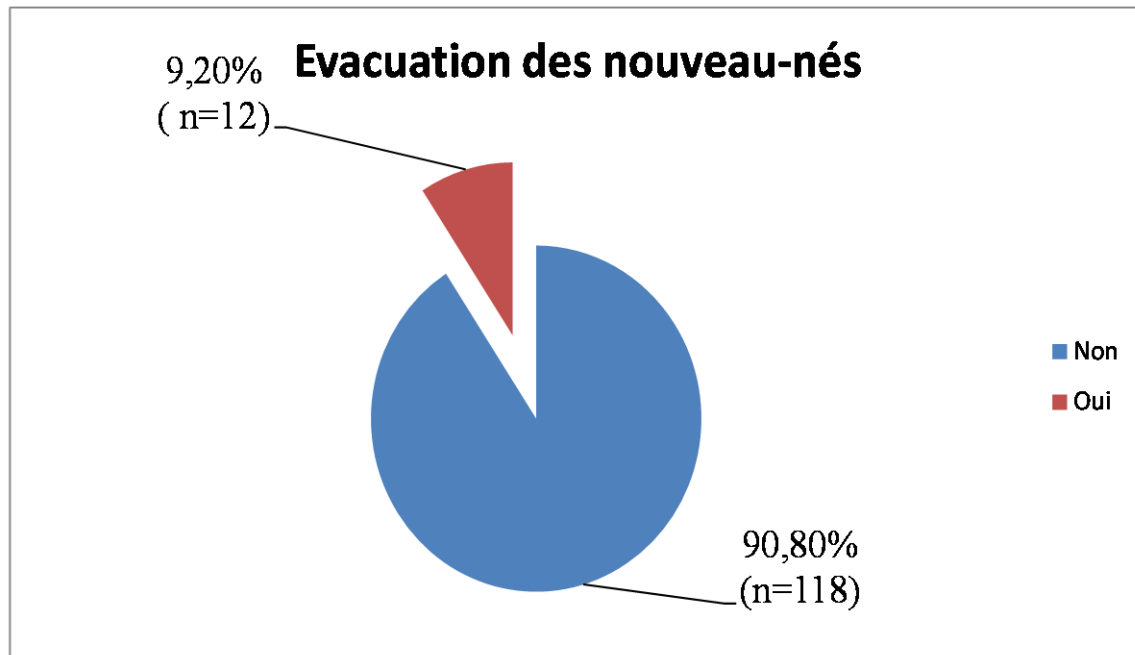


Figure 11 : Répartition des nouveau-nés selon leur évacuation.

90,8% des nouveau- nés n’avaient pas été évacués

➤ **Complication de l’accouchement**

Tableau XXXIV: Répartition des parturientes selon la présence ou non des complications.

Complication de l’accouchement	Effectif	%
Non	125	96,2
Oui	5	3,8
Total	130	100

96,2% des parturientes n’avaient pas de complications.

