



UNIVERSITE CADI AYYAD  
FACULTE DE MEDECINE ET DEPHARMACIE  
MARRAKECH

Année 2011

Thèse N° 48

# Pronostic de l'accouchement chez la grande multipare

---

THESE

PRESENTEE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE .../.../2011  
PAR

Mr. **LOTFY ABDELLAH**

Né le 27 Avril 1985 à MASSA

POUR L'OBTENTION DU DOCTORAT EN MEDECINE

---

MOTS-CLES :

Grande multipare – Accouchement – Pronostic

---

JURY

Mr. **A. SOUMANI**

Professeur de Gynécologie obstétrique

PRESIDENT

Mr. **A. ABOULFALAH**

Professeur agrégé de Gynécologie obstétrique

RAPPORTEUR

Mr. **A. ABOUSSAD**

Professeur de néonatalogie

} JUGES

Mr. **S. YOUNOUS**

Professeur agrégé d'anesthésie réanimation



UNIVERSITE CADI AYYAD  
FACULTE DE MEDECINE ET DEPHARMACIE  
MARRAKECH

Année 2011

Thèse N° 48

# Pronostic de l'accouchement chez la grande multipare

---

THESE

PRESENTEE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE .../.../2011  
PAR

Mr. **LOTFY ABDELLAH**

Né le 27 Avril 1985 à MASSA

POUR L'OBTENTION DU DOCTORAT EN MEDECINE

---

MOTS-CLES :

Grande multipare – Accouchement – Pronostic

---

JURY

Mr. **A. SOUMANI**

Professeur de Gynécologie obstétrique

PRESIDENT

Mr. **A. ABOULFALAH**

Professeur agrégé de Gynécologie obstétrique

RAPPORTEUR

Mr. **A. ABOUSSAD**

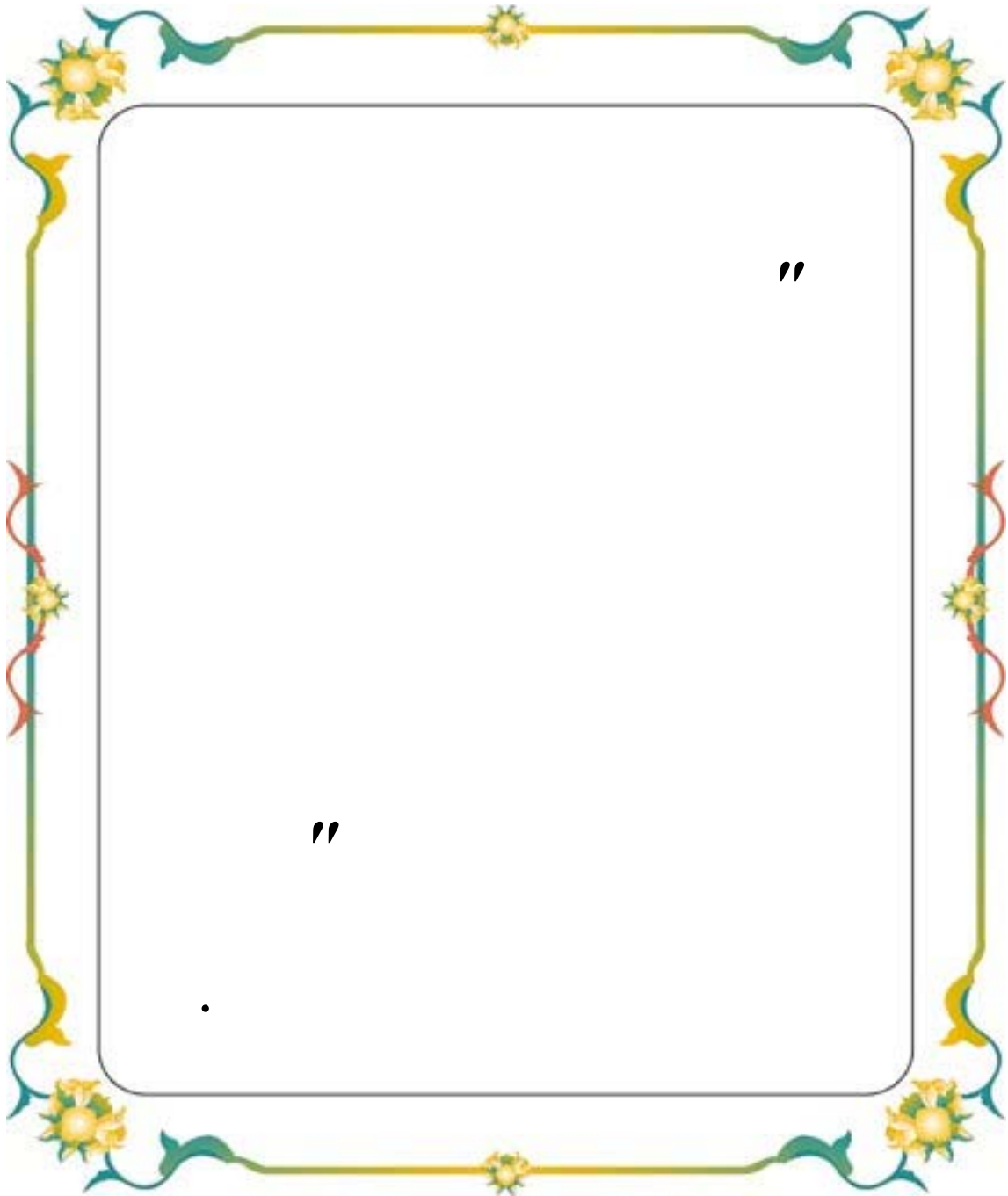
Professeur de néonatalogie

JUGES

Mr. **S. YOUNOUS**

Professeur agrégé d'anesthésie réanimation

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ



## 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 strictement le respect de la vie humaine dès sa conception.*

*Même sous la menace, je n'userai pas mes connaissances médicales d'une façon contraire aux lois de l'humanité.*

*Je m'y engage librement et sur mon honneur.*

*Déclaration Genève, 1948*

# LISTE DES PROFESSEURS

**UNIVERSITE CADI AYYAD**  
**FACULTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE**  
**MARRAKECH**

Doyen Honoraire

: Pr. Badie-Azzamann MEHADJI

**ADMINISTRATION**

Doyen

: Pr. Abdelhaq ALAOUI YAZIDI

Vice doyen

: Pr. Ahmed OUSEHAL

Secrétaire Général

: Mr. Azzeddine EL HOUDAIGUI

**PROFESSEURS D'ENSEIGNEMENT SUPERIEUR**

ABOUSSAD	Abdelmounaim	Néonatalogie
AIT BENALI	Said	Neurochirurgie
ALAOUI YAZIDI	Abdelhaq	Pneumo-phtisiologie
BELAABIDIA	Badia	Anatomie-Pathologique
BOUSKRAOUI	Mohammed	Pédiatrie A
CHOULLI	Mohamed Khaled	Neuropharmacologie
EL HASSANI	Selma	Rhumatologie
ESSADKI	Omar	Radiologie
FIKRY	Tarik	Traumatologie- Orthopédie A

FINECH	Benasser	Chirurgie – Générale
KISSANI	Najib	Neurologie
KRATI	Khadija	Gastro-Entérologie
LATIFI	Mohamed	Traumato – Orthopédie B
MOUTAOUAKIL	Abdeljalil	Ophtalmologie
OUSEHAL	Ahmed	Radiologie
RAJI	Abdelaziz	Oto-Rhino-Laryngologie
SARF	Ismail	Urologie
SBIHI	Mohamed	Pédiatrie B
SOUMMANI	Abderraouf	Gynécologie-Obstétrique A

### **PROFESSEURS AGREGES**

ABOULFALAH	Abderrahim	Gynécologie – Obstétrique B
AIT SAB	Imane	Pédiatrie B
AKHDARI	Nadia	Dermatologie
AMAL	Said	Dermatologie
ASMOUKI	Hamid	Gynécologie – Obstétrique A
ASRI	Fatima	Psychiatrie
BENELKHAÏAT BENOMAR	Ridouan	Chirurgie – Générale
BOUMZEBRA	Drissi	Chirurgie Cardiovasculaire
CHABAA	Laila	Biochimie
CHELLAK	Saliha	Biochimie-chimie
DAHAMI	Zakaria	Urologie
EL FEZZAZI	Redouane	Chirurgie Pédiatrique
EL HATTAOUI	Mustapha	Cardiologie
ELFIKRI	Abdelghani	Radiologie
ESSAADOUNI	Lamiaa	Médecine Interne

ETTALBI	Saloua	Chirurgie – Réparatrice et plastique
GHANNANE	Houssine	Neurochirurgie
LMEJJATTI	Mohamed	Neurochirurgie
LOUZI	Abdelouahed	Chirurgie générale
MAHMAL	Lahoucine	Hématologie clinique
MANSOURI	Nadia	Chirurgie maxillo-faciale Et stomatologie
MOUDOUNI	Said mohammed	Urologie
NAJEB	Youssef	Traumato - Orthopédie B
OULAD SAIAD	Mohamed	Chirurgie pédiatrique
SAIDI	Halim	Traumato - Orthopédie A
SAMKAOUI	Mohamed Abdenasser	Anesthésie- Réanimation
TAHRI JOUTEI HASSANI	Ali	Radiothérapie
YOUNOUS	Saïd	Anesthésie-Réanimation

## **PROFESSEURS ASSISTANTS**

ABKARI	Imad	Traumatologie-orthopédie B
ABOU EL HASSAN	Taoufik	Anesthésie – réanimation
ABOUSSAIR	Nisrine	Génétique
ADALI	Imane	Psychiatrie
ADALI	Nawal	Neurologie
ADERDOUR	Lahcen	Oto-Rhino-Laryngologie
ADMOU	Brahim	Immunologie
AGHOUTANE	El Mouhtadi	Chirurgie – pédiatrique
AIT BENKADDOUR	Yassir	Gynécologie – Obstétrique A

AIT ESSI	Fouad	Traumatologie-orthopédie B
ALAOUI	Mustapha	Chirurgie Vasculaire périphérique
ALJ	Soumaya	Radiologie
AMINE	Mohamed	Epidémiologie – Clinique
AMRO	Lamyae	Pneumo – phtisiologie
ANIBA	Khalid	Neurochirurgie
ARSALANE	Lamiae	Microbiologie- Virologie
ATMANE	El Mehdi	Radiologie
BAHA ALI	Tarik	Ophtalmologie
BAIZRI	Hicham	Endocrinologie et maladies métaboliques
BASRAOUI	Dounia	Radiologie
BASSIR	Ahlam	Gynécologie – Obstétrique B
BELKHOUCHE	Ahlam	Rhumatologie
BEN DRISS	Laila	Cardiologie
BENCHAMKHA	Yassine	Chirurgie réparatrice et plastique
BENHADDOU	Rajaa	Ophtalmologie
BENHIMA	Mohamed Amine	Traumatologie-orthopédie B
BENJILALI	Laila	Médecine interne
BENZAROUEL	Dounia	Cardiologie
BOUCHENTOUF	Rachid	Pneumo-phtisiologie
BOUKHANNI	Lahcen	Gynécologie – Obstétrique B
BOURRAHOUCHE	Aicha	Pédiatrie
BOURROUS	Monir	Pédiatrie A

BSSIS	Mohammed Aziz	Biophysique
CHAFIK	Aziz	Chirurgie Thoracique
CHAFIK	Rachid	Traumatologie-orthopédie A
CHAIB	Ali	Cardiologie
CHERIF IDRISSE EL GANOUNI	Najat	Radiologie
DIFFAA	Azeddine	Gastro - entérologie
DRAISS	Ghizlane	Pédiatrie A
DRISSI	Mohamed	Anesthésie –Réanimation
EL ADIB	Ahmed rhassane	Anesthésie-Réanimation
EL ANSARI	Nawal	Endocrinologie et maladies métaboliques
EL BARNI	Rachid	Chirurgie Générale
EL BOUCHTI	Imane	Rhumatologie
EL BOUIHI	Mohamed	Stomatologie et chirurgie maxillo-faciale
EL HAOUATI	Rachid	Chirurgie Cardio Vasculaire
EL HAOURY	Hanane	Traumatologie-orthopédie A
EL HOUDZI	Jamila	Pédiatrie B
EL IDRISSE SLITINE	Nadia	Pédiatrie (Néonatalogie)
EL JASTIMI	Said	Gastro-Entérologie
EL KARIMI	Saloua	Cardiologie
EL KHAYARI	Mina	Réanimation médicale
EL MANSOURI	Fadoua	Anatomie – pathologique
EL MGHARI TABIB	Ghizlane	Endocrinologie et maladies métaboliques
EL OMRANI	Abdelhamid	Radiothérapie

FADILI	Wafaa	Néphrologie
FAKHIR	Bouchra	Gynécologie – Obstétrique B
FICHTALI	Karima	Gynécologie – Obstétrique B
HACHIMI	Abdelhamid	Réanimation médicale
HAJJI	Ibtissam	Ophtalmologie
HAOUACH	Khalil	Hématologie biologique
HAROU	Karam	Gynécologie – Obstétrique A
HERRAG	Mohammed	Pneumo-Phtisiologie
HOCAR	Ouafa	Dermatologie
JALAL	Hicham	Radiologie
KADDOURI	Said	Médecine interne
KAMILI	El ouafi el aouni	Chirurgie – pédiatrique générale
KHALLOUKI	Mohammed	Anesthésie-Réanimation
KHOUCHANI	Mouna	Radiothérapie
KHOULALI IDRISSE	Khalid	Traumatologie-orthopédie
LAGHMARI	Mehdi	Neurochirurgie
LAKMICH	Mohamed Amine	Urologie
LAOUAD	Inas	Néphrologie
LOUHAB	Nissrine	Neurologie
MADHAR	Si Mohamed	Traumatologie-orthopédie A
MANOUDI	Fatiha	Psychiatrie
MAOULAININE	Fadlmrabihrabou	Pédiatrie (Néonatalogie)
MATRANE	Aboubakr	Médecine Nucléaire

MOUAFFAK	Youssef	Anesthésie - Réanimation
MOUFID	Kamal	Urologie
MSOUGGAR	Yassine	Chirurgie Thoracique
NARJIS	Youssef	Chirurgie générale
NEJMI	Hicham	Anesthésie - Réanimation
NOURI	Hassan	Oto-Rhino-Laryngologie
OUALI IDRISSE	Mariem	Radiologie
QACIF	Hassan	Médecine Interne
QAMOUSS	Youssef	Anesthésie - Réanimation
RABBANI	Khalid	Chirurgie générale
RADA	Noureddine	Pédiatrie
RAIS	Hanane	Anatomie-Pathologique
ROCHDI	Youssef	Oto-Rhino-Laryngologie
SAMLANI	Zouhour	Gastro - entérologie
SORAA	Nabila	Microbiologie virologie
TASSI	Noura	Maladies Infectieuses
TAZI	Mohamed Illias	Hématologie clinique
ZAHLANE	Mouna	Médecine interne
ZAHLANE	Kawtar	Microbiologie virologie
ZAOUI	Sanaa	Pharmacologie
ZIADI	Amra	Anesthésie - Réanimation
ZOUGAGHI	Laila	Parasitologie –Mycologie

# DEDICACES

## *Je dédie cette thèse....*

### *A MA TRÈS CHÈRE MÈRE*

*A la plus douce et la plus merveilleuse de toutes les mamans.  
Aucun hommage ne saura transmettre à sa juste valeur l'amour, le respect que je porte pour vous.  
Vous n'avez pas cessé de me soutenir et de m'encourager, votre amour, votre générosité exemplaire  
et votre présence constante ont fait de moi ce que je suis aujourd'hui.  
Vos prières ont été pour moi un grand soutien tout au long de mes études.  
J'espère que vous trouverez dans ce modeste travail un témoignage de ma gratitude, ma profonde  
affection et mon profond respect.  
Puisse Dieu tout puissant vous protéger du mal, vous procurer longue vie, santé et bonheur.*

### *A MON TRÈS CHER PÈRE*

*Aucun mot, aucune dédicace ne saurait exprimer mon respect, ma considération et l'amour éternel  
que je vous porte pour les sacrifices que vous avez consenti pour mon éducation et mon bien être. Vous avez  
été et vous serez toujours un exemple à suivre pour vos qualités humaines, votre persévérance et votre  
perfectionnisme. Vous m'avez appris le sens du travail, de l'honnêteté et de la responsabilité.  
Je souhaite que cette thèse vous apporte la joie de voir aboutir vos espoirs et j'espère ne jamais vous  
décevoir.  
Puisse Dieu vous garder et vous procurer santé et longue vie, santé et bonheur afin que je puisse  
vous rendre un minimum de ce que je vous dois.*

### *A MA TRÈS CHÈRE GRANDE MÈRE MINA*

*A la plus douce et la plus tendre des grandes mères. Aucune dédicace ne saurait exprimer ma  
reconnaissance, mon grand attachement et mon grand amour.*

### *A LA MÉMOIRE DE MA GRANDE MÈRE ZAHRA ET MES GRANDS PÈRES*

*Puissent vos âmes reposent en paix. Que Dieu, le tout puissant, vous couvrez de Sa Sainte  
miséricorde.*

### *A MA TRÈS CHÈRE SŒUR HAFSA, A MES TRÈS CHERS FRÈRES MOHAMED ET ILYASSE*

*Vous savez que l'affection et l'amour fraternel que je vous porte sont sans limite. Je vous dédie ce  
travail en témoignage de l'amour et des liens de sang qui nous unissent. Puissions-nous rester unis dans la  
tendresse et fidèles à l'éducation que nous avons reçue. J'implore Dieu qu'il vous apporte bonheur et vous  
aide à réaliser tous vos vœux.*

### *A MA TANTE KHADIJA, SON MARI HASSAN ET MES COUSINS: SARAH et son mari HASSA, SOHAIB et sa femme RAHMA, ZAKARIA ET OUSSAMA.*

### *A MON ONCLE KHALIL, SA FEMME BOUCHRA ET SES ENFANTS: AYA ET ANIS.*

### *A MON ONCLE KHALID, SA FEMME MERJEM ET SA FILLE HIBA.*

### *A MA TANTE MARIAM.*

*A MES AMIS DE L'ENFANCE ET DU LYCÉE* A.ELMOUDEN, A.HOISSINE, M.ASSENDEL, A.AMECHGHAL, Y.ZIKRI, A.ELAASRI, M.BOUCHTAOUI, A.RAJI, H.MAYN, A.MOUTAWAKIL, M.IDBAZI, R.BOUTRAIH, M.AITWAARAB, L.ELMOUDEN, H.ABIDAR, A.ASSENDEL

