

L'ACCOUCHEMENT DU GROS FŒTUS : aspects épidémiologiques et analyse des facteurs déterminants à propos d'une étude cas-témoin à la Formation sanitaire urbaine d'Abobo sud (Abidjan)

Doumbia Y.¹, Kouakou KP.² Djanhan Y.³, Konan J.⁴, Kouadio E⁴.

1: Maître-Assistant 2: Assistant-Chef de clinique 3: Maître de conférences agrégé 4: Internes des Hôpitaux, Service de Gynécologie obstétrique et d'Andrologie, Centre Hospitalier Universitaire de Bouaké

Correspondance, s'adresser au Dr DOUMBIA Yacouba O1 BP 1690 Abidjan 01, Tél:(225)22 502566 / (225)07650838 E-mail: doumbiay@hotmail.com

Résumé

Objectif : mettre en évidence les facteurs qui influencent l'accouchement du gros fœtus afin de proposer des conduites adéquates.

Matériels et méthode : il s'agissait d'une étude cas –témoin qui s'était déroulée du 1^{er} mai 2003 au 31 avril 2004. Nous avons inclus 108 cas d'accouchement de gros fœtus et 229 cas d'accouchement de fœtus de poids normal. L'appréciation des facteurs qui influencent l'accouchement dans ces deux groupes a été faite grâce à l'analyse statistique du test χ^2 ; elle avait été jugée significative au seuil 5%.

Résultats : les parturientes qui ont accouché des gros fœtus ont été plus référées que celles du groupe des témoins ($p= 0,0421$). La voie haute a été plus observée en cas de gros fœtus ($p= 0,0091$). Lorsque l'accouchement des macrosomes se faisait par voie basse, on avait noté plus de dystocie des épaules ($0,0091$) et plus d'épisiotomie ($0,00479$). La césarienne pour gros fœtus était plus réalisée lorsque les parturientes étaient admises en salle de travail en phase de latence de travail ($p=0,028$). Parmi les parturientes césarisées, il y avait plus de primipares ($p=0,00532$), de jeunes et de parturientes dont la taille était entre 150 et 170 cm ($p=0,00069$) dans le groupe d'étude.

Conclusion : l'accouchement du gros fœtus est un accouchement à risque tant pour la mère que pour le fœtus. Cependant il faut être patient devant une hauteur utérine excessive évoquant un gros fœtus. L'indication de césarienne ne devrait être posée que chez des parturientes primipares, jeunes ou adolescentes, primipares dont la taille est inférieure à 170 cm.

Mots clés : Accouchement- Gros fœtus – Facteurs de risque.

Summary

Objective: to highlight the factors which influence the childbirth of the large foetus in order to propose adequate conduits.

Materials and method: it acted of a study case - witness who had been held on May 1, 2003 to April 31, 2004. We had included 108 cases of childbirth large foetus and 229 cases of childbirth of foetus of standard weight. The appreciation of the factors which influence the childbirth in these two groups was made thanks to the statistical analysis of the Khi 2 test; it had been considered to be significant with the threshold 5%.

Results: the parturients who were confined of the large foetus were referred than those of the group of the witnesses ($p = 0, 0421$). The high way was observed in the event of large foetus ($p = 0,0091$). When the childbirth of the macrosomes was done by low way, one had noted more dystocie shoulders ($0, 0091$) and more episiotomy ($0, 00479$). The Caesarean for large foetus was carried out when the parturients were allowed in room of work in phase of latency of work ($p=0,028$). Among the cesarized parturients, there were more first calf cows ($p=0, 00532$), young people and parturients whose size was between 150 and 170 cm ($p=0, 00069$) in the group of study.

Conclusion: the childbirth of the large foetus is childbirth at the risk both for the mother the foetus. However it is necessary to be patient in front of an excessive uterine height evoking a large foetus. The indication of Caesarean should be posed only in primiparous, young parturients or teenagers, first calf cows of which size lower than 170 cm.

Key words: Childbirth - Large foetus - Risk factors.

Introduction

L'accouchement du gros fœtus est considéré comme un accouchement à haut risque. Il expose en effet la mère et le fœtus à des nombreuses complications. La complication foetale la plus fréquente est la dystocie des épaules. Sa fréquence varie selon les auteurs entre 7,2% [6] à 22% [9]. La dystocie des épaules peut engendrer une elongation du

plexus brachial (EPB). Les fréquences observées concernant l'EPB sont très faibles et varient de 0,2% [7] à 3,8% [9]. Le fœtus peut succomber si l'extraction tarde. On peut observer chez la mère, quand l'expulsion se prolonge, des lésions traumatiques cervico-vaginales, vulvaires après extraction instrumentale, les infections du post-partum et les hémorragies de la délivrance [6, 7].