➤ **Type de complications**

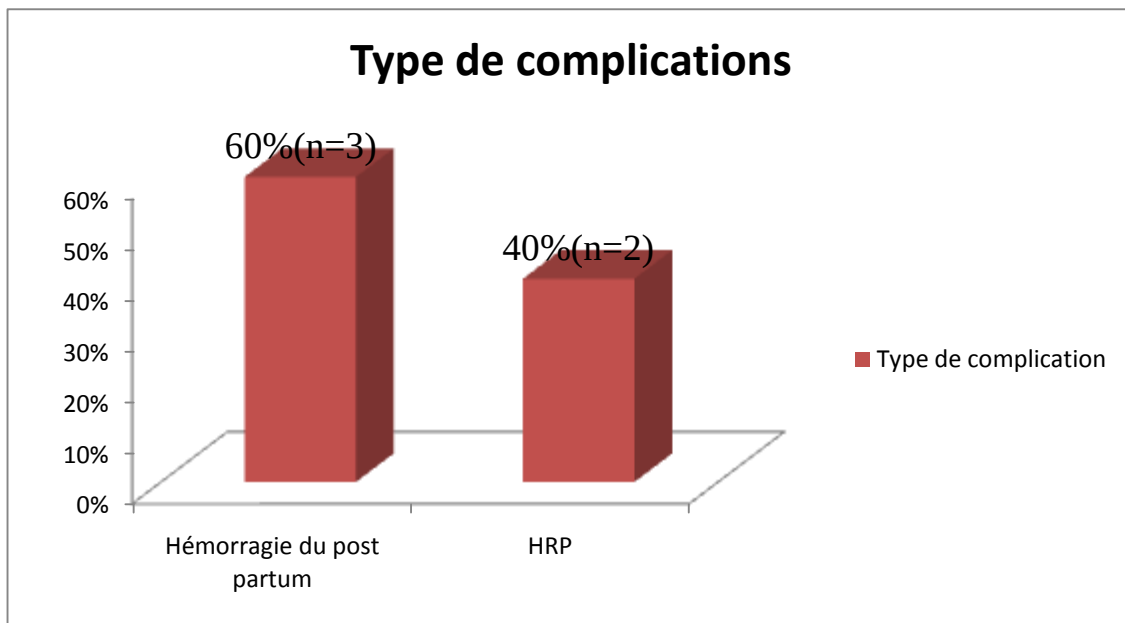


Figure 12: Répartition des parturientes selon le type de complication (N=5).
60% des parturientes avaient fait une hémorragie du partum.

VI

COMMENTAIRES ET DISCUSSION

1. COMMENTAIRES ET DISCUSSION

❖ Aspects méthodologiques:

Nous avons réalisé une étude descriptive prospective des données du 1^{er} janvier au 31 Décembre 2014.

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

Le CSRéf de Kati est une ancienne structure, il est au 2ème niveau de la pyramide sanitaire de notre pays, et reçoit des urgences gynécologiques et surtout obstétricales des CSCOM, des cabinets privés, ainsi que certains villages de Kolokani et de Kita.

Comme tout travail, nous avons rencontré un certains nombres de difficultés parmi lesquelles nous retenons la perte de certains carnets de CPN, certaines évacuations qui se faisaient sans partogramme ou sans fiche d'évacuation, l'insuffisance d'information sur certaines variables etc.

Le manque de ces informations n'a pas eud'influence sur la qualité de nos résultats parceque les registres de consultation prénatale, d'accouchement, d'hospitalisation et de compte rendu opératoire ont été utilisés pour compléter l'information manquante.

❖ La fréquence de la grande multiparité :

L'étude de la gravidopuerpéralité chez la grande multipare est parfois difficile dufait de la grande diversité des approches méthodologiques, du plateau technique etdu niveau de développement.

Il existe une grandevariabilité de la fréquence de grande multipare dans la littérature aussi bien dans lespays en voie de développement que développés.

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

En 1974 Santéré et Coll. [5] ont trouvé une fréquence de 21,20% à Lyon et 13,45% pour Palliez et Coll. [6] à Lille en 1971.

Cette fréquence était de 24,38% pour Gazoby et Coll. à Niamey en 1988.

Au Mali Sacko I. en 2010 a trouvé 7,87% ,Diassana B. en 2008 0,44% quant à Coulibaly K L. en 2009 il a trouvé une fréquence de 9,4%

Quant à notre fréquence (5,44%), elle semble être liée à notre mode de sélection des grandes multipares et par le fait que notre CSRéf est une structure de référence de niveau 2. Les grossesses et accouchements qui se déroulent sans complications sont prises en charge au niveau de la périphérie rendant difficile le recrutement des grandes multipares dans la population.

Il apparaît donc nécessaire d'envisager d'autres études dans le future en tenant compte de ces facteurs.

❖ **Pronostic materno-fœtal :**

Les grandes multipares ont été considérées pendant longtemps comme étant à haut risque des complications maternelles et néonatales [5]. Nos résultats montrent que les grandes multipares ont une tendance plus élevée des taux de complications obstétricales ante-partum et intra-partum.

