

ANNALES DE LA SOGGO

SOCIETE GUINEENNE DE GYNECOLOGIE - OBSTETRIQUE

Semestriel ■ Volume 7 ■ N° 19 (2012)



(GYNECOLOGIE - OBSTETRIQUE, REPRODUCTION HUMAINE)

MEMBRE DE LA SOCIÉTÉ AFRICAINE DES GYNÉCOLOGUES OBSTÉTRICIENS (SAGO)
ET DE LA FÉDÉRATION INTERNATIONALE DE GYNÉCOLOGIE OBSTÉTRIQUE (FIGO)

Directeur de publication

Mamadou Saliou Diallo

Rédacteur en chef

Namory Keita

Rédacteur en chef adjoint

Telly Sy

Comité de parrainage

Ministre de l'ESRS

Ministre de la Santé

Recteur Université de Conakry

Doyen FMPOS

M Kabba Bah

M Kader

P Diallo

E Alihonou

F Diadhio

MK Bohoussou

C Welfens Ekra

M M Sall (CAMES)

A Gouazé (CIDMEF)

G Osagie (Nigeria)

Comité de rédaction

MS Diallo

N Keita

MD Baldé

Y Hyjazi

FB Diallo,

F Traoré (Pharmacologie)

T Sy

AB Diallo

Y Diallo

M Cissé (Dermatologie)

M Doukouré (Pédopsychiatrie)

ML Kaba (Néphrologie)

OR Bah (Urologie)

NM Baldé (Endocrinologie)

A Touré (Chirurgie Générale)

LM Camara (Pneumo-phtisiologie)

Comité de lecture

E Alihonou (Cotonou)

K Akpadza (Lomé)

M A Baldé (Pharmacologie)

G Body (Tours)

M B Diallo (Urologie)

M D Baldé (Conakry)

N D Camara (Chirurgie)

CT Cissé (Dakar)

A B Diallo (Conakry)

F B Diallo (Conakry)

M S Diallo (Conakry)

A Dolo (Bamako)

A Fournier (Angers)

Y Hyjazi (Conakry)

N Keita (Conakry)

YR Abauleth (Abidjan)

M Koulibaly (Conakry)

J Lankoande (Ouagadougou)

Lekey (Yaoundé)

JF Meye (Libreville)

JC Moreau (Dakar)

O Ndiaye (Dakar)

RX Perrin (Cotonou)

F Traoré (Conakry)

Recommandations aux auteurs

La revue Annales de la SOGGO est une revue spécialisée qui publie des articles originaux, des éditoriaux, des mises au point, des cas cliniques et des résumés de thèse dans les domaines de la gynécologie obstétrique et de reproduction humaine.

Conditions générales de publication

Les articles n'engagent que la responsabilité de leurs auteurs. Les manuscrits des articles originaux ne doivent avoir fait l'objet d'aucune publication antérieure ni être en cours de publication dans une autre revue. Les manuscrits doivent être dactylographiés en double interligne, de police de caractère 12 minimum, style Times New Roman, 25 lignes par page maximum, le mode justifié, papier blanc recto seulement et adressés en deux exemplaires et une version électronique sur CD, disquette ou par email à la rédaction aux adresses suivantes :

1. Professeur Namory Keita

Maternité Donka CHU de Conakry

BP : 921 Conakry (Rép. de Guinée)

Tel. : (224) 64 45 79 50

Email : namoryk52@yahoo.fr

2. Professeur Agrégé Telly Sy

Maternité Ignace Deen CHU de Conakry

BP : 1478 Conakry (Rép. de Guinée)

Tel. : (224) 60 21 70 86 ; (224) 64 23 37 30

Email : [syntelly@yahoo.fr](mailto:sytelly@yahoo.fr)

Tous les manuscrits sont adressés pour avis de façon anonyme à deux lecteurs. Une fois acceptés les articles corrigés doivent être accompagnés des frais de correspondance et de rédaction qui s'élèvent à 25.000 F CFA.

Présentation des textes

La disposition du manuscrit d'un article originale est la suivante : titre (avec auteurs et adresse), résumé (en français et en anglais), introduction, matériel et méthodes, résultats, discussion, références, tableaux et figure. La longueur des manuscrits ne doit pas dépasser, références non comprises 12 pages pour les articles originaux, 4 pages pour les cas cliniques et mises au point.

Toutes les pages seront numérotées à l'exception de la page des titres et des résumés.