*A MES CHÈRES AMIS ET COLLÈGUES* M.LATIF, K.JEBHI, H.AACHARI, A.AKHERRAZ, A.ABOURIG, F.KASSIDI, A.AGOURAM, A.BOUNSIR L.ANJAR, K.HSSOUNI, L.BOUTRAIH, M.LHERMIS, F.BENOTMAN, T.BOUZEKRAOUI, A.JLAIDI, M.BENCHAD, M.WAKRIM,, H.LAARAJ, H.G'UEDIRA, N.HOUNANE, R.IKHLEK, A.AKOUITIF, I.AITLHAJ, Y.SAYDI, F.BOUDKOUS, N.ZEMED, I.KHETTOU, A, LAHMOUAD, K.LAMAACHI, N.LKADI, A.LABYAD, A.LEBYED, FZ.MABROUKI, L.MABROUKI, FZ.MERZOUK, A.MBONI, W.SANBI, K.RAFIQI, B.ECHAFAI, J.DRISSI, M.ELKAOURI, A.ITTO, M.ELKADADRA, M.AAISSI, S.BOUAALOUCHA, Z.OUADI, O.BOALOUCHA, H.BOUKILI, Z.ELMOUATASSIM, H.G'UEMOUZ, M.R.BOURAMANE, A.ELMASSOUDI, A.ELYAAKOUBI, Z.NADA, A.ELMAHFOUDI, A.MOUGUI, A.ABDENNOUR, A.IMZIL, Y.IBERKATEN, A.MOSSAID, K.IFRANI, M.A.OUTAGHYAME, Z.BOUEMLA, I.TAQARORT, K.QUIZAD, M.ELHARRAS, S.AITELFAQIH, I.BOUMZEBRA, Z.ESSAADI, S.B.MOUAFIQ, M.MOUTACHAKKIR, H.FERRADI, A.CHAOUI, ROUFLINE, A.EWAGUE, A.CHAOUI, A.BENALI, G.BOULIZAR, M.QORAICHI, M.BELAARBI, A.SALAHIDDIN, A.ERRAMI, B.BOUGANGA, M.JAMILI, H.AITELGHALI

*A TOUS MES ENSEIGNANTS DE L'ENSEIGNEMENT PRIMAIRE, SECONDAIRE ET UNIVERSITAIRE.*

*A TOUT LE PERSONNEL DU SERVICE DE Gynécologie Obstétrique A.*

# REMERCIEMENTS

## REMERCIEMENTS

### **A NOTRE MAITRE ET RAPPORTEUR DE THESE : Pr. A.ABOULFALAH**

*Nous sommes très touchés par l'honneur que vous nous avez fait en acceptant de nous confier ce travail. Vos qualités scientifiques et humaines ainsi que votre modestie ont profondément marqué et nous servent d'exemple. Vous nous avez à chaque fois réservé un accueil aimable et bienveillant.*

*Veillez accepter, cher maître, dans ce travail l'assurance de notre estime et notre profond respect.*

### **A NOTRE MAITRE ET PRESIDENT DE THESE : Pr. A.SOUMANI**

*Vous nous avez fait un grand honneur en acceptant aimablement la présidence de notre jury. Vos qualités professionnelles nous ont beaucoup marqués mais encore plus votre gentillesse et votre sympathie.*

*Veillez accepter, cher maître, dans ce travail nos sincères remerciements et toute la reconnaissance que nous vous témoignons.*

### **A NOTRE MAITRE ET JUGE : Pr. A.ABOUSSAD**

*Nous vous remercions de nous avoir honorés par votre présence. Vous avez accepté aimablement de juger cette thèse. Cet honneur nous touche infiniment et nous tenons à vous exprimer notre profonde reconnaissance.*

*Veillez accepter, cher maître, dans ce travail l'assurance de notre estime et notre profond respect.*

### **A NOTRE MAITRE ET JUGE : Pr. S. YOUNOUS**

*Nous avons bénéficié, au cours de nos études, de votre enseignement clair et précis. Votre gentillesse, vos qualités humaines, votre modestie n'ont rien d'égal que votre compétence. Vous nous faites l'honneur de juger ce modeste travail. Soyez assuré de notre grand respect.*

### **A NOTRE MAITRE : Pr. Ass. Y.AITBENKEDDOUR**

*Nous vous remercions vivement de l'aide précieuse que vous nous avez apportée pour la conception de ce travail. Vous avez toujours suscité notre admiration pour votre savoir-faire, votre compétence et votre efficacité.*

### **A NOTRE MAITRE : Pr. M.AMINE**

*Nous vous remercions d'avoir accepté de nous guider dans l'élaboration de ce travail. Vos précieux conseils ainsi que votre gentillesse nous ont grandement apportés. Veillez accepter l'expression de notre profond respect.*

# ACRONYMES

ATCD : Antécédents

BCF : Battements cardiaques fœtaux

DRNN : Détresse respiratoire du nouveau-né

GMP : Grande multipare

HRP : Hématome rétro-placentaire

MFIU : Mort fœtale in utéro

MP : Multipare

OMS : Organisation mondiale de la santé

RPM : Rupture prématurée de membranes

SFA : Souffrance fœtale aigue

# PLAN

# PLAN

	Pages
INTRODUCTION.....	01
PATIENTES ET METHODES.....	04
I. Patientes :.....	05
1. Type d'étude :.....	05
2. Population cible :.....	05
II. Méthode d'étude :.....	05
1. Collecte de données :.....	05
2. Analyse des données :.....	07
RESULTATS.....	09
I. Profil épidémiologique :.....	10
1. Age :.....	10
2. Parité :.....	11
3. Origine géographique :.....	12
4. Etat civil :.....	13
5. Suivi de la grossesse :.....	13
6. Antécédents :.....	13
II. Complications de l'antépartum :.....	15
1. Diabète gestationnel :.....	15
2. Pré-éclampsie :.....	16

3. Grossesse multiple :.....	16
4. Utérus cicatriciel :.....	16
5. Rupture prématurée des membranes :.....	17
6. Placenta praevia:.....	17
7. Anémie :.....	17
8. Mort fœtale in utéro :.....	18
9. Grossesse prolongée :.....	18
10. Anomalie du liquide amniotique :.....	19
<b>III. Examen à l'admission :.....</b>	<b>20</b>
1. Etat foetal :.....	20
2. Dilatation du col à l'admission :.....	20
3. Présentations :.....	21
<b>IV. Complications de l'intrapartum :.....</b>	<b>22</b>
1. Hématome rétro-placentaire :.....	22
2. Rupture utérine :.....	22
3. Procidence du cordon :.....	22
4. Souffrance fœtale aigue :.....	23
<b>V. Modalités d'accouchement :.....</b>	<b>23</b>
1. Accouchement par voie basse :.....	23
2. Césarienne :.....	24
3. Délivrance :.....	24

VI. Etat du nouveau-né .....	25
1. Sexe .....	25
2. Poids du nouveau-né .....	26
3. Score d'Apgare .....	28
4. Prématurité .....	28
5. Post-maturité .....	28
6. Détresse respiratoire du nouveau-né .....	29
7. Transfert en pédiatrie .....	29
8. Mortalité périnatale .....	30
VII. Suites de couches .....	30
1. Complications des SDC .....	30
2. Durée d'hospitalisation .....	30
DISCUSSION.....	33
I. Profil épidémiologique .....	34
1. Fréquence .....	34
2. Age de la GMP .....	34
3. Origine géographique .....	35
4. Etat civil des parturientes .....	36
5. Niveau socio-économique .....	37
6. Suivi de la grossesse .....	38

II. Antécédents :.....	38
1. Médicaux :.....	38
2. Gynéco-obstétricaux :.....	40
III. Complications de l'antépartum :.....	41
1. Diabète gestationnel :.....	41
2. Pré-éclampsie :.....	42
3. Grossesse multiple :.....	43
4. Rupture prématurée des membranes :.....	44
5. Placenta praevia :.....	45
IV. Examen à l'admission :.....	46
1. Etat foetal :.....	46
2. Dilatation à l'admission :.....	47
V. Complications de l'intrapartum :.....	48
1. Présentations irrégulières :.....	48
2. Hématome rétro-placentaire :.....	49
3. Rupture utérine :.....	50
4. Procidence du cordon :.....	52
VI. Modalité d'accouchement :.....	53
1. Voie basse :.....	53
2. Manœuvres instrumentales :.....	54

3. Césarienne :.....	55
4. Délivrance :.....	56
5. Complications de la délivrance :.....	56
VII. Suites de couches :.....	59
VIII. Pronostic maternel :.....	60
1. Mortalité maternelle :.....	60
2. Morbidité maternelle :.....	62
IX. Pronostic foetal :.....	62
1. Sexe du nouveau-né :.....	62
2. Poids du nouveau-né :.....	63
2.1. Macrosomie :.....	64
2.2. Hypotrophie :.....	66
3. Post-maturité :.....	67
4. Prématurité :.....	68
5. Transfert en pédiatrie :.....	69
6. Mortalité périnatale :.....	70
CONCLUSION .....	74
ANNEXE .....	77
RESUMES .....	81
BIBLIOGRAPHIE .....	84

# INTRODUCTION

La définition de la grande multipare varie d'une étude à l'autre.

Pour Lacomme [1] : Ce sont des femmes plus ou moins âgées, ayant un passé pathologique et surtout dont l'utérus au cours des gestations antérieures, a acquis une laxité qui ne lui laisse pas de forme définie. C'est la caractéristique fondamentale de la grande multipare et c'est presque toujours ce caractère qui, plus que le nombre absolu de grossesses, définit obstétricalement la grande multipare. Certaines femmes sont ainsi des grandes multipares à la 4ème ou à la 5ème gestation. D'autres seulement à la 8ème ou à la 10ème. La qualité des tissus, ceux de la paroi abdominale et ceux de la paroi utérine, avance ou repousse donc le moment où la femme peut être qualifiée de grande multipare.

En pratique, ce critère anatomique est difficile à apprécier, c'est pourquoi la plupart des auteurs considèrent comme critère de base le nombre de parité, qui reste variable d'une série à une autre.

Selon l'International Federation of Gynecology & Obstetrics [2]:

La multipare est une femme dont la parité est entre 2 et 5.

La grande multipare est celle dont la parité est entre 5 et 9.

La très grande multipare est celle avec une parité au-delà de 10.

La grande multipare a été classiquement considérée comme une parturiente avec un bon pronostic obstétrical.

Pourtant, au cours du siècle précédent les auteurs lui attribuaient la mauvaise réputation de patiente à haut risque de mortalité et de morbidité maternelle et/ou fœtale.

En effet, à la grande multiparité s'ajoutent les conséquences de l'âge généralement plus élevé ainsi que le niveau socioculturel et économique globalement détérioré et par conséquent l'impact de ce niveau sur la qualité du suivi médical et des soins.

De ce fait, plusieurs auteurs remettent en question l'idée que l'accouchement chez la grande multipare –après contrôle de ces autres facteurs– soit de mauvais pronostic.

Cependant ces données émanent plutôt d'une impression clinique et d'études descriptives dont la méthodologie n'est pas toujours rigoureuse, notamment en ce qui concerne le contrôle des facteurs confondants.

A travers notre étude, ainsi qu'une série de littérature, nous essayerons d'approcher ce sujet, d'évaluer ensuite son retentissement sur le pronostic materno-fœtal, et de proposer certaines solutions pour réduire sa supposable nocivité.

Pour la commodité de notre étude, nous avons considéré comme [3] :

- Multipare :  $2 \leq \text{parité} \leq 4$
- Grande multipare :  $\text{parité} \geq 5$

PATIENTES

&

METHODES

## **I. Patientes :**

### **1. Type d'étude :**

Il s'agit d'une étude rétrospective cas-témoins.

Cas : grandes multipares = parité supérieure ou égale à 5.

Témoins : multipare = parité entre 2 et 4.

### **2. Population cible :**

Ce travail consiste à étudier les dossiers des grandes multipares (GMP) qui ont accouché au service de gynécologie obstétrique A, CHU Mohamed VI, sur une période de 6 mois.

Les résultats obtenus sont comparés à une population témoin de multipares, prélevée au cours de la même période.

Pour chaque groupe on a collecté un effectif de 200 patientes, soit 200 grandes multipares (GMP) et 200 multipares (MP), la taille globale est de 400 patientes.

## **II. Méthode d'étude :**

### **1. Collecte de données :**

La collecte de données s'est faite à partir des dossiers médicaux au service de gynécologie obstétrique A au CHU Mohamed VI par un seul enquêteur.

Le groupe témoin a été sélectionné en incluant, pour chaque dossier de GMP, le dossier de la MP hospitalisée juste après.

Les paramètres à étudier figurent sur une fiche d'exploitation (voir annexe) comme suit:

**1.1. Données épidémiologiques :**

L'âge maternel, origine géographique, statut marital, niveau socio-économique, suivi de la grossesse, âge gestationnel et antécédents, ces données seront étudiées comme paramètres de jugement puis contrôlés si nécessaire lors de l'étude des complications de la grossesse.

**1.2. Complications de l'antépartum :**

Diabète gestationnel, pré-éclampsie, éclampsie, rupture prématurée des membranes, utérus cicatriciel, anémie, placenta prævia, grossesse prolongée, grossesse multiple, mort fœtale in utéro, menace d'accouchement prématuré, modification de la quantité du liquide amniotique, infection uro-génitale.

**1.3. Examen à l'admission :**

Examen général : tension artérielle, température, poids, taille, labstix et œdème des membres inférieurs.

Examen obstétrical : bruits cardio-fœtaux, hauteur utérine, état du bassin, type de présentation, état du col, de la poche des eaux et aspect du liquide amniotique.

**1.4. Complication de l'intrapartum :**

Déroulement du travail, survenue d'hématome rétro-placentaire, de rupture utérine, de SFA, de dystocie ou de décès maternel.

**1.5. Modalités d'accouchement :**

Accouchement spontané, manœuvres instrumentales ou césariennes.

**1.6. Etat du nouveau-né :**

Poids, sexe, Apgar, prématurité, post-maturité, macrosomie, morbidité, transfert en pédiatrie et décès.

**1.7. Délivrance et suites de couches :**

Délivrance naturelle ou artificielle, révision utérine, hémorragie de la délivrance, suites de couches normales ou anormales, durée d'hospitalisation.

**2. Analyse des données :**

Pour l'étude statistique nous avons fait appel à deux types d'analyses :

- Analyse univariée : calcul de pourcentage, de moyennes des écart-types et des extrêmes (min/ max).

- Analyse bivariée : le test de Chi<sup>2</sup> a été utilisé pour comparaison des pourcentages.

- Analyse multivariée : analyse par régression logistique pour contrôle des variables dépendantes.

Le degré de signification a été fixé à 5 %, cette analyse a été effectuée sur le logiciel SPSS.

Nous estimons que certains facteurs confondants doivent être contrôlés, notamment l'âge, l'origine géographique, l'indice de masse corporelle et le suivi de la

grossesse; ainsi nous avons contrôlé ces facteurs en fonction des paramètres étudiés en utilisant la régression logistique.

La comparaison des deux groupes sera basée sur les critères suivants :

– Pronostic de la grossesse :

- Diabète gestationnel
- Pré-éclampsie
- Rupture prématurée des membranes

– Pronostic de l'accouchement :

- Manœuvres instrumentales
- Césarienne
- Hémorragie de la délivrance
- Mortalité maternelle

– Pronostic néonatal :

- Mortalité périnatale
- Pré maturité, hypotrophie
- Transfert en réanimation néonatale

# RESULTATS

## I. Profil épidémiologique :

### 1. Age :

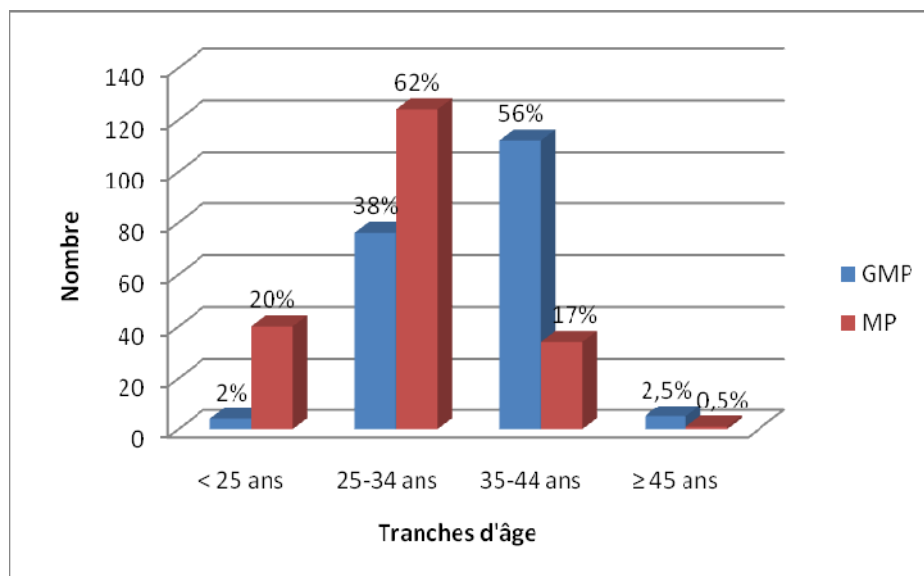
La répartition de l'âge selon la parité figure sur le tableau suivant (tableau I) :

**Tableau I : l'âge selon la parité.**

Age	Moyenne	Ecart-type	Degré de signification
GMP	35,68	4,88	p < 0,05
MP	29,59	5,52	

L'âge moyen maternel chez la grande multipare est plus élevé par rapport aux multipares avec une différence significative  $p < 0,05$ .