La prévention de ces risques passe nécessairement par une connaissance des conditions permettant le choix de la voie basse et la pratique de l'accouchement. Même si la césarienne semble obtenir la faveur de beaucoup d'auteurs lorsque l'on suspecte un gros fœtus, d'autres comme Goffinet [2], pensent qu'il n'existe aucune donnée en faveur d'un bénéfice à utiliser la reconnaissance de la macrosomie fœtale (clinique et échographique) dans la décision de césarienne dans la population non diabétique.

C'est dans ce cadre que nous avons conduit ce travail qui a pour objectif général de mettre en évidence des facteurs susceptibles d'influencer l'accouchement du gros fœtus.

Cadre de l'étude

L'étude s'est déroulée à la formation sanitaire urbaine d'Abobo sud. Cette structure est située dans la commune d'Abobo qui est une cité dortoir et qui est la plus peuplée des communes de la ville d'Abidjan avec 638237 habitants.

C'est un hôpital de niveau primaire qui dispose d'une unité obstétrico-chirurgicale permettant de réaliser des interventions chirurgicales.

Patientes et méthode

• Type et durée d'étude

Il s'agissait d'une étude cas-témoin, allant du 1^{er} mai 2003 au 31 avril 2004. Nous avons enregistré 108 dossiers pour les cas et 229 pour les témoins.

• Critères d'inclusion

* Nous avons été inclus dans les cas les accouchements de nouveau-né unique, à terme, s'étant déroulés dans notre service, avec un poids supérieur ou égal à 4000 g pour l'enfant de sexe masculin et supérieur ou égal à 3900g pour les nouveau-nés de sexe féminin.

* Les témoins avaient été choisis suivant la liste des nombres hasard parmi les accouchements de nouveau-né unique à terme, ayant eu lieu pendant la période de l'étude dans notre service, avec des nouveau-nés pesant entre 2500 et 3500 g.

• Critères d'exclusion

* Avaient été exclus du groupe d'étude les accouchements enregistrés en dehors de la période d'étude, ayant donné des nouveau-nés malformés, pesant à la naissance au moins 4000 g et /ou prématuré pesant à la naissance au moins 4000 g. Ces critères nous ont permis de sélectionner 108 cas.

* De même, nous avons exclu du groupe des témoins les accouchements enregistrés en dehors de la période d'étude, ayant donné des nouveau-nés malformés, pesant à la naissance entre 2500g et 3500g. De plus les nouveau-nés prématurés pesant 2500 et 3500g n'ont pas été retenus.

• Attitude devant un accouchement de gros fœtus

L'accouchement, dans un milieu obstétrico chirurgical fonctionnel était indiqué dès la suspicion de macrosomie fœtale.

Au cours du travail, notre attitude consistait en l'absence de toute autre anomalie, à réaliser une épreuve de confrontation céphalo-pelvienne sous surveillance attentive materno-fœtale. L'objectif était de réaliser un accouchement par voie basse non traumatique pour l'enfant et pour la mère.

La césarienne n'était décidée qu'après l'échec de cette épreuve. La délivrance était dirigée et suivie d'une révision utérine à la recherche d'une solution de continuité utérine.

- **La variable étudiée** était la voie d'accouchement.

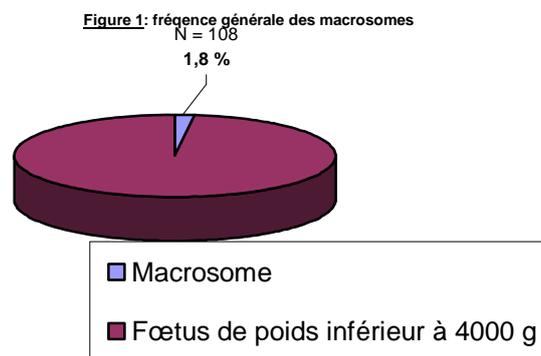
Elle avait été évaluée par rapport à l'âge maternel, à la parité, à la taille maternelle et à la phase du travail à l'admission.

• Saisie et traitement des données

Les données de l'enquête avaient été enregistrées sur une fiche d'enquête préétablie. Celles-ci avaient fait l'objet d'une analyse statistique informatisée utilisant le logiciel épi info 6 et la méthode chi 2. La différence était considérée significative au seuil $\alpha = 5\%$, c'est-à-dire $p \leq 0,05$.