❖ **Pendant la grossesse :**

Dans notre étude, la grande multiparité est associée à la prématurité (3,8%) et à l'hypertension artérielle au cours de la grossesse (1,5%). Certains auteurs [39, 37, 22] ont rapporté les mêmes conclusions.

Pour Ozumba et coll. [39] la fréquence de la maladie hypertensive pendant la grossesse était plus élevée parmi les grandes multipares, pourtant l'hypertension artérielle induite par la grossesse est généralement observée chez les primipares. L'âge maternel avancé associé à la grande multiparité semble être responsable de la fréquence élevée de l'hypertension artérielle. D.e.e.K[46] en EAU trouve l'avis contraire.

L'hypertension artérielle sur grossesse est plus fréquente parmi les femmes de parité inférieure [2].

Il est dit que cette découverte peut être expliquée par l'âge relativement jeune des grandes multipares dans leur étude qui est dû à l'âge précoce de mariage chez elles.

Les 2 femmes séropositives étaient suivies au csref de Kati à l'unité USAC sous trithérapie et leurs enfants ont reçus les doses d'ARV après accouchement en salle.

❖ Pendant l'accouchement

L'accouchement est un moment particulièrement à risque pour les grandes multipares du fait de la survenue de complications intra-partum comme les anomalies de la présentation, l'hémorragie de la délivrance, le traumatisme néonatal, la mortinaissance, la mortalité néonatale et la mortalité périnatale [4]. Dans notre étude les présentations anormales étaient plus fréquentes dues à la complaisance de l'utérus (6,93%).

Nos grandes multipares ont fait quelques accouchements prématurés, cette tendance est documentée par Aruna S. et coll [45].

De même, l'hémorragie du post partum (délivrance) et l'hématome retro placentaire étaient plus fréquents avec respectivement (3) 60% et 40%(2). Ce résultat est supérieur à celui de Coulibaly K L [2] (0,9%).

Coulibaly K L. a constaté que la grandemultiparité est un facteur de risque d'hémorragie de la délivrance indépendamment de l'âge maternel.

Cependant lorsque les soins prénatals sont réalisés le risque diminue [2].

La grande multiparité est un facteur de risque de mortalité périnatale dans notre étude comme rapporté par plusieurs auteurs [23, 40, 38, 41].

Dans notre étude il n'y a pas eu de décès maternel, pas de rupture utérine, mais 9cas de mort nés soit 6,9%.

Brunner et coll [48] en 1992 en Arabie Saoudite ont soumis les grandes multipares et les multipares aux soins prénatals semblables et ignoré les autres facteurs de confusion. Ils trouvent que la fréquence de complications

placentaires (placenta praevia, hématome rétro placentaire et de rétention placentaire) est plus élevée chez les grandes multipares que les multipares. Aussi le poids moyen de naissance est plus élevé parmi les grandes multipares que chez les multipares.

Un contrôle de la glycémie chez les nouveaux nés de plus de 4000 grammes s'est avéré normal.

VII

CONCLUSION

CONCLUSION

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

VIII RECOMMANDATIONS

RECOMMANDATIONS

❖ Aux femmes :

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

❖ Aux prestataires:

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

❖ Aux autorités:

- Sensibiliser sur la planification familiale.
- Organiser des campagnes d'information, d'éducation et de communication continues sur les complications liées à l'accouchement chez les grandes multipares.
- 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.