- Page de titre : elle comporte :
 - Un titre concis, précis et traduit en anglais
 - Les noms et initiales des prénoms des auteurs
 - L'adresse complète du centre dans lequel le travail a été effectué
 - L'adresse complète de l'auteur à qui les correspondances doivent être adressées
 - Résumé : le résumé de 250 mots en français et en anglais figure après la page des titres sur des pages distinctes avec le titre sans le nom des auteurs. Le résumé doit comporter de manière succincte le but, la méthodologie, les principaux résultats et la conclusion.
 - Références : les références sont numérotées selon l'ordre de leur appel dans le texte. Leur nombre ne doit pas dépasser 20 pour les articles originaux, 10 pour les cas cliniques et 30 pour les mises à jour. Elles doivent indiquer les noms de tous les auteurs si leur nombre ne dépasse pas six, au-delà, il faut indiquer les 3 premiers suivis de la mention et al.. Les abréviations des titres des journaux doivent être celles qui sont trouvées dans l'Index Medicus, par exemple :
 - Pour une revue:
1. Sy T, Diallo AB, Diallo Y. et al. : Les évacuations obstétricales : aspects épidémiologiques, pronostiques et économiques à la Clinique Gynécologique et

Obstétricales du CHU Ignace DEEN. *Journal de la SAGO* 2002; 3(2): 7- 11

- Pour une contribution à un livre:
2. Berland M. Un état de choc en début de travail : conduite à tenir. In : LANSAC J, BODY G : Pratique de l'accouchement. Paris. SIMEP. 2^{ème} éd. 1992 : 218- 225
 - Pour un livre:
 3. Lansac J, Body G. Pratique de l'accouchement. Paris. SIMEP. 2^{ème} éd. 1992 : 349.
 - Pour une thèse:
 4. Bah A . Les évacuations obstétricales : aspects épidémiologiques et pronostic à la clinique de gynécologie obstétrique du CHU Ignace Deen. Thèse méd, Univ Conakry 2001; 032/03 04 : 165p
- Tableaux, figure et légendes : leur nombre doit être réduit au strict minimum nécessaire à la compréhension du texte. Les tableaux seront numérotés en chiffres romains et les figures en chiffres arabes. Ils doivent être appelés dans le texte.

Après acceptation définitive de l'article, des modifications mineures portant sur le style et les illustrations pourront être apportées par le comité de rédaction sans consulter l'auteur afin d'accélérer la parution dudit article.

Le comité de rédaction

SOMMAIRE

ARTICLES ORIGINAUX

Analyse des évacuations obstétricales vers le service de gynécologie obstétrique de l'hôpital national Donka

Leno DWA, Camara MK, Diallo FD, Conte I, Hyjazi Y, Keita N.....57 - 62

Cancer du sein et facteurs hormonaux chez la femme à Abidjan

Adoubi I, Didi-kouko Coulibaly J, Touré M, Adingra MDG, Akaffou HJ, Kouassi KKY, Echimane KA.....63 - 68

Prise en charge des grossesses extra-utérines (GEU) au centre hospitalier régional d'Ourossogui (Sénégal).

Touré FB, Diop CT, Thiam O, Touré AO, Wade TM, Ndiaye D, Faye KG, Ngom G.....69 - 72

Comportement du personnel et droits des parturientes dans les Maternités de Bobo Dioulasso au Burkina Faso.

Somé AD, Ouattara S, Touré B, Ouattara H, Bambara M, Dao B73 - 77

Dysménorrhée dans une population estudiantine a l'universite de Parakou (Bénin) : enquêtes épidémiologiques et facteurs associés

Houkponou NFM, Salifou K, Hounkpatin B, Komongui D, Perrin.....78 - 81

Le surpoids, l'obésité et l'accouchement

Diouf AA, William V, Faye- Diomé ME, Mbaye M, Niang MM, Moreira PM, Diouf A.....82 - 87

CAS CLINIQUE *(CASE REPORT)*

Corps étranger intramyométrial: un cas inhabituel de buchettes d'allumettes incarcérées dans le muscle utérin

Gueye M, Diallo M, Moreira PM, Mbaye M, Kane-gueye SM, Diouf AA, Niang MM, Moreau JC.....88 - 90

