

I-INTRODUCTION

1-Introduction

La grossesse est dite prolongée lorsqu'elle excède 42 SA c'est-à-dire 294 jours après le premier jour des dernières règles [1,2]. Cette définition théorique est cependant imprécise. La grossesse prolongée (>41 SA) concerne près de 15 % des femmes enceintes en France, alors que la grossesse à terme dépassé (≥ 42 SA) n'en concerne que 1 %. La fréquence des grossesses à terme dépassé est très hétérogène en Europe et aux États-Unis et varie entre 0,5 % et 10 %, selon les pays et selon les états. En Europe, le groupe des pays scandinaves se démarque avec des proportions élevées de grossesses à terme dépassé comprises entre 5 et 7 %. Deux principaux facteurs de variation ont été identifiés : la datation précoce des grossesses par échographie et l'évolution des pratiques de déclenchement. Par ailleurs, la grossesse à terme dépassé constitue un facteur de complications maternelles telles que la césarienne, l'hémorragie du post-partum, la rupture utérine, les infections génitales et les lésions périnéales. A l'inverse, les données insuffisantes et le manque d'études concernant des complications secondaires au déclenchement en cas de grossesse prolongée limitent les conclusions. Ainsi, on ignore encore si la pratique du déclenchement dans le cadre particulier des grossesses prolongées ou à terme dépassé est associée ou non à une augmentation du risque de morbidités maternelles [1].

Si la définition de la grossesse prolongée est facile à établir en théorie, il en va autrement en pratique car il est souvent difficile de poser le diagnostic de grossesse prolongée.

La réalité de la grossesse prolongée est démontrée par son action néfaste sur le fœtus qui, peut mourir in utéro.

La grossesse prolongée constitue une situation progressivement angoissante pour la future mère pressée d'accoucher, mais aussi pour l'obstétricien averti d'un risque accru de mortalité fœtale dans une telle situation. Une prise en charge adéquate doit être instaurée à chaque fois que la suspicion de grossesse prolongée est posée puisque les risques encourus sont l'insuffisance placentaire, la souffrance fœtale aiguë au cours du travail, la macrosomie, les accouchements dystociques, la post maturité et la mortalité néonatale.

Cette prise en charge consisterait à faire :

- le déclenchement systématique dès le terme révolu.
- l'expectative, c'est-à-dire une surveillance rigoureuse aussi bien maternelle que fœtale jusqu'à l'entrée spontanée en travail.

Compte tenu de ces risques ci-dessus encourus par la mère et le fœtus et l'absence d'étude antérieure sur la grossesse prolongée dans notre service nous avons initié ce travail en nous fixant comme objectifs :

OBJECTIFS

OBJECTIFS

1. OBJECTIF GENERAL :

Etudier les aspects épidémiocliniques et thérapeutiques des grossesses prolongées dans le service de gynéco-obstétrique du centre de santé de référence de la commune II du district de Bamako.

2. OBJECTIFS SPECIFIQUES :

- Déterminer la fréquence des grossesses prolongées dans le service.
- Décrire les aspects sociodémographiques des gestantes ayant une grossesse prolongée dans le service.
- Décrire la prise en charge de la grossesse prolongée dans le service.
- Dégager le pronostic materno-fœtal des grossesses prolongées dans le service.

II-GENERALITES

II-GENERALITES

1. Définitions :

La grossesse prolongée est une grossesse qui dure plus de 42 semaines d'aménorrhée (SA) révolues soit 294 jours, selon les définitions de la Fédération Internationale de Gynécologie et Obstétrique (FIGO) et l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) en 2007 [3,1].

Dépassement de terme : terme définissant une notion physiopathologique, traduisant un asynchronisme entre parturition et maturité fœtale [16].

Mais une définition récente élaborée par le collège national des gynécologues et obstétriciens français (CNGOF) mercredi 7 décembre 2011 a mis à jour l'ancienne définition, en établissant que la grossesse est dite « prolongée » au-delà de 41 SA, mais que le terme n'est dit « dépassé » qu'à partir de 42+0 SA [3].

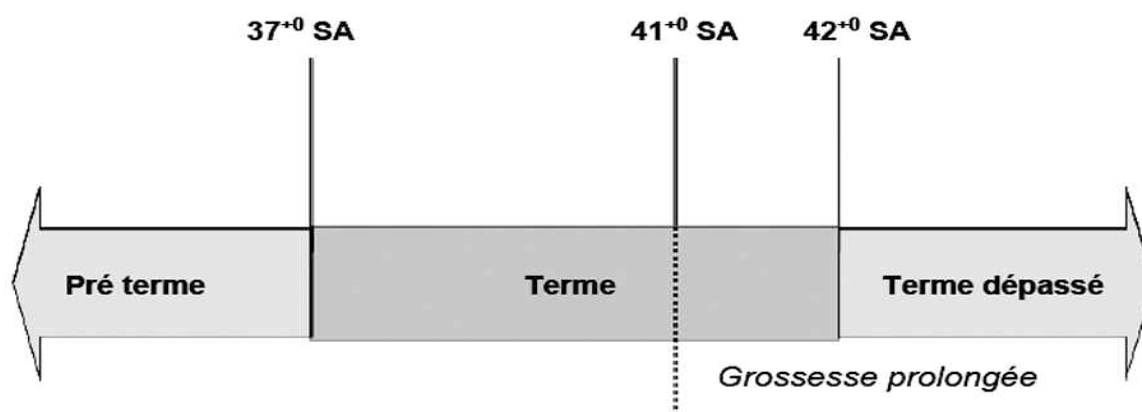


Figure 1 : définition du terme, grossesse prolongée et dépassement du terme

Source : CNGOF/ Extrait des mises en jour en gynécologie et obstétrique, publié le 7 décembre 2011 en France.

2. HISTORIQUES

L'histoire de la grossesse prolongée remonte à **François Rabelais** qui en qualité de médecin fut consulté comme expert par Pélicier, ambassadeur de François Ier à Venise, sur une contestation de la date de conception ; dans son histoire de Gargantua, cet écrivain décrit comment «Gargantua fut pendant 11 mois dans le ventre de sa mère. **Avicenne** (XI ème siècle) rapporte qu'une femme avait mis au monde après 14 mois de grossesse, un enfant chez lequel les dents commençaient à apparaitre et qui a bien vécu. **Baudeloque** dans « l'art des accouchements » écrit : « l'époque la plus ordinaire de l'accouchement est la fin du neuvième mois de la grossesse, mais elle n'est pas invariable.

On peut naître plus tôt ou un peu plus tard. Des femmes accouchent naturellement à sept ou huit mois, et d'autres ont porté leurs enfants au-delà du neuvième moi, sans qu'on puisse soupçonner d'erreur dans leur calcul, ni les suspecter d'avoir manqué à la foi conjugale **Joulin**, en 1867 explique que de manière évidente, il n'existe point de limite fixe à la grossesse. Il rapporte sans s'étonner le nombre d'observation de parturientes ayant accouché à 11, 12 voire 13 mois de grossesse. **Napoleon 1^{er}** dans l'article 311 du code civil, admet que la légitimité des enfants nés 180 jours après le mariage, et 300 jours après la dissolution de ce lien pourra être contestée, c'est le droit de contester et non le droit de renier la paternité. **Montaigne** (Livre II, chapitre 12) en **1580** accepta la durée de **11 mois** comme ultime durée de gestation. Plus tard, **Pinard** niait les grossesses prolongées pensant qu'il s'agissait plutôt de gestations retardées à leur début. Son gendre **fruhinholz**, en 1929, admit la notion de grossesse prolongée à condition que neuf mois solaires se soient écoulés entre le moment où la conception était cliniquement évidente et le moment de l'accouchement. Cependant, dès 1902, **Ballantine** décrivit le syndrome post-maturité et constata une morbidité périnatale accrue lors des dépassements du terme. En 1954, **Clifford** publia un travail intéressant sur la physiopathologie de la post maturité définissant de façon précise le syndrome correspondant et encourageant ainsi de nombreux travaux sur les grossesses prolongées.

L'avènement de l'échographie obstétricale en début de grossesse ainsi que l'étude des grossesses obtenues par procréation assistée ont permis ces dernières années une définition plus précise du terme et par conséquent le dépassement de celui-ci.

3. Facteurs de risque

Aucune étiologie exacte n'est connue jusqu'à ce jour dans les grossesses prolongées, toutefois il existe de nombreux facteurs.

Des facteurs d'origines maternelles comme l'origine ethnique (plus fréquent dans la population européenne), l'hypothyroïdie maternelle, la toxémie maternelle, la nulliparité, l'âge maternelle (<35 ans) qui reste cependant toujours controversé, l'antécédent de terme dépassé.

Certains facteurs mécaniques et dynamiques, comme un dysfonctionnement de la contractilité utérine lié à une sur-distension utérine, un défaut de maturation du col utérin d'origine biochimique ou en cas de disproportion foeto-pelvienne (macrosomie foetale).

D'autres facteurs d'origines foetales mais résultants de situations exceptionnelles incriminant l'axe hypothalamo-hypophysio-surrénalien : l'hydrocéphalie, la trisomie 18, l'anencéphalie et l'hyperplasie congénitale des surrénales. Sans oublier l'erreur de calcul de terme liée à l'absence d'une échographie de datation du 1er trimestre [8].

4. Détermination de la date du début de grossesse (DDG)

La détermination de la date de début de **grossesse** (DDG) est essentielle pour un suivi adapté de la **grossesse**.

Elle joue un rôle fondamental pour l'appréciation de la croissance fœtale ou encore la prise en charge du terme [15].

Classiquement, trois méthodes ressortent des ouvrages de part leurs fréquences d'utilisation et leurs degrés de précision :

- Le calcul d'après la date des dernières règles (DDR)
- La méthode ménothermique
- L'échographie

Nous ne nous attarderons pas sur les autres procédés qui ne sont utilisés qu'à titre indicatif ou dans certaines conditions comme le monitoring de l'ovulation pratiqué en assistance médicale à la procréation (AMP) [6].

4.1-Données cliniques

4.1.1- Interrogatoire

L'examen physique doit impérativement être précédé par un interrogatoire qui se doit d'être soigneux si l'on veut qu'il soit contributif.

4.1.2-La date des dernières règles

Les règles sont le seul point de repère dans le cycle d'une femme.

Dans la pratique courante, une première estimation de l'âge gestationnel est souvent donnée par la date des dernières règles (DDR).

Toutefois, une approche basée exclusivement sur cette variable est très approximative : si l'âge gestationnel est sous-estimé (cas des métrorragies de début de grossesse prises à tort pour des menstruations), un accouchement à terme peut être considéré à tort comme prématuré, entraînant une prise en charge obstétricale inadaptée.

Dans le cas contraire (plus fréquent) si l'âge gestationnel est surestimé (cas fréquents des cycles longs, du fait d'une phase folliculaire de plus de 14 jours), des conduites inadaptées peuvent être décidées pour un dépassement de terme qui n'est en fait pas réel [4,5].

4.1.3-phases du cycle menstruel féminin

Chez une femme ayant des cycles réguliers de 28 jours, la date de fécondation sera donc fixée 14 jours après la date des dernières règles.

Mais pour une patiente ayant des cycles irréguliers, ayant pris des oestroprogestatifs avant le début de la grossesse, lors d'une grossesse intervenant dans le post partum ou post abortum immédiat ou lors de la persistance de saignements pris pour des règles pendant les premiers mois de la grossesse, cette date perd toute valeur pour l'estimation du début de la grossesse. Il faut donc se fier à l'interrogatoire et aux souvenirs de la patiente pour interpréter cette donnée le plus précisément possible.

Le recueil de la date des dernières règles constitue un élément important du dossier, soulignons aussi le fait que le calcul de l'âge gestationnel se fait en pratique courante en semaines d'aménorrhée.

4.1.4-La courbe ménothermique

Il s'agit d'une courbe de température qui permet de dater le jour de l'ovulation et de pallier aux erreurs induites par la durée de la phase folliculaire.

Une courbe normale comprend deux phases :

- La première, post menstruelle, correspond à un plateau thermique en dessous de 37°C.
- La seconde, quant à elle, traduit l'effet de la progestérone en décrivant un plateau thermique supérieure à 37°C.

Puis, la veille des règles, la température chute pour annoncer la fin de la sécrétion progestative.

Le dernier point de la phase hypothermique indique la veille de l'ovulation et permet donc de fixer le début de la grossesse avec une précision de l'ordre de quelques jours correspondant au moment de la fécondation.

Cette méthode requiert de la minutie : il faut prendre la température tous les jours à la même heure, par la même voie et avec le même thermomètre.

Des facteurs comme le stress, le coucher tardif, des maladies infectieuses, des levés nocturnes ou encore les traitements hormonaux influencent la température

4.1.5-Examen physique

L'examen clinique en ce qui concerne l'estimation de l'âge d'une grossesse consiste essentiellement en une évaluation de la taille de l'utérus.

Avant la fin du premier trimestre de la grossesse, l'utérus est en position rétro-symphysaire. Le palper ne peut donc être suffisant, il faut y associer le toucher vaginal.

Le toucher vaginal retrouve un utérus augmenté de volume que l'on perçoit dans les culs de sacs vaginaux latéraux habituellement libres en dehors de la grossesse.

Classiquement, la littérature rapporte un utérus de la taille :

- d'une mandarine au premier mois
- d'une orange au deuxième mois
- d'un pamplemousse au troisième mois.

Cette estimation était très employée par nos anciens cliniciens qui ne disposaient pas d'examen paracliniques pour dater une grossesse.

4.2-Biologie :

La biologie repose sur le dosage des β HCG plasmatiques ou urinaires.

Ce dosage permet en premier lieu d'affirmer une grossesse puisqu'elle est sécrétée par les cellules du trophoblaste dès sa formation.

Les β HCG apparaissent 10 à 12 jours après la fécondation, ils doublent ensuite toutes les 48h pour atteindre un maximum à la 8^{ème} semaine d'aménorrhée.

Ils diminuent rapidement entre la 14^{ème} et la 18^{ème} semaine pour rester à un taux constant jusqu'à la fin de la grossesse.

Il existe deux types de test :

4.2.1–Les tests qualitatifs

Ils permettent de faire un diagnostic de grossesse dès 10 à 12 jours après la fécondation s'ils sont sanguins, et quelques jours plus tard pour les tests urinaires.

4.2.2–Les tests quantitatifs sériques

Ils permettent de doser la quantité de β HCG présente dans le sang maternel et donc d'évaluer l'âge approximatif de la grossesse.

4.3-L'échographie :

La DDG déterminée par l'échographie semble, d'après la littérature, la méthode la plus fiable pour déterminer le début de grossesse. Toutefois, cela nécessite d'utiliser des courbes dédiées à la datation et méthodologiquement fiables

Il existe des courbes réalisées spécifiquement dans un but de datation et leur utilisation est théoriquement préférable à des courbes réalisées pour surveiller la biométrie. Il s'agit en effet de prédire le terme pour une biométrie donnée et non la biométrie pour un terme donné. Dans ce dernier cas, la moyenne prédite et son intervalle de confiance diffèrent légèrement. Malgré cette imprécision méthodologique, les courbes « de croissance » peuvent être utilisées en pratique.

Comme vu plus haut, une datation basée sur la DDR tend à sous-estimer ou surestimer la date du terme, et donc à considérer plus souvent à tort des grossesses comme post-terme, alors qu'il s'agit de grossesses « mal datées ». Cela pourrait expliquer pourquoi la morbidité et la mortalité associées à un dépassement de terme ont pu être rapportées plus élevées dans une population où l'âge gestationnel est basé sur l'échographie par rapport à une population où l'âge gestationnel est évalué par la DDR.