XI

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. **Sacko I.**
Accouchement chez les grandes multipares dans le service de gynécologie et d'obstétrique du centre de sante de référence de la commune IV. *[Thèse med]*. Bamako ; 10-M-2010,374-65.
2. **Coulibaly K L.**
Grossesse et accouchement de la grande multipare à l'Hôpital Fousseni Daou de Kayes. *[Thèse med]*. Bamako ; 3-M-2009,260-110.
3. **Konaré H.**
Accouchement chez les grandes multipares dans le service de gynécologie et d'obstétrique de la commune II. *[Thèse de med]*. Bamako; 7-M-2008, 545-112.
4. **Majoko F. , Nystrom L., Munjana SP., Masonand E., Lindmark G.**
Relation of Parity to Pregnancy Out come in a rural community in Zimbabwe. *Afrique journal of Reproductive Health*.
5. **SANTERE S.**
La grossesse et l'accouchement de la grande multipare .A-propos de 1000 observations. *J.Med.Lyon*,1974,55,433-449.
6. **PALLIEZ R., DELECOUR M., MONNIER M., NBEGUERI J C. M. , LEROYM., DLAGÉ P Y. , ROUSSEL B M.**
La grande multipare.2 : L'accouchement de la grande multipare, l'enfant de la grande multipare. *Gynecol.Obstét*, 1971, 70,421-432.
7. **GZOBY I., SEKOU H., FATIMA HA.**
La grande multipare, Etudes Statistiques et cliniques des aspects gravidopuerpéraux .A propos de 2970 observations à la maternité centrale de Niamey. *Gynecol.Obstét*, 1991, 78,422-434.
8. **COULIBALY S.**
Morbidity et mortalité dans le service de pédiatrie de l'Hôpital Gabriel Touré en 1999 et 2000. *[Thèse de méd]* (Bamako) 2001 (123) :82p.
9. **EDS- III Mali.**
(2000- 2001)
10. **Aziz K ., Memon AM. , Qadrin KB.**
Grandmultiparity: a continuing problem in developing countries. Karachi-Pakistan. *Asia Ocean J ObstetGynaecol* 1989;15;2: 155- 60".
11. **Bohoussou KM.,DjanhanY.,Boni S. ,Koné N. ,Welffens-Ekra C. ,Touré CK.**
La mortalité maternelle à ABIDJAN en 1988. *[Thèse med]* 1992 ;39 ;7 :481

- 12. 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.
- 13. 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: 451 1974.
- 14. Diomandé M.**
Risque obstétrical de la grande multipare au cours du travail de l'accouchement. *[Thèse méd]. Abidjan 2000 2463.*
- 15. DORREAU JC.**
Contribution à l'étude de la grossesse et de l'accouchement chez la grande multipare .*[Thèse med]. Tours 1977 6000.*
- 16. Diamètres du bassin :**
<http://www.médecine-et-santé.com/anatomie/anatpetitbassinfemme.html> ; 13/02/08.
- 17. 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.*
- 18. 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.
- 19. Lewin D., Beric BM., Chaoui A., Vinerou N.**
Influence de l'âge et de la parité sur les résultats obstétricaux dans traité d'obstétrique. Vokaer, lewin, Dewever. *Paris Masson* 1985 ; 2 : 720.
- 20. Lousambou SA. , Moumba J. , Kouyinou M. , Loupoupou B.**
Fréquence du placenta accreta à la maternité de MOUYONDZI (RD Congo). *Médecine d'Afrique noire* 1993 ; 40 ; 2 : 122- 4.
- 21. 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 Gynecology 2002; 12: 41-46.
- 22. Mutombo T.**
La grande puerpéralité chez les femmes âgées de 40ans et plus *[thèse méd]. Cotonou : 1984 ; 209.*
- 23. LAMPERT M.**
La grande multipare – *Gynobst, Sept. Oct. 1965, 64, n° 4, 547 -560.*
- 24. 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.

25. 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.

26. Palliez R., Delecour M., Monnier JC .

L'accouchement de la grande multipare et l'enfant de la grande multipare .J Gynobst1971 ;70 ;4 :421-32.

27. OMS:

Maternal mortality information.Geneve, 1991 (who document who/mch/msm/916 Philipottrh graphic records in labour British medical journal 1972, 4:163-165.

28. SULLIVAN.O J. F.

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

29. OXORN:

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

30. RICHON J.

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

31. ROMAN et COLL :

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

32. 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.