CONTENTS

ORIGINAL ARTICLES

Evacuation analysis to the service obstetric obstetrics gynecology hospital of national Donka Conakry.
Leno DWA, Camara MK, Diallo FD, Conte I, Hyjazi Y, Keita N.....57 - 62

Brest cancer and hormonal factors with woman in Abidjan
Adoubi I, Didi-kouko Coulibaly J, Touré M, Adingra MDG, Akaffou HJ,
Kouassi KKY, Echimane KA.....63 - 68

Management of ectopic pregnancy (EP) at regional medical center Ourosogui (Sénégal)
Touré FB, Diop CT, Thiam O, Touré AO, Wade TM, Ndiaye D, Faye KG, Ngom G.....69 - 72

Providers' behavior and laboring women's rights in maternities in Bobo Dioulasso, Burkina Faso.
Somé AD, Ouattara S, Touré B, Ouattara H, Bambara M, Dao B.....73 - 77

***Dysmenorrhea in a student population at university of parakou (benin republic):
surveys epidemiologic and factors associates)***
Houkponou NFM, Salifou K, Hounkpatin B, Komongui D, Perrin.....78 - 81

Overweight, obesity and delivery
Diouf AA, William V, Faye- Diemé ME, Mbaye M, Niang MM, Moreira PM, Diouf A.....82 - 87

CASE REPORT

Intramyétrial foreign body: an unusual case of match-sticks incarcerated in the uterine muscle
Gueye M, Diallo M, Moreira PM, Mbaye M, Kane-gueye SM, Diouf AA, Niang MM,
Moreau JC.....88 - 90

LE SURPOIDS, L'OBÉSITÉ ET L'ACCOUCHEMENT

OVERWEIGHT, OBESITY AND DELIVERY

DIOUF AA¹, WILLIAM V¹, FAYE- DIEME ME¹, MBAYE M¹, NIANG MM, MOREIRA PM¹, DIOUF A¹
¹ Service de Gynécologie - Obstétrique, Centre Hospitalier National de Pikine, Sis Camp de Thiaroye, Dakar, Sénégal Tel : (221) 33 853 00 71 / Fax : (221) 33 853 00 69 - Email : dizzeffr@yahoo.fr

Correspondances : Dr Abdoul Aziz Diouf, Service de Gynécologie - Obstétrique, Centre Hospitalier National de Pikine, sis Camp de Thiaroye, Dakar, Sénégal ; Tel : 33 853 00 71 / Fax : 33 853 00 69 ;

RESUME

Objectifs : déterminer la prévalence du surpoids et de l'obésité chez les parturientes au Centre Hospitalier National de Pikine, et comparer leur impact materno-fœtal sur l'accouchement et le post-partum immédiat.

Méthodologie : il s'agit une étude transversale qui s'est déroulée du 1^{er} janvier au 31 décembre 2009. Les 180 parturientes qui présentaient un excès pondéral sur la base d'un indice de masse corporelle (IMC) corrigé étaient réparties en deux groupes, les obèses et les surpoids. Les caractéristiques cliniques et l'issue maternelle et néonatale ont été analysés.

Résultats : la prévalence de l'excès pondérale était de 7,8% accouchements, avec 4,9% pour les surpoids et 2,9% pour les obèses. Le risque de survenue de prééclampsie et de rupture prématurée des membranes était significativement plus élevé dans le groupe des obèses (respectivement $p=0,0014$ et $p=0,0000$). Par contre, le surpoids autant que l'obésité maternels étaient des facteurs de risque de survenue d'une macrosomie fœtale ($p=0,09$), de césarienne ($p=0,70$) et de lésions périnéales ($p=0,9$). Il en était de même pour d'autres facteurs de morbidité tels que la grossesse prolongée et le score d'Apgar inférieur à 7 à la première minute.

Conclusion : le surpoids maternel doit être considéré comme facteur de morbidité materno-fœtal.

Mots-clés : Obésité. Surpoids. Grossesse. Accouchement

SUMMARY

Objectives: To determine the prevalence of overweight and obesity in parturients and compare their materno-fetal impact on delivery and immediate postpartum.

Methodology: This is a cross-sectional study was conducted from January the 1st to December 31st, 2009 in the National Hospital Center of Pikine (Dakar). The 180 parturients collected by an adjusted body mass index (BMI) were divided into two groups, obese and overweight. Clinical characteristics and maternal and neonatal outcome were analyzed.

