

## LES COMPLICATIONS MATERNO-FŒTALES DES GROSSESSES PROLONGÉES AU CHU GYNÉCOLOGIE-OBSTÉTRIQUE DE BEFELATANANA EN 2012 (MATERNAL AND FETAL COMPLICATIONS OF PROLONGED PREGNANCIES AT THE UHC GYNECOLOGY –OBSTETRIC OF BEFELATANANA DURING 2012)

RAJAONARISON TJ<sup>1</sup>, RAZAFIMANANTSOA SME<sup>1</sup>, RAINIBARIJAONA LN<sup>1</sup>, RANDRIAMBELOMANANA JA<sup>2</sup>

<sup>1</sup> : CHU Gynécologie-Obstétrique de Befelatanana, Antananarivo

<sup>2</sup> : Faculté de Médecine d'Antananarivo

### RESUME

**Introduction:** La grossesse prolongée est une grossesse à risque pour la mère mais surtout pour le fœtus. Notre objectif est d'évaluer les complications materno-fœtales des grossesses prolongées.

**Méthode :** Il s'agit d'une étude rétrospective type cas-témoins réalisé à l'HUGOB, allant du 1<sup>er</sup> Janvier au 31 décembre 2012. Les deux groupes ont été comparés par le test exact de Fisher. Un seuil de 0,05 était considéré comme significatif.

**Résultats :** Nous avons répertorié 134 cas de grossesses prolongées sur 6637 accouchements soit 2,02%. Pour 97 cas de grossesses prolongées incluses, 53,60% des cas étaient des primipares. L'âge moyen des cas était de 25 ans. La voie d'accouchement des grossesses prolongées était la césarienne dans 49,84% des cas contre 18,37% des témoins (OR=5,3 ; IC 95% (3,12-9,09) ; p<0,0001). Le poids de naissance moyen était de 3270g. Les complications maternelles étaient dominées par le travail prolongé à 13,4%, l'hémorragie du post-partum à 7,22% et la déchirure périnéale à 9,28%. Les complications fœtales étaient le syndrome de post-maturité (34,02%), l'admission en unité de soins intensifs néonataux (34,03%), l'asphyxie fœtale (26,81%), le syndrome d'inhalation méconiale (3,10%), l'infection néonatale (4,12%), le RCIU (7,22%), la macrosomie (7,21%).

**Conclusion :** Les mères avec une grossesse prolongée ont plus de risque de survenue d'oligoamnios, de travail prolongé, de liquide amniotique méconial, de césarienne et d'extraction instrumentale par rapport à celles avec terme normal. Pour les fœtus post-termes, les risques sont surtout le syndrome de post-maturité, l'anomalie du rythme cardiaque fœtal, l'admission en soins intensifs et la macrosomie.

**Mots-clés:** complications, fœtal, grossesse, maternel, post-terme, prolongées, pronostic, surveillance, terme, .

### SUMMARY

**Introduction:** The prolonged pregnancy is a risky pregnancy for the mother but especially for the fetus. Our objective is to assess maternal and fetal complications of the prolonged pregnancies.

**Methods:** A retrospective study type case-control realized at the UHC GOB, from January 1st till December 31st, 2012. The two groups were compared by the exact test of Fisher. The p-value < 0.05 was considered like significant.

**Results:** We have identified 134 cases of prolonged pregnancies on 6637 births whether 2.02%. For 97 cases of inclusive prolonged pregnancies, 53.60% of the cases was primiparous. The average age of the cases was of 25 years. The way of delivery of the prolonged pregnancies was the caesarian in 49.84% of the cases against 18.37% than controls [OR=5.3; IC 95% (3.12-9.09); p<0.0001]. The average birth weight was 3270g. The maternal complications were dominated by the extended work in 13.4%, the haemorrhage of the post-partum in 7.22% and the perineal tear in 9.28%. The fetal complications were syndrom of post-maturity (34.02%), admission in unit of neonatal intensive care (34.03%), fetal asphyxiation (26.81%), syndrom of meconium inhalation (3.10%), neonatal infection (4.12%), fetal growth restriction (7.22%), and fetal macrosomic (7.21%).

