

UNIVERSITE MOHAMMED V - RABAT
FACULTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE - RABAT-

ANNEE: 2018

THESE N°: 132

LA PATHOLOGIE MATERNELLE ET GROSSESSE
(A PROPOS DE 556 CAS)

THÈSE

Présentée et soutenue publiquement le :

PAR

Mlle. Nada BENABDELMALEK

Née le 17 Avril 1989 à Témara

Pour l'Obtention du Doctorat en Médecine

MOTS CLES : Pathologie – Maternelle – Grossesse – Epidémiologie –
Complications.

JURY

Mme. A. KHARBACH

Professeur de Gynécologie Obstétrique

Mr. B. GHRAB

Professeur de Gynécologie Obstétrique

Mme. N. ZERAIDI

Professeur de Gynécologie Obstétrique

Mme. A. LAKHDAR

Professeur de Gynécologie Obstétrique

Mr. A. BAIDADA

Professeur de Gynécologie Obstétrique

**PRESIDENT &
RAPPORTEUR**

JUGES



بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

رَبِّ أَوْزَعْنِي أَنْ أَشْكُرَ نِعْمَتَكَ الَّتِي
أَنْعَمْتَ عَلَيَّ وَعَلَى وَالِدَيَّ وَأَنْ أَعْمَلَ
صَالِحًا تَرْضَاهُ وَأَصْلِحْ لِي فِي ذُرِّيَّتِي إِنِّي
تُبْتُ إِلَيْكَ وَإِنِّي مِنَ الْمُسْلِمِينَ





UNIVERSITE MOHAMMED V DE RABAT
FACULTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE - RABAT

DOYENS HONORAIRES :

1962 – 1969 : Professeur Abdelmalek FARAJ
1969 – 1974 : Professeur Abdellatif BERBICH
1974 – 1981 : Professeur Bachir LAZRAK
1981 – 1989 : Professeur Taieb CHKILI
1989 – 1997 : Professeur Mohamed Tahar ALAOUI
1997 – 2003 : Professeur Abdelmajid BELMAHI
2003 – 2013 : Professeur Najia HAJJAJ - HASSOUNI



ADMINISTRATION :

Doyen : Professeur Mohamed ADNAOUI
Vice Doyen chargé des Affaires Académiques et étudiantes
Professeur Mohammed AHALLAT
Vice Doyen chargé de la Recherche et de la Coopération
Professeur Taoufiq DAKKA
Vice Doyen chargé des Affaires Spécifiques à la Pharmacie
Professeur Jamal TAOUFIK
Secrétaire Général : Mr. Mohamed KARRA

1- ENSEIGNANTS-CHERCHEURS MEDECINS

**ET
PHARMACIENS**

PROFESSEURS :

Décembre 1984

Pr. MAAOUNI Abdelaziz
Pr. MAAZOUZI Ahmed Wajdi
Pr. SETTAF Abdellatif

Médecine Interne – **Clinique Royale**
Anesthésie -Réanimation
pathologie Chirurgicale

Novembre et Décembre 1985

Pr. BENSAID Younes

Pathologie Chirurgicale

Janvier, Février et Décembre 1987

Pr. CHAHED OUZZANI Houria
Pr. LACHKAR Hassan
Pr. YAHYAOUY Mohamed

Gastro-Entérologie
Médecine Interne
Neurologie

Décembre 1988

Pr. BENHAMAMOUCH Mohamed Najib
Pr. DAFIRI Rachida

Chirurgie Pédiatrique
Radiologie

Décembre 1989

Pr. ADNAOUI Mohamed
Pr. CHAD Bouziane
Pr. OUAZZANI Taïbi Mohamed Réda

Janvier et Novembre 1990

Pr. CHKOFF Rachid
Pr. HACHIM Mohammed*
Pr. KHARBACH Aïcha
Pr. MANSOURI Fatima
Pr. TAZI Saoud Anas

Février Avril Juillet et Décembre 1991

Pr. AL HAMANY Zaïtounia
Pr. AZZOUZI Abderrahim
Pr. BAYAHIA Rabéa
Pr. BELKOUCHI Abdelkader
Pr. BENCHEKROUN Belabbes Abdellatif
Pr. BENSOUDA Yahia
Pr. BERRAHO Amina
Pr. BEZZAD Rachid
Pr. CHABRAOUI Layachi
Pr. CHERRAH Yahia
Pr. CHOKAIRI Omar
Pr. KHATTAB Mohamed
Pr. SOULAYMANI Rachida
Pr. TAOUFIK Jamal

Décembre 1992

Pr. AHALLAT Mohamed
Pr. BENSOUDA Adil
Pr. BOUJIDA Mohamed Najib
Pr. CHAHED OUAZZANI Laaziza
Pr. CHRAIBI Chafiq
Pr. DEHAYNI Mohamed*
Pr. EL OUAHABI Abdessamad
Pr. FELLAT Rokaya
Pr. GHAFIR Driss*
Pr. JIDDANE Mohamed
Pr. TAGHY Ahmed
Pr. ZOUHDI Mimoun

Mars 1994

Pr. BENJAAFAR Noureddine
Pr. BEN RAIS Nozha
Pr. CAOUI Malika
Pr. CHRAIBI Abdelmjid
FMPA
Pr. EL AMRANI Sabah

Médecine Interne – **Doyen de la FMPR**
Pathologie Chirurgicale
Neurologie

Pathologie Chirurgicale
Médecine-Interne
Gynécologie -Obstétrique
Anatomie-Pathologique
Anesthésie Réanimation

Anatomie-Pathologique
Anesthésie Réanimation – **Doyen de la FMPO**
Néphrologie
Chirurgie Générale
Chirurgie Générale
Pharmacie galénique
Ophtalmologie
Gynécologie Obstétrique
Biochimie et Chimie
Pharmacologie
Histologie Embryologie
Pédiatrie
Pharmacologie – **Dir. du Centre National PV**
Chimie thérapeutique **V.D à la pharmacie+Dir du CEDOC**

Chirurgie Générale V.D Aff. Acad. et Estud
Anesthésie Réanimation
Radiologie
Gastro-Entérologie
Gynécologie Obstétrique
Gynécologie Obstétrique
Neurochirurgie
Cardiologie
Médecine Interne
Anatomie
Chirurgie Générale
Microbiologie



Radiothérapie
Biophysique
Biophysique
Endocrinologie et Maladies Métaboliques **Doyen de la**
Gynécologie Obstétrique

Pr. EL BARDOUNI Ahmed
 Pr. EL HASSANI My Rachid
 Pr. ERROUGANI Abdelkader
 Pr. ESSAKALI Malika
 Pr. ETTAYEBI Fouad
 Pr. HADRI Larbi*
 Pr. HASSAM Badredine
 Pr. IFRINE Lahssan
 Pr. JELTHI Ahmed
 Pr. MAHFOUD Mustapha
 Pr. RHRAB Brahim
 Pr. SENOUCI Karima

Mars 1994

Pr. ABBAR Mohamed*
 Pr. ABDELHAK M'barek
 Pr. BELAIDI Halima
 Pr. BENTAHILA Abdelali
 Pr. BENYAHIA Mohammed Ali
 Pr. BERRADA Mohamed Saleh
 Pr. CHAMI Ilham
 Pr. CHERKAOUI Lalla Ouafae
 Pr. JALIL Abdelouahed
 Pr. LAKHDAR Amina
 Pr. MOUANE Nezha

Mars 1995

Pr. ABOUQUAL Redouane
 Pr. AMRAOUI Mohamed
 Pr. BAIDADA Abdelaziz
 Pr. BARGACH Samir
 Pr. CHAARI Jilali*
 Pr. DIMOU M'barek*
 Pr. DRISSI KAMILI Med Nordine*
 Pr. EL MESNAOUI Abbes
 Pr. ESSAKALI HOUSSYNI Leila
 Pr. HDA Abdelhamid*
 Pr. IBEN ATTYA ANDALOUSSI Ahmed
 Pr. OUAZZANI CHAHDI Bahia
 Pr. SEFIANI Abdelaziz
 Pr. ZEGGWAGH Amine Ali

Décembre 1996

Pr. AMIL Touriya*
 Pr. BELKACEM Rachid
 Pr. BOULANOUAR Abdelkrim
 Pr. EL ALAMI EL FARICHA EL Hassan
 Pr. GAOUZI Ahmed
 Pr. MAHFOUDI M'barek*
 Pr. OUADGHIRI Mohamed
 Pr. OUZEDDOUN Naima
 Pr. ZBIR EL Mehdi*

Traumato-Orthopédie
 Radiologie
 Chirurgie Générale- **Directeur CHIS**
 Immunologie
 Chirurgie Pédiatrique
 Médecine Interne
 Dermatologie
 Chirurgie Générale
 Anatomie Pathologique
 Traumatologie – Orthopédie
 Gynécologie –Obstétrique
 Dermatologie

Urologie
 Chirurgie – Pédiatrique
 Neurologie
 Pédiatrie
 Gynécologie – Obstétrique
 Traumatologie – Orthopédie
 Radiologie
 Ophtalmologie
 Chirurgie Générale
 Gynécologie Obstétrique
 Pédiatrie

Réanimation Médicale
 Chirurgie Générale
 Gynécologie Obstétrique
 Gynécologie Obstétrique
 Médecine Interne
 Anesthésie Réanimation
 Anesthésie Réanimation
 Chirurgie Générale
 Oto-Rhino-Laryngologie
 Cardiologie - **Directeur HMI Med V**
 Urologie
 Ophtalmologie
 Génétique
 Réanimation Médicale

Radiologie
 Chirurgie Pédiatrie
 Ophtalmologie
 Chirurgie Générale
 Pédiatrie
 Radiologie
 Traumatologie-Orthopédie
 Néphrologie
 Cardiologie



Novembre 1997

Pr. ALAMI Mohamed Hassan
Pr. BEN SLIMANE Lounis
Pr. BIROUK Nazha
Pr. ERREIMI Naima
Pr. FELLAT Nadia
Pr. HAIMEUR Charki*
Pr. KADDOURI Nouredine
Pr. KOUTANI Abdellatif
Pr. LAHLOU Mohamed Khalid
Pr. MAHRAOUI CHAFIQ
Pr. TAOUFIQ Jallal
Pr. YOUSFI MALKI Mounia

Gynécologie-Obstétrique
Urologie
Neurologie
Pédiatrie
Cardiologie
Anesthésie Réanimation
Chirurgie Pédiatrique
Urologie
Chirurgie Générale
Pédiatrie
Psychiatrie
Gynécologie Obstétrique

Novembre 1998

Pr. AFIFI RAJAA
Pr. BENOMAR ALI
Pr. BOUGTAB Abdesslam
Pr. ER RIHANI Hassan
Pr. BENKIRANE Majid*
Pr. KHATOURI ALI*

Gastro-Entérologie
Neurologie – **Doyen de la FMP Abulcassis**
Chirurgie Générale
Oncologie Médicale
Hématologie
Cardiologie

Janvier 2000

Pr. ABID Ahmed*
Pr. AIT OUMAR Hassan
Pr. BENJELLOUN Dakhama Badr.Sououd
Pr. BOURKADI Jamal-Eddine
Pr. CHARIF CHEFCHAOUNI Al Montacer
Pr. ECHARRAB El Mahjoub
Pr. EL FTOUH Mustapha
Pr. EL MOSTARCHID Brahim*
Pr. ISMAILI Hassane*
Pr. MAHMOUDI Abdelkrim*
Pr. TACHINANTE Rajae
Pr. TAZI MEZALEK Zoubida

Pneumophtisiologie
Pédiatrie
Pédiatrie
Pneumo-phtisiologie
Chirurgie Générale
Chirurgie Générale
Pneumo-phtisiologie
Neurochirurgie
Traumatologie Orthopédie- **Dir. Hop. Av. Marr.**
Anesthésie-Réanimation **Inspecteur du SSM**
Anesthésie-Réanimation
Médecine Interne



Novembre 2000

Pr. AIDI Saadia
Pr. AJANA Fatima Zohra
Pr. BENAMR Said
Pr. CHERTI Mohammed
Pr. ECH-CHERIF EL KETTANI Selma
Pr. EL HASSANI Amine
Pr. EL KHADER Khalid
Pr. EL MAGHRAOUI Abdellah*
Pr. GHARBI Mohamed El Hassan
Pr. MAHASSINI Najat
Pr. MDAGHRI ALAOUI Asmae
Pr. ROUIMI Abdelhadi*

Neurologie
Gastro-Entérologie
Chirurgie Générale
Cardiologie
Anesthésie-Réanimation
Pédiatrie **Directeur Hop. Chekikh Zaied**
Urologie
Rhumatologie
Endocrinologie et Maladies Métaboliques
Anatomie Pathologique
Pédiatrie
Neurologie

Décembre 2000

Pr. ZOHAIR ABDELAH*

ORL

Décembre 2001

Pr. BALKHI Hicham*
Pr. BENABDELJILIL Maria
Pr. BENAMAR Loubna
Pr. BENAMOR Jouda
Pr. BENELBARHDADI Imane
Pr. BENNANI Rajae
Pr. BENOUACHANE Thami
Pr. BEZZA Ahmed*
Pr. BOUCHIKHI IDRISSE Med Larbi
Pr. BOUMDIN El Hassane*
Pr. CHAT Latifa
Pr. DAALI Mustapha*
Pr. DRISSI Sidi Mourad*
Pr. EL HIJRI Ahmed
Pr. EL MAAQILI Moulay Rachid
Pr. EL MADHI Tarik
Pr. EL OUNANI Mohamed
Pr. ETTAIR Said
Pr. GAZZAZ Miloudi*
Pr. HRORA Abdelmalek
Pr. KABBAJ Saad
Pr. KABIRI EL Hassane*
Pr. LAMRANI Moulay Omar
Pr. LEKEHAL Brahim
Pr. MAHASSIN Fattouma*
Pr. MEDARHRI Jalil
Pr. MIKDAME Mohammed*
Pr. MOHSINE Raouf
Pr. NOUINI Yassine
Pr. SABBAH Farid
Pr. SEFIANI Yasser
Pr. TAOUFIQ BENCHEKROUN Soumia

Anesthésie-Réanimation
Neurologie
Néphrologie
Pneumo-phtisiologie
Gastro-Entérologie
Cardiologie
Pédiatrie
Rhumatologie
Anatomie
Radiologie
Radiologie
Chirurgie Générale
Radiologie
Anesthésie-Réanimation
Neuro-Chirurgie
Chirurgie-Pédiatrique
Chirurgie Générale
Pédiatrie Directeur. Hop.d'Enfants
Neuro-Chirurgie
Chirurgie Générale
Anesthésie-Réanimation
Chirurgie Thoracique
Traumatologie Orthopédie
Chirurgie Vasculaire Périphérique
Médecine Interne
Chirurgie Générale
Hématologie Clinique
Chirurgie Générale
Urologie Directeur Hôpital Ibn Sina
Chirurgie Générale
Chirurgie Vasculaire Périphérique
Pédiatrie



Décembre 2002

Pr. AL BOUZIDI Abderrahmane*
Pr. AMEUR Ahmed *
Pr. AMRI Rachida
Pr. AOURARH Aziz*
Pr. BAMOU Youssef *
Pr. BELMEJDOUB Ghizlene*
Pr. BENZEKRI Laila
Pr. BENZZOUBEIR Nadia
Pr. BERNOUSSI Zakiya

Anatomie Pathologique
Urologie
Cardiologie
Gastro-Entérologie
Biochimie-Chimie
Endocrinologie et Maladies Métaboliques
Dermatologie
Gastro-Entérologie
Anatomie Pathologique

Pr. BICHRA Mohamed Zakariya*
 Pr. CHOHO Abdelkrim *
 Pr. CHKIRATE Bouchra
 Pr. EL ALAMI EL FELLOUS Sidi Zouhair
 Pr. EL HAOURI Mohamed *
 Pr. FILALI ADIB Abdelhai
 Pr. HAJJI Zakia
 Pr. IKEN Ali
 Pr. JAAFAR Abdeloihab*
 Pr. KRIOUILE Yamina
 Pr. LAGHMARI Mina
 Pr. MABROUK Hfid*
 Pr. MOUSSAOUI RAHALI Driss*
 Pr. OUJILAL Abdelilah
 Pr. RACHID Khalid *
 Pr. RAISS Mohamed
 Pr. RGUIBI IDRISSE Sidi Mustapha*
 Pr. RHOU Hakima
 Pr. SIAH Samir *
 Pr. THIMOU Amal
 Pr. ZENTAR Aziz*

Janvier 2004

Pr. ABDELLAH El Hassan
 Pr. AMRANI Mariam
 Pr. BENBOUZID Mohammed Anas
 Pr. BENKIRANE Ahmed*
 Pr. BOUGHALEM Mohamed*
 Pr. BOULAADAS Malik
 Pr. BOURAZZA Ahmed*
 Pr. CHAGAR Belkacem*
 Pr. CHERRADI Nadia
 Pr. EL FENNI Jamal*
 Pr. EL HANCHI ZAKI
 Pr. EL KHORASSANI Mohamed
 Pr. EL YOUNASSI Badreddine*
 Pr. HACHI Hafid
 Pr. JABOUIRIK Fatima
 Pr. KHARMAZ Mohamed
 Pr. MOUGHIL Said
 Pr. OUBAAZ Abdelbarre*
 Pr. TARIB Abdelilah*
 Pr. TIJAMI Fouad
 Pr. ZARZUR Jamila

Janvier 2005

Pr. ABBASSI Abdellah
 Pr. AL KANDRY Sif Eddine*
 Pr. ALLALI Fadoua
 Pr. AMAZOUZI Abdellah
 Pr. AZIZ Nouredine*

Psychiatrie
 Chirurgie Générale
 Pédiatrie
 Chirurgie Pédiatrique
 Dermatologie
 Gynécologie Obstétrique
 Ophtalmologie
 Urologie
 Traumatologie Orthopédie
 Pédiatrie
 Ophtalmologie
 Traumatologie Orthopédie
 Gynécologie Obstétrique
 Oto-Rhino-Laryngologie
 Traumatologie Orthopédie
 Chirurgie Générale
 Pneumophtisiologie
 Néphrologie
 Anesthésie Réanimation
 Pédiatrie
 Chirurgie Générale

Ophtalmologie
 Anatomie Pathologique
 Oto-Rhino-Laryngologie
 Gastro-Entérologie
 Anesthésie Réanimation
 Stomatologie et Chirurgie Maxillo-faciale
 Neurologie
 Traumatologie Orthopédie
 Anatomie Pathologique
 Radiologie
 Gynécologie Obstétrique
 Pédiatrie
 Cardiologie
 Chirurgie Générale
 Pédiatrie
 Traumatologie Orthopédie
 Chirurgie Cardio-Vasculaire
 Ophtalmologie
 Pharmacie Clinique
 Chirurgie Générale
 Cardiologie

Chirurgie Réparatrice et Plastique
 Chirurgie Générale
 Rhumatologie
 Ophtalmologie
 Radiologie



Pr. ACHOUR Abdessamad*
 Pr. AIT HOUSSA Mahdi*
 Pr. AMHAJJI Larbi*
 Pr. AOUI Sarra
 Pr. BAITE Abdelouahed*
 Pr. BALOUCH Lhoussaine*
 Pr. BENZIANE Hamid*
 Pr. BOUTIMZINE Nourdine
 Pr. CHARKAOUI Naoual*
 Pr. EHIRCHIOU Abdelkader*
 Pr. ELABSI Mohamed
 Pr. EL MOUSSAOUI Rachid
 Pr. EL OMARI Fatima
 Pr. GHARIB Noureddine
 Pr. HADADI Khalid*
 Pr. ICHOU Mohamed*
 Pr. ISMAILI Nadia
 Pr. KEBDANI Tayeb
 Pr. LALAOU SALIM Jaafar*
 Pr. LOUZI Lhoussain*
 Pr. MADANI Naoufel
 Pr. MAHI Mohamed*
 Pr. MARC Karima
 Pr. MASRAR Azlarab
 Pr. MRABET Mustapha*
 Pr. MRANI Saad*
 Pr. OUZZIF Ez zohra*
 Pr. RABHI Monsef*
 Pr. RADOUANE Bouchaib*
 Pr. SEFFAR Myriame
 Pr. SEKHSOKH Yessine*
 Pr. SIFAT Hassan*
 Pr. TABERKANET Mustafa*
 Pr. TACHFOUTI Samira
 Pr. TAJDINE Mohammed Tariq*
 Pr. TANANE Mansour*
 Pr. TLIGUI Houssain
 Pr. TOUATI Zakia

Décembre 2007

Pr. DOUHAL ABDERRAHMAN

Décembre 2008

Pr ZOUBIR Mohamed*
 Pr TAHIRI My El Hassan*

Chirurgie générale
 Chirurgie cardio vasculaire
 Traumatologie orthopédie
 Parasitologie
 Anesthésie réanimation **Directeur ERSM**
 Biochimie-chimie
 Pharmacie clinique
 Ophtalmologie
 Pharmacie galénique
 Chirurgie générale
 Chirurgie générale
 Anesthésie réanimation
 Psychiatrie
 Chirurgie plastique et réparatrice
 Radiothérapie
 Oncologie médicale
 Dermatologie
 Radiothérapie
 Anesthésie réanimation
 Microbiologie
 Réanimation médicale
 Radiologie
 Pneumo phtisiologie
 Hématologie
 Médecine préventive santé publique et hygiène
 Virologie
 Biochimie-chimie
 Médecine interne
 Radiologie
 Microbiologie
 Microbiologie
 Radiothérapie
 Chirurgie vasculaire périphérique
 Ophtalmologie
 Chirurgie générale
 Traumatologie orthopédie
 Parasitologie
 Cardiologie



Ophtalmologie

Anesthésie Réanimation
 Chirurgie Générale

Mars 2009

Pr. ABOUZAHIR Ali*
Pr. AGDR Aomar*
Pr. AIT ALI Abdelmounaim*
Pr. AIT BENHADDOU El hachmia
Pr. AKHADDAR Ali*
Pr. ALLALI Nazik
Pr. AMINE Bouchra
Pr. ARKHA Yassir
Pr. BELYAMANI Lahcen*
Pr. BJIJOU Younes
Pr. BOUHSAIN Sanae*
Pr. BOUI Mohammed*
Pr. BOUNAIM Ahmed*
Pr. BOUSSOUGA Mostapha*
Pr. CHAKOUR Mohammed *
Pr. CHTATA Hassan Toufik*
Pr. DOGHMI Kamal*
Pr. EL MALKI Hadj Omar
Pr. EL OUENNASS Mostapha*
Pr. ENNIBI Khalid*
Pr. FATHI Khalid
Pr. HASSIKOU Hasna *
Pr. KABBAJ Nawal
Pr. KABIRI Meryem
Pr. KARBOUBI Lamya
Pr. L'KASSIMI Hachemi*
Pr. LAMSAOURI Jamal*
Pr. MARMADE Lahcen
Pr. MESKINI Toufik
Pr. MESSAOUDI Nezha *
Pr. MSSROURI Rahal
Pr. NASSAR Ittimade
Pr. OUKERRAJ Latifa
Pr. RHORFI Ismail Abderrahmani *

PROFESSEURS AGREGES :

Octobre 2010

Pr. ALILOU Mustapha
Pr. AMEZIANE Taoufiq*
Pr. BELAGUID Abdelaziz
Pr. BOUAITY Brahim*
Pr. CHADLI Mariama*
Pr. CHEMSI Mohamed*
Pr. DAMI Abdellah*
Pr. DARBI Abdellatif*
Pr. DENDANE Mohammed Anouar
Pr. EL HAFIDI Naima
Pr. EL KHARRAS Abdennasser*

Médecine interne
Pédiatrie
Chirurgie Générale
Neurologie
Neuro-chirurgie
Radiologie
Rhumatologie
Neuro-chirurgie
Anesthésie Réanimation
Anatomie
Biochimie-chimie
Dermatologie
Chirurgie Générale
Traumatologie orthopédique
Hématologie biologique
Chirurgie vasculaire périphérique
Hématologie clinique
Chirurgie Générale
Microbiologie
Médecine interne
Gynécologie obstétrique
Rhumatologie
Gastro-entérologie
Pédiatrie
Pédiatrie
Microbiologie *Directeur Hôpital My Ismail*
Chimie Thérapeutique
Chirurgie Cardio-vasculaire
Pédiatrie
Hématologie biologique
Chirurgie Générale
Radiologie
Cardiologie
Pneumo-phtisiologie



Anesthésie réanimation
Médecine interne
Physiologie
ORL
Microbiologie
Médecine aéronautique
Biochimie chimie
Radiologie
Chirurgie pédiatrique
Pédiatrie
Radiologie

Pr. EL MAZOUZ Samir
 Pr. EL SAYEGH Hachem
 Pr. ERRABIH Ikram
 Pr. LAMALMI Najat
 Pr. MOSADIK Ahlam
 Pr. MOUJAHID Mountassir*
 Pr. NAZIH Mouna*
 Pr. ZOUAIDIA Fouad

Chirurgie plastique et réparatrice
 Urologie
 Gastro entérologie
 Anatomie pathologique
 Anesthésie Réanimation
 Chirurgie générale
 Hématologie
 Anatomie pathologique

Mai 2012

Pr. AMRANI Abdelouahed
 Pr. ABOUELALAA Khalil*
 Pr. BELAIZI Mohamed*
 Pr. BENCHEBBA Driss*
 Pr. DRISSI Mohamed*
 Pr. EL ALAOUI MHAMDI Mouna
 Pr. EL KHATTABI Abdessadek*
 Pr. EL OUAZZANI Hanane*
 Pr. ER-RAJI Mounir
 Pr. JAHID Ahmed
 Pr. MEHSSANI Jamal*
 Pr. RAISSOUNI Maha*

Chirurgie Pédiatrique
 Anesthésie Réanimation
 Psychiatrie
 Traumatologie Orthopédique
 Anesthésie Réanimation
 Chirurgie Générale
 Médecine Interne
 Pneumophtisiologie
 Chirurgie Pédiatrique
 Anatomie pathologique
 Psychiatrie
 Cardiologie

Février 2013

Pr. AHID Samir
 Pr. AIT EL CADI Mina
 Pr. AMRANI HANCHI Laila
 Pr. AMOUR Mourad
 Pr. AWAB Almahdi
 Pr. BELAYACHI Jihane
 Pr. BELKHADIR Zakaria Houssain
 Pr. BENCHEKROUN Laila
 Pr. BENKIRANE Souad
 Pr. BENNANA Ahmed*
 0.
 Pr. BENSGHIR Mustapha*
 Pr. BENYAHIA Mohammed*
 Pr. BOUATIA Mustapha
 Pr. BOUABID Ahmed Salim*
 Pr. BOUTARBOUCH Mahjouba
 Pr. CHAIB Ali*
 Pr. DENDANE Tarek
 Pr. DINI Nouzha*
 Pr. ECH-CHERIF EL KETTANI Mohamed Ali
 Pr. ECH-CHERIF EL KETTANI Najwa
 Pr. ELFATEMI Nizare
 Pr. EL GUERROUJ Hasnae
 Pr. EL HARTI Jaouad

Pharmacologie – Chimie
 Toxicologie
 Gastro-Entérologie
 Anesthésie Réanimation
 Anesthésie Réanimation
 Réanimation Médicale
 Anesthésie Réanimation
 Biochimie-Chimie
 Hématologie
 Informatique Pharmaceutique

Anesthésie Réanimation
 Néphrologie
 Chimie Analytique
 Traumatologie Orthopédie
 Anatomie
 Cardiologie
 Réanimation Médicale
 Pédiatrie
 Anesthésie Réanimation
 Radiologie
 Neuro-Chirurgie
 Médecine Nucléaire
 Chimie Thérapeutique



Pr. EL JOUDI Rachid*
 Pr. EL KABABRI Maria
 Pr. EL KHANNOUSSI Basma
 Pr. EL KHLOUFI Samir
 Pr. EL KORAICHI Alae
 Pr. EN-NOUALI Hassane*
 Pr. ERRGUIG Laila
 Pr. FIKRI Meryim
 Pr. GHFIR Imade
 Pr. IMANE Zineb
 Pr. IRAQI Hind
 Pr. KABBAJ Hakima
 Pr. KADIRI Mohamed*
 Pr. LATIB Rachida
 Pr. MAAMAR Mouna Fatima Zahra
 Pr. MEDDAH Bouchra
 Pr. MELHAOUI Adyl
 Pr. MRABTI Hind
 Pr. NEJJARI Rachid
 Pr. OUBEJJA Houda
 Pr. OUKABLI Mohamed*
 Pr. RAHALI Younes
 Pr. RATBI Ilham
 Pr. RAHMANI Mounia
 Pr. REDA Karim*
 Pr. REGRAGUI Wafa
 Pr. RKAIN Hanan
 Pr. ROSTOM Samira
 Pr. ROUAS Lamiaa
 Pr. ROUIBAA Fedoua*
 Pr. SALIHOUN Mouna
 Pr. SAYAH Rochde
 Pr. SEDDIK Hassan*
 Pr. ZERHOUNI Hicham
 Pr. ZINE Ali*

Toxicologie
 Pédiatrie
 Anatomie Pathologie
 Anatomie
 Anesthésie Réanimation
 Radiologie
 Physiologie
 Radiologie
 Médecine Nucléaire
 Pédiatrie
 Endocrinologie et maladies métaboliques
 Microbiologie
 Psychiatrie
 Radiologie
 Médecine Interne
 Pharmacologie
 Neuro-chirurgie
 Oncologie Médicale
 Pharmacognosie
 Chirurgie Pédiatrique
 Anatomie Pathologique
 Pharmacie Galénique
 Génétique
 Neurologie
 Ophtalmologie
 Neurologie
 Physiologie
 Rhumatologie
 Anatomie Pathologique
 Gastro-Entérologie
 Gastro-Entérologie
 Chirurgie Cardio-Vasculaire
 Gastro-Entérologie
 Chirurgie Pédiatrique
 Traumatologie Orthopédie

Avril 2013

Pr. EL KHATIB Mohamed Karim*
 Pr. GHOUNDALE Omar*
 Pr. ZYANI Mohammad*

Stomatologie et Chirurgie Maxillo-faciale
 Urologie
 Médecine Interne

***Enseignants Militaires**



MARS 2014

ACHIR ABDELLAH
BENCHAKROUN MOHAMMED
BOUCHIKH MOHAMMED
EL KABBAJ DRISS
EL MACHTANI IDRISSE SAMIRA
HARDIZI HOUYAM
HASSANI AMALE
HERRAK LAILA
JANANE ABDELLA TIF
JEAIDI ANASS
KOUACH JAOUAD
LEMNOUER ABDELHAY
MAKRAM SANAA
OULAHYANE RACHID
RHISSASSI MOHAMED JMFAR
SABRY MOHAMED
SEKKACH YOUSSEF
TAZL MOUKBA. :LA.KLA.