La répartition des deux groupes par tranche d'âge est représentée sur la figure suivante (Figure I) :

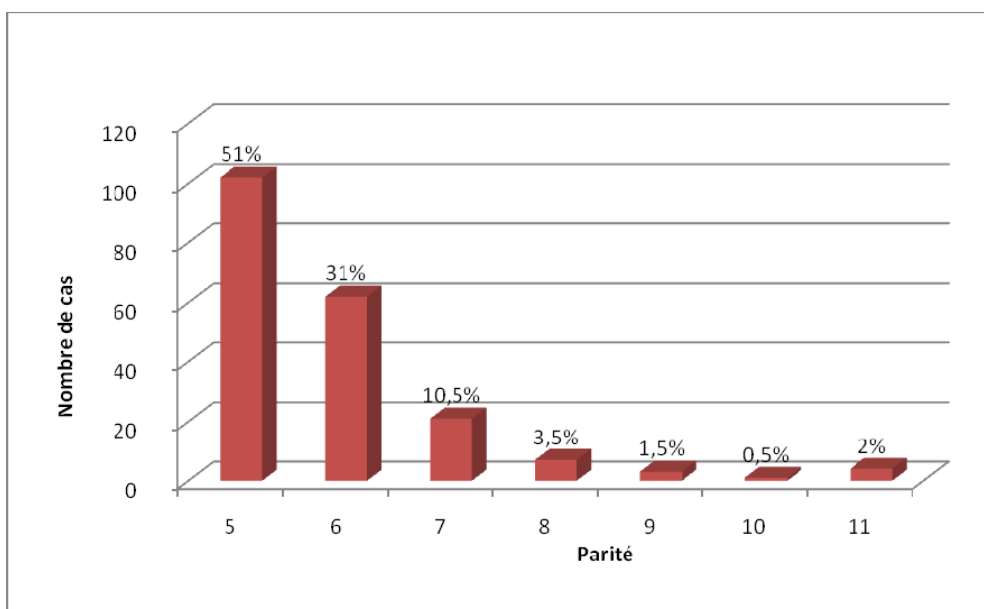


**Figure I : Répartition des parturientes par tranche d'âge.**

Le taux le plus élevé des GMP se trouve entre 35 et 44 ans, alors qu'il est entre 25 et 34 ans chez les multipares.

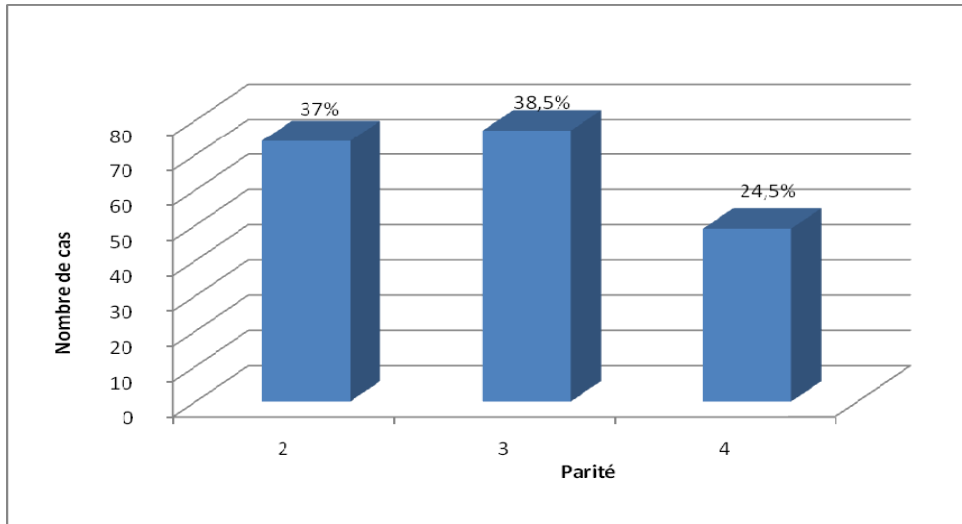
## 2. Parité :

Sur les 200 dossiers de GMP, on a eu 102 parturientes de 5 paires, 62 parturientes de 6 paires, 21 parturientes de 7 paires, 7 parturientes de 8 paires, 3 parturientes de 9 paires et 5 parturientes de parité au delà de 10 ; soit 5 très grandes multipares (Figure II).



**Figure II** : Répartition de la parité dans le groupe des GMP.

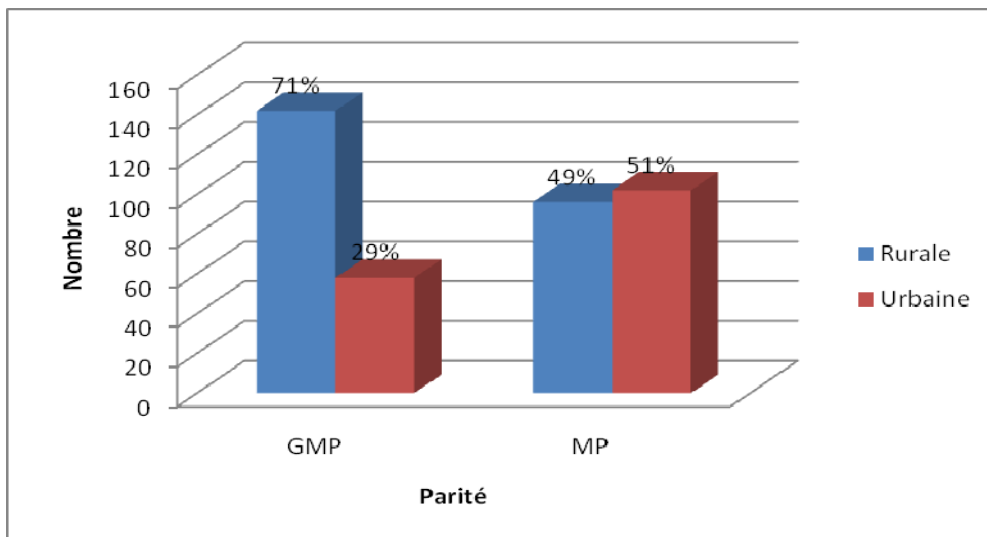
Dans le groupe témoin, on a eu 74 parturientes de 2 paires, 77 parturientes de 3 paires et 49 parturientes de 4 paires (Figure III).



**Figure III : Répartition de la parité dans le groupe témoin.**

### 3. Origine géographique :

La répartition des parturientes selon l'origine géographique est représentée sur la figure suivante (Figure IV) :



**Figure IV : Origine géographique selon la parité.**

La différence entre les deux groupes est significative,  $p \leq 0,01$ .

#### 4. Etat civil :

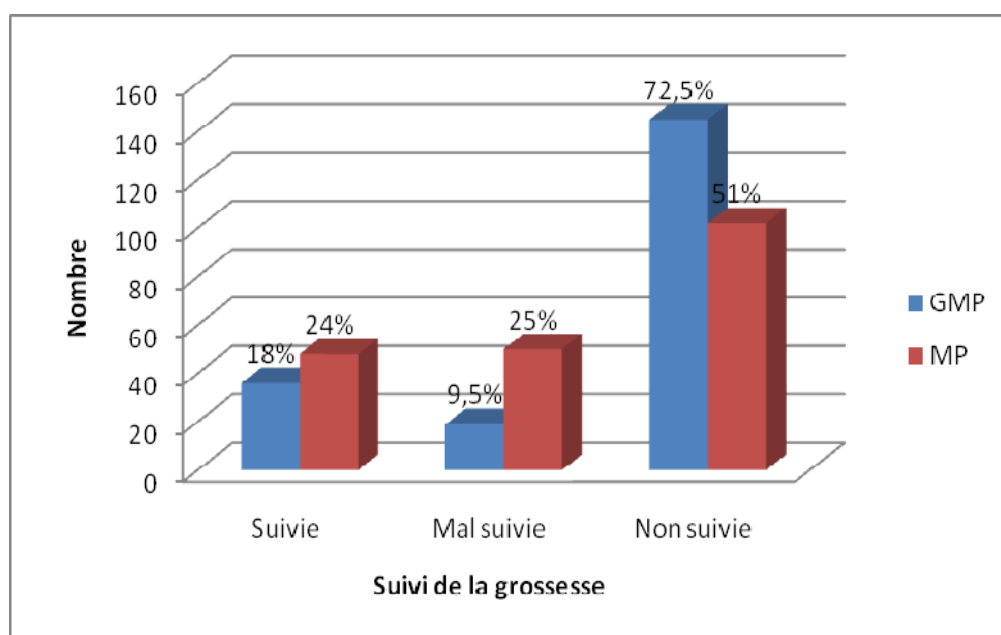
Toutes les GMP étaient des femmes mariées sauf une qui était veuve, 5 MP était célibataire soit 2,5%.

#### 5. Suivi de la grossesse :

Sur 200 dossiers de GMP, 36 (18%) ont été suivies au cours de leur grossesse.

Chez les MP, 48 ont eu une grossesse suivie, soit 24%.

La différence entre ces deux groupes est significative,  $p \leq 0,01$ .



**Figure V** : Suivi de la grossesse selon la parité.

#### 6. Antécédents :

##### 6.1. Médicaux :

Les antécédents médicaux chez les parturientes sont représentés sur le tableau suivant (tableau II). La différence entre les deux groupes est significative.

**Tableau II : Répartition des antécédents médicaux en fonction de la parité.**

Antécédents médicaux	GMP		MP		Degré de signification
	N	%	N	%	
Diabète	8	4	3	1,5	
Goitre	3	1,5	-	0	
Hypertension artérielle	3	1,5	2	1	
Cardiopathie	1	0,5	1	0,5	
Asthme	1	0,5	3	1,5	
Tuberculose	2	1	-	0	
Syphilis	1	0,5	-	0	
Total	19	9,5	9	4,5	

**6.2. Gynéco-obstétricaux :**

Les principaux antécédents gynéco-obstétricaux notés chez les deux groupes sont groupés dans le tableau ci-dessous (Tableau III) :

**Tableau III : Répartition des antécédents gynéco-obstétricaux en fonction de la parité.**

Antécédents gynéco-obstétricaux	GMP		MP		Degré de signification
	N	%	n	%	
Mort-né	20	10	4	2	p < 0,01
Avortement	37	18,5	34	17	p = 0,7
Césarienne	16	8	31	15,5	p = 0,02
MFIU	25	12,5	13	6,5	p = 0,04
Grossesse extra-utérine	1	0,5	1	0,5	NS

Les différences entre les deux groupes en ce qui concerne les antécédents de mort-né, de césarienne et de MFIU sont significatives.

**Tableau IV : Récapitulatif des caractéristiques des patientes en fonction de la parité.**

Caractéristiques des patientes		GMP	MP	Degré de signification
Moyenne d'âge		35,9±4,9	29,6±5,5	p ≤ 0,05
Origine géographique rurale		71% rurale	49% rurale	p ≤ 0,01
Etat civil		0 mariées	5 célibataires	-
% des grossesses suivies		27,5%	49%	p ≤ 0,01
Antécédents	Mort-né	10%	2%	p < 0,01
	Avortement	18,5%	17%	p = 0,7
	Césarienne	8%	15,5%	p = 0,02
	MFIU	12,5%	6,5%	p = 0,04

Par rapport aux MP, les GMP présentent significativement une moyenne d'âge plus avancée, un pourcentage plus élevé de patientes d'origine rurale avec des grossesses non suivies et des antécédents de mort-né et de MFIU.

## II. Complications de l'antépartum :

### 1. Diabète gestationnel :

Le diabète gestationnel a été retrouvé chez 7 GMP ce qui représente 3,6%, et chez 4 MP ce qui représente 2%.

La différence entre les groupes n'est pas significative, p = 0,36.

## 2. Pré-éclampsie :

Nous avons enregistré 21 cas de pré-éclampsie chez les GMP, contre 23 cas chez les MP (tableau V). La différence n'est pas significative.

**Tableau V** : Répartition de la pré-éclampsie en fonction de la parité.

	GMP	MP	Degré de signification
Nombre de cas	21	23	p = 0,75
%	10,6	11,6	

## 3. Grossesse multiple :

Neuf grossesses gémellaires ont été enregistrées chez les GMP c'est-à-dire 4,6% de l'échantillon, alors qu'il était de 3% chez la MP avec 6 grossesses gémellaires.

La différence entre les deux groupes n'est pas significative, p = 0,43.

## 4. Utérus cicatriciel :

Les utérus cicatriciel sont deux fois plus présents chez les GMP que chez les MP (Tableau VI).

La différence entre les deux groupes est significative, p < 0,01.

**Tableau VI** : Répartition des utérus cicatriciel en fonction de la parité.

	GMP	MP	Degré de signification
Nombre de cas	15	32	p < 0,01
%	7,6	16	

### 5. Rupture prématurée des membranes (RPM) :

Retrouvée dans 26 cas chez la GMP, soit 13% sans différence significative avec les MP,  $p = 0,66$ .

**Tableau VII: Répartition de l'RPM en fonction de la parité.**

	GMP	MP	Degré de signification
Nombre de cas	26	29	$p = 0,66$
%	13	14,4	

### 6. Placenta prævia :

Le placenta prævia a été noté dans 2 cas chez les GMP, soit 1%, le même nombre de cas a été observé chez les MP.

### 7. Anémie :

La numération formule sanguine a été effectuée chez 47 GMP et 50 MP.

L'anémie a été retenue sur une hémoglobine  $\leq$  à 10g / dl.

Retrouvée dans 10% chez les GMP, contre 7% chez les MP, la différence n'est pas significative,  $p = 0,14$  (tableau VIII).

**Tableau VIII : Répartition de l'anémie en fonction de la parité.**

	GMP	MP	Degré de signification
Nombre de cas	20	14	$p = 0,14$
%	10	7	

## 8. Mort fœtale in utéro (MFIU):

La MFIU a été signalée chez les GMP dans 21 cas (10,6%) contre 8 cas (4%) chez les MP. La différence est significative,  $p = 0,02$  (tableau IX).

**Tableau IX : Répartition des MFIU en fonction de la parité.**

	GMP	MP	Degré de signification
Nombre de cas	21	8	$p = 0,02$
%	10,6%	4%	

Nous avons contrôlé deux variables qui peuvent fausser l'interprétation des résultats, l'âge et le suivi de la grossesse (Tableau X).

**Tableau X : Contrôle des facteurs confondants dans la survenue de MFIU.**

Facteurs	Odds Ratio	IC à 95%	Degré de signification
Grande multiparité	2,5	0,95 - 6,64	$p = 0,06$
Age maternel	0,99	0,92 - 1,07	$p = 0,85$
Suivi de la grossesse	0,73	0,43 - 1,26	$p = 0,26$

La grande multipare est significativement plus exposée au risque de MFIU même après contrôle de l'âge maternel et du suivi de la grossesse.

## 9. Grossesse prolongée :

Notée dans 5 cas chez les GMP, soit 2,6% contre 7 cas chez les MP ; la différence entre les deux groupes n'est pas significative,  $p = 0,56$  (tableau XI).

**Tableau XI** : Répartition des grossesses prolongées en fonction de la parité.

	GMP	MP	Degré de signification
Nombre de cas	5	7	p = 0,56
%	2,6%	3,6%	

### 10. Anomalie du liquide amniotique :

L'oligoamnios a été noté chez 10 GMP (5%) ; le même nombre a été retrouvé chez les MP. Alors que l'hydramnios a été noté chez 6 GMP contre 3 chez les MP.

**Tableau XII** : Répartition des oligo et hydramnios en fonction de la parité.

	GMP	MP	Degré de signification
Oligoamnios	10(5%)	10(5%)	p = 1
Hydramnios	6(3%)	3(1,6%)	p = 0,31

La différence entre les deux groupes n'est pas significative.

**Tableau XIII** : Tableau récapitulatif des complications de l'antépartum.

Complications	GMP	MP	Degré de signification
Diabète gestationnel	3,6%	2%	p = 0,36
Pré-éclampsie	10,6%	11,6%	p = 0,75
Grossesse multiple	4,6%	3%	p = 0,43
Utérus cicatriciel	7,6%	16%	p < 0,01
RPM	13%	14,4%	p = 0,66
Placenta prævia	1%	1%	NS
Anémie	10%	7%	p = 0,14
MFIU	10,6%	4%	p = 0,02

Grossesse prolongée	2,6%	3,6%	p = 0,56
Oligoamnios	5%	5%	NS
Hydramnios	3%	1,6%	p = 0,31

### III. Examen à l'admission :

#### 1. Etat foetal :

Les battements cardiaques fœtaux (BCF) chez la GMP étaient (tableau XIV) :

- Audibles dans 179 cas, soit 89,5%.
- Inaudibles dans 21 cas, soit 10,5%.

**Tableau XIV** : BCF en fonction de la parité.

	GMP		MP	
	N	%	N	%
BCF négatifs	21	10,5	8	4
< à 120	9	4,5	3	1,5
De 120 à 160	165	82,5	177	88,5
> à 160	5	2,5	12	6

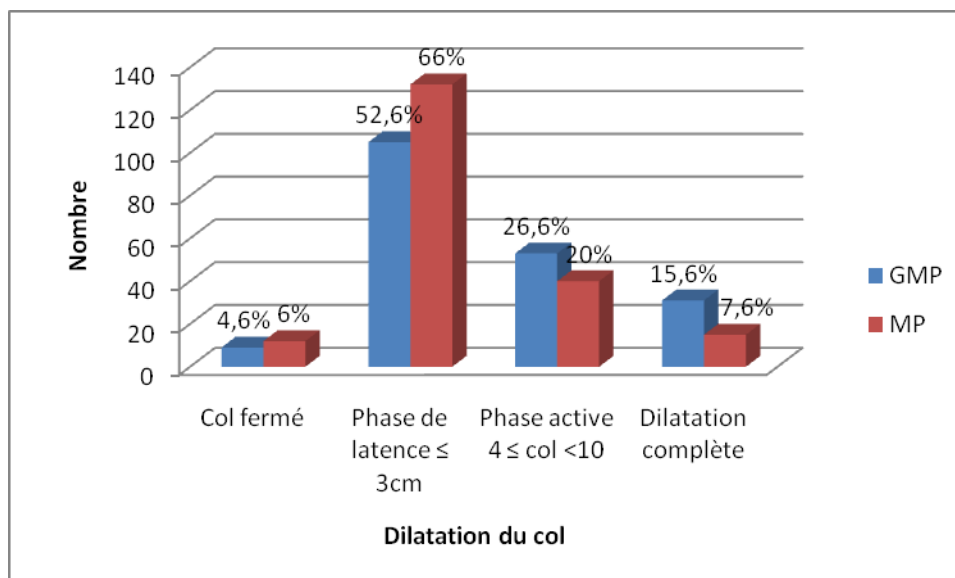
La différence des répartitions entre GMP et MP est significative, p < 0,01.

#### 2. Dilatation du col à l'admission :

Le toucher vaginal n'a pas été effectué dans 4 cas de placenta prævia, 2 GMP et 2 MP.

La dilatation moyenne de nos GMP est de 4,15 cm et 3,25 cm chez les MP.

La différence entre les deux groupes est très significative, p < 0,01 (Figure VI).