4.3.1- DATE PRESUMÉE D'ACCOUCHEMENT (DPA)

Physiologiquement, la DPA est définie en fonction de la durée présumée de la gestation et de la date de début de grossesse.

La durée de grossesse peut être envisagée comme une variable biologique, avec une certaine variabilité inter et intra-individuelle. Depuis le milieu du XIX^{ème} siècle, plusieurs auteurs ont tenté de définir la durée de la gestation normale chez la femme. La durée de la gestation chez la femme se situe entre 280 et 290 jours à partir du 1er jour de la date des dernières règles qui varie selon les auteurs, les modes de calculs et la date présumée de début de grossesse.

Il faut admettre, encore aujourd'hui, que nous ne connaissons pas la durée exacte de la grossesse qui varie, dans la littérature, selon les auteurs, les modes de calculs et les caractéristiques des femmes.

Le registre norvégien portant sur 1 682 441 naissances d'enfants uniques sans malformation, nés entre 1967 et 2001, permet également de fournir des informations valides sur la durée de la grossesse [8]. Environ 30 % des accouchements ont lieu entre 40 SA et 40+6 SA et 20 % dans chacune des semaines qui précèdent ou suivent cet intervalle. Distribution des naissances par âge gestationnel au Norvège. Dans les pays anglo-saxons, en particulier au Royaume-Uni, la durée de la grossesse à partir de la DDR est habituellement fixée à 280 jours soit 40SA [26].

La règle de Naegele, bien connue pour estimer la DPA, donne en effet une durée de gestation de 280 jours.

Cette règle consiste à ajouter sept jours à la date du premier jour des dernières règles et à y ajouter neuf mois. La règle suppose que tous les mois du calendrier grégorien ont la même durée, légèrement supérieure à 30 jours ($365/12=30,4$).

En France, de nombreux praticiens déterminent la DPA à 41SA soit 287 jours après la DDR et la fixent au jour de la semaine où a eu lieu la conception (par exemple, début de grossesse un jeudi, DPA 39 semaines plus tard un jeudi).

Cela concorde plus ou moins avec la DPA fixée par la sécurité sociale française qui considère que la grossesse dure neuf mois calendaires à partir de la date de conception renseignée sur le certificat de déclaration de grossesse et ce quel que soit le mois du début de grossesse.

Comme les mois peuvent contenir 28, 29, 30 ou 31 jours, en calculant de la sorte, la durée de la gestation depuis le 1er jour des DDR varie entre 287 et 290 jours, soit 41SA et 41+3 SA.

À titre d'exemple :

Si la date du début de grossesse (DDG) = Jour/Mois, en France, la date prévue de l'accouchement (DPA) = Jour/Mois + 9 mois. C'est-à-dire neuf mois plus tard.

Exemple : DDG = 01/01/2012 donc DPA = 01/10/2012.

Avec cette méthode de calcul, l'âge de la grossesse à la date prévue de l'accouchement (DPA) est égale de (41SA) à (41+3SA) ; en effet cela dépend de l'année (bissextile ou pas, mois février inclus ou pas et le nombre de mois de 30 et de 31 jours durant lesquels évolue la grossesse).

Les éventuels trois jours de différence qui séparent au maximum 41SA de 9 mois ne semblent pas entraîner de variation significative des complications périnatales et cette approximation entre 41+0 SA et 9 mois est acceptable, donc dans la pratique quotidienne, les obstétriciens et les sages-femmes en France considèrent que la date prévue de l'accouchement (DDG + 9 mois = DPA) est égale à 41SA, puis toute grossesse dépassant cette date est considérée comme une grossesse prolongée [3].

Considérant que : la durée de la gestation varie selon des facteurs génétiques, et certaines caractéristiques maternelles ; la DPA n'est pas consensuelle, elle varie selon les auteurs, le mode de calcul et les pays, il ne semble pas raisonnable de privilégier une définition de la DPA par rapport à une autre.

Pouvoir donner une DPA exacte aux patientes semble illusoire et présente finalement peu d'intérêt d'un point de vue médical.

Le praticien se doit essentiellement d'expliquer à sa patiente à partir de quelle date la surveillance de fin de grossesse devra débuter et à partir de quelle date un déclenchement devra être envisagé.

La variabilité de plus ou moins trois jours, induite par le mode de calcul de la DPA, n'a probablement pas d'influence significative sur cette prise en charge de fin de grossesse.

5-PHYSIOLOGIE DU DECLENCHEMENT SPONTANE DU TRAVAIL

Le déclenchement spontané du travail correspond d'une part à l'apparition d'une activité contractile au niveau du myomètre et d'autre part à des modifications du col utérin. Les mécanismes exacts du déclenchement spontané du travail dans l'espèce humaine sont encore obscurs. Mais il semblerait cependant que les prostaglandines jouent un rôle essentiel d'une part en favorisant la contraction du myomètre et d'autre part, en entraînant une maturation du tissu conjonctif cervical par une diminution de la concentration de collagène et une augmentation de l'hydratation tissulaire. De nombreux facteurs interviennent dans la physiologie du déclenchement spontané du travail. Une anomalie d'un de ces facteurs peut être à l'origine de grossesse prolongée.

Le mécanisme précis reste inconnu. Plusieurs théories ont été proposées.

A-ACTIVITE CONTRACTILE DU MYOMETRE :

La contraction utérine résulte de l'activation de toutes les cellules musculaires lisses du myomètre.

5.1-Structure de la fibre myométriale

La fibre myométriale est une cellule musculaire lisse, fusiforme, qui s'hypertrophie au cours de la grossesse, parmi les éléments constituant cette cellule, certains ont une grande importance pour la contraction la membrane plasmique, les mitochondries, le réticulum sarcoplasmique.

Ces éléments régulent la contraction cellulaire en assurant les mouvements ou la séquestration du calcium ionisé (Ca^{++}).

Les protéines contractiles de la fibre musculaire lisse sont de deux types :

- le filament épais est essentiellement constitué de myosine.
- Et le filament fin composé d'actine.

La régulation de cette interaction actine-myosine semble se faire au niveau du filament de myosine. Les filaments contractiles sont maintenus sur la membrane plasmique par des plaques d'ancrage qui s'invagineraient dans la cellule pendant la contraction, lui donnant un aspect dentelé. Au cours de la grossesse, sous l'effet des estrogènes, la quantité d'actomyosine augmente. Elle représente, en fin de gestation 50 % des protéines utérines. La contraction de la fibre musculaire résulte des glissements des filaments d'actine et de myosine les uns par rapport aux autres. Sous l'effet du potentiel d'action, la concentration intracellulaire de calcium libre permet l'activation de l'ATPase de la myosine.

Organisation des filaments au sein de la cellule myométriale.

Fibre musculaire lisse et Filaments contractiles d'actine et de myosine.

Lorsqu'elles sont activées, les chaînes légères de myosine glissent le long des chaînes d'actine grâce au cycle des ponts transversaux.

Les fibres intermédiaires assurent le maintien de la forme générale de la cellule. Les filaments d'actine et de myosine sont disposés obliquement par rapport au grand axe de la cellule musculaire. Les plaques denses et les corps denses permettent de solidariser les fibres d'actine entre elles, à la paroi cellulaire et à la matrice extracellulaire. Le glissement relatif des filaments de myosine sur les filaments d'actine raccourcit la cellule et provoque une tension.

5.2-Mécanisme de la contraction

L'élément déclencheur de la contraction utérine est l'augmentation du taux de calcium dans la cellule myométriale. Cette dernière entraîne une cascade biochimique, initiée par la liaison entre les ions calcium et la calmoduline.

Le complexe ainsi formé active la phosphorylation des chaînes légères de la myosine, en se liant à la myosine light chain kinase (MLCK).

Elles peuvent dès lors se fixer et glisser le long de l'actine. La tension musculaire est proportionnelle au taux de calcium. Le relâchement utérin est la résultante du phénomène inverse entraîné par la chute du taux de Ca^{2+} intracellulaire. Le calcium pénètre dans la cellule myométriale par les canaux calciques. L'ouverture de ces canaux est sous la dépendance d'une variation de voltage (canaux voltage-dépendants). Il existe une différence de concentration ionique (Na^+ , Cl^- , Ca^{2+} , K^+) de part et d'autre de la membrane cellulaire. Celle-ci entraîne une polarisation membranaire. Au repos, la membrane myométriale possède un potentiel membranaire négatif. Ce potentiel n'est pas stable, il varie en fonction de stimulations auxquelles est soumise la cellule, entraînant des transferts ioniques. Lorsque, sous l'influence de ces stimuli, la polarisation de la membrane diminue et atteint une valeur seuil, un potentiel d'action se déclenche. Il va permettre l'ouverture des canaux calciques et l'entrée du Ca^{2+} dans la cellule. Il peut naître de n'importe quelle cellule et se transmettre de proche en proche très rapidement, ce qui explique la contraction de tout le muscle utérin simultanément. L'activité électrique et la puissance des contractions sont proportionnelles, c'est pourquoi, en fin de grossesse, l'amplitude et la fréquence des potentiels d'action augmentent. Les potentiels de membrane des fibres myométriales sont modulés par les hormones. Les hormones qui stimulent la contraction utérine (ocytocine, prostaglandines E_2 et F_2 ou PGE_2 et PGF_2) inhibent dans le myomètre humain la liaison du calcium au réticulum en présence d'ATP. A l'inverse, la progestérone augmente la liaison calcium-ATP dépendant :

B- MODIFICATIONS DU COL UTERIN

La maturation cervicale débute de manière imperceptible pendant la grossesse mais ne devient visible que peu de temps avant le travail par des modifications du tissu conjonctif du stroma cervical.

Ce phénomène résulte de modifications histologiques et biochimiques.

5.2.1- Modifications histologiques

En fin de grossesse, on observe une infiltration cellulaire au niveau cervical.

Les fibroblastes sont plus nombreux et plus matures. Ils ont un rôle dans la phagocytose en fabriquant les enzymes et les collagénases responsables du catabolisme du collagène. De plus, des polynucléaires arrivent de la circulation périphérique, ils possèdent des récepteurs aux oestrogènes.

On observe une modification de la structure collagénique, le collagène de type I diminue en fin de grossesse. La trame est hydratée, plus lâche, les fibres sont moins étroitement amarrées, il en résulte une destruction du réseau[18].

5.2.2-Modifications biochimiques

Elles se situent principalement autour du collagène. En fin de grossesse, on observe une augmentation de l'activité des collagénases au niveau cervical.

Ceci se traduit par une diminution de l'hydroxyproline qui est le principal acide aminé du collagène. Le taux de collagénases dans le sérum maternel reste cependant stable pendant la grossesse, son augmentation ne sera visible qu'au moment du travail. On observe une augmentation en hyaluronidase du fait de l'étirement de fibres, entraînant une augmentation de l'hydratation du tissu.

Cette dernière accroît le nombre de sites de coupure pour les collagénases[18].

5.2.3-L'effacement et la dilatation du col

A la suite de la maturation, le col va s'effacer et se dilater pendant le travail permettant l'expulsion fœtale. Cette dilatation résulte de forces de poussée utérine agissant sur un col favorable qui se laisse distendre. Le segment inférieur recueille les forces développées par le corps utérin, transmises par la présentation, et dirigées vers le col. Une conversion des tractions verticales du corps utérin en tractions horizontales sur le col utérin entraîne l'ouverture de ce dernier. Le rôle des fibres musculaires du col est peu important. Ce sont les modifications biochimiques du col qui vont permettre aux facteurs mécaniques d'agir. Les modifications du col diffèrent selon que la patiente est nullipare ou multipare. Chez la nullipare l'effacement du col se fait en premier. Le col s'incorpore progressivement à la paroi du segment inférieur. La dilatation survient ensuite. Il s'agit d'une ouverture progressive de l'orifice externe, initialement fermé. Son diamètre atteint finalement 10 centimètres où l'on parle

de dilatation complète. Le canal cervico-utérin ainsi formé s'ouvre directement sur le vagin. Chez les multipares, l'effacement et la dilatation se font de façon concomitante. La dilatation peut même parfois précéder l'effacement. Ces phénomènes sont moins longs chez la multipare[18].

6-Physiopathologie de la grossesse prolongée :

Plusieurs théories ont été proposées :

6.1-La théorie hormonale :

6.1.1 - Les œstrogènes et la progestérone

Le col possède des récepteurs aux œstrogènes et à la progestérone.

La concentration en œstrogènes augmente tout au long de la grossesse ainsi que ces récepteurs par l'intermédiaire des polynucléaires. Ils favorisent la croissance du muscle utérin et augmentent la sensibilité aux utérotociques (ocytocine) de ce dernier en fin de grossesse. Les œstrogènes entraînent l'augmentation du nombre de récepteurs myométriaux de l'ocytocine et des prostaglandines, de plus, ils rendent la fibre plus excitable et favorisent la propagation des potentiels d'action. La progestérone, au contraire, inhibe les collagénases et bloque ainsi la maturation cervicale et augmente la liaison calcium-ATP dépendante du réticulum sarcoplasmique, favorisant la relaxation myométriale. De plus, elle bloque la libération des prostaglandines. En fin de grossesse, on observe une diminution de ses récepteurs. La perturbation ou la diminution du rapport progestérone/œstrogène peut être responsable de grossesse prolongée.

6.1.2-Ocytocine :

Elle possède une action utérotonique. On la retrouve dans le plasma maternel en fin de grossesse. Le nombre de ses récepteurs augmente en fin de grossesse entraînant une amplification de la sensibilité de l'utérus à cette hormone. La conséquence de sa liaison à son récepteur est une hausse de la concentration en calcium intracellulaire. Elle agit au niveau de la myosine et augmente la force contractile en conservant une consommation énergétique équivalente. De plus, elle entraîne une sécrétion endogène de prostaglandines qui accentue la maturation cervicale et les contractions utérines, en plus la dilatation cervicale et vaginale entraîne une stimulation de la sécrétion d'ocytocine maternelle dans la deuxième partie du travail. La diminution de la sécrétion d'ocytocine et la diminution du nombre et de la sensibilité des récepteurs myométriaux à l'ocytocine avant le début du travail, retardent le déclenchement du travail.

6.1.3-Prostaglandine (PG)

Ce sont des médiateurs cellulaires qui ne sont pas produits dans des glandes spécialisées mais par un grand nombre de cellules. Elles ne passent pas dans le

sang et agissent localement contrairement aux hormones. Leur durée de vie est inférieure à une minute. Il existe 6 types de prostaglandines primaires, c'est à dire qui n'est le précurseur d'aucune autre (PGE1, 2,3 ; PGF1, 2,3alpha) et leur concentration plasmatique et amniotique n'augmente qu'à l'approche du terme. Ce sont les principaux agents de la maturation cervicale. Les plus importantes sont les prostaglandines E2 (PGE2), ces dernières diminuent la concentration en collagène dans le col et elles intensifient la synthèse de hyaluronidase et donc l'hydratation tissulaire, tout ceci favorisant la maturation du col. De plus, elles accroissent la concentration intracellulaire de Ca⁺⁺ et entraînent ainsi la contraction du muscle utérin. Cette substance est considérée comme étant la clé des modifications rencontrées dans le déclenchement spontané du travail. Son utilisation en pratique par voie locale ou générale dans le déclenchement artificiel du travail à tout âge de la grossesse, montre son efficacité en tant qu'agent ocytocique et son action sur les modifications du col utérin par l'intermédiaire de récepteurs myométriaux spécifiques aux prostaglandines F2 et E2 et les autres hormones comme les corticostéroïdes sont rapportés.