Chirurgie Thoracique
Traumatologie- Orthopédie
Chirurgie Thoracique
Néphrologie
Biochimie-Chimie
Histologie- Embryologie-Cytogénétique
Pédiatrie
Pneumologie
Urologie
Hématologie Biologique
Génécologie-Obstétrique
Microbiologie
Pharmacologie
Chirurgie Pédiatrique
CCV
Cardiologie
Médecine Interne
Génécologie-Obstétrique

***Enseignants Militaires**

DECEMBRE 2014

ABILKACEM RACHID'
AIT BOUGHIMA FADILA
BEKKALI HICHAM
BENAZZOU SALMA
BOUABDELLAH MOUNYA
BOUCHRIK MOURAD
DERRAJI SOUFIANE
DOBLALI TAOUFIK
EL AYOUBI EL IDRISSE ALI
EL GHADBANE ABDEDAIM HATIM
EL MARJANY MOHAMMED
FEJJAL NAWFAL
JAHIDI MOHAMED
LAKHAL ZOUHAIR
OUDGHIRI NEZHA
Rami Mohamed
SABIR MARIA
SBAI IDRISSE KARIM

Pédiatrie
Médecine Légale
Anesthésie-Réanimation
Chirurgie Maxillo-Faciale
Biochimie-Chimie
Parasitologie
Pharmacie Clinique
Microbiologie
Anatomie
Anesthésie-Réanimation
Radiothérapie
Chirurgie Réparatrice et Plastique
O.R.L
Cardiologie
Anesthésie-Réanimation
Chirurgie Pédiatrique
Psychiatrie
Médecine préventive, santé publique et Hyg.

**Enseignants Militaires*



AOUT 2015

Meziane meryem
Tahri latifa

Dermatologie
Rhumatologie

JANVIER 2016

BENKABBOU AMINE
EL ASRI FOUAD
ERRAMI NOUREDDINE
NITASSI SOPHIA

Chirurgie Générale
Ophtalmologie
O.R.L
O.R.L

2- ENSEIGNANTS – CHERCHEURS SCIENTIFIQUES

PROFESSEURS / PRs. HABILITES

Pr. ABOUDRAR Saadia
Pr. ALAMI OUHABI Naima
Pr. ALAOUI KATIM
Pr. ALAOUI SLIMANI Lalla Naïma
Pr. ANSAR M'hammed
Pr. BOUHOUCHE Ahmed
Pr. BOUKLOUZE Abdelaziz
Pr. BOURJOUANE Mohamed
Pr. CHAHED OUZZANI Lalla Chadia
Pr. DAKKA Taoufiq
Pr. DRAOUI Mustapha
Pr. EL GUESSABI Lahcen
Pr. ETTAIB Abdelkader
Pr. FAOUZI Moulay El Abbès
Pr. HAMZAOUI Laila
Pr. HMAMOUCHE Mohamed
Pr. IBRAHIMI Azeddine
Pr. KHANFRI Jamal Eddine
Pr. OULAD BOUYAHYA IDRISSE Med
Pr. REDHA Ahlam
Pr. TOUATI Driss
Pr. ZAHIDI Ahmed
Pr. ZELLOU Amina

Physiologie
Biochimie – chimie
Pharmacologie
Histologie-Embryologie
Chimie Organique et Pharmacie Chimique
Génétique Humaine
Applications Pharmaceutiques
Microbiologie
Biochimie – chimie
Physiologie
Chimie Analytique
Pharmacognosie
Zootechnie
Pharmacologie
Biophysique
Chimie Organique
Biologie moléculaire
Biologie
Chimie Organique
Chimie
Pharmacognosie
Pharmacologie
Chimie Organique

*Mise à jour le 14/12/2016 par le
Service des Ressources Humaines*





Dédicaces





A ALLAH le tout puissant

يارب.. صرحتي الأولى كانت إليك،... وجودي.. بشرتي.. ضعفي.. وفرحي..

كلها تقودني إليك

. وكلما اقتربتُ منك وجمدتُك أقربَ إلى قلبي وأبعد من خيالي!!

يارب.. كنتَ معي في ظلمةِ الرحم.. في طفولتي وأحلامي.. كنتَ معي في الأخفاق والتجاع.

. في مواجهة الحياة.. في الانطلاق والنهاية..

يارب.. منحتني عينينِ ولساناً وشفقتين.. اهدني أن لا تشغِلَ هذه الجوارحُ بغيرك عنكَ.. واجعلْ ما بيني

وبينك مسافةً حُبٍّ وقرباً..

يارب أحببتك قبل أن أُنْأفَكَ.. وكلما سمعتُ اسمَكَ صيرتُ به أكثرَ قرأً.. وفي كل مرة اذكر فيها اسمَكَ يأتي

مُنْثَلاً بحال ما أودعته وأبرعته في خلقك

يارب.. وأنتَ الجميلُ الذي خلقتني جميلاً، وأردتَ لي أن أكونَ كما خلقتني، أبقي على فطرتك وامنعني

القُوَّة أن لا تتعثرَ خطايَ في مسيري إليك..

يارب.. ما كان هذا العمل إلا بتوفيق منك ابتغيت به رضاك فلك الحمد على كل ما فيه من خير

أستغفرُكَ على ما طاله من تقصير لا حول ولا قوة إلا بك

يارب.. وأنتَ الكبيرُ في عليانِكَ وأنا الهباءُ في كونِكَ، فكنْ أنتَ الصَّاحبَ في سفرِ الحياة..





A ma très chère mère : Zahra MOUJIA

Le symbole du dévouement et du sacrifice, pour son amour son écoute permanente et son soutien inconditionnel. Tes prières et ta bénédiction m'ont été d'un grand secours pour mener à bien mes études. Aucune dédicace ne saurait être assez éloquente pour exprimer ce que tu mérites pour tous les sacrifices que tu n'as cessé de me donner depuis ma naissance, durant mon enfance et même à l'âge adulte. Ma mère qui a toujours été là dans les moments les plus difficiles de ma vie, qui m'a soutenu et protéger. Je te dédie cette thèse maman pour t'exprimer toute ma gratitude. Puisse Allah te protéger, t'accorder santé et longue vie afin que je puisse te combler à mon tour



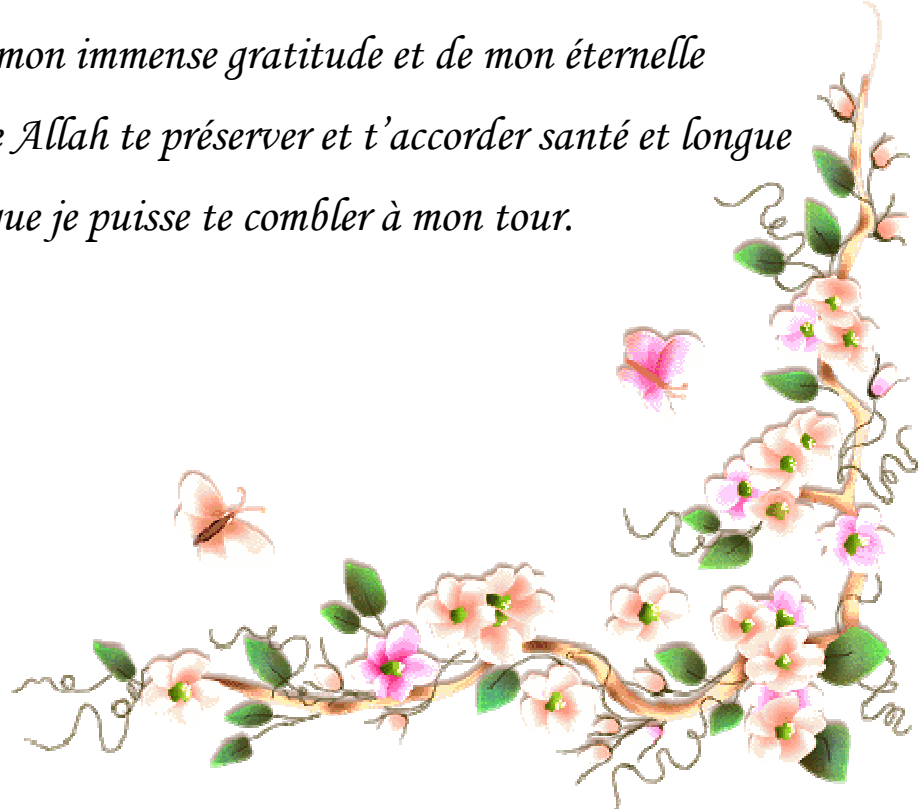


A mon très cher père:

Abderrahmane BENABDELMALEK

Autant de phrases et d'expressions aussi éloquentes sont-elles ne sauraient exprimer l'affection et l'amour que je vous porte.

Je ferai toujours de mon mieux pour rester ta fierté et ne jamais te décevoir. Que ce travail, qui représente le couronnement de vos sacrifices généreusement consentis, de vos encouragements incessants et de votre patience, soit de mon immense gratitude et de mon éternelle reconnaissance. Puisse Allah te préserver et t'accorder santé et longue vie afin que je puisse te combler à mon tour.





A mes très chères sœurs :

Fatima BENABDELMALEK

et Khadija BENABDELMALEK

Mes sœurs adorées, les mots ne suffiront jamais.

Merci d'avoir été à mes cotés durant toutes ces années. Merci infiniment, pour votre amour, aide, conseils et encouragement qui ont toujours guidé mes pas vers la réussite. Vous avez toujours rêvé de ce jour si important. Que ce travail soit l'accomplissement de vos vœux tant allégués, et le fruit de votre soutien infailible. Je vous adore





A mes très chers frères :

M'barek BENABDELMALEK

et Driss BENABDELMALEK

Votre soutiens et conseils sans limite dont j'ai toujours bénéficiés durant tout mon cursus ont fait de moi une battante à la recherche du succès.

Très tôt, vous avez cru en moi, vous m'avez toujours encouragée à me surpasser. Votre soutien tant psychologique, que matériel ou didactique ne m'a jamais fait défaut, ce travail est le votre, puissiez-vous y trouver l'expression de ma profonde affection .Je vous adore.

A mes neveux : Ayoub, Soufiane, Issam et Mouhmed Reda

Je ne peux trouver les mots justes et sincères pour vous exprimer mon affection, mon amour et mon attachement.

*Que Dieu vous garde et vous accorde tout le bonheur
et tout le succès du monde.*



A toute ma grande famille

*Je vous remercie pour vos encouragements, votre soutien
moral et votre grand amour.*

Que dieu vous accorde santé, bonheur et longue vie.

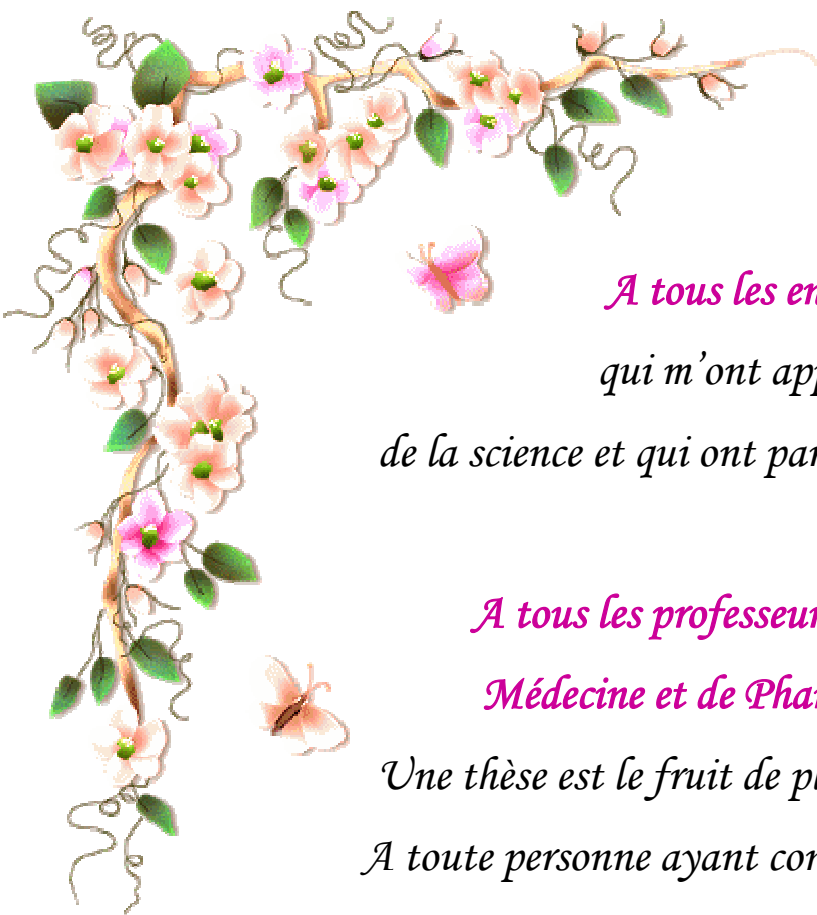
A ma très chère Soundous



*A l'amie, la sœur et la confidente. Merci pour ton soutien et tes
encouragements. Qu'Allah tout puissant qui nous a réunis sur terre,
nous réunisse dans son paradis éternel.*

A mes amies

*En témoignage de l'amitié qui nous uni et des souvenirs de tous les
moments que nous avons passé ensemble, je vous dédie ce travail et je
vous souhaite une vie pleine de santé et de bonheur.*



*A tous les enseignants
qui m'ont appris le sens
de la science et qui ont participé à mon éducation.*

*A tous les professeurs de la Faculté de
Médecine et de Pharmacie de Rabat :*

*Une thèse est le fruit de plusieurs années d'études
A toute personne ayant contribué de près ou de loin
à la réalisation de ce travail.*

*A tous ceux ou celles qui me sont chers
et que j'ai involontairement omis de citer*

*A nos patients
qui nous poussent à donner le meilleur de nous
même. Que la voie de recherche vous trace les voies de guérison.*





Remerciements





A notre maître président et rapporteur de thèse :

Madame KHARBACH Aicha

Professeur de gynécologie obstétrique à la maternité

Souissi du CHU de Rabat.

*Nous vous remercions pour la gentillesse avec laquelle vous
avez dirigé ce travail riche d'intérêt.*

*Nous avons trouvé auprès de vous le conseiller et le guide qui nous a
reçus en toute circonstance avec sympathie, sourire et bienveillance.*

*Vous nous avez toujours réservé le meilleur accueil, malgré vos
obligations professionnelles.*

*Vos qualités humaines et professionnelles, votre amabilité, gentillesse et
culture scientifique méritent toute admiration.*

*Nous voudrions être dignes de la confiance que vous nous avez accordé,
et Veuillez trouver ici, cher Maître le témoignage de notre haute
considération et profonde reconnaissance.*





A Notre Maître et juge de Thèse :

Monsieur RHRAB Brahim

Professeur de gynécologie obstétrique à la maternité

Souissi du CHU de Rabat.

*Nous sommes très sensibles à l'honneur que vous nous faites en
acceptant d'être parmi le jury de notre thèse.*

*Votre culture scientifique, votre compétence, vos qualités humaines et
morales ont suscité en nous une grande admiration, et sont pour vos
élèves un exemple à suivre.*

*Durant notre formation, nous avons eu le privilège de bénéficier de
votre enseignement et d'apprécier votre sens professionnel.*

*Veillez accepter, cher Maître, l'assurance de notre estime et notre
profond respect.*





À Notre Maître et Juge de Thèse :

Madame ZERAIKI Najia

Professeur de gynécologie obstétrique à la maternité

Souissi du CHU de Rabat.

*C'est pour nous un immense plaisir de vous voir siéger
parmi le jury de notre thèse.*

*votre enseignement, Vos qualités humaines et professionnelles
sont exemplaires.*

*Nous sommes très touchés par la spontanéité et la grande amabilité avec
laquelle vous avez accepté de juger notre travail.*

*Veillez trouver ici, cher maître, le témoignage de notre vive gratitude
et de nos respectueux sentiments.*





À Notre Maître et Juge de Thèse :

Madame LAKHDAR Amina

Professeur de gynécologie obstétrique à la maternité

Souissi du CHU de Rabat.

Vous avez accepté avec grande amabilité de juger cette thèse.

Cet honneur nous touche infiniment

*Nous saisissons cette occasion pour vous exprimer
notre profonde admiration et notre gratitude les plus sincères à la
valeur de votre compétence, dynamisme, gentillesse, ainsi que votre
sympathie qui demeureront pour nous le meilleur exemple.*

tout en vous témoignant notre respect





A notre maître et juge de thèse :

Monsieur BAIDADA Aziz

Professeur de gynécologie obstétrique à la maternité

Souissi du CHU de Rabat.

*Nous sommes très sensibles à l'honneur que vous nous faites en
acceptant de juger ce travail.*

*Malgré les nombreuses responsabilités, vous nous avez fait part de
votre savoir riche et exemplaire .*

*Nous avons apprécié votre accueil bienveillant, Votre gentillesse ainsi
que votre compréhension.*

*Veuillez accepter, cher maître, l'expression de notre profond respect et
de notre reconnaissance.*





Liste des abréviations



LA LISTE DES ABREVIATIONS

AgHBs	: Antigène de surface de l'hépatite B
ATB	: Antibiotique
Ag HBs	: Antigène HBS
Anti HBs	: Anticorps anti-HBs
Anti-HBc+	: Anticorps anti-HBc
CPN	: consultation prénatale
DG	: Diabète gestationnel
DS	: Dérivation standard
DT	: dépassement de terme
EU	: Etat unis
FDR	: Facteur de risque
FIGO	: Fédération Internationale de Gynécologie et
Obstétrique	
g/dl	: Grammes par décilitre
G/L	: Giga par litre
HbA1c	: Hémoglobine A1c ou hémoglobine glyquée
HBc+	: Immunoglobuline contre l'hépatite B
HDD	: Hémorragie de la délivrance
HELLP	: Hemolysis, Elevated Liver enzymes, Low Platelet
count	
HPV	: Human papilloma virus
HRP	: Hématome rétro-placentaire
HTA	: Hypertension artérielle
HTAG	: Hypertension artérielle gravidique
IST	: Infections sexuellement transmissibles
LA	: Liquide amniotique
LT	: Liquide teinté
Mb	: Membrane
MFIU	: Mort fœtale in utéro
mmHg	: Millimètre de mercure

Nb	: Nombre
NR	: Non renseigné
OMS	: Organisation mondiale de la santé
PA	: Pression artérielle
PC	: Périmètre crânien
PEC	: Prise en charge
PS	: Présentation de siège
PT	: Présentation transverse
PTMF	: Prévention de la transmission materno fœtale
PVD	: Pays en voie de développement
RCIU	: Retard de croissance intra utérin
RPM	: Rupture prématurée des membranes
SA	: Semaine d'aménorrhée
SFA	: Souffrance fœtale aigue
SIDA	: Syndrome d'immunodéficience acquise
TMF	: Transmission materno fœtale
USA	: United state of America
VHB	: Virus de l'hépatite B
VHC	: Virus de l'hépatite C
VIH	: Virus de l'immunodéficience humaine
%	: Pourcentage (pour cent)



Liste des illustrations



LISTE DES FIGURES

Figure 1 : Répartition des gestantes en fonction de la provenance.	9
Figure 2: Répartition des parturientes en fonction de leurs origines rurale ou urbaine.	10
Figure 3 : Répartition des parturientes selon les tranches d'âges	11
Figure 4 : Répartition des parturientes selon la parité.	12
Figure 5 : Répartition des nouveaux nés en fonction du sexe.....	13
Figure 6 : Répartition des parturientes selon les pathologies maternelles associées	14
Figure 7 : Répartition des parturientes selon l'état de l'utérus	15
Figure 8 : Répartition des parturientes selon l'état de la poche des eaux (PDE).	16
Figure 9 : Répartition des parturientes selon la coloration du liquide amniotique.	17
Figure 10 : Répartition des parturientes selon la présentation du fœtus.....	18
Figure 11 : Répartition des parturientes selon les soins obstétricaux prodigués	19
Figure 12 : Répartition des césariennes selon leur programmation ou non.....	20
Figure 13 : Répartition des parturientes selon le type de dystocie.....	20
Figure 14 : Distribution des effectifs en fonction des indications de la césarienne	21
Figure 15 : Répartition des complications maternelles (morbidité et mortalité).	22
Figure 16 : Répartition des complications fœtales (mortalité et morbidité).	23

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1 : Répartition des parturientes selon le statut marital	12
Tableau 2 : Répartitions des grossesses multiples et mono-fœtales	13
Tableau 3 : Répartition des parturientes selon le type du bassin.	17
Tableau 4 : Répartition des parturientes selon la provenance	25
Tableau 5 : Fréquence de l'HRP observée dans les différentes étude.....	69



Sommaire



PREMIERE PARTIE : INTRODUCTION ET OBJECTIFS	1
DEUXIEME PARTIE : MATERIELS ET METHODES	4
I. L'INTERET DE L'ETUDE.....	5
II. LES LIMITES DE L'ETUDE	5
III. LE TYPE DE L'ETUDE.....	5
III. LES CRITERES D'INCLUSION	6
IV. LES CRITERES D'EXCLUSION	6
V. LE RECUEIL DES DONNEES ET L'ANALYSE.....	6
VI. LES PERSONNES RESSOURCES.....	7
TROISIEME PARTIE : PRESENTATION DES RESULTATS	8
I- LES DONNEES EPIDEMIOLOGIQUES.....	9
I-1 La ville d'issue :.....	9
I-2 L'origine urbaine ou rurale :	10
I-3 L'âge maternel	11
I-5 La parité.....	12
I-6 Le sexe des nouveau-nés.....	13
I-7 Les grossesses multiples	13
II- LES PARAMETRES CLINIQUES.....	14
II- 1- L'étude des pathologies maternelles	14
II- 2- L'état de l'utérus	15
II- 3- L'état de la poche des eaux :.....	16
II- 4- La coloration du liquide amniotique	17
II- 5- Le type du bassin.....	17
II- 6- La Présentation du fœtus	18
III- LES MODALITES DE PRISE EN CHARGE	19
III-1- L'étude des différents soins obstétricaux prodigués	19
IV- LES COMPLICATIONS MATERNO-FŒTALES.....	22

IV-1 La morbi-mortalité maternelle	22
IV-2 La morbi-mortalité fœtale et neonatale	23
QUATRIEME PARTIE : ANALYSE ET DISCUSSION	24
I- LES DONNEES EPIDEMIOLOGIQUES	25
I-1 L'origine	25
I-2 L'âge maternel	26
I-3 Le statut marital	27
I-4 La parité.....	28
I-5 Les grossesses multiples (gémellaire).....	31
I-6 Le sexe du nouveau-né.....	31
II- LES PARAMETRES CLINIQUES.....	33
II.1- L'étude des pathologies maternelles	33
II.1.1 La pathologie respiratoire.....	33
➤ L'Asthme.....	33
II.1.2 La pathologie endocrinienne :	34
➤ Le Diabète	34
➤ La pathologie thyroïdienne: Hypothyroïdie, hyperthyroïdie, goitre	35
II.1.3 La Pathologie cardiovasculaire.....	36
➤ L'HTA Chronique.....	36
➤ La cardiopathie	37
II.1.4 La pathologie neurologique :	39
➤ L'épilepsie	39
II.1.5 La pathologie infectieuse:	41
➤ La syphilis	41
➤ Le VIH.....	41
➤ L'Hépatite virale B	43
➤ L'hépatite virale C	44
➤ Les condylomes	45

➤ La tuberculose.....	47
II.1.6 La pathologie hématologique	49
➤ L'anémie ferriprive	49
➤ La thrombopénie	50
➤ La drépanocytose	51
II.1.7 La pathologie tumorale	53
➤ Le cancer du sein	53
II.1.8 La pathologie auto-immune.....	55
➤ Le lupus	55
II.2 L'étude des paramètres obstétricaux	58
II-2-1 L'état de l'utérus	58
II-2-2 L'état de la poche des eaux.....	59
II-2-3 L'état du liquide amniotique.....	59
II-2-4 Le type de bassin.....	60
II-2-5 La présentation du fœtus.....	61
➤ Les présentations dystociques:	61
➤ La Présentation du siège:	61
III- LES MODALITES D'ACCOUCHEMENT.....	62
III-1- L'étude des différents soins obstétricaux prodigués	62
IV-1 Les complications maternelles.....	64
IV-1-1 La mortalité maternelle	64
VI-1-2 La morbidité maternelle	64
➤ L'hypertension artérielle gravidique.....	64
➤ La pré-éclampsie	65
➤ La crise d'éclampsie	65
➤ Le diabète gestationnel.....	66
➤ L'hématome retro-placentaire	68
➤ L'hémorragie de la délivrance.....	70

IV.2- Les complications fœtales et néonatales	71
II-2-1 La mortalité périnatale.....	71
➤ La mort fœtal in-utero (MFIU).....	71
➤ Mortalité néonatale	72
II-2-2 La morbidité fœtale :	72
➤ La prématurité.....	72
➤ Le dépassement de terme (DT).....	73
➤ L'hypotrophie	74
➤ La macrosomie.....	75
➤ La souffrance fœtale aigue	76
➤ Les malformations	76
CONCLUSION	78
RESUME	82
BIBLIOGRAPHIE	86



*Première Partie :
introduction et objectifs*



Les progrès médicaux de la dernière décennie et la meilleure prise en charge des maladies chroniques ont rendu possible la grossesse chez de nombreuses patientes porteuses de pathologies chroniques, autrefois dissuadées de concevoir et parfois poussées à des interruptions alors dites « thérapeutiques » de grossesse. C'est le cas du lupus érythémateux aigu systémique, de certaines hémopathies, de l'infection par le VIH, des cardiopathies et du diabète de type I.