Results: The prevalence was 7.8%, with 4.9% for overweight and 2.9% for the obese. The risk of developing preeclampsia and premature rupture of membranes was significantly higher in the obese group ($p=0.0014$ and $p=0.0000$). However, overweight was risk factors as much obesity for occurrence of fetal macrosomia ($p=0.09$), caesarean section ($p=0.70$) and perineal lesions ($p=0.9$). It was the same for other morbidity factors such as prolonged pregnancy and Apgar score below 7 in the first minute.

Conclusion: Maternal overweight should be considered as a maternal and fetal morbidity factor.

Keywords: Obesity. Overweight. Pregnancy. Delivery

INTRODUCTION

L'excès pondéral pendant la période gravidique est à l'origine de complications maternelles et périnatales devant faire considérer ces grossesses comme à risque. Le but de notre étude était de déterminer la prévalence du surpoids et de l'obésité chez les parturientes admises dans notre service, et d'évaluer le pronostic maternel et périnatal de cette association au cours de l'accouchement puis dans le post-partum immédiat.

PATIENTES ET METHODES

Il s'agissait d'une étude descriptive, transversale allant du 1^{er} janvier 2009 au 1^{er} janvier 2010, dans le service de gynécologie obstétrique du Centre Hospitalier National de Pikine qui est une structure sanitaire de référence de la banlieue de Dakar enregistrant en moyenne 2500 accouchements par an. Nous avons inclus toutes les patientes porteuses d'une grossesse d'âge gestationnel supérieur à 28 semaines d'aménorrhée (SA), admises pour accouchement et ayant un excès pondéral sur la base de l'Indice de Masse Corporelle (IMC) de Quételet. Ne connaissant pas le poids pré-gestationnel de la majeure partie de nos patientes, nous avons délibérément choisi de calculer l'IMC à partir du poids maternel à l'admission. Considérant 12,5 kg comme le gain pondéral gravidique moyen, l'IMC « corrigé » (kg/m^2) était donné par le rapport suivant : poids à l'admission (kg) - 12,5 kg / Taille². Le terme de grossesse inférieur à 28 semaines d'aménorrhée, les grossesses multiples et les accouchements hors de la structure étaient les principaux critères de non inclusion. Ainsi, à partir de l'IMC « corrigé », nous avons colligé 180 patientes réparties en deux grands groupes : les surpoids (IMC corrigé = $25 \text{ kg}/\text{m}^2$) et les obèses (IMC corrigé = $30 \text{ kg}/\text{m}^2$). Les variables étudiées étaient les caractéristiques socio-démographiques (âge, origine géographique, situation matrimoniale), le profil clinique (gestité, parité, antécédents, déroulement de la grossesse, déroulement de l'accouchement), la morbidité maternelle (césarienne, épisiotomie et déchirure périnéale) et le pronostic périnatal (poids de naissance, score d'Apgar). Les sources des données étaient constituées par les carnets de consultation prénatale et les dossiers d'accouchement. Ces données étaient saisies et analysées avec les logiciels Excel et Epi-info (version 3.5.1). Le test statistique utilisé pour la comparaison des proportions était le Chi deux (Chi^2). Le *student* était utilisé pour la comparaison des moyennes. Le seuil de significativité était fixé à 5%.

RESULTATS

Durant la période d'étude, 2290 parturientes étaient admises dans notre structure, et 180 d'entre-elles avaient un IMC corrigé supérieur ou égale à $25 \text{ kg}/\text{m}^2$, ce qui donnait une prévalence d'excès pondéral de 7,8%. Le surpoids et l'obésité représentaient respectivement 113 et 67 cas (figure 1). L'âge moyen du groupe des obèses était significativement supérieur à celui du groupe des surpoids ($32,9 \pm 6,4$ vs $28,7 \pm 6,6$ $p = 0,0001$). Plus de la moitié de notre effectif avaient un âge entre 20 et 34 ans. La parité moyenne du groupe des obèses était également plus élevée ($3,8 \pm 2,6$ vs $2,7 \pm 2,1$ $p = 0,0019$). Les multipares constituaient 46,1 % et les primipares représentaient 37,8 % de la population d'étude. En revanche, il n'existait pas de différence significative pour la taille des patientes ($1,64 \pm 0,06$ vs $1,64 \pm 0,05$ $p = 0,58$). Parmi les antécédents obstétricaux, la macrosomie était la plus fréquente (25,6%) avec une différence significative en faveur du groupe des obèses (40,2% vs 16,8% ; $p = 0,0005$), suivie de l'avortement spontané (18,3%) et de la césarienne (15,6%) sans différence significative.