6.1.4- La théorie mécanique :

La distension utérine peut intervenir dans le déclenchement du travail par deux mécanismes :

- une action directe d'ouverture progressive du col.
- une action indirecte par l'intermédiaire d'un réflexe neurohormonal ou d'une sécrétion de prostaglandine. La distension utérine et surtout la modification de la forme du segment inférieur (SI) contribuent à une dilatation mécanique du col sous l'effet des contractions utérines chez la femme enceinte. L'augmentation du rayon de courbure du segment inférieur tend à augmenter la composante horizontale de la force qui s'exerce au niveau du col utérin. Les modifications de la taille et de la forme de l'utérus gravide concourent à augmenter la puissance contractile de l'utérus et à la rendre plus efficace au niveau de l'orifice interne du col. Mais ces facteurs mécaniques ne peuvent à eux seuls expliquer le démarrage du travail.

6.1.5- La théorie immunologique:

Il existerait une augmentation de l'activité cytotoxique des lymphocytes et une diminution de la sensibilité des lymphocytes à la progestérone au cours du travail et en cas d'accouchement prématuré [18].

6.1.6- La théorie placentaire :

L'augmentation de la morbidité et de la mortalité fœtale et néonatale dans un contexte de grossesse prolongée pourrait être expliquée par une « insuffisance

placentaire ». Le fœtus post-terme surpasserait les capacités du placenta à lui fournir des nutriments et des échanges gazeux adéquats. Les risques de complications seraient secondaires à une malnutrition ou une asphyxie. Il est communément admis que la diminution du liquide amniotique dans les grossesses prolongées serait un reflet de cette « insuffisance placentaire », mais le mécanisme par lequel le placenta dans les grossesses prolongées jouerait un rôle dans la production ou la régulation du liquide amniotique n'est pas clair [20]. Des études anatomopathologiques de placentas issus de grossesses prolongées révèlent une augmentation de l'incidence d'infarctus placentaires, de calcifications, de thromboses intervillositaires, de dépôts de fibrine périvillitaire, de thromboses artérielles et d'end artérite artérielle [21].

En microscopie optique, des auteurs ont comparé l'apoptose placentaire de 23 placentas issus de grossesses à terme (âge gestationnel < 40+0 SA) et 14 placentas issus de grossesses prolongées (âge gestationnel \geq 41+3 SA). Il existait une augmentation de l'apoptose placentaire dans les grossesses prolongées comparé au groupe à terme [22]. Cette augmentation de l'apoptose placentaire du placenta post-terme était similaire à celle des placentas étudiés dans le retard de croissance intra-utérin.

Ce phénomène pourrait contribuer à l'augmentation de la morbidité des grossesses prolongées. On décrit également une diminution de la perfusion fœtale des villosités placentaires dans les grossesses prolongées [23]. Cependant, les vaisseaux villositaires fœtaux sont normaux dans les placentas issus des grossesses prolongées [24] et l'étude Doppler montre dans certaines études qu'il n'y a pas d'augmentation des résistances vasculaires fœtales dans ces placentas [25]. Le mécanisme de la diminution de perfusion fœtale n'est donc pas clairement expliqué. L'hypoxie chronique secondaire à l'insuffisance placentaire pourrait être responsable de la détérioration de la fonction rénale et cardiaque du fœtus et ainsi être à l'origine de :

l'-oligoamnios.

l'-insuffisance placentaire

l'-altération des échanges

l'-hypoxie

la chute de la production d'urine fœtale

l'augmentation des risques de compression du cordon

L'augmentation du nombre d'enfants macrosomes quand la grossesse se prolonge témoigne clairement que le placenta après 41 SA continue à garder toutes ses fonctions et même reste capable d'assurer une bonne croissance

Fœtale qui va à l'encontre de la théorie de vieillissement placentaire [26].

Il est vraisemblable qu'il existe plusieurs tableaux anatomocliniques correspondant à des grossesses dont la durée est plus longue sans anomalie placentaire ni fœtale et des grossesses dont la durée est variable avec anomalie placentaire témoignant d'une insuffisance placentaire avec retentissement fœtal, ces anomalies pouvant être compensées dans un premier temps comme dans l'anémie fœtale puis décompensées secondairement.

Au total : Aucun des mécanismes décrits ci dessus ne semble à lui seul responsable du déclenchement du travail. Il s'agit en fait d'un mécanisme plurifactoriel faisant intervenir les éléments suivants :

- des modifications du col utérin.
- des modifications du myomètre.
- une augmentation de la tension intra-utérine.
- une sécrétion de l'ocytocine maternelle.
- une augmentation de la concentration de certains phospholipides précurseurs de la synthèse prostaglandines.
- une augmentation de la perméabilité des membranes aux prostaglandines.
- une action des prostaglandines capables de déclencher des contractions utérines quel que soit le terme de la grossesse par l'intermédiaire des récepteurs myométriaux spécifiques aux prostaglandines F2 et E2.

III-METHODOLOGIE

III-METHODOLOGIE

1- Le cadre de l'étude

L'étude s'est déroulée dans le service de gynécologie obstétrique du CSRéf de la Commune II.

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

Le service de gynécologie-obstétrique comporte :

- une salle d'accouchement avec trois (3) tables d'accouchement ;
- un bureau pour la sage-femme maîtresse qui sert en même temps de salle de garde pour les sages-femmes, les infirmières et les aides-soignantes ;
- une toilette externe pour le personnel ;
- une unité de consultation prénatale (CPN) ;
- une unité de planning familial (PF)
- Une unité de consultation post natale ;
- Une unité PTME (Prévention de la Transmission Mère-enfant du VIH) ;
- Une salle d'échographie ;
- Une unité de gynécologie et de prise en charge des grossesses à risque ;
- 18 lits répartis entre 4 salles d'hospitalisation.

2-Le personnel comprend

- Trois spécialistes en gynécologie obstétrique dont un est le chef de l'unité de gynécologie et obstétrique ;
- des médecins en spécialisation en gynéco-obstétrique de nombre variable ;
- des étudiants faisant fonction d'interne de nombre variable ;
- 18 sages-femmes dont l'une est la sage-femme maîtresse ;
- 4 infirmières obstétriciennes ;
- 20 aides-soignantes ;
- 4 chauffeurs ;
- 5 manœuvres.

3- Fonctionnement

Le service dispose d'une salle d'accouchement qui fonctionne vingt-quatre heures sur vingt-quatre.

Les consultations gynécologiques et obstétricales (grossesses à risque) sont assurées tous les jours sauf les vendredis par les gynécologues obstétriciens.

Les autres unités fonctionnent tous les jours ouvrables et sont gérées par les sages-femmes avec l'aide des infirmières et des aides-soignantes. Une équipe de garde quotidienne travaille vingt-quatre heures sur vingt-quatre en salle d'accouchement sous la supervision des gynécologues obstétriciens. Elle est composée d'un gynécologue obstétricien, d'un médecin en spécialisation de gynécologie obstétrique, d'un médecin généraliste, de 2 étudiants faisant fonction d'interne, d'une sage-femme pour la journée et une autre pour la nuit, d'une aide-soignante, d'un chauffeur, de 2 manœuvres, d'un anesthésiste et d'un aide de bloc.

Une réunion (staff) se tient tous les jours ouvrables à 8h 30mn pour discuter de la prise en charge des urgences admises la veille ainsi que des accouchements effectués. Il est dirigé par le chef de service.

4. Type et période d'étude :

Il s'agissait d'une étude rétrospective de cohorte, allant du 1^{er} janvier 2012 au 31 décembre 2012 soit un an.

5. Population d'étude

Notre étude a porté sur toutes les femmes enceintes admises en salle d'accouchement du centre de santé de référence de la commune II pendant la période d'étude

5-1.Echantillonnage :

5-1-1.Taille de l'échantillon:

Le groupe des exposées a été choisi de façon systématique, constitué par l'ensemble des femmes ayant accouché dans le service dont l'âge de la grossesse était supérieur à 41SA selon l'échographie précoce soit 129 femmes.

Le groupe des non exposées a été choisi par appariement en raison d'une patiente exposée pour deux patientes non exposées, soit 258 femmes.

5-1-2.Critères d'inclusion :

Exposées : étaient incluses les gestantes dont l'âge de la grossesse (AG) était $>41SA$ selon la date des dernières règles et/ou l'échographie obstétricale du 1er trimestre.

Non exposées : les gestantes dont l'âge de la grossesse était compris entre $[37SA-41SA]$.

5-1-3.Critères de non inclusion :

Exposées: les gestantes dont l'âge de la grossesse était $\leq 41SA$.

Non exposées : les gestantes dont l'âge de la grossesse était $<37SA$ et $>41SA$.

6-Variables étudiées

Les variables suivantes ont été étudiées : âge, profession, ethnie, statut matrimonial, nombre de CPN, résidence, niveau d'instruction, mode d'admission, antécédents gynécologiques, obstétricaux, médicaux, chirurgicaux tension artérielle, taille, hauteur utérine, contraction utérine, bruits du cœur fœtal, terme de la grossesse, présentation du fœtus, type de présentation, bassin, mode d'accouchement, indication de césarienne, complications, poids du nouveau-né, Apgar, pronostic maternofoetal.

7. Supports des données

Nos données ont été recueillies sur les fiches d'enquête individuelle à partir :

- des dossiers obstétricaux ;
- des registres d'accouchement ;
- des carnets de consultation prénatale.

8. Saisie et analyse des données

Les données ont été saisies sur Microsoft Word 2010 et analysées sur SPSS version 20. Les données qualitatives ont été présentées sous forme de fréquences exprimées en pourcentage et les variables quantitatives sous forme de moyenne. Les tests statistiques utilisés pour la comparaison ont été le Khi2 de Pearson. Les différences sont significatives si $p < 0,05$.

9. Définitions opérationnelles

- **Gestité :** elle se définit comme étant le nombre de grossesse d'une femme
- **Nulligeste :** c'est une femme qui n'a jamais contractée de grossesse
- **Primigeste :** c'est une femme qui a contractée 1 grossesse
- **Paucigeste :** c'est une femme qui a contractée entre 2 à 3 grossesses

- **Multigeste** : c'est une femme qui a contractée entre 4 à 5 grossesses
- **Grande multigeste** : lorsque le nombre de grossesse est ≥ 6
- **Parité** : c'est le nombre d'accouchement
- **Nullipare** : c'est une femme qui n'a jamais accouchée
- **Primipare** : c'est une femme qui a accouchée 1 fois
- **Pauci pare** : c'est une femme qui a accouchée 2 à 3 fois
- **Multipare** : c'est une femme qui a accouchée entre 4 à 5 fois
- **Grande multipare** : lorsque le nombre d'accouchement est ≥ 6
- **Grossesse prolongée** : toute grossesse dont le terme est supérieur à 41SA.

IV-RESULTATS

IV-Résultats :

1-La fréquence de la grossesse prolongée :

Pendant la période d'étude, nous avons enregistré 3562 accouchements dont 129 cas de grossesse prolongée soit une fréquence de 3,62%.

2-Les caractéristiques socio démographiques

Tableau I : répartition des patientes selon l'âge maternel

Age	Effectif	Fréquence(%)
≤19 ans	11	8,5
20 à 25 ans	53	41,1
26 à 30 ans	29	22,5
31 à 35 ans	26	20,2
≥36 ans	10	7,8
Total	129	100

La tranche d'âge comprise entre 20 à 25 ans était la plus représentée, soit une fréquence de 41,1%.

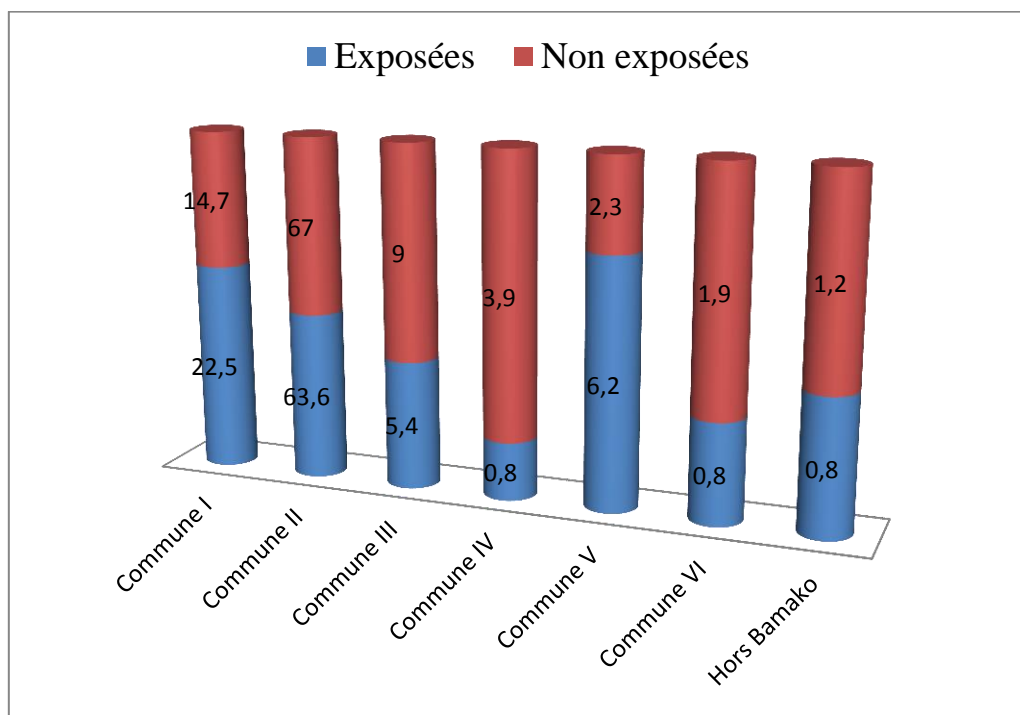


Figure 2 : répartition des patientes selon la résidence

La plupart de nos parturientes résidaient en commune II, soit une fréquence de 63,6% contre 67% chez les témoins.

Tableau II : répartition des patientes en fonction de la situation matrimoniale

Situation matrimoniale	Exposées		Non exposées				
	Eff	%	Eff	%	RR	IC	P
Mariée	126	97,7	208	80,6	10,10	[2,95-21,4]	0,000004
Célibataire	3	2,3	50	19,4	0,10	[0,02-0,34]	0,000004
Total	129	100	258	100			

Les patientes mariées représentaient 97,7% des exposées contre 80,6% chez les non exposées, la différence est hautement significative $p=0,00004$.

Tableau III : répartition des patientes selon la profession

Profession	Exposées		Non exposées				
	Eff	%	Eff	%	RR	IC	P
Femme au foyer	75	58,1	148	57,4	1,03	[0,66-1,62]	0,8843
Vendeuse	7	5,4	26	10	0,51	[0,20-1,28]	0,1224
Commerçante	5	3,9	17	6,6	0,57	[0,18-1,70]	0,2772
Elève et étudiante	19	14,7	27	10,5	1,48	[0,75-2,89]	0,2218
Fonctionnaire	11	8,5	19	7,4	1,17	[0,50-2,69]	0,6867
Autres	12	9,3	21	8,1			
Total	129	100	258	100			

Les femmes au foyer étaient les plus représentées chez les exposées avec une fréquence de 58,1% contre 57,4 pour les non exposées. La différence n'est pas significative $p=0,8843$.