**Figure VI** : Répartition de la dilatation du col en fonction de la parité.

### 3. Présentations :

Précisées dans 199 dossiers de GMP et 197 dossiers de MP (tableau XV).

Le taux des présentations irrégulières chez la GMP est de 15,6% contre 6,2% chez la MP.

La différence est significative,  $p = 0,02$ .

**Tableau XV** : Répartition des présentations en fonction de la parité.

	GMP		MP		Degré de signification
	N	%	n	%	
Sommet	166	83%	187	93,6%	$p = 0,46$
Siège	22	11%	9	4,6%	$p = 0,02$
Transverse	5	2,6%	1	0,6%	$p = 0,1$
Céphalique défléchi	4	2%	2	1%	$p = 0,41$

En contrôlant le poids et la taille la différence est non significative avec  $p = 0,1$

(Tableau XVI).

**Tableau XVI : Contrôle des facteurs confondants dans la survenue des présentations irrégulières.**

Facteurs	Odds Ratio	IC à 95%	Degré de signification
Grande multiparité	2,5	0,83 - 7,55	$p = 0,1$
Poids	1	0,96 - 1,04	$p = 0,8$
Taille	0,97	0,88 - 1,04	$p = 0,6$

#### IV. Complications de l'intrapartum :

##### 1. Hématome rétro-placentaire (HRP) :

Retrouvé dans 3 cas chez la GMP, soit 1,6% sans différence significative avec les MP,  $p = 0,66$ .

##### 2. Rupture utérine :

Retrouvée dans 4 cas chez La GMP, soit 2% contre 1 seul cas (0,6%) chez la MP avec une différence non significative,  $p = 0,18$ .

##### 3. Procidence du cordon :

Notée dans 5 cas chez les GMP contre 2 cas chez les MP, avec une différence non significative,  $p = 0,25$ .

#### 4. Souffrance fœtale aigue (SFA) :

Recensée chez 17 cas de GMP, soit 8,6% contre 14 cas chez les MP, soit 7%.

La différence est non significative,  $p = 0,58$ .

**Tableau XVII : Répartition de la SFA en fonction de la parité.**

	GMP	MP	Degré de signification
Nombre de cas	17	14	$p = 0,58$
%	8,6	7	

#### V. Modalité d'accouchement :

##### 1. Accouchement par voie basse :

L'accouchement spontané par voie basse a été enregistré chez 159 GMP, soit 79,6% contre 169 MP soit 84,6%. L'épisiotomie a été effectuée chez 15 GMP et 37 MP.

La différence entre les deux groupes est significative,  $p < 0,01$ .

**Tableau XVIII : Répartition d'épisiotomies en fonction de la parité.**

	GMP	MP	Degré de signification
Nombre de cas	15	37	$p < 0,01$
%	7,6	18,6	

Les manœuvres instrumentales ont été utilisées dans 8 cas chez la GMP et 5 cas chez la MP et, avec une différence significative (tableau XIX).

**Tableau XIX : Manœuvres instrumentales utilisées en fonction de la parité.**

	GMP		MP		Degré de signification
	n	%	n	%	
Ventouse	4	2	0	0	$p \leq 0,05$
Forceps	4	2	5	2,6	$p = 0,74$
Total	8	4	5	2,6	

## 2. Césarienne :

Réalisée chez 40 GMP, soit 20% contre 31 cas chez les MP, soit 15,5%. La différence entre les deux groupes de parturientes est non significative,  $p = 0,24$ .

Les indications de césarienne chez nos parturientes étaient essentiellement faite par : souffrance fœtale aigue, utérus bi-cicatriciel, dilatation stationnaire et présentation de siège.

## 3. Délivrance :

Dans le groupe des GMP, la délivrance dirigée a été faite dans 153 cas, soit 76,6%. Alors que la délivrance artificielle a été notée dans 44 cas, soit 22,0%.

Les hémorragies de la délivrance ont été relevées chez 8 GMP, soit 4% ; la différence avec les MP n'est pas significative,  $p = 0,13$  (tableau XX).

**Tableau XX** : Délivrance et hémorragie de délivrance en fonction de la parité.

	GMP		MP		Degré de signification
	N	%	N	%	
Délivrance naturelle	5	2,6	8	4	p = 0,4
Délivrance dirigée	153	79	158	76,6	p = 0,55
Délivrance artificielle	44	22	36	18	p = 0,32
Hémorragie de la délivrance	8	4	3	1,6	p = 0,13

Les principales étiologies de l'hémorragie de la délivrance chez la GMP sont :

- Inertie utérine dans 5 cas.
- Rétention placentaire dans 2 cas.
- Rupture utérine dans 1 cas.

**Tableau XXI** : Tableau récapitulatif des complications de l'intrapartum.

Complications	GMP	MP	Degré de signification
HRP	1%	1,6%	p = 0,66
Rupture utérine	2%	0,6%	p = 0,18
Procidence du cordon	2,6%	1%	p = 0,25
SFA	8,6%	7%	p = 0,58
Hémorragie de la délivrance	4%	1,6%	p = 0,32

## VI. Etat du nouveau-né :

### 1. Sexe :

La répartition du sexe du nouveau-né figure sur le tableau suivant. La différence est non significative, p = 0,58 (Tableau XXII).

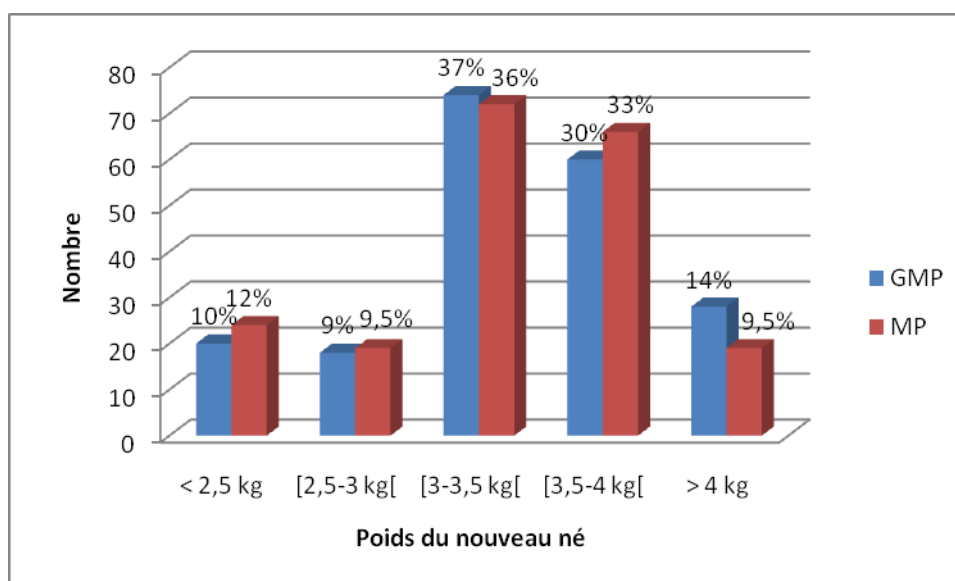
**Tableau XXII** : Répartition du sexe du nouveau-né selon la parité.

	GMP		MP		Degré de signification
	N	%	N	%	
Féminin	91	45,6	88	44	p = 0,86
Masculin	108	54	112	56	p = 0,83

## 2. Poids du nouveau-né :

La moyenne de poids du nouveau-né de la GMP est de 3 kg 354, alors qu'il est de 3 kg 292 chez la MP.

On a réparti les nouveau-nés chez les deux groupes par intervalle en fonction du poids de naissance (Figure VII).



**Figure VII** : Répartition des nouveau-nés selon le poids de naissance.

La majorité des nouveau-nés ont un poids de naissance entre 3 et 4 kg dans les deux groupes de parturientes.

Nous avons considéré comme macrosome tout nouveau-né dont le poids est  $\geq$  4kg pour le sexe masculin, et  $\geq$  3 kg 800 pour le sexe féminin.

Le taux de macrosomie chez la GMP est de 17% contre 14,5% chez la MP avec une différence non significative  $p = 0,75$ .

La fréquence du retard de croissance intra-utérin chez la GMP est de 6,6% contre 9% pour la MP, sans différence significative,  $p = 0,35$ .

**Tableau XXIII : Répartition de la macrosomie et du RCIU selon la parité.**

	GMP		MP		Degré de signification
	N	%	N	%	
Macrosomie	34	17%	29	14,5%	$p = 0,75$
Hypotrophie	13	6,6%	18	9%	$p = 0,35$

En contrôlant le poids maternel et l'antécédent de diabète il s'avère que seul le poids de la mère est impliqué dans la survenue de la macrosomie.

**Tableau XXIV : Contrôle des facteurs confondants dans la survenue de macrosomie.**

Facteurs	Odds Ratio	IC à 95%	Degré de signification
Grande multiparité	1,26	0,46 - 3,4	$p = 0,64$
Poids maternel	0,97	0,94 - 0,99	$p = 0,04$
ATCD de diabète	2,97	0,51 - 17,1	$p = 0,22$

### 3. Le score d'Apgar :

Nous avons réparti les nouveau-nés en fonction de l'Apgar en : nouveau-nés normaux (Apgar > 7), nouveau-nés souffrants ( $3 < \text{Apgar} \leq 7$ ) et ceux en détresse vitale (Apgar  $\leq 3$ ).

**Tableau XXV** : Etats des nouveau-nés à la naissance selon la parité.

	GMP	MP	Degré de signification
Nv-nés normaux	170 (85%)	188 (94%)	p = 0,49
Nv-nés souffrants	3 (1,6%)	2 (1%)	p = 0,66
Nv-nés en détresse vitale	27 (13,6%)	10 (5%)	p < 0,01

La différence entre les deux groupes est significative, p = 0,01.

### 4. Prématurité :

La prématurité a été notée chez 11 nouveau-nés de GMP contre 14 nouveau-nés de MP (5,6% vs 7,0%). La différence n'est pas significative, p = 0,34 (Tableau XXVI).

**Tableau XXVI** : Fréquence de la prématurité selon la parité.

	GMP	MP	Degré de signification
Nombre de cas	11	14	p = 0,34
%	5,6%	7%	

### 5. Post-maturité :

On a considéré comme post mature tout nouveau-né issu d'une grossesse prolongée c'est-à-dire au delà de 42 semaines d'aménorrhée (Tableau XXVII).

**Tableau XXVII** : Répartition de la post-maturité en fonction de la parité.

	GMP	MP	Degré de signification
Nombre de cas	5	7	p = 0,56
%	2,6%	3,6%	

La différence entre les deux groupes est non significative, p = 0,56.

## 6. Détresse respiratoire du nouveau-né (DRNN) :

Chez les nouveau-nés de la GMP, on a relevé 19 cas (9,6%) de DRNN contre 10 cas (5%) chez la MP, la différence entre les deux groupes est non significative, p = 0,09 (tableau XXVIII).

**Tableau XXVIII** : Répartition de la DRNN en fonction de la parité.

	GMP	MP	Degré de signification
Nombre de cas	19	10	p = 0,09
%	9,6%	5%	

## 7. Transfert en pédiatrie :

Dix-sept nouveau-nés ont été transférés en pédiatrie chez les GMP, soit 8,6% contre 12 cas dans le groupe des MP, soit 6%. Les étiologies principales sont la prématurité, la détresse respiratoire, l'infection néonatale et la souffrance néonatale.

La différence entre les deux groupes n'est pas significative, p = 0,34.

## 8. Mortalité périnatale :

La mortalité périnatale a été observée dans 29 cas chez la GMP (14,5%) contre 12 cas chez la MP (6%). La différence est significative,  $p < 0,01$ .

**Tableau XXIX** : Tableau récapitulatif des complications de néonatales.

Complications	GMP	MP	Degré de signification
Macrosomie	17%	14,5%	$p = 0,75$
Hypotrophie	6,6%	9%	$p = 0,35$
Prématurité	5,6%	7%	$p = 0,34$
Post-maturité	2,6%	3,6%	$p = 0,56$
DRNN	9,6%	5%	$p = 0,09$
Souffrance néonatale	13,6%	5%	$p < 0,01$
Transfert en pédiatrie	8,6%	6%	$p = 0,34$
Mortalité périnatale	14,5%	6%	$p < 0,01$

## VII. Suites de couches :

### 1. Complications des suites de couches :

Les suites de couches ont été anormales chez 12 GMP (6%) contre 7 MP (3,6%).

La différence entre les deux groupes est non significative,  $p = 0,24$ .

### 2. Durée d'hospitalisation :

La moyenne d'hospitalisation chez les GMP est 1,73 jours contre 1,8 jours chez les MP.

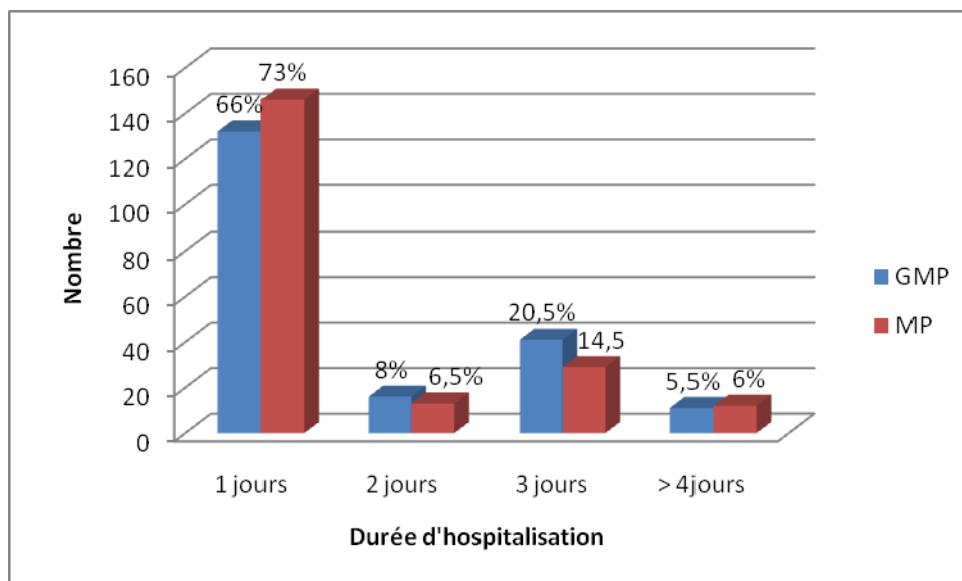
La majorité de des parturientes ont été hospitalisées pendant 1 jour pour les accouchements par voie basse et pendant 3 jours pour les accouchements par césarienne.

On a calculé la durée moyenne, l'écart-type, les durées extrêmes d'hospitalisation pour les deux groupes de parturientes (tableau XXX).

**Tableau XXX** : la durée d'hospitalisation selon la parité.

Durée	Moyenne	Ecart-type	Minimum	Maximum
MP	1,8	1,30	1	12
GMP	1,73	2,15	1	21

On a réparti les patientes selon la durée d'hospitalisation (Figure VIII).



**Figure VIII** : Durée d'hospitalisation selon la parité.

La différence des répartitions entre les GMP et les MP n'est pas significative  $p = 0,38$ .

**Tableau XXXI** : tableau récapitulatif des complications

	Complications	GMP	MP	Degré de signification
Complications de l'antépartum	Diabète gestationnel	3,6%	2%	p = 0,36
	Pré-éclampsie	10,6%	11,6%	p = 0,75
	Grossesse multiple	4,6%	3%	p = 0,43
	Utérus cicatriciel	7,6%	16%	p < 0,01
	RPM	13%	14,4%	p = 0,66
	Placenta prævia	1%	1%	NS
	Anémie	10%	7%	p = 0,14
	MFIU	10,6%	4%	p = 0,02
	Grossesse prolongée	2,6%	3,6%	p = 0,56
	Oligoamnios	5%	5%	NS
	Hydramnios	3%	1,6%	p = 0,31
Complications de l'intrapartum	HRP	1%	1,6%	p = 0,66
	Rupture utérine	2%	0,6%	p = 0,18
	Procidence du cordon	2,6%	1%	p = 0,25
	SFA	8,6%	7%	p = 0,58
	Hémorragie de la délivrance	4%	1,6%	p = 0,32
Complications néonatales	Macrosomie	17%	14,5%	p = 0,75
	Hypotrophie	6,6%	9%	p = 0,35
	Prématurité	5,6%	7%	p = 0,34
	Post-maturité	2,6%	3,6%	p = 0,56
	DRNN	9,6%	5%	p = 0,09
	Souffrance néonatale	13,6%	5%	p < 0,01
	Transfert en pédiatrie	8,6%	6%	p = 0,34
	Mortalité périnatale	14,5%	6%	p < 0,01

# DISCUSSION

## I. Profil épidémiologique :

### 1. Fréquence :

La grande parité se voit toujours avec une grande fréquence dans notre pays alors qu'elle est presque en voie de disparition en Europe ou aux USA.

Le tableau suivant montre la fréquence de la grande multiparité au Maroc et dans d'autres pays (tableau XXXII). La fréquence dans notre pays est de plus faible.

**Tableau XXXII : Fréquence de la grande multiparité.**

Auteur	Période	Pays	Fréquence (%)
Bouaouda [4]	1981	Maroc	15,7
Goldman [5]	1995	Israël	12,8
Benhamza [6]	2001	Maroc	2,57
Evaldson [7]	1985/1986	Arabie Saoudite	17,9
Roth [8]	1987/1989	France	21,5
Tounzi [9]	1997/1999	Maroc	4,6
Humphery [10]	1999/2001	Australie	4,1
Benettaib [11]	2000/2003	Maroc	3,3
Mikulandra [12]	1981/1991	Croatie	0,97

### 2. Age de la GMP :

La moyenne d'âge rapportée par la littérature est élevée, mais variable selon les auteurs :

-Humphrey [10] note un âge moyen de 32,4 ans.

-Roman [13] relève un âge moyen de 34,8 ans.

-Tounzi [9] a trouvé un âge moyen de 37,15 ans.

-Boustani [14] note un âge moyen de 37,45 ans.

-Kaplan [15] estime que l'âge moyen est de 35,98 ans.

-ELGherbi [16] a trouvé un âge moyen de 36,38 ans.

-Benettaib [11] et Benhamza [6], rapportent un âge moyen plus élevé que le nôtre avec une moyenne de 39,61 et 38,11 ans.

L'âge moyen de la GMP dans cette étude est de 35,68 ans contre 29,59 ans chez la MP avec une différence significative;  $p < 0,05$ .

La plus jeune des GMP a 22 ans, alors que la GMP la plus âgée a 46 ans.