Le suivi prénatal était jugé satisfaisant (quatre CPN au moins) dans 71,2% des cas. Les grossesses étaient suivies dans plus de la majorité des cas (90,5%) hors de notre structure. Les principales pathologies retrouvées au cours de la grossesse étaient l'hypertension artérielle (30,25%), la rupture prématurée des membranes (42%) et le dépassement de terme (21%). Le taux de grossesse prolongée était de 19,4% dans le groupe obèse et 23,8% dans le groupe surpoids, sans différence significative ($p = 0,48$). La survenue de prééclampsie était significativement plus importante dans le groupe des obèses (40,2% vs 18,5% $p = 0,0014$). De même, le taux de rupture prématurée des membranes (tableau I) était supérieur dans le groupe des obèses (73,1% vs 23,8% $p = 0,0000$). La présentation était céphalique dans 97,2 % des cas alors que celle du siège était de 2,8 %. L'entrée en travail était spontanée dans 72,2% des cas, et 5% avaient bénéficié d'un déclenchement, soit à l'ocytocine, soit au misoprostol. La césarienne avant l'entrée en travail était réalisée dans 22,8% des cas. Une anomalie du travail survenait dans 57,5% des cas, et l'asphyxie fœtale était la plus fréquente (31%), suivie de la dystocie dynamique (13%) et du défaut d'engagement dans 9,3% des cas. La césarienne était réalisée dans 49% des cas sans différence significative dans les deux groupes (50,7% vs 47,7% $p = 0,70$). Les indications de césarienne

étaient dominées par la prééclampsie sévère (30,6%), l'anoxie fœtale (25,2%) et la macrosomie (10,2%). L'extraction par ventouse obstétricale n'était faite que dans 2,7% des cas. La mortalité maternelle était nulle. Concernant les lésions périnéales, ils n'existaient pas de différence significative entre les deux groupes (tableau I). Parmi les nouveau-nés, 6,7% d'entre eux avaient un faible poids de naissance et 8,9% un poids supérieur ou égal à 4000 g. Le taux de macrosomie n'était pas significativement plus élevé dans le groupe obésité que dans le groupe surpoids (13,4% vs 6,1% $p = 0,09$). Le sexe masculin prédominait (55 %) et le score d'Apgar à la 5^{ème} minute était supérieur à 7 dans 95 % des cas sans différence dans les deux groupes (tableau II). La mortalité périnatale était de 33% avec 4 morts fœtales in utero, 2 décès néonataux précoces suites à une souffrance fœtale aiguë et à une hydrocéphalie majeure. Un cas de fracture humérale était observé dans le groupe surpoids à la suite d'une manœuvre pour dystocie des épaules.

DISCUSSION

Définition de l'obésité et grossesse

La prévalence dans notre série, de femmes en surpoids et obèses est tirée d'une formule de l'IMC corrigé. En effet, il n'y a pas de consensus réel dans la définition de l'obésité associée à la grossesse. Pour certains auteurs [1, 2], elle signifie un IMC supérieur ou égal à 30, d'autres [3] prennent comme limite un poids au cours de la grossesse supérieur à 20 % par rapport au poids idéal (tables d'assurances américaines) ou alors un poids à l'accouchement, et non en début de grossesse, supérieur à 90 kg [4]. Notre calcul de l'IMC corrigé qui tient compte du gain pondéral gravidique moyen peut être utile dans notre contexte où le

poids pré-gestationnel est rarement connu et les premières consultations prénatales souvent réalisées au deuxième trimestre de grossesse. Cependant, ce compromis ne peut en aucun cas avoir la même sensibilité que le calcul de l'IMC à partir du poids pré-gestationnel qui reste la référence.

Aspects cliniques

Le profil des patientes était caractérisé par un âge légèrement élevé (30 ans) et la pauciparité. Ces caractéristiques collent exactement à celles des femmes sénégalaises qui observent facilement une prise pondérale exagérée habituellement après leur première grossesse. En général, la masse grasseuse augmente de manière cumulée après chaque grossesse. Cette thèse s'illustre parfaitement dans notre série où les patientes obèses étaient plus âgées et avaient une parité plus élevée que les patientes en surpoids (respectivement $p = 0,0001$ et $p = 0,0019$). La prévention de l'obésité devrait nécessairement passer par une meilleure sensibilisation et conseil hygiéno-diététique des femmes avant leur première grossesse, sachant que le risque d'obésité est plus élevé après celle-ci. Le terme de grossesse dans notre série (37-41 SA) correspond à ceux les plus fréquemment retrouvés dans la littérature [5, 6, 7].