Tableau IV : répartition des patientes en fonction de l'ethnie

Ethnie	Exposées		Non exposées				
	Eff	%	Eff	%	RR	IC	P
Bambara	39	30,2	101	39,1	0,67	[0,42-1,08]	0,0853
Malinké	8	6,2	23	8,9	0,68	[0,27-1,65]	0,3539
Soninké	21	16,3	46	17,8	0,90	[0,49-1,63]	0,7039
Dogon	11	8,5	29	11,2	0,74	[0,33-1,60]	0,0937
Sonrhäi	2	1,6	13	5	0,30	[0,05-1,41]	0,8418
Peulh	4	3,1	9	3,5	0,89	[0,22-3,22]	0,000002
Tamashek	18	14	13	5	0,86	[1,33-2,61]	0,3827
Bozo	1	0,8	5	1,9	0,40	[0,02-3,52]	0,0023
Autre	25	19,4	19	7,4			
Total	129	100	258	100			

Dans notre étude les bambaras étaient les plus représentées soit une fréquence de 30,2% chez les exposées contre 39,1% chez les non exposées, la différence n'est pas significative $p=0,0853$.

Tableau V : répartition des patientes selon le mode d'admission

Mode d'admission	Exposées		Non exposées				
	Eff	%	Eff	%	RR	IC	P
venue d'elle-même	94	72,9	194	75,2	0,89	[0,53-1,47]	0,6211
Adressée	25	19,4	37	14,3	1,44	[0,79-2,60]	0,2026
Référée	1	0,8	6	2,3	0,33	[0,01-2,78]	0,2806
Evacuée	9	7,0	21	8,2	0,89	[0,51-1,57]	0,7616
Total	129	100	258	100			

Les gestantes adressées représentaient 19,4% chez les exposées contre 14,3% pour les non exposées, la différence n'est pas statistiquement significative $p=0,2026$.

Tableau VI : répartition des patientes selon le nombre de CPN

CPN	Exposées		Non exposées		RR	IC	P
	Eff	%	Eff	%			
[1-3]	27	20,9	189	74,1	0,10	[0,06-0,16]	10 ⁻⁷
≥4	102	79,1	69	25,9	4,7	[3,20-6,9]	10⁻⁷
Aucune	0	0	0	0			
Total	129	100	258	100			

Le nombre de CPN était supérieur ou égal à 4 avec une fréquence de 79,1% chez les exposées contre 25,9% chez les non exposées, la différence est hautement significative $p=10^{-7}$.

Tableau VII : répartition des patientes selon l'auteur des CPN

Auteur des CPN	Exposées		Non exposées		RR	IC	P
	Eff	%	Eff	%			
sage-femme	95	73,6	139	53,9	2,39	[1,47-3,90]	0,00017
gynéco-obstétricien	19	14,7	47	18,2	0,78	[0,42-1,44]	0,3897
Autre	7	5,4	11	4,3	1,29	[0,44-3,70]	0,6086
Sage-femme+gynéco-obstétricien	7	5,4	22	8,5	0,62	[0,23-1,57]	0,2747
Gynéco-obstétricien+ médecin généraliste	1	0,8	9	3,5	0,22	[0,01-1,69]	0,1127
Total	129	100	258	100			

Le suivi de la grossesse a été fait par une sage-femme dans 73,6% chez les exposées contre 53,9% pour les non exposées, la différence est statistiquement significative $p=0,00017$.

Tableau VIII : répartition des patientes selon l'antécédent de grossesse prolongée

ATCD de GP	Exposées		Non exposées				
	Eff	%	Eff	%	RR	IC	P
Oui	27	20,9	4	1,6	3,04	[2,46-3,76]	10 ⁻⁷
Non	102	79,1	254	98,4	0,33	[0,27-0,41]	10 ⁻⁷
Total	129	100	258	100			

L'antécédent de grossesse prolongée a été retrouvé plus de 3 fois chez les exposées avec une fréquence de 20% contre 1,6% chez les non exposées la différence est statistiquement significative $p=10^{-7}$.

3-Les caractéristiques cliniques :

Tableau IX : répartition des patientes selon l'antécédent médical

ATCD Médicaux	Exposées		Non exposées				
	Eff	%	Eff	%	RR	IC	P
HTA	2	1,6	8	3,1	0,49	[0,07-2,55]	0,3648
Asthme	2	1,6	2	0,8	2,02	[0,20-2,24]	0,4772
Diabète	1	0,8	3	1,2	0,66	[0,03-7,22]	0,7222
Aucun	125	96,9	245	95	1,44	[0,60-3,72]	0,3805
Total	129	100	258	100			

L'asthme et l'hypertension artérielle ont été les plus représentés soit une fréquence de 1,6% pour les exposées contre 0,8% pour les non exposées.

Tableau X : répartition des patientes selon la gestité

Gestité	Exposées		Non exposées		RR	IC	P
	Eff	%	Eff	%			
Primigeste	59	45,7	53	20,6	2,09	[1,60-2,74]	0,0000002
Paucigeste	39	30,2	77	29,8	1,02	[0,63-1,66]	0,9374
Multi geste	21	16,3	98	38	0,33	[0,18-0,56]	0,000012
Grande multi geste	10	7,8	30	11,6	0,64	[0,28-1,42]	0,2377
Total	129	100	258	100			

Les primigestes représentaient 45,7% chez les exposées contre 20,6% pour les non exposées, la différence est hautement significative P=0,0000002.

Tableau XI: répartition des patientes selon la parité

Parité	Exposées		Non exposées		RR	IC	P
	Eff	%	Eff	%			
Nullipare	42	32,6	58	22,5	1,66	[1,01-2,74]	0,03277
Primipare	27	20,9	79	30,6	0,60	[0,35-1,02]	0,04390
Pauci pare	43	33,3	61	23,6	1,31	[0,99-2,64]	0,04265
Multipare	11	8,5	45	17,4	0,44	[0,21-0,92]	0,01877
Grande multipare	6	4,7	15	5,9	0,79	[0,27-2,74]	0,6340
Total	129	100	258	100			

Les nullipares représentaient 32,6% chez les exposées contre 22,5% pour les non exposées, la différence est statistiquement significative P=0,03277.

Tableau XII : répartition des patientes selon l'antécédent chirurgical

ATCD	Exposées		Non exposées		RR	IC	P
	Eff	%	Eff	%			
Chirurgicaux							
Césarienne	9	7	20	7,8	0,89	[0,36-2,14]	0,7848
GEU	1	0,8	4	1,6	0,50	[0,02-4,75]	0,5243
Myomectomie	1	0,8	3	1,2	0,66	[0,03-7,22]	0,7229
Aucun	118	91,4	231	89,5	1,25	[0,57-2,80]	0,5458
Total	129	100	258	100			

La césarienne occupait la première place de l'antécédent chirurgical chez les exposées avec 7% contre 7,8% pour les non exposées, la différence n'est pas statistiquement significative $p=0,7848$.

Tableau XIII : répartition des patientes selon la DDR

DDR	Exposées		Non exposées		RR	IC	P
	Eff	%	Eff	%			
Connue	23	17,8	55	21,3	0,80	[0,45-1,42]	0,4200
Inconnue	106	82,2	203	78,7	1,25	[0,70-2,22]	0,4200
Total	129	100	258	100			

La DDR était inconnue chez les exposées avec 82,2% contre 78,7% chez les non exposées, la différence n'est pas statistiquement significative $p=0,4200$.

Tableau XV : répartition des patientes selon la taille

Taille(m)	Exposées		Non exposées		RR	IC	P
	Eff	%	Eff	%			
≤1,50	6	4,7	44	17	0,24	[0,09-0,06]	0,00060
>1,50	123	95,3	214	83	4,21	[1,66-11,34]	0,00060
Total	129	100	258	100			

La plupart des patientes avaient la taille supérieure à 1,5 m chez les exposées avec 95,3% contre 83% pour les non exposées, la différence est statistiquement significative p=0,00060.

Tableau XVI: répartition des patientes selon l'IMC

IMC	Exposées		Non exposées		RR	IC	P
	Eff	%	Eff	%			
[18.5-24.9](normal)	24	18,6	73	28,3	0,68	[0,47-1,00]	0,03812
[25-29.9](sur poids)	49	38	71	27,5	1,61	[1,01-2,59]	0,03588
[30- 34.9](ob modérée)	36	27,8	66	25,6	1,13	[0,68-1,86]	0,6244
[35-39.9 (ob sévère)	18	14	37	14,3	0,97	[0,50-1,85]	0,9180
≥40 (ob morbide)	2	1,6	11	4,3	0,35	[0,05-1,72]	0,1625
Total	129	100	258	100			

Les patientes en surpoids étaient les plus représentées chez les exposées soit 38% contre 27,5% pour les non exposées, la différence est statistiquement significative p=0,03588.

Table au XVII : répartition des patientes selon la hauteur utérine

HU (cm)	Exposées		Non exposées		RR	IC	P
	Eff	%	Eff	%			
<32 cm	3	2,3	78	30,2	0,09	[0,03-0,28]	10 ⁻⁷
32 à 35 cm	121	93,8	149	57,8	6,55	[3,31-12,96]	10⁻⁷
>35 cm	5	3,9	31	12	0,30	[0,10-0,82]	0,00935
Total	129	100	258	100			

La hauteur utérine était supérieur à 35 cm chez 3,9% des exposées contre 0,39% pour les non exposées, la différence n'est pas statistiquement significative p=0,8568.

Tableau XVIII : répartition des patientes selon la présentation du fœtus

Présentation	Exposées		Non exposées		RR	IC	P
	Eff	%	Eff	%			
Sommet	124	96,1	251	97,2	0,69	[0,19-2,57]	0,5338
Siège	2	1,6	4	1,6			
Epaule	3	2,3	3	1,2	2,02	[0,32-12,74]	0,3827
Total	129	100	258	100			

La plupart des présentations étaient le sommet soit 96,1% chez les exposées contre 97,2% pour les non exposées, la différence n'est pas statistiquement significatif p=0,5338.

Tableau XIX : répartition des patientes selon le bruit du cœur foetal

BCF	Exposées		Non exposées				
	Eff	%	Eff	%	RR	IC	P
<120	12	9,3	16	6	1,55	[0,66-3,60]	0,02579
[120-160]	114	88,4	240	93	0,57	[0,26-1,24]	0,1224
>160	3	2,3	4	1	1,29	[0,54-3,08]	0,0747
Total	129	100	258	100			

Le bruit du cœur foetal était inférieur à 120 battements à la minute chez les exposées avec 9,3% contre 1,32% pour les non exposées, la différence est statistiquement significative $p=0,02579$.

Tableau XX : répartition des patientes selon l'état du col

Etat du col	Exposées		Non exposées				
	Eff	%	Eff	%	RR	IC	P
Ouvert	121	93,8	247	95,7	0,67	[0,24-1,89]	0,4055
Fermé	8	6,1	11	4,3	1,48	[0,53-4,10]	0,4055
Total	129	100	258	100			

Le col était fermé dans 6,1% chez les exposées contre 4,3% pour les non exposées, la différence n'est pas statistiquement significative $p=0,4055$.

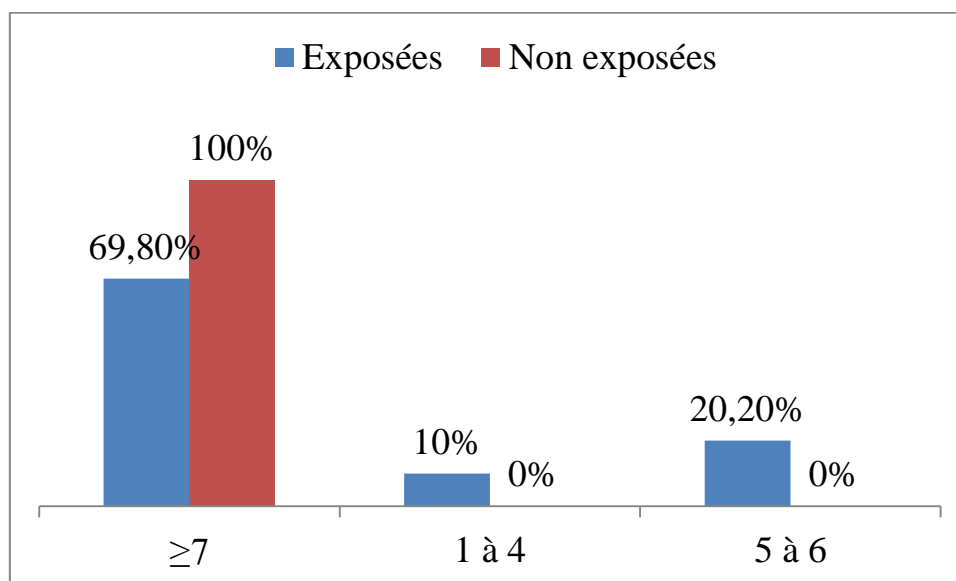


Figure 3: répartition des patientes selon le score de Bishop

Le score de Bishop était favorable dans 69,8% des exposées contre 100% chez les non exposées, la différence est statistiquement significative $p=10^{-7}$.

Tableau XXI: répartition des patientes selon l'aspect du liquide amniotique

LA	Exposées		Non exposées		RR	IC	P
	Eff	%	Eff	%			
Clair	95	73,6	207	80,2	2,02	[1,03-4,02]	0,02700
Teinté meconial	25	19,4	35	13,6	0,38	[0,12-1,07]	0,04377
teinté jaunâtre	7	5,4	13	5	0,39	[0,11-1,43]	0,7873
Purée de pois	2	1,6	3	1,2			
Total	129	100	258	100			

Le liquide amniotique était meconial dans 19,4%, chez les exposées contre 13,6% pour les non exposées, la différence est statistiquement significative $p=0,04377$.

Tableau XXII : répartition des patientes selon l'état du bassin

Bassin	Exposées		Non exposées		RR	IC	P
	Eff	%	Eff	%			
Normal	120	93	217	84,1	2,52	[1,13-,78]	0,01371
Bassin limite	5	3,9	28	10,9	0,33	[0,11-0,93]	0,0205
BGR	4	3,1	13	5	0,70	[0,29-1,66]	0,4743
Total	129	100	258	100			

Le bassin était normal dans 93,0% chez les exposées contre 84,1% pour les non exposées, la différence est statistiquement significative $p=0,01371$.

Tableau XXIII : Répartition des patientes selon la quantité du liquide amniotique

Quantité du LA	Exposées		Non exposées		RR	IC	P
	Eff	%	Eff	%			
Normale	125	96,9	251	97,3	0,87	[0,22-3,61]	0,8287
Oligoamnios	3	2,3	0	0	3,05	[2,64-3,52]	0,013
Hydarnios	1	0,8	7	2,7			
Total	129	100	258	100			

L'oligoamnios a été retrouvé dans 2,3% chez les exposées contre 0,% chez les non exposées, la différence est statistiquement significative $p=0,013$.

Tableau XXIV : répartition des patientes selon l'existence de malformation fœtale

Malformation fœtale	Exposées		Non exposées				
	Eff	%	Eff	%	RR	IC	P
Oui	3	2,3	0	0	3,05	[2,64-3,52]	0,0139
Non	126	97,7	258	100	0,33	[0,28-0,38]	0,0139
Total	129	100	258	100			

La malformation fœtale a été retrouvée dans 2,3% chez les exposées contre 0% chez les non exposées, la différence est statistiquement significative $p=0,0139$.