**Conclusion:** The mothers with a prolonged pregnancy were more likely to oligoamnios, prolonged work, meconial amniotic liquid, cesarean section and instrumental extraction compared with a normal term. For postterm fœti, the risks are especially the syndrom of post-maturity, the anomaly of fetal heart rates, the admission in unit of neonatal intensive care, the fetal macrosomic.

### INTRODUCTION

La grossesse prolongée est définie par une grossesse qui se prolonge au-delà du terme théorique c'est-à-dire supérieure à 41 semaines d'aménorrhée soit 287 jours.

Sa fréquence varie selon les continents et le niveau socio-économique d'un pays. Une grossesse prolongée survient dans 1 à 7% des grossesses [1]. Pour Madagascar, la fréquence des grossesses prolongées est encore mal évaluée. Les grossesses prolongées sont des grossesses à haut risque car elles sont responsables des morbidités materno-fœtales importantes ainsi que de mortalité périnatale. La surveillance des grossesses prolongées fait partie intégrante de l'activité de tout service d'Obstétrique. Ces grossesses considérées comme à haut risque devraient bénéficier d'une surveillance attentive et adaptée.

Notre objectif principal est d'évaluer les complications maternelles et fœtales des grossesses prolongées.

### PATIENTES ET METHODES

C'est une étude des cas de grossesses prolongées durant l'année 2012, du 01 janvier 2012 au 31 décembre 2012, vues à l'Hôpital Universitaire Gynécologie-Obstétrique de Befelatanana (HUGOB).

Il s'agit d'une étude rétrospective type cas-témoins (un cas sur deux témoins tirés au hasard). Les cas ont été recueillis dans les

dossiers du service Grossesse à Risque et du service d'Obstétrique et les témoins dans le service d'Obstétrique.

En ce qui concerne les critères d'inclusion, ont été incluses dans le groupe cas: toutes grossesses évolutives avec terme > 41SA selon la date des dernières règles ou à l'échographie du 1<sup>er</sup> trimestre, possédant un résultat d'échographie du dernier trimestre à l'admission à l'hôpital, et que ces grossesses étant sans pathologie associée. Les critères d'exclusion étaient une incomplétude des dossiers, une dystocie osseuse ou une présentation dystocique non diagnostiquée avant l'admission.

Le groupe témoins a été choisi selon qu'il s'agit de toutes gestantes admises au service d'Obstétrique pour femme en travail (terme de la grossesse supérieur ou égal à 37 SA et inférieur ou égal à 41SA), avec les mêmes critères d'inclusions et d'exclusions que les cas.

Plusieurs paramètres ont été étudiés dont l'âge des parturientes, la parité, le terme de la grossesse, les signes échographiques de post-maturité (maturité du placenta et quantité du liquide amniotique), le score de Bishop à l'admission, le travail (mode de déclenchement et durée), le résultat de l'enregistrement du rythme cardiaque fœtal, l'aspect du liquide amniotique, la voie d'accouchement (accouchement par voie basse, avec ou sans extraction instrumentale ou césarienne avec les indications). Du côté fœtal, nombreux paramètres à la naissance ont été également pris en compte dont l'indice d'Apgar à la cinquième minute, le poids de naissance, la vitalité et l'état de l'enfant recherchant les signes cliniques de post-maturité.

L'étude statistique a été réalisée à l'aide du test exact de Fisher.

**Correspondance:** Docteur Tahina Joëlle Rajaonarison  
CHU- Gynécologie-Obstétrique de Befelatanana—Antananarivo 101  
E-mail: taj.rajaonarison@yahoo.fr

L'Odds-ratio a été calculé avec p où le seuil de significativité de p est de <0,05. On a utilisé le logiciel CRAN R version pour l'analyse statistique.

