

Article Original

DEVENIR DE LA GROSSESSE APRES TERME A LA MATERNITE PRINCIPALE, L'HOPITAL CENTRAL YAOUNDE.

Nana PN¹, Mbu RE1, Tjek I, Tebeu PM1, Fomulu JN¹, Wandji JC¹, Leke RJI¹,

1- FMSB, Université de Yaoundé I.

2- Hôpital de District Buea,

CORRESPONDENCE: Dr. NANA PHILIP NJOTANG, Chargé de Cours, FMSB, Université de Yaoundé I et Maternité Principale, l'Hôpital Central Yaoundé, BP 1364, Yaoundé, Tel, (237) 7774.37.31, 9978.45.50, (237) 2231.38.11, E-mail njotangnanaphilip@yahoo.com

RESUME :

Introduction : Plusieurs études ont montrée que la morbidité/mortalité périnatal augmentait en fin de grossesse. Ceci est autant plus grave quand la grossesse dépasse 40 semaines. L'incidence de souffrance fœtale est de 20-40% après dépassement de terme, mais ceci est seulement de 3% à terme. Après 42 semaines de gestation apparaisse les signes d'insuffisance placentaire avec diminution du flux sanguine placentaire. Ces données sont connues dans les pays développés, avec les moyens de prise en charge plus adéquat et performant. Dans notre environnement, cette situation peut être différente car les obstacles existent pour un meilleur suivi tel que le bas niveau socio-économique, la contrainte financière et un niveau de scolarisation très bas.

Objective: Le but de cette étude était de déterminer l'âge idéal pour interrompre la grossesse qui se prolonge après la quarantième semaine dans la ville de Yaoundé.

Méthodologie : Il s'agissait d'une étude de cas témoins des accouchements entre 1^{er} février et 31 juillet 2007 à la Maternité Principale de l'Hôpital Central de Yaoundé. Les parturientes étaient divisée en trois groupes : groupe I, post terme ≥ 42 semaines, groupe II, grossesse de 37 à 40 semaines, et groupe III, les grossesses entre 40 et 42 semaines. Toutes les parturientes étaient pariées pour âge et parité. Au total 50 parturientes étaient recrutées dans chaque groupe. Toute grossesse présentant autres facteurs de risque que le dépassement de terme était exclu.

Résultats : Plus de femmes du groupe I (38%) avait bénéficié d'un déclenchement de travail contre 3% et 6% dans les groupes II et III respectivement avec une différence statistiquement significatif entre le groupe I et III ($P=0,000$). Les taux des césariennes, de mortalité périnatale (anténatale et intrapartale) dans le groupe I étaient statistiquement plus important avec P de 0,041, 0,006, et 0,041 respectivement. La morbidité (score d'apgar <7 à la 5^{ème} minute était statistiquement plus fréquent dans le groupe I significatif ($P=0.008$).

Conclusion et recommandation : Nous concluons que le dépassement de terme porte une risque de morbidité/mortalité périnatale. Elle nécessite donc une surveillance étroite dès la 41^{ème} semaine et un déclenchement du travail est formellement indiqué à 42 semaines dans notre environnement.

Mots clés : Dépassement de terme, taux de césarienne, morbidité / mortalité périnatal, déclenchement du travail.

ABSTRACT:

Introduction: Several studies have shown an increased perinatal morbidity and mortality towards the end of pregnancy. This observation becomes more serious after the 40th week of pregnancy. Foetal distress at term is about 3% and increases to 20-40% after 41 weeks of gestation. Placental insufficiency occurs post-term and blood flow to the placenta is reduced. The above statistics have been proven for the developed countries, but the situation may be very different in our environment where factors such as low socio-economic status, low level of education and financial constraints are common.

Objectives: The aim of this study was to determine the ideal gestational age at which to deliver women beyond the expected date of confinement and the prevalence of foetal distress in pregnancies post-term.

Methodology: This was a case control study carried out for a period of six months (February 1st-31st July 2007) at the Central Maternity, Central Hospital Yaoundé. Women with post-term pregnancies (>42 weeks) constituted the study group (I). These women were matched for age and parity with women who delivered between 37-40 weeks (group II), and 40-42 weeks (group III). A total of 150 parturients were recruited. There were 50 into each study group. Pregnancies with other risk factors other than post-term were excluded.

Results: Thirty eight percent of the women in group I had labour induction, compared to only 6 and 3 % in groups II and III respectively. The difference was statistically significant ($P = 0.000$). The rate of caesarean section, antepartal, and intrapartal deaths were commonest in group I, with a statistically significant difference ($P = 0.041, 0.006, 0.041$ respectively). Foetal distress (Apgar score <7 at 5th minute) was also more frequent in group I ($P = 0.008$).

