

# BURKINA FASO

UNIVERSITE DE OUAGADOUGOU

FACULTE DES SCIENCES DE LA SANTE

( F. S. S. )

Section Médecine

Année Universitaire 1997-1998

Thèse N° 46

## GROSSESSE ET ACCOUCHEMENT CHEZ LA GRANDE MULTIPARE

A propos de 242 cas colligés en 1996 à la maternité du Centre  
Hospitalier National Yalgado Ouédraogo de Ouagadougou  
(Burkina Faso)

### THESE:

Présentée et soutenue publiquement le 10 octobre 1998

Par

**ZOUNDI Ouango Oscar**

Né le 27 septembre 1969 à Zuénoula (Côte d'Ivoire)

Pour l' obtention du DOCTORAT d'ETAT en Médecine

**Directeur de thèse:**  
Prof. Bibiane KONE

**Co-Directeur**  
Dr Jean LANKOANDE

### JURY:

**Président:**  
Prof. Ag. Blaise SONDO

**Membres:**  
Prof. Bibiane KONE  
Dr. Joachim SANOU  
Dr. Boubakar TOURE

# **UNIVERSITE DE OUAGADOUGOU**

## **Faculté des Sciences de la Santé ( F.S.S. )**

### **Liste du Personnel Administratif**

Doyen	Pr. Robert B. SOUDRE
Vice-Doyen Chargé des Affaires Académiques et Directeur de la Section Pharmacie (VDA)	Pr. I. Pierre GUISSOU
Vice-Doyen à la Recherche et à la vulgarisation (VDR)	Pr. Ag. Jean KABORE
Directeur des Stages de la Section Médecine	Pr. Ag. Y. Joseph DRABO
Directeur des Stages de la Section de Pharmacie	Dr OUEDRAOGO / Rasmata TRAORE
Coordonnateur C.E.S. de Chirurgie	Pr. Amadou SANOU
Secrétaire Principal	Mr Gérard ILBOUDO
Chef de Service Administratif et Financier (CSAF)	Mr Mohamed Ousmane ZONGO
Conservateur de la Bibliothèque	Mr Salif YADA
Chef de la Scolarité	Mme Kadi ZERBO
Secrétaire du Doyen	Mme Mariam DICKO
Secrétaire du VDA	Mme KABRE Hakiéta
Secrétaire du VDR	Mme BONKIAN Edwige
Audiovisuel	Mr Alain Pascal PITROIPA
Reprographie	Mr Philippe BOUDA

**LISTE DES ENSEIGNANTS DE LA F.S.S.**

**ENSEIGNANTS PERMANENTS**

**Professeurs titulaires**

Rambré Moumouni OUIMINGA	Anatomie organogénèse et chirurgie
Hilaire TIENDREBEOGO	Sémiologie et Pathologies médicales
Tinga Robert GUIGUEMDE	Parasitologie
Bobilwindé Robert SOUDRE	Anatomie-Pathologique
Amadou SANOU	Chirurgie Générale et Digestive
Innocent Pierre GUISSOU	Pharmacologie & Toxicologie

**Professeurs associés**

Ahmed BOU-SALAH	Neuro-chirurgie
Blaise KOUDOGBO	Toxicologie

**Maîtres de Conférences**

Julien YILBOUDO	Orthopédie -Traumatologie
Bibiane KONE	Gynécologie - Obstétrique
Alphonse SAWADOGO	Pédiatrie
Kongoré Raphaël OUEDRAOGO	Chirurgie -Traumatologie
François René TALL	Pédiatrie
Jean KABORE	Neurologie
Joseph Y. DRABO	Médecine Interne/Endocrinologie
Blaise SONDO	Santé Publique

**Maîtres-Assistants associés**

Rachid BOUAKAZ	Maladies infectieuses
<b><u>Assistants associés</u></b>	
Caroline BRIQUET	Chimie -Analytique, Pharmacologie et Toxicologie
Valérie MURAILLE	Galénique et Chimie-Analytique
<b><u>Maîtres-Assistants</u></b>	
Lady Kadidiatou TRAORE	Parasitologie
Mamadou SAWADOGO	Biochimie
Jean LANKOANDE	Gynécologie-Obstétrique
Issa SANOU	Pédiatrie
Ludovic KAM	Pédiatrie
Adama LENGANI	Néphrologie
Omar TRAORE N°1	Chirurgie
Si Simon TRAORE	Chirurgie
Adama TRAORE	Dermatologie Vénérologie
Abdoulaye TRAORE	Santé Publique
Kampadilemba OUOBA	Oto Rhino Laryngologie
Piga Daniel ILBOUDO	Gastro-entérologie
Albert WANDAOGO	Chirurgie Générale
Daman SANO	Chirurgie Générale
Arouna OUEDRAOGO	Psychiatrie
Joachim SANOU	Anesthésie-Réanimation
Patrice ZABSONRE	Cardiologie
Jean Gabriel OUANGO	Psychiatrie
Georges KI-ZERBO	Maladies Infectieuses
Théophile TAPSOBA	Biophysique
<b><u>Assistants Chefs de cliniques</u></b>	
Tanguet OUATTARA	Chirurgie

Sophar HIEN	Chirurgie - Urologie
Timothée KAMBOU	Chirurgie
Philippe ZOURE	Gynécologie-Obstétrique
T.Christian SANOU (in memoriam)	Oto Rhino Laryngologie
Madi KABRE	Oto Rhino Laryngologie
Doro SERME (in memoriam)	Cardiologie
Hamadé OUEDRAOGO	Anesthésie-Réanimation physiologie
Alexis ROUAMBA	Anesthésie-Réanimation physiologie
M. Théophile COMPAORE	Chirurgie
Rabiou CISSE	Radiologie
Y. Abel BAMOUNI	Radiologie
Blami DAO	Gynécologie Obstétrique
DAO / Maïmouna OUATTARA	ORL
Alain BOUGOUMA	Gastro-Entérologie
Alain ZOUBGA	Pneumologie
André K. SAMANDOULOUGOU	Cardiologie
KYELEM / Nicole Marie ZABRE	Maladies Infectieuses
Rigobert THIOMBIANO	Maladies Infectieuses
Raphaël DAKOURE	Anatomie-Chirurgie

**Assistants**

Michel AKOTIONGA	Gynécologie-Obstétrique
Robert O. ZOUNGRANA	Physiologie
Seydou KONE	Neurologie

Boubacar TOURE	Gynéco-Obstétrique
Bobliwendé SAKANDE	Anatomie-Pathologique
Raphaël SANOU (in memoriam)	Pneumo-phtisiologie
Oumar TRAORE N°2 (in memoriam)	Radiologie
Pingwendé BONKOUNGOU	Pédiatrie
Arsène M. D. DABOUE	Ophthalmologie
Nonfounikoun Dieudonné MEDA	Ophthalmologie
Athanase MILLOGO	Neurologie
Boubacar NACRO	Pédiatrie
Vincent OUEDRAOGO	Médecine du Travail
TRAORE / BELEM Antoinette	Pédiatrie
DA S. Christophe	Chirurgie
KARFO Kapouné	Psychiatrie
NIANKARA Ali	Cardiologie
OUEDRAOGO Nazinigouba	Réanimation
SANON Aurélien Jean	Chirurgie
SORGHO / LOUGUE Claudine	Radiologie
YE / OUATTARA Diarra	Pédiatrie
ZANGO Bernabé	Chirurgie

#### **Assistants Biologistes des Hôpitaux**

Lassina SANGARE	Bactério-Virologie
Idrissa SANOU	Bactério-Virologie
Rasmata OUEDRAOGO/TRAORE	Bactério-Virologie
Harouna SANON	Hématologie/Immunologie

#### **ENSEIGNANTS NON PERMANENTS**

##### **Faculté des Sciences et Techniques (FAST)**

##### **Professeurs Titulaires**

Alfred S. TRAORE	Immunologie
Akry COULIBALY	Mathématiques
Sita GUINKO	Botanique-Biologie Végétale
Guy V. OUEDRAOGO	Chimie Minérale
Laya SAWADOGO	Physiologie-Biologie Cellulaire
Laou Bernard KAM ( in memorian )	Chimie

##### **Maîtres de Conférences**

Boukary LEGMA	Chimie-Physique Générale
---------------	--------------------------

François	ZOUGMORE	Physique
Patoin Albert	OUEDRAOGO	Zoologie
Adama	SABA	Chimie Organique
Philippe	SANKARA	Cryptogamie

### **Maîtres-Assistants**

W. GUENDA	Zoologie
Léonide TRAORE	Biologie Cellulaire
Marcel BONKIAN	Mathématiques et Statistiques
Longin SOME	Mathématiques et Statistiques
Aboubakary SEYNOU	Statistiques
Makido B. OUEDRAOGO	Génétique
Jean KOULIDIATY	Physique

### **Assistants**

Apolinaire BAYALA (in memoriam)	Physiologie
Jeanne MILLOGO	T.P. Biologie-Cellulaire
Raymond BELEMTOUGOURI	T.P. Biologie Cellulaire
Gustave KABRE	Biologie
Drissa SANOU	Biologie Cellulaire

### **Institut du Développement Rural ( IDR )**

#### **Maîtres de Conférences**

Didier ZONGO	Génétique
Georges Annicet OUEDRAOGO	Biochimie

### **Faculté des Sciences Economiques et de Gestion (FASEG)**

#### **Maître-Assistant**

Tibo Hervé KABORE	Economie-Gestion
-------------------	------------------

**Assistants**

Mamadou BOLY Gestion

**Faculté de Droit et Sciences Politiques (FDSP)**

**Assistants**

Jean Claude TAITA Droit

**ENSEIGNANTS VACATAIRES**

Mme Henriette BARY Psychologie

Boukari Joseph OUANDAOGO Cardiologie

Aimé OUEDRAOGO Ophtalmologie

R. Joseph KABORE Gynécologie-Obstétrique

Saïdou Bernard OUEDRAOGO Radiologie

Dr Bruno ELOLA Anesthésie-Réanimation

Dr Michel SOMBIE Planification

Dr Nicole PARQUET Dermatologie

M. GUILLRET Hydrologie

M. DAHOU ( in mémoriam) Hydrologie

Dr Bréhima DIAWARA Bromatologie

Dr Annette OUEDRAOGO Stomatologie

Dr Adama THIOMBIANO Législation Pharmaceutique

Dr Sidiki TRAORE Galénique

Mr Mamadou DIALLO Anglais

Mr KPODA Anglais

Dr Badioré OUATTARA Galénique

Dr Tométo KALOULE Médecine du Travail

Dr Alassane SICKO Anatomie

Dr Aline TIENDREBEOGO Chimie Analytique et contrôle médic.

Dr Séni KOUANDA	Santé Publique
Dr Noël ZAGRE	Nutrition
Dr TRAORE / COULIBALY Maminata	Biochimie

### ENSEIGNANTS MISSIONNAIRES

#### A.U.P.E.L.F.

Pr. Lamine DIAKHATE	Hématologie (Dakar)
Pr. Abibou SAMB	Bactério-Virologie (Dakar)
Pr. José Marie AFOUTOU	Histologie-Embryologie (Dakar)
Pr. Makhtar WADE	Bibliographie (Dakar)
Pr. M. K. A. EDEE	Biophysique (Lomé)
Pr. Ag. Mbayang NDIAYE-NIANG	Physiologie (Dakar)
Pr. Ag. R. DARBOUX	Histologie-Embryologie (Bénin)
Pr. Ag. E. BASSENE	Pharmacognosie (Dakar)

#### O.M.S.

Dr Jean-Jacques BERJON	Histologie-Embryologie (Creteil)
Dr Frédéric GALLEY	Anatomie Pathologique (Lille)
Dr Moussa TRAORE	Neurologie (Bamako)
Pr. Auguste KADIO	Pathologies infectieuses et parasitaires (Abidjan)
Pr Jean Marie KANGA	Dermatologie (Abidjan)
Pr. Arthur N'GOLET	Anatomie Pathologique (Brazzaville)

#### Mission Française de Coopération

Pr. Etienne FROGE	Médecine Légale
Pr AYRAUD	Histologie-Embryologie
Pr. Henri MOURAY	Biochimie (Tours)
Pr. Denis WOUËSSI DJEWE	Pharmacie Galénique ( Paris XI )
Pr. M. BOIRON	Physiologie

**Mission de l'Université Libre de Bruxelles**  
**(ULB)**

Pr. Marc VAN DAMME

Chimie Analytique-Biophysique

Pr. Viviane MOES

Galénique

**DEDICACES**

**Je dédie ce travail ...**

## **A DIEU LE PERE**

Toi qui es vraiment saint, merci pour ta miséricorde

## **A TOUTES LES FEMMES QUI MEURENT OU QUI SOUFFRENT DES COMPLICATIONS GRAVIDO-PUERPERALES**

Nous travaillerons davantage pour l' avènement d'une maternité sans risque

## **A MON PERE †**

Avec toute mon affection

Tu as su te montrer pour nous le plus fidèle et le plus encourageant soutien pendant nos moments difficiles d'enfant et d'étudiant.

Ta détermination sans faille pour ma réussite, tes énormes sacrifices, m'ont permis d'évoluer dans un cadre de vie équilibré. Je te dois tout et te dédie cette thèse comme gage de toute ma reconnaissance. Je ne trouve pas les mots assez tendres et intenses à la fois pour t'expliquer tous les sentiments que j'éprouve à ton égard.

J'aurai bien voulu que tu sois là pour assister à ma soutenance de thèse. Puisse le tout puissant faire en sorte que tu te reposes en paix.

## **A MA MERE**

Je t'adore. Merci pour avoir guidé mes pas depuis ma naissance.

## **A TOUS MES FRERES ET SOEURS**

Un pour tous et tous pour un.

## **A MES ENSEIGNANTS DU PRIMAIRE, DU SECONDAIRE ET DU SUPERIEUR**

Merci pour les connaissances transmises.

## **A AMBROISE KABRE ET FAMILLE**

Veillez trouver à travers ce travail, le témoignage de ma profonde gratitude.

## **AU FRERE YOUGBARE BONAVENTURE**

Sincère reconnaissance et profond attachement.

## **AU DOCTEUR LANKOANDE JEAN ET FAMILLE**

Sincères sentiments.

## **AU PROFESSEUR KABORE JEAN**

Sincère attachement

## **A RAMDE TINGA**

Profonde gratitude

## **A TOUS MES AMIS ET AMIES**

Ce travail est le fruit de votre soutien permanent. Merci !

---

**A NOS MAITRES ET JUGES**

## **Le Professeur agrégé Blaise SONDO**

**Maître de conférence agrégé en Santé Publique;**

**Directeur adjoint de l'IRSS (Institut de Recherche des Sciences de la Santé).**

L'admiration et le respect qu'inspire le grand homme de science, la simplicité et l'amitié de votre accueil, nous permettent à tout moment de profiter de votre immense expérience.

Nous avons toujours admiré la clarté de votre enseignement, votre esprit de synthèse et votre force de caractère.

Vous nous avez fait le très grand plaisir d'accepter la présidence de cette thèse, soyez assuré de notre profonde gratitude.

## **Le professeur Bibiane KONE**

**Maître de conférence agrégé en gynécologie obstétrique;**

**Présidente de la CRESAR (Cellule de Recherche en Santé de la Reproduction).**

Nous sommes très sensibles à l'honneur que vous nous avez fait en acceptant de diriger ce travail. Nous avons toujours eu de l'admiration pour vous, votre simplicité, vos qualités humaines, votre sens de l'organisation et votre amour du travail soigné. Vous constituez pour nous une source d'inspiration. Merci beaucoup.

## **Le Docteur Joachim SANOU**

**Maître-Assistant en anesthésie-réanimation**

Nous avons découvert au cours de nos stages hospitaliers, vos grandes qualités humaines et votre goût du travail bien fait.