Plus de la moitié des GMP (56%) ont un âge qui se situe entre 35 et 44 ans.

L'âge avancé des parturientes et la grande parité, constituent deux facteurs logiquement intriqués; contribuant ainsi dans le pronostic maternel et fœtal de l'accouchement [17].

Carolan [18], dans une revue de littérature entre 1978 et 2001; déduit qu'en éliminant les influences du style de vie, nous connaissons peu à propos des complications de l'accouchement chez la mère âgée.

### **3. Origine géographique :**

Benettaib [11] note que 67,8% des GMP sont d'origine urbaine et 32,2% d'origine rurale.

Boustani [14] rapporte que 55,93% des GMP sont des citadines et 44,07% des rurales.

Benhamza [6] signale que 45,28% sont d'origine urbaine, et 54,72% d'origine rurale.

Le taux des GMP d'origine rurale est de 71% versus 48% de MP.

Notre taux de GMP d'origine urbaine (29%), est plus faible que celui rapporté par la littérature;

La grande multiparité n'est pas l'apanage des rurales [4], ceci s'expliquerait par:

-l'exode rural de plus en plus croissant à en juger par l'accroissement des bidonvilles.

-l'urbanisation des zones autrefois considérées rurales.

Ezra [19] démontre que l'origine rurale ou urbaine n'influence en rien le pronostic obstétrical maternel chez les très grandes multipares et les multipares juives et arabes; la différence est non significative.

#### **4. Etat civil des parturientes :**

Ce critère social n'est spécifié que par Sendid [20] qui note 2 cas uniquement de GMP célibataire soit 0,9%, et Benettaib [11] qui rapporte lui aussi 2 cas (0,6%) chez la GMP contre 1,1% chez la MP et 9,72% chez la primipare.

Nous n'avons enregistré aucun cas de GMP célibataire contre 5 célibataires (2,5%) chez les MP.

## **5. Niveau socio-économique :**

La grande multiparité est majoritairement répandue dans les milieux sociaux défavorisés.

Lolis [21] rapporte dans son étude sur la GMP en Grèce, que 92% sont de bas niveau socio-économique contre 2,1% de niveau plus haut; le niveau socio-économique a été évalué en fonction de la profession du mari.

Zafar [22] note que la plupart des GMP sont issues d'un milieu très modeste, ceci explique leur faible accès aux soins prénataux et par conséquent la survenue de complications au cours de la grossesse et l'accouchement.

Mor-yosef [23] trouve que la GMP représente 21% dans le groupe de bas niveau socio-économique contre 3,8% dans le groupe de haut niveau socio-économique.

Bizrane [24], dans son travail, a étudié l'aspect social de la GMP dans la région du sud du Maroc ; la plupart des GMP proviennent des classes sociales très pauvres.

Babinski [2] trouve que sous des conditions socio-économiques satisfaisantes et des soins prénataux accessibles, la GMP ne sera plus considérée comme dangereuse.

King [25] signale qu'en dépit du bas niveau socio-économique, l'accessibilité aux moyens médicaux et aux soins obstétricaux certifie un excellent pronostic maternel et foetal.

## **6. Suivi de la grossesse :**

Dans notre série, 18% des GMP ont été suivies pendant la grossesse contre 24% des MP avec une différence significative ( $p \leq 0,01$ ).

Nos données sont comparables à celles de Tounzi [9] qui rapporte que 21,7% des GMP ont une grossesse suivie, Benettaib [11] note 24,5%, Toohey [26] 40%, Benhamza [6] 12,5% et Mikulandra [12] 14,2%.

Tandis que Roman [13] trouve que 5,5% des GMP ont eu une grossesse mal suivie contre 1,8% chez les multipares.

Cette surveillance négligée de la grossesse par les grandes multipares peut s'expliquer par le bas niveau socio-économique, l'analphabétisme, le déroulement des grossesses antérieures sans incidents et au manque d'éducation et d'information sanitaire surtout dans le milieu rural.

## **II. Les antécédents :**

### **1. Médicaux :**

Evaldson [7] note la fréquence élevée des maladies intercurrentes, particulièrement le diabète.

Roman [13] relève que 3% des GMP présente un diabète contre 1,9% sans différence significative ( $p = 0,58$ ).

Toohey [26] trouve que le diabète, l'hypertension artérielle et l'anémie surviennent de façon égale chez toute parturiente sans rapport avec la parité.

Mikulandra [12] rapporte une incidence significativement plus élevée de diabète gestationnel chez la GMP (4,1%) que chez la MP (2,3%).

Huges [27] attribue la forte incidence du diabète chez la GMP à l'âge maternel avancé, aux grossesses antérieures compliquées de diabète et aux antécédents familiaux de diabète.

Guenoun [28] trouve plutôt que le passé médical des GMP est moins chargé que celui des MP.

Dans notre série, le taux des antécédents médicaux chez la GMP (9,5%) est significativement plus élevé que celui de la MP (4,5%).

Les principales pathologies recensées sont : le diabète, le goitre, la tuberculose, l'asthme et l'hypertension artérielle. Nos résultats s'approchent de ceux cités par la littérature.

Il est certain que tous ces antécédents auraient une certaine influence sur la santé de la mère et de l'enfant, notamment le diabète gestationnel qui augmente le risque du diabète insulino-dépendant chez les femmes et rend le pronostic fœtal plus défavorable [29]. Mais ces risques peuvent être réduits par l'amélioration du dépistage et du suivi du diabète [30], certains auteurs [31,32] suggèrent même de déterminer et

d'agir précocement sur les caractéristiques prénatales susceptibles de donner un diabète à l'âge adulte.

## **2. Gynéco-obstétricaux :**

Dans notre série, les GMP ont un passé obstétrical chargé par rapport aux MP, avec respectivement 49,5% contre 41,5%, la différence est significative;  $p < 0,05$ .

L'antécédent de mortalité périnatale chez les GMP est de 22,5%, ce taux est moins élevé comparé à celui trouvé par Benettaib [11] qui rapporte 24,4%, Benhamza [6] 30,6% et Tounzi [9] 30,9%. Mais reste élevé par rapport à celui de Roman [13] 14,1%, Sendid 6,15% et Lagadec 4% [20,33].

Le taux d'avortement chez les GMP est de 18,5% contre 17% chez les MP. Notre taux d'antécédents abortifs rejoint celui de Roman [13] 9,8%, Mikulandra [12] 16,9%, Fahmi [34] 15% et ELGherbi [16] 16,7%, mais il est moins élevé, comparé à ceux rapportés par ; Sendid [20] qui note 62,25%, Bizrane [24] 65,25% et Tounzi [9] 32%.

Selon Tessarolo [35], cette fréquence élevée des avortements s'explique par des modifications structurales de l'utérus, par les causes génétiques associées à l'âge avancé de la GMP, les conditions sociales et sanitaires défavorables et la faible utilisation des moyens contraceptifs.

Par ailleurs, le taux d'antécédent de césarienne dans notre série est moins élevé chez la GMP (8%) que chez la MP (15,5%).

Nous rejoignons Roman [13], Benettaib [11] et Tounzi [9] qui relèvent respectivement 12,4%, 5,3% et 8,52% chez les GMP, contre 11,1%, 15,3% et 16,74% chez les MP. Alors que Benhamza [6] trouve le même taux chez les deux groupes.

### **III. Complications de l'antépartum :**

#### **1. Diabète gestationnel :**

Le diabète gestationnel a été retrouvé chez 7 GMP ce qui représente 3,6% dans notre série.

Evaldson [7] note la fréquence élevée du diabète chez la GMP.

Roman [13] rapporte que 3% des GMP présente un diabète contre 1,9% des MP sans différence significative ( $p = 0,58$ ).

Toohey [26] rapporte que le diabète survient de façon égale chez toute parturiente sans rapport avec la parité.

Mikulandra [12] rapporte une incidence significativement plus élevée de diabète gestationnel chez la GMP (4,1%) que chez la multipare (2,3%).

Huges [27] attribue la forte incidence du diabète chez la GMP à l'âge maternel avancé, aux grossesses antérieures compliquées de diabète et aux antécédents familiaux de diabète.

Le rôle étiologique de la grande multiparité dans la genèse du diabète est une notion classique, néanmoins, l'âge avancé et la prédisposition génétique sont aussi des facteurs favorisants.

Le diabète gestationnel augmente le risque du diabète insulino-dépendant chez les femmes et rend le pronostic fœtal plus défavorable [29]. Mais ces risques peuvent être réduits par l'amélioration du dépistage et du suivi du diabète [30], certains auteurs [31,32] suggèrent même de déterminer et d'agir précocement sur les caractéristiques prénatales susceptibles de donner un diabète à l'âge adulte.

## 2. Pré-éclampsie :

Dans notre série, nous avons enregistré 10,6% de pré-éclampsiques chez les GMP, contre 11,6% chez les MP avec une différence non significative ( $p = 0,75$ ).

Notre taux de pré-éclampsie est élevé, comparé à ceux rapportés par la littérature (tableau XXXIII) :

**Tableau XXXIII** : Taux de pré-éclampsie chez la GMP.

Auteur	Fréquence (%)
Babinski (USA) [2]	6,4
Tounzi (Maroc) [9]	12,56
Benettaib (Maroc) [11]	22,9
ELGherbi (Maroc) [16]	6,25
Tessarolo (Italie) [35]	8,3
Notre série	10,6

Malgré cette fréquence variée, d'une série à l'autre, on retrouve une notion principale admise par la majorité des auteurs [8, 17, 36, 37, 38], qui lie la grande parité au risque accru de survenu de pré-éclampsie et qui expliquent cette incidence élevée de la pré-éclampsie chez les GMP par l'âge élevé de ces parturientes et le remaniement trophoblastique inadéquat de la vascularisation utérine maternelle et l'absence de physiologie normale des artères spirales dues aux grossesses multiples.

Alors que Tounzi [9], rapporte initialement que les GMP font significativement plus de pré-éclampsie que les MP, et après le contrôle de l'âge, les MP s'avèrent plus exposées à la pré-éclampsie ; la différence est significative.

Juntunen [37] note que les consultations prénatales et les soins médicaux accessibles peuvent réduire le risque de pré-éclampsie.

### **3. Grossesse multiple :**

Globalement la littérature rapporte que la grande parité augmente le risque des grossesses multiples, ainsi :

Fahmi [34] rapporte que l'incidence des grossesses multiples est plus élevée chez la GMP que chez la MP (1,5% vs 1%).

Guenoun [28] rapporte 2,3% chez la GMP contre 2,6% chez la MP et 1% chez la primipare.

Goldman [5] note que les grossesses multiples sont plus fréquentes chez la GMP que chez les autres groupes de parturientes (9% vs 8,6% et 8,2%).

Benettaib [11] trouve que la MP a significativement plus de grossesse gémellaire (3,9%) que la GMP (2,8%) et la primipare (0,8%).

ELGherbi [16] rapporte 5,95% chez la GMP et 3,66% chez la parturiente à faible parité.

Benhamza [6] rapporte 3,9% de grossesse gémellaire chez la GMP contre 3,9% chez la MP et 1,95% chez la primipare, mais la différence entre elles est non significative.

Nous avons relevé 9 cas de grossesse gémellaire chez les GMP, soit 4,6% contre 3% chez les MP sans différence significative.

#### **4. Rupture prématurée des membranes (RPM) :**

Pour la plupart des auteurs, la RPM survient plus fréquemment chez la GMP que chez les parturientes de faible parité.

Maymon [17] trouve 3,2% chez la GMP et 4,4% chez la très GMP ; la différence est significative.

Mikulandra [12] note 17,7% de RPM chez la GMP et 13,4% chez la MP ; la différence est significative.

Tounzi [9] rapporte un taux de 6,82% chez la GMP et 4,34% chez la MP ; la différence est limite.

Tessarolo [35] rapporte un taux de 17,8% chez la GMP et 4,4% chez la parturiente de faible parité.

Fuchs [39] note que la RPM est deux fois plus fréquente chez la GMP que chez la MP (0,5% contre 0,28%).

Makbib [40] trouve que la RPM complique 23,9% des grossesses des primipares et 6,5% de celles des MP.

Dans notre série, le taux de RPM chez nos GMP est de 13% contre 14,4% chez les MP, sans différence significative.

## 5. Placenta prævia :

Comme plusieurs auteurs [9, 11, 13, 19, 36, 41, 42] nous n'avons pas trouvé de différence significative entre les deux groupes à parité différente.

Alors que d'autres [2, 5, 6, 8, 17, 39] approuvent que l'incidence du placenta prævia augmente avec la parité.

Notre taux reste relativement bas pour la littérature (tableau XXXIV) :

**Tableau XXXIV** : Incidence du placenta prævia chez la GMP.

Auteurs	Fréquence (%)
Babinski [2]	2,2
Roth [8]	1,19
Tounzi [9]	3,41
Roman [13]	1,1
ELGherbi [16]	1,83
Notre série	1

Dans cette étude, le placenta prævia a été enregistré chez 1% des GMP et 1% des MP, sans différence entre les deux groupes.

Les facteurs prédisposant au placenta prævia sont nombreux; la femme multigeste avec des antécédents d'avortements et des cicatrices utérines (myomectomie, cure de synéchie ou césarienne) qui augmentent sa fréquence du fait d'une implantation préférentielle de l'œuf sur l'endomètre endommagé. D'autres facteurs ont été incriminés tels que la notion d'une insertion basse antérieure, les grossesses multiples, les malformations utérines, les fibromes sous muqueux et l'adénomyose [44, 45, 46].

#### **IV. L'examen à l'admission :**

##### **1. Etat fœtal :**

Benettaib [11], Tounzi [9] et Boustani [14] relèvent des taux de MFIU respectifs de 8,3%, 7,28% et 7,6%.

ELGherbi [16] note 10,74% et Benhamza [6] note 11,2%.

Evaldson [7] rapporte que la GMP a significativement plus de MFIU que la MP et la primipare.

Dans cette étude, nous avons relevé des BCF négatifs avec activité cardiaque négative à l'échographie obstétricale chez 10,5% des GMP, contre 4% chez les MP.

Le taux de MFIU chez les GMP dans notre série est élevé, comparé à ceux de la plupart des auteurs et rejoint le taux d'ELGherbi.

## **2. Dilatation à l'admission :**

Nos résultats rejoignent ceux de la littérature :

Tounzi [9] trouve une dilatation moyenne de 4,64 cm chez la GMP contre 4,34 cm chez les MP.

Roth [8] note une dilatation moyenne de 4,84 cm chez la GMP.

Sendid [20] rapporte que 55% des GMP avaient une dilatation très avancée entre 6 et 9 cm, 34% entre 3-6 cm et 11% au début du travail.

Benettaib [11] relève une dilatation moyenne de 3,96 cm, contre 3,75 cm chez la MP et 3,67 cm chez la primipare et note 10,4% d'accouchement à l'admission chez les GMP.

Benhamza [6], rapporte que la dilatation moyenne de la GMP ; dans sa série, est de 5,2cm, qu'elle est avancée autant que 22,8% se sont présentées à l'admission à dilatation complète.

Babinski [2] rapporte un taux de maturité du col chez 3,5% des GMP, contre 5,3% des très GMP : la différence est non significative.

La dilatation cervicale moyenne de la GMP dans notre série est de 4,15 cm, contre 3,25 cm chez la MP avec une différence très significative ( $p \leq 0,01$ ).

Nous avons trouvé que 26,6% des GMP se sont présentées à l'admission en phase active et 15,6% à dilatation complète.

En fait, la parité associée à des modifications physiologiques confère à la dilatation cervicale et à l'accouchement une certaine efficacité [48,49]. Cependant, avec une parité élevée, les changements pathologiques de l'utérus rendent sa paroi plus fragile et plus pauvre en fibres élastiques [50]. Quand la parité dépasse 4, le travail ralentit ; cette lente progression du travail au-delà de 4 cm de dilatation ne doit pas être considérée anormale chez la GMP ; vraisemblablement, elle reste en phase de latence jusqu'à ce qu'elle atteigne 6 cm de dilatation. Mais nous ne devons pas nous attendre à une phase active plus rapide que celle des MP [51].

## **V. Complications de l'intrapartum :**

### **1. Présentations irrégulières :**

Dans notre étude, ainsi que pour les autres auteurs, les présentations irrégulières sont dominées par les présentations de siège. La littérature rapporte des taux très variés (tableau XXXV).

**Tableau XXXV** : Fréquence des présentations irrégulières chez la GMP.

Auteur	Siège	Transverse	Face	Front
Benhamza [6]	2,5*	2,77*	0,55**	1,99*
Evaldson [7]	4**	1,3*	0,9**	0,9**
Roth [8]	2,15**	0,95*	0	0
Tounzi [9]	15,65*	2,01**	1,08**	0,93**
Benettaib [11]	13,9*	0,3**	0**	0,3**
Fuchs [39]	7,03*	0,41*	0,28*	0,5*
Notre série	11*	2,6*	1**	1**

(\*) Différence significative. (\*\*) Différence non significative.

Dans notre série, la fréquence totale des présentations irrégulières est de 15,6% chez les GMP contre 6,2% chez les MP avec une différence significative.

Cette incidence élevée des présentations irrégulières peut être expliquée par la grande élasticité de l'utérus chez la GMP et sa capacité qui augmente lors des grossesses répétées.

## **2. Hématome rétro-placentaire (HRP) :**

Complication sévère de la grossesse, l'HRP est le décollement prématuré d'un placenta normalement inséré. Nous avons noté 3 cas chez les GMP, soit 1,6% contre 1% chez les MP. La différence est non significative.

Nos résultats rejoignent ceux des auteurs suivants, qui ne trouvent pas de différence significative entre GMP et MP en matière d'HRP :

Toohey [26] rapporte un taux de 1,8% chez la GMP et 1% chez la primipare.

Benettaib [11], Tounzi [9] et Babinski [2] notent respectivement 0,83%, 2,01% et 0% chez la GMP, contre 0,83%, 1,08% et 1% chez la MP.

Par ailleurs, plusieurs auteurs [14, 16, 52, 53, 54] rapportent que le risque de survenue de l'HRP augmente avec la parité :

Pritchard [54] rapporte que le risque de présenter un HRP est six fois plus grand chez la 7ème parité que la primipare.

Getin [55] note que la fréquence d'HRP augmente avec l'âge avancé et la multiparité, et que la parité n'intervient qu'en fonction de l'âge.

Alors que, Traorendiaye [56] rapporte que les GMP ont 8 fois plus de risque de présenter un HRP indépendamment de l'âge.