Les répercussions de l'obésité sur le déroulement de la grossesse sont nombreuses et bien connues, dominées essentiellement par les troubles hypertensifs, le diabète gestationnel et la macrosomie [8, 9]. Robinson et coll. au Canada [8] ont analysé les issues de grossesse stratifiées par poids maternel pré-gestationnel en comparant les femmes dont le poids se situait entre 55 kg et 75 kg et celles dont le poids était > 90 kg ; ils ont montré que le surpoids et l'obésité étaient significativement associés à un risque majoré de troubles hypertensifs au cours de la grossesse. Ces constatations ont été

Tableau I: répartition des principaux facteurs de morbidité dans les deux groupes de parturientes surpoids/ obèses

	25=IMC<30 N = 113	IMC = 30 N = 67	p
Prééclampsie	21 (18,5%)	27 (40,2%)	0,0014
Grossesse prolongée	22 (19,4%)	16 (23,8%)	0,48
Rupture prématurée des membranes	27 (23,8%)	49 (73,1%)	0,0000
Asphyxie fœtale	29 (25,6%)	14 (20,8%)	0,46
Césarienne	54 (47,7%)	34 (50,7%)	0,70
Episiotomie	17(15%)	5(7,4%)	0,13
Déchirure	7(6,1%)	4(5,9%)	0,9

Figure 1: répartition des patientes selon l'indice de masse corporelle (IMC)

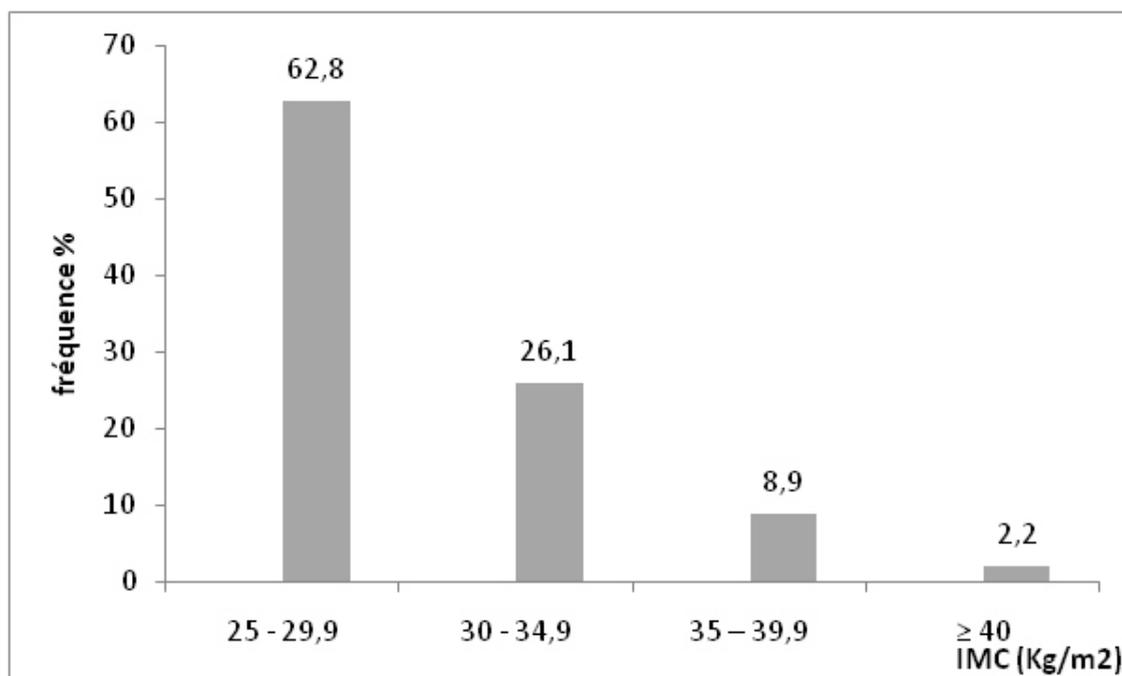


Tableau II : caractéristiques néonatales des deux groupes de parturientes surpoids/obésité