Vous nous avez témoigné une amitié à laquelle nous sommes particulièrement sensibles. Ce qui nous vaut certainement l'honneur qu'il nous fait d'être de nos juges.

Nous vous prions de trouver ici, l'assurance de notre respect, notre profonde gratitude et notre déférent attachement.

## **Le Docteur Boubakar TOURE**

### **Maître-Assistant en gynécologie obstétrique**

Nous sommes très sensibles à l'honneur que vous nous faites en acceptant de juger ce travail malgré vos multiples occupations actuelles. Ceci témoigne de l'intérêt que vous portez en notre sujet. Veuillez accepter nos remerciements.

## **Le Docteur Jean LANKOANDE**

### **Maître-Assistant en gynécologie obstétrique**

Vos grandes qualités humaines, vos compétences pédagogiques et votre grande disponibilité avec lesquelles vous nous avez guidés tout au long de ce travail ne nous ont pas laissés indifférents. Merci.

# **REMERCIEMENTS**

**AUX DOCTEURS OUEDRAOGO CHARLEMAGNE ET ALI**

Merci pour votre assistance et soutien que vous m'avez apporté. Très affectueusement.

**A SAIDOU ILBOUDO ET AU GROUPE ZIMAF**

Merci beaucoup pour la contribution financière de cette thèse. Profonde gratitude.

**A WALTERS ANTONIUS**

Merci beaucoup pour le soutien logistique (informatique). Profonde gratitude.

**A CLAUDINE BLANCHE KABORE**

Je te remercie beaucoup pour avoir traité le texte de ma thèse.

**A ZONGO DU SIM**

Merci pour la formation en informatique.

La Faculté des Sciences de la Santé a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui seront présentées doivent être considérées comme propre à leurs auteurs et qu'elles n'entend leur donner approbation ni improbation.

## SIGLES ET ABREVIATIONS

C.H.N.-YO	:Centre Hospitalier National Yalgado OUEDRAOGO
C.P.N	:Consultation prénatale
Coll.	:Collaborateurs
D.D.L	:Degré de liberté
H.T.A	:Hypertension artérielle
H.R.P	:Hématome retroplacentaire
<	:Inférieur
>	:Supérieur
≥	:Supérieur ou égal
≤	:Inférieur ou égal

# SOMMAIRE

<b>1- INTRODUCTION ET ENONCE DU PROBLEME.....</b>	<b>Erreur! Signet non défini.</b>
<b>2- REVUE DE LA LITTERATURE.....</b>	<b>3</b>
2-1- DEFINITION DE LA GRANDE MULTIPARE.....	3
2-2- EPIDEMIOLOGIE.....	3
2-2-1- <i>La fréquence de la grande multiparité</i> .....	3
2-2-2- <i>les facteurs prédisposants à la grande multiparité</i> .....	4
2-3- ETUDE CLINIQUE.....	4
2-3-1- <i>Le diagnostic de la grossesse au début</i> .....	4
2-3-2- <i>La surveillance de la grossesse</i> .....	5
2-3-3- <i>Les derniers mois de la grossesse</i> .....	6
2-3-4- <i>La pathologie gravidique</i> .....	7
2-3-5- <i>L'accouchement</i> .....	8
<b>3- BUT ET OBJECTIFS.....</b>	<b>13</b>
3-1- BUT.....	13
3-2- OBJECTIF GENERAL.....	13
3-3- OBJECTIFS SPECIFIQUES.....	13
<b>4- METHODOLOGIE.....</b>	<b>14</b>
4-1- CADRE D'ETUDE.....	14
4-1-1- <i>Caractéristiques socio-démographique du Burkina Faso et de la ville de Ouagadougou</i> .....	14
4-1-2- <i>La maternité du Centre Hospitalier National Yalgado Ouédraogo (CHN-YO)</i> .....	14
4-2- MATERIEL, METHODE ET POPULATION ETUDIEE.....	16
4-2-1- <i>Le type d'étude</i> .....	16
4-2-2- <i>La population étudiée</i> .....	16
4-3- SAISIE ET ANALYSE.....	17
<b>5- RESULTATS.....</b>	<b>18</b>
5-1- LA FREQUENCE DE LA GRANDE MULTIPARITE.....	18
5-2- DONNEES SOCIO- DEMOGRAPHIQUES DES GRANDES MULTIPARES ET DES MULTIPARES.....	19
5-2-1- <i>L'âge</i> .....	19
5-2-2- <i>Le statut marital</i> .....	20
5-2-3- <i>Le statut socioprofessionnel</i> .....	20
5-2-4- <i>La provenance</i> .....	21
5-2-5- <i>Le mode d'admission</i> .....	21
5-3- LES ANTECEDENTS.....	22
5-3-1- <i>Les avortements</i> .....	22
5-3-2- <i>Les césariennes</i> .....	22
5-4- ETUDE CLINIQUE DE LA GROSSESSE ACTUELLE.....	22
5-4-1- <i>Surveillance de la grossesse</i> .....	22
5-4-2- <i>L'âge de la grossesse à l'admission</i> .....	23
5-4-3- <i>La pression artérielle</i> .....	23
5-4-4- <i>Les présentations fœtales</i> .....	24
5-4-5- <i>Le mode d'accouchement</i> .....	24
5-4-6- <i>Les interventions complémentaires</i> .....	25
5-5- LE PRONOSTIC MATERNO-FOETAL CHEZ LA GRANDE MULTIPARE.....	25
5-5-1- <i>Le pronostic maternel</i> .....	25
5-5-2- <i>Le pronostic fœtal</i> .....	27
5-6- ANALYSE DES RISQUES LIES A LA GROSSESSE ET A L'ACCOUCHEMENT CHEZ LA GRANDE MULTIPARE.....	28
5-6-1- <i>La toxémie gravidique</i> .....	28
5-6-2- <i>L'hématome rétroplacentaire (HRP)</i> .....	28
5-6-3- <i>Le placenta praevia</i> .....	28

5-6-4- La procidence du cordon .....	29
5-6-5- La rupture utérine .....	29
5-6-6- Les disproportions foeto-pelviennes.....	29
5-6-7- La durée du travail obstétrical.....	30
5-6-8- Les présentations anormales.....	30
5-6-9- L'accouchement par voie haute (Césarienne) .....	31
5-6-10- La mortalité maternelle .....	31
5-6-11- Le petit poids du nouveau-né .....	32
5-6-12- La prématurité.....	32
5-6-13- La mortinatalité.....	32
5-6-14- Récapitulatif des risques liés à la grossesse et à l' accouchement chez les grandes multipares et chez les multipares.....	33
<b>6- COMMENTAIRES ET DISCUSSION .....</b>	<b>34</b>
LIMITES ET BIAIS DE L'ETUDE.....	34
6-1- LA FREQUENCE DE LA GRANDE MULTIPARITE .....	34
6-2- FACTEURS FAVORISANTS .....	35
6-3- LES PATHOLOGIES OBSTETRIQUES .....	35
6-3-1- Le placenta praevia.....	35
6-3-2- La procidence du cordon.....	36
6-3-3- La rupture utérine .....	37
6-3-4- La toxémie gravidique .....	38
6-3-5- L'hématome rétroplacentaire (HRP).....	38
6-4- ETUDE DE L'ACCOUCHEMENT .....	39
6-4-1- Les disproportions foeto-pelviennes.....	39
6-4-2- Les présentations foetales.....	39
6-4-3- La durée du travail obstétrical.....	40
6-4-4- L'accouchement par voie haute .....	40
6-5- LA MORTALITE MATERNELLE.....	41
6-6- LE NOUVEAU-NE .....	42
6-6-1- Le poids du nouveau-né.....	42
6-6-2- La prématurité.....	43
6-6-3- La mortinatalité.....	44
<b>7 -CONCLUSION .....</b>	<b>45</b>
<b>8- SUGGESTIONS.....</b>	<b>46</b>
<b>9- REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES .....</b>	<b>47</b>
<b>10- ANNEXES.....</b>	<b>53</b>

# **1- INTRODUCTION ET ENONCE DU PROBLEME**

## 1- INTRODUCTION ET ENONCE DU PROBLEME

Pendant longtemps, la grossesse et l'accouchement de la *grande multipare* ont eu mauvaise réputation [59]. Pourtant, lors du cinquième symposium international qui a eu lieu en 1978 en Belgique, Vokaer [71] disait que: << Si la grossesse et l'accouchement de la primipare posent des problèmes particuliers, largement étudiés de tout temps et par la quasi-totalité des auteurs, ceux de la *grande multipare* par contre semblent un peu délaissés tout au moins en pays développés, car dans ces contrées la *grande multiparité* y est devenue un phénomène rare.>>

Plusieurs travaux de recherche sur la *grande multiparité* ont été publiés en Europe comme en Afrique. Ainsi, en 1971, Santère et coll. [65] ont relevé 21,20% de *grandes multipares* à Lyon et 13,45% pour Palliez et coll. [60] à Lille. En 1981, à la maternité centrale de Rabat (Maroc) les *grandes multipares* représentaient 15,72% des parturientes et parmi elles, 7,14% présentaient des pathologies gravidiques [60]. En 1988 au Niger, Gazoby et coll. ont relevé 24,38% de *grandes multipares* à la maternité centrale de Niamey. Ils ont également noté que les présentations vicieuses étaient six fois plus élevées chez les *grandes multipares* que chez les paucipares [23].

Le Burkina Faso n'échappe pas à ces caractéristiques même si aucune étude jusque là n'a été consacrée aux *grandes multipares*. Le taux ajusté de croissance annuelle de la population du Burkina est de 2,67%. A ce rythme, la population doublera tous les 26 ans. Les femmes en âge de procréer représentent 22,8% de la population. Le taux de natalité est de 45,2 pour 1000 tandis que la descendance finale avoisine 7,1 enfants par femme. L'une des principales caractéristiques de cette fécondité est sa précocité: une femme sur trois de 20-30 ans donne naissance à son premier enfant avant l'âge de 18 ans. La fécondité moyenne est de 4,7 enfants par femme dans la ville de Ouagadougou contre 7,3 en milieu rural [31].

*La grande multiparité* tient une responsabilité importante sur les taux élevés de morbidité et de mortalité maternelle ainsi que celui de la mortalité périnatale. En effet, le taux de mortalité maternelle national est estimé à 566 pour 100 000 naissances vivantes [31]. En milieu hospitalier en 1995 ce taux était de 4 111 pour 100 000 naissances vivantes pour

l'ensemble des parturientes et de 5 272 pour 100 000 naissances vivantes pour les *grandes multipares* [31]. Ces taux sont probablement minorés car plusieurs décès maternels surviennent à domicile loin des structures sanitaires sans être déclarés [31]. Certains facteurs tel que l'inaccessibilité des services de santé aggravent le pronostic de la grossesse et de l'accouchement chez la *grande multipare*. En effet en 1991, seulement 24,5% des accouchements ont été assistés et 38,4% des femmes ont été vues en consultation prénatale [32].

Aussi avons-nous réalisé cette étude pour analyser les risques liés à la grossesse et à l'accouchement chez la *grande multipare* en milieu hospitalier afin d'améliorer leur prise en charge.

## **2- REVUE DE LA LITTERATURE**

## 2- REVUE DE LA LITTERATURE.

La pathologie gravidique et obstétricale de la primipare préoccupe la quasi-totalité des auteurs, mais celle de la *grande multipare* semble par contre être délaissée. Les publications concernant le sujet datent de plus de dix ans [36]. Pourtant la mortalité et la morbidité maternelle et foetale sont très élevées dans cette catégorie de parturientes [ 63,68,72, ].

### 2-1- Définition de la grande multipare.

La définition de la *grande multipare* ne fait pas l' unanimité. Santère [65] considère la cinquième parité comme point-de départ de la *grande multiparité*. O'Sullivan [58], Schram [67], Scharfmann [66], Muth [53], Hermann [28] et Wahl [72] considèrent comme *grandes multipares* les femmes ayant eu au moins six enfants viables.

Lacomme [35] caractérise la *grande multipare* par rapport à l'état de l'utérus: << Ce sont des femmes plus ou moins âgées, ayant un passé pathologique, et surtout dont l'utérus a acquis au cours des gestations antérieures une laxité qui ne lui laisse pas de forme définie. C'est là la caractéristique fondamentale de la *grande multipare* et c'est presque toujours ce caractère qui, plus le nombre absolu de grossesses, définit obstétricalement la grande multiparité. Certaines femmes sont ainsi de *grandes multipares* à la quatrième ou cinquième gestation, d'autres seulement à la huitième ou à la dixième. La qualité des tissus, ceux de la paroi abdominale et ceux de la paroi utérine, avance ou repousse donc le moment où la femme peut être qualifiée de *grande multipare*. >>

### 2-2- Epidémiologie.

#### 2-2-1- La fréquence de la grande multiparité

La *grande multiparité* a fait l'objet de plusieurs études à travers le monde. A Strasbourg en France, Lampert et coll ont relevé une fréquence de 5,7% de *grande multipare* [37]. D'autres auteurs ont relevé des taux nettement supérieurs. En effet, Vokaer et coll. [71] en Belgique ont relevé 25%. Gazoby et coll. [23] au Niger, Wahl et coll. [72] en Algérie avaient

trouvé respectivement 24,3% et 23%. Ces fréquences comme le signalent Palliez [60] et Wahl [72] décroît au fur et à mesure que la parité s'élève.

### **2-2-2- les facteurs prédisposants à la grande multiparité**

La *grande multiparité* n'est pas toujours un luxe délibérément choisi. Il existe certes des facteurs favorisants; sociaux, culturels, et religieux. Ainsi, dans ces familles traditionnelles, les filles se marient très jeunes, en moyenne entre 13 et 16 ans. La procréation constitue le premier but de mariage et la fécondité représente un grand signe de féminité. Mais ces facteurs ne sont pas isolés. La parité élevée est parfois imposée par l'ignorance, la pauvreté [36].

Lahrichi.H B.[36] au Maroc et Gazoby [23] au Niger avaient trouvé respectivement que 99% et 70,63% des *grandes multipares* étaient issues de milieu déshérité.

Selon Wahl, pour comprendre certains aspects de ces *grandes multipares*, le contexte socio-économique et religieux, dans lequel elles vivent, nous paraît intéressant à rappeler:

- Dans l'immense majorité, pour ne pas dire la totalité des cas, ces femmes proviennent des classes sociales les plus pauvres, les plus déshéritées.
- Les filles sont mariées très jeunes, parfois même avant la puberté, entre 12 et 16 ans. Les règles apparaissent comme un mécanisme de luxe auquel la femme mariée est peu habituée au point de considérer parfois comme hémorragie ce qui n'est que le flux sanguin menstruel. Ces femmes sont ainsi partagées entre la crainte d'une répudiation ( il n'est pas rare de voir une *grande multipare* consulter pour stérilité secondaire) et les ennuis que leur procurent des grossesses rapprochées.
- Sur le plan religieux l'enfant est un don de dieu et signe de sa bénédiction.

### **2-3- Etude clinique.**

#### **2-3-1- Le diagnostic de la grossesse au début.**

Pour Wahl, les difficultés commencent avec la recherche de la date des dernières règles. Il ne s'agit pas d'une question simple; le calendrier de pratique contraceptive est inexistant et l'allaitement perturbe encore les cycles. Bien souvent une nouvelle grossesse se développe supprimant tout retour de couches. La grossesse de la *grande multipare* n'offre rien de spécial.

Tout au plus la constatation d'une disproportion entre la taille de l'utérus et l'âge présumé de la grossesse évoque la grossesse gémellaire ou la môle, éventualités fréquentes chez elle.

### **2-3-2- La surveillance de la grossesse.**

La consultation prénatale représente pour le professionnel de la santé le moment idéal pour assurer certains gestes de prévention ( dépistage de facteurs de risque, vaccination antitétanique, etc. ) et pour éduquer la femme concernant le déroulement de la grossesse et de l'accouchement [10].