Conclusion and recommendations.

Post-term pregnancy carries a higher risk for foetal morbidity and mortality. Surveillance must be strict after the expected date of confinement; delivery should be conducted as dictated by stress and non-stress testing, and labour should be induced at 42 weeks.

Keywords: Post-term, foetal distress, induction rate, caesarean section rate, perinatal morbidity and mortality.

INTRODUCTION :

Franz Naegele, Obstétricien allemand fut le premier à exprimer vers 1800 l'âge gestationnel en semaines. Il estima la durée normale d'une grossesse à quarante semaines chez une femme réglée à vingt huit jours à partir du premier jour des dernières règles. Depuis 1970, l'organisation Mondiale de la santé (OMS) définit la grossesse prolongée comme celle qui continue d'évoluer après les quarante deuxième semaines soit deux cent quatre vingt quatorze jours [1]. On parlerait de post-terme pour toute grossesse dépassant les 294 jours après les dernières règles.

C'est une situation obstétricale relativement fréquente. En effet, l'incidence des grossesses de 42 semaines révolues varie entre 4 et 14% ; celle de 43 semaines révolues entre 2 et 7% [2]. Aux Etat-Unies et en France 10% et 7% respectivement des grossesses se prolongent au delà de 42 semaines et 4 à 5% au-delà de 43 semaines respectivement [3]. En Afrique ces chiffres seraient plus élevés compte tenu des spécificités économiques et socioculturelles. De fait, un tiers des camerounaises enceintes ignorent leur date de dernière règle [4].

Il a été démontré que la grossesse prolongée est associée à plus de complication materno-fœtales notamment en terme de mortalité et de morbidité périnatale, d'induction de travail, de souffrance fœtale, et d'accouchement instrumental. [5,6,]. Cette position doit être nuancée pour plusieurs raisons : l'estimation de la durée normale de la grossesse au 19ème siècle à 40 semaines fut arbitraire, elle ne concernait que les femmes réglées en 28 jours ; il existe des variations du terme liées à la parité, la race et aux conditions socio-économiques [7]. La justification des complications fœtales repose sur la sénescence présumée du placenta qui provoquerait une diminution de sa valeur fonctionnelle. Cette notion reste encore mal acceptée ; en effet une étude faite récemment à Yaoundé n'a pas trouvé de différence de lésions histologiques entre les placentas provenant de grossesses prolongée ou non [7]. Lorsqu'une échographie de datation est faite avant la 24ème semaine l'incidence du post-terme est réduite de près de 70% [8].

Aussi, il est constaté que la prise en charge du post-terme reste-t-elle un sujet à controverse, variant dans le même pays, d'un hôpital à l'autre et entre Obstétriciens d'un même service. Il faut choisir entre expectative sous surveillance et le déclenchement systématique du travail après un délai qui lui-même est variable. La dernière publication de la Cochrane Data Base concernant cette question est peu explicite. En faveur du déclenchement, il y' aurait une augmentation de la mortalité fœtale après 41 semaines [9].

A Yaoundé des attitudes variées sont également observées ; alors que les uns optent pour une interruption de la grossesse dès la quarante-unième semaine, les autres observent jusqu'à la quarante-deuxième semaine avant de déclencher le travail. L'objectif de cette étude était d'évaluer le devenir materno-fœtale de la grossesse après terme dans trois groupes de femmes à la Maternité Principale de

l'Hôpital Central Yaoundé : ≥ 42 semaines ; 37et40 semaines ; 40et42 semaines,

MATERIEL ET METHODE :

C' était une étude cas témoins des accouchements qui se sont déroulés entre 1^{er} février et le 31 juillet 2007 à la Maternité Principale de l'Hôpital Central Yaoundé. Les parturientes étaient recrutées à l'admission en salle d'accouchement. Les données étaient complétées soit en salle d'accouchement quand ceci se déroulait en notre présence ou en post-partum immédiat, ou avec des registres des accouchements ou protocoles postopératoires. Les grossesses post-terme varient de 3 à 5 % de tous les accouchements. Utilisant cette prévalence et pour un intervalle de confiance de 95%, la taille de échantillons était calculé à 50 en utilisant la formule de Lorentz. Nous avons donc décidé de recruter dans chaque groupe de l'étude 50 parturientes. Quand une parturiente post-terme était retenue, les parturientes suivantes ayant une parité semblable et âge gestationnelle compris entre 37 et 40 semaines ou 40 et 42 semaines était retenues pour constituée les groupes II et III. Les critères d'inclusion étaient les suivants : bon état général avec une grossesse normalement évolutive, échographie de premier et deuxième trimestre concordant avec l'âge chronologique, grossesse supérieure ou égal à 37 semaines révolue et absence de contre indication pour un accouchement par voie basse. Tout grossesse portant un risque materno-fœtal telle que retard de croissance intra-utérin, pré-éclampsie- éclampsie, diabète, placenta praevia, utérus cicatriciel, était exclue d'étude. L'analyse était fait à l'aide de logiciel SPSS version 11.2.