RESULTATS

I-Fréquence générale



II-La voie d'accouchement

La césarienne avait été réalisée chez 24 % des femmes accouchant d'un gros fœtus contre une fréquence de 12,2% dans les cas de fœtus de poids normal. La différence était statistiquement significative ($p = 0,0091$).

III- Facteurs influençant la voie de l'accouchement des gros fœtus

Tableau I : influence de la parité sur la voie d'accouchement

Parité	Voie d'accouchement	Cas		Témoins		p
		N	%	N	%	
Nullipares	Haute	8	50	15	26,9	0,0087
	Basse	8	50	74	83,1	
Primipares	Haute	06	33,3	04	09,3	0,00532
	Basse	12	66,9	69	90,7	
Paucipares	Haute	8	20,5	6	10,5	0,173
	Basse	31	79,5	51	89,5	
Multipares et grandes multipares	Haute	4	11,4	3	7,5	0,5595
	Basse	31	88,6	37	92,5	

Les primipares et les nullipares avaient plus accouché par césarienne en cas de gros fœtus que lorsque le poids du fœtus était normal.

IV- Influence de l'âge maternel sur la voie d'accouchement

Tableau II : influence de l'âge maternel sur la voie de d'accouchement

Age (ans)	Voie d'accouchement	Cas		Témoins		p
		N	%	N	%	
14-20	Haute	06	40	06	10,90	0,0080
	Basse	09	60	49	89,10	
21-30	Haute	14	17,5	17	13,8	0,03545
	Basse	37	72,5	106	86,2	
31-35	Haute	05	19,20	02	08,30	0,267
	Basse	21	80,80	22	91,70	
36-40	Haute	01	09,10	02	10	0,935
	Basse	10	90,90	18	90	
41-48	Haute	00	00	01	06,7	0,389
	Basse	05	100	03	83,3	

La césarienne a été plus réalisée chez les plus jeunes parturientes pour gros fœtus.

V-Influence de la taille maternelle sur la voie d'accouchement

Tableau III : influence de la taille maternelle sur la voie d'accouchement

Taille Maternelle (cm)	Voie d'accouchement	Cas		Témoins		p
		N	%	N	%	
150-170	Haute	22	27,9	16	10,5	0,000
	Basse	57	72,10	137	89,10	
170-180	Haute	00	00	01	16,7	0,285
	Basse	05	100	05	83,3	

Les parturientes de tailles inférieure à 1m70 ont été le plus césarisées pour gros fœtus.

VI- Influence de la phase de travail à l'admission de la parturiente sur la voie d'accouchement

Tableau IV : Influence de la phase de travail à l'admission de la parturiente sur la voie d'accouchement

Dilatation cervicale (cm)	Voie d'accouchement	Cas		Témoins		p
		N	%	N	%	
0-4	Haute	22	27,9	16	10,5	0,028
	Basse	11	57,9	14	27,5	
5-7	Haute	08	30,8	06	10,9	0,384
	Basse	18	69,2	49	89,1	
8-9	Haute	02	06,30	04	05,10	0,820
	Basse	30	93,70	74	94,90	
10	Haute	05	16,70	04	09,10	0,537
	Basse	25	83,30	40	90,90	

La césarienne était plus réalisée pour gros fœtus lorsque la patiente était reçue en phase de latence du travail (p= 0,028)

III- Discussion

III-1. La voie d'accouchement

Le taux de césarienne sur gros fœtus dans notre série représentait 24% des accouchements. Notre taux était plus bas que ceux relevés par Maïga [3] au et par Djibo [1]. Ces taux étaient respectivement de 35,08% et 55% de césarienne sur gros fœtus. Cette

différence de taux pourrait s'expliquer par le fait que ces deux derniers centres de référence étaient plus importants que le notre par leur capacité d'accueil et leur taux de fréquentation.

Cependant des taux moins élevés de césarienne sur macrosome avaient été rapportés par certains auteurs de pays développés. Ainsi Panel [7] et Treisser [9] notaient-ils respectivement des taux de 9,09% et de 13,7% de césarienne.

Dans le Maghreb où le niveau sanitaire est relativement élevé, Mounzil [5] avait trouvé 15% de césarienne, quand Ouarda [6] rapportait un taux de 16,4%.

Les taux élevés de césarienne observés dans notre série et dans celles de Maïga [3] et de Djibo [1] pourraient s'expliquer par le fait que les structures sanitaires ivoiriennes ne disposaient pas de matériels permettant une appréciation exacte du bassin maternel qui autoriseraient la confrontation céphalopelvienne.

III-2. L'influence de l'âge et de la parité sur la voie d'accouchement

L'analyse de l'impact de la parité sur la voie d'accouchement avait conclu que les taux de césarienne sur gros fœtus étaient de 50% chez les nullipares contre 11,4% chez les multipares, et de 40% chez les parturientes âgées de 16 à 20 ans contre 9,1% chez celles âgées de 36 à 40 ans.