	25=IMC<30 N = 113	IMC = 30 N = 67	<i>p</i>
Poids de naissance (g)	3255,7±506,5	3294,7±627,4	0,64
Score d'Apgar < 7 à 1 mn	45 (39,8%)	23 (34,3%)	0,4
Faible poids de naissance	5 (4,4%)	7 (10,4%)	0,20
Macrosomie	7 (6,1%)	9 (13,4%)	0,09
Traumatisme néonatal	2 (1,7%)	0	0,71

confirmées par Merviel et coll. en France [10]. De plus, Ducarme et coll. [9] dans leur étude prospective incluant trois groupes de femmes de poids normal, en surpoids et obèses, avaient retrouvé une nette corrélation entre l'augmentation de l'IMC et la survenue d'une prééclampsie (OR=3,51 [IC 95% :1,916,42]). Dans notre série, la prééclampsie était deux fois plus fréquente dans le groupe des patientes obèses que dans celui du surpoids (40,2 versus 18,5% ; $p = 0,0014$). Ces remarques rejoignent celles de Thadhani et coll. aux Etats-Unis [11] qui, dans leur série, ont retrouvé un risque relatif de développer une prééclampsie de 2 lorsque l'IMC avant la grossesse est supérieur à 25 kg/m², et un risque relatif de 2,6 lorsqu'il est supérieur à 30 kg/m².

Le faible taux de diabète gestationnel retrouvé dans

notre étude prouve l'absence de protocole diagnostique de cette pathologie dans nos régions, contrairement aux pays industrialisés comme les Etats-Unis où Weiss et coll., dans leurs travaux prospectifs multicentriques, avaient retrouvé une augmentation significative du risque de diabète gestationnel chez les femmes obèses [12]. La rupture prématurée des membranes était présente dans les deux groupes comme décrit dans la littérature [13]. Dans une étude européenne [6] où 96 patientes obèses étaient enregistrées, sa fréquence était estimée à 21,1%. Dans notre série, la fréquence de la rupture prématurée des membranes était de 42,2%. Ceci a certainement participé à la hausse du taux de souffrance fœtale aiguë rencontrée chez 23,8% des patientes.

L'entrée en travail était spontanée dans 72,2% des

cas, à l'image de plusieurs séries dans la littérature. Par contre, un déclenchement était réalisé dans 76,8% et 53,2% respectivement dans les séries de Hamon [6] et Ducarme en France [5]. Cette différence peut s'expliquer par l'absence de suivi rapproché de ces groupes de patientes à risque que nous avons souvent reçues alors qu'elles étaient déjà en début de travail. Le taux de césarienne (48,9%) était très élevé par rapport à ceux rapportés dans la littérature tels que Hamon en France [6] et Edwards aux Etats-Unis [14] qui ont obtenu respectivement de 14,6% et 25,6%. La hausse du taux de césarienne peut être attribuable en partie à la fréquence élevée de la prééclampsie sévère retrouvée chez le quart des patientes et la référence en urgence par d'autres structures sanitaires (60% des cas), qui est un cofacteur pronostique non négligeable. En plus, l'absence de moyens diagnostiques adéquats du bien-être fœtal pendant l'accouchement et l'adiposité pariétale qui nuit à la bonne perception des bruits du cœur fœtal au stéthoscope de Pinard, sont autant de facteurs qui poussent à adopter une voie haute par prudence lorsqu'on doute d'une asphyxie fœtale.

Aspects pronostiques

Certains auteurs ont montré que la fréquence de la macrosomie était plus élevée lorsque l'IMC est supérieur à 30 kg/m² [15, 16], avec un risque majoré de dystocie des épaules [17]. Dans notre étude, il n'existait pas de différence significative concernant la survenue d'une macrosomie ($p=0,09$). Eu égard à cette situation, nous considérons que le surpoids, autant que l'obésité maternel, est un facteur de risque de survenue d'une macrosomie fœtale. Il en était de même pour le risque de survenue de césarienne ($p=0,70$) et de lésion périnéale ($p=0,9$) qui étaient également identiques dans les deux groupes. Enfin, cette règle s'appliquait aussi à d'autres facteurs de morbidité tels que la grossesse prolongée et le score d'Apgar inférieur à 7 à la première minute.

