

GROSSESSE ET ACCOUCHEMENT CHEZ LA GRANDE MULTIPARE AU CENTRE DE SANTE DE REFERENCE DE LA COMMUNE II DE BAMAKO, MALI.

Pregnancy And Delivery In The Large Multiparous In The Reference Health Center Of Commune II Of Bamako, Mali.

Dao SZ¹, Traoré BA¹, Sidibé K¹, Konaté S¹, Togo E¹, Traoré ECO¹, Sima M³, Coulibaly A³, Traoré MS³, Kanté I³, Diarra I⁴, Traoré Y², Sy AS¹, Dolo AI².

1-Service de gynécologie obstétrique du centre de santé de référence de la commune II de Bamako, Mali ; 2-Service de gynécologie obstétrique du CHU Gabriel Touré de Bamako, Mali ; 3-Service de gynécologie obstétrique du CHU du Point G de Bamako, Mali ; 4-Centre de santé de référence de Mopti, Mali.

Correspondance : Dr Seydou Z DAO, gynécologue obstétricien, chargé de recherche au centre de santé de référence de la commune II de Bamako, Tél: (00223)76 48 89 29/63 54 55 60 ; E-mail : seydouzd@yahoo.fr

RESUME

But : Le but était de comparer le pronostic materno-fœtal des grossesses chez les grandes multipares à celui des autres parités. **Matériels et Méthodes :** Nous avons réalisé une étude cas-témoins du 1^{er} mars 2014 au 1^{er} février 2015. Elle a concerné toutes les parturientes admises dans le service pendant la période d'étude. Nous avons choisi 1 cas pour 2 témoins. Ont été incluses comme cas toutes les grandes multipares et comme témoins les primipares, les paucipares et les multipares ayant accouchés juste avant et juste après le cas. Le test statistique utilisé a été le Chi2 avec un seuil de significativité fixé à 5%. **Résultats :** La fréquence de la grossesse chez la grande multipare était de 4,93%. Il s'agissait de femmes au foyer dans 84% des cas, non scolarisées dans 74,7% des cas. Le pronostic materno-fœtal a été dominé par la rupture utérine dans 0,6% des cas, l'hémorragie de la délivrance dans 9,8% des cas, les présentations vicieuses dans 5,5% des cas et la procidence du cordon dans 6,8% des cas. **Conclusion:** La grande multiparité est fréquente dans notre pratique. C'est une grossesse à haut risque à cause de ses nombreuses complications materno-fœtales. **Mots clés:** grande multipare, grossesse, pronostic.

ABSTRACT

Aim: The aim was to compare the maternal-fetal prognosis of pregnancies in large multiparous with that of other parities. **Materials and Methods:** We conducted a case-control study from March 1st, 2014 to February 1st, 2015. It concerned all parturients admitted in our service during the study period. We have chosen 1 case for 2 witnesses. All the large multiparous were included as cases and as witnesses the primiparous, the pauciparous and the multiparous who gave birth just before and after the case. The statistical test was the Chi2 with a significance level at 5%. **Results:** The frequency of pregnancy in the large multiparous was 4.93%. They were housewives in 84% of cases, unschooled in 74.7% of cases. The maternal-fetal outcome was dominated by uterine rupture in 0.6% of cases, immediate postpartum hemorrhage in 9.8% of cases, vicious presentations in 5.5% of cases and cord prolapse in 6.8% of cases. **Conclusion:** Large multiparity is common in our practice. It is a high-risk pregnancy because of its many maternal-fetal complications. **Key words:** Large multiparous, pregnancy, prognosis.

INTRODUCTION

Les stratégies de lutte contre la mortalité maternelle supposent la détermination des groupes à risques, dans le but de leur appliquer les principes et méthodes prophylactiques [1]. La grande multipare, terme habituellement utilisé pour désigner toute femme qui a une parité supérieure ou égale à six, est une entité clinique à part à cause de la fréquence de certaines complications comme la rupture utérine, le placenta prævia et l'hémorragie de la délivrance [1]. Lacomme cité par Maiga AA, définit la grande multipare comme étant une femme plus ou moins âgée ayant un passé pathologique et surtout dont l'utérus au cours des gestations antérieures a acquis une certaine laxité qui ne lui laisse pas de forme définie [1]. L'incidence de la grande multiparité était de 0,6% à Hong Kong [2] et 5% à Trinidad

[3]. Bien que rare aux États-Unis, sa fréquence dépasse 30% dans certaines populations ou communautés où la contraception n'est pas acceptée en raison des croyances religieuses et culturelles [3]. Les pays en développement sont caractérisés par un taux de natalité élevé malgré les campagnes en faveur de la planification familiale. La société Malienne est pro-nataliste, l'indice synthétique de fécondité n'a pratiquement pas changé au cours des 20 dernières années [4]. Elle a varié entre 7,6 enfants par femme en 1982 et 6,1 en 2012 [4]. Malgré cette fréquence élevée de grandes multipares, elles n'ont été l'objet que de très peu d'étude au Mali. Il nous est donc apparu opportun d'étudier la gravido-puerpéralité de la grande multipare au centre de santé de référence de la commune II de Bamako. Les objectifs de cette étude étaient de déterminer la fréquence de la grande multiparité, de décrire le profil sociodémographique et de déterminer le pronostic materno-fœtal.

