

# L'ACCOUCHEMENT DU GROS ENFANT AU CHU DE DAKAR : ÉPIDÉMIOLOGIE ET PRONOSTIC

C.A. BADJI, J.C. MOREAU, M.G. BA, D. DIALLO, A. DIOUF, C. DOTOU, L. TAHRI, F. DIADHIOU

## RESUME

Les auteurs rapportent les résultats d'une étude prospective menée sur une période de 18 mois du 1er janvier 1995 au 30 juin 1996. Au cours de cette période, 105 accouchements de gros enfants ont été relevés, soit une fréquence de 1,57 %. L'âge moyen des patientes est de 30 ans et les multipares et grandes multipares représentent 57 %. Les antécédents familiaux de diabète et d'hypertension artérielle étaient respectivement de 19 % et de 8,5 %. Près du quart (21 %) des patientes reçues n'avait fait aucune consultation prénatale. L'accouchement spontané par voie basse a été noté dans 57,2 %, les césariennes 41,9 % et les forceps 0,9 %. La voie basse est émaillée de complications maternelles telles que les ruptures utérines (3 cas), les déchirures périnéales incomplètes (3 cas) et les hémorragies de la délivrance (5 cas). Les complications fœtales sont dominées par la dystocie des épaules (5 cas), la fracture de la clavicule (2 cas) et un cas d'élongation du plexus brachial. L'accouchement du gros enfant reste une préoccupation de l'obstétricien. Un défaut d'évaluation de la gestante et ou un défaut de prise en charge de la parturiente sont responsables d'accidents redoutables qui menacent le pronostic maternel et fœtal. Des efforts doivent être consentis pour assurer un suivi prénatal correct dans le but de prévenir les dystocies du gros enfant.

*Mots-clés: Accouchement, gros enfant, épidémiologie, Pronostic.*

## ABSTRACT

**Delivery of big babies at the university teaching hospital le Dantec of Dakar : epidemiology and prognosis**

The authors reported the results of a prospective study held during a period of 18 months from January 1st 1995 to June 30th 1996. By that time, 105 deliveries of

big babies were performed, leading to a frequency of 1.57%. The mean age of the patients was 30 years and the multiparous and high multiparous represented 57%. The family antecedents of diabetes and hypertension were respectively 19% and 8.5%. Almost a quarter (21%) of the patients had not received any prenatal care. Spontaneous delivery was performed in 57.2%, the caesarean sections 41.9% and the forceps 0.9%. Complications were seen with spontaneous deliveries like uterus rupture (3 cases), incomplete perineum tears (3 cases) and haemorrhage after delivery (5 cases). Fœtal complications were shoulder dystocia (5 cases), broken collarbone (2 cases) and prolonged brachial plexus (1 case).

Delivery of big babies is a preoccupation of the obstetrician. A lack of clinical evaluation during pregnancy and or a lack of management during labour are responsible of bad accidents leading to a painful maternal and foetal prognosis. Efforts should be done to assure a good prenatal care in order to prevent good baby dystocia.

*Key-words: Delivery, big baby, epidemiology, Prognosis.*

## INTRODUCTION

De diagnostic souvent tardif dans nos régions, la macrosomie fœtale pose à l'accoucheur un problème étiologique dominé par la recherche de diabète et un problème pronostique lié à la morbidité et à la mortalité maternelle et néonatale. Le but de cette étude est d'évaluer la fréquence de la macrosomie chez des parturientes accouchant en milieu hospitalo-universitaire, d'étudier le pronostic materno-fœtal et de dégager les stratégies adéquates en vue d'une prise en charge efficiente.

## I - MATERIEL ET METHODES

Cette étude s'est déroulée à la Clinique Gynécologique et Obstétricale du CHU Le Dantec de Dakar. Il s'agit d'une

(Clinique Gynécologique et Obstétricale, CHU le Dantec, Dakar, Sénégal, Service du Pr Fadel Diadiou).

Correspondance : Dr Jean Charles MOREAU, Professeur Agrégé,

Clinique Gynécologique et Obstétricale, CHU Le Dantec, Avenue Pasteur, B.P. 3001, Dakar.

étude prospective s'étendant sur une période de 18 mois du 1er janvier 1995 au 30 juin 1996. Pendant cette période, 105 accouchements de gros enfants ont été relevés. Toutes les parturientes ayant accouché d'un nouveau-né de poids 4000 gr ont été recrutées quel que soit le lieu d'accouchement. Les patientes ayant accouché de gros enfant avec excès de volume localisé ont été exclues de l'étude.

## II - RESULTATS

### 1 - Fréquence

Pendant la période d'étude, nous avons enregistré 6702 accouchements dont 105 gros enfants, soit une fréquence de 1,57 %.

### 2 - Age et parité

L'âge moyen de notre population était de 30 ans avec des extrêmes de 15 et 47 ans. Plus de la moitié de notre effectif était âgée de 30 ans ou plus.

La parité moyenne était de 4, avec des extrêmes allant de 1 à 12. Les multipares constituaient 57 % dont 19 % de grandes multipares. Néanmoins, les primipares représentaient près du quart de la population avec 24 % (tableau 1).