Pour Villar [70], la C P N a quatre composantes:

- Identifier les femmes dont les pathologies préexistantes représentent un danger pour la grossesse ( hypertension chronique, diabète, malnutrition etc...)
- Identifier les femmes dont la condition est à haut risque pour la grossesse (très jeune, histoire obstétricale, etc...)
- Détecter précocement et traiter les pathologies à même de mettre en danger la grossesse (pré-éclampsie, anémie, infection du tractus urinaire ).
- Sensibiliser les femmes enceintes et leur famille aux conditions sanitaires pouvant mettre en danger la grossesse et assurer une réponse appropriée à celles-ci (tabac, maladies sexuellement transmissibles, accouchement prématuré, hémorragie), ce dernier point relevant de l'éducation pour la santé.

- Les facteurs influençant la surveillance prénatale.

Le niveau scolaire du mari, de la femme elle-même et à un moindre degré le type d'habitat représentant les facteurs qui influencent le plus le recours aux visites prénatales.

- Les connaissances et les croyances vis-à-vis de la surveillance prénatale.

- L'histoire obstétricale de la femme:

La proportion de femmes qui ne consultent pas passe de 7% lorsqu'il s'agit du premier ou du deuxième enfant à 56% pour le cinquième enfant et au-delà.

- L'état de santé durant la grossesse.

Les femmes consultent plus souvent lorsqu'elles présentent un problème de santé durant leur grossesse (89% contre 72%).

- Facteurs situés à l'interface entre les caractéristiques des femmes et celles du système de soins.

### **2-3-3- Les derniers mois de la grossesse.**

1°- L'aspect de la gestante debout reflète l'exagération de l'antéversion utérine, favorisée par l'insuffisance pariétale. La femme couchée, cet utérus flasque s'étale dans la cavité abdominale et les mouvements actifs du fœtus sont facilement visibles. On conçoit combien est aisée la palpation du contenu utérin dont la main n'est séparée que par la peau, le plan musculo-aponévrotique aminci et la paroi utérine hypotonique: (on a bien souvent l'impression que le fœtus est sous la peau). L'absence de tonicité du muscle utérin, la faiblesse de ses contractions pendant la grossesse, empêchent les lois de l'accommodation de jouer parfaitement. Le fœtus trop à l'aise dans un utérus trop vaste se met dans des positions inhabituelles. Toutes les présentations anormales ou dystociques sont possibles et les procubitus favorisés. Un fait cependant tempère ces notions: si toutes les positions sont permises pendant la grossesse, rien n'est définitif et tout peut encore s'arranger au moment du travail, spontanément ou avec un minimum de manoeuvres. Il serait pourtant souhaitable de pouvoir hospitaliser en fin de grossesse toute femme chez laquelle une telle présentation aurait été dépistée.[72].

De la palpation nous retiendrons encore l'existence fréquente d'un gros oeuf. Les multipares, nous le savons, font plus volontiers que les autres de gros enfants, étant éliminées les erreurs de mesures dues à l'antéversion utérine exagérée et à la faiblesse pariétale[72].

2°- Le toucher vaginal conduit avec soins, est parfois source d'erreurs.

- Il retient d'abord les cicatrices de déchirures périnéales ou d'épisiotomies antérieures. La tonicité faible du périnée est responsable de la béance de la vulve sillonnée parfois de varices; les cystocèles et rectocèles sont fréquentes.

- Les doigts pénétrant dans le vagin apprécient l'état des muscles releveurs; leur faiblesse est cause d'anomalies de rotation intrapelvienne de la présentation.

- Le col est ensuite examiné; ses déchirures cicatrisées ou non, soigneusement notées; atteint le plus souvent de cervicites, il est toujours déhiscent. A travers cette béance les membranes sont

aisément perçues. Ce dernier aspect du col, surtout près du terme, doit être bien connu. Qu'apparaissent à cette époque quelques contractions utérines de fin de grossesse et le diagnostic de travail peut être porté à tort. Que l'accoucheur s'impatiente et il fabrique de toutes pièces une dystocie dynamique, par injection médicamenteuse inconsiderée ou rupture artificielle de ce qui n'est encore que membranes et non poche des eaux.

- Le pôle inférieur du fœtus mobile au-dessus du détroit supérieur, à peine perçu à bout de doigt est difficile à préciser par le toucher vaginal. Le segment inférieur n'est pas encore formé.

3°- La notion de nombreux accouchements antérieurs par voie basse, ne doit pas faire conclure automatiquement à la bonne perméabilité du pelvis. Le bassin est donc exploré attentivement et la notion, importante dans nos régions, d'accouchements de moins en moins faciles, soigneusement recherchée.

L'ostéomalacie a, peut être, en effet imprimé à ce bassin une morphologie nouvelle. La recherche du promontoire peut être source d'erreur; le périnée se laisse facilement déprimer et les doigts atteignent ainsi aisément le promontoire. Il n'y a pas pour autant de diminution du diamètre promonto-sous-pubien.

L'exploration pelvienne s'enquiert enfin de la forme des épines sciatiques, de l'arc antérieur et de l'ogive pubienne; la radio-pelvimétrie précise si besoin est, la morphologie du bassin. [72].

#### **2-3-4- La pathologie gravidique.**

Pour Wahl, les *grandes multipares*, fait classique, sont rarement atteintes de néphropathies et d'éclampsie, maladies par excellence de la primipare.

Lahrichi.H. B. a trouvé que les complications gravidiques augmentent avec la parité. Elles sont de 2,6% pour la primipare et de 7,14% pour la *grande multipare*. Elles sont représentées par la toxémie gravidique, l'hématome retro-placentaire, et le placenta praevia:

- La toxémie est la complication majeure. Elle a été observée dans 2,16% des cas.
- L'hématome retro-placentaire (HRP.) est rencontré dans 1,16% des cas. Ce chiffre est nettement supérieur à la moyenne rapportée par Merger [47] qui est de 0,2%; mais très

inférieur par rapport aux chiffres rapportés par Lampert, Schram et O' Sullivan qui sont respectivement 5,76%, 11% et 20%.

- Le placenta praevia est relevé dans 0,83% des cas. Cette fréquence est de 0,7% pour Boughaba[7], mais de 2% pour Wahl et de 2,9% pour Palliez

## **2-3-5- L'accouchement**

### **2-3-5.1 Les phénomènes physiologiques**

Le diagnostic de travail bien établi, il convient de dépister immédiatement toute attitude anormale du fœtus, au début encore au-dessus du détroit supérieur.

Le segment inférieur inexistant ou formé en hâte, le col mal sollicité par la présentation haute et les contractions utérines insuffisantes, peuvent être responsables de lenteur de la dilatation. Celle-ci se fait souvent << en manche de veste >>.

Conséquence directe de l'atonie utérine et de la mauvaise accommodation foeto-pelvienne, les procidences du cordon sont fréquentes et sont à éliminer systématiquement, dès la rupture de la poche des eaux.

La longueur du travail peut être source de souffrance fœtale et plus rapidement chez la grande multipare, de fatigue maternelle.

### **2-3-5-2- Les phénomènes mécaniques.**

L'engagement s'effectue à dilatation complète en dehors de toute présentation dystocique ou d'anomalie pelvienne l'interdisant. L'insuffisance de la contraction utérine et de la poussée abdominale peuvent le retarder mais l'engagement effectué, en général tout est fini. La descente de la présentation peut être retardée à son tour :

- Par l'atonie des muscles releveurs, origine d'anomalies de rotation intrapelvienne encore que le dégagement puisse se satisfaire d'un diamètre voisin de l'antéro-postérieur, le périnée ne comptant généralement pas;
- Par l'insuffisance de flexion de la tête;
- Ailleurs seule la recherche attentive d'une anomalie du détroit moyen ou inférieur passée

d'abord inaperçue léger rétrécissement de l'ogive pubienne, saillie discrète des épines sciatiques donne l'explication d'un arrêt de progression.

La poussée abdominale fortement altérée n'arrive plus à vaincre ces obstacles aisément franchis lors des accouchements antérieurs.

Le faciès tiré, inondé de sueurs la femme s'épuise rapidement et ses efforts expulsifs deviennent brefs, insuffisants et inefficaces. La souffrance maternelle est évidente et la souffrance foetale ne tarde guère à se manifester.

Avant d'en arriver à ces stades ultimes l'extraction instrumentale s'impose après avoir tenté de la main de terminer une rotation pénible.

Au total les différents temps de l'accouchement peuvent être troublés par l'inertie utérine, les anomalies de la présentation, la faiblesse de la réaction musculaire. Ce sont là des complications rencontrées, certes, au cours de tout accouchement mais leur fréquence est beaucoup plus grande chez la *grande multipare*.

### ***2-3-5-3- La délivrance.***

Elle est parfois très rapide donnant l'impression que le décollement du placenta s'est effectué avant ou au cours de l'expulsion du foetus. Ailleurs tous ses temps sont respectés et facile à suivre; mais il arrive que la rétraction utérine soit lente : l'utérus reste inerte, le décollement du placenta tarde, ou bien encore à une phase de rétraction satisfaisante, succède une phase de relâchement donnant l'impression d'un « utérus accordéon ». La vigilance et le traitement immédiat s'imposent avant que ne s'installe une hémorragie grave.

L'examen du placenta est fait attentivement; les risques de rétention cotylédonnaire sont accrus par la fréquence des adhérences pathologiques.

Il est bon enfin après la délivrance d'examiner le col : on s'assure de l'absence de déchirure, hémorragique ou propagée au segment inférieur [72].

#### **2-3-5-4- Les suites de couches.**

Immédiates, elles sont en général simples. L'involution utérine se fait dans des délais normaux, la montée laiteuse est parfois lente à se manifester. Enfin, circonstance heureuse, les thrombophlébites sont exceptionnelles.

La pathologie des suites de couches est surtout dominée par un syndrome d'asthénie intense. Les organismes maternels, en effets supportent mal l'épreuve de l'accouchement et la moindre hémorragie est longue à réparer. [72].

#### **2-3-5-5- Les complications de l'accouchement.**

- Les présentations dystociques.

Presque tous les auteurs constatent une diminution du pourcentage des présentations du sommet au profit des autres présentations.

Ainsi Palliez a trouvé dans son étude que les *grandes multipares* avaient cinq fois plus de présentations transversales que les *paucipares* et deux fois plus de présentations du siège. Il a noté aussi une augmentation de fréquence des présentations de la face et conclu que le nombre des présentations dystociques s'élève avec la parité.

- La durée du travail.

Elle est allongée pour la majorité des auteurs, par rapport aux *paucipares* et aux *primipares*. Palliez [60] a trouvé une durée moyenne de six heures, soit à la limite supérieure de la durée habituelle chez la grande multipare : trois à six heures (Merger). Lahrichi.H. B. a trouvé une durée moyenne de trois heures quarante cinq minutes.

- La dystocie dynamique

La plupart des auteurs (Wahl, Palliez, Lahrichi.H. B.) notent la fréquence des hypotonies utérines : Palliez et Lahrichi.H.B ont noté respectivement 3,9% et 12,29% d'hypocinésie. Lahrichi H. B. a noté 6,3% d'hypercinésie

- La procidence du cordon

Palliez a noté 22 procidences soit 1,3% des cas, ce chiffre est très nettement supérieur à celui de la moyenne (0,25% pour Merger). Il conclut que l'augmentation des présentations, transverses, du siège, ainsi que du placenta bas inséré, explique cette fréquence de procidence du cordon.

- La césarienne.

Santère a noté 12 césariennes sur 1000 observations soit 1,2% et conclut que la *grande multiparité* n'a pas été responsable d'interventions particulièrement nombreuses. Lampert a trouvé que les césariennes étaient à peine moins fréquentes que chez les *grandes multipares* 5,3% contre 5,5% chez les *paucipares*. Il avait constaté l'importance du placenta praevia et les présentations transversales dans les indications, alors que chez les *paucipares*, les indications majeures étaient les disproportions foeto-pelviennes, les présentations occipito-sacrées hautes et les dyskinésies.

#### **2-3-5-6- Les complications de la délivrance.**

Les hémorragies de la délivrance sont pour certains auteurs (Palliez : 4,2% . O'Sullivan: 5,1% . Oxorn : 8%) beaucoup plus fréquentes que chez les *paucipares*. Pour d'autres au contraire (Rouchy [62] 1,3% ; Wahl : 1,2%) la fréquence est faible.

La rétention placentaire : Lampert a noté une fréquence de 11,5% chez les *grandes multipares* contre 8,2% chez les *paucipares*. Pour lui, la mauvaise tonicité utérine est responsable de l'augmentation considérable des rétentions placentaires.

#### **2-3-5-7- Les complications des suites de couches.**

Pour Palliez, il n'y a pas chez la *grande multipare* un risque accru de maladie thromboembolique (1,3% ) et les infections puerpérales semblent être rares (1,7%).

### 2-3-5-8- La mortalité maternelle.

Pour Diallo[16] en Guinée : << la parité constitue un autre facteur étiologique important de la mortalité maternelle. Le taux est très élevé chez les *primipares* d'un côté et les *multipares* de l'autre; il double de la pauciparité (0,4%) à la multiparité (0,7%) et triple de la multiparité à la *grande multiparité* (2,1%) >>.

### 2-3-5-9- Incidences foetales.

- Le poids foetal.

La majorité des auteurs ont noté une augmentation du poids foetal avec la parité.

- La mortalité foetale.

Pour Lampert:<< la mortalité foetale ( comprenant les cas de mort néonatale) est élevée chez la *grande multipare* où elle atteint 9% des enfants contre 5,3% dans la série témoin>>.

Lahrichi H. B. trouve que la mortalité périnatale menace plus l'enfant de la *grande multipare* (3,98% contre 0,35% ) .Il considère que la mortalité la plus importante survient à partir de la cinquième gestation; ce risque est encore plus élevé au-delà de la dixième parité.

### **3- BUT ET OBJECTIFS**

### **3- but et objectifs**

#### **3-1- But**

Améliorer la prise en charge de la grossesse et à l'accouchement chez la *grande multipare* à la maternité du Centre Hospitalier National Yalgado Ouédraogo.

#### **3-2 -Objectif Général**

Analyser les risques liés à la grossesse et à l'accouchement chez la *grande multipare* à la maternité du Centre Hospitalier National Yalgado Ouédraogo.

#### **3-3- Objectifs spécifiques**

- 1- Déterminer la fréquence de la grossesse et de l'accouchement chez la *grande multipare* à la maternité du CNH-YO.
- 2- Décrire les caractéristiques socio-démographiques des *grandes multipares* et des *multipares*.
- 3- Identifier les risques liés à la grossesse et à l'accouchement chez la *grande multipare*.

---

## **4- METHODOLOGIE**

## **4- METHODOLOGIE**

### **4-1- Cadre d'étude**

#### **4-1-1- Caractéristiques socio-démographique du Burkina Faso et de la ville de Ouagadougou**

Le Burkina Faso est un pays sahélien continental d'une superficie 274 000 Km<sup>2</sup>. Selon les données provisoires (RGPH 1996, INSD), sa population a été évaluée en 1995 à 9.584 528 habitants et estimée en 1997 à environ 10 316 600 habitants. La ville de Ouagadougou qui comprend cinq communes a 752 216 habitants selon le dernier recensement de décembre 1996 [32] Elle s'étend sur 497 Km<sup>2</sup>.

Le taux ajusté de croissance annuel de la population du Burkina est de 2,67%. A ce rythme la population doublera tous les 26 ans. Les femmes en âge de procréer (15 à 49 ans) représentent 22,8% de la population. Le taux de natalité est de 45,2% pour 1000 tandis que la descendance finale avoisine 7,1 enfants par femme. L'une des principales caractéristiques de cette fécondité est sa précocité: une femme sur trois de 20-30 ans donne naissance à son premier enfant avant l'âge de 18 ans. La fécondité moyenne est de 4,7 enfants par femme dans la ville de Ouagadougou contre 7,3 en milieu rural. Le taux de mortalité générale était de 17,5 pour 1000 en 1985 contre 16,4 pour 1000 en 1991. L'espérance de vie à la naissance était de 48,5 ans pour l'ensemble de la population en 1985 contre 52,2 en 1991. En milieu urbain elle était de 56,1 ans et en milieu rural 50,6 ans [32].