Tableau XXV : répartition des patientes selon la réalisation du doppler ombilical

Doppler ombilical	Exposées		Non exposées				
	Eff	%	Eff	%	RR	IC	P
Pathologique	4	3,1	0	0	3,06	[2,65-3,54]	0,00446
Non pathologique	4	3,1	0	0	3,06	[2,65-3,54]	0,00446
Non effectué	121	93,8	258	100	0,32	[0,28-0,37]	0,000053
Total	129	100	258	100			

Le doppler ombilical était pathologique dans 3,1% chez les exposées contre 0% pour les non exposées, la différence est statistiquement significative $p=0,00446$.

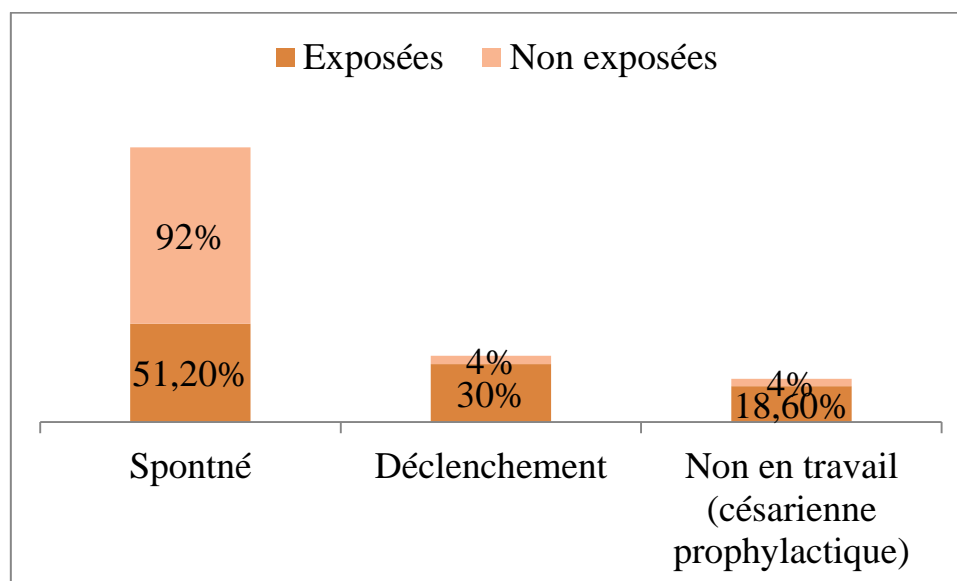


Figure 4 : répartition des patientes selon le mode d'entrée en travail

Le déclenchement artificiel a été réalisé chez 30,2% des exposées contre 4,3% pour les non exposées, la différence est statistiquement significative $p=10^{-7}$.

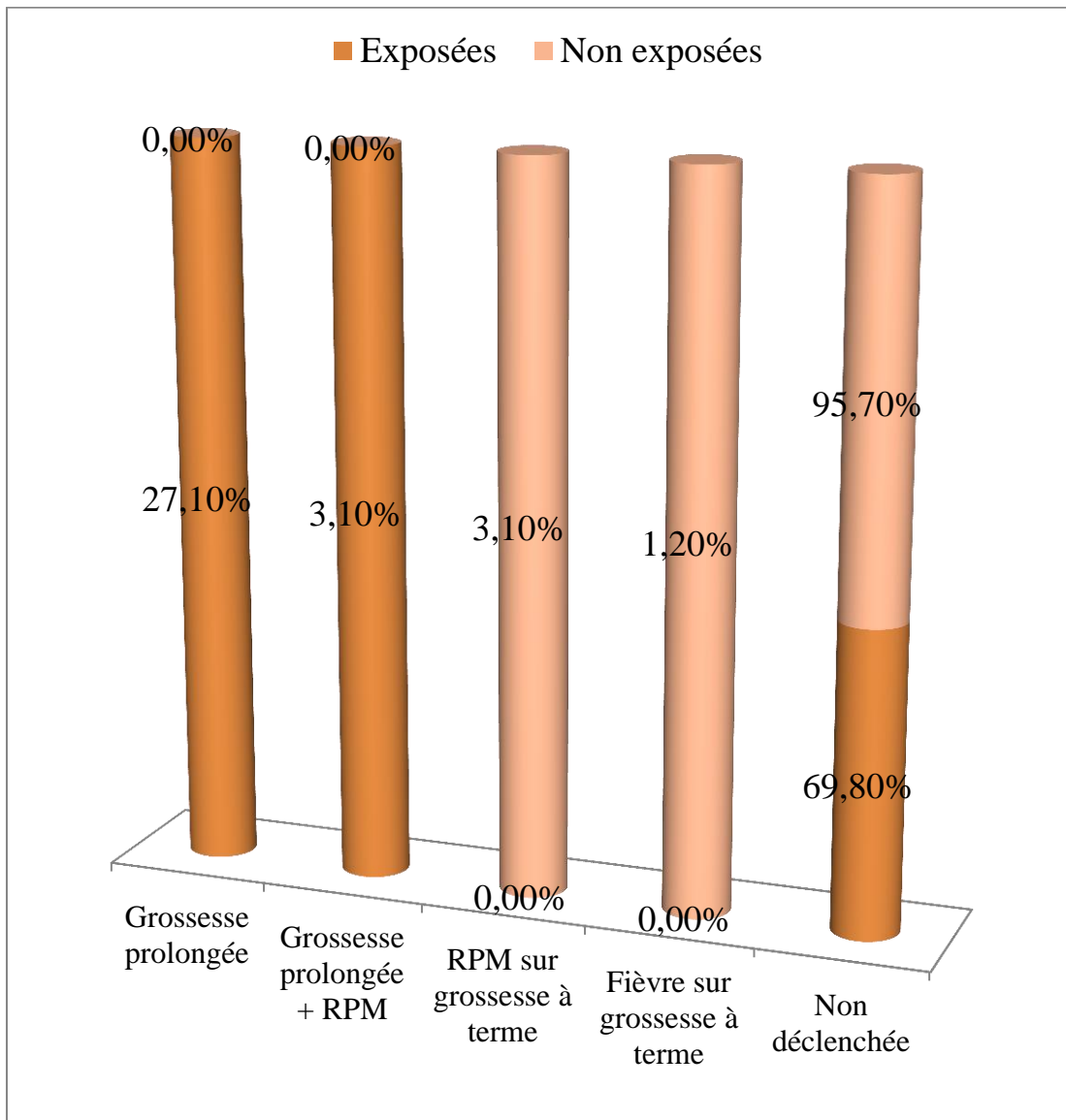


Figure 5 : répartition des patientes selon l'indication du déclenchement

La grossesse prolongée a été l'indication du déclenchement artificiel dans 27,1% chez les exposées contre 0% chez les non exposées, la différence est hautement significative $p=10^{-7}$.

Tableau XXVI : répartition des patientes selon l'utilisation de misoprostol

Misoprostol	Exposées		Non exposées				
	Eff	%	Eff	%	RR	IC	P
Oui	39	30,2	11	4,3	9,73	[4,57-20,15]	10 ⁻⁷
Non	90	69,8	247	95,7	0,10	[0,05-0,22]	10 ⁻⁷
Total	129	100	258	100			

Les prostaglandines ont été utilisées dans 30,2% chez les exposées contre 4,3% chez les non exposées, la différence est hautement significative $p=10^{-7}$.

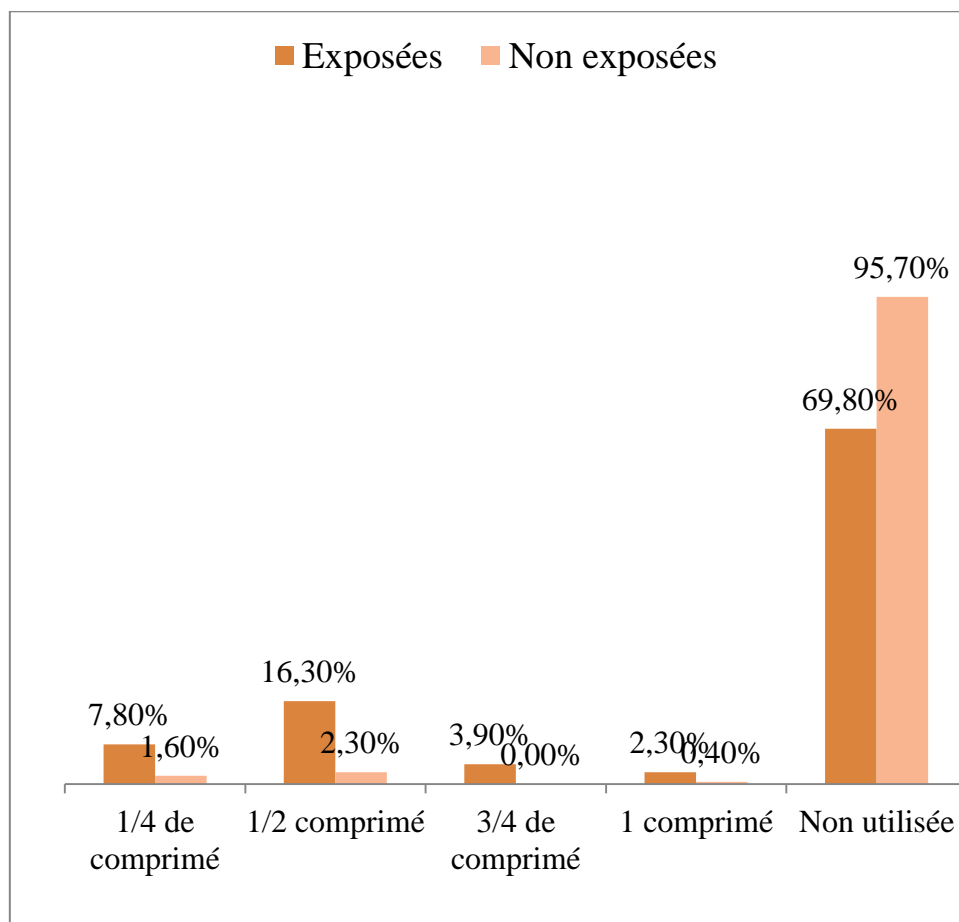


Figure 6 : répartition des patientes selon la dose de misoprostol utilisée

Le déclenchement artificiel a été réalisé à l'aide de 1/2 comprimé de misoprostol dans 16,3% des exposées contre 2,3% pour les non exposées, la différence est statistiquement significative $p=0,0000004$.

NB: La dose de misoprostol(1/4) a été renouvelée chaque fois qu'elle n'a pas été efficace avec un délai de 6 heures.

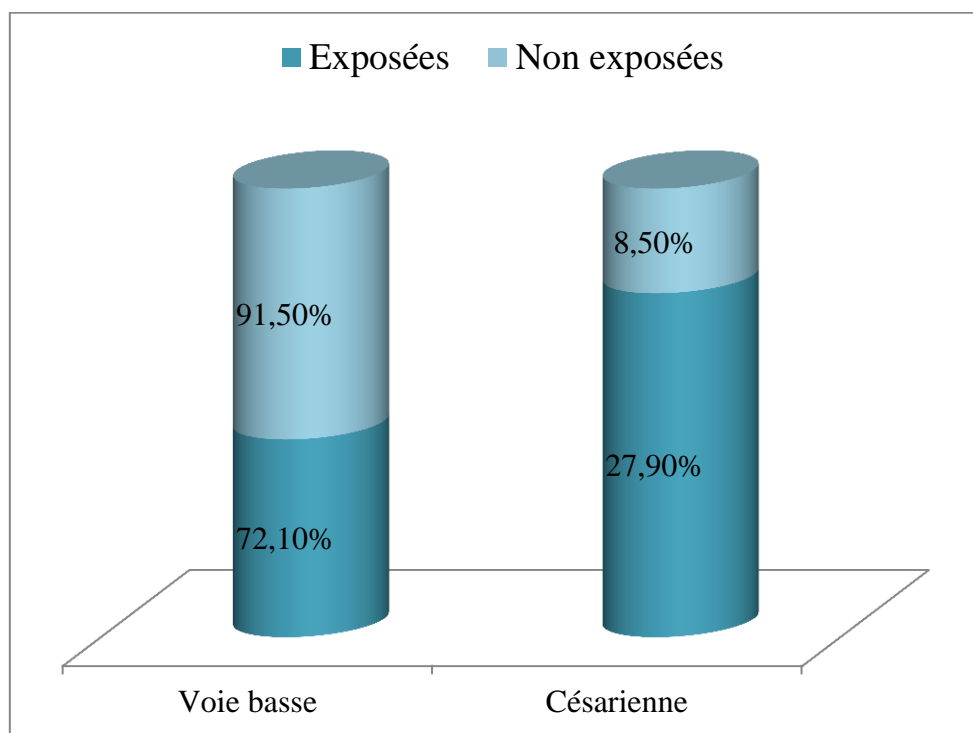


Figure 7 : répartition des patientes selon la voie d'accouchement

La césarienne a été réalisée dans 27,9% chez les exposées contre 8,5% chez les non exposées, la différence est hautement significative $p=0,000005$.

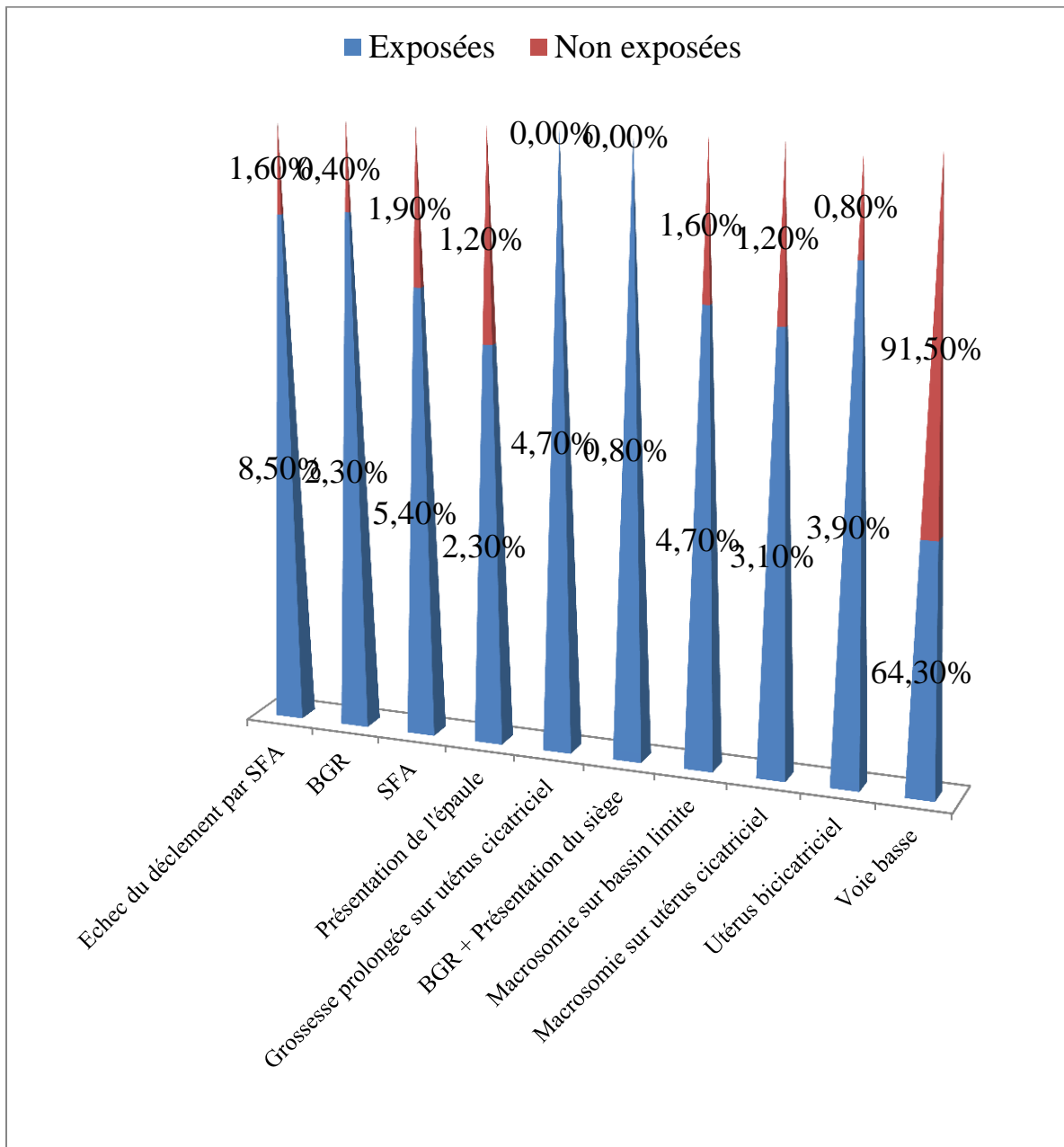


Figure 8 : répartition des patientes selon l'indication de la césarienne

L'échec du déclenchement par souffrance fœtale aigüe a été l'indication de césarienne dans 8,5% des exposées contre 1,6% pour les non exposées, la différence est statistiquement significative $p=0,01283$.