La survenue de l'HRP sur une RPM est fréquente mais l'étiopathogénie est encore obscure, la souffrance fœtale est dans ce cas majorée [57].

### **3. Rupture utérine :**

Définit comme étant une solution de continuité complète ou incomplète de l'utérus, due à l'existence d'un facteur de fragilisation et/ou d'une tension excessive exercée sur cette paroi.

La littérature rapporte des taux relativement élevés par rapport aux nôtres :

Guenoun [28] note 3 cas de rupture utérine, soit un taux de 1%.

Tounzi [9] rapporte un taux de 1,7% chez la GMP contre 0,93% chez la MP, sans différence significative.

Benhamza [6] trouve que la GMP fait significativement plus de rupture utérine que la MP avec une fréquence de 5,56% contre 1,11%.

Benettaib [11] rapporte un taux de 0,6% chez la GMP et la MP contre 0% chez la primipare, sans différence significative.

Bouaouda [4] rapporte un taux de 0,5% chez la GMP, contre 1 cas chez la MP.

Nous avons relevé, au cours de notre étude, 4 cas (2%) de rupture utérine chez les GMP et 1 seul cas (0,6%) chez la MP. La différence est non significative.

Pour ces 4 GMP, la rupture utérine est survenue après :

- 2 Disproportion Fœto-pelvienne avec macrosomie suite à une tentative d'accouchement à domicile.

- Utérus cicatriciel chez deux GMP admises en phase avancée du travail.

Dans les 4 cas, les GMP ont donné naissance à des mort-nés.

Plusieurs facteurs ont une influence sur la survenue d'une rupture utérine, soit directement, soit indirectement, bien plus, les éléments peuvent s'intriquer, s'additionner et s'induire mutuellement, augmentant ainsi les risques de rupture [20].

La plupart des auteurs [59, 60, 61, 62, 63], considèrent que la grande multiparité est un facteur favorisant principal de survenue de rupture utérine. En effet, par le biais des grossesses répétées et rapprochées, l'utérus de la GMP se fragilise par altération des tissus élastiques et connaît une dégénérescence graisseuse, hyaline ou

fibreuse des fibres musculaires lisses avec altération vasculaire, surtout du segment inférieur favorisant ainsi la rupture de l'utérus au cours du travail [14].

L'utérus cicatriciel constitue un facteur de risque de survenue de ruptures utérines, notamment au moment de l'accouchement. Abbassi [59] trouve que le taux des ruptures utérines sur utérus cicatriciel varie entre 20 et 60%. L'âge de plus de 30 ans, est aussi un facteur de risque de rupture utérine [64].

D'autre part, le niveau socio-économique prend toute son ampleur dans l'incidence élevée de rupture utérine dans les pays en voie de développement. Ainsi, il est relevé que 60 à 70% des ruptures utérines en Afrique s'observent chez les femmes de classe économiquement faible à cause des carences nutritionnelles, d'épuisement physique, d'anémie, d'ignorance et du bas niveau sanitaire [65].

Nous concluons de notre part que les ruptures utérines constituent une complication obstétricale redoutable mais évitable. D'où la nécessité de :

La surveillance rigoureuse de la grossesse et du travail.

La formation du personnel médical et paramédical.

La sensibilisation des parturientes au rôle des consultations prénatales dans le dépistage et la prévention des facteurs de risques.

Une meilleure infrastructure sanitaire et sociale bien pour une bonne prise en charge de l'accouchement.

#### 4. Procidence du cordon :

Nous rejoignons Benettaib [11] Tounzi [9], Goldman [5] et Roth [8], qui notent que la GMP n'est significativement pas plus prédisposée à cette complication que les MP ; leurs taux respectifs sont 0,6%, 2,63%, 2,2% et 0,48% contre 0,8%, 1,55%, 2% et 0,34%. Goldman a aussi comparé ce taux (2,2%) avec celui des primipares (1,9%) et n'a pas trouvé de différence significative.

Dans notre série, la GMP n'est pas significativement prédisposée à la survenue de la procidence du cordon (2,6%) que les MP (1%).

Alors que certains auteurs comme Benhamza [6] et Guenoun [28], trouvent que la grande multiparité est un facteur majorant la survenue de la procidence du cordon, avec des taux respectifs de : (1,94% GMP contre 0,56% MP et 0,28% primipare), (1,32% GMP contre 1% MP et 0,3% primipare), Fuchs [39] trouve une fréquence de 0,21% chez les GMP contre 0,16% chez les MP. Cela s'explique par :

Le retard d'engagement de la présentation qui ne se fait que vers la fin de la 2ème phase du travail.

Le muscle utérin est hypotonique chez la GMP.

L'ampliation du segment inférieur est imparfaite et ne coiffe pas étroitement la présentation, l'amniotomie doit donc être réalisée avec extrême prudence [34].

L'amincissement des muscles grands droits favorisant l'antéversion utérine et entraînant avec elle la présentation [66].

## **VI. Modalité d'accouchement :**

### **1. Voie basse :**

Les auteurs, presque à l'unanimité, évoquent que la GMP a plus tendance à accoucher par voie basse que la MP [4, 6, 9, 10, 12, 16].

Ce n'est pas le cas dans notre étude puisque 79,6% des GMP ont accouché par voie basse contre 84,6% des MP avec une différence non significative, cela peut être expliqué par le nombre élevé d'indications fœtales de césarienne.

### **2. Les manœuvres instrumentales :**

Bouaouda [4] note que l'extraction instrumentale a été faite chez 11,16% des GMP, contre 12,86 chez les MP et 39,17% chez les primipares, la différence est significative.

Babinski [2] relève l'utilisation du forceps chez 4,1% de GMP contre 10,9% de multipare.

Roman [13] rapporte un taux de 2,2% chez la GMP contre 6,9% chez la MP. La différence est significative ( $p < 0,01$ ).

Roth [8] rapporte un taux de 3,58% chez la GMP et 6,25% chez la MP.

Benettaib [11] note une fréquence de 4,1% chez la GMP contre 9,7% chez la MP et 30,6% chez la primipare, avec une différence significative.

Dans notre série, la GMP a significativement plus eu recours aux manœuvres instrumentales que la MP avec respectivement 4% et 2,6%.

### 3. La césarienne :

Pour certains auteurs [2, 8, 9, 11, 26, 67], le taux de césarienne est moins élevé chez les GMP que chez les autres parturientes, mais la différence n'est pas significative. Alors que d'autres, comme Maymon [17], Benhamza [6] et ELGherbi [16] trouvent un taux plus élevé chez la GMP.

Wahl [68] note que la pratique de la césarienne diminue avec la parité élevée.

La fréquence de la césarienne chez la GMP varie selon les auteurs (tableau XXXVI).

**Tableau XXXVI : Taux de césarienne chez la GMP.**

Auteur	Taux de césarienne (%)
Roth [8] (France)	8,11
Tounzi [9] (Maroc)	14,41
Benettaib [11] (Maroc)	23,89
Roman [13] (Ile de Réunion)	18,8
Maymon [17] (Israel)	10,4
Toohey [26] (USA)	14
Abu Heija [36] (Jordanie)	20,6
Notre série	20

Le taux de césarienne chez les GMP est de 20% contre 15,6% chez les MP; la différence est non significative.

Nous rejoignons Babinski [2], Tounzi [9] et Toohey [26] pour dire que la pratique de la césarienne chez la GMP est aussi fréquente que chez la MP sans différence significative.

Les principales indications de césariennes dans notre série sont représentées par la SFA (2,5%), l'utérus multi-cicatriciel (2%) et la dilatation stationnaire (2%).

#### **4. Délivrance :**

Chez les GMP dans notre étude, la délivrance dirigée a été faite dans 153 cas, soit 76,6%. Alors que la délivrance artificielle a été notée dans 44 cas, soit 22%.

Les hémorragies de la délivrance ont été relevées chez 8 GMP, soit 4% ; la différence avec les MP n'est pas significative ( $p = 0,13$ ).

#### **5. Complications de la délivrance :**

Dans notre série, l'accouchement chez la GMP, s'est compliqué d'hémorragie de la délivrance dans 8 cas, les principales étiologies étaient : l'inertie utérine dans 5 cas, la rétention placentaire dans 2 cas, et la rupture utérine dans 1 cas.

Pahlavan [70] trouve que l'atonie utérine est la cause de 50% des hémorragies de la délivrance et que cette atonie résulte d'une diminution de la contractilité utérine suite aux grossesses répétées.

Nous rejoignons la plupart des auteurs qui s'accordent sur la fréquence élevée de cette complication chez la GMP, ceci s'explique par la mauvaise qualité du myomètre et l'épuisement de ce muscle à l'origine de l'inertie utérine et également par la fréquence des rétentions placentaires [34].

Evaldson [7] rapporte un taux d'hémorragie de la délivrance de 6,3% chez la GMP, 5,8% chez la MP et 2,8% chez les primipares avec des différences significatives.

Fuchs [39] rapporte que l'hémorragie par inertie utérine est quatre fois plus fréquente dans le groupe des GMP.

Babinski [2] note une augmentation significative de l'incidence de l'hémorragie de la délivrance chez les GMP, par rapport aux MP (1,9% contre 0,3%) avec  $p = 0,001$ .

Benhamza [6] rapporte un taux de 3,61% d'hémorragie de la délivrance chez les GMP, 1,38% chez les MP et les primipares. Les différences sont significatives.

Maymon [17] rapporte une fréquence de 0,4% chez la GMP contre 0,7% chez la très GMP, avec une différence significative  $p < 0,05$ .

Benettaib [11] rapporte un taux de 8,4% chez les GMP contre 1,7% chez les MP et 0,6% chez les primipares, la différence est significative.

Par ailleurs, certains auteurs rapportent des résultats tout à fait différents :

Humphrey [10], trouve au début que la GMP a significativement plus de risque d'hémorragie de la délivrance et de rétention placentaire que le groupe de faible parité. Mais après une analyse multi-variée, cette différence devient non significative. Il a expliqué cela par l'effet des variables confondantes chez la GMP, tel l'âge avancé, l'origine ethnique, le passé pathologique, les antécédents de césarienne, l'usage de tabac et alcool, le déclenchement du travail et l'âge gestationnel.

Roth [8] rapporte un taux de 0,96% chez la GMP contre 2,05% chez la MP et 2,22% chez la primipare avec une différence non significative.

Roman [13] rapporte un taux de 0,81% chez la GMP contre 1,3% chez la MP sans différence significative ( $p = 0,57$ ). Il explique cette faible incidence par l'application de la délivrance dirigée.

Rizk [71] dans son étude, n'a enregistré aucun cas d'hémorragie de la délivrance.

Quoiqu'il en soit réellement, l'hémorragie de la délivrance est un grand risque qui doit être évalué pour chaque patiente (surtout GMP), afin de prendre les mesures nécessaires et lui assurer des soins adaptés.

Au total les résultats sont discordants et peuvent être expliquées par les différences méthodologiques, le contrôle des variables confondantes montre qu'il n'y a pas de différence significative en terme de survenue d'hémorragie de la délivrance chez la GMP par rapport à la MP.

## VII. Suites de couches :

Nous n'avons pas pu étudier les suites de couches car la durée d'hospitalisation était courte pour la plupart de nos patientes.

Evaldson [7] rapporte que la fréquence d'infection utérine chez la GMP est de 5,8%, 2,3% chez la MP et chez la primipare.

Boughaba [72] rapporte une fréquence de 3% d'endométrite du post-partum chez la GMP.

Bizrane [24] retrouve 3 infections puerpérales et 3 cas de surinfections de la paroi avec lâchage des sutures chez des femmes ayant subi une césarienne.

Benhamza [6], observe une fréquence de l'endométrite du post-partum de 6,11% chez la GMP contre 2,5% chez les MP et 3,33% chez les primipares.

Guenoun [28] rapporte 7 infections puerpérales soit 2,3% chez la GMP.

La fréquence accrue de l'endométrite du post-partum chez la GMP peut être expliqué par un travail plus long et un taux de RPM plus élevé [6].

Or, ces deux facteurs ne sont pas significativement liés à la grande multiparité dans beaucoup de série, y compris dans la nôtre, et Babinski [2] affirme qu'à défaut de conditions socio-économiques satisfaisantes et de soins médicaux modernes, la GMP

représente un facteur de risque de la survenue d'infection du post-partum. Il trouve la même incidence de cette infection chez la MP.

## **VIII. Pronostic maternel :**

### **1. Mortalité maternelle :**

Selon l'O.M.S [73], la mortalité maternelle est "le décès d'une femme survenant au cours de la grossesse, ou dans un délai de 42 jours après sa terminaison qu'elle qu'en soit la durée ou la localisation, pour une cause quelconque déterminée ou aggravée par la grossesse ou les soins qu'elle a motivés mais ni accidentelle, ni fortuite".

La dimension de la mortalité maternelle est variable de part le monde et ses disparités sont plus prononcées que pour la mortalité infantile.

Les causes obstétricales varient en fonction de l'appartenance géographique et le niveau socio-économique. Dans les pays en voie de développement : les infections, les dystocies, les ruptures utérines et les hémorragies demeurent les causes les plus fréquentes.

Les facteurs de risque déjà identifiés sont :

Les âges extrêmes, l'âge > 35 ans multiplie à lui seul par 4 le risque de décès.

Le nombre élevé de grossesse et leur rapprochement.

Le bas niveau socio-économique et l'instruction, chez les femmes.

La qualité des soins [34].

Plusieurs auteurs rapportent la grande multiparité comme étant un facteur de risque de mortalité maternelle :

Boutaleb [58] rapporte un taux de 0,54% chez la GMP, 0,46% chez la MP et 0,2% chez la primipare, et conclue que la grande multiparité multiplie par 3 le taux de mortalité maternelle.

ELGherbi [16] trouve un taux de 0,15% chez la GMP, et aucun cas chez les MP.

Roth [8] rapporte un taux de 0,24% chez la GMP, 0,07% chez la MP et 0% chez la primipare.

Slaveikov [74], souligne que l'issu maternel ne devrait pas être compromis si la prise en charge médicale des GMP est assurée dans des centres hospitaliers spécialisés.

Mikulandra [12] par contre n'a décelé aucun cas de décès maternel chez les GMP.

Dans notre série, comme beaucoup d'auteurs [5, 6, 12, 25, 75], nous n'avons relevé aucun cas de décès maternel. Or la durée d'hospitalisation de nos parturientes est courte, ces dernières sont perdues de vue avant les 42 jours du post-partum, délai arrêté officiellement par l'O.M.S, d'où ce résultat ne reflète pas la réalité.

## 2. Morbidité maternelle :

Il n'existe pas actuellement de définition standardisée de la morbidité maternelle.

La définition qu'a proposée la MOMA –enquête multicentrique sur la morbidité maternelle dans six pays de l'Afrique de l'Ouest– sépare la morbidité sévère, soit l'ensemble des complications nécessitant une intervention médicale urgente pour éviter un décès maternel, des autres complications obstétricales directes [76].

Dans notre série, la GMP a plus de complications que les MP, ainsi nous avons relevé : 20% des GMP ayant nécessité une césarienne, 4% ont fait une hémorragie de la délivrance, 1 cas hystérectomie d'hémostase et 1% ont été transférées en réanimation.

Tounzi [9], rapporte que le pronostic maternel est engagé chez la GMP, cet avis est partagé par d'autres auteurs [6, 12, 14, 34, 39].

Par ailleurs, Humphrey [10] et d'autres [5, 25, 26, 36, 77], concluent au fait que le pronostic chez la GMP ne diffère pas des autres parturientes, à condition que la grossesse soit bien suivie et que l'accouchement soit médicalisé.

## **IX. Pronostic foetal :**

### **1. Sexe du nouveau-né :**

Tessarolo [35] affirme que la parité et l'âge avancé de la mère n'affectent pas le sex-ratio du nouveau-né, c'est plutôt les variations ethniques et environnementales, qui pourraient jouer un rôle dans la prépondérance d'un sexe ou l'autre.

Nous rejoignons Benettaib [11], Guenoun [28] et Tounzi [9], qui trouvent que la GMP donne naissance à plus de garçons que de filles.

Alors que ELGherbi [16], trouve parmi les nouveau-nés des GMP, autant de garçons que de filles.

Dans notre série, la GMP a donné naissance à plus de garçons que de filles, avec des taux respectivement de 54,0% et 45,6%.

### **2. Poids du nouveau-né :**

Plusieurs études ont essayé de comparer les poids de naissance entre GMP et les autres parturientes. Certains auteurs comme Evaldson [7], Tounzi [9], Benettaib [11], Toohey [26] et Roman [13] n'ont pas trouvé de différence significative entre les 2 groupes de parturientes. Tandis que d'autres, rapportent un poids de naissance significativement plus élevé chez la GMP. Ainsi :

- Lagadec [33] rapporte un poids moyen de 3kg500 chez la GMP et 3kg chez la MP.

- Lyrenas [78] rapporte 3 kg200 chez la GMP contre 3 kg078 chez la MP et 2kg087 chez la primipare.

- Kaplan [15] rapporte 3 kg523 chez la GMP et 3kg400 chez la MP.

Dans notre série, nous rejoignons ces derniers auteurs. En effet, le poids moyen du nouveau-né chez la GMP est de 3 kg354 contre 3 kg292 chez la MP. La majorité des nouveau-nés avaient un poids entre 3 kg et 4 kg.

### **2.1. Nouveau-nés macrosomes :**

Différents auteurs s'accordent pour dire que le poids de naissance augmente avec la parité :

Babinski [2] rapporte un taux de 19,5% chez la GMP contre 14,3% chez la MP et 21,2% chez la très GMP, avec une différence significative entre GMP et MP mais pas entre GMP et très GMP.

Roth [8] note que la macrosomie est un phénomène connu chez la GMP, son incidence est de 21,88% chez ces dernières, et de 10,43% chez les MP.

Toohey [26] trouve que l'incidence de macrosomie est plus haute dans le groupe des GMP que celui des MP (15,96% contre 10,73%).

Goldman [5] trouve que la différence des taux de macrosomie est significative entre la GMP (23,9%), la MP (13,9%) et la primipare (13,3%).

Abu-heija [36] rapporte que la grande multiparité est associée à un risque élevé de macrosomie et de mort fœtale in-utéro, aussi que la macrosomie est significativement plus élevée chez la très GMP que chez la MP.

Dans notre étude, le taux de macrosomie est de 17,0% chez la GMP contre 14,5% chez la MP. La différence n'est pas significative.