D'autre part, un âge conceptionnel plus tardif, conduisant des patientes ayant un passé pathologique plus ou moins chargé à envisager une grossesse d'autant plus désirée qu'elle est tardive. Les gynécologues-obstétriciens et les médecins spécialistes de la pathologie sont donc de plus en plus confrontés à la prise en charge de ces patientes.

Or, la grossesse n'est pas une maladie, c'est une étape physiologique de la vie féminine. Les adeptes de la bonne nature encouragent même la pratique de techniques douces et considèrent que la médicalisation actuelle de la prise en charge des grossesses est excessive.

Malgré de nombreux progrès diagnostics et thérapeutiques, les risques au cours de la grossesse et au moment de l'accouchement existent encore dans tous les pays mais varient d'un pays à un autre selon les conditions socio-économiques. La mortalité et la morbidité fœtales et maternelle demeurent élevées et parfois la survenue d'un accident obstétrical dramatique imprévisible ou de diagnostic difficile est possible ; Ce qui impose à l'obstétricien un diagnostic précoce afin que la prise en charge soit immédiate et efficace.

Devant les complications redoutables, un de nos espoirs reste la maîtrise des facteurs de risque.

Au Maroc, la situation épidémiologique exacte des pathologies maternelles au cours de la grossesse reste encore mal connue.

Notre travail a pour objectif de :

- ✓ Rapporter le profil épidémiologique des grossesses compliquées de pathologies maternelles dans notre contexte.
- ✓ Décrire les caractéristiques cliniques de la grossesse actuelle.
- ✓ Rechercher facteurs de risque.
- ✓ Evaluer les modalités de PEC de ces grossesses.
- ✓ Décrire les caractéristiques des nouveaux nés.
- ✓ Déterminer les complications materno-fœtales.
- ✓ Comparer nos résultats avec les données de littérature.



Deuxième Partie : Matériels et méthodes



I. L'INTERET DE L'ETUDE

D'après les professionnels de santé rencontrés, de nombreuses patientes hospitalisées dans le service des grossesses pathologiques (réanimation obstétricale) seraient des patientes suivies pour des pathologies chroniques. Une impression générale se dégage : il y aurait plus de complications materno-fœtales lorsque la grossesse est associée à une pathologie maternelle.

Les études réalisées sur ce sujet sont rares au niveau de la maternité Souissi de rabat comme au niveau des autres maternités du Maroc. Cette étude nous paraissait donc très intéressante à fin de bien connaître les caractéristiques épidémiologiques de ces grossesses considérées comme à risques.

Les résultats dégagés permettront d'en donner une information plus précise mais surtout d'améliorer la prise en charge et la prévention des complications.

Cette étude nous a permis le recueil d'informations qui dressent un bilan global sur ces grossesses de connaître leurs déroulements.

Il peut permettre de répondre à certaines questions concernant toute la population prise en charge à la maternité Souissi de Rabat.

II. LES LIMITES DE L'ETUDE

- Renseignement parfois incomplets sur les registres de la maternité.

III. LE TYPE DE L'ETUDE

Il s'agit une étude transversale rétrospective et descriptive, concernant 556 patientes admises en salle d'accouchement de la maternité Souissi du centre hospitalo-universitaire de Rabat.

Cette étude s'est étalée sur une période d'une année allant du 1er janvier 2016 au 31 Décembre 2016.

III. LES CRITERES D'INCLUSION

Nous avons inclus dans notre série, toutes les patientes dont la grossesse a été associée à une pathologie maternelle pré gestationnelle, et ayant accouché à la maternité Souissi durant l'année 2016.

IV. LES CRITERES D'EXCLUSION

Pour des raisons de faisabilité et de fiabilité, on a choisi d'exclure de l'étude :

- les patientes ayant accouché dans un autre établissement et référées à la maternité Souissi pour une complication du post partum, car les données auraient été trop difficilement récupérables.
- les patientes ayant présenté uniquement des pathologies purement gestationnelles comme l'HTAG et le diabète gestationnel.

V. LE RECUEIL DES DONNEES ET L'ANALYSE

L'étude comporte une phase rétrospective pendant laquelle les registres d'admission de la salle d'accouchement ont été exploités, pour noter toutes les grossesses associées à une pathologie maternelle pré-gestationnelle. Cette étape a été facilitée par une fiche d'exploitation, qui a permis le recueil des données Sociodémographiques, cliniques, thérapeutique et pronostic

Les données collectées étaient ensuite rentrées dans des tableaux avec le logiciel Excel 2007 puis analysées avec le logiciel Epi info afin de pouvoir calculer des pourcentages pour chaque élément relevé.

Afin de comparer nos résultats avec ceux de la littérature, nous avons procédé à une recherche bibliographique au moyen des sites disponibles au sein de la faculté de médecine et pharmacie de Rabat.

VI. LES PERSONNES RESSOURCES

Mon maître de mémoire pour ce travail est le professeur Aicha KHARBACH

*Troisième partie :
présentation
des résultats*

I- LES DONNEES EPIDEMIOLOGIQUES

I-1 La ville d'issue :

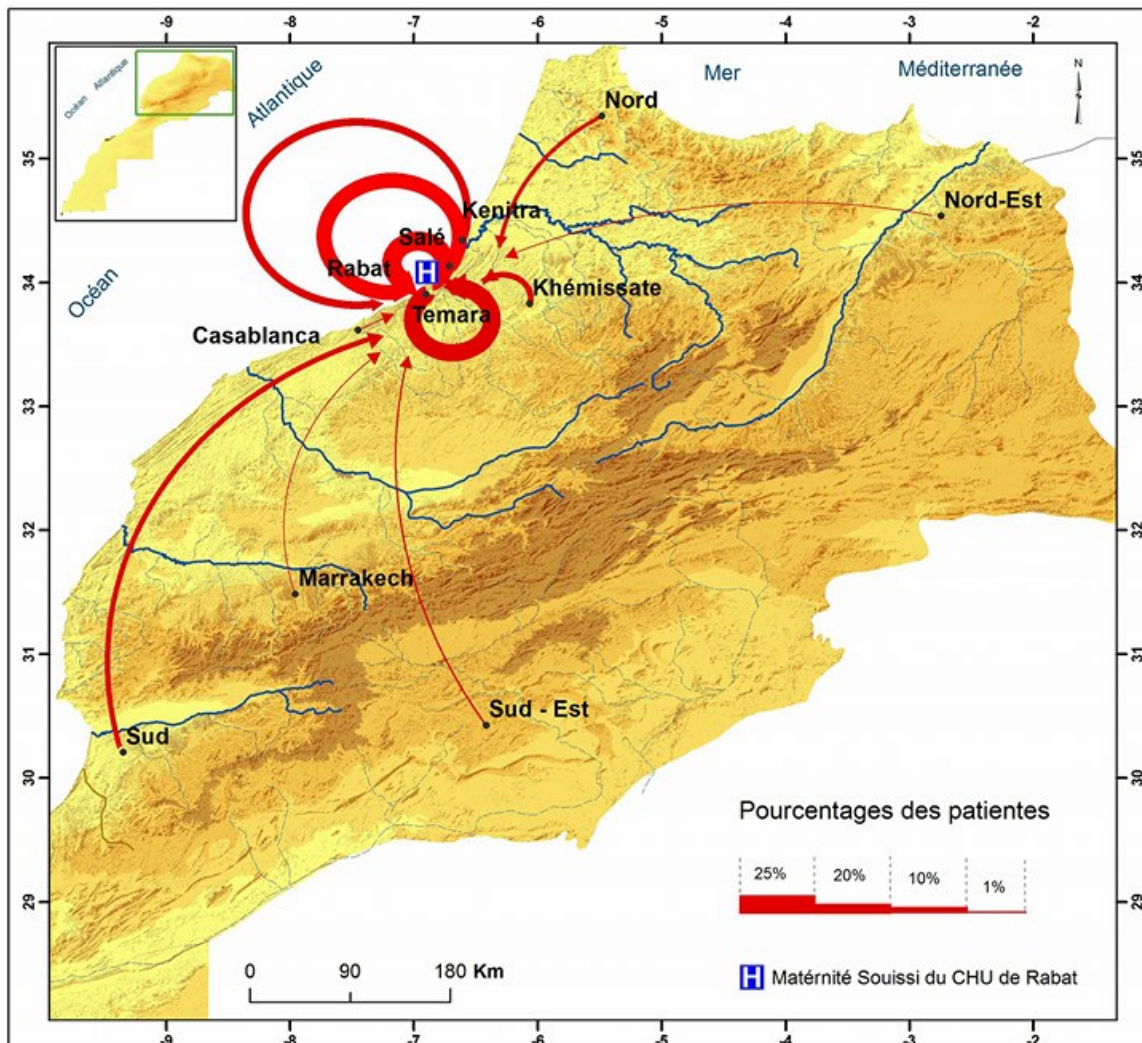


Figure 1 : Répartition des gestantes en fonction de la provenance.

La population étudiée est issue des différentes régions du Maroc, mais la très grande majorité venait de Rabat (27%), de Témara (23.70%) et de Salé (21.90%).

Par ailleurs 6.8% venaient de Kénitra, 5.9% de Khmissat, 5.8% de Casablanca, 2.7% de la région du nord, 1.1% du sud et sud-est, 0.5% de la région de Marrakech et 4.5% des autres régions du Maroc.

I-2 L'origine urbaine ou rurale :

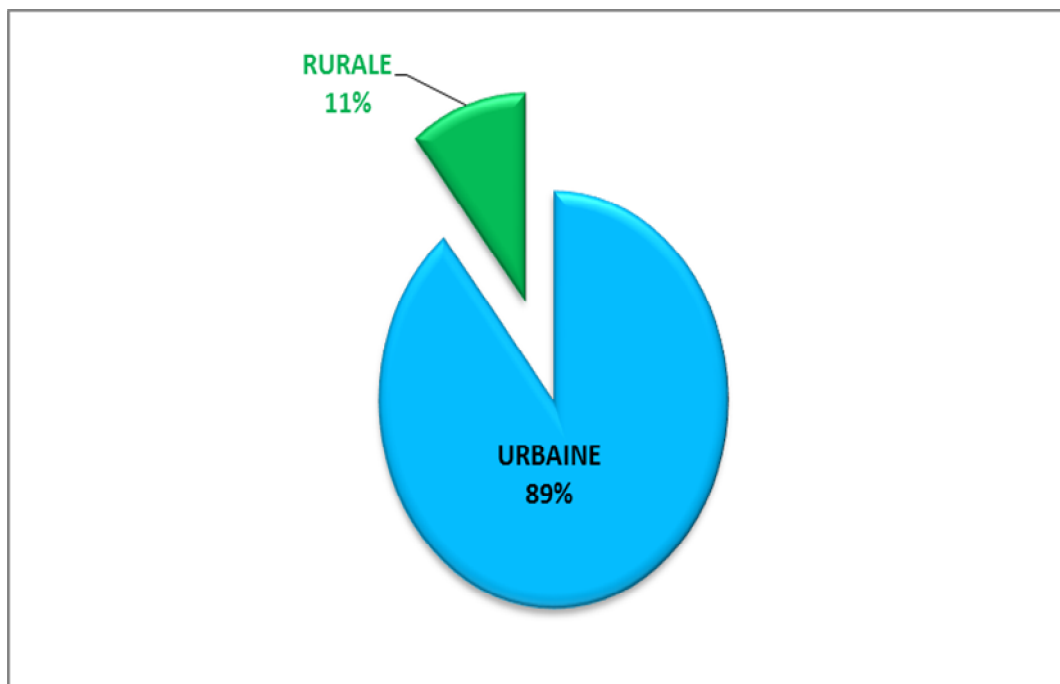


Figure 2: Répartition des parturientes en fonction de leurs origines rurale ou urbaine.

On remarque une part importante de patientes issues du milieu urbain (89%). Cependant la proportion de patientes rurales qui représente 11% au total, n'est pas négligeable.

I-3 L'âge maternel

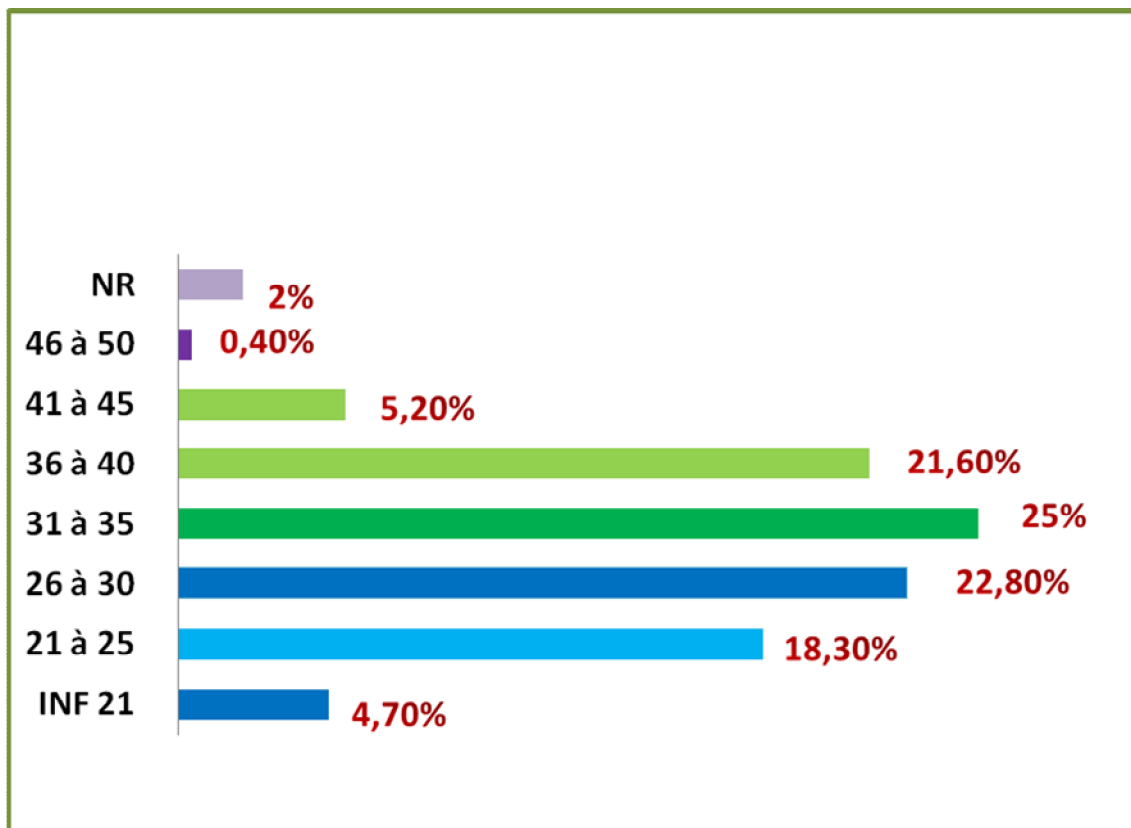


Figure 3 : Répartition des parturientes selon les tranches d'âges

Environ 50% des patientes dans notre série avaient un âge entre 25-35 ans, avec un âge moyen de 31 ans. La plus jeune patiente avait 16 ans et la plus âgée avait 50 ans.

La tranche d'âge la plus représentée était celle de [31-35] soit 25%.

Concernant les autres tranches d'âges on a trouvé les pourcentages suivant :

4.7% dont l'âge est inférieur à 21 ans, 18% étaient âgées de [21 à 25], 22.8% de [26 à 30], 5% de [41 à 45] et 0.4% de [46 à 40].

I-4 Le statut marital

	Nb de cas	pourcentage
Mères célibataires	3	0.54 %
Mères mariés	553	99.46 %

Tableau 1 : Répartition des parturientes selon le statut marital

Les gestantes célibataires ont représenté dans ce lot 3 mères célibataires soit 0,54%.

I-5 La parité

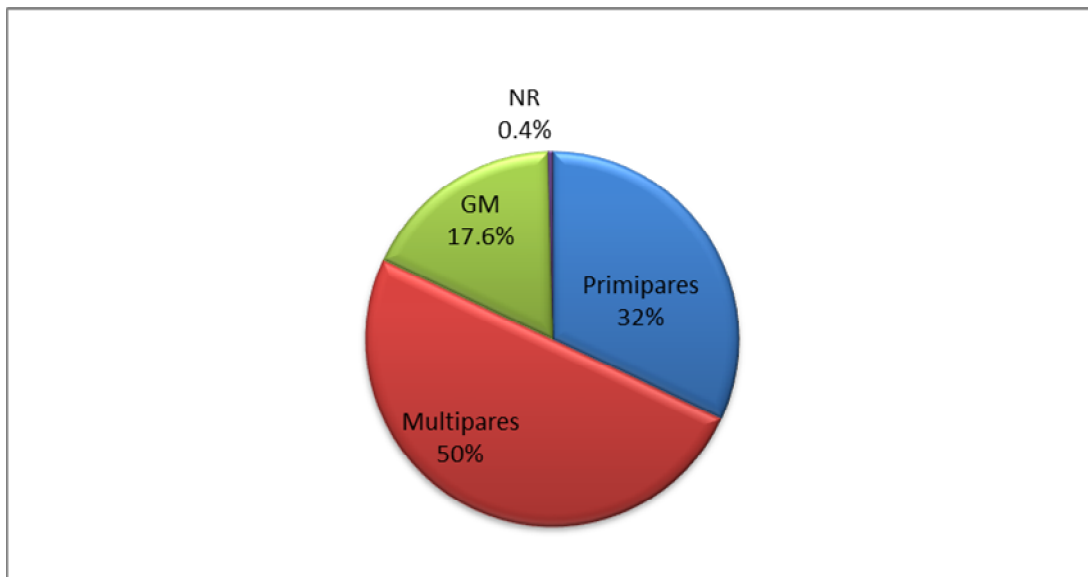


Figure 4 : Répartition des parturientes selon la parité

La population étudiée est divisée en trois groupes :

- 32 % de primipares
- 50 % de multipares (deuxièmes et troisièmes pares)
- 17,60% de grandes multipares (GM) (quatrièmes pares et plus)

La parité de nos parturientes variait de 1 à 10.

I-6 Le sexe des nouveau-nés

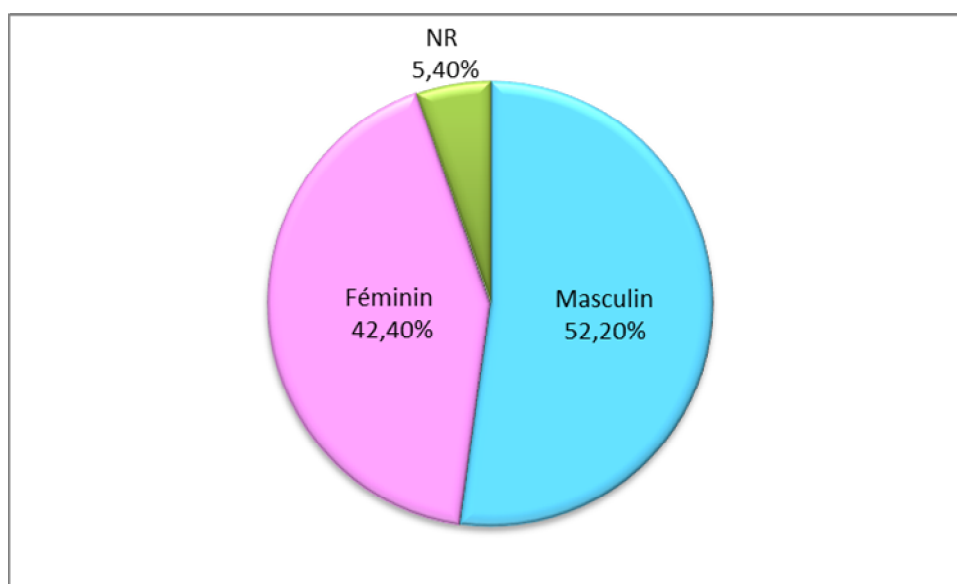


Figure 5 : Répartition des nouveaux nés en fonction du sexe

Le sexe masculin a représenté 52.20% et le féminin 42.40%.

Un taux de 5.40% n'est pas renseigné.

I-7 Les grossesses multiples

Tableau 2 : Répartitions des grossesses multiples et mono-fœtales

	Nb de cas	pourcentage
Grossesses gémellaires	8	1.44 %
Grossesses mono fœtales	548	98.56 %

On a noté 8 grossesses gémellaires soit un taux de 1.44%

II- LES PARAMETRES CLINIQUES

II- 1- L'étude des pathologies maternelles

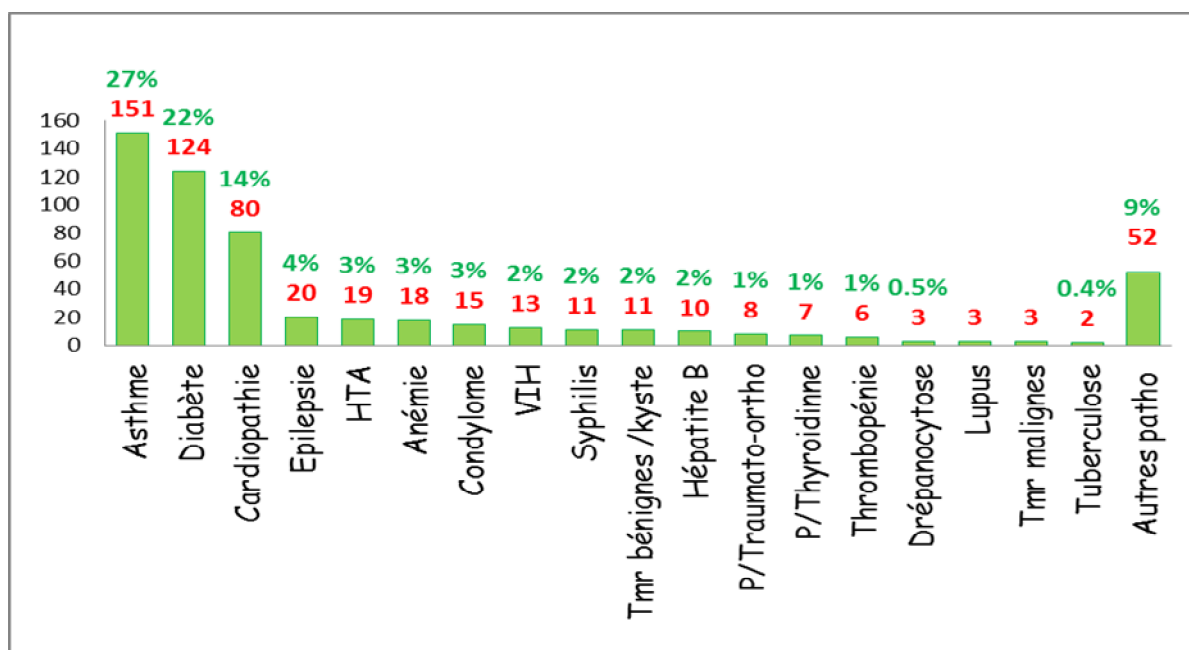


Figure 6 : Répartition des parturientes selon les pathologies maternelles associées

Dans notre série l'asthme a représenté 27%, le diabète pré-gestationnel 22%, les cardiopathies 14.4%, l'épilepsie 3.6%, l'HTA 3.4%, l'anémie 3.2%, les condylomes 2,7%, le VIH 2.3%(13 cas), la syphilis 2% (11 cas), l'hépatite virale B 1,8%(10 cas), les tumeurs bénignes 2%, les pathologies thyroïdiennes 1.3%, les pathologies traumatolo-orthopédiques 1.4% et la thrombopénie 1.1%.

On a également noté 3 cas de lupus, 3 cas de tumeurs malignes, 3 cas de drépanocytose, 2 cas de tuberculose et 1 cas d'hépatite virale C.

II- 2- L'état de l'utérus

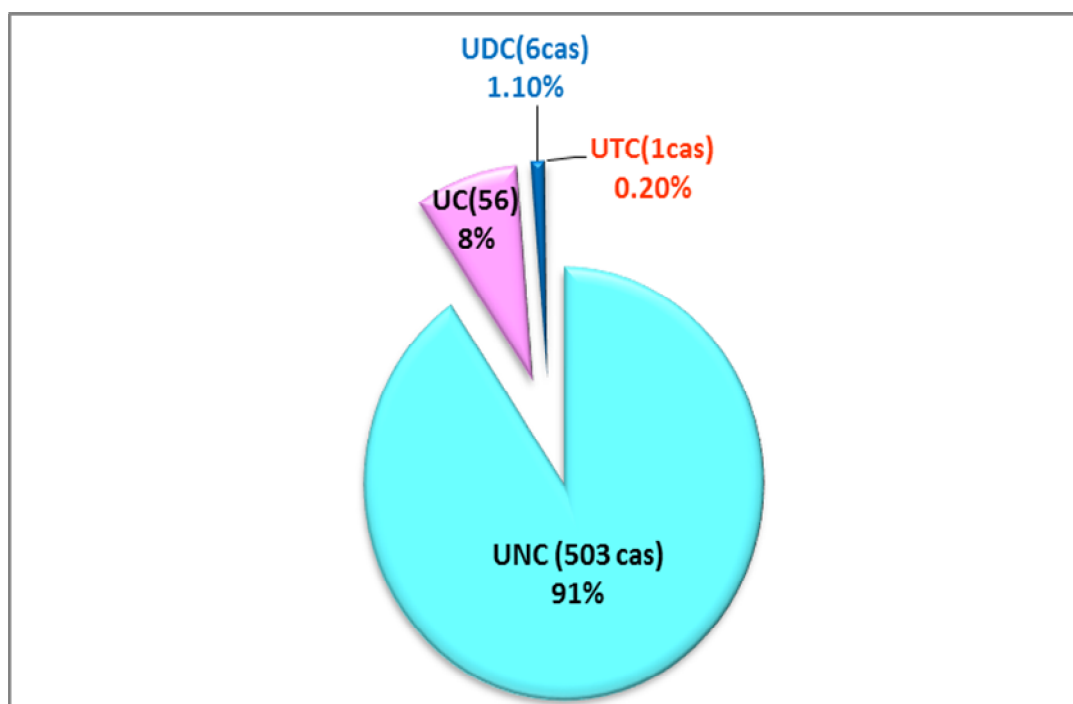


Figure 7 : Répartition des parturientes selon l'état de l'utérus

On a noté que 91% de nos parturientes avaient un utérus non cicatriciel, 8% un utérus cicatriciel, 1.1% un utérus doublement cicatriciel, tandis qu'une seule parturiente avait un utérus triplement cicatriciel.