Tableau XXVII : répartition des patientes selon le sexe du nouveau-né

Sexe	Exposées		Non exposées		RR	IC	P
	Eff	%	Eff	%			
Masculin	77	59,7	126	48,8	1,55	[0,99-2,44]	0,0438
Féminin	52	40,3	132	51,2	0,64	[0,41-1,01]	0,0438
Total	129	100	258	100			

Dans 59,7% le sexe du nouveau-né était masculin chez les exposées contre 48,8% chez les non exposées, la différence est statistiquement significative p=0,0438.

Tableau XXVIII : répartition des patientes selon la présence de signe de post maturité

Signe de post Maturité	Exposés		Non exposées		RR	IC	P
	Eff	%	Eff	%			
Oui	11	8,5	0	0	3,13	[2,74-3,70]	0,000002
Non	118	91,5	258	100	0,31	[0,27-0,36]	0,000002
Total	129	100	258	100			

Les signes de post maturité ont été retrouvés dans 8,5% des exposées contre 0% chez les non exposées, la différence est hautement significative p=0,000002.

Tableau XXIX : répartition des patientes selon la calcification placentaire

Calcification Placentaire	Exposées		Non exposées		RR	IC	P
	Eff	%	Eff	%			
Oui	14	10,9	0	0	3,13	[2,70-3,63]	0,000002
Non	121	89,1	258	100			0,000002
Total	129	100	258	100			

La calcification placentaire était présente dans 10,9% des exposées contre 0% chez les non exposées, la différence est hautement significative p=0,000002.

Tableau XXX: répartition des nouveaux nés selon le score d’Apgar à la première minute

Apgar 1 ^{ère} mn	Exposées		Non exposées		RR	IC	P
	Eff	%	Eff	%			
[0]	0	0	0	0			
[1-3]	1	0,8	3	1,2			
[4-7]	14	10,8	17	6,6	1,73	[0,77-3,84]	0,14523
≥ 8	114	88,4	238	92,2	0,64	[0,30-1,37]	0,21011
Total	129	100	258	100			

A la première minute le score d’Apgar était entre 4 et 7 dans 10,8% des exposées contre 6,6% pour les non exposées, la différence n’est pas statistiquement significative p=0,14523.

Tableau XXXI : répartition des nouveaux nés selon le score d’Apgar à la cinquième minute

Apgar 5 ^{ème} mn	Exposées		Non exposées		RR	IC	P
	Eff	%	Eff	%			
[0]	0	0	1	0,4			
[1-3]	1	0,8	2	0,8			
[4-7]	5	3,9	5	1,9	2,04	[0,50-8,30]	0,2573
≥ 8	123	95,3	250	96,9	0,66	[0,20-2,18]	0,4413
Total	129	100	258	100			

A la cinquième minute le score d’Apgar était compris entre 4 à 7 dans 3,9% des exposées contre 1,9% pour les non exposées, la différence n’est pas statistiquement significative p=0,2573.

Tableau XXXII : répartition des patientes selon la réalisation de la réanimation néonatale

Réanimation Néonatale	Exposées		Non exposées		RR	IC	P
	Eff	%	Eff	%			
Oui	15	11,6	20	7,8	1,57	[0,73-3,34]	0,21011
Non	114	88,4	238	92,2	0,64	[0,30-1,37]	0,21011
Total	129	100	258	100			

Les nouveau-nés ont été réanimés chez 11,6% des exposées contre 7,8% chez les non exposées, la différence n'est pas significative p=0,21011.

Tableau XXXIII : Répartition des patientes selon le poids de naissance du nouveau-né

Poids(g)	Exposées		Non exposées		RR	IC	P
	Eff	%	Eff	%			
<2500g	1	0,8	23	8,9	0,08	[0,00-0,56]	0,00174
2500g-3999g	118	91,5	224	86,8	1,41	[0,83-2,41]	0,17844
≥4000g	10	7,8	11	4,3	1,46	[0,91-2,35]	0,1532
Total	129	100	258	100			

La macrosomie fœtale a été retrouvée dans 7,8% des exposées contre 4,3% pour les non exposées, la différence n'est pas statistiquement significative p=0,1532.

Tableau XXXIV: répartition des patientes selon le décès néonatal

Décès néonatal	Exposées		Non exposées		RR	IC	P
	Eff	%	Eff	%			
Oui	1	0,8	2	0,8	1,20	[0,13-14,2]	1,00
Non	128	99,2	256	99,2	1,15	[0,05-3,4]	1,00
Total	129	100	258	100			

Nous avons enregistré 0,8% de décès néonatal chez les exposées et les non exposées, la différence n'est pas significative P =1.

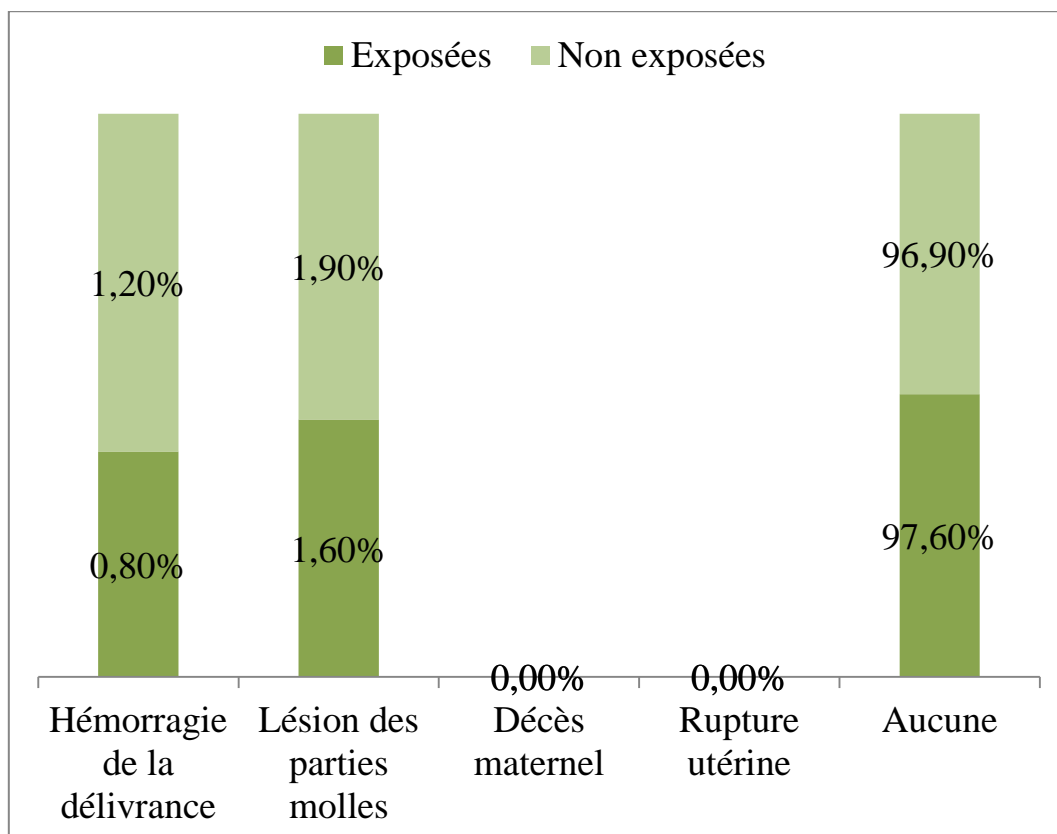


Figure 8 : répartition des patientes selon l'existence de complication du post partum

Nous avons retrouvé 1,6% de lésions des parties molles chez les exposées contre 1,9% pour les non exposées.

V- COMMENTAIRES ET DISCUSSION

V- COMMENTAIRES ET DISCUSSION

1-Fréquence :

Pendant la période d'étude, nous avons enregistré 3562 accouchements dont 129 cas de grossesse prolongée, soit une fréquence de 3,62%. Ce résultat est nettement inférieur à ceux de **Beisher [11]** ; **Voheer H [21]** et de **Mohamed El Idriss [32]** qui, ont respectivement trouvé 11,4% ; 12% et 12,26%.

Cette fréquence diminuée dans notre étude peut s'expliquer d'une part par le faible taux des consultations prénatales au premier trimestre de la grossesse (non réalisation de l'échographie du premier trimestre) et d'autre part par le faible niveau de scolarisation des filles qui, pour la majorité ignorent leur DDR.

2. Le déclenchement artificiel du travail :

En 2011 le CNGOF a recommandé un déclenchement du travail entre 41 SA + 0 jour et 42 SA + 6 jours. Cependant dans notre étude nous avons enregistré 30,2% de déclenchement chez les exposées contre 4,3% pour les non exposées, ce taux élevé de déclenchement chez les exposées s'explique par un recours plus systématisé au déclenchement du travail d'accouchement à partir de 41SA.

Zhang et al ont recensé à partir de 41+0SA d'âge gestationnel 20 % de déclenchement en 1992 contre près de 40 % en 2003 [50]. En Belgique 1 femme sur 4 a été déclenchée, 0,6% Flandres et 1,6% Wallonie. En Scandinavie le taux déclenchement moyen est de 13% versus 22% en France et 23% au Royaume-Uni.

3. Mode d'admission

Les gestantes adressées représentaient 19,4% chez les exposées contre 14,3% pour les non exposées la différence n'est pas statistiquement significative $p=0,2026$.

4. Consultation prénatale

Le nombre de CPN était supérieur ou égal 4 avec une fréquence de 79,1% chez les exposées contre 25,9% chez les non exposées, la différence est hautement significative $p=10^{-7}$. Ce qui explique que plus la grossesse est prolongée plus le nombre des consultations prénatales est élevé.

5- FACTEURS DE RISQUE DE LA GROSSESSE PROLONGÉE

5-1 Maternel

a-Age maternel :

Dans la littérature, le rôle de l'âge maternel dans la survenue de la grossesse prolongée est controversé. Pour **Beisher [11]**, il existe une relation inversement proportionnelle entre l'âge maternel et l'incidence des grossesses prolongées. Par contre, **Vorheer [21]** remarque la corrélation inverse.

D'autres auteurs ont conclu que l'âge de la mère n'intervient pas sur l'incidence des grossesses prolongées. Des études ont montré la prédominance de la tranche d'âge 25 à 35 ans; **Mohamed El Idriss [32]** a trouvé une prédominance de la tranche d'âge de 20 à 30 ans (62%). Dans notre étude, nous avons eu une prédominance de la tranche d'âge de 20 à 25 ans (41,1%) nous pensons que cette tranche d'âge correspond à la période de pleine activité génitale.

b-Poids maternel :

De récentes études ont incriminé le poids maternel et plus précisément un IMC trop élevé au premier trimestre ainsi qu'une variation importante de l'IMC entre le premier et le dernier trimestre [24]. En effet, **Khashan et al [33]** mettent en avant que le fait d'avoir eu une augmentation de l'IMC ≥ 10 kg /m² durant la grossesse entraîne un retardement des accouchements d'environ 3 jours (280,7 jours versus 283,2 jours). Également, les femmes en surpoids ou en obésité et obésité morbide ont plus de risque d'avoir une grossesse prolongée par rapport aux femmes ayant un poids normal.

Les patientes en surpoids étaient les plus représentées chez les exposées soit 38% contre 27,5% pour les non exposées la différence est statistiquement significative $p=0,03588$.

Ces résultats concordent avec la littérature et ceux de **Khashan et al [33]**.

d-Origine ethnique.

De nombreuses études ont montré que la durée de gestation est variable selon l'origine ethnique des femmes [28,49]. **Beisher [11]** a noté l'absence d'influence de la race sur l'incidence de la grossesse prolongée.

Par contre, **Vorheer H [21]** note une incidence supérieure de la grossesse prolongée dans la race blanche comparée à la race noire. **Papiernick [28]** en 1990 a conclu que la durée de gestation chez les femmes noires serait en moyenne diminuée de 5 jours par rapport aux femmes blanches. **Caughey et al [17]** aux États-Unis, ont retrouvé un risque diminué d'accouchement après 41+0 SA chez les femmes d'origine afro-américaine, latine et asiatique comparativement aux femmes caucasiennes.

Malheureusement aucune étude comparative n'a été menée en Afrique.

Dans notre étude les bambaras étaient les plus représentées soit une fréquence de 30,2% chez les exposées contre 39,1% chez les non exposées la différence n'est pas significative $p=0,0853$.

Ce résultat s'explique par la prédominance de cette ethnie dans la commune II.

e-Niveau socioéconomique :

Certains auteurs [29,30] ont suggéré qu'un niveau socio-économique élevé favoriserait la prolongation de la grossesse du fait d'une meilleure observation du repos. Les femmes au foyer étaient prédominantes chez les exposées avec une fréquence de 58,1% contre 57,4 pour les non exposées. La différence n'est pas significative $p=0,8843$.

f-Antécédent de grossesse prolongée.

L'antécédent de grossesse prolongée a été retrouvé plus de 3 fois (**RR=3,04**) chez les exposées que les non exposées avec les fréquences respectives de 20% et 1,6% la différence est statistiquement significative $p=10^{-7}$. Ce résultat confirme les données de la littérature. **Vorheer [21]** a conclu qu'une femme ayant eu une grossesse prolongée a 50% de chance d'avoir ultérieurement une seconde grossesse prolongée. Une autre étude faite par **Mogren [27]** a montré que le risque relatif que la grossesse se prolonge après une grossesse prolongée augmenterait de 2 à 3 fois.

g-Facteurs mécaniques :

Certains facteurs mécaniques favoriseraient la grossesse prolongée par anomalie de la résistance du col ou par défaut de stimulation du pôle fœtal sur le col dans le cas d'une disproportion foeto-pelvienne importante et dans toutes les présentations irrégulières (front, face, épaule, siège) [9].

Nous avons enregistré 1,6% de présentation de siège chez les exposées et les non exposées; 2,3% de présentation de l'épaule chez les exposées contre 1,2% chez les non exposées.

k- Autres facteurs maternels :

L'hypertension artérielle gravidique a été incriminée, vue la fréquence élevée de cette pathologie chez les patientes présentant une grossesse prolongée ; nous avons enregistré l'hypertension artérielle dans 1,6% chez les exposées contre 3,1% chez les non exposées. Elle paraît être selon certains auteurs [7] plus une conséquence qu'une cause de la prolongation de la grossesse. L'insuffisance placentaire engendrée par la sénescence placentaire peut être à l'origine d'un syndrome toxémique.