La structure de la population révèle d'une part une population très jeune puisque 49% a moins de 15 ans et d'autre part une prédominance de femmes (51,1%), 94% de ces dernières sont analphabètes [32].

#### **4-1-2- La maternité du Centre Hospitalier National Yalgado Ouédraogo (CHN-YO)**

Notre cadre d'étude a été le service de gynécologie et d'obstétrique du centre hospitalier national Yalgado Ouédraogo, hôpital de référence de la ville de Ouagadougou.

En 1996, Entre le 1-01-1996 et le 31-12-1996, 3936 accouchements ont eu lieu a la maternité du CHN-YO. On dénombrait:

- 3030 accouchements par voie basse
- 906 césariennes
- 113 accouchements gémellaires et 3 triplets
- 3503 naissances vivantes
- 463 mort-nés
- 180 décès maternels soit en moyenne un décès tous les deux jours

Ce service de maternité comporte:

*Un plateau technique de trois unités:*

- une salle d'accouchement
- une salle d'aspiration manuelle intra-utérine
- un bloc opératoire comportant 3 salles

*Un service d'hospitalisation de quatre unités*

- une unité de réanimation
- une unité de soins intensifs
- une unité de suite de couches
- une unité post-opérées

*Le personnel du service est composé de :*

- 7 gynécologues accoucheurs
- 1 médecin anesthésiste
- 2 médecins généralistes
- 25 sages femmes d'état
- 1 sage femme puéricultrice
- 9 agents paramédicaux spécialisés en anesthésiologie
- 7 aides opérateurs
- 5 infirmières d'état
- 1 accoucheuse
- 4 filles de salle
- 4 manoeuvres

## **4-2- Matériel, méthode et population étudiée**

### **4-2-1- Le type d'étude**

Il s'agit d'une étude **comparative des grandes multipares avec les multipares** sur une période d'une année allant du-1-01-1996 au 31-12-1996 soit 12 mois.

### **4-2-2- La population étudiée**

#### **4-2-2-1- Définitions opérationnelles**

Pour notre étude, nous retenons comme *grande multipare*, toute femme ayant accouché au moins six fois. Par mesure de commodité, nous avons appelé *multipares* les femmes dont la parité est comprise entre 2 et 5 ,et les *primipares* les femmes venant accoucher pour leur première fois.

Nous avons défini la prématurité comme << tout nouveau-né ayant un poids de naissance inférieur à 2500 grammes et un âge gestationnel inférieur à 38 semaines d'aménorrhée >>.

Dans notre étude, nous avons défini la mortinatalité comme << mort-nés ou décès survenus avant l'expulsion du produit de conception ou son extraction complète >>.

#### **4-2-2-2- Critères d'inclusion**

Les *grandes multipares* concernent toutes les femmes ayant accouché au CHN YO entre le 1-01-1996 et le 31-12-1996 et ayant accouché six fois ou plus. Les *multipares* concernent toutes les femmes accouchées à la maternité du CHN YO à la même période et ayant une parité allant de 2 à 5.

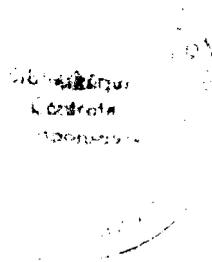
Les données ont été collectées à partir des dossiers cliniques.

#### **4-2-2-3- Critères d'exclusion**

Les patientes ayant accouché à domicile; les patientes qui avaient un âge gestationnel inférieur à 28 semaines d'aménorrhée et celles dont la parité n'a pas été mentionnée (980 patientes étaient dans ce dernier cas.) ont été exclues de notre étude.

#### **4-3- Saisie et analyse**

Les données ont été saisies et analysées sur micro-ordinateur grâce au logiciel Epi Info version 5. Nous avons réalisé dans un premier temps une analyse descriptive simple des différentes variables étudiées(voir annexe), puis dans un second temps une analyse des risques liés à la grossesse et à l'accouchement. Le test statistique du chi-carré et celui du test exact de Fisher ont été utilisés (considéré comme significatif si  $p < 0,05$  ).



## **5- RESULTATS**

## 5- RESULTATS

### 5-1- LA FREQUENCE DE LA GRANDE MULTIPARITE

Au cours de la période d'étude 3936 accouchements ont été enregistré. Il y a eu 2956 dossiers exploitables et 980 dossiers qui ne contenaient pas la parité des patientes, ces derniers n'étaient pas pris en compte dans notre étude. Les 2956 patientes étaient composées de :

- 1155 *primipares* (39,07%)
- 1559 *multipares* ( 52,74%)
- 242 *grandes multipares* (8,18%)

La répartition des parturientes en fonction de la parité est représentée par la figure 1.

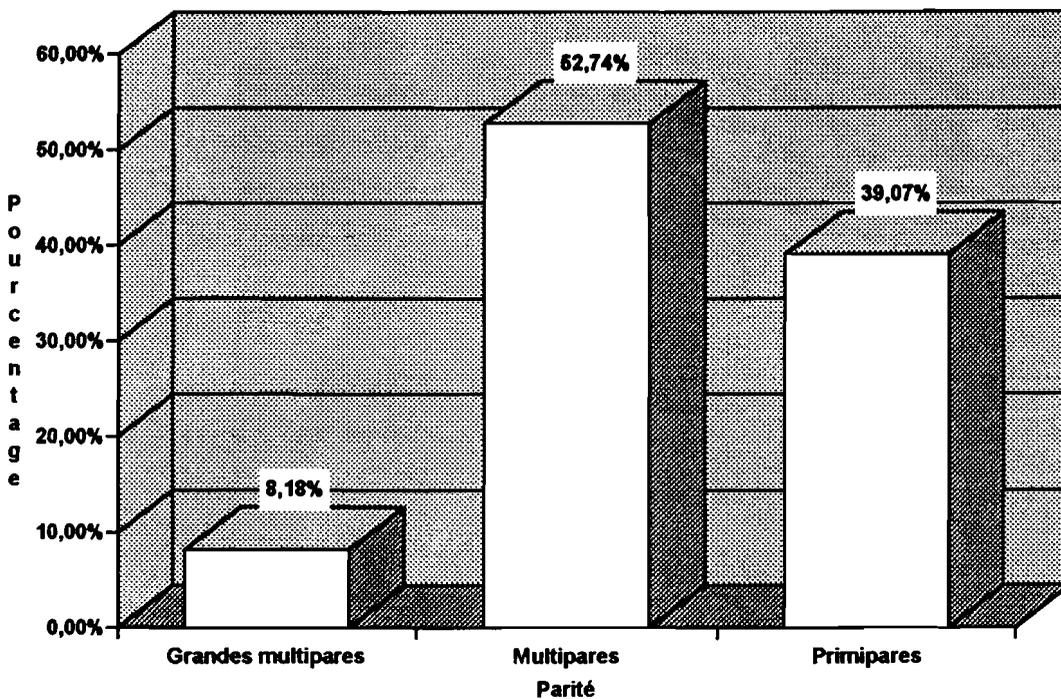


Figure 1: Répartition des parturientes selon la parité

Le rapport entre le nombre de grandes multipares (242) et le nombre total des patientes à parité connue (2 956) nous donne une fréquence de 8,18% de grandes multipares, soit une grande multipare pour 12 accouchées dans notre service durant une période de 12 mois.

La figure 2 présente la répartition des grandes multipares selon la parité.

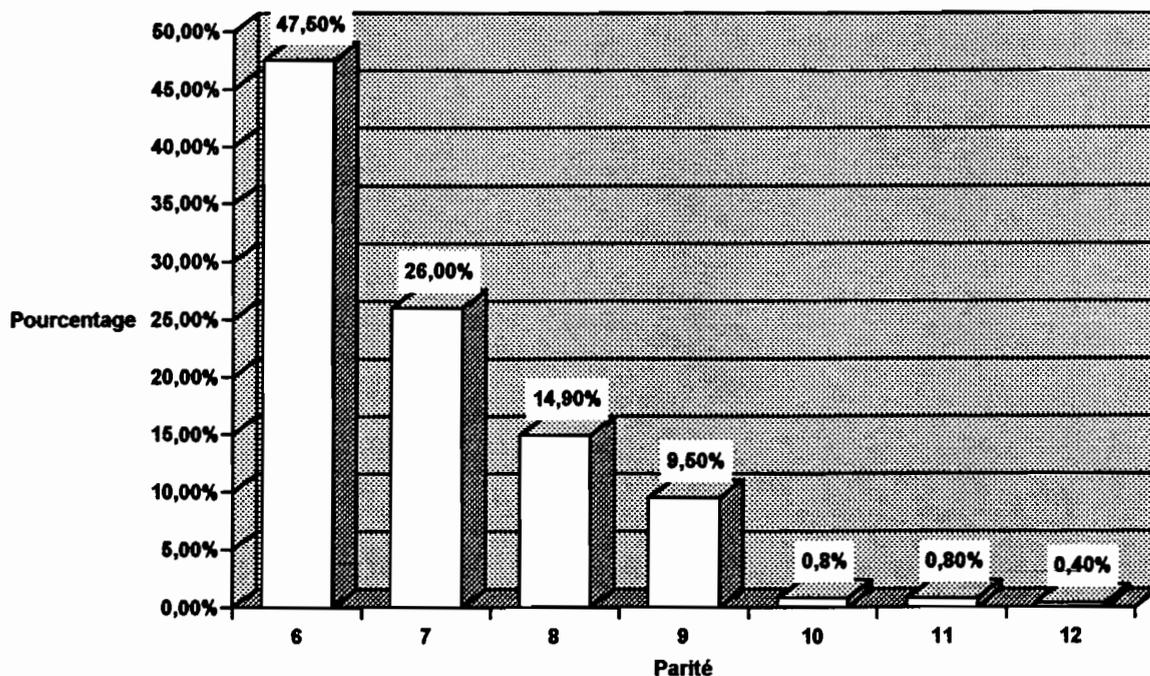


Figure 2: Répartition des grandes multipares en fonction de la parité

## 5-2- Données socio- démographiques des grandes multipares et des multipares.

### 5-2-1-L' âge

L'âge moyen des *grandes multipares* était de 35 ans et les âges extrêmes étaient de 23 ans et 49 ans, celle de 23 ans a eu deux grossesses gémellaires et deux grossesses monofoetales. Les *multipares* avaient un âge moyen de 27 ans et les extrêmes étaient de 17 ans et 44 ans. La distribution de la fréquence des *grandes multipares* en fonction de l'âge est représentée par la figure 3.

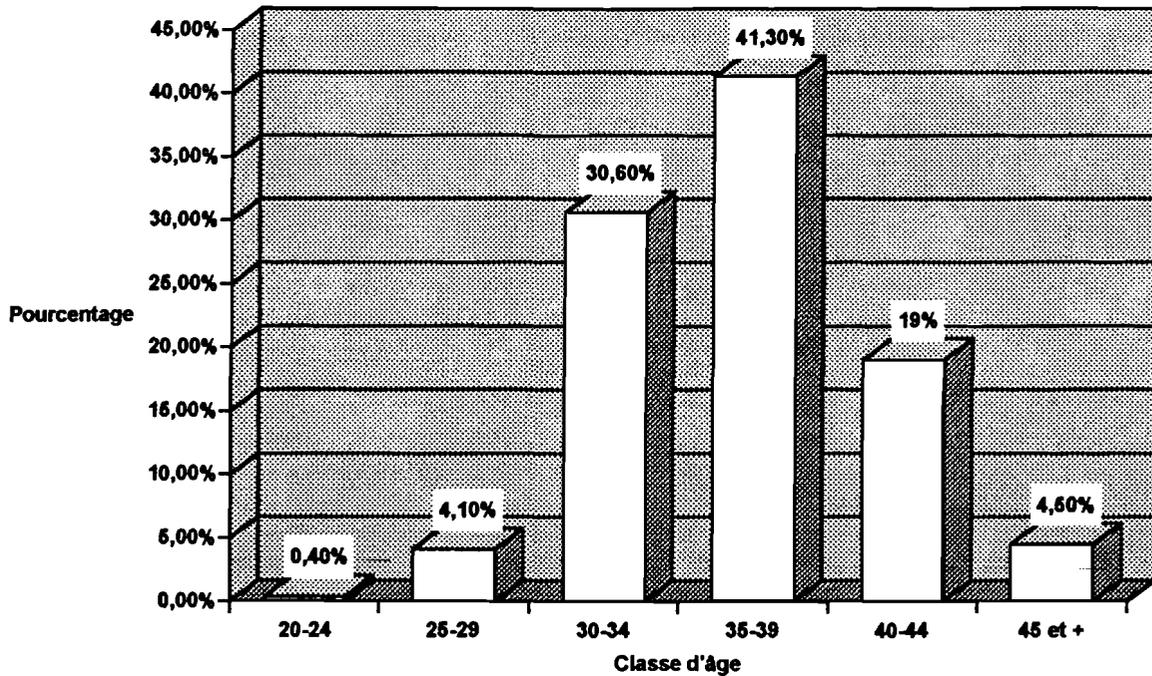


Figure 3: Répartition des grandes multipares en fonction de l'âge.

### 5-2-2- Le statut marital

Nous avons distingué d'une part les parturientes menant une vie maritale (mariées ou concubines) et d'autre part celles vivant seules (célibataires, veuves, divorcées):

Nous avons enregistré respectivement 241 femmes vivant avec un conjoint soit 99,60% chez les grandes multipares et 1552 femmes vivant avec un conjoint soit 99,60% chez les multipares; contre 1 femme vivant seule: soit 0,40% chez les grandes multipares et 7 femmes vivant seules: soit 0,40% chez les multipares.

### 5-2-3- Le statut socioprofessionnel

Nous avons distingué d'une part les ménagères et d'autre part les femmes employées ayant une activité professionnelle rémunérée. La distribution de la fréquence des parturientes en fonction de la profession est représentée par le tableau I.

**TABLEAU I:** Distribution des grandes multipares et des multipares en fonction de la profession.

<b>Statut socioprofessionnel</b>	<b>Grandes multipares</b> ( n = 242 )	<b>Multipares</b> ( n = 1559 )
<b>Employées</b>	11 (4,55%)	308 (19,80%)
<b>Ménagères</b>	231 (95,45%)	1251 (80,20%)

#### 5-2-4- La provenance

Dans notre série, nous avons distingué d'une part les femmes provenant du milieu urbain (ville de Ouagadougou) et d'autre part celles provenant du milieu rural. La distribution de la fréquence des parturientes en fonction de la provenance est représentée par le tableau II.

**TABLEAU II:** Distribution des grandes multipares et des multipares en fonction de la provenance.

<b>Provenance</b>	<b>Grandes multipares</b> ( n = 242 )	<b>Multipares</b> ( n = 1559 )
<b>Milieu urbain</b>	159 (65,70%)	1326 (85,10%)
<b>Milieu rural</b>	83 (34,30%)	233 (14,90%)

#### 5-2-5- Le mode d'admission

Dans notre étude, nous avons distingué d'une part les femmes qui étaient venues d'elles mêmes directement à la maternité et d'autre part celles qui ont été adressées à la maternité du CHN-YO par les formations sanitaires périphériques ou provinciales. La distribution de la fréquence des parturientes en fonction du mode d'admission est représentée par le tableau III.