II- 3- L'état de la poche des eaux :

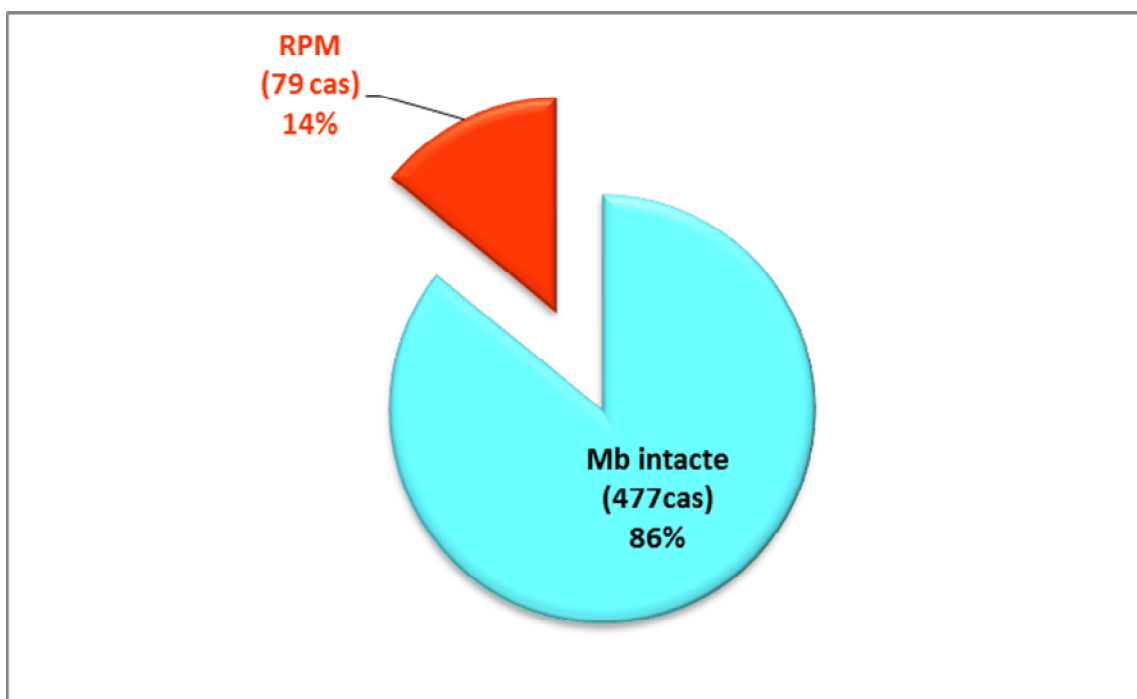


Figure 8 : Répartition des parturientes selon l'état de la poche des eaux (PDE).

14 % de nos parturientes ont présenté une RPM, alors que 86 % avaient des poches des eaux intactes.

II- 4- La coloration du liquide amniotique



Figure 9 : Répartition des parturientes selon la coloration du liquide amniotique.

96 % de nos parturientes avaient un liquide amniotique clair alors que 4% avaient un liquide teinté

II- 5- Le type du bassin

Tableau 3 : Répartition des parturientes selon le type du bassin.

	Nb de cas	Pourcentage
Bassin limite	2	0,36%
Bassin normal	554	99 ,64%

On a enregistré 2 cas de bassin limite soit 0.36% tandis que 99,64% des femmes avaient un bassin normal.

II- 6- La Présentation du fœtus

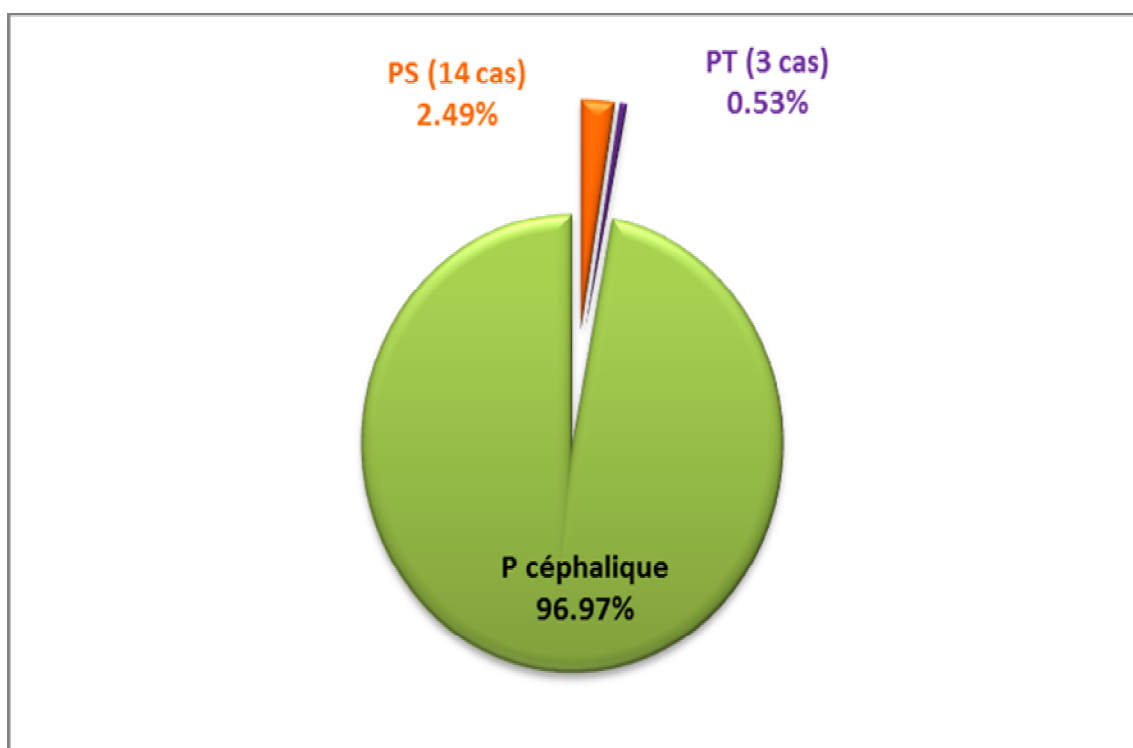


Figure 10 : Répartition selon la présentation du fœtus au cours du travail.

Sur 562 naissances la présentation céphalique a représenté 96,97%, alors qu'elle était de siège dans 2.49% (14 cas) et transverse dans 3 cas seulement soit un taux de 0.53%.

III- LES MODALITES DE PRISE EN CHARGE

III-1- L'étude des différents soins obstétricaux prodigués

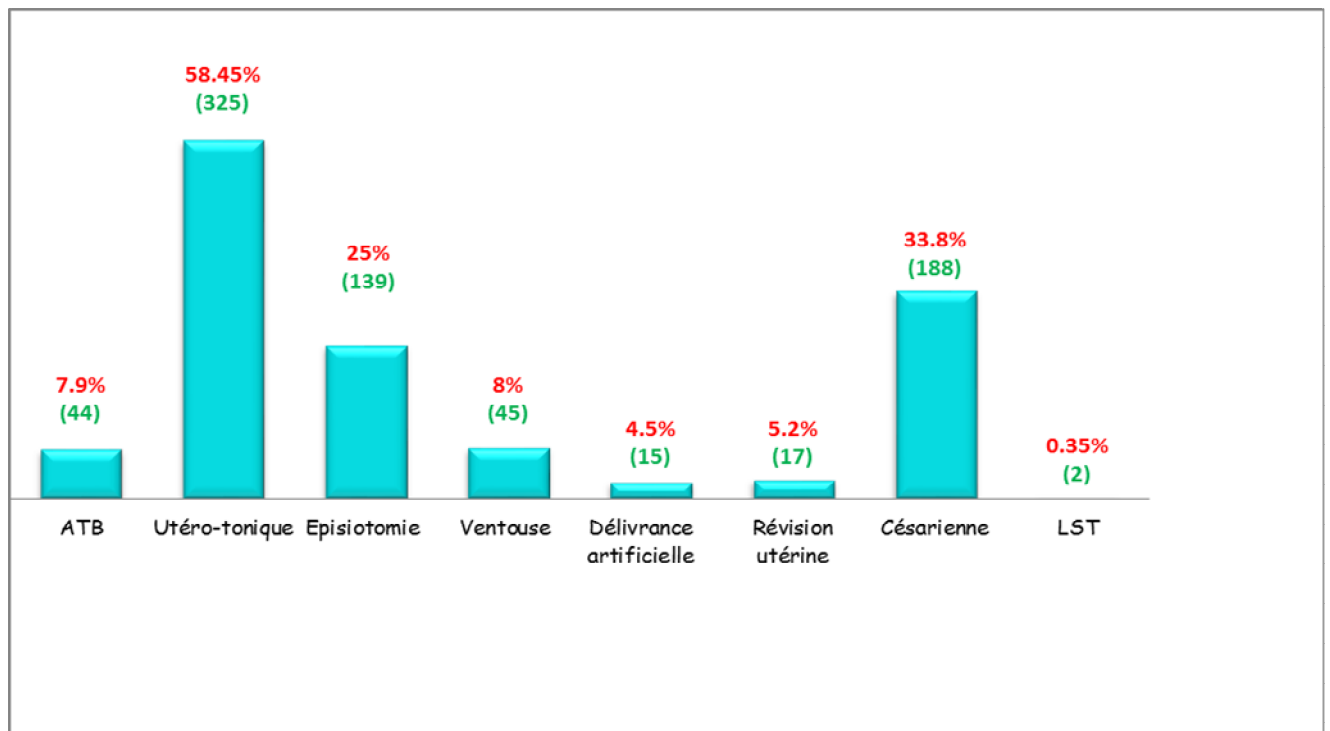


Figure 11 : Répartition des parturientes selon les soins obstétricaux prodigués.

- Administration des antibiotiques par voies parentérale chez 44 cas soit 7.90%
- Administration des utéro-toniques par voies parentérale chez 325 cas soit 58.45%
- 33.80 % ont eu une césarienne alors que la voie basse a été adoptée dans 66.20% dont 25% par épisiotomie et 8.10% par ventouse,
- Parmi les 541 patientes chez qui la délivrance était naturelle 17 ont eu une révision utérine soit une fréquence de 5.20%.
- Une ligature section des trompes a été réalisée chez 2 femmes.

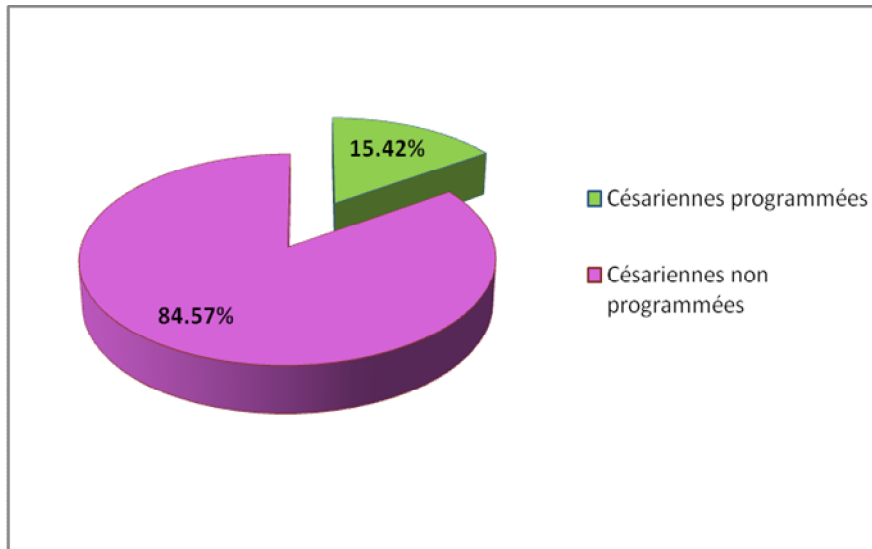


Figure 12 : Répartition des césariennes selon leur programmation ou non

Parmi les 188 césariennes pratiquées 29 césariennes ont été programmées soit une fréquence de 15.42% tandis que 84.57% n'étaient pas programmées.

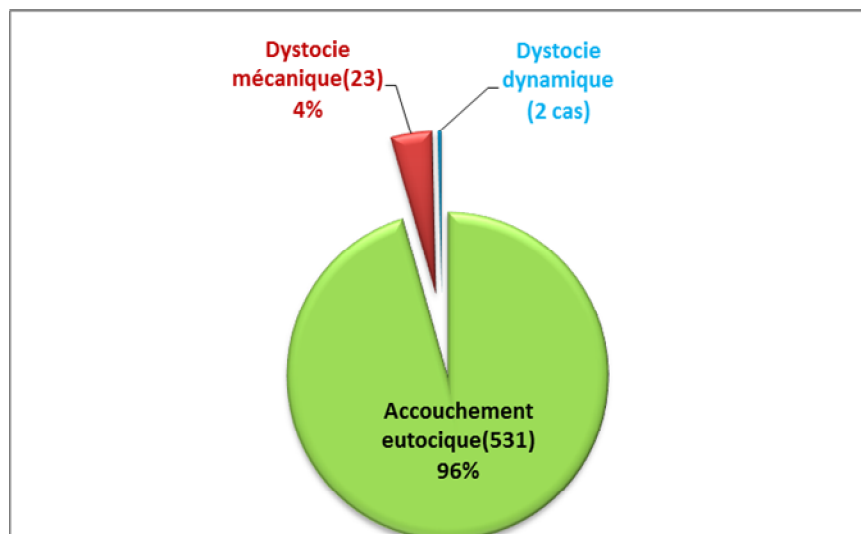


Figure 13 : Répartition des parturientes selon le type de dystocie

Les accouchements eutociques ont représenté 96%, la dystocie mécanique 4% et la dystocie dynamique 0,003%.

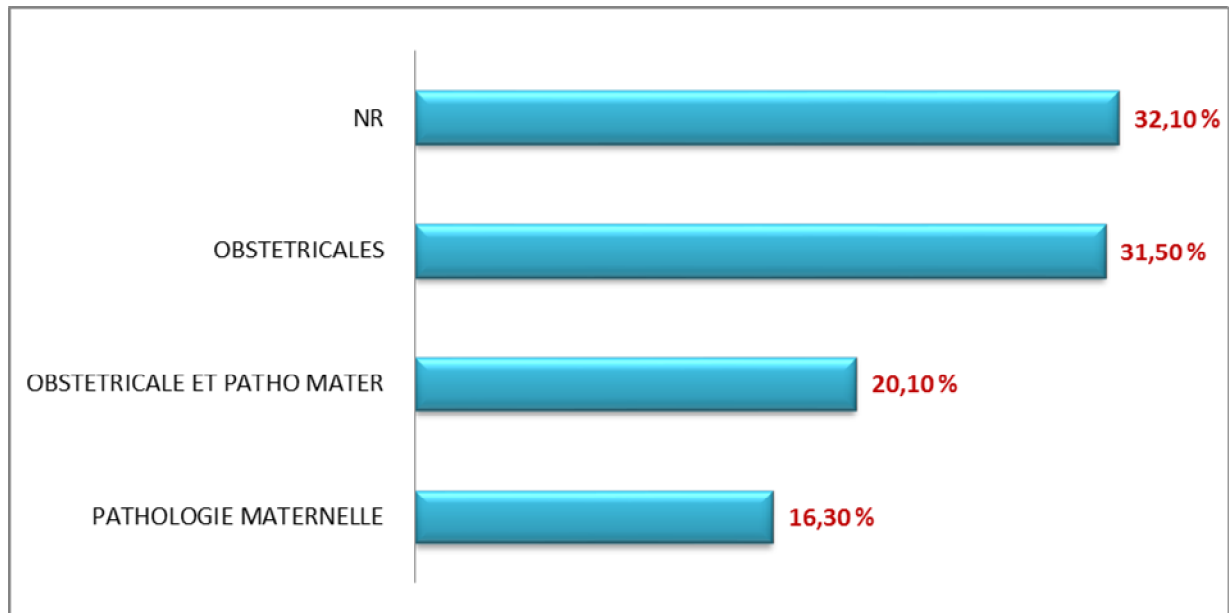


Figure 14 : Distribution des effectifs en fonction des indications de la césarienne

Parmi les 188 césariennes pratiquées :

- 37 césariennes soit 31,3% étaient pour association d'indications obstétricales et d'indications liées à la pathologie maternelle.
- 58 césariennes soit 31,9% étaient réalisées pour une indication purement obstétricale.
- 30 césariennes soit 16,5% l'indication était liée à la pathologie maternelle.
- L'indication n'était pas renseignée dans 57 cas soit 31,3%.

IV- LES COMPLICATIONS MATERNO-FŒTALES

IV-1 La morbi-mortalité maternelle

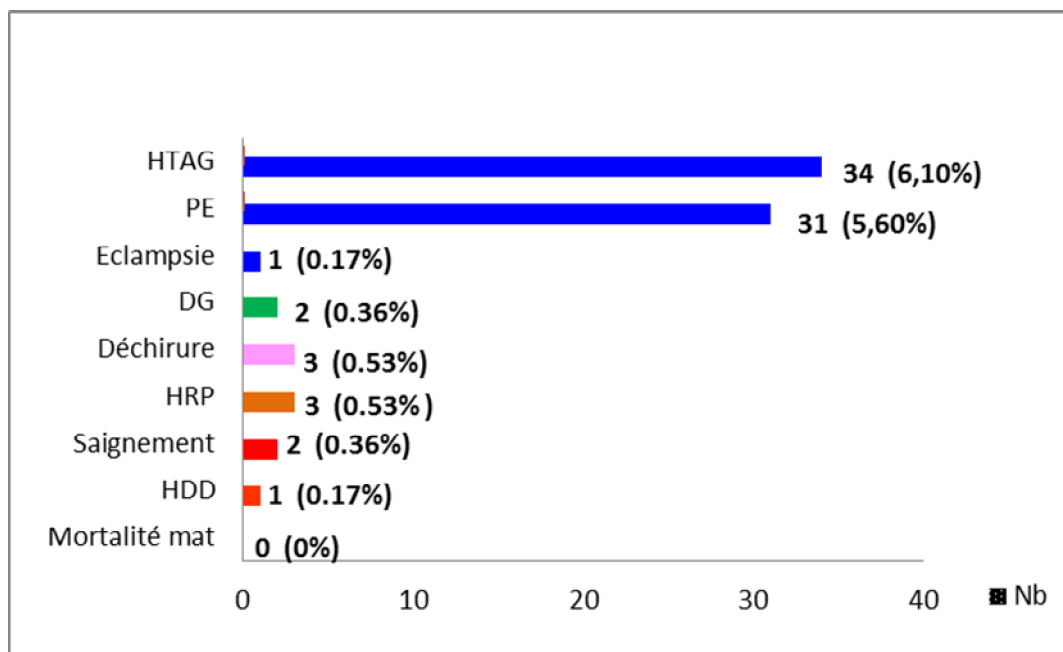


Figure 15 : Répartition des complications maternelles (morbidité et mortalité).

Nous n'avons enregistré aucun cas de décès maternel, tandis que les complications maternelles étaient assez fréquentes, surtout les complications hypertensives qui représentaient 34 cas d' HTAG soit (6 .10%) ,31 cas de pré-éclampsie soit (5 .60%) et une seule crise d'éclampsie.

Par ailleurs on a noté 2 cas de diabète gestationnel, 3 cas d'hématome rétro-placentaire, 3 cas de déchirures, 2 cas de saignement et un seul cas d'hémorragie de la délivrance

NB : il y'a possibilité d'association de différents types de complications chez la même patiente.

IV-2 La morbi-mortalité foetale et neonatale

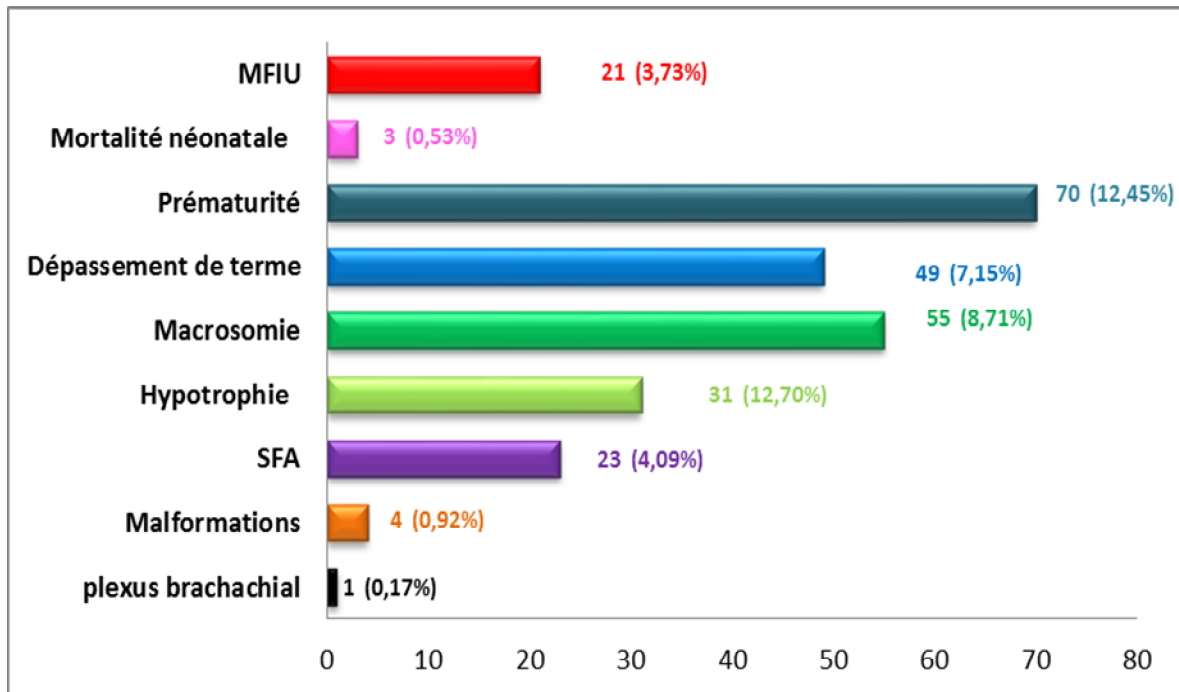


Figure 16 : Répartition des complications foetales (mortalité et morbidité).

Nous avons enregistré 21 cas de MFIU parmi 562 naissances soit (3.73%) et 3 décès néonataux soit (0.53%).

12.45% des naissances vivantes étaient des prématurés, 7.15% étaient en dépassement de terme et 80.4% des grossesses sont arrivées à terme dont 12.70% étaient des hypotrophes et 8.7% des macrosome.

Notre série comporte aussi 4.09% de SFA, 4 cas Malformations et 1cas de plexus brachial.



*Quatrième partie :
Analyse et Discussion*



I- LES DONNEES EPIDEMIOLOGIQUES

Les caractéristiques sociodémographiques constituent des facteurs de risque de complications materno fœtale.

I-1 L'origine

La provenance des patientes était diversifiée et toutes les régions du Maroc (**voir tableau 4**) étaient représentées, ce qui laisse supposer que notre échantillon est représentatif de la situation épidémiologique au Maroc.

En outre, la non disponibilité parfois des moyens thérapeutiques font qu'une grande majorité des patientes se dirigent vers le CHU de Rabat à la recherche de recours thérapeutique. Ainsi on a trouvé un taux non négligeable de patientes issues du milieu rural (10,80%).

Tableau 4 : Répartition des parturientes selon la provenance

ADRESSE	Nb de cas	Pourcentages
RABAT	150	27,00%
TEMARA	132	23,70%
SALE	122	21,90%
KENITRA	38	6,80%
KHMISSAT	33	5,90%
CASA	32	5,80%
REGION DU NORD	15	2,70%
REGION DU SUD ET SUD EST	6	1,10%
REGION MARAKECH	3	0,50%
AUTRES	25	4,50%
Total	556	100,00%

I-2 L'âge maternel

L'âge maternel est un facteur de risque obstétrical et périnatal.

Les âges extrêmes avant 18ans et après 35ans sont présentés dans la littérature comme à risque [8, 9, 10, 11,12].

Les âges extrêmes dans notre série ont été 16 ans et 50 ans avec une moyenne d'âge de 31 ans.

En effet la procréation à un âge précoce constitue un risque important à cause de l'imaturité physique.

Dans notre étude 02 patientes (soit une fréquence de 0,36%) étaient âgées de moins de 18 ans.

Les taux trouvés dans la littérature sont supérieurs au notre : Mamadou T. [5] a trouvé 07,3%, COULIBALY B [6] 21,26% et BERTHE S [7] 60,49%.

L'âge maternel avancé est aussi associé dans la plupart des études à une augmentation de la morbidité maternelle sévère et de la mortalité [8, 9, 10, 11,12].

La grossesse après 40 ans est une situation à risque. Le risque maternel est lié au fait que très souvent, à ces grossesses s'associent beaucoup de complications dont les plus fréquentes sont : les syndromes vasculo-rénaux, le placenta prævia, les ruptures utérines et les hémorragies de la délivrance. Quant aux risques fœtaux, c'est généralement le RCIU, certaines malformations et la prématurité. Ainsi SERRE X et COLL [13] ont trouvé 14% de macrosomie, 06% d'hypotrophie fœtale et 06,6 % de prématurité.

Dans notre étude 12 gestantes avaient un âge supérieur à 40 ans soit une fréquence de 2,15%. Dont 6 cas ont développé une HTAG (50%), 1 cas une pré

éclampsie soit (8.33%). 9 cas de prématurité (75%), 3 dépassement de terme (25%), 2 cas d'hypotrophie (16,66%) ,4 cas de macrosomie fœtale (33.33%) et 7 cas de RPM (58.33%).

I-3 Le statut marital

La place du statut matrimonial dans les grossesses à risque a fait l'objet de beaucoup d'études. La plupart des auteurs s'accordent à dire que le célibat de la mère constitue un facteur de risque pour la grossesse.

Ainsi des études menées en Afrique sub-saharienne ont rapporté les taux suivants : MAMADOU T [5] 16.4%, DRAVE.A et KANT F [14] 12.62%, DIALLO D [1] 42%, BERTHE S [7] 44,10% à propos d'une étude multicentrique à Bamako. Cette différence peut avoir deux explications :

- Le mode de recrutement: En effet l'étude de DIALLO D [1] n'a concerné que les adolescentes pour lesquelles il n'est pas étonnant de trouver un taux élevé de célibataires.
- La taille de l'échantillon : celui rapporté par les auteurs dakarois en milieu hospitalier qui est de 09,2%

Quant au taux de 44% rapporté par COULIBALY F [15], il s'explique par le fait que cet auteur n'a travaillé que sur les morts naturelles et confirme par là même le caractère risqué de la grossesse chez les célibataires.

Tous les taux rapportés par ces études sont nettement plus élevés que le notre.

La fréquence des célibataires dans notre étude a été de 3 mères célibataire soit 0,54%, dont 2 sont VIH positif (une marocaine et une étrangère)

Une explication à cette diminution est l'inacceptation de la grossesse hors mariage dans notre pays créant du cou un conflit intra personnel et interpersonnel. De ce fait il y a tendance à cacher la grossesse d'où un mauvais suivi d'une part et la menace d'interruption criminelle intempestive d'autre part avec toute la cohorte de complication qui pourrait s'en suivre.

I-4 La parité

La parité est définie comme le nombre de grossesses précédentes de plus de 20 SA et est considérée aussi bien comme mesure du statut de fertilité de la femme que comme succès en matière de reproduction. La parité est souvent classée en 3 niveaux : La nulliparité, la multiparité, la grande multiparité.

Tandis qu'il est habituel de parler de « nullipare » pour désigner les gestantes qui n'avaient pas précédemment eu de grossesse de plus de 20 SA, le terme « primipare » est utilisé pour caractériser les mères qui ont un seul antécédent de grossesse de plus de 20 SA. Par contre il n'existe aucune définition universellement acceptée pour la « multiparité et la grande multiparité » ; et la définition de cette dernière a varié dans le temps.

Beaucoup d'auteurs, considèrent les femmes ayant eu au moins 5, 6, 7 ou 8 grossesses au-delà de la 22ème SA et ayant accouché pour la 4e, 5e, 6e, 7e fois ou plus comme de grande multipare et citent la parité comme facteur de mauvais pronostic en pathologie gynécologique et surtout obstétricale [148]

Le rapport entre la parité et les complications de la grossesse continu à être d'intérêt pour les obstétriciens. La parité a été utilisée comme un marqueur de risque pour les nullipares et les grandes multipares ; elles ont aussi été classées comme à haut risque de complications de la grossesse [147].

Les deux parités extrêmes sont principalement frappées par la mortalité maternelle : 11,8 pour mille pour les primipares et 16,70 pour mille pour les grandes multipares [144].