RESULTATS :**Utilisation de l'induction.**

Trente huit pourcent des parturientes dans le groupe I d'étude ont subit l'induction et la différence était statistiquement significative (Tableau I)

Tableau I : Utilisation de l'induction

Induction	I (>42)	II(37-40)	III (40-42)	Total	p
Oui	19(38)	6(12)	3(6)	28(18,7)	0,00
Non	31(62)	4(8)	47(94)	122(81,3)	
Total	50(100)	50(100)	50(100)	150(100)	

Variables Néonatales.

Répartition par sexe des nouveaux nés.

Tableau II : Répartition par sexe des nouveaux nés.

Sexe	Gp I (>42sem)	Gp II (37-40 sem)
Fille	21(42%)	25(50%)
Garçons	29(58%)	25(50%)
Total	50(100%)	50(100%)

Il y'avait plus de garçons dans le groupe III (64%) que dans le groupe I (58%) et (50%) dans le groupe II (Tableau II).

Score d'Appgar à la cinquième minute.

Il y'avait plus de mort-née dans le groupe I 7(140/1000), que les deux autres groupes (Tableau III).

Tableau III : Score d'Appgar à la cinquième minute.

Score APGAR	Gp I (>42sem)	Gp II (37-40sem)	Gp III (40-42sem)	Total
0	7	3	0	10
1-3	9	0	1	10
3-5	2	0	1	3
5-7	11	3	2	16
7-10	21	44	46	111
Total	50	50	50	150

Répartition des morts fœtales antepartales.

Mortalité anténatale était plus élevée dans le groupe I, 140/1000. Il n'avait de décès dans le groupe III (Tableau IV).

Tableau IV : Répartition des morts fœtales antepartales.

Mort antepartale	Gp I (>42sem)	Gp II (37-40sem)	Gp III (40-42sem)	Total	P
Non	43	47	50	140	
Oui	7(140/1000)	3(60/1000)	0	10(67/1000)	0,006
Total	50	50	50	150	

Répartition des morts intrapartales.

Les morts intrapartale était plus fréquent (93/1000) dans le groupe I. Au total il avait 15 décès fœtaux dans l'étude, donnant une mortalité périnatale de 100/1000 (Tableau V).

Tableau V : Répartition des morts intrapartales.

Mort intrapartale	Gp I (>42sem)	Gp II (37-40sem)	Gp III (40-42sem)	Total	P
Non	39	47	49	135	
Oui	4(93/1000)	0	1(20/1000)	5(36/1000)	0,041
Total	50	50	50	150	

Variables Maternelles.

Répartition des cas de Césarienne.

16,7% des parturientes dans le groupe I ont accouchée par césarienne (Tableau VI).

Tableau VI : Répartition des cas de Césarienne

Césarienne	Gp I (>42)	Gp II (37-40)	Gp III (40-42)	Total
Non	43	48	49	140
Oui (%)	7(16,7)	2(4,1)	1(2,04)	10(7,14)
Total	50	50	50	150

Répartition des cas d'épisiotomie

Episiotomie était pratiquée chez 3,2 et 3 parturientes respectivement (Tableau VII).

Tableau VII : Répartition des cas d'épisiotomie.

Episiotomie	Gp I (>42sem)	Gp II (37-40sem)	Gp III (40-42sem)	Total
Non	47	48	47	142
Oui	3	2	3	8
Total	50	50	50	150

Répartition des cas de déchirure du périnée.

Il avait peu de déchirure dans le groupe d'étude, 3 cas. Il est fort de constater qu'il avait trop des déchirures dans le groupe II et III, 12 et 9 respectivement (Tableau VIII).

Tableau VIII : Répartition des cas de déchirure du périnée.