Le pronostic maternel semble être modifié par une fréquence de la maladie thrombo-embolique dans le post-partum. Edwards et coll. [14] ont dirigé leurs travaux sur 683 femmes obèses qui ont été appariées à 660 femmes de poids normal. L'incidence de la maladie thromboembolique était de 2,5 % chez les patientes obèses, et seulement 0,6 % chez les témoins [14]. Dans notre série, aucun cas de maladie thrombo-embolique n'avait été observé. Cette constatation peut être justifiée par la thrombo-prophylaxie à base d'héparine, et le lever précoce qui sont systématiquement effectués vis-à-vis de ces cas.

CONCLUSION

L'indice de masse corporelle corrigé offre une estimation beaucoup plus proche dans un contexte où le poids pré-gestationnel est difficile à obtenir. Le surpoids associé à la grossesse doit nécessiter la même attention que l'obésité, surtout dans la survenue de la macrosomie fœtale, et dans une moindre mesure, la survenue de la prééclampsie et de la rupture prématurée des membranes. Il importe dès lors, d'élaborer un protocole de prise en charge adapté des femmes en excès pondéral pendant la grossesse, l'accouchement et le post-partum. Il convient également de sensibiliser les femmes en excès pondéral sur les avantages d'avoir un indice de masse corporelle normal en période pré-gestationnelle.

RÉFÉRENCES

1. WHO. Obesity: preventing and managing the global epidemic. Working group on obesity. Geneva: World Health Organization; 1998.
2. Davies GAL, Maxwell C, McLeod L. Obésité et grossesse. J Obstet Gynaecol Can 2010 ; 239:174184.
3. Johnson S, Kolberg B, Varner M. Maternal obesity and pregnancy. Surg Gynecol Obstet 1987;164:431-7.
4. Gross T, Sokol RJ, King KC. Obesity in Pregnancy: Risks and Outcome. Obstet Gynecol 1980;56:446-50.
5. Ducarme G, Rodrigues A, Aissaoui F et al. Grossesse des patientes obèses : quels risques faut-il craindre? Gynecol Obstet Fertil 2007;35:19-24.
6. Hamon C, Fanello S, Catala L et al. Conséquences de l'obésité maternelle sur le déroulement du travail et l'accouchement. J Gynecol Obstet Biol Reprod 2005;34:109-114.
7. Galtier DF, Boegner LC, Bringer J. Obesity and pregnancy: complications and cost. Am J Clin Nutr 2000;71;5:1243-1248.
8. Robinson HE, O'connell CM, Joseph KS et al. Maternal outcomes in pregnancies complicated by obesity. Obstet Gynecol 2005;106:1357-64.
9. G. Ducarme*, A. Rodrigues, F. Aissaoui, C. Davitian, I. Pharisien, M. Uzan. Grossesse des patientes obèses : quels risques faut-il craindre ? Gynecol Obstet Fertil 2007;35:1924
10. Merviel P, Touzart L, Deslandes V, et al. Facteurs de risque de la prééclampsie en cas de grossesse unique. J Gynecol Obstet Biol Reprod 2008;37:477-482.
11. Thadhani R, Stampfer M, Hunter D et al. High body mass index and hypercholesterolemia: Risk of hypertensive disorders of pregnancy. Obstet Gynecol, 1999; 94:543-50.

12. Weiss JL, Malone FD, Emig D, Ball RH, Nyberg DA, Comstock CH, et al. Obesity, obstetric complications and caesarean delivery rate-A population-based screening study. *Am J Obstet Gynecol* 2004;190:10917.
13. Michlin R, Oettinger M, Odeh M et al. Maternal obesity and pregnancy outcome. *Isr Med Assoc J* 2000;2:10-3.
14. Edwards LE, Hellerstedt WL, Alton IR et al. Pregnancy complications and birth outcomes in obese and normal-weight women: effects of gestational weight change. *Obstet Gynecol* 1996;87:389-94.
15. Abrams B, Selvin S. Maternal weight gain pattern and birth weight. *Obstet Gynecol* 1995; 86;2:163-9.
16. Lepercq J, Hauguel-De- Mouzon S, Timsit J et al. Fetal macrosomia and maternal weight gain during pregnancy. *Diabetes Metab* 2002;28;4:323-328.
17. Collin A, Dellis X, Ramanah R et al. La dystocie vraie des épaules : analyse de 14 cas traités par la manœuvre de Jacquemier. *J Gynecol Obstet Biol Reprod* 2008;37:283-290.