Ce facteur est lié au mode de vie, habitudes et tradition : les mariages précoces entraînant des maternités précoces (primipares très jeunes), la notion traditionnelle de procréation ancrée dans nos sociétés expliquant la grande multiparité. Pour BOHOUSSOU et LEKE l'incidence de la mortalité maternelle augmente à mesure que l'on passe de la pauci-parité à la multiparité, et de la multiparité à la grande multiparité [145,146].

La parité de nos parturientes variait de 1 à 10.

La population étudiée est divisée en trois groupes :

- 32 % de primipares
- 50 % de multipares (deuxièmes et troisièmes pares)
- 17,60% de grandes multipares (GM) (quatrièmes pares et plus)

Dans les pays développés, l'incidence de la grande multiparité est inférieure à 2 %. Bien que rare aux États-Unis, la grande multiparité se produit plus fréquemment dans certaines populations ou communautés où la contraception n'est pas acceptée en raison des croyances religieuses et culturelles [149]. D'autres éléments, tels que les facteurs socio-économiques s'y ajoutent dans les pays en voie de développement [150]. Ils paraissent encore plus déterminants et leurs imbrications avec la grande multipare est de règle. Parmi ces facteurs, on peut citer :

- Le mariage précoce et ses corollaires : les maternités précoces, la réduction de l'intervalle inter-génésique, l'analphabétisme, le manque de service de planification familiale et le bas niveau de vie soio-économique.
- Les barrières socioculturelles et religieuses
- La non réalisation des consultations prénatales
- L'équipement sanitaire inadéquat
- La mortalité néonatale et infantile élevées
- La grande multiparité a longtemps été considérée comme un facteur de risque de complications obstétricales [151].

Les complications maternelles associées à la grande multipare comprennent l'hypertension artérielle, l'anémie, le diabète gestationnel, le placenta Prævia, et l'hématome rétroplacentaire pendant la grossesse. Au cours de l'accouchement, la macrosomie, les présentations anormales, l'accouchement prématuré et l'hémorragie du post-partum. Les complications néonatales comme le traumatisme néonatal, les dystocies de l'épaule et le liquide amniotique méconial surviennent de même plus souvent parmi les grandes multipares [152].

I-5 Les grossesses multiples (gémellaires)

Les grossesses multiples représentent des facteurs de risque obstétricaux et périnataux car le risque de complication maternelle et fœtale est significativement majoré en cas de grossesses multiples en comparaison à une grossesse mono-fœtale.

Les complications à envisager sont : la prématurité (près d'un cas sur deux en cas de grossesses gémellaires), le syndrome transfuseur-transfusé lié à la grossesse mono-choriale, la survenue d'une hypotrophie d'un ou plusieurs fœtus, les présentations dystociques, le placenta prævia, la toxémie gravidique

Dans notre échantillon on a trouvé une fréquence de 8 grossesses gémellaires soit 1.44 % qui est proche de celle trouvée par KONE A [16] 01,92%. Mais qui est inférieur à celui de COULIBALY B [6] (10,18%), de KANTE.F [14] (04,15%), de MAMADO T [5] (04,5%) et de FAKEYE.O [134] au Nigeria (03,5%).

L'accouchement prématuré est le principal risque rencontré au cours de notre étude avec 4 prématurés (50%) et 3 morts néonatales (37%).

I-6 Le sexe des nouveau-nés

Dans notre étude le sexe masculin a représenté 52,20%, le féminin 42 .40%, il naît donc plus de garçons que de filles. Nos résultats rejoignent ceux de la littérature qui trouvent en moyenne 105 garçonnetts pour 100 fillettes. Une légère différence qui, rapportée à l'échelle de la population mondiale, est loin d'être négligeable, Car elle s'avère à la fois constante et universelle, même dans les pays où s'exerce le contrôle des naissances, comme en Inde ou en Chine. Ce sex-ratio en faveur des garçons a de quoi étonner sachant que la sélection naturelle doit amener les

populations, humaines mais aussi animales, vers l'équilibre démographique à l'âge reproducteur, on constate que c'est bien le cas. Car si la proportion de nouveau-nés garçons s'avère supérieure à celle des filles, l'équilibre se trouve rétabli dans la tranche d'âges des 20-64 ans, c'est-à-dire à l'âge de procréer : 18,30 millions contre 18,78 (en 2011) [133]. Ce retour à l'équilibre peut être expliqué par une mortalité infantile plus élevée chez les garçons que chez les filles. De fait, une étude américaine menée en 2008 a révélé qu'avant 1 an, les garçons auraient 20 % de risques en plus de mourir (naissance prématurée avec troubles respiratoires, accouchement difficile lié à une tête plus grosse, prévalence masculine de la mort subite...) que les filles, sans explications claires. [133]

II- LES PARAMETRES CLINIQUES

II.1- L'étude des pathologies maternelles

II.1.1 La pathologie respiratoire

➤ L'Asthme

La prévalence de l'asthme dans la population féminine est de 6 %.

L'asthme est observé chez environ 8 % des femmes enceintes, ce qui en fait la plus fréquente des maladies responsables de complications potentiellement graves au cours de la grossesse.

Les rapports d'experts et les consensus les plus récents évoquent une prévalence de l'asthme au sein des femmes enceintes de l'ordre de 3 à 12 % tout à fait identiques à la population générale en âge de procréer. On soupçonne logiquement que la prévalence de l'asthme pendant la grossesse soit en augmentation [18].

Dans notre étude on a trouvé 151 cas soit 27% un taux nettement plus élevé que celui de la littérature.

Le diagnostic de l'asthme au cours de la grossesse n'est pas toujours aisé, les épreuves de provocation bronchique y sont contre-indiquées.

La survenue d'une grossesse chez une femme asthmatique soulève souvent beaucoup d'inquiétudes chez la future maman comme chez de nombreux soignants. [19]

Plus il est sévère, plus l'asthme maternel présente un risque d'aggravation pendant la grossesse d'où l'importance d'un suivi régulier et d'un traitement de fond bien compris. Les corticoïdes inhalés et les β 2-mimétiques de courte durée d'action peuvent être utilisés pendant la grossesse. La corticothérapie orale en cure courte est également permise en cas d'exacerbation de la maladie asthmatique. [20]

II.1.2 La pathologie endocrinienne :

➤ Le Diabète

La grossesse chez une diabétique est toujours une grossesse à risque.

Dans la littérature le diabète pré-gestationnel est retrouvé chez 0,1 à 0,2% des femmes enceintes. IL ne représente que 10% des grossesses diabétiques, Il s'agit dans 75% des cas de diabète type 1[21]. La fréquence du diabète pré-gestationnel dans notre série était de 22%, une valeur qui est largement plus élevée à celle trouvées dans la littérature ainsi MOUMHIL N a trouvé 0,3% à Marrakech [22].

Quant aux complications fœto-maternelles relevées dans notre série de diabétiques comparée à celle de M OUMHIL N elles étaient comme suite :

Les complications du diabète	Notre série	MOUMHIL N
HTAG	15.32%	4%
Pré-éclampsie	8.87%	10%
MFIU	8.87%	14%
SFA	7.25%	0%
Prématurité	16.12 %	18.60%
Dépassement de terme	7.25%	0%
Macrosomie	30%	53%
Hypotrophie	3.22%	2.32%
RPM	18.54%	12%
MAP	0%	8%
Hydramnios	0 %,	46.51%
Malformations congénitales	0 %.	6.97%
Hypoglycémie	0%	4%
DAC	0%	2%

Le risque relatif de ces complications est lié à la valeur de l'HbA1c en période d'embryogenèse, d'où l'intérêt de la consultation pré-conceptionnelle et la grossesse qui doit être programmée. Le type de diabète n'influence pas le résultat, qui est lié à l'équilibre glycémique [23].

➤ **La pathologie thyroïdienne: Hypothyroïdie, hyperthyroïdie, goitre**

Les pathologies thyroïdiennes constituent la 2ème endocrinopathie chez la femme enceinte après le diabète [127]. Elles se manifestent soit par des hypothyroïdies, soit par des hyperthyroïdies. L'hypothyroïdie concerne approximativement 0,3% des grossesses aux Etats-Unis [128] pour ce qui est des hypothyroïdies patentes mais la fréquence des hypothyroïdies infra-cliniques est nettement plus élevée à 2,5% en moyenne dans les pays développés [129].

Cette prévalence est bien entendu largement dépendante comme on le reverra du degré de carence en iode existant dans la population, celle-ci concernant 38% de la population mondiale [128], y compris dans les pays riches comme la France où existent même des disparités régionales avec prédominance à l'Est du pays [130]. La carence en iode demeure au niveau mondial la principale cause d'hypothyroïdie [131]. L'hyperthyroïdie frappe 0,2% à 1% des grossesses aux E.-U [128,132] et est à 85 à 95% due à la maladie de Basedow.

Les anomalies thyroïdiennes s'accompagnent de multiples complications tant sur le déroulement de la grossesse (complications obstétricales) [127,129] que sur le développement du fœtus et du nouveau-né [127,129], en particulier sur le plan neurocognitif. La fréquence de ces pathologies et la gravité de leurs conséquences fait que de nombreux débats existent autour de l'opportunité de procéder à un dépistage systématique, en particulier de l'hypothyroïdie.

Dans notre série on a noté 7 cas de pathologie thyroïdienne soit (1%) dont 4 cas de goitre (soit 0,71%), 2 cas d'hypothyroïdie (soit 0,35%) et 2 cas hyperthyroïdie (0,35%). Ces valeurs sont identiques à celles trouvées aux états unis.

II.1.3 La Pathologie cardiovasculaire

➤ L'HTA Chronique

Elle est définie par au moins l'une des trois circonstances: une PAS $\geq$ 140 mmHg et/ou une PAD $\geq$ 90 mmHg connue avant la grossesse ou survenant avant 22 SA ou bien une HTA connue et traitée ou bien une HTA persistant plus de 42 jours après l'accouchement.

La fréquence de l'HTA chronique préexistante est de 1 à 5 % des grossesses [24]

Connaître le niveau de PA avant la grossesse est essentiel pour différencier les hypertensions chroniques préexistantes, des hypertensions gestationnelles dont la physiopathologie dépend d'une anomalie de la perfusion utéro-placentaire.

Chez 7 à 20 % des femmes, l'hypertension s'aggraverait au cours de la grossesse sans pré-éclampsie surajoutée [25] Les femmes ayant une HTA chronique ont un risque plus élevé de développer une pré-éclampsie surajoutée (17 à 25 % vs 3 à 5 % dans la population générale) [26,27]

L'association, HTA et grossesse est grave de par ses complications maternelles et/ou fœtales avec un pronostic fœtal sévère.

Elle représente 3 % dans notre échantillon.

Des études effectuées au Mali ont rapporté des fréquences respectives :

BERTHE S [7] 15,22%, COULIBALY B [6] 14,07, MAMADOU T [5] (10%) et SOUMARE M.D [28] (07,05%). D'autres chiffres ont été rapportés par certains auteurs Africains. C'est ainsi que, CISSE et COLL [7] à Dakar 05,60%, il a aussi signalé que cette fréquence était de 04,6% à Abidjan la même année.

L'association HTA et grossesse n'est pas seulement l'apanage des pays en voie de développement, des études effectuées en France ont montré que cette association variait entre 09,3 et 37,7% [30], et entre 05 et 10% [31]. Elle était à 10,8% aux royaumes unis et varie entre 10 et 15% aux USA.

Ces différentes fréquences peuvent s'expliquer par le taux non négligeable de primipares jeunes et des patientes d'âge supérieur à 40ans, tous ceux-ci étant des groupes exposés à l'HTA.

➤ **La cardiopathie**

Dans les pays développés la répartition des cardiopathies a connu un changement depuis 30 ans en raison de l'amélioration des conditions sanitaires, de la réduction de l'incidence du rhumatisme articulaire aigu et de l'augmentation de l'espérance de vie avec prédominance des cardiopathies congénitales. [36] Alors que dans les pays en voie de développement y compris le Maroc, les cardiopathies rhumatismales demeurent dominantes.

La grossesse est associée toujours à des adaptations physiologiques et cardiovasculaires importantes. L'association de la grossesse à une cardiopathie maternelle demeure à haut risque et peut être une cause de morbidité voire de mortalité maternelle ainsi que fœtale [32]

La population des femmes cardiaques enceintes s'est modifiée récemment avec une augmentation du nombre des cardiopathies congénitales. Dans la

plupart des cas, la grossesse a une évolution favorable. Cependant, le nombre des femmes ayant une cardiopathie complexe et arrivant à l'âge de la procréation augmente, générant des problèmes nouveaux.

Les risques fœtaux sont liés soit à l'existence d'une cyanose maternelle entraînant une insuffisance d'oxygénation fœtale (responsable d'avortement, de prématurité, de retard de croissance fœtale), soit à une détérioration de la fonction cardiaque maternelle responsable d'une insuffisance circulatoire placentaire avec des conséquences identiques.

Les risques maternels vont de l'altération de la fonction ventriculaire aux complications sévères à type d'insuffisance cardiaque voire de décès. [20]

Dans notre étude, la fréquence des cardiopathies au cours de la grossesse s'estimait à 14%, Ce chiffre est largement supérieur à ceux trouvés dans la littérature (environ 1 % des cas):

Au Maroc Younes MA a rapporté une fréquence de (1,4%) [33] Tandis qu'une étude menée en Tunisie en 2015 a rapporté 0,285%.

En effet, l'incidence des cardiopathies au cours de la grossesse est stable entre 1 et 2% depuis les années 1930, avec des estimations plus récentes entre 0,1 et 1,4% aux USA [20] et 0,2% à Andrianirina [34].

Une étroite collaboration cardiologico-obstétricale avant pendant et après la grossesse est à l'évidence nécessaire pour que la grossesse soit menée dans de bonnes conditions.

II.1.4 La pathologie neurologique :

➤ L'épilepsie

Environ 3 000 grossesses par an concernent des femmes épileptiques en France [36], il ne s'agit donc plus d'une situation exceptionnelle.

La survenue de crises pendant la grossesse est potentiellement dangereuse et doit être évitée. L'interruption brutale du traitement antiépileptique et la mauvaise observance représentent en effet les situations les plus à risque de complications.

L'épilepsie représente 4% dans notre série.

Concernant les complications on a enregistré 1 cas de pré-éclampsie et 10% d'HTAG tandis que les résultats trouvés par LUCAS K [42] en 2011 évaluent 4,6% d'HTAG identique à celui de la littérature.

Plusieurs revues de la littérature confirment qu'il n'existe pas de preuve d'une augmentation du risque de complications de type éclampsie, prématurité, décollement placentaire et diabète gestationnel [37].

Des études anciennes rapportées par YERBY MS [38] notent un risque augmenté de prématurité chez les femmes épileptiques, ce risque n'est pas retrouvé dans les études récentes [39]

Dans notre série on a enregistré 5% de prématurité tandis que le taux de prématurité décrit par LUCAS K est de 21.6% [40], largement supérieur à celui de la population générale (7.2%)

On a également noté 15% de dépassements de terme, 5% de MFIU contre 1.75% chez LUCAS K [40] et 0.6% pour l'ensemble de la population

La taille de notre population est cependant faible pour nous permette de lier l'épilepsie à une surmortalité fœtale.

Certaines revues de la littérature sont en contradiction : TOMSON conclut que le nombre de mort-nés lors des grossesses de femmes épileptiques est similaire à celui de la population générale [37], YERBY MS [38] trouve au contraire une augmentation du taux de morts nés ainsi que du taux de décès néonataux et périnataux [38].

La part des enfants nés hypotrophes dans notre étude était (5%) contre (8%) chez LUCAS K [40]. Les malformations représentaient 5% dans notre étude, ce taux est plus élevé que celui de la population générale (2 à 3% en générale) contre 13% dans l'étude LUCAS K [40].

Une grossesse chez une femme épileptique doit être considérée comme « à risques » et suivie comme telle par un spécialiste en gynéco-obstétrique [36].

L'intérêt d'un traitement doit être réévalué en début de grossesse. S'il est nécessaire, tenter de l'abaisser à la dose efficace la plus faible en réduisant au maximum le nombre de molécules.

- La posologie des antiépileptiques dès le 1er trimestre doit être adaptée.
- Prescription pré-conceptionnelle d'acide folique à la dose de 5 mg/j.
- Une surveillance échographique est recommandée par un échographiste de référence.
- L'accouchement par voie naturelle est autorisé en prévoyant une analgésie locorégionale.
- Informer le pédiatre de la prise médicamenteuse.

II.1.5 La pathologie infectieuse

➤ La syphilis

Il s'agit d'une maladie non immunisante, très contagieuse, à déclaration obligatoire. La contamination fœtale se fait par voie hématogène, après infection du placenta. La syphilis congénitale résulte d'un passage trans-placentaire du tréponème [43]. Elle reste une cause majeure de morbidité fœtale: perte fœtale, décès néonatal, infection néonatale sévère, séquelles déformatives et/ou neurologiques [44,45].

La syphilis est un problème majeur de santé publique dans les pays en voie de développement, avec un million de femmes enceintes infectées chaque année [46].

La prévalence de la séropositivité est de 0,3% en Europe, entre 3 et 17% dans les PVD [47]. Dans notre série on a détecté 11 cas soit une fréquence de 2% ce taux est inférieur à celui rapporté par BOURACHDI M [42] à Rabat en 2010 (3%) et celui du AIDAOUI M [41] en Algérie en 2008 (2,6%).

Donc concernant l'infection par la syphilis chez les femmes enceintes au Maroc, on peut dire à partir des résultats obtenus que ce nombre reste assez important et que le problème reste le diagnostic précoce de l'infection, qui permet de diminuer le risque de TMF.

➤ Le VIH

La prévalence de l'infection par le VIH chez les femmes enceintes est de l'ordre de 2 pour 1 000 en France. Grâce aux traitements antirétroviraux (ARV), la transmission mère-enfant est inférieure à 1% [48].

La séroprévalence du VIH chez les femmes enceintes au Maroc reste faible avec une quasi stabilité depuis l'année 2000, cependant les données au cours des dernières années, confirment la tendance à la concentration parmi les groupes les plus exposés au risque d'infection dans certaines régions du Maroc.

A partir de l'année 2007 on note une augmentation du nombre estimé de femmes enceintes ayant une infection par le VIH au Maroc (360 cas en 2007, en 2008 on avait 380 cas et 406 cas en 2009) [49].

Concernant notre série d'étude on a détecté 13 cas de VIH soit une fréquence de 2.33% qui est égale à celle enregistrée par BOURACHDI M à Rabat M [41]. Tandis qu'AIDAOUÏ M [42] en Algérie a trouvé un taux plus faible (0,53%).

D'après nos résultats, il semblerait que le nombre reste toujours assez important et que l'épidémie du VIH est réelle et pourrait même augmenter et subir une mutation.

Cela nous pousse à une vigilance accrue et surtout à développer dans un premier temps une politique de dépistage efficace dans le but d'une prise en charge plus optimale et rigoureuse.

Dans notre série l'âge moyen des femmes atteintes est de 31 ans donc la possibilité d'un deuxième accouchement est élevée, d'où l'importance de surveillance et de traitement des femmes enceintes étudiées.

L'avenir de la surveillance épidémiologique du VIH/sida dans notre pays est basé sur le dépistage volontaire et anonyme pour identifier la prévalence de l'infection et sur les études comportementales qui permettront de réadapter les stratégies de prévention.

Toutefois le risque de TMF reste très élevé en l'absence des mesures de pTMF. La couverture des femmes enceintes séropositives par la pTMF, quoique relativement faible a connu une augmentation notable passant de 12% en 2007 à 22% en 2009 soit pratiquement le double. [50]

➤ **L'Hépatite virale B**

Les hépatites B (VHB) et C (VHC) sont des enjeux majeurs de santé publique. La prise en charge de femmes enceintes porteuses du VHB ou du VHC est fréquente, elle doit prendre en compte le risque de transmission materno-foetale et le risque d'hépatopathie pour la mère.

Dans notre étude on a noté 10 cas d'hépatite virale B (1,79%), ce taux est inférieur à celui rapportée par AIDAOU M 2.47 [42] et nettement faible par rapport à celui de BOURACHDI M (11%) [41]. Cette disproportion des résultats est probablement due à la taille de l'échantillon et à la population étudiée car les 2 autres auteurs n'ont travaillé que sur les IST.

La détection et la prise en charge de la mère, de l'enfant et du reste de la famille en cas d'infection par le VHB est absolument indispensable. En effet, nous disposons de la vaccination, associée ou non à l'administration d'immunoglobulines anti-HBs, traitement capable de prévenir dans la plupart des cas la transmission néonatale du VHB au nouveau-né. Ceci est d'autant plus important que l'évolution d'une infection par le VHB contractée au cours de la période néonatale est particulièrement sévère, entraînant une infection chronique dans 90% des cas, et la possibilité de survenue de carcinome hépatocellulaire avant la dixième année.

Les études de sérovaccination menées dans les pays de forte endémie ont démontré qu'une politique de prévention bien conduite aboutissait en 10 ans à la disparition des cas de carcinome hépatocellulaire qui est la complication la plus grave du portage chronique du VHB. [51]

Pour la femme enceinte, l'infection virale B ne modifie en rien le déroulement de la grossesse, tandis que les enfants nés de mères porteuses du virus (AgHBs et anticorps anti-HBc+) ont un risque important de contamination. [51]

➤ **L'hépatite virale C**

La prévalence de l'infection virale C chez la femme est d'environ 1 % en France [52] comme chez l'homme.

On a trouvé dans notre série une prévalence plus faible 1 seul cas d'hépatite C soit 0,17% par rapport à celle rapportée par AIDAOU M [42] 0.63%, Tandis que BOURACHDI M [41] rapporte 0%

Pour la femme enceinte, cette infection ne modifie en rien le déroulement de la grossesse et de l'accouchement. Le risque de transmission du VHC de la mère à l'enfant n'existe que si la mère est virémique.

Un traitement avant une grossesse programmée doit être discuté, il annule le risque de transmission en cas de réponse prolongée et le sentiment de culpabilité de la mère en cas de contamination après échec du traitement. Le risque de transmission, en moyenne est autour de 5 %, varie de 4 à 7 % selon les études. Le principal facteur influençant le risque de transmission est le niveau de la charge virale chez la mère au moment de l'accouchement.

Le risque de transmission du VHC est également plus élevé en cas de coïnfection VIH atteignant 20 %, indépendamment de la transmission du VIH.

La transmission a lieu très probablement lors de l'accouchement (au moment du travail) ou dans les premiers jours de la vie.

La contamination virale C n'est pas responsable de malformation fœtale.

Le traitement antiviral (association interféron pégylé et ribavirine) contre-indique la grossesse jusqu'à quatre mois après arrêt du traitement chez la femme, et sept mois chez le père, du fait des risques tératogènes de la ribavirine VHC 1[52].

➤ Les condylomes

Les condylomes (ou verrues ano-génitales ou végétations vénériennes) sont des infections sexuellement transmissibles (IST) assez courantes. Ils sont dus aux papillomavirus humains (HPV) à faible risque oncogène. Les condylomes se manifestent sous la forme de petites verrues au niveau des organes génitaux. On considère que plus de 60 % des primo-infections surviennent dans les cinq années suivant le début de l'activité sexuelle.

La grossesse, dont la surveillance nécessite un suivi régulier auprès d'une sage-femme ou d'un obstétricien, constitue donc un moment propice au dépistage.

De nos jours, Au Maroc, la moyenne d'âge pour une première grossesse est de 28 ans, ce qui place une grande partie des femmes enceintes dans une tranche d'âge à risque élevé de condylomatoses et de dysplasie cervicale (HPV induite) puisque l'âge moyen d'apparition est de 30 ans [53]

Les condylomes représentent 3% (15 cas) dans notre échantillon, ce taux est plus élevé que celui rapporté dans une étude menée en France (0,5% de condylome et grossesse) [54]. Certains condylomes tels que les papuleux et les plans sont plus difficiles à diagnostiquer. S'ils ne donnent pas de signes cliniques et que la filière génitale n'est pas examinée avec soin, ils peuvent ne pas être constaté.

Certains types d'HPV sont associées (HPV 16 ou 18) au cancer du col de l'utérus, au cancer de la vulve, au cancer de l'anus et plus rarement au cancer du pénis. Des frottis du col utérin (test de Pap) permettent de détecter les éventuelles transformations précancéreuses.

Les condylomes nombreux peuvent parfois occasionner des problèmes lors d'un accouchement.

Très rarement, les enfants nés de mères porteuses de condylomes génitaux peuvent présenter des condylomes dans la gorge ou l'arbre respiratoire (papillomatose), nécessitant alors une prise en charge chirurgicale [55].

Le traitement, limité par la grossesse, constitue rarement une urgence. Le rôle du professionnel est d'agir sur les facteurs de risque et la sensibilisation des patientes [53].

Au total, le travail du sexe clandestin est fréquent dans notre contexte par nécessité économique. A cela, il faut ajouter l'ouverture de plusieurs boîtes de nuit dans les villes avec des travailleuses du sexe, essentiellement fréquentées par des hommes.

Par ailleurs, une migration des travailleurs qui effectuent en célibataire des séjours souvent prolongés. Le migrant est vulnérable, souvent jeune, se déplace sans son conjoint et a plus facilement des rapports sexuels extraconjugaux, notamment avec des prostituées.

La situation au Maroc a toujours fait l'objet d'une attention particulière en raison de sa position géostratégique et de ses flux migratoires importants permettant la propagation des IST. Cela peut être étayé par notre étude car les 4 étrangères retrouvées ont présentées toutes des IST (2 cas de VIH, 1 cas d'hépatite B, 1 association VIH et hépatite B). De ce fait, il est important de considérer la dynamique migratoire car l'émigration représente un risque non négligeable dans la transmission des IST.

Enfin, la très faible utilisation du préservatif peut expliquer d'abord la contamination du partenaire masculin lors d'un rapport sexuel extraconjugal, puis une contamination au sein du couple.

Une surveillance épidémiologique plus rigoureuse des IST dans notre pays s'avère donc nécessaire. En plus de la notification systématique par les laboratoires et les centres de référence, il faut organiser une séro-surveillance sentinelle des femmes enceintes la plus adaptée en raison de sa faisabilité (anonymat, moyens) et particulièrement dans des villes où les conditions de propagation sont présentes.

➤ **La tuberculose**

La tuberculose est un fléau de santé publique dans notre pays.

Elle n'apparaît ni plus commune ni plus sévère en cas de grossesse [85].

Dans notre étude on a trouvé une fréquence de 0,4% (2 cas : une tuberculose pulmonaire et une tuberculose ganglionnaire)

La grossesse ne constitue pas un état favorisant la survenue ou la progression d'une tuberculose.

Une tuberculose doit être recherchée chez la femme enceinte en cas de sujet atteint dans l'entourage, de séropositivité pour le VIH ou de symptômes suspects : fébricule prolongée, sueurs nocturnes, asthénie, anorexie, hémoptysie.

Les examens de première intention sont l'intradermoréaction (IDR) à la tuberculine et la radiographie pulmonaire, pratiquée avec protection par un tablier de plomb.

Une suspicion de tuberculose impose la recherche du BAAR bacilles acido-alcoolo-résistants (BAAR) dans les produits d'expectoration. Si ces prélèvements sont négatifs malgré un contexte clinique évocateur, on peut recourir au tubage gastrique ou à la fibroscopie bronchique avec aspiration des sécrétions.

La contamination fœtale par voie hématogène est possible, mais exceptionnelle. La transmission verticale de la maladie est surtout postnatale, lorsque la mère est bacillaire.

La tuberculose congénitale est exceptionnelle, mais grave avec une mortalité de 20 à 50%. En pratique, le risque est surtout celui d'une contamination postnatale en cas de tuberculose pulmonaire chez la mère ou dans l'entourage.

La tuberculose possède un traitement efficace et compatible avec la grossesse. Les antituberculeux utilisées sont donc similaires à ceux indiquées en l'absence de grossesse car ils n'ont aucun effet tératogène avec les posologies usuelles [86].