MATERIELS ET METHODES

Nous avons réalisé une étude transversale rétrospective cas-témoins dans le service de gynécologie obstétrique du centre de santé de référence de la Commune II de Bamako du 1^{er} mars 2014 au 1^{er} février 2015. Elle a concerné toutes les parturientes admises dans le service pendant la période d'étude. Nous avons choisi 1 cas pour 2 témoins. Ont été incluses comme cas, toutes les grandes multipares et comme témoins, les primipares, les paucipares et les multipares ayant accouchées juste avant et juste après le cas. Garant du secret professionnel, le nom d'aucune patiente n'a été mentionné sur les supports destinés à ce travail. Le test statistique utilisé a été le Chi2 avec un seuil de significativité fixé à 5%.

RESULTATS

Du 1^{er} mars 2014 au 1^{er} février 2015, nous avons recensé 162 grandes multipares sur un total de 3281 accouchements soit une fréquence de 4,93%. L'âge moyen des cas était de 34 ans avec des extrêmes de 25 ans et 43 ans alors qu'il était de 29 ans avec des extrêmes de 17 ans et de 41 ans pour les témoins avec une différence statistiquement significative (OR=1,61 ; P=0,017) (Tableau I). La plupart des patientes étaient des femmes au foyer avec 91,4% chez les cas et 74,4% chez les témoins (OR=1,80 ; P=0,017) (Tableau II). Près de 3 cas sur 4 (74,7%) n'étaient pas scolarisées contre près de la moitié (47,5%) des témoins avec une différence significative (OR=3,26 ; P=10⁻⁷) (Tableau III). Il s'agissait de grossesses rapprochées dans 69,1% pour les cas contre 33,6% pour les témoins (OR=4,42 ; P=10⁻⁷) (Tableau IV). L'accouchement a été réalisé par césarienne chez 27,1% des cas contre 17,6% chez les témoins (Tableau V). Les principales indications de césarienne ont été la souffrance fœtale aigue, les présentations dystociques et les causes des hémorragies de fin de grossesse comme l'hématome rétroplacentaire (HRP) dans 1,2% chez les cas contre 0,6% chez les témoins, le placenta prævia dans 9,1% chez les cas contre 7% chez les témoins. Les complications maternelles ont été dominées par la rupture utérine dans 0,6% chez les cas contre aucune chez les témoins et l'hémorragie du postpartum immédiat dans 6,8% chez les cas contre 2% chez les témoins (OR=12,34 ; P=0,003). Nous n'avons pas noté de décès maternel. Sur le plan fœtal, nous avons noté 0,6% d'hydrocéphalie chez les cas contre aucune chez les témoins, 6,2% de macrosomies chez les cas contre 2,2% chez les témoins (P=0,023, OR=2,98) et 1,2% de mort-nés chez les cas contre 0,9% chez les témoins (P=0,153 ; OR=2,55). L'Apgar des nouveau-nés à la 1^{ère} minute était inférieur ou égal à 7 dans 11,7% chez les cas contre 5,2% chez les témoins (OR=2,40 ; P=0,010) (Tableau VI).