Kaisa [79] rapporte que le poids du nouveau-né issu de la 10ème à la 12ème grossesse est de 120 g plus gros que celui issu de la 6ème à la 9ème grossesse, celui-ci est à son tour plus gros de 70 g par rapport à l'enfant né à la 2ème ou 5ème grossesse, ce dernier est plus gros de 160 g par rapport au premier nouveau-né.

En effet, l'existence d'un diabète maternel rend compte du tiers des macrosomies. En l'absence de diabète, les facteurs maternels expliquent 30% de la variance du poids de naissance. Les facteurs paternels n'influencent que peu le poids de naissance [80].

Dans notre série, la césarienne a été réalisée dans 5 cas chez la GMP pour disproportion Fœto-pelvienne.

La morbidité maternelle et fœtale liée à la macrosomie est représentée essentiellement par :

L'augmentation du taux de césarienne.

Le risque de rupture utérine par méconnaissance des disproportions foeto-pelviennes.

Les lésions génitales et le risque accru d'hémorragie de la délivrance.

La dystocie des épaules et les complications traumatiques et neurologiques qui en suivent.

Les complications métaboliques [11].

## 2.2. Nouveau-nés hypotrophes :

Mikulandra [12] rapporte que le faible poids de naissance s'observe chez autant de GMP que de MP sans différence significative.

Babinski [2] ne trouve aucune différence significative concernant le faible poids de naissance chez les très GMP, GMP et MP.

Roman [13] rapporte un taux de 12% chez la GMP contre 9,7% chez la MP, sans différence significative ( $p = 0,16$ ).

Abu-Heija [36] rapporte que le faible poids de naissance s'observait chez les GMP et les MP, mais sans différence significative.

Ozumba [81] note que la GMP donne naissance à plus de bébés de faible poids de naissance que les MP.

Roth [8] note un taux de faible poids de naissance significativement plus élevé chez les MP (10,7%) que chez les GMP (8,41%).

Nous avons relevé dans notre série 13 cas chez la GMP, soit 6,6% contre 18 cas chez la MP, soit 9% sans différence significative.

Au total, il semble que le poids du nouveau-né a tendance à augmenter avec la parité.

### **3. Post-maturité :**

Secondaire à une grossesse prolongée au-delà de 42 semaines d'aménorrhée.

Les facteurs de risques de la grossesse prolongée sont représentés par : l'hérédité, la race, l'âge  $\geq 35$  ans, la primiparité, la supplémentation en fer, l'influence hormonale et les anomalies génétiques.

L'association grossesse prolongée et grande parité a été étudiée par différents auteurs, même si la majorité s'accorde pour considérer la multiparité comme facteur de risque d'accouchement prématuré.

Babinski [2] rapporte un taux de 0,9% chez la GMP, 0,1% chez la MP et 0,7% chez la très GMP. Le risque est significativement plus élevé chez la GMP que chez la MP.

Tessarolo [35] rapporte un taux de 2,9% chez la GMP contre 1,5% chez la MP et souligne que la différence n'est pas significative.

Mikilandra [12] rapporte un taux de 2,8% chez la GMP contre 1,7% chez les MP sans différence significative.

Benettaib [11] ne trouve pas de différence significative entre GMP (2,15%), MP (3,98%) et primipare (5,23%).

Dans notre série nous avons relevé un taux de 2,6% chez la GMP contre 3,6% chez la MP sans différence significative.

#### **4. Prématurité :**

Mikulandra [12] relève un taux de 8,3% chez la GMP contre 4,6% chez la MP avec une différence significative.

Benettaib [11] rapporte que l'accouchement chez la GMP (13,5%) se complique plus souvent de prématurité que chez la MP (6,7%) et la primipare (6,1%).

Tounzi [9] rapporte un taux de 10,38% chez la GMP et 7,28% chez la MP avec une différence significative.

Roman [13] rapporte un taux de 15,5% chez la GMP contre 10,7% chez la MP. La différence est non significative.

Tessarolo [35] rapporte un taux de 7,7% chez les GMP contre 4% chez les MP, sans différence significative.

Kaisa [80] ajoute que l'hypertension chronique, la pré-éclampsie et le diabète augmentent avec l'ordre de naissance, et que ces conditions médicales elles-mêmes, affectent le poids de naissance et peuvent conduire à plus de déclenchement du travail et à plus de prématurité.

Toohey [26] rapporte le même taux de 7,3% chez les deux groupes de parturientes.

Alors que Kjer [41] que la prématurité est significativement plus élevée dans le groupe des MP.

Nous avons relevé un taux de 5,6% chez la GMP contre 7% chez la MP, la différence est non significative.

## **5. Transfert en pédiatrie :**

Benettaib [11] rapporte que 8,1% des nouveau-nés sont transférés en pédiatrie chez la GMP contre 3,9% chez la MP et 5,2% chez la primipare, sans différence significative.

Goldman [5] et Mikulandra [12] rapporte que la différence de morbidité fœtale entre GMP et MP n'est pas significative.

Alors que, Babinski [2] trouve un taux de 5,1% chez la GMP contre 5% chez la MP et 12,1% chez la très GMP, avec une différence significative entre très GMP et GMP.

Evaldson [7], Lagadec [33], Tanbo [42] et Benhamza [6] rapportent une morbidité fœtale plus élevée chez la GMP, dominée par les détresses respiratoires sévères, leurs taux sont respectivement : 11,9%, 1,45%, 16,4% et 6,1%.

Rizk [71] rapporte un taux élevé d'admission des nouveau-nés de GMP en réanimation avec une différence significative entre GMP et MP.

Dans notre série, nous avons relevé 17 cas de transfert en pédiatrie chez la GMP contre 12 cas chez la MP, sans différence significative.

Les principales étiologies de ce transfert chez la GMP sont représentées par : la prématurité (6 cas), la souffrance néonatale (3 cas), l'infection néonatale (3 cas) et la détresse respiratoire du nouveau-né (3 cas).

Notre taux qui est de 8,5% (85/1000) est plus élevé comparé à celui trouvé par Hugues [27] qui relève 46 admissions en soins pédiatriques pour 1000 naissances chez les GMP contre 31/1000 chez les MP. Les pédiatres étaient plus sollicités lors d'accouchement de la GMP que lors de celui de la MP.

## **6. Mortalité périnatale :**

Défini par l'OMS comme étant la somme de la mortinatalité et de la mortalité néonatale précoce.

La mortalité est représentée par «le décès survenu avant l'expulsion du produit de conception, ou son extraction complète ou comme mort-né».

La mortalité néonatale précoce est représentée par «des enfants nés vivants et décédés avant d'avoir l'âge de 7 jours».

La littérature rapporte des taux globalement élevés chez la GMP mais reste moins élevés que les notre :

Bouaouda [4] note que la mortalité périnatale menace plus l'enfant de la GMP que celui de la primipare (5,3% contre 2,32%), la différence est significative.

Fuchs [39] rapporte un taux de 1,33% chez la GMP contre 1,3% chez la MP et ces GMP sont issues d'un milieu socio-économique défavorisé dans 95% des cas.

Evaldson [7] note que la mortalité périnatale est deux fois plus élevée chez les GMP que chez les MP.

Meziane [82] rapporte que la mortalité périnatale est plus augmentée chez les GMP de plus de 35-40 ans, due probablement aux capacités physiques amoindries par les grossesses répétées et l'âge élevé.

Sipila [83], Tessarolo [35] et Chibber [84] affirment que la mortalité périnatale est plus élevée chez les GMP que chez les MP avec des différences significatives.

Wadhawan [85] rapporte un taux de 13,8% chez la GMP.

Toohey [26] rapporte un taux de 14% chez la GMP contre 8% chez la MP, sans différence significative.

Nous avons trouvé que la mortalité périnatale est significativement plus élevée chez la GMP que chez les MP (145‰ contre 60‰ chez la MP).

Les étiologies de cette mortalité dans notre études étaient représentées par : MFIU dans 21 cas, prématurité dans 2 cas, souffrance néonatale dans 1 cas, malformation fœtale dans 1 cas, rupture utérine dans 2 cas, détresse respiratoire du nouveau-né dans 2 cas.

Blondel [86] dans son étude sur la mortalité périnatale définit les facteurs de risque suivants :

- Age maternel < 20ans ou > 35 ans.
- Le nombre élevé de grossesses.
- La prématurité et le faible poids de naissance.
- le bas niveau socio-économique des parents.

**Tableau XXXVII:** Incidence de la mortalité périnatale (MPN) chez la GMP.

Auteur	Taux de MPN (%)
Roth [8] (France)	1,19
Tounzi [9] (Maroc)	10,85
Benettaib [11] (Maroc)	11,6
Toohey [26] (USA)	14
Tessarolo [35] (Italie)	1
Abu Heija [36] (Jordanie)	5,2
Notre série	14,5

Nous concluons au terme de cette comparaison pour dire que notre taux de mortalité périnatale reste parmi les plus élevés et que sa diminution passera sans doute par une surveillance appropriée de la grossesse et une amélioration des qualités des soins à la naissance.

# CONCLUSION

Au terme de cette étude portant sur le risque obstétrical et fœtal de la grande multiparité, nous avons constaté que la grossesse et l'accouchement chez la grande multipare doivent être considérés à haut risque, vu les complications sérieuses qu'ils engendrent.

En effet, la grande multipare possède un passé médical et obstétrical chargé auquel s'ajoutent le risque d'une grossesse non ou mal suivie, l'âge avancé et le bas niveau socio-économique, cette combinaison de facteurs de risque chez la GMP, plus que la parité seule, la rend plus réputée pour des accouchements à haut risque.

Il en ressort que :

- La surveillance de cette grossesse est capitale, et surtout il faut insister sur l'importance des consultations prénatales afin de dépister précocement toute pathologie médicale ou gravidique associée.
- L'orientation des parturientes vers des structures sanitaires pour y accoucher et une prise en charge obstétricale bien appropriée vont permettre de réduire l'incidence des complications de l'accouchement.
- La période de la délivrance et des suites de couche doit être attentivement surveillée.
- Les nouveau-nés surtout à problème doivent être pris en charge de façon adéquate, ce qui nécessite une étroite collaboration entre obstétriciens et pédiatres.

Nous insistons également sur :

- La sensibilisation et l'information de la population l'importance de la surveillance de la grossesse et de la médicalisation de l'accouchement.
  
- L'adaptation des méthodes contraceptives à chaque groupe de parturiente, l'indication de la ligature section des trompes pour les GMP à haut risque maternel et fœtal, la prescription prudente des moyens hormonaux de contraception en tenant compte de terrain particulier de ces parturientes.
  
- L'importance de l'alphabétisation et l'éducation des couples en général et de la femme en particulier afin de ramener la parité à un niveau convenable.
  
- Le développement de l'infrastructure et le rapprochement des structures sanitaires auprès des populations.

# ANNEXE

**Fiche d'exploitation :**

Nom :....., Date d'admission : ....., N° : .....

**1- Données épidémiologiques :**

- Age : ..... - Parité : ..... - Gestité : ..... - EV : .....
- Age gestationnel au cours du travail : .....
- Origine : Rurale , Urbaine  - Statut marital : .....
- Suivie de la grossesse : Suivie , Mal suivie , Non suivie
- ATCD : Diabète O / N , HTA O / N , Cardiopathie O / N , Syphilis O / N ,  
Néphropathie O / N , Tuberculose O / N , Avortement O / N nombre : .....,  
Asthme O / N , Autres : .....

**2- Complications de l'antépartum :**

- Diabète gestationnel : O / N - Grossesse prolongée : O / N
- Pré éclampsie : O / N - Placenta preavia : O / N
- Crise d'éclampsie O / N - MFIU : O / N
- Grossesse multiple : O / N - Oligoamnios : O / N
- Utérus cicatriciel : O / N - Hydramnios : O / N
- RPM : O / N - Infection uro-génitale : O / N
- Anémie (Hb $\leq$ 10g /dl) : O / N - MAP : O / N
- Autres : .....

**3- Examen obstétrical à l'admission :**

- TA : ....., OMI : ....., Labstix : .....,
- Température : ....., Poids : ....., Taille : .....

- HU :..... CU :..... BCF :.....
- Etat du col : Long , EVE , Effacé , - Dilatation :.....
- Nombre de fœtus : Monofoetale O / N, Multiple O / N, nombre :.....
- Présentation : Sommet , Céphalique défléchie , Siège , Transverse
- PDE : Intacte , Rompue , - LA : Claire , Teinté , Méconial
- Bassin : Cliniquement normal , Suspect , Autre :.....

**4- Complications de l'intrapartum :**

- |                              |       |                          |       |
|------------------------------|-------|--------------------------|-------|
| - HRP :                      | O / N | - Procidence du cordon : | O / N |
| - Rupture utérine :          | O / N | - SFA :                  | O / N |
| - Présentation irrégulière : | O / N | - Décès maternel :       | O / N |
| + Siège :                    | O / N | - Anomalie du travail :  | O / N |
| + Epaule :                   | O / N | Durée du travail :       |       |
| + Céphalique défléchie :     | O / N | + Dystocie démarrage :   | O / N |
| - Autres : .....             |       | + Dystocie progression : | O / N |

**5- Modalités de l'accouchement :**

- |                       |       |                    |       |
|-----------------------|-------|--------------------|-------|
| - Par voie basse :    | O / N | - Par césarienne : | O / N |
| + Sans intervention : | O / N | + Pour :.....      |       |
| + Episiotomie :       | O / N |                    |       |
| + Ventouse :          | O / N | - Autres :.....    |       |
| + Forceps :           | O / N |                    |       |

**6- Complications néonatales :**

- Poids:....., - Sexe :....., Apgar :.....

- |                     |       |                            |       |
|---------------------|-------|----------------------------|-------|
| - Prématurité :     | O / N | - Post terme :             | O / N |
| - Macrosomie :      | O / N | - RCIU :                   | O / N |
| - SNN :             | O / N | - DRNN :                   | O / N |
| - Décès périnatal : | O / N | - Transfert en pédiatrie : | O / N |
| - Autres : .....    |       |                            |       |

**7- Délivrance :**

- |                  |       |                         |       |
|------------------|-------|-------------------------|-------|
| - Naturelle :    | O / N | - Hémorragie délivrance | O / N |
| - Dirigée :      | O / N | + Transfusion           | O / N |
| - Artificielle : | O / N | + Ttt chirurgical       | O / N |
|                  |       | + Transfert réanimation | O / N |
| - Autres : ..... |       |                         |       |

**8- Suites de couches :**

- Normal : O / N,      - Anormal : O / N      Précision :.....
- Durée d'hospitalisation :.....

# RESUMES

## RESUME

Le but de notre travail est d'étudier la fréquence de la pathologie gravidique et obstétricale chez la grande multipare, leur gravité et leur retentissement sur la mère et le fœtus. Pour cela, nous avons étudié une série de 200 dossiers de grandes multipares ayant accouché au service de gynécologie obstétrique A du centre hospitalier universitaire Mohamed VI sur une période de six mois. Les résultats ont été comparés à un groupe de 200 multipares. La grande multipare n'est pas significativement plus exposée aux complications gravidiques ou obstétricales que les multipares, notamment pour l'hémorragie de délivrance contrairement à ce que rapporte la littérature. Toutefois, elle a été plus exposée aux présentations irrégulières (15,6% contre 6,2%), et son nouveau-né était significativement plus exposé à une détresse vitale (13,6% contre 5%), ce qui explique la morbidité fœtale plus élevée ainsi que la mortalité périnatale. A travers cette étude rétrospective et à la lumière de la littérature, l'accouchement chez la grande multipare constitue toujours un facteur de risque de l'hémorragie du post-partum et de la morbidité fœtale, d'où l'importance d'une prise en charge médico-sociale bien dirigée et continue.

## **ABSTRACT**

The purpose of our study is to analyse the frequency of the gravidic and obstetrical pathology in the grand multipara, their gravity and their impact on the mother and the fetus. For this, we studied a set of 200 files about grand multiparas who delivered at gynecology obstetrics department of the university hospital Mohamed VI of Marrakech over a period of six months. The results were compared to a group of multiparas. The grand multipara had not meaningfully more gravidic or obstetric complications than multiparas including post-partum hemorrhage contrary to what the literature reported. However, she has been more threatened by irregular presentations (15.6% against 6.2%), and her new-born were meaningfully exposed to a vital distress (13.6% against 5%), which explains a higher fetal morbidity as well as the perinatal mortality. To shortcoming this retrospective survey and in light of literature, the childbirth at the grand multiparous still constitutes a factor of risk of the post-partum haemorrhage and fetal, from there the imminence of a very controlled and continuous medico-social charge.

## ملخص

إن الهدف من دراستنا هو تحليل تردد المراضة الحميلية و التوليدية عند المرأة الولودة, خطورتها و تأثيرها على الأم و الجنين. من أجل ذلك قمنا بدراسة سلسلة من 200 ملفا لنساء ولودات وضعن أطفالهن بمصلحة الولادة بالمستشفى الجامعي محمد السادس بمراكش خلال مدة تمتد على 6 أشهر و تمت مقارنة النتائج بمجموعة من 200 ملفا لنساء متعدات الولادة. المرأة الولودة لم تكن إحصائيا أكثر عرضة للمضاعفات خلال الحمل أو الولادة من النساء قليلات الولادة أساسا فيما يخص نزيف بعد الخلاص على عكس ما ورد في المراجع. إلا أنها كانت مهددة بالاستقبالات اللامعتادة للجنين خلال الولادة (15,6% ضد 6,2 %) مولودها الجديد هو إحصائيا أكثر عرضة لضائقة حيوية للوليد (13,6% ضد 5 %) وهذا ما يفسر كون مراضة الجنين أكثر ارتفاعا وكذلك الوفاة حوالي الولادة. عبر هذه الدراسة الإسترجاعية وعلى ضوء الأبحاث ما زال تعدد الولادة عند المرأة الولودة عامل خطورة فيما يخص النزيف بعد الولادة و الأمراض الجنينية مما يستوجب العناية الطبية والاجتماعية الممنهجة و المستمرة.

# BIBLIOGRAPHIE

**(1) Lacomme M.**

Pratique obstétricale.

1<sup>ème</sup> éd Paris: Masson 1960.

**(2) Babinski A, Kerenyi T, Torok O, Grazi V, Lapinski RH, Berkowitz RL.**

Perinatal outcome in grand and great grand multiparity: effect of parity on obstetric risk factors.

Am J Obstet Gynecol 1999;181(3):669-74

**(3) Bai J, Wong FW, Bauman A, Mohsin M.**

Parity and pregnancy outcomes.