II.1.6 La pathologie hématologique

➤ L'anémie ferriprive

Les anémies carencielles, au cours de la grossesse, sont dominées par la carence en fer et à un degré moindre, par la carence en folate. Elles sont particulièrement fréquentes, dans les pays où sévit la malnutrition. Les conséquences de l'anémie sont, à la fois, maternelles et fœtales, pouvant même engager leur pronostic vital.

Le dépistage précoce de l'anémie et idéalement, avant la conception. Il permet un traitement précoce de l'anémie, à moindre coût.

La disponibilité de formes injectables de fer permet une correction rapide de l'anémie, surtout à des phases avancées de la grossesse. La substitution prophylactique systématique est controversée. La transfusion sanguine doit rester un traitement d'exception.

L'anémie peut être due : aux grossesses rapprochées, à la malnutrition, aux parasitoses (paludisme), drépanocytose..., tous ces facteurs ajoutés à l'anémie physiologique de la grossesse aggravent la situation de la femme enceinte.

Selon l'OMS une femme enceinte sur deux, et une femme non enceinte sur trois souffrent d'anémie nutritionnelle.

Différentes études effectuées au Mali et à Bamako ont montré que 30 à 65% des femmes enceintes étaient anémiques [56,57]

Dans notre étude l'anémie représente 3%, nettement plus faible que les taux trouvés dans des études menées en Afrique : MAMADOU T [32] a rapporté un taux de 79,17% (hémoglobine inférieure à 12g/dl) et dont 22,92% ont présenté une anémie sévère (taux d'hémoglobine inférieure à 07), COULIBALY B [6] BERTHE S [7] et SANOGO O [4] ont rapporté respectivement 06,53%, 31,96% et 42%.

Quant à DEMBELE.H [58] à Bougoula, elle rapportait un taux de 42,2% et précisait que les adolescentes (10-20) étaient les plus atteintes.

Cela est confirmé par DIALLO.M.S [59] en Guinée Conakry qui signalait un taux de prévalence de 10,67% parmi lesquelles 76,08% étaient des adolescentes.

A Yaoundé et au Zaïre les auteurs cités par DIALLO.M.S [59] ont rapporté les taux respectifs de 16,03% et 41,90%.

➤ **La thrombopénie**

La thrombopénie est définie comme étant un taux de plaquettes sanguines inférieur à 150 Giga/L. Une thrombopénie est dite sévère si la numération plaquettaire est inférieure à 50 Giga/L. Elle concerne environ 10 % des grossesses ce taux est plus élevé que celui de notre étude qui est de 1.07 % (6 cas).

- Lorsque la thrombopénie est modérée (supérieure à 100 G/L), aucune enquête diagnostique n'est utile, mais une surveillance rapprochée du chiffre de plaquettes est nécessaire [60].

- Lorsque la thrombopénie est plus marquée, il peut s'agir :

- Soit d'une thrombopénie gestationnelle sans réel caractère pathologique, qui est en règle modérée (70 à 150 Giga/L), isolée et asymptomatique. Elle apparaît en général dans la seconde partie de la grossesse (une numération plaquettaire supérieure à 150 Giga/L avant 20 SA est en faveur d'une thrombopénie gestationnelle). Elle disparaît spontanément en post-partum.
- Soit d'un Purpura thrombopénique immunologique (PTI) : C'est une thrombopénie qui peut préexister à la grossesse, mais qui peut aussi être découverte au cours de celle-ci. Il est considéré comme sévère si la numération plaquettaire est inférieure à 50 Giga/L. [60]

- Il peut s'agir aussi de complications plus graves en rapport avec une microangiopathie ou une pré-éclampsie dont la thrombopénie n'est qu'un des éléments du tableau

➤ **La drépanocytose**

La drépanocytose est une maladie génétique autosomique récessive. Liée à la présence à forte concentration dans le globule rouge d'une hémoglobine anormale, l'hémoglobine S (Hb S).

La maladie se manifeste par une anémie (se traduisant par une fatigabilité, des vertiges, des essoufflements...), une sensibilité aux infections et des crises douloureuses causées par une mauvaise circulation sanguine et par le manque d'oxygénation des tissus (surtout les os).

Les manifestations sont très variables d'une personne à l'autre et pour une même personne d'un moment à l'autre.

C'est une pathologie grave qui se caractérise par une morbidité et une mortalité élevées [61, 62, 63, 64,65]

La grossesse chez la femme drépanocytaire représente une situation à risque tant pour la mère que pour le fœtus [66, 67, 68,69].

En effet, la grossesse aggrave la maladie drépanocytaire de la mère dans ses trois versants (anémique, douloureux et infectieux), et la drépanocytose influence le déroulement et l'issue de la grossesse [67]. Le décès maternel est possible toujours [64].

Chez le fœtus, la morbidité et la mortalité sont également élevées : les complications décrites sont les fausses couches spontanées (FCS), le retard de croissance intra utérin (RCIU), l'hypotrophie, la prématurité et la mort fœtale in utero (MFIU) ou le décès néonatal [70].

L'hypoxie causée par l'anémie chronique de la mère et par la survenue d'évènements vaso-occlusifs, en particulier au niveau du placenta et les infections, sont vraisemblablement les deux principales causes de morbidité fœtale [67].

Notre étude trouve 3 femmes drépanocytaires soit une fréquence de 0,5%.

Nous n'avons observé aucune complication materno-fœtale, cela est peut-être dû à la taille de notre échantillon qui est trop petite. Une étude menée en Guadeloupe à propos de 68 observations a rapporté les complications suivantes : 6% de mortalité fœtale, 21% de naissances prématurées (plus élevé que celui de la population générale de la Guadeloupe (10,6 %) et de la France métropolitaine (4,5 %) [71,72].

Le taux de césariennes est élevé (48 %) mais les indications sont avant tout d'ordre obstétrical (19/30 soit 63%) [71,72].

II.1.7 La pathologie tumorale

On a enregistré dans notre échantillon enregistré 3 cas de tumeurs malignes (0,5%) dont 2 cas sont des cancers du sein (0,35%) et un seul cas de cancer du rectum et 11 cas de tumeurs bénignes et kystiques soit (2%)

➤ Le cancer du sein

L'association « cancer du sein et grossesse » reste rare, mais devrait se rencontrer plus fréquemment puisque l'incidence du cancer du sein augmente et que les femmes enceintes sont plus âgées. Le cancer du sein est le cancer le plus fréquent chez la femme enceinte.

En 2005 en France 5 % des patientes atteintes de cancer du sein avaient moins de 40 ans et 1,8 % moins de 35 ans [73] On recense un cancer du sein pour 2000 à 3000 grossesses [74].

Dans notre série d'étude on a enregistré 2 cas de cancer du sein, ce chiffre semble concordant aux données de la littérature qui estiment qu'un taux entre 0,2 et 3,8 % des cancers du sein coïncident avec une grossesse ou une période d'allaitement [75, 76,77] On peut dire donc que notre taux rejoint celui de la littérature

En France, annuellement 350 à 750 femmes présentent un cancer du sein pendant leur grossesse. Dans le registre européen l'âge moyen des femmes au moment du diagnostic se situe autour de 33 ans (24–43 ans) [78].

L'âge de nos parturientes était de 20 et 33 ans

Le diagnostic est souvent retardé en raison des modifications physiologiques de la grossesse. Trop souvent les nodules ou densités chez la femme enceinte sont considérés comme des modifications bénignes. Ce retard expliquerait le moins bon pronostic en termes de survie des cancers du sein diagnostiqués pendant une grossesse à un stade plus avancé.

Les méthodes diagnostiques habituelles doivent être mises en œuvre pendant la grossesse : L'échographie et la mammographie avec protection abdominale plombée sont toutes deux nécessaires et complémentaires.

La découverte d'un cancer du sein chez une femme enceinte implique la recherche d'une mutation constitutionnelle délétère. Les caractéristiques histologiques et immuno- phénotypiques sont fréquemment défavorables.

L'interruption de la grossesse est sans bénéfice pour la mère et ne sera discutée que si la grossesse risque de retarder une thérapeutique indispensable mais à risque important pour le fœtus.

Le traitement doit se rapprocher le plus possible de celui proposé en dehors d'une grossesse. Il sera influencé par le besoin de prodiguer les meilleurs soins à la mère tout en minimisant les risques pour le fœtus [78]. Si la chimiothérapie peut être prescrite dès le deuxième trimestre, la radiothérapie et l'hormonothérapie attendront l'accouchement. La grossesse laisse le choix du type de chirurgie. [78]

II.1.8 La pathologie auto-immune

➤ Le lupus

Le lupus érythémateux systémique est une maladie auto-immune, multifactorielle avec un déterminisme individuel fort. C'est une affection où le statut hormonal intervient de façon très notable, elle touche de façon prépondérante la jeune femme en activité génitale.

La fertilité des femmes lupiques stabilisée est comparable à celle de la population générale, par conséquent, la fréquence de l'association grossesse et maladie lupique est non négligeable. Il y a longtemps, on recommandait aux femmes souffrant du lupus d'éviter une grossesse en raison de la morbidité et la mortalité maternelles et fœtales importantes qui en découlaient. Aujourd'hui, une grossesse peut être envisagée à condition qu'elle soit considérée comme une «grossesse à risque».

Le suivi multidisciplinaire permet de définir le risque individuel qui dépend de multiples aspects : antécédents obstétricaux, présence d'un syndrome d'anticorps anti phospholipides, activité de la maladie lupique, présence et gravité d'une atteinte rénale.

❖ L'incidence

Varie selon les pays (de 0,2 à 10). Les études épidémiologiques les plus récentes font état d'une augmentation de l'incidence de près de quatre fois entre 1950 et 1992. Aux Etats-Unis, elle est passée de 1,51 à 5,56 pour 100 000 habitants durant cette période [79]

La maladie est deux à cinq fois plus fréquente chez les sujets noirs vivants aux Etats-Unis ou dans les Caraïbes que chez les sujets blancs. Elle est également trois fois plus fréquente chez les sujets originaires d'Extrême-Orient que chez les Européens [79].

❖ **Influence du sexe :**

Toutes les études s'accordent pour souligner la prédominance féminine (66 à 96%), soit en moyenne 8 à 9 femmes pour 1 à 2 hommes. Cette prédominance est marquée notamment en période d'activité ovarienne. Dans les tranches d'âge extrême, l'incidence masculine augmente significativement dans certaines séries avec tendance à l'égalisation pour les tranches d'âge élevées [79].

Les modifications physiologiques, hormonales et immunologiques au cours d'une grossesse normale sont complexes et encore plus au cours de la grossesse lupique.

❖ **Grossesse lupique et risque maternel**

- **Poussées lupiques au cours de la grossesse:**

L'impact de la grossesse sur l'activité du lupus est controversé dans la littérature, mais la majorité des études démontre l'augmentation de l'activité de la maladie pendant la grossesse [80]. Les poussées lupiques surviennent classiquement au cours des deuxièmes et troisièmes trimestres mais également une fois sur cinq dans les trois premiers mois du post-partum. La fréquence des poussées est directement liée à l'état d'activité du lupus maternel en début de grossesse. Le risque d'une poussée lupique augmente significativement si le lupus est actif cliniquement et biologiquement dans les 6 mois qui précèdent la grossesse [81]. L'activité de la maladie est difficile à évaluer au cours de la grossesse.

- **La néphropathie lupique :**

Il est actuellement admis que la grossesse n'a pas d'effets rénaux notables lorsque la créatinémie au début de la grossesse est inférieure à 110 μ mol/l. De

même, lorsque la patiente est en rémission et sous couvert de l'adaptation du traitement corticoïdes et éventuellement immunosuppresseur, la grossesse n'altère pas la fonction rénale. Le pronostic est beaucoup plus réservé s'il existe une insuffisance rénale significative. Une clairance de créatinine < 50ml/min expose la femme à un risque de décompensation rénale pendant la grossesse [82, 83,84].

- **Pré-éclampsie**

Il peut être difficile de différencier pré-éclampsie et poussée lupique, ces situations pouvant d'ailleurs coexister.

- **Complications liées aux effets secondaires des différents traitements utilisés**

- ❖ **Grossesse lupique et risque fœtal :**

- **Pertes fœtales :**

Le taux de pertes fœtales au cours du lupus est supérieur à celui de la population non lupique. Plusieurs mécanismes sont évoqués : ischémie placentaire liées au SAPL, cardiomyopathie fœtale associée à la présence d'un anticorps anti Ro chez la mère, ainsi que d'autres mécanismes immunologiques non totalement élucidés [81].

- **Morbidité fœtale et néonatale**

Influencée essentiellement par trois facteurs : La prématurité, les effets secondaires de la corticothérapie et la présence d'anticorps anti-Ro maternels [84].

Concernant notre série on a constaté 3 grossesses lupiques soit une fréquence de 0,5% dont une a été compliquée d'une prématurité, une autre d'un dépassement de terme et chez la 3^{ème} l'indication de césarienne a été posée pour sa maladie.

II.2 L'étude des paramètres obstétricaux

II-2-1 L'état de l'utérus

Actuellement, près de 10 % des femmes venant accoucher sont porteuses d'un utérus cicatriciel. L'étiologie principale de cette cicatrice utérine, dans les pays industrialisés, est l'antécédent de césarienne.

En cours de grossesse, les complications restent exceptionnelles et sont représentées par les anomalies de l'implantation placentaire (placenta prævia, accreta, percreta), la grossesse sur cicatrice et la rupture utérine.

Pour l'accouchement, dans le cadre général de la grossesse unique, avec fœtus en présentation céphalique et de poids dans les normes, le choix doit s'orienter vers l'épreuve utérine, qui permet de réduire la morbidité maternelle, sans augmenter les risques fœtaux. Son taux de réussite atteint 75 % à 80 %, avec un risque de rupture utérine inférieur à 1%. [135]

Dans notre série, on a noté que 8% avaient un utérus cicatriciel, 1.1% un utérus doublement cicatriciel tandis qu'un seul cas avait un utérus triplement cicatriciel.

91% de nos parturientes avaient un utérus non cicatriciel

II-2-2 L'état de la poche des eaux

Dans environ 3 % des grossesses, la « poche des eaux » se rompt avant 37 semaines d'aménorrhée [136]. La rupture prématurée des membranes n'est pas nécessairement accompagnée de contractions, mais demeure responsable de 30 % des accouchements prématurés. Les complications associées à la rupture prématurée des membranes sont:

- Une chorioamnionite causant un travail prématuré et un accouchement préterme.
- Une chorioamnionite causant de la souffrance fœtale et la mort périnatale.
- Un accident de cordon secondaire à l'oligohydramnios sévère ou à une procidence du cordon.
- Un décollement du placenta causant un accouchement prématuré.
- Une hypertension pulmonaire et une hypoplasie pulmonaire causant des difficultés respiratoires sévères chez le nouveau-né prématuré si la rupture des membranes se produit durant le 2^{ème} trimestre de la grossesse [136].

Dans notre étude on a noté 7,9% de RPM qui est supérieure à la valeur trouvé dans la littérature

II-2-3 L'état du liquide amniotique

Le méconium est la première selle du nouveau-né, il est normalement émis dans les 24 à 48 premières heures de vie.

La présence de méconium dans le liquide amniotique pendant le travail est la conséquence du passage du contenu de l'ampoule rectale fœtale dans le liquide amniotique [137]. La couleur du liquide amniotique est appréciée lors de la rupture spontanée ou artificielle des membranes, mais celle-ci peut se modifier au cours du travail. Le liquide est dit « teinté » lorsqu'il est jaunâtre ou vert-clair sans particule et « méconial » lorsqu'il est brun-vert, chargé de particules de méconium [138].

On a noté que 96 % de nos parturientes avaient un liquide amniotique clair alors que 4% avaient un liquide teinté

Le diagnostic de liquide amniotique méconial est retrouvé avec une fréquence variable dans la littérature, de 7,8% [139] à 21,5% [140] des naissances. Il est rare avant 32 semaines d'aménorrhée (SA) et plus fréquent après 41SA, son incidence pouvant atteindre jusqu'à 50 % après 42SA [141]. Il reste cependant souvent ignoré au cours du travail, dans plus de la moitié des cas, jusqu'au dégagement de la tête [142]. Le risque établi, d'une naissance compliquée d'un liquide amniotique méconial, est la survenue d'un syndrome d'inhalation méconiale. Celui-ci est d'environ 5 % [143]. Concernant le risque de survenue d'une hypoxie fœtale, lorsque le liquide est méconial, les résultats sont alors plus divergents

II-2-4 Le type de bassin

Dans notre échantillon on a trouvé 0.36% de bassin limite tandis qu'il représente 14,55% dans l'étude de MAMADOU T, 30,70% pour COULIBALY B [6], 41,73% pour KANE B et 37,6% pour TEGUETE I [87]. Ces différences de fréquence peuvent s'expliquer par le fait que l'étude de TEGUETE n'a porté

que sur les césariennes et celles de KANE B a été menée dans une zone purement rurale où la plupart des femmes étaient dénutries.

Les dystocies mécaniques dans la plupart des cas sont causes de souffrance fœtale aigue et à l'extrême des ruptures utérines si elles demeurent méconnues.

II-2-5 La présentation du fœtus

➤ Les présentations dystociques:

Les anomalies de la présentation ont représenté 3,03% dans notre série. Ce taux est inférieur à ceux rapportés par MAMADOU T [5] (04,50%), COULIBALY B [6] en 2004 (09,88%) et TEGUETE I [87] (21,8 %).

Cette différence avec le taux de TEGUETE I [87] peut s'expliquer par le fait que son étude n'a porté que sur les césariennes, il n'est donc pas surprenant d'avoir un tel taux de présentations dystociques, celles-ci étant l'une des indications de la césarienne.

➤ La Présentation du siège:

Le principal risque de la présentation est la rétention de la tête dernière.

Les auteurs français tels que BOISSELIER et COLL [88] trouvent une fréquence de 14,2%.

MBIYE.KAMUNA et COLL [89], DIALLO .C.H [15] et MAMADOU T [5] ont trouvé respectivement des fréquences 02,13%, 01,9%, 10,41%, 03,6%

Notre fréquence était 2.49%, inférieure à celle des français, de MAMADOU T [5] et de KANTE F [2] mais supérieur à celles de MBIYE.KAMUNA et DIALLO.C.H [89]

On a noté seulement 3 cas de présentations transverses soit 0.53%

III- LES MODALITES D'ACCOUCHEMENT

III-1- L'étude des différents soins obstétricaux prodigués

- Administration des antibiotiques par voies parentérale dans 7.90%.
- Administration des utéro-toniques par voies parentérale dans 58 .45%.

Dans notre série la voie basse a été adoptée chez 66.20 % dont 25% par épisiotomie et 8.10 % par ventouse.33.80 % ont subi une césarienne.

MAMADOU [5] T a rapporté un taux 73,64% d'accouchement par voies basse dont 13,64% à la ventouse puis la césarienne avec 12,73%.

KANTE F [2] a trouvé à HNPG 52,42% d'accouchement normal, 36,38% de césarienne.

Dans notre série, les accouchements eutociques ont représenté 96%, les dystocies mécaniques 4% et les dystocies dynamiques 0,003%.

Quant à BERTHE S [7], il a trouvé 55,60% d'accouchement normal 43,97% d'accouchement dystocique dont 06 cas de forceps, 01 cas de décès maternel, si dans la littérature les accouchements eutociques représentent 95% des accouchements en général, dans notre étude ils représentent Seulement 70,91%.TEGUETE I [87] a trouvé une fréquence de 24,04% de césarienne.

On a aussi noté dans notre étude que la révision utérine a été effectuée chez 5.20% des parturientes chez qui la délivrance était naturelle.

- Une ligature section des trompes a été réalisée chez 2 femmes.
- Parmi les 188 césariennes pratiquées :

- 37 césariennes soit 31,3% étaient pour association d'indications obstétricales et d'indications liées à la pathologie maternelle.
- 58 soit 31,9% étaient réalisé pour une indication purement obstétricale
- 30 soit 16,5% ; l'indication était liée à la pathologie maternelle
- L'Indication est non renseignée dans 31,3%

IV- LES COMPLICATIONS MATERNO-FŒETALES

IV-1 Les complications maternelles

IV-1-1 La mortalité maternelle

Une mort maternelle peut survenir durant une période bien définie en théorie, qui s'étend de la conception jusqu'à 1 an après la fin de la grossesse.

La mortalité maternelle directe a baissé significativement depuis 10 ans, ce qui témoigne d'une amélioration des soins obstétricaux. Cependant des inégalités territoriales et sociales persistent, et la majorité des décès restent évitables, ce qui montre que l'identification des opportunités d'amélioration doit se poursuivre.

Nous n'avons enregistré aucun cas de décès maternel dans notre série ce qui témoigne d'une amélioration des soins obstétricaux dans notre contexte.

VI-1-2 La morbidité maternelle

Nous avons constaté que les complications maternelles étaient assez fréquentes, surtout les complications hypertensives.

➤ L'hypertension artérielle gravidique

HTAG isolée ou pure : est une élévation de la PA survenant après 22 SA sans protéinurie significative ($< 0.30\text{g}/24\text{h}$) et disparaissant à distance de l'accouchement. Une HTAG isolée peut évoluer secondairement vers une pré-éclampsie. Son incidence est de 5 à 10% des grossesses. [90]

Dans notre étude nous avons noté 34 cas d'HTAG soit (6,10%).

Le mode d'accouchement était essentiellement la césarienne.

Les pathologies qui se sont compliquées le plus d'HTAG sont : le diabète en premier, la cardiopathie et l'asthme.

➤ **La pré-éclampsie**

La survenue d'une protéinurie sup à 300 mg/24 h. survenant après la 20^{ème} SA, chez une femme ayant une HTA chronique ou HTA gravidique, définit l'HTA avec pré-éclampsie surajoutée

Le dépistage de pré-éclampsie se fait sur la bandelette urinaire, s'il y a plus d'une croix, un dosage de la protéinurie doit être demandé

C'est une affection gravidique sévère avec une mortalité et une morbidité fœtale persistante et également des accidents maternels à type d'hématome rétro placentaire, HELLP syndrome et éclampsie. Le pronostic vital maternel est engagé en l'absence de traitement qui, une fois la maladie installée, est fondé sur l'arrêt de la grossesse et la délivrance du placenta [90].

Dans notre étude nous avons noté 32 cas de PE soit une fréquence de 5,6% dont 6 cas ont été compliqué d'une MFIU (18,75%).

➤ **La crise d'éclampsie**

L'éclampsie représente une des complications les plus graves de la pré-éclampsie. Sa survenue au cours d'une grossesse est une situation obstétricale grave et continue à représenter un problème de santé publique, d'ampleur mondiale. C'est un accident gravido-puerpéral paroxystique à expression neurologique des toxémies gravidiques méconnues ou maltraitées.

Elle se définit par la survenue d'une ou plusieurs crises convulsives généralisées et/ou de troubles de la conscience ne pouvant être rapportés à un problème neurologique préexistant [153]. 10 à 15% des grossesses sont compliquées par une hypertension, environ 5 % se compliquent d'une pré-éclampsie sévère et 1 à 2 % évoluent vers une éclampsie. Son incidence est

variable selon les pays, nettement plus élevée dans les pays en voie de développement où elle atteint 5 à 10%, voire 15% dans certaines zones [154]. Dans les pays développés, grâce à une meilleure organisation de la surveillance prénatale, son incidence connaît une baisse progressive et se situe actuellement entre 0,2 et 0,5 pour 1000 accouchements [155].

Selon l'OMS, l'éclampsie est à l'origine de 12% de décès maternels survenant chaque année dans le monde.

Dans notre série, un seul cas de crise d'éclampsies a été noté soit une fréquence de 0,17%, ce taux est proche de celui enregistré au Sénégal en 2013 qui a relevé un taux de 0,5%. [91]. Plus généralement, il oscille entre 0,2% et 2% dans d'autres études africaines [92,93].

En Occident, ces taux sont moindres et souvent inférieurs à 0,2% [94]. Ces prévalences Africaines élevées peuvent s'expliquer par le fait qu'il s'agit d'études conduites dans des centres de référence qui reçoivent tous les cas de grossesses compliquées. La mortalité liée à l'éclampsie est très élevée dans les études Africaines [95], variant de 2 à 10 %. Un taux de 21 % de décès maternels était noté dans une étude menée au Sénégal [91].

➤ **Le diabète gestationnel**

Trouble de l'équilibre glycémique survenant ou diagnostiqué pour la première fois pendant la grossesse, le plus souvent au début du troisième trimestre.

Le DG est responsable de complications fœto-maternelles qui sont corrélés à la sévérité de l'hyperglycémie, on parle surtout de :

- Macrosomie qui augmente les traumatismes obstétricaux (plexus brachial, lésions de la filière pelvi-génitale) et le risque d'hémorragie du postpartum.
- Prématurité liée un poly-hydramnios
- Néonatales: hypoglycémie, hyper-bilirubinémie, hypocalcémie, polycythémie, détresse respiratoire (immaturité pulmonaire par retard de synthèse du surfactant) et cardiomyopathie.
- Long terme : perturbations métaboliques (intolérance glucidique, obésité), HTA. [96]
- Maternelles : HTA gravidique, pré éclampsie

Il existe une grande fluctuation de prévalence dans le monde, allant de 1 à 14% selon les études. Ces fluctuations sont surtout expliquées par la diversité des stratégies et des méthodes de dépistage utilisées [97].

En effet, la prévalence du DG varie de 2 à 7% en France et de 1,6% à 7,3% aux USA. En Australie, Yue et al observent une prévalence de 7% mais des différences importantes selon l'ethnie: 3% en cas d'origine caucasienne, 7% en cas d'origine arabe, 10% en cas d'origine vietnamienne, 15% en cas d'origine chinoise et 17% en cas d'origine indienne. En Suisse, la fréquence du diabète gestationnel est de 10,2%. Elle est de 1,2% en Suède et 2% au Danemark [98,99].

Dans notre étude, la prévalence du diabète gestationnel est de 0,15%. Ce chiffre est inférieur aux données de la littérature.

➤ **L'hématome retro-placentaire**

L'hématome rétro-placentaire est décrit comme le décollement prématuré du placenta normalement inséré (DPPNI), avec la formation d'un hématome dans la zone de clivage entre le placenta et l'utérus [157].

Ce syndrome compromet gravement les échanges materno-fœtal et par conséquent le pronostic fœtal. L'hématome rétroplacentaire est une complication très grave de la grossesse, mettant en jeu la vie de la mère et du fœtus. Lors d'un hématome rétroplacentaire, le décollement prématuré du placenta auparavant bien inséré entraîne de façon plus ou moins brutale une souffrance fœtale aiguë ou chronique (par diminution de l'apport d'oxygène) et un risque de décès maternel (par choc hypovolémique consécutif à la perte sanguine, ou par coagulation intra-vasculaire disséminée, qui se produit en réponse à la libération de certaines substances coagulantes lors du décollement du placenta : les thromboplastines).

De point de vue diagnostique : ce syndrome pose des problèmes tant sur le plan clinique que thérapeutique, car il peut revêtir différents aspects cliniques allant de la forme complète évidente jusqu'aux formes mineures.

De multiples facteurs de risques sont intriqués, mais la pathologie vasculaire maternelle semble constituer le principal facteur étiologique des décollements placentaires.

Les différentes études évaluant l'incidence de survenue d'un HRP retrouvant un taux variant de 0.22% à 2.44% des accouchements de la population générale, ce qui traduit probablement des disparités dans le mode du diagnostic de la pathologie. (Voir tableau 5)

Tableau 5 : Fréquence de l'HRP observée dans les différentes études.