Déchirure Périnée	Gp I (>42sem)	Gp II (37-40sem)	Gp III (40-42sem)	Total
1^{er} degré	3	10	8	21
2^{ème} et 3^{ème} degré	0	2	1	3
Non	47	38	41	126
Total	50	50	50	150

DISCUSSION :

Les parturientes étant pariée pour l'âge et parité, nous n'avons pas trouvé de différence significative entre les parturientes dans les trois groupes ($p=0,884$, et $0,491$) 38% des parturientes de group I avaient bénéficié d'un déclenchement de travail contre 6% et 3% dans le groupe II et III respectivement. Cette différence étaient statistiquement significatif ($P= 0,000$) (voir tableau I). En général les auteurs s'accordent à ne déclencher le travail qu'à partir de la 41 semaine ou après 42 semaines [10-11]. Kare [12] conclue même qu'avec une expectative bien surveillée les risques materno-fœtaux restent minimales jusqu'à 44 semaines à cause des incertitudes sur la durée de la grossesse. D'autres pensent qu'un induction systématique entre la 41^{ème} et 42^{ème} semaine n'apporte pas de bénéfice significatif [11]. Néanmoins, d'autres auteurs pensent que les deux attitudes, expectative sous surveillance et déclenchement se valent. Le fonctionnement placentaire baisse après 42 semaines et ceci est responsable de nombre des fœtus présentant une détresse fœtale à la naissance [11]. Nous avons recensée 58% des nouveau-nées de sexe masculin dans notre échantillon avec une légère prépondérance de mâle dans le groupe II [64%] contre [50%] dans le groupe III. Henriksen [13] en avait faite la même observation, car il trouva moins de grossesses prolongées chez les fœtus filles que garçons, en

déterminant le terme par échographie. Cette différence n'a pas été retrouvée en calculant le terme par la date de dernière règle [13]. Il est à noter que 30% des femmes enceintes dans notre environnement ne connaissent pas leur date de dernière règle [4].

La fréquence de mortalité antépartale (7 ou 140/1000) et intrapartale (4 ou 80/1000) était significativement plus important dans le groupe I comparée au 2^{ème} groupe ($P= 0,006$), et au groupe III ($P= 0,041$) (voir tableaux IV, V). La morbidité fœtale évaluée par le score d'Apgar à la 5^{ème} minute était plus significatif dans le groupe I. En utilisant le score d'apgar à la 5^{ème} minute, le mieux corrélée au pronostic néonatal, Sahraoui [10] et d'autres auteurs ne trouverait pas de différence entre les nouveau-nées de femmes induites ou non après la 41^{ème} semaine [14,15]. Nous avons enregistré 10 morts-fœtaux in-utero (MFIU) ce qui est très élevé en comparaison à la littérature [11]. Les MFIU était prédominant dans le 1^{er} groupe (7/10 ou 70%). Quatre de cinq [80%] décès fœtale intrapartum était enregistrés dans le groupe I. Ceci dénote la mauvaise tolérance du travail par les fœtus des grossesses post terme, particulièrement en cas de déclenchement du travail. La mortalité et morbidité importantes dans notre étude concordent avec celles de Hilder [16] et Growley [3] qui trouvent une augmentation significative du taux de MFIU et du nombre de morts néonatales en fonction du terme, particulièrement au-delà de 42 semaines. La morbidité et la mortalité élevées s'expliquent par le fait que les femmes rendues en post-terme dans notre étude ne bénéficiaient pas d'une surveillance particulier telle que recommandée à partir de la 41^{ème} semaine de grossesse. En effet une surveillance permettant d'évaluer le rythme cardiaque fœtale, les mouvements actifs fœtaux, le score de Bishop, la quantité du liquide amniotique et utilisation du non stress et stress test permet d'améliorer le devenir fœtal [11,12].

Les parturientes en post-terme arrivaient majoritairement en travail au terme de grossesses mal suivies. Le taux de césarienne (16.7%) dans le groupe I était statistiquement plus élevée que dans le groupe II ($P=0,041$) à cause des complications de ces grossesses mal conduite d'une part et de celles de l'induction d'autre part. Les césariennes étaient indiquées pour échec d'induction, placenta abruptio avec fœtus vivant et souffrance fœtale aigue. La rupture utérine était l'un des indications pour une laparotomie dans notre étude. La référence tardive des centres de sante périphérique et un monitoring inadéquats seraient responsables de cette morbidité. En revanche, Sanchez-Ramos [8] trouve plus de césariennes indiquées pour souffrance fœtal aigue (SFA) dans le groupe surveillée à partir de la 41^{ème} semaine. James [17], par contre trouva plus de césariennes indiquées pour échec d'induction dans le groupe déclenché.

Les morbidités telles qu'épisiotomies et déchirures périnéales étaient semblables dans les trois groupes. Les déchirures périnéales ne seraient pas conditionnées par l'âge gestationnelle de la femme (voir tableau VII, VIII).