33. Tohour G. H.

L'accouchement chez la grande multipare et les risques foeto-maternelsen Côte d'Ivoire UFR des Sciences Médicales[thèse de méd] Abidjan 2002 N°3205. 151 p.

34. 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.

35. Dicko. A. M

Etude de la gravidopuerpéralité chez la grande multipare à l'Hôpital National duPointG [Thèse med]. Bamako 1999,39-77.

36. Dolo. A. A.

Etude de la mortalité Périnatale à la maternité du CHU Gabriel Touré de Bamako Thèse med, Bamako 2008,547-153.

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

The grand multipara.*Eur J ObstetGynecolReprodBiol* 1995;61:105–110.

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

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

Eur J ObstetGynecolReprodBiol 1990;36:117–123.

39. Ozumba B.C. and Igwegbe A.O

The challenge of grandmultiparity in Nigerian obstetric practice

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

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

Grand multiparity a nationwide survey.

Isr J Med Sci 1989;25:625–629.

41. Seidman DS. , Dollberg S. , Stevenson DK. , Gale R.

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

ArchGynecolObstet 1991;249:119–127.

42. Ali F, Spiewankiewicz B.

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

43. Labama L.

Particularités de la grossesse et de l'accouchement chez la grande multipare à Kisangani 1995. Congo médical. N°11. Pages 637-641.

44. Maïga. A. A.

La grande multipare au CHU de Dakar

Thèse med. Juillet 1992 à Dakar

45. Aruna S. Kumari, Padmanabhan Badrinath.

Extreme grand multiparity : is it an obstetric risk factor ?

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

46. Rizk DE., Khalfan M., Ezimokhai M.

Obstetric out come in grand multipara in the United Arab Emirates.

A case control study.

Arch GynecolObstet 2001; 264:194–198.

47. Anwar H.,Nassar, Rania Fayyummy, Wael Saab, Ghassan Mehio, and Ihab M. ,Usta.

Grandmultiparas in modern obstetrics

American Journal of Perinatology/Volume 23, Number 6 2006

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

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

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

FICHE D'ENQUETE

N° du dossier : _/_____/

1. Nomet Prénom :

.....
...../

2. Date d'entrée :/...../2014

3. Age:...../

1 : 25 – 30 ans 2 : 31 – 35 ans

3 : 36 – 40 ans 4 : > 40 a

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 :...../

...../

9. Ethnie :...../

1. Bambara 2. Soninké

3. Malinké 4. Peulh

5. Sonrhäi 6. Dogon 7.

Senoufo 8. Bobo

9. Minia kA 10. Autres(à préciser)

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 4 : Autres (à préciser)

12. Motif d'admission :...../

1. C.U.D 2. Dilatation stationnaire

3. P.P4. HRP 5. Procidence du

cordon 6. Grande multipare 7.

Rupture utérine

8. HU Excessive 9. Expulsion

prolongée 10. SFA 11. Césarienne

prophylactique 12. Siège /Utérus

cicatriciel Autres

13. Antécédents médicaux :...../

1. Aucun 2. HTA 3. Diabète

4. Asthme 5. Drépanocytose.

Autres (à préciser)