Ainsi le taux de césarienne était-il inversement proportionnel à la parité et à l'âge de la mère. L'immaturité du bassin osseux chez certaines nullipares du fait de leur jeune âge serait à l'origine de la grande fréquence des césariennes chez celles-ci.

III-3. Influence de la taille sur le mode d'accouchement

L'étude de l'influence de la taille maternelle sur le mode d'accouchement nous avait révélé que 27,9% des mères de macrosome dont la taille était comprise entre 150cm et 170cm avaient accouché par césarienne. Par contre celles qui mesuraient plus de 170 cm avaient toutes accouché par voie basse.

Nos résultats concordaient avec ceux de Maïga [3]. Celui-ci avait en effet, relevé 34,42% et 2,06% de césarienne lors de la naissance du macrosome respectivement chez les mères mesurant 150 cm à 170 cm et celles mesurant plus de 170 cm.

La perméabilité du bassin osseux est corrélée à la taille de la mère. Aussi, plus grande est la taille maternelle, plus perméable est le bassin osseux et plus favorable est le pronostic de l'accouchement par voie basse du gros fœtus [8].

III-4. Influence de la dilatation cervicale à l'admission sur la voie d'accouchement

57% des macrosomes chez les parturientes admises à une dilatation cervicale inférieure ou égale à 4 cm étaient nés par césarienne.

Ce taux était à 6,30% lorsque les parturientes étaient admises entre 8cm et 9cm de dilatation

cervicale. Le risque de césarienne était donc élevé plus lorsque les parturientes étaient admises au cours de la première phase de dilatation (entre 0 et 4cm).

Maïga [3] avait fait les mêmes observations. Il avait rapporté 60% de césarienne sur gros fœtus chez les parturientes admises au cours de la première phase de dilatation. Chez celles qui étaient admises à la deuxième phase (entre 5cm et 10cm), ce taux était à 28,67%.

La première phase de dilatation est en général lente [8]. Aussi pendant cette phase l'indication de césarienne pour dilatation stationnaire secondaire à un gros fœtus, serait-elle fréquemment posée à tort ou à raison.

Conclusion

L'accouchement du gros fœtus est possible par voie basse. Celle-ci peut être envisagée chez des parturientes multipares, âgées de plus de 31 ans, dont la taille est supérieure à 170cm. De plus l'accoucheur doit être patient en tout début de travail, afin d'éviter de poser des indications de césarienne de façon abusive. Ainsi, des signes de dystocie évidente devraient alors justifier la césarienne.

Références

1. **Djibo M.** accouchement du gros fœtus au CHU de cocody; pronostic fœto-maternel. Mem Abidjan: Univ. Cocody, 2004; 982.
2. **Goffinet F.** La césarienne a-t-elle une indication en de suspicion de macrosomie ? J Gynécol Obstét Biol Reprod 2000; 29 (suppl.n°2):22-29.
3. **Maïga B.** Pronostic maternel et fœtal dans l'accouchement du gros fœtus. Mém CES Gynécol Obstét : Abidjan : 1990 ; 164.
4. **Merger R, Levy J, Melchior J.** Précis d'obstétrique .5^{ème} édition. Paris : Masson,1979:740.
5. **Mounzil C, Tafi Z, Nabil S, Charaibi C, Dehayni M, Ferhi S, et al.** L'accouchement du fœtus macrosome : Condition à la prévention du traumatisme obstétrical. Rev. Fr Gynécol obstét 1999; 94,6 :478-85.
6. **Ouarda C, Marzouk A, Ben Youssouf L, Chielli M.** Le pronostic néonatal et maternel de l'accouchement d'un gros fœtus unique à terme. A propos de 497 cas. J Gynécol Obstét Biol Reprod 1989;18:360-6.
7. **Panel P, De Meeus JB, Yanoulopoulos B, Deshayes M, Magnin G.** Accouchement du gros enfant. Conduite à tenir et résultats à propos de 198 dossiers. J Gynécol Obstét Biol Reprod 1991; 20:729-36.
8. **Schaal J, Riethmuller D, Lemouel A, Roth P,Maillet R.** Dystocies osseuses. Encycl med chir (Elsevier, Paris),obstétrique,5-050-A-10,1998:25.
9. **Treisser A.** Macrosomie fœtale : conduite à tenir lors de l'accouchement. In : Puech F, Blanche B, eds. 21^e journée nationales de la S.F.M.P. Montpellier : Arnette ,1991:101-19.