**Tableau 1 : Répartition des patientes en fonction de l'âge et de la parité**

Caractéristiques	Nb	%
<b>Age (ans)</b>		
15-19	6	5,7
20-24	21	20
25-29	17	16,2
30-34	34	32,4
35-39	17	16,2
40 et plus	10	9,5
Total	105	100
<b>Parité</b>		
I	25	24
II - III	20	19
IV - VI	40	38
VII	20	19
Total	105	100

### 3 - Les antécédents

Les antécédents de diabète connu représentaient 3,5 %. Cependant, la notion de diabète familial existait chez 19 % de notre population et celle d'hypertension artérielle était

retrouvée dans 8,5 %.

Chez 50,5 % des patientes, un antécédent de gros enfant était retrouvé.

### 4 - Les consultations prénatales (CPN)

64,7 % des patientes avaient bénéficié de trois CPN et 14,3 % d'une ou de deux CPN. Par contre, 21 % des femmes ayant accouché de gros enfant n'avaient eu aucune visite prénatale.

Le poids était apprécié dans 55,2 % au cours de la 2ème CPN et dans 44,7 % lors de la 3ème CPN. Les autres paramètres de surveillance tels que la taille et la tension artérielle n'étaient pas pris en compte de façon effective.

### 5 - Particularités de l'accouchement

La plupart des grossesses (90,5 %) étaient arrivées jusqu'à terme. La présentation était céphalique dans 87,60 %, elle était en siège dans 10,5 % et en transversale dans 1,9 % des cas.

L'accouchement s'était déroulé spontanément par voie basse dans 57,2 % des cas et, par césarienne dans 41,9 %. L'extraction par forceps n'était réalisé que dans 0,9 % des cas.

Les indications de césariennes se résumaient à la disproportion fœto-pelvienne qui représentait 93,2 % dont 20,5 étaient liés à des viciations du bassin.

Parmi les nouveau-nés, 91,5 % avaient un poids compris entre 4000 et 4499 gr et 8,5 % avaient un poids supérieur à 4500 gr, avec des extrêmes de 4150 gr et 6100 gr.

Le sexe masculin prédominait (52,2 %). Le score d'Apgar à la 1ère minute était supérieur à 7 dans 65,7 % des cas.

### 6 - Le pronostic

#### 6.1 - Le pronostic maternel

Même si la mortalité maternelle est nulle dans notre série, la morbidité était chiffrée à 31,4 % et concernait 33 cas.

Nous citerons entre autres :

- 15 épisiotomies,
- 3 déchirures périnéales incomplètes dont 2 suite à des accouchements à domicile,
- 3 cas de ruptures utérines par disproportion fœto-pelvienne méconnue chez des évacuées venant des centres périphériques,
- 5 cas d'hémorragie de la délivrance dont 1 après accouchement à domicile,
- 1 cas d'éclampsie du post-partum,
- 1 cas d'endométrite du post-partum.

### 6.2 - Pronostic fœtal

Quant à la morbidité néonatale, elle consistait en :

- 5 cas de dystocies des épaules,
- 1 cas d'élongation du plexus brachial suite à une dystocie des épaules,
- 2 cas de fracture de la clavicule,
- 1 cas d'infection néonatale.

Il y avait 4 décès périnataux. Il s'agissait de deux mort-nés frais et d'un mort-né macéré après rupture utérine chez des parturientes évacuées, et d'un décès par infection au 3ème jour après la naissance.

## III - DISCUSSION

### 1 - Epidémiologie

L'accouchement du gros enfant reste une préoccupation de l'obstétricien comme en témoigne la revue de la littérature (1, 3, 4, 5, 9, 14, 17). Alors que la fréquence est faible dans notre série (1,57 %) et dans une série antérieure (11) certains auteurs comme ABUDU et PANEL trouvent une fréquence beaucoup plus élevée, avec respectivement 4,9 % et 4,45 % (1, 17).

Le rôle joué par la parité avancée a été rapporté dans plusieurs études. Dans notre série, nous avons retrouvé un taux de 57 % de multipares tandis que d'autres auteurs tels que BISH et GBAGUIDI retrouvent respectivement 87 % et 89 % (1, 6).

### 2 - Facteurs étiologiques

Le diabète et l'obésité sont fréquemment retrouvés dans la macrosomie fœtale (11, 16, 17).

PANEL (14) dans sa série lyonnaise retrouve 2,5 % de femmes diabétiques, tandis que dans notre série, nous avons retrouvé un taux un peu plus élevé (3,8 %).

L'obésité a été retrouvée comme un facteur de risque prédominant dans notre série avec 63 %, taux de loin inférieur à celui retrouvé par GBAGUIDI (11).