**TABLEAU III.:** Distribution des grandes multipares et des multipares en fonction du mode d'admission

<b>Mode d'admission</b>	<b>Grandes multipares ( n = 242 )</b>	<b>Multipares</b>
<b>Directe</b>	83 (34,30%)	874 (56,10%)
<b>Evacuation</b>	159 (65,70%)	685 (43,90%)

### **5-3- Les antécédents**

#### **5-3-1- Les avortements**

Nous avons tenu compte des femmes ayant déjà présenté au moins un avortement ( spontané ou provoqué ) .Ainsi 33 femmes ( 13,63% ) avaient un d'antécédent d'avortement, 20% de ces femmes avaient développé un placenta praevia.

#### **5-3-2- Les césariennes**

Chez les *grandes multipares*, 8,67% avaient déjà subi au moins une césarienne, 28,60% de ces femmes avaient développé un placenta praevia.

### **5-4- Etude clinique de La grossesse actuelle**

#### **5-4-1- Surveillance de la grossesse**

##### **5-4-1-1- Consultations prénatales ( CPN)**

Les renseignements sur la CPN étaient mentionnées sur 234 dossiers. Nous avons distingué d'une part les *grandes multipares* n'ayant pas suivi de CPN et d'autre part celles ayant bénéficié de CPN:

- Absence de CPN: 41 cas soit 17,52%
- une à deux CPN: 48 cas soit 20,50%
- Au moins trois CPN 145 cas soit 62%

#### **5-4-1-2- Pathologies dépistées au cours des CPN.**

Parmi les 242 *grandes multipares*, 22 soit (9,02%) ont présenté une pathologie quelconque dépistée au cours de la CPN.

Les pathologies dépistées étaient les suivantes:

- H.T A 22 cas soit 9,02%
- H.T A et oedèmes des membres inférieurs 1 cas soit 0,41%

#### **5-4-1-3- Les traitements prophylactiques**

Nous avons considéré comme traitement prophylactique, l'administration au cours de la grossesse, de fer pour la prévention de l'anémie carencielle et/ou de la chloroquine ou autre médicament antipalustre.

Dans notre série, sur les 242 *grandes multipares*, 186 patientes soit (76,85%) bénéficiaient d'un traitement prophylactique.

- Le traitement anti-palustre 186 cas soit 76,85%
- Le traitement anti-anémique 161 cas soit 66,52%

#### **5-4-2- L'âge de la grossesse à l'admission**

Nous avons distingué d'une part les *grandes multipares* ayant un âge gestationnel inférieur à 37 semaines d'aménorrhée et d'autre part celle ayant un âge gestationnel supérieur ou égal à 37 semaines d'aménorrhée. La répartition était donc la suivante:

- < 37 Semaines: 17 cas soit 7%
- ≥ 37 semaines: 225 cas soit 93%

#### **5-4-3- La pression artérielle**

Les *grandes multipares* ont été distinguées en hypertendues (T.A.≥14/9) et en normotendues (T.A.<14/9), la pression artérielle a été prise chez 238 patientes.

- Hypertendues: 22 cas soit 9,80%
- Normotendues: 216 cas soit 90,20%

#### 5-4-4- Les présentations foetales

Les différentes présentations observées au cours du travail ont été récapitulées dans le tableau IV

**Tableau IV:** Répartition des grandes multipares en fonction des présentations foetales

Présentation	Nombre de cas	Pourcentage
Sommet	201	83
Face	2	1
Siège	27	11
Transversale	12	5
<b>Total</b>	<b>242</b>	<b>100</b>

#### 5-4-5- Le mode d'accouchement

Parmi nos *grandes multipares*, 159 (66,81%) ont accouché par voie basse et 83 (33,19%) ont accouché par césarienne.

Parmi celles qui ont accouché par voie basse, 15,85% ont subi une épisiotomie et une seule a fait l'objet d'expressions abdominales. Le tableau V présente les différentes indications de césarienne

**Tableau V: Indications des césariennes chez la grande multipare**

<b>Indication</b>	<b>Nombre</b>	<b>Pourcentage</b>
Eclampsie	1	1,20
Hématome retro-placentaire	1	1,20
Présentation dystocique (siège, face enclavée, transversale)	27	34,17
Placenta praevia	4	5,06
Procidence du cordon	4	5,06
Prophylactique	2	2,54
Rupture utérine	26	32,91
Souffrance foetale	14	17,72
Non mentionnée	4	
<b>Total</b>	<b>83</b>	<b>100</b>

Sur les 83 césariennes, La principale indication de césarienne est la présentation dystocique (34,17%) puis viennent les ruptures utérines (32,91%) et les souffrances foetales (17,72%).

#### **5-4-6- Les interventions complémentaires**

Nous avons noté 38 cas d'interventions complémentaires.

- Stérilisation tubaire: 37 cas soit 15,28%
- Hystérectomie: 1 cas soit 0,41%

#### **5-5- Le pronostic materno-foetal chez la grande multipare**

##### **5-5-1- Le pronostic maternel**

###### **5-5-1-1- Les complications**

Nous avons noté 143 cas soit 59,09% de complications au cours de l'accouchement et du post-partum. Ces complications sont résumées dans le tableau VI.

**Tableau VI:** Les complications rencontrées au cours de l'accouchement et du post-partum chez la grande multipare

Complications	Nombre	Pourcentage
Présentation dystocique	41	28,67
Rupture utérine	26	18,18
Dystocie osseuse	19	13,28
Toxémie gravidique	18	12,58
Placenta praevia	17	11,88
Procidence du cordon	10	7
Infection postopératoire	6	4,20
Hématome retroplacentaire	3	2,10
Hémorragie de la délivrance	2	1,40
Pathologie mammaire post-partum	1	0,7
<b>Total</b>	<b>143</b>	<b>100</b>

#### 5-5-1-2- La mortalité maternelle

Chez les *grandes multipares* nous avons enregistré 21 cas de décès maternels soit 8,67%.

Les causes de mortalité maternelle étaient les suivantes:

- Rupture utérine: 12 cas soit 57,14%
- Infection: 7 cas soit 33,26%
- Anémie: 2 cas soit 9,52%

L'âge moyen des *grandes multipares* décédées était de 37 ans et les âges extrêmes étaient de 30 ans et 48 ans, 71,42% de ces décès maternels ont été enregistré chez les ménagères, toutes les *grandes multipares* décédées provenaient du milieu rural.

## 5-5-2- Le pronostic foetal

### 5-5-2-1- La prématurité

L'âge de la grossesse a été précisé chez 200 *grandes multipares*, nous avons enregistré 10 cas de prématurés soit 5,0%.

Les associations suivantes ont été notées:

- toxémie gravidique et prématurité: 30% chez les *grandes multipares*
- placenta praevia et prématurité: 20% chez les *grandes multipares*
- profession ménagère et prématurité: 90% chez les *grandes multipares*

### 5-5-2-2- Les malformations foetales

Nous avons noté 2 cas de malformations à type d'hydrocéphalie.

### 5-5-2-3- La mortinatalité

Nous avons enregistré 69 mort-nés soit 28,51% chez les *grandes multipares*, et 223 mort-nés soit 14,30% chez les *multipares*.

Les principales causes de la mortinatalité sont représentées par le tableau VII.

**Tableau VII:** Principales circonstances de la mortinatalité en fonction de la parité.

Causes de la mortinatalité	Grandes multipares	Multipares
Souffrance foetale	17 (24,63%)	44 (19,72%)
Placenta praevia	8 (11,59%)	33 (14,79%)
Prématurité	6 (8,69%)	33 (14,79%)
Hématome retroplacentaire	3 (4,34%)	8 (3,58%)
Toxémie gravidique	2 (2,89%)	9 (4,03%)

Chez les *grandes multipares* les souffrances foetales (24,63%) constituaient la principale cause de la mortinatalité; chez les *multipares* les souffrances foetales (19,72%) les placentas praevias (14,79%), et la prématurité (14,79%) constituaient les principales causes de la mortinatalité.

## **5-6- Analyse des risques liés à la grossesse et à l'accouchement chez la grande multipare**

Nous avons analysé les risques liés à la grossesse et à l'accouchement chez les *grandes multipares* par rapport aux *multipares*.

### **5-6-1- La toxémie gravidique**

Elle a été observée chez 18 *grandes multipares* soit 7,43% contre 5,58% chez les *multipares* pour 87 femmes. Chi-deux = 1,32 ddl = 1 et P = 0,25. La différence n'est pas statistiquement significative.

### **5-6-2- L'hématome rétroplacentaire(HRP)**

Dans notre série 1,23% des HRP ont été enregistrés chez les *grandes multipares* contre 0,57% chez les *multipares*. Chi-deux corrigé de Yates = 0,57 ddl = 1 et P = 0,45. La différence n'est pas statistiquement significative.

### **5-6-3- Le placenta praevia**

La répartition des *grandes multipares* et *multipares* en fonction de la présence du placenta praevia est représentée par le tableau VIII.

**Tableau VIII:** Fréquence du placenta praevia en fonction de la parité.

<b>Placenta praevia</b>	<b>Grandes multipares</b>	<b>Multipares</b>
Oui	17	59
Non	225	1 500
<b>Total</b>	<b>242</b>	<b>1 559</b>

Chi-deux = 5,44      ddl = 1      P = 0,02      Odds Ratio = 1,92

La fréquence des placentas praevia est statistiquement plus élevée chez les *grandes multipares* (7,02%) que les *multipares* (3,78%).

#### 5-6-4- La procidence du cordon

La répartition des grandes multipares et multipares en fonction de l'existence d'une procidence du cordon est représentée par le tableau VIII.

**Tableau VIII:** Fréquence de la procidence du cordon en fonction de la parité

Procidence du cordon	Grandes multipares	Multipares
Oui	10	31
Non	232	1 528
Total	242	1 559

Chi-deux = 4,33      ddl = 1      P = 0,038      Odds Ratio = 2,12

La fréquence des procidences du cordon est statistiquement plus élevée chez les *grandes multipares* (4,13%) que chez les *multipares* (1,98%).

#### 5-6-5- La rupture utérine

La répartition des grandes multipares et multipares en fonction de la survenue d'une rupture utérine est représentée par le tableau IX.

**Tableau IX:** Fréquence de la rupture utérine en fonction de la parité.

Rupture utérine	Grandes multipares	Multipares
Oui	26	39
Non	216	1 520
Total	242	1 559

Chi-deux = 40,91      ddl = 1      P = 10-9      Odds Ratio = 4,69

La fréquence des ruptures utérines est statistiquement plus élevée chez les *grandes multipares* (10,74%) que chez les *multipares* (2,50%).

#### 5-6-6- Les disproportions foeto-pelviennes

La répartition des parturientes selon l'existence d'une disproportion foeto-pelvienne est représentée par le tableau X.

**Tableau X: Fréquence des disproportions foeto-pelviennes en fonction de la parité**

<b>Disproportion foeto-pelvienne</b>	<b>Grandes multipares</b>	<b>Multipares</b>
Oui	2	122
Non	240	1 437
<b>Total</b>	<b>242</b>	<b>1 559</b>

Chi-deux corrigé de Yates = 16,01      ddl = 1      P = 610-6      Odds Ratio = 0,10

La disproportions foeto-pelvienne est moins fréquente chez les *grandes multipares* (0,82%).

### 5-6-7- La durée du travail obstétrical

La durée du travail a été précisée chez 153 cas et chez 1071 témoins. Nous avons distingué d'une part la durée de travail inférieure ou égale à 6 heures et d'autre part la durée de travail supérieure à 6 heures selon le tableau XI.

**Tableau XI: Répartition des grandes multipares et des multipares selon la durée du travail obstétrical**

<b>Durée du travail obstétrical</b>	<b>Grandes multipares</b>	<b>Multipares</b>
≤ 6 heures	29	127
> 6 heures	124	944
<b>Total</b>	<b>153</b>	<b>1 071</b>

Chi-deux = 6,06      ddl = 1      P = 0,014      Odds Ratio = 1,74

La durée du travail obstétrical est statistiquement plus courte que chez les *grandes multipares*.

### 5-6-8- Les présentations anormales

Les différentes présentations anormales observées au cours du travail chez les parturientes sont représentées par le tableau XII.

**Tableau XII:** Répartitions des grandes multipares et des multipares en fonction des présentations anormales.

Présentations anormales	Grandes multipares	Multipares
Oui	41	160
Non	201	1 399
<b>Total</b>	<b>242</b>	<b>1 559</b>

Chi-deux = 9,43      ddl = 1      P = 0,0021      Odds Ratio = 1,78

La fréquence des présentations anormales statistiquement plus élevée chez les *grandes multipares* (16,94%) que chez les *multipares* (10,26%).

#### 5-6-9- L'accouchement par voie haute (Césarienne)

Nous avons distingué d'une part les patientes ayant accouché par voie basse et d'autre part celles ayant accouché par voie haute. Nous avons noté 33,19% des accouchements par voie haute chez les grandes multipares contre 28,96% chez les multipares. Chi-deux = 2,7  
ddl = 1 P = 0,096.

La différence n'est pas statistiquement significative.

#### 5-6-10- La mortalité maternelle

La répartition des décès maternels en fonction de la parité est représentée par le tableau XIII.

**Tableau XIII:** Fréquence de la mortalité maternelle en fonction de la parité

Mortalité maternelles	Grandes multipares	Multipares
Oui	21	43
Non	221	1 516
<b>Total</b>	<b>242</b>	<b>1 559</b>

Chi-deux = 21,42      ddl = 1      P =  $3 \cdot 10^{-7}$       Odds Ratio = 3,35

La fréquence des décès maternels est statistiquement plus élevée chez les *grandes multipares* (8,67%) que chez les *multipares* (2,75%).

### 5-6-11- Le petit poids du nouveau-né

Nous avons distingué d'une part les poids de naissance inférieur à 2 500 grammes et d'autre part les poids de naissance supérieur ou égal à 2 500 grammes. Nous avons enregistré 17,22% de poids de naissance inférieur à 2 500 grammes chez les grandes multipares contre 16,49% chez les multipares . Chi-deux = 0,05 ddl = 1 P = 0,81. La différence n'est pas statistiquement significative

Chez les *grandes multipares* 4,22% des nouveau-nés avaient un poids supérieur ou égal à 4 000 grammes contre 2,19% chez les *multipares*.

### 5-6-12- La prématurité

Nous avons distingué d'une part les nouveau-nés matures et d'autre part les nouveau-nés prématurés. Nous avons enregistré chez les grandes multipares (5,0%) de nouveau-nés prématurés contre 5,07% chez les multipares. Chi-deux = 0,00 ddl = 1 p = 0,89. La différence n'est statistiquement significative.

### 5-6-13- La mortinatalité

La répartition des parturientes en fonction de La mortinatalité représentée par le tableau XIV.

**Tableau XIV** : La mortinatalité en fonction de la parité

Mortinatalité	Grandes multipares	Multipares
Oui	69	223
NON	173	1 336
<b>Total</b>	<b>242</b>	<b>1 559</b>

Chi-deux = 31,13      ddl = 1      Odds Ratio = 2,39      P = 0,2 10<sup>-8</sup>

Le taux de la mortinatalité est statistiquement plus élevée chez les *grandes multipares* (28,51%) que chez les *multipares* (14,30%).