Une mortalité périnatale de 100/1000 était reportée dans cette étude avec une mortalité perinatal plus élevée de 220/1000 dans le groupe I.

Conclusion : Les parturientes accouchées en post terme à la maternité principale sont généralement admises en travail avec une suivie prénatal de mauvaise qualité. Le déclenchement après 42 semaines de gestation concerne moins de la moitié des parturientes. Plus de parturientes déclenchées accouchent par césarienne et la morbidité des nouveau-nées issues de ces grossesses est importante. Leur mortalité antépartale et intra-partale est également élevée. Le déclenchement de travail après 42 semaines de gestation est associé avec une morbidité et mortalité materno-fœtale élevée. Il faut donc, après la 41ème semaine faire une surveillance étroite avec un déclenchement sélectif. Après la 42ème semaine toutes parturientes pour déclenchement devraient faire une échographie pour évaluation de score de Manning, une non stress voir stress test, une surveillance intrapartum avec parthogramme ou monitoring et une counselling pour une éventuel césarienne en cas de nécessité.

REFERENCE :

1. WHO. Recommended definitions, terminology and format for statistical tables related to the perinatal period and use of a new Certificate for cause of perinatal deaths. *Acta obstetrica and gynaecology Scandinavia*, 56: p 247-53, 1977.
2. Crowley P. Post term pregnancy: induction or surveillance? In chalmers. Enkin M. MJNC. (Eds) *Effective care in pregnancy and childbirth*, Oxford, England: Oxford University Press, 776-91, 1989.
3. American college of Obstetricians and Gynecologists. *Management of postterm pregnancy. Practice patterns 6* Washington, DC: ACOG; 1997.
4. Nasah BT, Drouin. *Care of the Mother in the Tropic*, CEPER, 1982:
5. Mc Clure, Browne JC. Post maturity. *Am. J Obstet. Gynecol*, 85:573-82, 1963.
6. Adreas K, Sue-A-Quan, Gary AF, Robert ML. Effect of labor induction on rate of stillbirth and caesarean section in postterm pregnancies. *CMAJ*. Apr. 20, 8: 160, 1999.
7. Geshiere PM. *Lésions morphologiques de base du placenta: Variations entre le pré-terme, normo-terme et post-terme*. Thèse de doctorat en médecine. FMSB Yaoundé, 2006.
8. Vorherr H. Placental insufficiency in relation to postterm pregnancy and fetal post-maturity: Evaluation of foetoplacental functions: Management of the postterm gravaida. *Am. J. Obstet. Gynecol*. 123:67-103, 1975.
9. Crowley P. Interventions for preventing or improving the outcome of delivery at or beyond term. *Cochrane Database syst. Rev*, 2, 2000.
10. Sahraoui W, Hajji SM, Bibi M, Noura M, Essaidi H, Khairi H. Prise en charge obstétricale des grossesses prolongées au-delà de 41 semaines d'aménorrhées avec un score de Bishop défavorable. *J. Gynéco. Biol. Reprod*. 34: 454-462, 2005.
11. Lansac J, Berger C, Magnin G. *collection le praticien, Obstétrique*. Masson; 4ème édition; 2003.
12. Kare A, Per B, Torunn E, Kjell A, Johannes C. Randomised comparison of early versus late induction of labour in post term pregnancy. *Br. Med. J*. 294: 1192-1195, 1987.
13. Henriksen TB, Wilcox AJ, Hedegaard M, Secher NJ. Bias in studies of preterm and postterm delivery due to ultrasound assessment of gestational age. *Epidemiology*, 6: 533-537, 1995.
14. Sanchez-Ramos L, Olivier F, Delke I, Kannitz AM. Labor induction versus expectant management for postterm pregnancies: a systematic review with meta-analysis. *Obstet. Gynecol*. 101: 1312-8, 2003.
15. Lmezoglu AM, Crowther CA, Middleton P. Induction of labour for improving birth outcomes for women at or beyond term. *Cochrane Database of systematic reviews* 2006, 4: Art, No: CD004945. DOI, 2003.
16. Hilder L, Costeloe K, Thilaganathan B. Prolonged pregnancy: evaluating gestation. Specific risks of foetal and infant mortality. *Br J Obstet. Gynecol*. 105: 169-73, 1998.
17. James M, Alexander MD, Donald D, McIntire Ph D, Kenneth J, Leveno MD. Prolonged pregnancy: induction for labored and cesarean births. *Obstet. Gynecol*. 911-915, 2001.