### 3 - Traitement

La fréquence de la césarienne est de 41,9 %, contre 57,2 %

d'accouchements spontanés par voie basse. Le taux d'accouchement par voie basse est généralement plus élevé dans les autres séries africaines et européennes (6, 11, 16, 17). La présentation céphalique est presque toujours la règle avec 87,6 % dans notre série contre 99 % pour GBAGUIDI (11). La dystocie des épaules, accident redoutable dans l'accouchement du gros enfant, est retrouvée dans 8,3 %, tandis que Panel (14) retrouve un taux un peu plus élevé de 9,66 % (14). Cet événement est à l'origine de traumatisme néonatal grave tel que l'élongation du plexus brachial retrouvé dans 0,9 % de notre série contre 0,5 % pour GOLDITCH (11) et 0,2 % par OUARDA (13).

### 4 - Pronostic

Le défaut d'évaluation correcte de la parturiente porteuse de gros enfant et le défaut de prise en charge adéquate de la parturiente ont été à l'origine de 3 cas de rupture utérine chez des évacuées des centres périphériques et de 5 cas d'hémorragies de la délivrance dont 1 cas est survenu à la suite d'un accouchement à domicile. Ces deux accidents redoutables menaçant le pronostic materno-fœtal ont été déjà signalés par d'autres auteurs comme TESSIER (15) qui a relevé un taux plus élevé d'hémorragie de la délivrance. DIALLO (9), quant à lui, a même signalé 2 cas de décès suite à une disproportion fœto-pelvienne par macrosomie fœtale.

## IV - CONCLUSION

L'accouchement du gros enfant reste une préoccupation de l'obstétricien surtout quand il se déroule par voie basse. Les risques maternels sont dominés par la rupture utérine liée à la disproportion fœto-pelvienne et à l'hémorragie de la délivrance. Chez le fœtus, l'élongation du plexus brachial et la fracture de la clavicule alourdissent la morbidité. Dès lors, des efforts doivent être consentis pour assurer aux gestantes un suivi prénatal régulier et de qualité dans le but de prévenir les dystocies inhérentes à l'accouchement du gros enfant et de dépister les femmes à risque telles que les diabétiques et les obèses.

## BIBLIOGRAPHIE

- |   |   |
|---|---|
| <p>1 - ABUDU O.O., AWONUGO A.O.<br/>Fetal macrosomia and pregnancy outcome in Lagos<br/>Int. J. Gynaecol. Obstet., 1989, 28, 257-62</p> <p>2 - BALLARD J.L., ROSENN B., KHOURY J.C., MIODOVNI K.<br/>Diabetic foetal macrosomia : significance of disproportionate growth.<br/>J. Pediatric, 1993, 122, 115 - 119</p> | <p>3 - BAMPOKY P.<br/>La mortalité périnatale au Centre Hospitalier Municipal Abass NDAO (étude préliminaire).<br/>Thèse Méd, Dakar, 1990, N 12</p> <p>4 - BEGUIN F.<br/>La dystocie des épaules : Ne tirez pas !</p> |
|---|---|

- Bull. Périnato, Genève, 1990, 14, 2-6  
 5 - BEGUIN F.  
 Prévention de la dystocie des épaules.  
 Bulletin trimestriel du Département de Gynécologie et d'Obstétrique de Genève, 1990, 14, 2.  
 6 - BISH A.  
 Les gros enfants à la naissance étudiés du point de vue obstétrical.  
 Thèse Med, Lyon, 1954 - 1955, N134  
 7 - BROMVISH P.  
 Big babies (Editorial).  
 Br. Med. J. 1986,293,1387-8.  
 8 - CAMUS M., VANTHIER D., LE FEBVRE G., VERON P., DARVOS Y.  
 Etude rétrospective de 33 paralysies obstétricales du plexus brachial.  
 J. Gynecol. Obst. Biol. Reprod., 1988, 17,220 - 228  
 9 - DIALLO D.  
 Etude prospective de la mortalité maternelle au cours de la gravidopuerpéralité.  
 Thèse Méd., Dakar, 1988, N 3 9  
 10 - GBAGUIDI A.  
 Nouveau-né macrosome : facteurs étiologiques et complications périnatales (à propos de 100cas colligés à la Maternité de l'Hôpital Abass Ndao de Dakar).  
 Thèse Méd, Dakar, 1994, N64.  
 11 - GOLDITCH J.M, KIRKMAN K.  
 The large foetus: Management and outcome  
 Obstet. Gynecol, 1986, 154, 546 - 550.  
 12 - JOSCHKO K.  
 Obstetric problems of newborn infants with a birth weight over 4 500 gr.  
 Zentralbl Gynakol, 1989, 111 1176-84.  
 13 - OUARDA C., MARZOUK A., BEN YOUSSEF L., CHELLI M.  
 Le pronostic néonatal et maternel de l'accouchement d'un gros foetus unique à terme. A propos de 497 cas.  
 J. Gynecol. Obstet. Biol. Reprod, 1989,18,360-366.  
 14 - PANEL P., DE MEENS J.B., YANOULOPOULOS, DESHAYES M., MAGNIN G.  
 Accouchement du gros enfant. Conduite à tenir et résultats à propos de 198 dossiers.  
 J. Gynecol. Obstet. Biol. Reprod, Paris, 1991, 20, 729-736.  
 15 - TREISSER A.  
 La macrosomie fœtale.  
 Mises à jour en Gynéco-Obst, Strasbourg, 1996,159-181.