**5-6-14- Récapitulatif des risques liés à la grossesse et à l' accouchement chez les grandes multipares et chez les multipares.**

Nous avons résumé les risques liés à la grossesse et à l' accouchement chez les grandes multipares et chez les multipares dans le tableau XV

**TABLEAU XV** Fréquence et répartition des risques selon la parité

<b>Risques</b>	<b>Multipares</b>	<b>Grandes multipares</b>	<b>P</b>
<b>Placenta praevia</b>	<b>59 (3,78%)</b>	<b>17 (7,02%)</b>	<b>0,02</b>
Procidence du cordon	31 (1,98%)	10 (4,13%)	0,038
<b>Rupture utérine</b>	<b>39 (2,50%)</b>	<b>26 (10,74%)</b>	<b>7 10<sup>-7</sup></b>
Hémorragie rétroplacentaire (H R P)	9 (0,57%)	3 (1,23%)	0,53
Toxémie gravidique	87 (5,58%)	18 (7,43%)	0,25
<b>présentation dystocique</b>	<b>160 (10,26%)</b>	<b>41 (16,94%)</b>	<b>0,0021</b>
Césarienne	434 (28,96%)	79 (33,19%)	0,096
<b>Mortalité maternelle</b>	<b>43 (2,75%)</b>	<b>21 (8,67%)</b>	<b>310<sup>-7</sup></b>
Poids de naissance ≤ 2 500 grammes	258 (16,49%)	41 (17,22%)	0,81
Prématurité	66 (5,07%)	10 (5,0%)	0,89
<b>Mortinatalité</b>	<b>223 (14,30%)</b>	<b>69 (28,51%)</b>	<b>0,210<sup>-8</sup></b>

## **6- COMMENTAIRES ET DISCUSSION**

## 6- COMMENTAIRES ET DISCUSSION

### **LIMITES ET BIAIS DE L'ETUDE**

Cette étude comporte les limites de celle d'une étude rétrospective basée sur des dossiers remplis sommairement en urgence et souvent mal archivés.

En effet au cours de la collecte des données, nous avons rencontré des difficultés à travers l'insuffisance des informations fournies par les dossiers cliniques.

Au cours de cette étude, nous avons relevé deux principaux biais:

- *Le biais de sélection*: la maternité du CHN-YO reçoit majoritairement les accouchements dystociques évacués des maternités périphériques de la ville de Ouagadougou et provinciales et les femmes portant une grossesse à risque dépistée lors des CPN. Généralement ces dernières sont admises directement à la maternité.

- *Les dossiers incomplets*: la variable qui devrait nous permettre de classer nos parturientes en primipares, multipares et grandes multipares était la *parité*. L'absence de cette variable dans un dossier nous empêchait son exploitation quelle que soit la richesse de son contenu. Ainsi, 980 dossiers soit 24,89% de l'ensemble des dossiers ont été exclus de l'étude. Si ces dossiers étaient exploitables, ils pouvaient entraîner un changement remarquable de nos résultats, commentaires et de notre conclusion.

Les deux principaux biais ci-dessus cités rendent nos résultats non extrapolables à l'ensemble du Burkina Faso.

#### **6-1- La fréquence de la grande multiparité**

La *grande multipare*, telle que nous l'avons définie, c'est à dire à partir de la sixième parité, représente 8,18% des parturientes admises à la maternité du CHN-YO durant la période d'étude. La fréquence comme le signalent Palliez [60] et Whal [72] décroît au fur et à mesure que la parité s'élève. Nos patientes sont dans 47,5% des cas, sixième parité et dans 0,4% des cas douzième parité.

Cette fréquence de 8,18% retrouvée à la maternité du CHN-YO est faible par rapport à celles rencontrées dans la littérature (cf. tableau XVI ). Cela s'explique par la spécificité de la maternité du CHN-YO qui reçoit majoritairement des accouchements dystociques évacués des autres maternités de la commune de Ouagadougou et des provinces.

**TABLEAU XVI** Fréquence de la grande multipare selon certains auteurs.

<b>Auteurs et Pays</b>	<b>Année</b>	<b>Fréquence</b>
Wahl et Coll. Algérie [72]	1961	23%
Palliez et Coll. France Lille [60]	1971	13,45%
Santère. S. France Lyon [65]	1971	21,20%
Vokaer et Coll. Belgique [71]	1978	25%
Lahrichi H.B. et Coll. Maroc [36]	1987	15,72%
<i>Notre série Burkina-Faso</i>	<i>1996</i>	<i>8,18%</i>

### **6-2- Facteurs favorisants**

Pour Lolis D. [43] et Oxorn H. [59] la parité élevée est parfois imposée par l'ignorance et la pauvreté. Dans notre étude, nous avons noté 95,45% de ménagères et 4,55% d'employées, (34,30% des *grandes multipares* provenaient du milieu rural et 65,70% de celles-ci provenaient du milieu urbain ).

### **6-3- Les pathologies obstétricales**

Toutes les pathologies obstétricales se sont révélées plus importantes chez les *grandes multipares*.

#### **6-3-1- Le placenta praevia**

Le taux de placenta praevia chez les *grandes multipares* (7,02%) est plus élevé que chez les témoins (3,78%). Cette différence est statistiquement significative ( $p = 0,02$  ).

Les *grandes multipares* sont 1,92 fois plus exposées au placenta praevia que les *multipares*.

La grande fréquence des placentas praevias retrouvée chez les *grandes multipares* est observée par plusieurs auteurs:

- Yassoua [73] retrouve 100% de cas de placenta praevia chez les *grandes multipares*.
- Grall [25] retrouve 80%.

Des auteurs tels que Grall [25], Baudet [5], ainsi que Delecour [15], affirment que la fréquence des placentas praevias serait la conséquence d'une altération de la muqueuse utérine. Cette altération proviendrait des accouchements successifs, et de certaines altérations de la muqueuse utérine suite aux curetages, césariennes, mais aussi des infections (endométrites).

Dans notre étude, 20% des *grandes multipares* qui avaient déjà avorté et 28,6% des *grandes multipares* qui avaient déjà subi au moins une césarienne avaient développé un placenta praevia

Pour Henrion [27], les facteurs favorisant du placenta praevia sont:

- La *grande multiparité* dans 80% des cas
- Les antécédents d'avortements et de curetages 20 à 40%
- Les cicatrices utérines dans 10% des cas.

### **6-3-2- La procidence du cordon**

Nous avons observé 10 procidences du cordon soit 4,13% chez les *grandes multipares* contre 1,98% chez les *multipares*. La différence est statistiquement significative, les *grandes multipares* sont 2,12 fois plus exposées à la procidence du cordon que les *multipares*.

Nous pensons que la fréquence élevée des procidences du cordon chez les *grandes multipares* pourrait s'expliquer par le taux élevé de présentations dystociques et la mauvaise accommodation chez ces dernières.

La plupart des auteurs trouvent que la procidence du cordon augmente avec la parité.

- Pour Ball G. [3] et Bodiger J. [6], la *grande multiparité* apparaît comme une étiologie dominante de la procidence du cordon.
- Whal [72], trouve qu'elles sont six fois plus fréquentes que chez les *multipares*.

### 6-3-3- La rupture utérine

La plupart des auteurs considèrent la rupture utérine comme une complication classique de la *grande multipare* et pour Eastman [20], c'est même la cause principale de mortalité maternelle.

Lampert [37] trouve 1 rupture sur 540 cas, O'Sullivan [58], 2 cas sur 611, Wall [72], 12 cas sur 700 observations.

Nous avons noté une rupture utérine pour 10 accouchements chez la grande multipare. La fréquence des ruptures utérines est plus élevée chez les *grandes multipares* (10,74%) que chez les *multipares* (2,50%) avec une différence statistiquement significative. Les *grandes multipares* sont 4,69 fois plus exposées à la rupture utérine que les *multipares*. Cela pourrait s'expliquer par la fragilisation de la paroi utérine par les grossesses rapprochées, invoquant la dégénérescence graisseuse, hyaline ou fibreuse des fibres musculaires lisses, et les altérations vasculaires surtout nettes au niveau du segment inférieur. A la fragilité du myomètre, s'associent souvent: les antécédents obstétricaux chargés (curetages); l'augmentation du poids du fœtus; la fréquence des présentations vicieuses.

Dans le même service, Lankoandé et coll. [39] ont noté en 1995 au CHN-YO que la fréquence des ruptures utérines augmentait avec la parité et les *grandes multipares* ont été celles qui ont payé le plus lourd tribut. Pour Lankoandé la *multiparité*, le niveau socio-économique très bas du pays, le manque de suivi des grossesses influencent considérablement la fréquence des ruptures utérines.

Nous avons noté que 92,34% des ruptures utérines enregistrées chez les *grandes multipares* 51,18% des ruptures utérines enregistrées chez les *multipares* sont rencontrées chez des évacuées des maternités périphériques de la ville et provinciales. Les patientes provenant des maternités provinciales ont dû parcourir au moins 40 kilomètres, nécessitant de voyager en charrette, à vélo, et rarement à mobylette, transitant parfois dans les centres de santé où elles subissent des manoeuvres douteuses dont l'échec conditionne la continuation du transfert vers la maternité du CHN-YO. Ce genre de pratique, associé à la pénurie chronique de moyens de transport, allonge le délai d'acheminement et expose au risque de rupture utérine

au cours du transport. En effet, dans notre série, 44 patientes (24 *grandes multipares* et 20 *multipares*) ont présenté une rupture utérine.

#### **6-3-4- La toxémie gravidique**

La toxémie gravidique est retrouvée dans 7,43% des cas chez les *grandes multipares* contre 5,58% chez les *multipares*. La différence n'est pas statistiquement significative ( $p = 0,25$ ).

Tous les auteurs insistent sur l'augmentation des cas de toxémie chez les *grandes multipares* par rapport aux *multipares*.

Notre fréquence est plus élevée que celle de Lampert M. [37] qui trouve 5,76% et beaucoup moins élevée que celle de Schram [67] et O'Sullivan [58] qui trouvent respectivement 11% et 20%. Pour Schram [67] cette augmentation de fréquence de la toxémie est surtout due à l'âge moyen de ces malades, qu'au nombre de grossesses. Hermann [28] et Ziel [74], quant à eux, pensent que chacun des facteurs suivants entre en jeu pour expliquer la recrudescence de la toxémie chez la *grande multipare*: parité, âge, obésité et augmentation de poids au cours de la grossesse

#### **6-3-5- L'hématome rétroplacentaire (HRP)**

Nous avons observé 12 cas d'hématome rétroplacentaire: 3 cas chez les *grandes multipares* soit (1,23%) contre 9 cas chez les *multipares* soit (0,57%), la différence n'est pas statistiquement significative ( $p = 0,29$ ). Les patientes ayant présenté un HRP ont accouché par voie haute et aucun décès maternel n'a été observé.

Le faible nombre du décollement prématuré du placenta normalement inséré ne nous permet pas de conclure. Mais certains auteurs tel que: Wahl [72], Muth [53], Lahrichi H.B. [36], trouvent que la fréquence de l'hématome rétroplacentaire augmente avec la parité. Muth se demande si l'âge moyen élevé de ces malades, qui ont souvent des troubles de la circulation pelvienne, n'est pas responsable de cette augmentation de fréquence.

## **6-4- Etude de l'accouchement**

### **6-4-1- Les disproportions foeto-pelviennes**

Les disproportions foeto-pelviennes sont statistiquement moins fréquentes chez les *grandes multipares* (0,82%) que chez les *multipares* (7,82%). La différence est statistiquement significative. Les *multipares* sont 10 fois plus exposées à la disproportion foeto-pelvienne que les *grandes multipares*.

Les *grandes multipares* en général ont un bassin normal sinon elles auraient été limitées par le nombre d'accouchement pour utérus cicatriciel.

Ce taux de disproportions foeto-pelviennes chez la *grande multipare* (0,82%) de notre étude sont inférieurs à de ceux de Wahl [72] et Yassoua [73] qui trouvent respectivement 1,4% et 1,47%.

Pour Wahl cette éventualité est due à l'ostéomalacie peu propice à la *grande multiparité*, l'ostéomalacie vient parfois toucher les femmes lors d'une grossesse précédente et la notion d'accouchement de plus en plus laborieuse oriente le diagnostic.

### **6-4-2- Les présentations foetales**

Les présentations dystociques sont plus fréquentes chez *grandes multipares* (16,94%) contre (10,26%) chez les *multipares* et la différence est statistiquement significative. Les *grandes multipares* sont 1,78 fois plus exposées aux présentations foetales dystociques que les *multipares*.

Presque tous les auteurs constatent une augmentation des présentations pathologiques chez la *grande multipare*, surtout des présentations transversales et du siège:

- Lampert M. [37], trouve 2,33% de présentations transversales chez les *grandes multipares* contre 0,9% chez les *multipares*. Il n'a pas trouvé d'augmentation notable des présentations du siège (3,71% chez la *grande multipare* contre 4,2% chez la *multipare*).

- Pour Wahl [ 72 ], les présentations du front et transversales sont respectivement trois, dix fois plus fréquentes chez les *grandes multipares* que chez les *multipares*.

Pour notre étude, le taux (16,94%) de présentations dystociques élevé chez les *grandes multipares* pourrait s'expliquer par la grande facilité des mouvements foetaux par suite de l'atonie utérine, mais , aussi par l'augmentation de la prématurité et la grande fréquence des gros enfants.

#### **6-4-3- La durée du travail obstétrical**

Dans notre étude, 81,04% de *grandes multipares* ont eu une durée de travail obstétrical supérieure à 6 heures contre 88,14% chez les *multipares*. La différence est statistiquement significative. La maternité du CHN-YO reçoit majoritairement les grossesses à risques évacuées des maternités périphériques de la villes de Ouagadougou et provinciales ce qui explique la longue durée de travail obstétrical.

Les *multipares* sont 1,74 fois plus exposées à une durée de travail obstétrical supérieure à 6 heures que les *grandes multipares*.

Cette durée (6 heures) est plus importante que celles de la littérature:

- Pour Lampert M. [ 37 ] 32,2% des *grandes multipares* accouchent au bout de trois heures suivant le début du travail contre 23% chez les *multipares*.

- Oxorn [ 59 ] a trouvé que 18% des *grandes multipares* accouchent au bout de 4 heures de travail obstétrical.

#### **6-4-4- L'accouchement par voie haute**

L'accouchement par voie haute est plus fréquente chez les *grandes multipares* (33,19%) contre (28,96%) chez les *multipares*, mais la différence n'est pas significatives.

Ce taux d'accouchement par voie haute (33,19%) chez les *grandes multipares* est élevé car étant le reflet de nombreuses dystocies rencontrées lors du travail, des pathologies obstétricales. Les principales indications d'accouchement par voie haute étaient les ruptures

utérines (43%), les présentations dystociques (24%), les souffrances fœtales (17,70%), les placentas praevias (5%), et les procidences du cordon (5%).

Notre taux (33,19%) d'accouchement par voie haute est nettement supérieur à ceux rencontrés dans la littérature; cela est dû à la spécificité du CHN-YO qui reçoit les accouchements dystociques. Palliez [37], Santère [65], Wahl [72], ont trouvé respectivement 8,1%; 0,3%; et 3,1%.

### **6-5- La mortalité maternelle**

La mortalité maternelle est plus élevée chez les *grandes multipares* (8677 pour 100000 naissances vivantes) que chez les *multipares* (2758 pour 100000 naissances vivantes), la différence est statistiquement significative. Les *grandes multipares* sont 3,35 fois plus exposées au décès par suite d'accouchement que les *multipares*

Nos taux sont plus élevés que ceux de Lankoandé et coll [41], (5272 pour 100 000 naissances vivantes chez les *grandes multipares* contre 3832 pour 100 000 naissances vivantes chez les *multipares*) qui ont réalisé une étude sur la mortalité maternelle en 1995 à la maternité du CHN-YO. Pour Lankoandé et coll [41], les chocs infectieux et les ruptures utérines étaient les principales causes de décès maternels.

La forte mortalité maternelle dans notre service est un signe de bas niveau socio-sanitaire de la région (manque d'équipement, insuffisance de couverture de CPN, évacuations tardives, pauvreté de la population). En effet toutes les *grandes multipares* et 97,75% des *multipares* décédées étaient des ménagères; 71,41% des décès enregistrés chez les *grandes multipares* provenaient du milieu rural contre 72,14% chez les *multipares*. La nature de la maternité du CHN-YO, dernier recours, est à relier avec ce taux extrêmement élevé de la mortalité maternelle.

Les principales causes de mortalité maternelle étaient les chocs hémorragiques (57,14% chez les *grandes multipares* contre 46,47% chez les *multipares*) et les infections (33,26% chez les *grandes multipares* contre 18,65 chez les *multipares*). Ces causes pouvaient être évité si la

maternité du CHN-YO disposait habituellement du sang pour la transfusion et de kit opératoire pour les césariennes.