DISCUSSION

La fréquence de l'accouchement chez la grande multipare a été de 4,93% dans notre étude. Cette fréquence est nettement inférieure à celles de Coulibaly K [5] et de Zoundi OO [6] qui ont trouvé respectivement 9,4% et 8,18% mais supérieure à celle de Diassana B [7] qui a trouvé 0,44%. L'âge moyen des cas était de 34 ans avec des extrêmes de 25 ans et 43 ans alors qu'il était de 29 ans avec des extrêmes de 17 ans et de 41 ans pour les témoins avec une différence statistiquement significative (OR=1,61 ; P=0,017). Notre résultat est proche de celui de Tohouri GH [8] qui a trouvé une moyenne d'âge de 36 ans avec des extrêmes de 27 ans et de 40 ans. Près de 3 cas sur 4 (74,7%) n'étaient pas scolarisées contre près de la moitié (47,5%) des témoins avec une différence significative (OR=3,26 ; P=10⁻⁷). Ce résultat est inférieur à ceux rapporté par Sakho I [9] et Diassana B [7] qui ont trouvé 83,9% et 85,1%. La plupart des patientes étaient des femmes au foyer avec 91,4% chez les cas contre 74,4% chez les témoins (OR=1,80 ; P=0,017). Ces mêmes constats ont été faits par d'autres auteurs [7; 9;10; 11; 12]. Il s'agissait de grossesses rapprochées dans 69,1% pour les cas contre 33,6% pour les témoins (OR=4,42 ; P=10⁻⁷). Tous ces constats ne sont que le reflet de la société malienne où le taux de scolarité des filles est faible, la majorité des femmes sont des femmes au foyer, mariées le plus souvent à des hommes non scolarisés ou ayant un faible niveau d'instruction et il ya une faible adhésion de la population à la planification familiale. La majorité des cas n'avait pas effectué de contraception soit 71% contre 52,6% pour les témoins (OR=3,30 ; P=10⁻⁷). Selon les données de l'EDS V de 2012-2013, l'indice de fécondité au Mali était de 6,1 enfants par femmes et la prévalence contraceptive était de 9,9% [4]. Dans notre étude, 16,7% des cas et 9,3% chez les témoins n'avaient fait aucune consultation prénatale (OR=1,31 ; P=0,016). Ce résultat est inférieur à ceux rapportés par Sakho I [9] et Diassana B [7] qui ont obtenu 18,9% et 67,5 % de grossesses non suivies. La non motivation des grandes multipares à faire la consultation prénatale (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. L'accouchement a été réalisé par césarienne dans 27,1% chez les cas contre 17,6% chez les témoins (P=0,014 ; OR=1,75). Les indications de césarienne ont été dominées par la souffrance fœtale aigue, les présentations dystociques et les causes des hémorragies de fin de grossesse. Le pronostic maternel a été dominé par les hémorragies de fin de grossesse et du postpartum. Nous avons noté un cas de rupture utérine soit 0,6 % chez les cas contre aucune chez les témoins. L'HRP a été retrouvé dans 1,2% chez les cas contre 0,6% chez les témoins. Ce résultat est nettement inférieur à

celui de Zra T et al [13] qui ont trouvé 6,1% d'HRP. Quant au placenta prævia, il a été observé chez 9,1% des cas contre 7% chez les témoins (P=0,002, OR=15,21). L'hémorragie du postpartum immédiat par atonie utérine a été retrouvée dans 6,8% chez les cas contre 2% chez les témoins (OR=12,34 ; P=0,003). Ce résultat est inférieur à celui de Sakho I [9] qui a trouvé 4,4% et supérieur à celui de Zra T et al [13] qui ont noté 10,97% d'hémorragie de la délivrance. L'HTA a été retrouvée chez 7% des cas contre 3% chez les témoins (P=0,002 ; OR=3,66). Nous n'avons pas enregistré de décès maternel. Sur le plan fœtal, l'hydrocéphalie a été la seule malformation retrouvée dans notre étude. Elle a été retrouvée uniquement chez les cas avec une fréquence de 0,6%. Diassana B [7] a trouvé 6% de malformations. Les macrosomes ont représenté 6,2% chez les cas contre 2,2% chez les témoins (P=0,035 ; OR=0,44). Selon les données de la littérature, le poids des fœtus a tendance à augmenter avec l'âge et la parité [7, 8, 9, 13]. Nous avons trouvé 1,2% de mort-nés chez les cas contre 0,9% chez les témoins (P=0,153 ; OR=2,55). La procidence du cordon a été retrouvée dans 6,8% chez les cas contre 5,3% chez les témoins (P=0,001, OR=5,31). L'Apgar des nouveau-nés à la 1^{ère} minute était inférieur ou égal à 7 dans 11,7% chez les cas contre 5,2% chez les témoins (OR=2,40 ; P=0,010).

CONCLUSION

La grossesse chez la grande multiparité est fréquente dans notre pratique quotidienne. Il s'agit de grossesse à risque pouvant être à l'origine de nombreuses complications materno-fœtales. Ainsi il ne doit y avoir ni sensation de fausse sécurité, ni négligence devant la grande multipare.

REFERENCES

1-Maïga AA. La grande multipare au CHU de Dakar. Thèse méd, Dakar 1992.

Tableau I: répartition des patientes selon l'âge.
Table I: Patients distribution by age

Age	Cas		Témoins		P	OR	IC
	Effectif	%	Effectif	%			
17 -24 ans	0	0	102	31,5			
25 -30 ans	20	12,3	90	27,7	10 ⁻⁷	0,10	[0,5-0,17]
31-35 ans	66	40,7	97	30	0,017	1,61	[1,06-2,43]
36-40 ans	62	38,3	29	9	10 ⁻⁷	6,31	[3,74-10,74]
41-43 ans	14	8,6	6	1,8	0,0003	5,01	[1,76-16,19]
Total	162	100	324	100			

2-King PA, Duthie SJ, Ma HK. Grand multiparity: A reappraisal of the risks. *Int J Gynaecol Obstet* 1991; 36:13-16.