Auteur	Pays	Année	Fréquence(%)
LAVEAU GRAND [156]	France	1994	0.22
OYELESE [157]	USA	2006	1
DIALLO et NDIAYE [158]	Sénégal	1997	2.44
THIEBA [159]	Burkina-Faso	2003	1
ATEF [160]	Tunisie	2005	0.50
Alaoui [161]	Maroc (CHU Rabat)	2006	0.43
ZRIHNI [162]	Maroc (CHU Fès)	2008	0.54
KILANI K [163]	Maroc (CHU Marrakech)	2010	0.39
Notre série	Maroc (CHU Rabat)	2016	0.53

Dans notre étude, on a noté 3 cas d'HRP qui se sont survenu dans un contexte de pré-éclampsie.

Il est en fait très difficile de disposer d'une évaluation précise de la fréquence d'HRP car l'appréciation des auteurs varie selon le mode de diagnostic (tableau complet incluant l'anatomopathologie ou simples critères macroscopiques ou microscopiques, voir même diagnostic purement clinique pour certains). [100]

➤ **L'hémorragie de la délivrance**

L'hémorragie de la délivrance est définie par des pertes sanguines supérieures à 500 ml survenant dans les 24h qui suivent l'accouchement [101], elle est dite grave lorsque la spoliation sanguine est supérieure à 1000ml [102].

Cette complication obstétricale grave représente un problème de santé publique préoccupant les obstétriciens et les anesthésistes réanimateurs puisqu'elle représente la première cause de mortalité maternelle.

L'hémorragie grave de la délivrance reste la première cause de mortalité maternelle dans le monde. La moitié des morts surviennent dans les 24h qui suivent l'accouchement, essentiellement par un saignement excessif [103]

En France, elle représente 30 % de décès maternels directes par cause obstétricale. Dans 80% des cas, le décès est jugé évitable et peut être rapporté à un retard diagnostique, à une sous-estimation de la gravité de l'hémorragie ou à une inadéquation de la prise en charge médicochirurgicale [103]

Au Maroc l'OMS estime à 227/100000 naissances le nombre de décès maternel annuel [104] le taux de mortalité dans une étude menée à Marrakech 2011 par SANBI W était de 8,3%.

Dans notre série une seule femme primipare âgée de 38 ans a présenté une HDD soit 0.17% sans morbi-mortalité décrite.

Dans une étude rétrospective étendue sur 9 ans menée par CHAULEUR [105], le taux de l'hémorragie grave de la délivrance a été estimé à 2,5% DUCARME a rapporté dans son étude portant sur 16 patientes qui ont présenté une hémorragie sévère du postpartum un taux de 0,47%.

Sa responsabilité dans la morbidité maternelle est lourde représentée essentiellement par la survenue de complications : coagulation intravasculaire disséminée, insuffisance rénale et état de choc hypovolémique [106]

Plusieurs facteurs de risques ont été rapportés selon la littérature. Cependant, sa survenue est dans la plupart du temps imprévisible [107,108].

La prise en charge de l'hémorragie grave de la délivrance a bénéficié de grands progrès thérapeutiques: l'amélioration des moyens de réanimation, l'utilisation des prostaglandines injectables et la pratique de l'embolisation artérielle [109]. La prévention reste le seul garant afin de diminuer le taux de la mortalité maternelle et ceci par la prise en compte des facteurs de risque, le respect et la surveillance de la physiologie de la délivrance, le bilan étiologique et la surveillance de la patiente en post-partum ce qui est difficile sur le plan pratique.

IV.2- Les complications fœtales et néonatales

II-2-1 La mortalité périnatale

Dix-sept grossesses ont abouti à un décès (20%) : 11 morts fœtales in utero (12,9%) et six décès néonataux (7,1%).

➤ La mort fœtal in-utero (MFIU)

Les MFIU sont définies par l'OMS comme le décès d'un fœtus in-utero au-delà de 22 SA ou pesant plus de 500g. Depuis les recommandations de 2014, le Collège National des Gynécologues Obstétriciens Français (CNGOF) a adopté une définition plus large en incluant tous les décès in utero au-delà de 14 SA [110].

L'incidence de MIU est estimée à 1,5% dans le monde et il est d'environ 4 à 10% dans les pays développés, mais elle peut (15 à 50%) dans les pays les moins favorisés.

Plusieurs études ont été faites dans ce sens : Une étude comparative faite en 1998 sur des femmes africaines, maghrébines et françaises, qui ont accouché au CHU de Toulouse(France) sur une période de 7 ans, a démontré que les morts fœtales in utero représentaient respectivement 12,1 ; 13,2 et 8,9% naissances

Les étiologies sont multiples et variées. La perte fœtale a une explication au moment de sa survenue dans 37% des cas ; elle l'est après l'enquête étiologique dans 17% des cas et reste inexpliquée dans 36% de cas. A part les causes multiples, il existe des facteurs de risque de survenue de la MFIU.

Nous avons enregistré 21 MFIU parmi 562 naissances, soit 3,73 %, dont 4 cas sont des morts nés macérés. Cette valeur reste inférieure à celles de la littérature

➤ **Mortalité néonatale**

On a constaté 3 décès néonataux dans un contexte de souffrance néonatale sévère, soit 0,53%.

II-2-2 La morbidité fœtale :

➤ **La prématurité**

L'accouchement prématuré est la cause de mortalité périnatale 65%

. Les facteurs de haut risque d'accouchement prématuré sont (liste non exhaustive) : un antécédent de fausse couche tardive ou d'accouchement

prématuré avant 34 SA, les grossesses multiples, une anomalie müllerienne (par exemple : une malformation utérine, une exposition in utero au Distilbène®).

La fréquence des accouchements prématurés varie d'un auteur à un autre

ALI HONOU [111] (06,5%), JOHNSON [112] 05%, MERGER R [113] (08%), COULIBALY B [6] (09,58%), MAMADOU T [5] (11,82%), KANTE F [2] (12,22%), BERTHE S [7] (13,2%).

Dans notre échantillon on a trouvé 70 prématurés soit (12.45%) qui est égal au taux de KATE F [2]. Notre taux peut s'expliquer par la grande fréquence de RPM (24, 28%) et la toxémie gravidique 11 cas HTAG et PE sur 70 cas de prématurés soit (15,71%), tous ces facteurs sont des FDR d'accouchement prématuré. Tandis que MAMADOU T [5] a expliqué son taux par la grande fréquence d'infections urinaires 39,1% du paludisme 30%, des MAP 14,54% de la toxémie gravidique 10%.

Nous pouvons améliorer la prévention des accouchements prématurés en favorisant le repos, et le bien-être psychologique de ces patientes, par un arrêt de travail précoce.

➤ **Le dépassement de terme (DT)**

Dans notre série on a enregistré 49 soit 7,15% cette valeur se rapproche de celle trouvée lors d'une étude menée à Casa Blanca 6,8 % en 2004 tandis qu'en 2005 une valeur plus faible (5,46 %) a été enregistré à casa [114].

Le DT constitue une situation progressivement angoissante pour la future mère pressée d'accoucher, mais aussi pour l'obstétricien averti d'un risque accru de mortalité fœtale dans une telle situation. La grossesse prolongée est une grossesse qui dure plus de 42 semaines d'aménorrhée (SA) révolues soit 294

jours, selon les définitions de la Fédération Internationale de Gynécologie et Obstétrique (FIGO) et OMS [115,116] Cette définition purement chronologique de la grossesse prolongée est associée à une augmentation de la morbidité et de la mortalité périnatale. Si la définition de la grossesse prolongée est facile à établir en théorie, il en va autrement en pratique car il est souvent difficile de poser le diagnostic de grossesse prolongée.

Une prise en charge adéquate doit être instaurée à chaque fois que la suspicion de grossesse prolongée est posée puisque les risques encourus sont l'insuffisance placentaire, la souffrance fœtale aiguë au cours du travail, la macrosomie, les accouchements dystociques, la post maturité et la mortalité néonatale.

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

➤ **L'hypotrophie**

Toute naissance avec un poids (et/ou une taille, et/ou un PC) significativement inférieur(s) à la normale pour l'âge gestationnel.

Il existe 2 types :

L'hypotrophie Harmonieuse (proportionnelle) : tous les paramètres sont altérés < 10e percentile, souvent dû à une réduction du transfert materno-fœtal d'oxygène ou substrats nutritionnels.

L'hypotrophie dysharmonieuse (non proportionnelle): périmètre crânien relativement conservé [117].

La fréquence des hypotrophes est de 3 % des enfants nés à terme dans les pays occidentaux, 8 à 10% dans les pays en voie de développement. [117]

Dans notre population exploitée, l'hypotrophie était présent chez 31 nouveau-nés sur 433 à terme soit un taux de 7,15% ce chiffre semble concordant aux données de la littérature

-L'hypotrophie est plus fréquente en cas de prématurité, pouvant atteindre un taux de 25 % chez les enfants nés avant 32 semaines.

➤ **La macrosomie**

La macrosomie se définit par une valeur du poids de naissance dont le seuil varie selon les auteurs entre 4000 et 4500g, cette définition ne prend pas en considération l'excès de croissance fœtale en fonction du terme. En revanche le terme de macrosome correspond à un poids de naissance supérieur ou égal au 90e percentile ou supérieur à 2 déviation standard (+2DS) pour l'âge gestationnel selon les auteurs, cette notion plus précise prend en considération le terme de naissance et permet d'identifier les nouveau-nés prématurés avec excès de croissance fœtale [118].

L'augmentation du diamètre bi-acromial expose à l'accouchement au risque de dystocie des épaules, elle-même associée à un risque accru de :

-complications maternelles: déchirures périnéales et HDD.

-complications fœtales: augmentation de la mortalité périnatale, troubles anoxo-ischémiques, fractures de la clavicule ou de l'humérus et lésions du plexus brachial. Le risque d'asphyxie aussi est plus important que chez le nouveau-né de poids normal [119].

Dans notre étude, la macrosomie était présente chez 55 sur 562 nouveau-nés, soit 9.78% des cas.

➤ **La souffrance fœtale aigue**

La souffrance fœtale aigue est un état pathologique consécutif à une hypoxie, elle survient brutalement au cours de la grossesse ou du travail suite à des agressions diverses.

Le taux noté dans notre série (4,09 %) est largement inférieure à celui de MAMADOU T [5] 22,73%, COULIBALY B [6] (12,27%) et KANTE F [2] (18,03%).

Permit les 23 cas de SFA seulement 2 cas ont eu un liquide teinté soit 8,70% alors que chez 21 cas de SFA le liquide était clair soit 91,30%. On peut dire que le liquide teinté n'est pas toujours synonyme de SFA.

➤ **Les malformations**

Pour l'OMS [120] « le terme malformation congénitale se définit comme toute anomalie organique présente à la naissance même si elle n'est pas apparente ou immédiatement décelable ».

Les malformations congénitales répondent à des anomalies de développement survenant principalement pendant la période d'organogénèse mais peuvent aussi se produire dès la fécondation (transmise par un des gamètes) ou lors des premières divisions cellulaires.

Selon OMS 2014, les malformations congénitales touchent 3% des naissances (un nouveau-né sur 33) [120].

En Europe, la prévalence des malformations congénitales est d'environ 2,5% [121].

Une étude rétrospective au CHU Ain Chams au Caire a montré que les malformations congénitales touchent 2% des naissances et sont responsables d'environ 15% des décès infantiles [122]. Khrouf et al ont dégagé une prévalence de 4% à Tunis et 13% des décès néonataux sont liés aux malformations congénitales [123]. En Afrique noire, les quelques données retrouvées en Côte d'Ivoire [124] au Congo Brazzaville [125] attribuent aux malformations congénitales une fréquence hospitalière de 5 %.

Au Maroc, la situation est similaire. Nous ne disposons que de très peu de travaux sur les malformations congénitales. Sabiri et al, dans une étude prospective à la maternité Souissi de Rabat, ont abouti à une prévalence de 4%, par ailleurs ce chiffre ne reflète que les malformations congénitales détectables par l'examen clinique [126].

On a noté dans notre étude 4 malformations soit 0,92% dont 1 nouveau-né Polymalformé, 1 Handicapé du pied gauche, 1 cas de Spina bifida, 1 cas d'hydrocéphalie.

On a aussi enregistré 1 cas de plexus brachial soit 0,17%.



Conclusion



Le pronostic de la grossesse chez les femmes porteuse de pathologies pré-gestationnelles s'est considérablement amélioré ces dernières années dans les pays développés. Ces progrès thérapeutiques ont été obtenus grâce à une meilleure prise en charge avant et pendant la conception et grâce à un suivi rigoureux multidisciplinaire consistant une collaboration entre l'obstétricien, le médecin spécialiste de la pathologie puis le néonatalogiste.

Une médecine «plurielle », « collaborative » et « communicante » s'impose alors,

Notre étude sur les grossesses associées à une pathologie dans la maternité Souissi de Rabat nous a permis d'avoir un aperçu général sur celles ci, leur suivi, les complications maternofoétales survenues et les conséquences sur le produit de conception.

A la lumière de notre étude et de sa confrontation avec quelques données de la littérature, il nous paraît opportun d'insister sur un certain nombre de recommandations :

❖ **Aux autorités :**

- Faire une formation continue du personnel de la santé pour les permettre d'effectuer des CPN de meilleure qualité, dépister les grossesses a risque, les référées ou les évacuées à temps sur les centres plus spécialisés.
- Promouvoir une action rigoureuse de sensibilisation des populations par le personnel qualifié, les medias et les élus locaux pour une meilleure adhésion aux CPN.
- Doter les services de maternité de matériels médicaux d'urgence.
- Organiser le système d'évacuation et de référence de la périphérie vers les centres plus spécialisés avec rétro information.

❖ **Aux prestataires de santé :**

- Renforcer l'éducation pour la santé en insistant sur :
 - Les avantages des CPN et du bilan pré natal.
 - Les risques des accouchements à domicile sans assistance médicale.
- Etendre le dépistage des grossesses à risque aux examens complémentaires biologiques et radiologiques.
- Insister sur des protocoles de prise en charge, qui doivent être multidisciplinaire, accessibles à tout le personnel médical et qui doivent être instaurés dans les centres de niveau 2 et 3.
- Utilisation adéquate du partogramme un outil important qui permet une prise de décision adéquate.
- Monitoring des bruits du cœur fœtal (BCF) chez toutes les femmes dans la salle d'accouchement pour déceler les souffrances fœtales à temps.
- Respecter scrupuleusement les règles d'asepsie dans la salle d'accouchement.

❖ **Aux femmes enceintes :**

-Prendre un avis pré-conceptionnel qui permet l'appréciation initiale de la balance «bénéfice-risque » en se basant sur l'éducation et l'information de la patiente des risques

Chez toute femme ayant une pathologie chronique, il est recommandé de faire le point sur l'état de santé maternelle ; éliminer une contre-indication à la grossesse et étudier un éventuel ajustement ou arrêt du traitement en cours.

- Suivre régulièrement et précocement les CPN
- Faire les examens demandés lors des CPN.
- Espacer les naissances.
- Un suivi et une surveillance en post-partum afin de prévenir les risques à long terme survenant chez la mère et chez l'enfant.

Ces recommandations peuvent réduire potentiellement le risque de complications maternelles et fœtales et améliorer le pronostic des grossesses.



Résumé



RESUME

Titre : Pathologie maternelle et grossesse (à propos de 556 cas)

Auteur : Nada BENABDELMALEK

Rapporteur : Pr. Aicha KHARBACH

Mots clés: Pathologie, Maternelle, Grossesse, Epidémiologie, Complications.

Objectif : Analyser le profil épidémiologique des grossesses compliquées de pathologies maternelles, de préciser le déroulement de la grossesse et de l'accouchement et d'évaluer le pronostic maternofoetal.

Matériels et méthodes : Il s'agit d'une étude rétrospective transversale descriptive portant sur 556 parturientes. On a inclus toutes les patientes dont la grossesse a été associée à une pathologie maternelle pré-gestationnelle et ayant accouché au sein de la Maternité Souissi de Rabat durant toute l'année 2016.

Résultats : Dans notre série, l'âge variait de 16 à 50 ans avec un âge moyen de 31 ans.

L'asthme a représenté 27%, le diabète 22%, la cardiopathie 14.4%, l'épilepsie 3.6%, l'HTA 3.4%, l'anémie 3.2%, les condylomes 2.7%, le VIH 2.3%, la syphilis 2%, l'HVB 1.8%, les tumeurs bénignes 2%, la pathologie thyroïdienne 1.3% et la thrombopénie 1.1%. 3 cas de lupus, 3 tumeurs malignes et 3 cas de drépanocytose, 2 cas de tuberculose, 1 cas d'HVC.

La voie basse a été adoptée dans 66.20 % des cas, dont 25% par épisiotomie et 8.10 % par ventouse. 33.80 % de césarienne. Les complications maternelles étaient dominées par l'HTAG (6.10%), la prééclampsie (5.60 %), l'HRP (0.53%), le diabète gestationnel (0.36%) et l'HDD (0.17%). Les complications fœtales étaient dominées par l'hypotrophie (12.70%), la prématurité (12.45%), la macrosomie (8.71%), la SFA (4.09%), la MFIU (3.73%) et les malformations congénitales (0.92%).

Discussion et conclusion : Nos résultats concordent avec quelques données de la littérature. Les taux marqués de complications nous démontrent la place de la PEC préconceptionnelle multidisciplinaire afin de garantir un déroulement normal de la grossesse, sans oublier l'intérêt du suivi du postpartum pour la mère ainsi que pour le nouveau-né.

ABSTRACT

Title: Maternal pathology and pregnancy (about 556 cases)

Author: Nada BENABDELMALEK

Protractor: Pr. Aicha KHARBACH

Keywords : pathology, mother, pregnancy, Epidemiology

Goal: To analyze the epidemiological profile of pregnancies complicated by maternal pathologies, to specify the course of pregnancy and delivery and to evaluate the maternal-fetal prognosis.

Materials and methods: It's about a descriptive cross-sectional retrospective study covering 556 parturients. We included all the patients whose pregnancy has been associated with pre-gestational maternal pathology having given birth in the maternity Souissi of Rabat throughout the year 2016.

Results: In our series, age ranged from 16 to 50 with an average age of 31 years.

Asthma accounted for 27%, diabetes 22%, heart disease 14.4%, Epilepsy (3,6%) , high blood pressure 3,4 % , Anemia 3,2% condylome 2,7%, HIV infection 2,3%, syphilis 2%, HBV 1,8% , benign tumors (2%), Thyroid pathology 1.3%, thrombocytopenia 1.1, 3 malignant tumors and 3 cases of sickle cell disease , 2 cases of tuberculosis; 1 case of HVC.

vaginal delivery was adopted in 66.20% of cases, 25% of whom underwent episiotomy, 8,10% sucker, 33.80% cesarean section; Maternal complications were dominated by Gestational high blood pressure (6.10%), preeclampsia (5.60%), Premature rupture of the membrane (0.53%), Gestational Diabetes (0.36%), *haemorrhage* during delivery (0.17%). For fetal complications we had 12.70% hypotrophy, prematurity (12.45%) , macrosomia (8.71%), acute fetal distress (4.09%), fetal death utero (3.73%), congenital malformations (0.92%).

Discussion and conclusion: Our results are consistent with some literatures data. The rates marked of complications push us to insist on the place of supported a preconceptional multidisciplinary to guarantee a normal pregnancy, not to mention the importance of postpartum monitoring for the mother as well as for the new born.

ملخص

العنوان: أمراض الأم والحمل (بصدد 556 حالة)

من إعداد: ندى بنعبد المالك

تحت إشراف: د. عائشة خرباش

كلمات البحث: أمراض، الأم، حمل، علم الأوبئة، مضاعفات .

الأهداف: تحليل الوضع السريري الوبائي لحالات الحمل المعقدة بأمراض

الأم ، تحديد سير الحمل والولادة وتقييم الانعكاسات على الأم و الجنين.

الموارد و الطرق المستعملة: هذه الأطروحة هي دراسة استرجاعية بصدد 556 حالة، حيث قمنا بضم جميع الحالات المصحوبة بأمراض شخّصت قبل الحمل، والتي تمت فيها الولادة داخل مستشفى السويسي للام والطفل بالرباط طيلة سنة 2016.

النتائج: تراوحت أعمار العينة التي شملها البحث ما بين 16 و 50 سنة، مع متوسط أعمار يعادل 31 سنة، إذ بلغت ضمنها نسبة مرض الربو حوالي 27%، السكري 22%، أمراض القلب 14.4%، الصرع 3.6%، ضغط الدم 3.4%، فقر الدم 23%، التّؤلّول التناسلي 2.7%، داء السيدا 32%، الزهري 2%، التهاب الكبد الفيروسي-ب، 1.3% أمراض الغدة الدرقية، 1.8% نقص الصفائح الدموية 1.1% والأورام الحميدة 2%. كما سجلنا 3 حالات من مرض الذئبة، 3 حالات من الأورام الخبيثة، 3 حالات من فقر الدم المنجلي، حالتين من السل وحالة واحدة من التهاب الكبد الفيروسي -س. وقد مثلت الولادة الطبيعية 66,20% من بينها 25% ببضع الفرج، 8% بالشفاط، فيما مثلت الولادة القيصرية 34%.

بخصوص المضاعفات عند الأم، فقد تصدرها ارتفاع ضغط الدم الناجم عن الحمل بنسبة 6% وتسمم الحمل 5,6%. باقي النسب تظل ضعيفة كالورم الدمثري الخلفي 0,53%، سكري الحمل 0,36% والنزيف الودي 0,17%. أما بالنسبة للمضاعفات الجنينية، فقد تصدرها نقص الوزن عند الولادة بنسبة 12,70%، الخدج 12,45%، تضخم الوزن 8,71%، الإجهاد الجنيني الحاد 4,09%، موت الجنين داخل الرحم 3,73% والنشوهات الخلقية 0,92%.

المناقشة و الخلاصة: هذه النسب توافقت مع بعض معطيات المراجع الطبية. كما أن النسب العالية من المضاعفات تؤكد لنا مكانة الرعاية والتشخيص قبل الحمل و ذلك لضمان تطور طبيعي لهذا الأخير ناهيك عن أهمية التتبع بعد الولادة للأم والمولود.



Bibliographie



- [1] **Diallo.D** : L'accouchement en milieu péri urbain de Bamako à propos de 150 observations recueillies au SSSC V thèse de med. Bamako 1995 N°48
- [2] **Kante F** : Grossesses et accouchements à risque dans le service de gynéco obstétrique de l'HNPG à propos de 723 cas. Thèse médecine Bamako 1997 N°24
- [3] **Aiman J X-Ray**: pelvimetry of pregnant adolescent pelvic size and the frequency of contraction. Obstet. Gynécol. -1976.
- [4] **Sanogo O** : Evaluation du système de prévention de l'anémie chez la femme enceinte à Bamako, thèse de med 1996 N°43
- [5] **Mamadou T. KONE** : Devant la Faculté de Médecine de Pharmacie et d'Odontostomatologie De l'Université de Bamako Année Universitaire 2007-2008
- [6] **Coulibaly B** : Etude des grossesses et accouchements à risque dans le CSRef de la commune IV à propos de 334 cas. Thèse de médecine Bamako, 2002.
- [7] **Berthe S** : Contribution à l'étude des grossesses à haut risque à Bamako (approche épidémiologique). Thèse médecine : Bamako 1983, N°
- [8] **Yogev Y, Melamed N, Bardin R, Tenenbaum-Gavish K, Ben-Shitrit G., Ben-Haroush A**: Pregnancy outcome at extremely advanced maternal age Am J Obstet Gynecol 2010 ; 203 : e1-e7
- [9] **Gilbert W.M., Nesbitt T.S., Danielsen B**: Childbearing beyond age 40: pregnancy outcome in 24,032 cases Obstet Gynecol 1999 ; 93 : 9-14

- [10] **Bianco A, Stone J, Lynch L, Lapinski R., Berkowitz G., Berkowitz R.L:** Pregnancy outcome at age 40 and older *Obstet Gynecol* 1996 ; 87 : 917-92
- [11] **Ziadeh S.M:** Maternal and perinatal outcome in nulliparous women aged 35 and older *Gynecol Obstet Invest* 2002 ; 54 : 6-10
- [12] **Schoen C., Rosen T:** Maternal and perinatal risks for women over 44 – a review *Maturitas* 2009 ; 64 : 109-113
- [13] **Serres X, Grall. J.Y LE, Marec, Luaj, Lemeef :** La grossesse après 40 ans à propos de 136 cas et revue de la littérature. *J. gynéco obst biol. Reprod*, 2004
- [14] **KANTE :** Etude rétrospective de la mortalité maternelle dans le service de gynécoobstétrique de l'HGT de 1991 à 1994. A propos de 103 cas, thèse de médecine 1996-93p n°39
- [15] **Coulibaly F :** Etude qualitative des causes de mortalité maternelles à Bamako à propos de 25 études de cas cliniques. Thèse de med : Bamako MALI, 1995 à HGT en 1995
- [16] **Kone A :** Accouchements multiples dans le service gynéco obstétrique de l'HNPG. Thèse de médecine Bamako 2001-N °12.
- [17] **Fakeye O:** Twin birth weight discordancy in Nigeria. *Int j. gynecol* 1986, 24, 235-238
- [18] **Dombrowski MP, Schatz M, ACOG Committee on Practice Bulletins- Obstetrics Gynecology:** Clinical management guidelines for obstetrician-gynecologists number 90, february 2008: asthma in pregnancy. 2008; 111: 457-64.

- [19] **Kwon HL, Belanger K, Bracken MB:** Asthma prevalence among pregnant and child-bearing-aged women in the United States: estimates from national health surveys. *Ann Epidemiol* 2003 ; 13 : 317-24
- [20] **Kwon HL, Triche EW, Belanger K, Bracken MB. C. Almange :** The epidemiology of asthma during pregnancy : prevalence
- [21] **Andréoletti M :** Prise en charge de la femme diabétique en salle d'accouchement: le point de vue de l'anesthésiste-réanimateur. *La lettre du gynécologue* – 2002; n° 269; 23-25.
- [22] **MOUMHIL Narjisse :** Diabète et grossesse (à propos de 50 cas). *FMP de Marrakech* année 2013
- [23] **Dr F.Ameziane HassaniDrS.El KhadirPrH.El Ouahabi** La grossesse chez la femme diabétique : étude prospective à propos de 100 cas *Volume 78, Issue 4, September 2017, Page 294 PA-122*
- [24] **Sibai BM.** maternal death: a systematic review. *Lancet* 2006; 367:1066–74. Chronic hypertension in pregnancy. *Obstet Gynecol* 2002; 100:369–77.
- [25] **Abalos E, Duley L, Steyn DW, Hender-son, Smart DJ:** Antihypertensive drug therapy for mild to moderate hypertension during pregnancy. *Cochrane Database Syst Rev* 2007 ;(1): CD002252.
- [26] **McCowan LM, Buist RG, North RA, Gamble G:** Perinatal morbidity in chronic hyperten-sion. *Br J Obstet Gynaecol* 1996; 103:123–9.
- [27] **Rey E, Couturier A:** The prognosis of preg-nancy in women with chronic hypertension. *Am J Obstet Gynecol* 1994;171:410–6.