La plupart des auteurs ont démontré qu'une <<haute parité>> et en particulier une << *grande multiparité* >> comporte un grand risque de mortalité maternelle:

- Chaoui [11], remarque chez la dixième parité une mortalité 10 fois plus importante que chez la *multipare*
- Dubecq et coll [19] considèrent que le risque de mortalité est multiplié par 3 chez la *grande multipare*. Pour Lahrichi [36] ce risque est de 0,3%.
- Gazoby et coll [23] dans leur étude menée à la maternité centrale de Niamey (Niger) trouvent que la mortalité maternelle chez les *grandes multipares* est une fois et demi supérieure au taux de mortalité global, et deux fois supérieure au taux de mortalité maternelle chez les *multipares*.

## **6-6- Le nouveau-né**

### **6-6-1- Le poids du nouveau-né**

Le taux des nouveau-nés des *grandes multipares* ayant des poids de naissance inférieur à 2500 grammes (17,22%) est plus fréquent que dans la population témoin (16,49%) mais la différence n'est pas statistiquement significative.

Le poids moyen des nouveau-nés des *grandes multipares* était de 2984,39 grammes contre 2934,70 grammes chez les *multipares*. Chez les *grandes multipares* 4,22% des nouveau-nés avaient un poids supérieur ou égal à 4000 grammes contre 2,19% chez les *multipares*.

Notions bien connues qui confirme nos résultats, le poids du nouveau-né augmente avec la parité.

- Gazoby I. [23] trouve que le poids foetal moyen est 3000 grammes chez la *multipare* et 3500 grammes chez les *grandes multipares*.

- Lampert M. [37] et Muth [53] trouvent respectivement que 13,9%; 21,6%; des enfants des *grandes multipares* ont plus de 4000 grammes de poids à la naissance contre 9,4% et 13,11% chez les *multipares*.

-Pour Hermann [28] ce n'est pas l'augmentation de la parité, mais le poids de la mère et surtout son augmentation au cours de la grossesse qui sont les éléments dominants (21% d'enfants pèsent plus de 4500 grammes si le poids maternel dépasse 100 kg).

### 6-6-2- La prématurité

La prématurité est rencontrée chez 5,07% des *grandes multipares* et chez 5% des *multipares*. La différence n'est pas statistiquement significative.

Les conditions défavorables des femmes et les fréquentes complications obstétricales justifient ce taux de prématurité assez élevé. En effet, nous avons noté que chez les *grandes multipares* 90% des prématurés ont eu comme mère des ménagères contre 83,32% chez les *multipares*. L'incidence de la toxémie gravidique (30%) et des placentas praevia (20%) est assez fréquentes.

Notre taux de prématurité est inférieur à celui de Gazoby I. et coll [23] 230 cas (7,41%) chez les 3103 nouveau-nés de *grandes multipares* contre 16% chez les *multipares* (soit 259 sur les 1623 cas).

La majorité des auteurs constatent une nette augmentation de la prématurité foetale avec la parité.

- Lampert M. [37] trouve 8,3% des prématurés chez les *grandes multipares* contre 5,5% chez les *multipares*.

- Palliez R et coll [60] ont trouvé 316 accouchements avant la 38<sup>e</sup> semaine soit 19,5 des cas, et pensent que cette augmentation de prématuré chez les *grandes multipares* est due à plusieurs facteurs:

- Un certain nombre d'accouchements prématurés sont provoqués.

La fréquence des placentas insérés bas et des grossesses gémellaires chez la *grande multipare* contribue à l'accroissement du taux de prématurité (30 accouchements

prématurés pour 54 placentas insérés bas, 11 accouchements prématurés sur 35 accouchements gémellaires).

- Enfin il faut incriminer le milieu socio-économique défavorable, l'état de fatigue chronique et de surmenage de ces femmes chargées de nombreuses familles.

### 6-6-3- La mortinatalité

Elle est statistiquement plus importante chez les nouveau-nés de mères *grandes multipares* (28,51%) contre (14,30%) chez les *multipares*. Les *grandes multipares* courent 2,39 fois plus de risque de donner naissance à des mort-nés que les *multipares*.

Nous avons constaté que:

- Chez les *grandes multipares* 96,90% des mort-nés étaient rencontrés chez les ménagères contre 93,11% chez les *multipares*.
- Chez les *grandes multipares* 64,64% des mort-nés étaient rencontrés parmi les femmes qui provenaient du milieu rural contre 42,67% chez les *multipares*.

La prématurité et le bas niveau socio-économique des femmes constituent les principales causes de la mortinatalité avec les facteurs obstétricaux foeticides associés, tels que : placenta praevia, présentation transversale, présentation du siège, l'hématome retroplacentaire les infections et la toxémie gravidique.

Nos taux sont plus importants que ceux de la littérature:

- Hermann [28]; Aghaï [1]; et Wahl [72] ont trouvé que le taux de mortinatalité chez les *grandes multipares* étaient respectivement 2,86%; 3,3%; et 7% contre 1,31%. 1,1%; et 3% chez les *multipares*.
- Palliez R. et coll [60] ont relevé 36 cas de mort-nés soit 5,1% chez les *grandes multipares* et pensent que les causes les plus fréquentes de la mortinatalité sont: les syndromes vasculo rénaux (11 cas), les hématomes retroplacentaires (17 cas), le placenta inséré bas (10 cas), l'iso-immunisation au facteur rhésus (10 cas).

## **7- CONCLUSION**

## 7 -CONCLUSION

Au terme de cette étude sur la grossesse et l'accouchement chez la *grande multipare* en milieu hospitalier de Ouagadougou, il ressort que la fréquence ( 8,18% ) de notre série est inférieure aux données de la littérature.

Cette étude de la *grande multipare* apparaît comme un véritable catalogue de la pathologie obstétricale. La pathologie de la *grande multipare* n'a rien de spécifique : tous les accidents de la gravido-puerpéralité peuvent survenir chez elle avec une fréquence accrue.

Deux éléments essentiels rendent compte de cette altération du pronostic tant maternel que foetal:

- Le bas niveau socio-économique et sanitaire du pays sont des facteurs influençant sur l'incidence de la *grande multiparité*, favorisant et ou aggravant les complications de la grossesse et ou de l'accouchement;
- La faillite du système musculaire: utérus atone, musculatures abdominale et périnéale relâchées.

C'est dire que la grossesse et l'accouchement de la *grande multipare* sont à « haut risque », et que, comme Oxorn y insiste : « il ne doit y avoir ni sensation de fausse sécurité, ni négligence devant la *grande multipare*. Chaque patiente doit être examinée à fond et suivie soigneusement tout au long de la grossesse, de l'accouchement, et des suites de couches». Si ces préoccupations sont à la portée des professionnels de la santé, sur le plan social et économique, ils ne peuvent qu'exprimer un seul souhait: l'augmentation du niveau de vie tant sur le plan alimentaire que sur le plan éducation.

## **8- SUGGESTIONS**

## **8- SUGGESTIONS**

Afin d'améliorer le pronostic materno-foetal nous faisons les suggestions suivantes:

### **1- Aux autorités sanitaires**

- Rendre fonctionnel les centres médicaux avec antenne chirurgicale afin de minimiser les évacuations sanitaires trop longues , pénibles et coûteuses.
- Doter toutes les structures sanitaires d'ambulance fonctionnelle et du carburant

### **2- Aux responsables du CHN-YO et de la maternité**

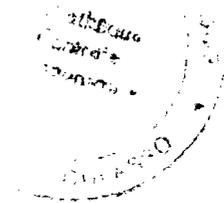
- Rendre toujours disponible les kits opératoires pour les césariennes.
- Réorganiser les archives afin de permettre une meilleur exploitation des dossiers.
- Recruter un archiviste qui s'occupera du classement et du rangement des dossiers

### **3- Aux prestataires**

L'éducation pour la santé de la femme et de l'enfant .Cette éducation pour la santé consistera à informer et à sensibiliser les femmes sur les risques que comportent les grossesses précoces et la grande multiparité .

L'éducation pour la santé redynamisera et renforcera les programmes de la planification familiale ,avec pour objectifs de :

- Convaincre et amener plus de femmes aux consultations prénatales.
- Convaincre et amener plus de femmes à utiliser les méthodes contraceptives.
- Sensibiliser les hommes sur les avantages de la planification familiale afin que leur femme puisse utiliser librement les méthodes contraceptives .
- Informer les femmes sur les risques de la grossesse et l'importance du suivi médical et de l'accouchement par une personne compétente.



## **9- REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES**

## 9- REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- 1- **AGHAI** - Le pronostic obstétrical chez la grande multipare. Thèse médecine Paris, 1960, 50.
- 2- **AUZELLE M.P. et TOURNAIRE M.** - Grossesse comportant un risque léthal pour la mère. Revue. Part. (Paris), 1987, 37, 9 -11 -fev -1987, 455-462.
- 3- **BALL G., ROJAS J. A., DYER I**: Procidence du cordon :une analyse de 82 cas . Obstét. Gynécol., 1961, 60, 609-615.
- 4- **BARENES HUBERT, TAHI FATI M.** La mortalité néonatale sans solution en Afrique sahélienne? Bilan et perspectives en milieu urbain à Niamey, Niger. Cahiers Santé 1995; 5:335-340.
- 5- **BAUDET J.H., PETER J., EYAUD J. P., VERGES O. POUGET X.** La grossesse après 40 ans. Gaz-Med. France, 6 nov. 1981, 88, 33, 4637-4640.
- 6- **BODIGER J.** : La procidence du cordon, à propos de 56 observations thèse médecine, Rennes, 1977
- 7- **BOUGHABA A.**- La grande multipare à Constantine à propos de 865 cas. Thèse médecine, Algerie, 1974.
- 8- **BOOG G.** Le placenta praevia E.M.C. Paris, Obstétrique, 5069 A10, 6-1983
- 9- **BUERKENS P.**- Variations in provision and uptake of antenatal care. Baillieres Clin. Obstét. Gynécol., 1990, 4, 187-205.
- 10- **CHAMBERLAIN G.**-A re-examination of antenatal care. JR Soc. Med., 1978, 71, 662-668.
- 11- **CHAOUI A**: La mortalité maternelle au de l'accouchement à la maternité de Rabat. Communication à la Société marocaine des Sciences médicales.8 décembre 1973
- 12- **CHAOUI A.** La présentation de la face. E. M.C. ( Paris, France ), Obstétrique, 5023 A10, 12-1985, 8 p.
- 13-**COLETTE C** -Conséquences d' une fluctuation provoquée du taux des épisiotomies. Besançon. Revue française de Gynécol. Obstét et Biol de la reprod.1991; 86; 4 ; 303-305.
- 14- **CURRY M.A.**Factors associated with inadequate prenatal care. J.Com.Health Nurs,1990,7,4,245-252
- 15- **DELECOUR M.** Accouchement Prématuro Spontané. E. M. C. 5076 A10 1969 page 5.

- 16- DIALLO M. S., DIALLO Y., DIALLO F. B., DIAWO S. T., ONIVOGUI G., KEITA M. S. et CONDE. D.** - Etude analytique des facteurs de risque du cours de la grossesse dans cinq centres urbains de Conakry. *Afrique médicale*, 1994, 33, 308, 43-47.
- 17- DIALLO M.S., SIDIBE M, KEITA N.** - La mortalité maternelle. A propos de 212 observations en sept ans à la maternité Ignance Deen de Konakry (Guinée). *Rev. fr. Gynécol. Obstét.*, 1989, 84, 5, 419-422.
- 18- DIPAMA HAOUA** -L'accouchement sur utérus cicatriciel à la maternité du centre hospitalier national Yalgado Ouédraogo : Etude rétrospective à propos de 625 cas .Thèse de médecine. Ouagadougou ,F.S.S,1995: 74.
- 19- DUBECQ J. P., PALMADE J.** :Mortalité maternelle durant la période gravidopuerpérale. *Encycl. Méd. Chir.: Paris, Obstétrique 4-1973, 5082 D10*
- 20- EASTMAN (N.J.)**. Hazards of pregnancy and labor in the grande multiparas. *New-York J.Med.*, 1940, 40, 1708.
- 21- EIDELMANN A.I, KAMAR R., SCHIMMEL M.S., BARON E.** - The grand multipara : is she still a risk *Am. J. obstet. gynécol.*, 1988, 158, 389-392.
- 22- GATEFF C., BAUDON D., GUELAIN J., MERLIN M.**.Méthodes Statistiques de base pour Médecins Isolés. 2è édition . France(Marseille): Diffusion Générale de Librairie,1989:29-42
- 23- GAZOBY I, SEKOU H., FATIMA HA.** -La grande multipare, Etude Statistique et clinique des aspects gravidopuerpéraux. A propos de 2970 observations à la maternité centrale de Niamey, Niger. *Gynécol. Obstét.*, 1991, 78, 422-434
- 24- GERNEZ L., POIRET C., VAUDEVILLE H.** - A propos de 2 observations de rupture utérine survenue chez de grandes multipares à la suite de l'injection de doses minimales d'ocytociques. *Bull. Féd. Soc. Gynécol. Obstét.*, 1963, 15, 177-179.

- 25- GRALL F.** La grossesse et l'accouchement chez la femme âgée . La femme et l'enfant, Sept. 1972 6, 4, 237-251
- 26- HALL M.H., CHANG P.K., MACGILLIVRAY I.**-Is routine antenatale care worthwhile.Lancet, 1980, 2, 78-80
- 27- HENRION.R, CHAVINE. J.**Anomalies de l'insertion utérine de l'oeuf, placenta praevia E M C. 5069 A 10 6-1971 page 1
- 28- HERMANN (A), ZIEL (J.R.)** Grand multipary.Its obstetrics implications.Amer. J. Obstet., Gynec., 1962, 84, 972-979.
- 29- ILBOUDO ANGELE** - Analyse de la pratique des soins prénatals dans les centres de santé maternelle et infantile, et milieu rural. Thèse de médecine Ouagadougou, F.S.S, 1996:55
- 30- ILOKI LH;OKONGO D; EKOUNDZOLA JR-** Les ruptures utérines en milieu africain 59 cas colligés au CHU de Brazzaville.J Gynécol; Obstét et Biol de la reprod. 1994, 23, 8 922-925
- 31- INSTITUT NATIONAL DE LA STATISTIQUE ET DE LA DEMOGRAPHIE, DEMOGRAPHIC AND HEALTH SURVEYS, MACRO INTERNATIONAL INC**  
BURKINA FASO. Enquête démographique et de santé 1993. OUAGADOUGOU: INSD, 1994: 296.
- 32- INSTITUT NATIONAL DE LA STATISTIQUE ET DE LA DEMOGRAPHIE.** Enquête démographique 1991. OUAGADOUGOU I N S D, 1992: 558.
- 33- KAMINSKI M., BLONDEL B., SAUREL M. J.** La grossesse chez les migrantes en France. J. Gynécol. Obstét. Biol. Reprod., 1982, 11, 719-730.
- 34- KEITA N., DIALLO M. S., LJAZY Y., BARRY M. D., TOURE B.** -Ruptures utérines. A propos de 155 cas observés à Conakry (république de Guinée). J. Gynécol.Biol. Reprod: 1989, 18, 1041-1047.
- 35- LACOMME M.** -Pratique obstétricale. Paris, 1960, Masson.
- 36- LAHRICHI H. B., KHARBACH A., MEDHOUI A., SENDID M., OUKHOUIA B., OSTOWARK K.** - La grossesse et l'accouchement de la grande multipare au Maroc. J. Gynécol. Obstét. Biol. Reprod., 1987, 16, 919-924.
- 37- LAMPERT M.** - La grande multipare. Gynécol. Obstét., 1965, 64, 547-560.
- 38- LANKOANDE J, OUEDRAOGO A.,OUEDRAOGO C.M.R., OUATTARA T., B. BONANE, B. KONE.** Eclampsies: Aspects épidémiologiques, cliniques et évolutifs au centre hospitalier national Yalgado-Ouédraogo de Ouagadougou, Burkina Faso. Cahiers Santé 1997; 7: 231-235.