3-Roopnarinesingh S, Ramsewak S, Reddy S. Complications of grand multiparity. *West Indian Med J* 1988; 37: 222-225.

4. République du Mali. Enquête démographique et de Santé (EDSM-V) 2012-2013 :51-120

5-Coulibaly KL. Grossesse et accouchement chez la grande multipare à l'hôpital Fousseiny Daou de Kayes. Thèse Méd, Bamako 2009, N°260

6-Zoundi OO. Grossesse et accouchement chez la grande multipare. Thèse Méd, FSS ; 1998 N°46

7-Diassana B. Evaluation de l'accouchement chez les grandes multipares au centre de santé de référence de la commune VI : à propos de 101 cas. Thèse Méd, Bamako, 2008, N°190.

8-Tohouiri GH. L'accouchement chez la grande multipare et les risques fœto-maternels en Côte d'Ivoire. Thèse Méd, Abidjan 2002, N°3205, 151p.

9-Sacko I. Accouchement chez les grandes multipares dans le service de gynécologie-obstétrique du centre de santé de référence de la commune IV de Bamako. Thèse Méd, Bamako 2010 ; N°374

10-Dicko AM. Etude de la gravido-puèrpéralité chez la grande multipare à l'hôpital national du Point G. Thèse méd, Bamako 1999, N°39.

11-Goldman GA, Kaplan B, Neri A, Hecht-Resnick R, Harel L, Ovadia J. The grand multipara. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 1995; 61:105-110.

12-Ozumba BC and Igwegbe AO. The challenge of grand multiparity in Nigerian obstetric practice. *Int J Gynecol Ohstet*, 1992, 31: 259-264

13-Zra T et Seni K. Accouchement de la grande multipare au CHU de Yopougon et dans les FSU Com de Yopougon (Attié et Zassakara) du 1er Juillet 2004 au 31 Mars 2005. Thèse Méd, Abidjan 2005, N°1195, 79p.

Tableau II : répartition des patientes selon la profession. (Table II: Patients distribution by occupation)

Profession	Cas		Témoins		P	OR	IC
	Effectif	%	Effectif	%			
Teinturière	8	5,0	12	3,7	0,518	1,35	[0,47-3,68]
Couturière	2	1,2	7	2,1	0,196	0,49	[0,12-1,55]
Enseignante	4	2,4	16	4,9	0,280	0,58	[0,16-1,66]
Commerçante	12	7,4	48	14,8	0,019	0,46	[0,22-0,91]
Femme au foyer	136	84,0	241	74,4	0,017	1,80	[1,08-3,06]
Total	162	100	324	100			

Tableau III : répartition des patientes selon le niveau d'instruction.

Table III: Patients distribution by education level

Niveau d'étude	Cas		Témoins		P	OR	IC
	Effectif	%	Effectif	%			
Coranique	9	5,5	46	14,2	0,004	0,36	[0,15-0,76]
Non scolarisé	121	74,7	154	47,5	10⁻⁷	3,26	[2,11-5,07]
Primaire	28	17,3	92	28,4	0,007	0,53	[0,32-0,86]
Secondaire	4	2,5	24	7,4	0,027	0,32	[0,08-0,95]
Supérieur	0	0	8	2,5	0,043	0,00	[0,00-1,16]
Total	162	100	324	100			

Tableau IV : répartition des patientes selon l'intervalle inter-génésique.

Table IV: Patients distribution by inter-genesic interval

IIG	Cas		Témoins		P	OR	IC
	Effectif	%	Effectif	%			
1-2ans	112	69,1	109	33,6	10⁻⁷	4,42	[2,89-6,78]
3-4ans	50	30,9	215	66,4	10 ⁻⁷	0,23	[0,15-0,35]
Total	162	100	324	100			

Tableau V : répartition des patientes selon la voie d'accouchement.

Table V: Patients distribution by delivery route.

Voie d'accouchement	Cas		Témoins		P	OR	IC
	Effectif	%	Effectif	%			
Césarienne	44	27,1	57	17,6	0,014	1,75	[1,08-2,80]
Voie basse	118	72,8	267	82,4	0,014	0,57	[0,36-0,92]
Total	162	100	324	100			

Tableau VI : répartition des nouveau-nés selon le score d'Apgar à la 1^{ère} minute

Table VI: newborns distribution by Apgar score in the first minute

Apgar à la 1ère minute	Cas		Témoins		P	OR	IC
	Effectif	%	Effectif	%			
≤ 7	19	11,7	17	5,2	0,010	2,40	[1,14-5,07]
> 7	143	88,3	307	94,8	0,010	0,42	[0,20-0,88]
Total	162	100	324	100			

Conflit d'intérêt : Les auteurs déclarent qu'il n'ya aucun conflit d'intérêt dans ce travail.