14. Antécédents

chirurgicaux :...../

1. Aucun 2. Césarienne 3. GEU

4. Autres (à préciser)

15. Antécédents

obstétricaux :...../

16. I I G :...../

1. 1-2 ans 2. 3-4 ans 3. Sup ou

égal 4 ans

17. Consultation

prénatale :...../

1. sans CPN 2 : 1 3 : 2-3 4 : sup

ou égal 4

18. Terme de la grossesse :...../

1. < 37 SA 2 : 37SA-41SA 3. ≥

42SA

19. Etat général :...../

1. Bon 2. Passable 3. Altéré

20. Etat des muqueuses :...../

1. Bien colorées 2.

Moyennement colorées 3. Pâles

21. Poids :...../

22. Température :...../

23. Tension artérielle :...../

24. Contraction utérine :...../

1 : Oui 2 : Non

25. Hauteur utérine :...../

1. < 362. ≥ 36

26.BDCF :...../

1. Présent 2. Absent

27. Dilatation de col :...../

1. Phase de latence 2. Phase active
3. Phase expulsive 4. Non en travail

28.Etat des membranes :...../

1. Intactes 2. Rompues

29.Si rompue aspect du liquide

amniotique :..... /

1. Clair 2. Teinte

30.Présentation du mobile

fœtale :...../

1. Céphalique 2. Siège 3.
Transversale 4. Face
5. Front 6. Autres (à préciser)

31.Etat du bassin :...../

1. Normal 2. Limite 3. Rétréci

32.Voie d'accouchement :...../

1. Voie base

2. Césarienne

33. si voie basse :

1.spontanée 2.ventouse

34 .Si Césarienne :

Indication :.....
..... /

35. Durée de l'expulsion :...../

1. < 45 mn 2.> 45 mn

36. Aide à expulsion :...../

1 : Oui 2 : Non

37. Durée totale du travail :.....

1: < 12 Heures 2. >12 Heures

38. Type de délivrance :...../

1. Active 2. Artificielle

39. Perfusion d'ocytocine

continue :...../

1. Oui 2. Non

40. Apgar à la 1^{ère} minute :...../

1 :1-3 Mort apparent 2 :4-

7morbide 3 : sup 7 Bon

41. Apgar à la 5^{ème} minute :.....

1 :1-3 : Mort apparent 2 :4-7

Morbide

3:Sup 7 : Bon

42 .Poids à la naissance :

1 : Inf ou égal 2500g 2 : 2500-

3999g 4 : Sup ou égal 3999g

43 .Malformation :...../

1. Oui 2. Non

44. Si Oui Type :...../

45. Référence du nouveau-né .../

1. Oui 2. Non

46. Si oui motif de

référence :.....

...../

47. Pronostic

maternel :...../

1. Bon

2. Mauvais

48. Complication de

l'accouchement :...../

a. Oui

2.Non

49. Si oui type de

complication :.....

...../

Fiche signalétique

Fiche signalétique

Nom : SAMAKE

Prénom: BINTOU

Titre de thèse : Etude de l'accouchement chez les grandes multipares dans le service de Gynécologie-Obstétrique du CSRéf de Kati.

Année universitaire : 2014 -2015

Ville de soutenance : Bamako

Pays d'origine : MALI (Kati) **Rue** : **Porte** :

Tel. : 76 28 26 99 / 61 00 35 45

Lieu de dépôt : Bibliothèque de la FMPOS de Bamako

Secteur d'intérêt : Gynéco obstétrique.

RESUME

Dans notre étude prospective descriptive et transversale de l'accouchement chez les grandes multipares sur une période d'un an allant du 1^{er} Janvier 2014 au 31 Décembre 2014, **130** cas ont été colligés à la maternité du CSRéf de Kati sur **2389** accouchements soit une prévalence de **5,44%**.

L'âge moyen était de 35ans avec les extrêmes de 25ans et de 43ans.

Toutes les grandes multipares étaient mariées; 86,9% étaient des ménagères ; 86,20% étaient non scolarisées ; nous n'avons pas enregistré de cas de rupture utérine ; l'hémorragie de la délivrance était notée chez 60% des cas et HRP dans 40%.

Nous avons trouvé 3,8% de prématurés, 6,9% de mort-nés et aucun cas de décès maternel.

Une large sensibilisation des femmes sur les risques liés à la grande multiparité s'avère indispensable.

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

SERMENT D'HIPPOCRATE

SERMENT D'HIPPOCRATE

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

Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail, je ne participerai à aucun partage clandestin d'honoraires.

Admise à l'intérieur des maisons mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime.

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

Je garderai le respect absolu de la vie humaine dès la conception.

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

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

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

Que je sois couverte d'opprobre et méprisée de mes confrères si j'y manque.

Je le Jure !