- 39- LANKOANDE J., OUEDRAOGO C.M.R., TOURE B., OUEDRAOGO A., AKOTIONGA M., SANO D., DAO B., KONE B.** A propos de 80 cas de ruptures utérines à la maternité du Centre Hospitalier National de Ouagadougou, Burkina Faso. *J. Gynécol. Obstét. Biol. Reprod* 1997; 26: 715-719.
- 40- LANKOANDE J., OUEDRAOGO C.M.R., TOURE B., OUEDRAOGO A., DAO B., BONANE B., SONDO B., KONE B.** Evacuations sanitaires obstétricales et mortalité foeto-maternelle à la maternité du Centre Hospitalier National de Ouagadougou, Burkina Faso. *Médecine tropicale* 1997, 57, 3.
- 41- LANKOANDE J., SONDO B., OUEDRAOGO C.M.R., OUEDRAOGO A., KONE B.** La mortalité maternelle au Centre Hospitalier National de Ouagadougou (Burkina Faso). A propos de 123 cas colligés en 1995. *Revue d'épidémiologie et de santé publique*. 1997 Vol. 45, 2
- 42- LOMPO TIELIMANI KARIM** -Evacuation Sanitaire dans le service de gynécologie et d'obstétrique du centre hospitalier national sourô .Thèse de médecine. Ouagadougou, F.S.S, 1993: 53
- 43- LOLIS D et coll** : Grand multipary in Greece. *Eur. J. Obstét. Gynécol. Reprod. Biol.*, 1978, 8, 259-261.
- 44- MAMELLE M., DREYFUS J., VANLIERDE M., RENAUD R.**: Mode de vie et grossesse. *J. Gynécol. Obstét. Biol. Reprod.*, 1982. 11. 56-63.
- 45- MARIA B. CORNET M.C.** Ruptures utérines au cours de la grossesse E.M.C.. Paris, Obstétrique, 5080 A10, 11-1981
- 46- MEDA NICOLAS, TRAORE GERMAIN, MEDA HONORE, CURTIS VALERIE.** La mortinatalité en milieu hospitalier au Burkina Faso (hôpital national Souro Sanou, Bobo Dioulasso). *Cahiers Santé* 1992; 2, 45-48.
- 47- MERGER R.**: Précis d'obstétrique. Masson. Paris. 1979.
- 48- MERGER (R), LEVY (J), MELCHIOR (J).** Précis d'obstétrique, MASSON Vème ed 1985
- 49- MINISTERE DE LA SANTE ET DE L'ACTION SOCIALE** : Statistiques Sanitaires 1992. Ouagadougou: **D.E.P**, 1994:148.
- 50- MINISTERE DE LA SANTE ET DE L'ACTION SOCIALE** : Statistiques Sanitaires 1991. Ouagadougou: **D.E.P**, 1993:88.
- 51- MINISTERE DE LA SANTE** . *Statistique sanitaire 1994*. Ouagadougou: **D. E P.**, 1995:95
- 52- MORTON R.F., HEBEL J.R.** Epidémiologie et Biostatistique .Paris: Doin Editeurs, 1990:137-148

- 53- Muth H.** Die Vielgebarende. Eine geburtshilfliche Studie. Geburtshilfe und Frauenheilkunde, 1964, 24, 104-114
- 54- NACOULMA SALIFO DANIEL-** Etude épidémiologique du placenta praevia hémorragique au cours du travail à la maternité du Centre Hospitalier Sourô Sanou . Thèse de médecine. Ouagadougou;F.S.S, 1990: 99
- 55- NAPON A.M.:** Mortalité maternelle dans l'agglomération de Ouagadougou de 1990 à 1994. Thèse de Médecine Ouagadougou; F.S.S, 1996:82.
- 56- NJAH M., MARZOUKI M., HAMDY W., HADJI FREDJ A.:** Recours aux visites prénatales dans le contexte Tunisien: barrières et facteurs de motivation. Rev. Fr. Gynécol. Obstétrique: 1993, 88, 4, 225-229.
- 57- NOACH (H.G.).** Gebaralter und Geburtshilfliche resultat. Z. Geburtsh. Gynak., 1956, 147, 204-214.
- 58- O'SULLIVAN J.F.** The Hazards associated with multiparity. J. Obstet. Gynaec. Brit. Cwlth., 1963, 70, 158-164.
- 59- OXORN H. :** Hazards of grand multiparty. Obstet. Gynecol., 1955, 5, 150-156.
- 60- PALLIEZ R., DELECOUR M., MONNIER J.C., BEGUERI M., LEROY P.Y., DLAGE B., ROUSSEL M.** La grande multipare.2 : L'accouchement de la grande multipare, l'enfant de la grande multipare. Gynécol. Obstét, 1971, 70, 421-432.
- 61- ROUCHY R., GROSIEUX P. -** La puerpéralité des grandes multipares. Gynécol. Obstét., 1966, 65, 25-36.
- 62- ROUCHY R., GROSIEUX P. -** La puerpéralité des grandes multipares. Gynécol. Obstét. 1962. 84. 1442-1446
- 63- RUSSEL J. K. -**Maternity in Newcastle-upon-Tyne. Lancet, 1963, I, 711-713.
- 64- SAKHIR A.:** Contribution à l'étude de la très grande multipare Marocaine. A ropos de 300 cas. Thèse médecine. Rabat, 1975.
- 65- SANTERE S. -** La grossesse et l'accouchement de la grande multipare. A propos de 1000 observations. J. Med. Lyon, 1974, 55, 433-449
- 66- SHARFMAN E., SILVERSTEIN L.M. -** The grand multipara (a survey of 403 cases). Am. J. Obstét. Gynécol, 1962, 84, 1442-1446.

- 67- **SHRAM E. L.** The problem of the grand multipare. Amer. J. Obstet. Gynec., 1954, 67, 252-262
- 68- **SOLOMONS B.** -The dangerous multiparas. Lancet , 1934, II, 8.
- 69- **TABASTE J.L., DENAX A.** Grossesse et accouchement après 40 ans. E.M.C. (Paris, France), Obstétrique, 5016 B10, 1991, 4p.
- 70- **VILLAR, GARCIA, WALKER.**-Routine antenatal care. Current opinion in: Obstetrics and Gynecology 1993, 5: 688-93.
- 71- **VOKAER R., LEVI S.**-Les grossesses à haut risque. Vème symposium international, Bruxelles 9-11 Juin 1978.
- 72- **WAHL P., BIANCHI G.** - La grande multipare. Etude statistique et clinique. A propos de 700 observations. Rev. fr. Gynécol. Obstét., 1961, 59, 445-470
- 73- **YASSOUA YAO.** Contribution à l'étude de la grossesse et de l'accouchement de la femme de 40 ans et plus. Thèse: Université d'Abidjan, Faculté de Médecine 1987..
- 74- **ZIEL H.A.** Obstetrical implications of the grand multipare. Amer. J. Obstet. Gynec. 1962, 84, 1427-1441.
- 75- **ZONGO GEORGES FRUCTUEUX-** Grossesse et accouchement de la femme de 40 ans et plus à la maternité du centre hospitalier national Yalgado Ouédraogo. Thèse de médecine .Ouagadougou; F.S.S, 1993: 64

## **10- ANNEXES**

CENTRE HOSPITALIERNATIONAL  
YALGADO OUEDRAOGO  
( BURKINA FASO )

SERVICE DE GYNECO-OBSTETRIQUE  
PROF. BIBIANE KONE

## FICHE D'ENQUETE

### GROSSESSE ET ACCOUCHEMENT CHEZ LA GRANDE MULTIPARE

#### 1/ Données générales

N° du dossier. \_\_\_\_\_/

Age . \_\_\_\_\_/

Statut matrimonial: \_\_\_\_\_/

célibataire = 1

mariée = 2

Profession \_\_\_\_\_/

ménagère = 1

activité rémunératrice = 2

Date d'entrée \_\_\_\_\_/

Date de sortie \_\_\_\_\_/

Mode d'admission \_\_\_\_\_/

Provenance \_\_\_\_\_/

directe = 1

kadiogo = 1

évacuée = 2

autre province = 2

transférée = 3

#### 2/ Motif d'admission \_\_\_\_\_/

travail spontané = 1 dystocie mécanique = 2

présentation dystocique = 3

rupture utérine = 4 toxémie gravidique = 5

placenta praevia = 6

procidence du cordon = 7 H.R.P = 8

souffrance foetale = 9

utérus cicatriciel = 10 autre = 11

#### 3/ Antécédents

##### 3-1 Antécédents obstétricaux

gestité \_\_\_\_\_/ parité \_\_\_\_\_/

nombre de fausse couche \_\_\_\_\_/

âge de la grossesse \_\_\_\_\_/

nombre de visite prénatale \_\_\_\_\_/

anémie / \_oui OU non \_\_\_/

O.M.I / \_oui OU non \_\_\_/

H.T.A /\_\_ oui OU non \_\_/  
antianémique /\_\_ oui OU non \_\_/  
antipalustre /\_\_ oui OU non \_\_/

### 3-2 Antécédents médicaux

H.T.A /\_\_ oui OU non \_\_/ diabète /\_\_ oui OU non \_\_/  
néphropathie /\_\_ oui OU non \_\_/

### 3-3 Antécédents chirurgicaux

nombre de césarienne /\_\_\_\_\_/ myomectomie /\_\_ oui OU non \_\_/  
G.EU /\_\_ oui OU non \_\_/

## 4/ Examen clinique

conjonctives \_\_\_\_/ O.M.I /\_\_ oui OU non \_\_/ conscience \_\_\_\_/  
colorées = 1 claire = 1  
décolorées = 2 coma = 2  
décès = 3

## 5/ Examen obstétrical

hauteur utérine \_\_\_\_/ bruits du coeur foetal /\_\_ présents OU absents \_\_/  
poche des eaux /\_\_ rompue OU intacte \_\_/  
présentation foetale \_\_\_\_/  
sommet = 1 face = 2 siège = 3 transversale = 4 front = 5 non identifiées =6  
dilatation du col \_\_\_\_/  
bassin \_\_\_\_/  
normal =1 limite = 2 rétréci =3 asymétrique = 4 non mentionné =5  
utilisation de syntocinon /\_\_ oui OU non \_\_/  
utilisation d' antispasmodique /\_\_ oui OU non \_\_/

## 6/ Accouchement

déclenchement du travail \_\_\_\_/  
spontané = 1  
provoqué = 2  
type d'accouchement \_\_\_\_/  
voie basse = 1  
césarienne = 2

indication de la césarienne \_\_\_\_\_ /

D.F.P = 1 rupture utérine = 2 souffrance foetale = 3 H.R.P = 4

placenta praevia = 5 bassin rétréci = 6 procidence du cordon = 7 front = 8 face = 9 siège = 10

toxémie gravidique = 11 éclampsie = 12 utérus cicatriciel = 13

échec de l'épreuve du travail = 14 prophylactique = 15

durée du travail \_\_\_\_\_ /

contractons utérines \_\_\_\_\_ /

normales = 1

hypercinésies = 2

hypocinésies = 3

liquide amniotique \_\_\_\_\_ /

clair = 1 teinté = 2 sanglant = 3 méconial = 4

épisiotomie / \_\_oui OU non \_\_ /

hémorragie de la délivrance / \_\_oui OU non \_\_ /

suites de couche \_\_\_\_\_ /

simples = 1

compliquées = 2

infection pariétale / \_\_oui OU non \_\_ /

pathologie mammaire / \_\_oui OU non \_\_ /

intervention complémentaire \_\_\_\_\_ /

ligature des trompes = 1 myomectomie = 2 kystectomie = 3 hystérectomie = 4

suture vésicale = 5

poids du nné \_\_\_\_\_ /

nombre d'enfant \_\_\_\_\_ /

apgar \_\_\_\_\_ /

état du nné \_\_\_\_\_ /

anomalie \_\_\_\_\_ /

mort-né = 1

vivant = 2

spina-bifida = 1

bec de lièvre = 2

anencéphalie = 3

hydrocéphalie = 4

aucun = 5

## 7/ Evolution

guérison / \_\_oui OU non \_\_ /

cause du décès \_\_\_\_\_ /

rupture utérine = 1

hémorragie de la délivrance = 2

choc infectieux = 3

anémie = 4

autre = 5

moment du décès \_\_\_\_\_ /

avant accouchement = 1 per-partum = 2 post-partum = 3 per-opératoire = 4

post-opératoire = 5

## **SERMENT D'HYPPOCRATE**

« EN PRESENCE DES MAITRES DE CETTE ECOLE ET DE MES CHERS  
CONDISCIPLES, JE PROMETS ET JE JURE D'ETRE FIDELE AUX LOIS DE  
L'HONNEUR ET DE LA PROBITE DANS L'EXERCICE DE LA MEDECINE.

JE DONNERAI MES SOINS GRATUITS A L'INDIGENT ET N'EXIGERAI JAMAIS UN  
SALAIRE AU DESSUS DE MON TRAVAIL.

ADMIS A L'INTERIEUR DES MAISONS, MES YEUX NE VERRONT PAS CE QUI S'Y  
PASSE, MA LANGUE TAIRA LES SECRETS QUI SERONT CONFIES, ET MON ETAT  
NE SERVIRA PAS A CORROMPRE LES MOEURS NI A FAVORISER LE CRIME.

RESPECTUEUX ET RECONNAISSANT ENVERS MES MAITRES, JE RENDRAI A  
LEURS ENFANTS L'INSTRUCTION QUE J'AI RECUE DE LEURS PERES.

QUE LES HOMMES M'ACCORDENT LEUR ESTIME SI JE SUIS RESTE FIDELE A  
MES PROMESSES. QUE JE SOIS COUVERT D'OPPROBRE ET MEPRISE DE MES  
CONFRERES SI J'Y MANQUE»

**Année universitaire 1997-1998**

**Auteur**

**ZOUNDI Ouango OSCAR**

09 B.P 288 Ouagadougou 09 Burkina Faso

**Titre**

Grossesse et accouchement chez la grande multipare, à propos de 242 cas colligés à la maternité du Centre Hospitalier National Yalgado OUEDRAOGO ( Burkina Faso )

**Résumé**

L' étude rétrospective sur la grossesse et l'accouchement chez la grande multipare à la maternité du Centre Hospitalier National Yalgado OUEDRAOGO sur une période de 12 mois, nous a permis de mettre en évidence de nombreuses complications.

Les complications maternelles couramment rencontrées sont les ruptures utérines, les toxémies gravidiques, les placentas praevias et les procidences du cordon avec une fréquence supérieure à celle de la série témoin.

Ces différentes complications aggravent l'évolution de la grossesse et justifient ainsi une forte mortalité maternelle de 8,67% ( soit un décès pour 12 femmes ) chez les grandes multipares.

Sur le plan foetal on note une fréquence élevée des présentations dystociques et de la prématurité, témoignant de l'importance de la mortinatalité ( 28,51% ).

Les diverses dystocies au cours de l'accouchement occasionnent beaucoup de césariennes soit 33,19% des accouchements chez les grandes multipares.

**MOTS CLES** : accouchement, grande multipare, mortalité maternelle, mortinatalité, Ouagadougou (Burkina Faso).

VU ET PERMIS D'IMPRIMER  
LE DIRECTEUR DE THESE

  
Professeur Ag. H. N.  
Gynécologie - Obstétric  
Médecin - Chef de Clinique  
CHU - U. C. U. (CHU) 19000

VU  
LE PRESIDENT DU JURY



VU  
LE DOYEN DE LA FACULTE DES SCIENCES DE LA SANTE