Am J Obstet Gynecol 2002;186(6):1331-8.

**(4) Bouaouda A, Lahrichi, Kharbach A, Mehdaoui A.**

La grossess et l'accouchement chez la grande multipare marocaine.

J Gynecol Obstet Biol Reprod 1987;16:919-24.

**(5) Goldman GA, Kaplan B, Neri A, Hecht-Resnick, Harel L, Ovadia J.**

The grand multipara.

Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol 1995;61(2):105-9.

**(6) Benhamza R.**

Les complications obstétricales chez la grande multipare.

Thèse Doctorat Médecine Casablanca; 2003;n:367.

**(7) Evaldson GR.**

The grand multipara in modern obstetrics.

Gynecol Obstet Invest 1990;30(4):217-23.

**(8) Roth PH, Carles G.**

L'accouchement de la grande multipare : étude rétrospective de 419 cas.

Rev Fr Gynécol Obstét 1991;86.

**(9) Tounzi M.**

Pronostic obstétrical de la grande multipare.

Thèse Doctorat Médecine Casablanca; 2000;n:123.

**(10) Humphrey MD.**

Is grand multiparity an independent predictor of pregnancy risk? A retrospective observational study.

Med J Aust 2003;179(6):294-6.

**(11) Benettaib F.**

L'accouchement chez la grande multipare.

Thèse Doctorat Médecine Casablanca; 2004;n:302.

**(12) Mikulandra F, Perisa M, Merlak I, Stojnie E.**

The grand multipara an obstetrical problem?

Zentralbl Gynekol 1992;114(10):491-6.

**(13) Roman H, Robillard PY, Verspyck E, Hulseley TC, Marpeau L, Barau G.**

Obstetric and neonatal outcomes in grand multiparity.

Obstet Gynecol 2004;103:1294-9.

**(14) Boustani E.**

L'accouchement chez la grande multipare.

Thèse Doctorat Médecine Casablanca; 1996;n:185.

**(15) Kaplan B, Harel L.**

Great grand multiparity.

Int J Gynecol Obstet 1995;50:17-9.

**(16) ELGherbi S.**

Pronostic obstétrical de la grande multipare.

Thèse Doctorat Médecine Casablanca; 1996;n:5.

**(17) Maymon E, Ghezzi F, Shoham-Vardi I, Hershkowitz R, Franchi M, Katz M.**

Peri-partum complication in grand multiparous women: para 6-9 versus para  $\geq$  10.

Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol 1998;81(1):21-5.

**(18) Carolan M.**

The graying of the obstetric population: implications for the older mother.

J Obstet Gynecol Neonatal Nurs 2003;32(1):19-27.

**(19) Ezra Y, Schmuel E, Hakim M, Schenker JG.**

The outcome of grand multiparous pregnancies of Arabic and Jewish population peripheral and central areas of Israel.

Acta Obstet Gynecol Scand 2001;80(1):30-3.

**(20) Sendid M, Oukhouia B, Bouaouda H, Osstowar K.**

Aspects médico-sociaux de la grande multipare marocaine. A propos de 400 cas du CHU de Rabat.

Maroc Médical 1985.

**(21) Lolis D, Xygakis A, Kalpaktsoglou C, Kaskarelis D.**

Grand multiparity in Greece.

Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol 1987.

**(22) Zafar AA, Ehiri JE, Anyanwu EC.**

Use of antenatal services in Kampung District, Cambodia.

Scientific World Journal 2003;3:1081–92.

**(23) Mor–Yosef S, Seidman DS, Samueloff A.**

The effects of the socioeconomic status on the perinatal outcome of grand multipara.

Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol 1990;36(1–2):117–23.

**(24) Bizrane M.**

Aspects médico–sociaux da la grande multipare marocaine.

Thèse Doctorat Médecine Rabat; 1987;n:174.

**(25) King PA, Duthie SJ.**

Grand multiparity: a reappraisal of the risks.

Int J Gynecol Obstet 1991;36(1):13–6.

**(26) Toohey JS, Keegan KA, Morgan MA, Francis J, Task S, deVeciana M.**

The dangerous multipara: fact or fiction?

Am J Obstet Gynecol 1995;172(2).

**(27) Huges PF, Morisson J.**

Grand multiparity–not to be feared: an analysis of grand multiparous women receiving modern antenatal care.

Int J Gynecol Obstet 1994;44:211–7.

**(28) Guenoun F.**

Contribution à l'étude de la grande multipare marocaine.

Thèse Doctorat Médecine Rabat; 1983;n:206.

**(29) Peters RK, Kjos SL, Xiang A, Buchanan TA.**

Long term diabetogenic effect of single pregnancy in women with previous gestational diabetes mellitus.

Lancet 1996;347:227-30.

**(30) de Veciana M, Major CA, Morgan MA, Asrat T, Toohey JS, Lien JM et al.**

Postprandial versus preprandial blood glucose monitoring in women with gestational diabetes mellitus requiring insulin therapy.

N Engl J Med, 1995;333:1237-41.

**(31) Barker DJ.**

Fetal origins of coronary heart disease.

BMJ 1995;311:171-4.

**(32) Egeland GM, Skjaerven R, Irgens LM.**

Birth characteristics of women who develop gestational diabetes: population based study.

BMJ 2000;321(7260):546-7.

**(33) Lacadec J-C, Villartay A, De Grall JY.**

La grossesse et l'accouchement de la grande multipare à la maternité de CHU de Rennes.

Ouest Médical 1973.

**(34) Fahmi M.**

Accouchement chez la grande multipare à l'hôpital Ben msik Sidi othman de Casablanca

Thèse Doctorat Médecine Casablanca; 1997;n:163.

**(35) Tessarolo M, Brizzolara M, Arduino S, Leo L, Febo G, Wierdis T et al.**

Grand multiparity: a study of 168 cases.

Clin Exp Obstet Gynecol 1997;24(1):41-3.

**(36) Abu-Heija AT, ELChalabi H.**

Great grand multiparity: is it risk?

Int J Gynecol Obstet 1997;59:213-6.

**(37) Juntunen K, Kirkinen P.**

Partogram of a grand multipara. Different descent slope compared with an ordinary parturient.

J Perinat Med 1994;22(3):213-8.

**(38) Juntunen KS, Laara EM, Kauppila AJ.**

Grand grand multiparity and birth weight.

Obstet Gynecol 1997;90(4):495-9.

**(39) Fuchs K, Peretz BA, Marcovici R, Paldi E, Timor-Tritsh I.**

The grand multipara- is it a problem? A review of 5785 cases.

Int J Gynecol Obstet 1985;23:321-5.

**(40) Diro M, Puangsrucharern A, Royer L, O'Sullivan MJ, Burkett G.**

Singleton term breech deliveries in nuliparous and multiparous women.

Am J Obstet Gynecol 1999;181(2):247-52.

**(41) Kjer JJ.**

Grand multipara.

Zentralbl Gynakol 1989;111(22):1503-7.

**(42) Tanbo TG, Bungum L.**

The grand multipara- maternal and neonatal complications.

Acta Obstet Gynecol Scand 1987;66(1):53-6.

**(43) Ghazli M, Zinoun N, Salah-Eddine A, Aderdour M, Bekkay M.**

Placenta praevia et pronostic fœtal. A propos de 200 cas.

Rev Fr Gynécob Obstét 1998;93(6):457-63.

**(44) Ananth CV, Smulian JC, Vintzileos AM.**

The association of placenta praevia with history of cesarean delivery and abortion : a meta-analysis.

Am J Obstet Gynecol 1997;177(5):1071-8.

**(45) Mabie WC.**

Placenta previa.

Clini Perinatol 1992;19(2):425-35.

**(46) Takayama T, Minakami H, Koike T, Watanabe T, Sato I.**

Risks associated with cesarean sections in women with placenta previa.

J Obstet Gynecol Res 1997;23(4):375-9.

**(47) Moldenhauer JS, Stanek J, Warshak C, Khoury J, Sibai B.**

The frequency and severity of placenta findings in women with preeclampsia are gestational age dependent.

Am J Obstet Gynecol October 2003;189(4):1173-7.

**(48) Arulkaran S, Gibb DM, Lun KC, Heng SH, Ratnam SS.**

The effect of parity on uterine activity in labour.

Br J Obstet Gynaecol 1984;91(9):843-8.

**(49) Huey JR, Al-Hadjiev A, Paul RH.**

Uterine activity in the multiparous patient.

Am J Obstet Gynecol 1976;126(6):682-6.

**(50) Nelson JH, Sandmeyer MW.**

A study of 812 grand multiparas.

Am J Obstet Gynecol 1985;75(6):1262-6.

**(51) Gurewitsch ED, Diament P, Fong J, Huang GH, Popovtzer A, Weinstein D et al.**

The labor curve of grand multipara: does progress of labor continue to improve with additional childbearing?

Am J Obstet Gynecol 2002;186(6):1331-8.

**(52) Bique C, Bugalho A, Bergstrom S.**

Labor induction by vaginal misoprostol in grand multiparous women.

Acta Obstet Gynecol Scand 1999;78(3):198-201.

**(53) Guibaud P.**

Le risque malformatif dans la descendance des femmes de 40 ans et plus.

Rev Fr Gynécol Obstét 1989;84(11 bis):868-74.

**(54) Pritchard JA, Mac Donald PC.**

Placenta abruption.

Williams Obstet 1980;495-508.

**(55) Getin Y.**

Les HRP à symptomatologie incomplète.

Rev Fr Gynécol Obstét 1984;79(7-9):533-40.

**(56) Traore Ndiaye A, Moreau JC, Diouf F, Faye EO, Sepou A, Bah MD et al.**

Les accidents paroxystiques des syndromes vasculo-rénaux au cours de la gravidopuerperalité au CHU Dakar.

Dakar Med 1994;39(2):169-73.

**(57) Major CA, de Vaciana M, Lewis DF, Morgan MA.**

Preterm premature rupture of membranes and abruptio placentae: is there an association between those pregnancy complications?

Am J Obstet Gynecol 1995;172(2):672-6.

**(58) Boutaleb Y, Aderdour M, Zhiri MA.**

Les ruptures utérines.

J Gynecol Obstet Biol Reprod 1982;11,87-9.

**(59) Abbassi H, Sefrioui O, Mouhaddab M, Kerroumi M, Bekkay M.**

Les ruptures utérines au cours du travail (83 cas).

Rev Fr Gynécol Obstét 1998;93(6):423-7.

**(60) Al Sakka M, Hamasho A, Khan L.**

Rupture of the pregnant uterus: a 21 year review.

Int J Gynecol Obstet 1988;63(2):105-8.

**(61) Garnet JD.**

Uterine rupture during pregnancy: analysis of 133 patients.

Obstet Gynecol 1964;23:898-905.

**(62) Lamghari M.**

Rupture utérine à Fès : à propos de 121 cas.

Thèse Doctorat Médecine Rabat;1981;n:99.

**(63) Talebzadeh N.**

Les ruptures utérines à l'hôpital Shapour de Tabriz. A propos de 64 cas.

Rev Fr Gynécol Obstét 1978;73(11): 695-702.

**(64) Shipp TD, Zelop C, Repke JT, Cohen A, Caughey AB, Lieberman E.**

The association of maternal age and symptomatic uterine rupture during a trial of labor after prior cesarien delivery.

Obstet Gynecol 2002;99(4):585-8.

**(65) Kone M, Diara S.**

Ruptures utérines au cours de la grossesse.

Paris: EMC, Obstétrique 1995.

**(66) Soummani A, Hermas S, Mikou F, Himmi A.**

La procidence du cordon ombilical. A propos de 165 cas.

Rev Fr Gynécol Obstét 1999;94(6):474-7.

**(67) Bugg GJ, Atwal GS, Maresh M.**

Grand multipara in modern setting.

BJOG 2002; 109(3):249-53.

**(68) Wahl P, Bianchi G.**

La grande multipare : étude statistique et clinique. A propos de 700 observations.

Rev Fr Gynécol Obstét 1961;59:445-70.

**(69) Schurmans N, MacKinnon C, Lane C.**

Prévention et prise en charge de l'hémorragie du postpartum.

Journal SOGC Avril 2000;n:88.

**(70) Pahlavan P, Nezhat C.**

Hemorrhage in obstetrics and gynecology.

Curr Opin Obstet Gynecol 2001;13:419–24.

**(71) Rizk DE, Khalfan M, Ezimokhai M.**

Obstetric outcome in grand multipara in the United Arab Emirates. A case control study.

Arch Gynecol Obstet 2001;264:194–8.

**(72) Boughaba A.**

La grande multipare à Constantine à propos de 865 cas.

Thèse Doctorat Médecine Alger; 1974; n: 501.

**(73) Bouvier–Colle M.H.**

Mortalité maternelle.

Paris: EMC, Obstétrique 1994.

**(74) Slaveikov S, Tanchev S, Penkov V.**

Pregnancy and labor in 335 cases of high multiparity.

Akush Ginekol (sofia) 1995;34(3):4–6.

**(75) Denax A, Gache P, Mautalen F, Servaud M, Philippi D, Alain J et al.**

Grossesse et accouchement après 40 ans.

J Gynecol Obstet Biol Reprod 1989;18(2):213–21.

**(76) Dumont A, De Bernis L, Bouillin D, Gueye A, Dompnier JP, Bouvier–Colle MH.**

Morbidité maternelle et qualification du personnel de santé : comparaison de deux population au Sénégal.

J Gynecol Obstet Biol Reprod 2002;31(1):70–9.

**(77) Dufour P, Haetjens K, Vinatier D.**

L'accouchement chez les femmes de plus de 40 ans.

Rev Fr Gynécol Obstét 1997; 25(6):415-22.

**(78) Lyrenas S.**

Labor in the grand multipara.

Gynecol Obstetric Invest 2002;53(1):6-12.

**(79) Kaisa ST, Juntunen KS, Laara EM, Kauppila AJ.**

Grand multiparity and birth weight.

Obstet Gynecol 1997;90(4):495-9.

**(80) Abena Obama MT, Shasha VW, Fodjo J, Bonongkaho F, Mbede J, Kamdom Moyo J.**

Fetal macrosomia in Cameroon: Prevalence, risk factors and complications.

West Afr J Med 1995;14:249-54.

**(81) Ozumba BC, Igwegbe AO.**

The challenge of grandmultiparity in Nigerian obstetric practice.

Int J Gynecol Obstet 1992;37(4):259-64.

**(82) Meziane A, El Alami A.**

Mortalité foeto-infantile au Maroc.

Rev Péd Mars 1987:133-43.

**(83) Sipila P, Von Wendt L, Hartikainen-Sorri AL.**

The grand multipara, still an obstetrical challenge?

Arch Gynécol Obstét 1990;247(4):187-95.

**(84) Chibber R.**

Unexplained antepartum fetal deaths: What are the determinants?

Arch Gynecol Obstet 2005;271(4):286–91.

**(85) Wadhawan S, Narone RK, Narone JN, Wacha DS.**

Obstetrical performance in elderly Zambian parturients.

Med J Zambia 1981;15(2):37–40.

**(86) Blondel B, Breart B.**

Mortinatalité et mortalité néonatale.

Paris: EMC, Obstétrique, Pédiatrie 1999.

**(87) Chang A, Larkin P, Esler EJ, Condie R, Morrison J.**

The obstetric performance of the grand multipara.

Med J Ausr 1977;1(10):330–2.

**(88) Brunner J, Melander E, Krook- Brandt M, Thomassen PA.**

Grand multiparity as an obstetric risk factor, a prospective case control study.

Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol 1992;47(3):201–5.

# قَسَمُ الطَّبِيبِ

## اقْسِمُ بِاللَّهِ الْعَظِيمِ

أَن أَرَقِبَ اللَّهَ فِي مِهْنَتِي. وَأَن أَصُونَ حَيَاةَ الْإِنْسَانِ فِي كَافَّةِ أَدْوَارِهَا فِي كُلِّ  
الظُّرُوفِ وَالْأَحْوَالِ بَادِلًا وَسَعِي فِي اسْتِنْقَازِهَا مِنَ الْهَلَاكِ وَالْمَرَضِ وَالْأَلَمِ وَالْقَلْقِ.  
وَأَن أَحْفَظَ لِلنَّاسِ كَرَامَتَهُمْ، وَأَسْتُرَ عَوْرَتَهُمْ، وَأَكْتُمَ سِرَّهُمْ. وَأَن أَكُونَ عَلَى الدَّوَامِ  
مِنْ وَسَائِلِ رَحْمَةِ اللَّهِ، بَادِلًا رِعَايَتِي الطَّبِيبَةَ لِلْقَرِيبِ وَالْبَعِيدِ، لِلصَّالِحِ وَالْخَاطِئِ،  
وَالصَّدِيقِ وَالْعَدُوِّ. وَأَن أَتَابِرَ عَلَى طَلَبِ الْعِلْمِ، أُسَخِّرَهُ لِنَفْعِ الْإِنْسَانِ .. لَا لِأَذَاهِ. وَأَن  
أَوْقَرَ مَنْ عَلَّمَنِي، وَأُعَلِّمَ مَنْ يَصْغُرَنِي، وَأَكُونَ أَخًا لِكُلِّ رَمِيلٍ فِي الْمِهْنَةِ الطَّبِيبَةِ  
مُتَعَاوِنِينَ عَلَى الْبِرِّ وَالتَّقْوَى. وَأَن تَكُونَ حَيَاتِي مِصْدَاقَ إِيمَانِي فِي سِرِّي وَعَلَانِيَتِي،  
تَقِيَّةً مِمَّا يُشِينُهَا تَجَاهَ اللَّهِ وَرَسُولِهِ وَالمُؤْمِنِينَ.

والله على ما أقول شهيد



جامعة القاضي عياض  
كلية الطب و الصيدلة  
مراكش

أطروحة رقم 48

سنة 2011

## تشخيص الولادة عند المرأة الولودة

### الأطروحة

قدمت ونوقشت علانية يوم .../.../2011

### من طرف

السيد لطفي عبد الله

المزداد في ماسة بتاريخ 27 أبريل 1985

### لنيل شهادة الدكتوراة في الطب

الكلمات الأساسية :

المرأة الولودة - الولادة - التشخيص

### اللجنة

الرئيس

السيد ع. السوماني

أستاذ في أمراض النساء والتوليد

المشرف

السيد ع. أبو الفلاح

أستاذ مبرز في أمراض النساء والتوليد

القضاة

السيد ع. أبو السعد

أستاذ في طب المواليد الجدد

السيد س. يونس

أستاذ مبرز في الانعاش و التخدير