- [28] **Soumare.M.D** : HTA et grossesse : pronostic foeto-maternel dans le service de gynéco obstétrique de l’HNPG à propos de 296 cas. Thèse de med Bamako N°62
- [29] **Cisse C.T .Basa, N’Diaye MF, Diouf D. Diadhiou F, Diouf S.M, Bah D:** HTA de la femme enceinte en Afrique noire Sem hop. Paris 1999 ; 71 ; n°56.167-177.
- [30] **Mounier Vehier C, Valat R A.S Vaast.P puech. F, Carre.A:** Evaluation et surveillance de la pression artérielle au cours de la grossesse. J. gynéco obst, reprod. 1994, 23,303-307.
- [31] **Niare F** : Aspect clinique de la crise d’éclampsie à l’HGT à propos de 65cas. Thèse de med Bamako 1995 40p, n°35
- [32] **Blackburn D, Bracco D** : Les cardiopathies pendant la grossesse- Perspective de l'anesthésiologiste. Anesthésiologie conférences scientifiques. 2011;9(3)
- [33] **Younes MA** : Cardiopathies et grossesse: A propos de 26 cas (Thèse); Médecine.; 2012. Fès,
- [34] **Andrianirina M, Harioly Nirina MO, Rasolonjatovo TY, et al:** Profil épidémiologique des cardiaques gestantes passées en réanimation. Revue d'Anesthésie et de Médecine d'Urgence. 2009;1(14):17–19.
- [35] **Faivre J, Verroust N, Ghiglione S, Mignon A** : Cardiopathies et grossesse. Réanimation. 2009; 18:215–222. [Ref list]
- [36] **F. Perrotin, B. de Toffol** : Épilepsie et grossesse

- [37] **TOMSON T, HIILESMAA V:** Epilepsy in pregnancy ; BMJ, 2007, vol .335 ; p 769-3 WWW.bmj.com
- [38] **YERBY MS, KAPLAN P, TRAN T.** Risks and managemen of pregnancy in women with epilepsy .Cleveland clinic journal of medicine ;feb 2004.vol 71 .n 2 ;p 25-37
- [39] **MAWER G. BRIGGS M; BAKER GA** et all pregnancy with epilepsie: obstetric and neonatal outcome of a controlled study Seizure; volume 19. P 112 -119, april 2010
- [40] **LUCAS K** Épilepsie et grossesse maternité nantes 2011
- [41] **BOURACHDI Mohamed ANNEE:** 2010 THESE N°: 80 Les infections sexuellement transmissibles chez la femme enceinte ; Enquete a la maternite de chu de rabat sur les ist chez la femme enceinte, causees par la syphilis, le vih et le virus de l'hepatite b
- [42] **Mohamed M. Aidaoui et al :** Séroprévalence de l'infection VIH chez les femmes enceintes dans la région de Annaba (Algérie) THESE / Revue d'épidémiologie et de Sante' Publique 56 (2008) 261–266.- THESE N°: 80
- [43] **Doroshenko A, Sherrard J, Pollard AJ:** Syphilis in pregnancy and the neonatal period. Int J STD AIDS 2006; 17(4):221–7. Quiz 8.
- [44] **Walker GJ, Walker D:** Congenital syphilis: a continuing but neglected problem. Semin Fetal Neonatal Med 2007;12(3):198–206.
- [45] **Caroline Charlier 1,2, Nadjat Benhaddou 3, Nicolas Dupin :** Syphilis et grossesse 2015; 44: 631–638

- [46] **Remington JSKJO, Wilson CB, Nizet V, Maldonado Y, editors.** Infectious diseases of the fetus and newborn infant. 7th ed., Philadelphia: Elsevier; 2010.
- [47] **Organisation mondiale de la santé :** Maladies sexuellement transmissibles : principaux faits et chiffres 2008
- [48] **Médecine et Maladies Infectieuses :**Volume 18, Supplement 5, December 1988, Pages 713-
- [49] **Ministère de la Santé :** Rapports sur des estimations VIH au Maroc., 2009
- [50] **<http://www.cyes.info/professionnels/vih/grossesse-vih-2.php>**
- [51] **P.-H. Bernard :** Sérologie des hépatites B et C : interprétation et conséquences pratiques chez la femme Service d'hépatogastroentérologie, hôpital Saint-André, CHU de Bordeaux, Gynécologie Obstétrique & Fertilité 33 (2005) 423–428
- [52] **M. Grynberg, M. Durier, R. Gabrie :** Maladies infectieuses et grossesse Listériose, syphilis, tuberculose- 2010, Pages 242–266 Chapitre
- [53] **http://www.cfcopies.com/V2/leg/leg_droi.php**
<http://www.culture.gouv.fr/culture/infos-pratiques/droits/protection.htm>
Articles L 122. 4
- [54] **La Revue Sage-Femme, Volume 10, Issue 4, September 2011, Pages 147-151**

- [55] **Ouattara Z** : Contribution à l'étude des anémies de la femme enceinte dans le district de Bamako (à propos de 138 cas) thèse de médecine ENMP 1981 N°16
- [56] **Boisselier & Coll**: Evolution dans les indications des césariennes de 1977 à 1983. A propos de 19605 accouchements.
- [57] **Dembele H A** : Paludisme et grossesse, saisonnalité et relation avec anémie et petit poids de naissance à Bougoula-hameau (Sikasso, Mali) thèse de médecine 1995 Bamako Mali, n°29.
- [58] **Pruel A, Sanogo O, Huguet, Diallo M S, N'Kakapen W**:
Prévention de l'anémie de la grossesse à Bamako (1ère journée du service de gynécologie-obstétrique de l'hôpital Gabriel TOURE). 1995
- [59] HAS / Service des bonnes pratiques professionnelles / Décembre 2009
Grossesses à risque : orientation des femmes enceintes entre les maternités en vue de l'accouchement
- [60] **Embury SH, Steinberg MH** : Clinical considerations. In: Embury SH, Hebbel RP, Mohandas N, Steinberg MH, eds. Sickle Cell Disease. Basic principles and clinical practice. Raven Press 1994: 505-734.
- [61] **Berchel C, Diara JP, Loret H, Le Turdu C, Leborgne-Samuel Y** : Histoire naturelle de la drépanocytose. Rev Prat 1992; 42: 1885-91.
- [62] **Thomas AN, Pattison C, Serjeant GR**: Causes of death in sickle-cell disease in Jamaica. Br Med J 1982; 285: 633-6.

- [63] **Platt OS, Brambilla DJ, Rosse WF, Milner PF, Castro O, Steinberg MH, et al. Mortality in sickle-cell disease:** Life expectancy and risk factors for early death in sickle cell disease. *N Engl J Med* 1994; 330: 1639-44.
- [64] **Pollack CV:** Emergencies in sickle cell disease. *Hematol Oncol Emerg* 1993; 11: 365-78.
- [65] **Koshy M:** Sickle cell disease and pregnancy. *Blood Reviews* 1995; 9: 157-64.
- [66] **Dare FO, Makinde OO and Faasuba OB:** The obstetric performance of sickle cell disease patients and homozygous hemoglobin C disease patients in Ile-Ife, Nigeria. *Int J Gynecol Obstet* 1992; 37: 163-8.
- [67] **Chmel H, Bertles J:** Hemoglobin S/C disease in pregnant woman with crisis and fat embolization syndrome. *Am J Med* 1975; 58: 563-6.
- [68] **Carpani G, Bozzetti P, Cetin I, Tel A, Moroni GA. Sickle cell:** thalassemia in pregnancy: A case report. *J Matern Fetal Med* 1996; 5: 28-30.
- [69] **Poddar D, Maude GH, Plant MJ, Scorer H, Serjeant GR:** Pregnancy in Jamaican women with homozygous sickle cell disease. Fetal and maternal outcome. *Br J Obstet Gynaecol* 1986; 93: 727-32.
- [70] **Levy M :** Synthèse départementale des registres d'accouchements de 1993 à 1995. Rapport Direction des Actions de Solidarité Départementale et Conseil Général de la Guadeloupe 1997.

- [71] **Mamelle N, Munoz F, Lehingue Y, Pasquier JC, Béranger C, et les obstétriciens participant au réseau sentinelle des maternités AUDIPOG :** Évolution des pratiques et des résultats 1994-1997. J Gynecol Obstet Biol Reprod 1998 ; 27 : 375-83.
- [72] **Belot A, Grosclaude P, Bossart N, et al :** Incidence et mortalité des cancers en France durant la période 1980–2005. Rev Epidemiol Sante Publique 2008;56:159–75.
- [73] **Parente JT, Amsel M, Lerner R, Chinea F:** Breast cancer associated with pregnancy. Obstet Gynecol 1988;71:861–4.
- [74] **Gemignani ML, Petrek JA :** Pregnancy after breast cancer. Cancer Control 1999;6:272–6.
- [75] **Smith LH, Danielsen B, Allen ME, Cress R:** Cancer associated with obstetric delivery: results of linkage with the California cancer registry. Am J Obstet Gynecol 2003;189:1128–35.
- [76] **White TT :** Carcinoma of the breast and pregnancy; analysis of 920 cases collected from the literature and 22 new cases. Ann Surg 1954;139:9–18.
- [77] **Aebi S, Loibl S:** Breast cancer during pregnancy: medical therapy and prognosis. Recent Results Cancer Res 2008;178:45–55.
- [78] **A. Saraux et al :** Epidémiologie du lupus érythémateux systémique Revue du Rhumatisme 72 (2005) 117–119

- [79] **Josephine Patricia Dhar, MD and Robert J. Sokol, MD:** Lupus and Pregnancy: Complex Yet Manageable Clinical Medicine and Research (2006) vol 4, number 4: 310-321
- [80] **O.Meyer :** Quand et comment autoriser une grossesse chez une patiente lupique? Revue de rhumatisme 71 (2004) 337-342
- [81] **La revue de médecine interne** Editorial/ : Rein, lupus et grossesse 23(2002)813-818. 76 [27]
- [82] **Clara J. Day, Graham W. Lipkin and Caroline O. S. Savage:** Lupus nephritis and pregnancy in the 21st century Nephrol Dial Transplant (2009) 24: 344–347
- [83] **Huong, B. Wechsler and J.-C. Piette :** Grossesse et lupus systémique La Revue de médecine interne 29 (2008) 725-730
- [84] **M. Grynberg, M. Durier,** Maladies infectieuses et grossesse : Listériose, syphilis, tuberculose 2010, Pages 242–266 Chapitre 31
- [85] **R. Gabrie:** Imagerie de la Femme, Volume 23, Issue 2, June 2013, Pages 116-118 Author links open overlay panelAdriana Langer Marina Mohallem PascalChérel
- [86] **Teguete I :** Etude clinique et épidémiologique de la césarienne à la maternité de l'HNPG de 1991 à 1993, à propos d'une étude cas témoin de 1544 cas, thèse de med 1996 N°17
- [87] **Boisselier & Coll :** Evolution dans les indications des césariennes de 1977 à 1983.A propos de 19605 accouchements.

- [88] **Mbye Kamuma, Yandegaza J.C, Ferre J** : Infection dans les suites opératoires de césarienne. Etude comparative suivant l'antibiotique employé dans deux maternités de centrafrique. Rev Fr. gynecology obst 2005, 125-129
- [89] **Véronique Le Guern, Emmanuelle Pannier and François Goffinet** Lupus érythémateux systémique et grossesse Presse med 2008 ; 37 : 1627-1635
- [90] <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3976664/>
- [91] **Attolou V, Avode DG, Aguemon R, et al** : Facteurs de risque de l'éclampsie à propos de 21 cas observés dans le service polyvalent d'anesthésie réanimation du CHU de Cotonou. Cahier d'études et de recherches francophones/santé. 1998;8:353–356.
- [92] **Dao B. Dakar:** L'éclampsie: Aspects actuels et particularités au CHU de Dakar. These Med n ° 9; 1990.
- [93] **Elongi JP, Tandu B, Spitz B, Verdonck F Gynecol Obstet Fertil** : Influence of the seasonal variation on the prevalence of pre-eclampsia in Kinshasa]. 2011 Mar; 39(3):132-5.
- [94] **Ben Salem F, Ben Salem K, Grati L, Arfaoui C, Faleh R, Jmel A, Guerdelly I, Gahbiche M Ann Fr** : Anesth Reanim. Risk factors for eclampsia: a case-control study. 2003 Dec; 22(10):865-9
- [95] Protocole élaboré par le groupe Périnatal du GGOLFB -2017
- [96] **Bovin S, Derdour-Gury H, Perpetue J, Jeandidier N, Pinget M** : Diabete et grossesse. Annales d'endocrinologie. Octobre 2002 ; vol 63 ; N5 ; 480-487

- [97] **Trivin F, Chevenne D, Hautecouverture M :** BIOCLINIQUE ET BIOPATHOLOGIE DU DIABETE SUCRE GESTATIONNEL. Revue Francaise des Laboratoires, novembre 2003, N ° 357
- [98] **Deruelle P. Clay JC, Cazaubiel M, Subtil D, Fontaine P, A. Vambergue :** Diabète gestationnel. EMC Gynécologie/obstétrique 2009; 5-042-C-20
- [99] **Oyelese Y, Ananth CV :** Placental abruption. Obstet Gynecol. 2006 Oct ; 108 (4) : 1005-16. Review
- [100] **Besinger R.** Hémorragies du post-partum perspectives aux Etats-Unis. J Gynecol Obstet Biol Reprod 1997;26:34-8.
- [101] **BOULAY G, MERCIER J :** Hémorragie en obstétrique. Anesthésie Réanimation Chirurgicale 2003;11:1198-210.
- [102] **Ducloy-Bouthors A, Provost Heloy N, Pougouse:** Prise en charge d'une hémorragie du post partum. Réanimation 2007;16:37-9.
- [103] **O. M. S:** WWW.WHO.INT/TOPICS/STATISTICS/FR.
- [104] **Chauleur C, Fanget C, Tourne G, Levy R:** Serious primary post-partum hemorrhage, arterial embolization and future fertility: a retrospective study of 46 cases. Human Reproduction 2008;23:1553–9.
- [105] **Sergenta F, Resch B, Everspyck E, Rachetb B, Clavierc E, Marpeau L :** Les hémorragies graves de la délivrance: doit on lier, hystérectomiser ou emboliser ? Gynécologie Obstétrique et Fertilité 2004;32:320-9.

- [106] **Boisseau N, Lhubat E, Raucoules-Aime M** : Hémorragie du postpartum immédiat. Conférence d'actualisation 40e Congrès national d'anesthésie-réanimation. Paris: Elsevier, et SFAR;1998;11:299–312.
- [107] **Koeberlé P, Lévy A, Surcin S, Bartholin F, Clément G, Bachour K, Et AL** : Complications obstétricales graves nécessitant une hospitalisation en réanimation : étude rétrospective sur dix ans au CHU de Besançon. Ann Fr Anesth Reanim 2000;19:445–51.
- [108] **M Nayama, Moulaye A, Djibrill B, Garba M, Idi N, Boukerrou M** : Les hystérectomies d'hémostase dans les pays sous équipés un geste vital. Gynécologie obstétrique et fertilité 2006;34:900-5.
- [109] **Delabaere A, Huchon C, Lavoue V, Lejeune V, Iraola E, Nedellec S, et al** : Standardisation de la terminologie des pertes de grossesse : consensus d'experts du Collège national des gynécologues et obstétriciens français (CNGOF). J Gynecol Obstet Biol Reprod 2014 ; 43: 756–63.
- [110] **Aiman J X-Ray**: pelvimetry of pregnant adolescent pelvic size and the frequency of contraction. Obstet. Gynécol. -1976.
- [111] **johnson X-Ray**: pelvimetry of pregnant adolescent pelvic size and the frequency of contraction. Obstet. Gynécol. -1976.
- [112] **MERGER R** : Intérêt de l'examen anatomopathologique du placenta dans les zones d'endémie palustre et de faible niveau socio-économique. J.gynecol. obstet, reprod, 1994, 23, 825-829.
- [113] **Mohamed El Idrissi** : le dépassement de terme (a propos de 335 cas) universite hassan II FMPC année 2006 these n°21

- [114] **Divon M Y Marks A D, Henderson C E:** Longitudinal measurement of amniotic fluid index in post term pregnancies and its association with foetal outcome. Am J Obstet Gynecol, 1995 ; 172 : 142-6.
- [115] **Philippe Hj - Lenclen R - Paupe A - Jacquemard F :** Grossesses prolongées. EMC 5 - 077 - C -10 ; 3.
- [116] http://despedara.org/cours_des/20130405_inc_rciu.pdf
- [117] **Latrous H :** Diabète et grossesse à propos de 274 observations au centre de maternité et de néonatalogie de La Rabta. Thèse de médecine, Tunis, n° 191, 1988.
- [118] **Lahlou H :** Diabète et grossesse (étude prospective à propos de 140 cas) Thèse n° 118/11 Fès
- [119] OMS Anomalies congénitales. Aide-mémoire N°370. Janvier 2014. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs370/fr/>
- [120] EUROCAT : Tableau Cas et prévalence (2008 – 2012). <http://www.eurocat-network.eu/accessprevalencedata/prevalencetables>
- [121] **Rabah M Shawky, Doaa I Sadik:** Congenital malformations prevalent among Egyptian children and associated risk factors. The Egyptian Journal of Medical Human Genetics 2011 May; Volume 12 : 69– 78.
- [122] **Khrouf N, Spang R, Podgorna T, Miled SB, Moussaoui M, Chibani M.** Malformation in 10 000 consecutive births in Tunis. Acta Paediatr Scand 1986 July; Volume 75(4): 534-539

- [123] **Coulibaly- Zerbo F, Amorisani-Folquet M, Kacou-Kakou A, Sylla M, Noua F, Kramo E, Do Rego A, Prince A, Toure M, Houenou Y, Kouame Konan J :** Etude épidémiologique des malformations congénitales. Médecine d'Afrique Noire 1997, Volume 44(7):409-414.
- [124] **Mayanda HF, Bobossi G, Malonga H, Djouob S, Senga P, Nzingoula S, Loukaka:** Malformations congénitales observées dans le service de Néonatalogie du CHU de Brazzaville. Médecine d'Afrique Noire 1991, Volume 38(7): 505-509. Volume 26 : 198-203.
- [125] **Sabiri N, Kabiri M, Karboubi L, Bouziane A, Barkat A :** Facteurs de risque des malformations congénitales : étude prospective à la maternité Souissi de Rabat au Maroc. Journal de pédiatrie et de puériculture 2013 ;
- [126] **Bailey Spitzer TL :** What the obstetrician/gynecologist should know about thyroid disorders. Obstet Gynecol Surv. 2010 Dec;65(12):779-; 85
- [127] **Fitzpatrick DL, Russell MA :** Diagnosis and management of thyroid disease in pregnancy. Obstet Gynecol Clin North Am. 2010 Jun;37(2):173-93.
- [128] **Lazarus JH :** Thyroid function in pregnancy. Br Med Bull. 2011;97:137-48
- [129] **Luton D, Ducarme G, Vuillard E, Polak M :** Intérêt d'une prise en charge spécifique des patientes enceintes présentant un trouble de la fonction thyroïdienne. Gynecol Obstet Fertil. 2007 Jan;35(1):60-5

- [130] **Abalovich M, Amino N, Barbour LA, Cobin RH, De Groot LJ, Glinow D, Mandel SJ, Stagnaro-Green A:** Management of thyroid dysfunction during pregnancy and postpartum: an Endocrine Society Clinical Practice Guideline. J Clin Endocrinol Metab. 2007 Aug;92(8 Suppl):S1-
- [131] **Lazarus JH :** Screening for thyroid dysfunction in pregnancy: is it worthwhile? J Thyroid Res. 2011;2011:397012. Epub 2011 Jun 8
- [132] <https://www.science-et-vie.com/corps-et-sante/nait-il-plus-de-filles-ou-de-garcons-7489>
- [133] **Fakeye O:** Twin birth weight discordancy in Nigeria. Int j. gynecol 1986, 24, 235- 238
- [134] <https://www.em-select.com/article/261716>
- [135] <https://www.chusj.org/CORPO/files/1b/1bd11ed1-1827-4d6a-8a5d-fd7e705336b8.pdf>
- [136] **Collège national des gynécologues et obstétriciens français :**
Le liquide amniotique méconial pendant le travail. Mises à jour en gynécologie obstétrique, XXIX, 29e journées nationales, Paris (2005)
- [137] **G. Boog :** La souffrance fœtale aigüe J Gynecol Obstet Biol Reprod, 30 (2001) pp. 393-432
- [138] **N. Karabayir, A. Demirel, E:** BayramogluBlood lactate level and meconium aspiration syndrome Arch Gynecol Obstet, 291 (4) (2015)

- [139] **C. Blackwell, C.A. Carreno, S.S.Hassan, J. Moldenhauer, H.M. Wolfe, et al :** In utero meconium aspiration by the baboon fetus *Obstet Gynecol*, 57 (1981), pp. 37-
- [140] **M. Dysart, B.W. Graves, E.S. Sharp, G.Cotsonis J Perinatol, :** The incidence of meconium-stained amniotic fluid from 1980 through 1986, by year and gestational age 11 (3) (1991)
- [141] **C. Greenwood, S. Lalchandani, K.MacQuillan, O. Sheil, J. Murphy, et al:** Meconium passed in labor: how reassuring is clear amniotic fluid? *Obstet Gynecol*, 102 (1) (2003)
- [142] **P.A. Dargaville, B. Copnell:** Australian and New Zealand Neonatal NetworkThe epidemiology of meconium aspiration syndrome: incidence, risk factors, therapies, and outcome *Pediatrics*, 117 (5) (2006)
- [144] **DIALLO F.B., DIALLO A B., DIALLO Y., GOMA O., CAMARA Y., CISSE M, DIALLO M.S :** Mortalité maternelle et facteurs de risques au mode de vie
- [145] **Bohoussou. M. K., Djanhan Y., Bonis S., Kone N., Welffeng-Ekra Chr, Toure K.C :** La Mortalité Maternelle à Abidjan en 1988. *Méd d'Afrique Noire* : 1992, 39 (7) : 480-484
- [146] **LEKE. R.J :** Out come of pregnancy and delivery at the centre Maternity of the Central Hospital of Yaoundé. *Ann. Univ. SC, Santé Yaoundé* : 1987, 4 : 4322-330

- [147] **Majoko. F, L Nyström, SP Munjanja, E Mason and G Lindmark :**
Relation of Parity to Pregnancy Outcome in a Rural Community in
Zimbabwe African Journal of Reproductive Health
- [148] **Maïga. A. A :** La grande multipare au CHU de Dakar Thèse med. Juillet
1992 à Dakar
- [149] Shagufta Yasmeen, Beate Danielsen, Malana Moshesh & William M.
Gilbert Is : **Grand multiparity an Independent Risk Factor for
Adverse Perinatal Outcomes? Journal of Maternal - Fetal &
Neonatal Medicine**
- [150] **Maïga. A. A :** La grande multipare au CHU de Dakar Thèse med.
Juillet 1992 à Dakar
- [151] **Aruna S. Kumari, Padmanabhan Badrinath :** Extreme grand
multiparity : is it an obstetric risk factor ? European journal of obstetric
and gynecology and reproductive biology 101 (2002) 22-25
- [152] **Shagufta Yasmeen, Beate Danielsen, Malana Moshesh & William M.
Gilbert Is :** Grand multiparity an Independent Risk Factor for Adverse
Perinatal Outcomes? Journal of Maternal - Fetal & Neonatal **Medicine**
- [153] **Douglas. KA and Redman. CW. Eclampsia in the United Kingdom.
B.M.J :** 1994; 309: 1395–1400. 2. OMS. Maternité sans risque N° 18,
1995, P 3. 3. Conférences d’experts. SFAR 2000 Réanimation des
formes graves de prééclampsie. J. Gynecol. Obstet, Biol. Reprod (Paris)
2001; 30: 121-132.

- [154] **OMS** : Maternité sans risque N° 18, 1995, P 3.
- [155] **[Conferences d'experts : SFAR 2000 Réanimation des formes graves de prééclampsie. J. Gynecol.Obstet,Biol.Reprod(Paris)2001;30:121-132.**
- [156] **Laveau Grand Sandrine** : Hématome rétroplacentaire : a propos de 40 patientes à la maternité de Bordeaux, 1994, n 94,BOR 2 M 217.
- [157] **Oyelese Y, Ananth CV** : Placental abruption. Obstet Gynecol. 2006 Oct ; 108 (4) : 1005-16. Review.
- [158] **Diallo D, Ndiaye P, Diouf A, Faye E, Traore B, Diad D** : Retroplacental hematoma at the Dakar university Hospital center. Dakar Med, 1997, 42 (1):59-62.
- [159] **Thieba B, Lankoande Thieba B, Lankoande, Akatioga M, Kyelem G, Ouedra J, Ouedraogo A** : Hématome retroplacentaire : aspects épidémio-cliniques et pronostiques à propos d'une série de 177 cas. Gynecol Obstet Fertil, 2003, 31 (5):429-4
- [160] **Atef Y, Nizar BA, Hasen M, Faouzi GM** : [Abruptio placentae] Thèse Doctorat Medecine Tunis, 2005;83 (10): 603-6.
- [161] **Alaoui O** : HRP à propos de 117 cas. Thèse Doctorat Medecine Rabat, 2006, n° 80.
- [162] **Zrihni Y** : Hématome rétroplacentaire aspects épidémiologiques cliniques thérapeutiques et pronostiques (à propos de 92 cas) Thèse Doctorat Médecine .Fès 2008, n° 71.
- [163] **KAOUTAR KILANI** : Hématome rétroplacentaire: Etude rétrospective au service de gynécologie obstétrique " obstétrique "B"sur 5 ans au CHU de Marrakech, 2012 n°

Serment d'Hippocrate

Au moment d'être admis à devenir membre de la profession médicale, je m'engage solennellement à consacrer ma vie au service de l'humanité.

- *Je traiterai mes maîtres avec le respect et la reconnaissance qui leur sont dus.*
- *Je pratiquerai ma profession avec conscience et dignité. La santé de mes malades sera mon premier but.*
- *Je ne trahirai pas les secrets qui me seront confiés.*
- *Je maintiendrai par tous les moyens en mon pouvoir l'honneur et les nobles traditions de la profession médicale.*
- *Les médecins seront mes frères.*
- *Aucune considération de religion, de nationalité, de race, aucune considération politique et sociale ne s'interposera entre mon devoir et mon patient.*
- *Je maintiendrai le respect de la vie humaine dès la conception.*
- *Même sous la menace, je n'userai pas de mes connaissances médicales d'une façon contraire aux lois de l'humanité.*
- *Je m'y engage librement et sur mon honneur.*

قسم أبقراط

بسم الله الرحمن الرحيم

أقسم بالله العظيم

في هذه اللحظة التي يتم فيها قبولي عضوا في المهنة الطبية أتعهد علانية:

- ◀ بأن أكرس حياتي لخدمة الإنسانية.
- ◀ وأن أحترم أساتذتي وأعترف لهم بالجميل الذي يستحقونه.
- ◀ وأن أمارس مهنتي بوانزع من ضميري وشر في جاعلا صحة مريض هدي في الأول.
- ◀ وأن لا أفشي الأسرار المعهودة إلي.
- ◀ وأن أحافظ بكل ما لدي من وسائل على الشرف والتقاليد النبيلة لمهنة الطب.
- ◀ وأن أعتبر سائر الأطباء إخوة لي.
- ◀ وأن أقوم بواجبي نحو مرضاي بدون أي اعتبار ديني أو وطني أو عرقي أو سياسي أو اجتماعي.
- ◀ وأن أحافظ بكل حزم على احترام الحياة الإنسانية منذ نشأتها.
- ◀ وأن لا أستعمل معلوماتي الطبية بطرق يضر بحقوق الإنسان مهما لاقيت من تهديد.
- ◀ بكل هذا أتعهد عن كامل اختياري ومقسما بشري في.

والله على ما أقول شهيد .

جامعة محمد الخامس - الرباط
كلية الطب والصيدلة بالرباط

أطروحة رقم: 132

سنة : 2018

أمراض الأم والحمل (بصدد 556 حالة)

أطروحة

قدمت ونوقشت علانية يوم :

من طرفه

الآنسة: ندى بنعبد المالك

المزودة في: 17 أبريل 1989 بتمارة

لنيل شهادة الدكتوراه في الطب

الكلمات الأساسية: أمراض - الأم - حمل - علم الأوبئة - مضاعفات.

تحت إشراف اللجنة المكونة من الأساتذة

رئيس و مشرف

أعضاء

{

السيدة: عائشة خرياش
أستاذة في طب النساء والتوليد
السيد: أبراهيم غراب
أستاذ في طب النساء والتوليد
السيدة: نجية زريدي
أستاذة في طب النساء والتوليد
السيدة: أمينة لخضر
أستاذة في طب النساء والتوليد
السيد: عزيز بيدادة
أستاذ في طب النساء والتوليد