5-2 Fœtaux

a-Malformations fœtales

Certaines malformations fœtales favoriseraient la grossesse prolongée [13]. Nous citerons : l'anencéphalie responsable d'une hypoplasie surrénalienne par défaut de stimulation hypophysaire; l'hydrocéphalie; la trisomie 18; l'hypoplasie congénitale des surrénales ; la malformation fœtale a été retrouvée dans 2,3%

(2 cas d'hydrocéphalie) chez les exposées contre 0% chez les non exposées, la différence est statistiquement significative $p=0,0139$.

b-sexe fœtal

Les études sur ce sujet sont contradictoires. Pour certains, le sexe masculin entraîne une durée de gestation plus longue. Dans 59,7% le sexe du nouveau-né était masculin chez les exposées contre 48,8% chez les non exposées, la différence est statistiquement significative $p=0,0438$. Ce résultat est proche de ceux de **Mohamed El Idriss** [32] et de **Faisal Yousuf Nour** [35] qui, ont respectivement trouvé 58,2% et 59,5% de sexe masculin.

Vorheer [21] a observé une prédominance du sexe masculin et **Divon et al** [12] trouvent que la durée moyenne de la grossesse était plus élevée chez les garçons (280,6+ /-8 ,9 jours) par rapport à celle des filles (279,8 ± 8,6 jours) ; il conclut que le pourcentage de naissance après terme chez les garçons (26,5% après 41 SA et 7,6% après 42 SA) est significativement plus élevé que chez les filles (22,5% après 41 SA et 6,6% après 42 SA); **Smith et al** [22] trouvent une durée identique (283 jours) pour chaque sexe à partir de 1514 grossesses.

6- DONNEES CLINIQUES :

6.1- EXAMEN OBSTETRICAL :

A l'admission 51,2% des exposées contre 91,9% pour les non exposées était en travail la différence est statistiquement significative. Ce résultat est nettement supérieur à celui de **Faisal Yousuf Nour** [35] qui rapporta un taux de 29,7% de gestantes en travail.

a- Les mouvements actifs fœtaux

Leur date d'apparition n'a qu'une valeur relative. Habituellement, la primipare sent son enfant bouger à partir de la 18^{ème} semaine et la multipare à partir de la 16^{ème} semaine. Mais certaines femmes ne savent pas reconnaître les mouvements actifs fœtaux, ce qui retarde leur date d'apparition. Dans notre étude il n'y a pas eu de modification des MAF.

b- La hauteur utérine

Les mesures de la hauteur utérine et du périmètre ombilical sont trop imprécises pour apprécier l'âge de la grossesse du fait des variations liées au volume fœtal, à l'épaisseur de la paroi et à la quantité de liquide amniotique.

Il faut cependant accorder de la valeur à sa diminution lors d'examens successifs due à une résorption du LA en relation avec un oligoamnios.

Il faut être toujours prudent en cas de hauteur utérine insuffisante car elle n'implique pas obligatoirement une erreur de terme mais peut être en rapport avec un retard de croissance intra utérin (RCIU) ou un oligoamnios.

La hauteur utérine était supérieur à 35 cm à 3,9% des exposées contre 0,39% pour les non exposées, la différence n'est pas statistiquement significative $p=0,8568$. Ce résultat est inférieur à celui de **Faisal Yousuf Nour [35]** qui a rapporté 8,96%.

c- Bruits cardiaques fœtaux :

Les bruits cardiaques fœtaux (BCF) ont été appréciés par le stéthoscope de Pinard. Le bruit du cœur fœtal était inférieur à 120 battements à la minute chez les exposées avec 9,3% contre 1,32% pour les non exposées la différence n'est pas statistiquement significative $p=0,2579$.

d- Etat du col :

Le col était fermé dans 6,1% chez les exposées contre 4,3% pour les non exposées la différence n'est pas statistiquement significative 0,4055.

e- Le score de Bishop :

Le score de Bishop était favorable dans 91,5% des exposées contre 100% chez les non exposées la différence est statistiquement significative $p=10^{-7}$.

f-Aspect du liquide amniotique :

Le liquide amniotique était meconial dans 19,4%, chez les exposées contre 13,6% pour les non exposées, la différence est statistiquement significative $p=0,04377$.

h- Présentations :

La plupart des présentations étaient le sommet soit 96,1% chez les exposées contre 97,2% pour les non exposées la différence n'est pas significative $p=0,5338$.

7- CONSEQUENCES FŒTALES:

La prolongation d'une grossesse au-delà du terme s'accompagne d'une augmentation de la morbidité et de la mortalité fœtale et néonatale.

a- Macrosomie fœtale

Dans les grossesses prolongées la croissance fœtale est le plus souvent conservée, cela se traduit par une augmentation du poids de naissance moyen : de 10 % de nouveau-nés macrosomes entre 38 et 40 SA, ce nombre s'élève à 20 % entre 40 et 42 SA, puis à plus de 40 % entre 43 et 44 SA [36].

En cas de grossesse prolongée, l'élévation du poids de naissance est responsable d'une augmentation des complications obstétricales à l'accouchement (allongement de la durée du travail, césariennes pour dystocie, extractions instrumentales, hémorragies du postpartum, déchirures périnéales sévères) et d'une partie de la morbidité périnatale liée à la dystocie des épaules (lésions du plexus brachial, fractures, asphyxie néonatale).

Les risques de traumatisme néonatal augmentent de manière linéaire avec le poids de naissance. La macrosomie fœtale été retrouvée dans 7,8% des exposées contre 4,3% pour les non exposées, la différence n'est pas statistiquement significative $p=0,1532$. Notre résultat est inférieur à celui trouvé par **Faisal Yousuf Nour [35]** qui est de 12,2%.

b- Souffrance fœtale aigue au cours du travail

A la première minute le score d'Apgar était entre 4 et 7 dans 10,8% des exposées contre 6,6% pour les non exposées, la différence n'est pas statistiquement significative $p=0,14523$. Ce résultat est nettement supérieur à ceux de **Vial [37]** et de **Faisal Yousuf Nour [35]** qui ont trouvé respectivement 1,1% et 5,4% mais inférieur à celui de **Mohamed El Idriss [32]** qui, a trouvé 34,2%. **Roach [31]** dans une étude de cas témoin trouve un taux similaire à terme et à post terme respectivement 4,4% et 5,5%. **Sherer [39]** remarque qu'il existe une prévalence augmentée d'altération du rythme cardiaque de base au cours du travail après 42 SA (tachycardie, tracé plat) associées à des ralentissements variables. Ce taux élevé de souffrance fœtale aigue montre la corrélation entre le prolongement de la grossesse et la souffrance fœtale aigue.

c-Mortalité fœtale et néonatale

Nous avons enregistré 0,8% de décès néonatal chez les exposées et les non exposées ; ce résultat est proche de celui de **Faisal Yousuf Nour [35]** qui, dans une série de 74 cas rapporta une fréquence de 1,4% de décès néonatal. Ces résultats confirment les études de **Divon [46]** qui, dans son étude a conclu une augmentation significative du risque de mortalité fœtale qui débute à 41 SA. Le risque relatif passe de 1,5 à 41 SA à 2,9 à 43 SA. Il démontre que le risque de mortalité néonatale n'augmente pas significativement avec l'âge gestationnel.

d-Signes de post maturité

Les signes de post maturité ont été retrouvés dans 8,5% chez les exposées contre 0% chez les non exposées la différence est hautement significative $p=0,000002$. Ce résultat est supérieur à celui de **Faisal Yousuf Nour [35]** qui a rapporté une fréquence de 5,4% de signe de post maturité. Notre résultat montre que les signes de post maturité sont fortement associés à la grossesse prolongée.

e-Devenir néonatal

Peu d'études ont comparé le devenir des nouveau-nés de grossesse prolongée à celui des enfants nés à terme. Il n'existerait pas de différence concernant le développement psychomoteur, la croissance staturo-pondérale, le quotient intellectuel et le nombre d'hospitalisations, le risque de retard psychomoteur étant lié directement à la souffrance fœtale aiguë ou à la pathologie néonatale.

Les nouveaux ont été réanimés dans 11,6% chez les exposées contre 7,8% chez les non exposées la différence n'est pas statistiquement significative $p=0,21011$; nous avons enregistré 0,8% de décès chez les exposées et les non exposées.

Il n'y a pas eu malheureusement d'étude comparative au Mali et dans les pays d'Afrique entre les nouveau-nés de grossesse prolongée et les nouveau-nés à terme en vue d'évaluer le devenir néonatal. Nous pouvons dire actuellement que le taux de mortalité liée à la grossesse prolongée est très faible, grâce à :

- une surveillance efficace avant le travail à partir de 41 SA.
- et une surveillance accrue et constante pendant le travail pour le dépistage de souffrance fœtale aiguë responsable de lésions anoxo-ischémiques cérébrales ou de l'inhalation méconiale causes fréquentes de mortalité.

8. CONSEQUENCES MATERNELLES

a- Les césariennes

Les auteurs ont depuis longtemps mis en évidence un lien entre l'indication de césarienne et la grossesse prolongée, les taux rapportés allant de 12 à 25 %, [45]. Dans l'étude d'Olesen et al.[8]; les résultats montraient un risque de césariennes réalisées en urgence plus important en cas de grossesse prolongée (12,8 % de césariennes réalisées en urgence dans le groupe cas contre 8,2 % dans le groupe témoin). Cheng et al. [45] ont également décrit d'après les résultats issus d'une cohorte américaine 19,8% de césariennes à 41 SA par comparaison à 12,3 % à 39 SA (RR = 1,46 [1,44—1,48]).

Au total, le taux de césarienne est multiplié par 1,5 environ en cas de grossesse prolongée [47, 45,41]. Pour autant, le manque de précision dans les études citées ne nous permet pas toujours de différencier l'augmentation du taux de césariennes liées à la grossesse prolongée et l'augmentation du taux de césariennes dues à des politiques interventionnistes à partir d'un âge gestationnel donné. La césarienne a été réalisée dans 27,9% (RR=4,15 [2,24-7,75]) chez nos exposées contre 8,5% chez les non exposées la différence est hautement significative $p=0,000005$.

Ce qui Concorde avec les données de la littérature et montre la corrélation entre la prolongation de la grossesse et la césarienne.

b- Les complications du post-partum

La surdistension utérine et le travail long sont des facteurs d'hémorragie de la délivrance auxquels sont particulièrement exposées les patientes dont la grossesse se prolonge. Nous avons enregistré 0,8% d'HPP chez les exposées contre 1,2% pour les non exposées.

Ce résultat est inférieur à ceux rapportés par **Caughey [17]** qui a trouvé un risque de l'HPP de 2,5% -5,0%; et celui du registre danois **[8]** qui a recensé 3,6 % -5 % d'HPP ce faible taux peut s'expliquer par les mesures préventives d'HPP dans notre étude.

c- Les lésions des parties molles

Souvent considérées comme moins sévères et donc moins étudiées, les lésions des parties molles constituent pour autant une composante importante de la morbidité maternelle à prendre en compte dans l'étude des complications obstétricales associées à la grossesse prolongée. Nous avons trouvé 0,8% de lésion des parties molles chez les exposées contre 1,2% pour les non exposées ; **Caughey et al. [17]** ont observé sur leur étude concernant 119 254 femmes une fréquence augmentée de lésions des troisième et quatrième degrés en cas de grossesse prolongée soit 6,7 %. Ces lésions sont dues au poids de naissance de l'enfant.

d- Mortalité maternelle

Il n'existe pas à notre connaissance d'études spécifiques sur l'association entre le prolongement de la grossesse et le décès maternel. Étant donné la rareté de cet événement, les études publiées manquent de puissance pour étudier cet aspect particulier. Par ailleurs, les rapports successifs français du Comité national des experts en mortalité maternelle (CNEMM) ainsi que le rapport anglais n'identifient pas la grossesse à terme dépassé comme un facteur associé au décès maternel **[42]**.

Dans notre étude, nous n'avons pas noté des cas de mortalité maternelle.

VI-CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

CONCLUSION

Au terme de cette étude et de la revue de la littérature, il est classiquement admis que la prolongation de la grossesse fait encourir des risques à la mère et au fœtus. Les risques maternels sont surtout le risque d'être césarisé du fait d'une augmentation de la fréquence des enfants macrosomes ou des souffrances fœtales aiguës pendant le travail et des souffrances fœtales chroniques.

Bien que la définition du terme dépassé soit de 42 SA, nous retiendrons que les risques fœtaux apparaissent dès 41 SA et que c'est à partir de cette date que doit s'organiser la prise en charge spécifique de la grossesse. La surveillance a pour but d'apprécier le bien être du fœtus. Elle associe une surveillance par la mère des mouvements actifs fœtaux, des enregistrements cardiotocographiques, et évaluation du liquide amniotique clinique et échographique. La moindre anomalie de l'un de ces paramètres doit envisager une extraction par césarienne. L'échographie précoce de datation permet le diagnostic sûr des grossesses prolongées en l'absence d'une date des dernières règles précise et permet d'éliminer les fausses grossesses prolongées.

RECOMMANDATIONS

Au terme de cette étude, des recommandations sont proposées et s'adressent

Aux décideurs :

- Renforcer la politique de scolarisation des filles.
- Doter la salle d'accouchement du CSRéf CII d'un appareil échographique.
- Doter le CSRéf CII d'un service de néonatalogie.
- Subventionner les frais des examens complémentaires chez les femmes enceintes.

Aux agents socio-sanitaires :

- Faire un counseling pour le changement de comportement en mettant l'accent sur l'importance de la réalisation des examens complémentaires.
- Faire une surveillance rigoureuse des grossesses à partir de 41SA à défaut faire le déclenchement artificiel à partir de cette date.

A la population :

- De suivre régulièrement les consultations prénatales pour un diagnostic et une prise en charge précoces des complications.
- Honorer les ordonnances et les examens complémentaires délivrés par les agents socio-sanitaires.

VII-REFERENCES

BIBLIOGRAPHIQUES

REFERENCES

1-OMS (Organisation Mondiale de la santé).

Classification statistique internationale des maladies et problèmes de santé connexes, 2007 .10 e édition, Genève (CH).

2- MERGER R., LEVY J., MELCHLOR J.

La souffrance foetale. Précis d'obstétrique 5ème ed, Masson, 1989 ; p 211-229.

3- CNGOF

Extrait des mises à jour en gynécologie et obstétrique, publié le 7 décembre 2011 en France.

4-Haute Autorité de santé.

Déclenchement artificiel du travail à partir de 37 Semaines d'aménorrhée;2008.

5-Bennett KA., Grune JMG., O'shea P., J Lacelle., Hutchens D., le juge Copel.

Premier dépistage échographique du trimestre est efficace pour réduire l'induction du travail après terme : un essai contrôlé randomisé. Am J Obstet Gynecol 2004; 190:1077-81.

6-la fusion., R. LEVY., J., Melchior., J. Précis d'Obstétrique.

Paris: Masson, 2003 6 ème éditions. Chapitre 2, Etude clinique de la grossesse normale, p.72-75, 2010.p.99.

7-Lansac J., Marret H., Oury J.

Pratique de l'accouchement.4èmeédition.Paris:Masson, 2006.2010;203,124. 121-7.LJ.

8-Olesen AW; Westergaard JG; Olsen J.

Perinatal and maternal complications related to post-term delivery: a national register-based study, 1978-1993. Am J Obstet Gynecol 2003;189:222-7.

9-HARRIS., B.A. & Al.

Le col défavorable de la grossesse prolongée, le Collège américain des obstétriciens et des gynécologues, 1983,vol.62,n°2, p.171-174.

10-MITTENDORF, R. & al.

Gestation.Obstetriques humaines et de gynécologie, le Collège américain des obstétriciens et gynécologues, 1990, Vol.75, n°6, p.929-932.

11-Beischer, N.A. & al.

Les études de la grossesse prolongée. American Journal of Obsteyrique et de gynecologie,1969,vol.103, p.476-482.

12-ALEXANDER, J.M., Leveno, K.J., et al.

Quarante semaines et au-delà: Issues de la grossesse par semaine de gestation. Obstétrique et gynécologie, l'American Collège des obstétriciens et gynécologues, 2000,vol.96,n°2,p.291-294.

13-BEUCHER., G. DREYFUS, M.

Prise en charge du dépassement de terme. La Revue Sage-Femme, Paris: Masson,2008,vol7,n°3,p.118-129.

14-ACOG Practice municipal 55.

Gestion des post maturités. Obstet Gynecol 2004;3:639-46.

15-Taipal P.,Ammata M., R Salonen,Hiilesmaa V.

La courbe d'apprentissage dans le dépistage échographique pour certaines anomalies structurelles fœtales en début de grossesse.Obstet Gynecol 2003 ;101 :273-8.

16-B.Guerin-Ph.Bourgeot-Ph.coquel:EMC:

Echographie de premier trimestre janvier 2010 ch4.France.

17-Caughey AB., Nicholson JM., Washington AE., First- vs : Secondtrimester ultrasound: the effect on pregnancy dating and perinatal outcomes. Am J Obstet Gynecol 2008;198 [703.e1-5-703.e5-6]. validation of established dating formulae in a population of in-vitro fertilized pregnancies randomized to early or late dating scan. Ultrasound Obstet Gynecol2004;24:4250.

18-BERLAND M.

Physiologie du déclenchement spontané du travail. 1995 EMC 5-049-D-22, 8p.

19-CLAUSSON B., METTINGINS S., AXELSON O.

Outcomes of post-term Births. The role of fetal growth restriction and malformations. Am J Obstet Gynecol, 1999, 94 :758 -62.

20- Fox H.

Aging of the placenta. Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed:1997;77:F171-5.

21-Vorherr H.

Placental insufficiency in relation to post-term pregnancy and fetal postmaturity. Evaluation of fetoplacental function; management of the post-term gravida. Am J Obstet Gynecol 1975;123:67-103.

22-Smith SC., Baker PN.

Placental apoptosis is increased in post- term pregnancies.Br J Obstet Gynaecol 1999;106:861-2.

23-Weiner Z., et al.

Doppler study of the fetal cardiac function in prolonged pregnancies. *Obstet Gynecol* 1996;88:200-2.

24-Larsen LG., et al.

A stereologic study of postmature placentas fixed by dualperfusion. *Am J Obstet Gynecol* 1995;172:500-7.

25-Zimmermann P., et al.

Doppler flow velocimetry of the umbilical artery, uteroplacental arteries and fetal middle cerebral artery in prolonged pregnancy. *Ultrasound Obstet Gynecol* 1995;5:189-97.

26-JONES C J., FOX H.

Ultrastructure of the placenta in prolonged pregnancy. *J* 1978 ;126 :173-179.

27- MOGREN I., STENLUND H., HOGBERG ULF.

Recurrence of prolonged pregnancy. *International Journal of Epidemiology*, 1999 ; 28 : 253-257.

28-PAPIERNIK E., MONTÉS DE OCA M., DE MOUZON J., HILBERT J., COHEN H., FEING OLD J.

Variation ethnique de la durée de gestation. *Arch Fr Pedi* 1985 ; 42 : 587-90.

29-CLIFFORD SH. Post maturity with placental dysfunction. *Pediatrics* 1954, 44 : 1-13.

30-PHILIPPE E.

Histologie placentaire 2ème éd. Paris : Masson 1986, 209 p.215-219.

31- ROACH V J., ROSERS M S.

Pregnancy outcome beyond 41 weeks gestation. *International Journal of Gynecology Obstetrics*, 1997 ; 59 : 19- 24.

32-Mohamed El Idriss.

Dépassement de terme à propos de 335 cas au service de Gynécologie-Obstétrique A de la maternité Lalla Meryem du CHU Ibn Rochd de Casablanca Thèse de Med.Casablanca , 2006.N°21.

33- KHASHAN A S., KENNY L C.

The effects of maternal body mass index on pregnancy outcome. *European Journal Epidemiology*, Springer, 2009, vol. 24, p.697-705.

34- DENISON FC., PRICE J., & al.

Maternal obesity, length of gestation, risk of postdates pregnancy and spontaneous onset of labour at term. *British Journal of Obstetrics and Gynaecology*, RCOG, 2008, vol. 115, n°6, p.720-725.

35-FAISAL YOUSUF.

Les grossesses prolongées à propos de 74 cas au service gynéco-obstétrique II du centre hospitalier universitaire Hassan II de Fes Thèse de Med.Fes,2012.N°16612.

36-Boulet SL., Alexander GR., Salihu HM., Pass MA.

Macrosomic births in the United States: Determinants, outcomes, and proposed grades of risks. Am J Obstet Gynecol.2003 May ;188 :1372-1378.

37- VIAL Y.

Le dépassement de terme. Arch Gynecol Obstet, 1992 ; 252 : 5869. Obstet Gynecol 2003;188:1372-8.

38-Comité technique national de l'échographie de dépistage prénatal. Rapport du comité d'entreprise de technique national pour le dépistage échographique prénatal.2005P.175.

39- SHERER D M., ONYEIJE CI., BINDER D., BERNSTEIN P., DIVON MY. Uncomplicated baseline fetal tachycardia or bradycardia in post-term pregnancies and perinatal outcome. American Journal of Perinatology, 1998 ;15 : 335-338

40- MANNINO F.

Neonatal complications of post term gestation. The journal of Reproductive Medicine, 1988 ; 33 : 271-276.

41-MANNING FA., MORRISON I., LONGE IR., HARMAN CR., CHAMBERLAIN PF.

Fetal assessment based on fetal biophysical profile scoring experience in 12,620 referred high risk pregnancy. Am J Obstet Gynecol 1981 ; 151 : 343-50.

42- MARKS AD., DIVON MY.

Longitudinal study of the amniotic fluid index in post dates pregnancy. Obstet Gynecol 1998 ; 79 : 229-33.

43-TERZIBACHIAN J.

Le dépassement de terme. Thèse de Med. Besancon 1988.N°107.

44-BOCHMER CJ., MEDEARIS AL., DAVIS J., OAKES GK., NOBEL CJ., WADE ME.

Antepartum predictors of fetal distress in post-term pregnancy. Am J Obstet Gynecol, 1987 ; 157 : 353-8.

45- CHENG YW ET AL.

Perinatal outcomes in low-risk term pregnancies: do they differ by week of gestation? Am J Obstet Gynecol 2008;199:e1-7.

46- DIVON M Y., MARKS A D., HENDERSON C E.

Longitudinal measurement of amniotic fluid index in post term pregnancies and its association with foetal outcome. Am J Obstet Gynecol, 1995 ; 172 : 142-6.

47-GRANNUM PA., BERKOWITZ RL., HOBBS JC.

The ultrasonic changes in the maturing placenta and their relation to fetal pulmonary maturity. Am J Obstet. Gynecol, 1979 ; 133 : 915-922.

48- BENSALD F., HAJOUJ S, NABIL S., BENNANI I, CHRAIBI C., BEZAD R., FEHRI S., ALAOUI M.

La grossesse prolongée. Expérience de la maternité des orangers. A propos de 283 cas. Rev. Fr. Gynecol. Obstet., 1996, 91 : 530-36.

49- PIERRE F., KONE M., SOUTOUL J H.

Durée normale de la grossesse. Encyc Méd Chir 1988 ; 12 : 5016.

50-ZHANG X, JOSEPH KS, KRAMER MS.

Decreased term and postterm birthweight in the United States: impact of labor induction. Am J Obstet Gynecol 2010;203, 124.e121-7.

VIII. ANNEXES

Fiche d'enquête

I. Identité de la patiente

Q1- **Nom et Prénom**.....

Q2- **Age:** <19ans [20-25]ans [26-30]ans [31-35]ans ≥36ans

Q3- **Résidence :** Commune I Commune II Commune III

Commune IV Commune V Commune VI Hors Bamako VII

Q4- **Situation matrimoniale:** mariée célibataire veuve divorcée

Q5- **Profession :** femme au foyer Vendeuse Commerçante

Elève et Etudiante Fonctionnaire Autres

Q6- **Ethnie :** Bambara Malinké Soninké Dogon Sonrhäï

Bozo Peulh Tamashek Autres : à préciser.....

Date d'entrée :.....

Date de sortie :.....

II. Mode d'admission

Q7-**Mode d'admission :** Venue d'elle-même Adressée Référée
Evacuée

III. Données de la grossesse actuelle:

Q8-**Grossesse suivie:** Oui Non

Si oui : 1 < 4CPN 2 : ≥ 4CPN

Auteur des CPN

Q9- Sage-femme Gyneco-Obstetricien Autre

Q10-**Déroulement** : Normal Anormal

IV. Antécédents

Q11- **médicaux** : HTA Diabète Hypothyroïdie Asthme ulcère
gastroduodénale autres Aucun

Q12- **Gynéco** : Oui Non

Obstétricaux :

Q13-**Grossesse prolongée** : Oui Non

Q14- **Mort fœtale in utéro** : Oui Non

Q15-**Avortement** : Oui Non

Q16-**Gestité** : Primigeste Paucigeste Multi geste

Grande multi geste

Q17-**Parité** : Nullipare Primipare Pauci pare Multipare

Grande multipare

Chirurgicaux :

Q18- Césarienne Laparotomie pour rupture utérine GEU

Myomectomie autres Aucun

V. **Détermination de l'âge de la grossesse**

Q19-**Date des dernières règles** : Connue Inconnue

Q20-**Echographie du 1er trimestre** : Réalisée Non réalisée

Q21-**Age de la grossesse** : 41- 41SA+6j ≥ 42SA

VI. Données de l'examen clinique

Q22-TA: Normale Anormale Tapez une équation ici.

Q23-Taille : $\leq 1,5m$ $> 1,5m$

Q24-IMC : Normal sur poids Obésité modéré Obésité sévère

Obésité morbide

Q25-Hauteur utérine : $< 32cm$ $32 \text{ à } 35cm$ $> 35cm$

Q26-Contraction utérine : Oui Non

Q27-Présentation: Sommet Siège Epaule Face Autre

Q28-BCF : < 120 $120 \text{ à } 160$ ≥ 160

Q29-Etat du col: fermé Ouvert

Q30- Bishop : ≥ 7 $1-4$ $5-6$

Q31-Poche des eaux: Intacte Rompue

Q32-Si rompue intervalle entre la rupture et l'admission : $< 6h$ $\geq 6h$

Q33-Aspect du liquide amniotique : Clair Teinté jaunâtre

Teinté méconial Puré de pois

Q34 -Bassin: normal Bassin limite Bassin généralement rétréci

Q35-Enregistrement du rythme cardiaque fœtal (RCF): Normal

Anormal Non fait

VI. Données des examens paracliniques

1. Echographie

Q36-**Placenta**: Normal Prævia Calcification placentaire

Q37-**Quantité de liquide amniotique** : Normal Diminué Augmenté

Q38-**Activité cardiaque** : Présente Absente

Q39-**Malformation fœtale** : Oui Non

Q40-**MFIU** : Oui Non

2. Doppler ombilical

Q41-Pathologique Non pathologique Non fait

3. Scannopélvimétrie faite

Q42-Normale Anormale Non faite

VII. Données sur l'accouchement

Travail d'accouchement

Q43-**Spontané** : Oui Non

Q44- **Déclenchement** : Oui Non

Si oui

Indication du déclenchement

Q45-Grossesses prolongées Syndromes vasculo- rénaux RPM RCIU

MFIU Malformation fœtales létales Iso-immunisation Diabète

Moyens utilisés :

Q-46 : Prostaglandine : Oui Non

Q-47 : Perfusion d'ocytocique : Oui Non

Voie d'accouchement

Q48-**Accouchement** : voie basse Césarienne

Indications de la césarienne

Q49-**Cesarienne** : SFA BGR Arrêt de la progression

Echec de l'épreuve utérine Présentation dystocique Uterus-bicatriciel

Echec **de** déclenchement Dépassement du terme Autre

VII-Examen du nouveau-né et complications maternelles :

1.Examen du nouveau-né

Score d'Apgar

Q50-1^{ère} minute : < 7 5^{ème} minute : < 10

Q51-1^{ère} minute : ≥ 7 5^{ème} minute : = 10

Q52-1^{ère} minute = 0

Q53-**Reanimation néonatale** : Oui Non

Q54-**Signe de post-maturité** : Oui Non

Si Oui 1 : Peau sèche et fripée 2 : Desquamation au niveau des mains et des pieds

3 : Allongement des phanères 4 : Absence de lanugo et du vernix Autre

Q55-**Inhalation du méconium** : OUI Non

Q56-Malformation : Oui Non

Si Oui 1:Anancephalie 2 : Hydrocéphalie 3 :Trisomie18 4 : Autre

Q57-Poids à la naissance : < 2500g entre 2500 à 3999g ≥ 4000g

Q58- Mort- né : Oui Non

Q59-Decès néonatal : Oui Non

2.Complications maternelles

Q60-Hémorragie de la délivrance : Oui Non

Q61- Rupture utérine : Oui Non

Q62-Lésion cervicale : Oui Non

Q63-autres :

IX. Examen du délivre

Q64-Insertion du cordon : Normale Anormale Autres.....

Q65- Calcification placentaire : Oui Non

FICHE SIGNALETIQUE

Prénom : Moussa F

Nom : TANGARA

Titre : Grossesse prolongée au centre de santé de référence de la commune II du district de Bamako

Année académique : 2014-2015

Nationalité : Malienne

Ville de Soutenance : Bamako

Lieu de dépôt : Bibliothèque de la FMOS

Secteur d'intérêt : Gynécologie obstétrique, santé publique

Résumé :

Il s'agissait d'une étude rétrospective de cohorte allant du 01 janvier au 31 décembre 2012 portant sur 129 grossesses prolongées au centre de santé de référence de la commune II du district de Bamako.

Dans notre étude la fréquence des grossesses prolongées était de 3,62%.

La césarienne a été réalisée chez 27,9% des exposées contre 8,5% chez les non exposées avec une différence hautement significative ($P=0,000005$).

La principale indication de césarienne était l'échec du déclenchement par souffrance fœtale aigue 8,5% chez les exposées contre 1,6% chez les non exposées avec une différence statistiquement significative ($P=0,01283$).

Nous avons enregistré 7,8% cas de macrosomie chez les exposées contre 4,3% chez les non exposées avec une différence non statistiquement significative ($P=0,1532$).

Les signes de post maturité ont été retrouvés chez 8,5% des exposées contre 0% des non exposées avec une différence hautement significative ($P=0,000002$).

On a enregistré un cas de décès néonatal chez les exposées et les non exposées
Mots clés : Grossesse prolongée; déclenchement Accouchements, pronostic maternofoetal.

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.

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

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

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

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

Respectueux et reconnaissant 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 couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque.

Je le jure