### RESULTATS

Durant l'année 2012, nous avons répertorié 134 cas de grossesses prolongées sur 6637 accouchements soit 2,02%. Parmi ces 134 cas, 97 ont été inclus dans notre étude soit une fréquence de 1,5%. Le nombre des témoins inclus dans l'étude était de 196, le double des cas.

La tranche d'âge entre 19 et 24 ans était la plus concernée avec une proportion de 39,17%. L'âge moyen de nos parturientes dépassant le terme était de 24 ans. Les femmes dans cette même tranche d'âge étaient les plus nombreuses dans le groupe témoin.

Près de 55 % des cas étaient entre 41 et 42 SA tandis que les 45 % restants avaient un terme au delà de 42 SA.

Les cas étaient dans la moitié des primipares, suivis par des paucipares dans 39,17% des cas et des multipares dans seulement 10,31% des cas.

L'échographie de fin de grossesse ou à l'admission avait pour but de rechercher les signes de post-maturité chez les grossesses prolongées. Que ce soit dans le groupe cas ou dans le groupe témoins le grade de maturation placentaire étant pareil, les deux groupes à terme avaient atteint le grade III.

Concernant la quantité du liquide amniotique, nous avons recensé un oligoamnios dans 19,59% des cas, contre 1,02% des témoins, avec un OR=19.

A propos du déroulement du travail, un déclenchement artificiel du travail a été décidé chez 19,59% des cas alors que le travail s'est fait spontanément chez tous les témoins.

La durée du travail a été étudiée dans chaque groupe, ainsi un travail de moins de 15 heures a été rencontré chez 87,14% des cas contre 96,94% des témoins. Des travaux plus longs de plus de 15 heures jusqu'à 24 heures étaient vus chez 13,42% des

cas.

L'enregistrement du rythme cardiaque fœtal nous a permis de retrouver dans 29,90% des cas une anomalie du rythme cardiaque fœtal, contre 5,10% dans le groupe témoins.

La voie d'accouchement était également différente entre les deux groupes, nous avons effectué un accouchement par voie haute (césarienne) dans 49,84% des cas, contre seulement 18,37% des témoins, avec un OR=5,3.

Parmi les accouchements par voie basse, nous avons accouché avec l'aide d'une extraction instrumentale, ventouse ou forceps, dans 4,12% des cas, contre 3,06% des témoins, avec un OR=2,25.

A la naissance, l'indice d'Apgar à la cinquième minute a été évalué et nous avons trouvé 10,24% d'indice moins de 7 à la cinquième minute chez le groupe cas, beaucoup moins à 2,04% chez l'autre groupe.

Nous avons constaté beaucoup plus de liquide amniotique méconial chez les grossesses prolongées à 42,26% contre 15% chez les grossesses à terme.

Autant dans les deux groupes la plupart des nouveau-nés avaient des poids de naissance compris entre 2500 et 3500g, néanmoins nous avons constaté beaucoup plus d'enfants macrosomes dans le groupe cas.

Les tableaux I et II suivants représentaient les complications maternelles et fœtales liées à la grossesse prolongée.

### DISCUSSION

La grossesse prolongée est diversement évaluée selon les auteurs et les pays. Dans notre étude, nous avons répertorié 134 cas de grossesses prolongées sur 6637 accouchements soit 2,02%. Parmi ces 134 cas, 97 ont été inclus dans notre étude soit une fréquence de 1,5%. La fréquence basse des grossesses prolongées dans notre série confirme l'étude de Papierinick qui dit que les femmes d'origine africaine ont une durée de grossesse plus courte d'environ une semaine que les femmes d'ori-

Complications maternelles	Cas		Témoins		OR IC 95% p-value
	Effectif	Pourcentage (%)	Effectif (n)	Pourcentage (%)	
Oligoamnios	19	19,58	2	1,02	23,87 ; IC 95% (5,43-104,91) p<0,0001
Travail prolongé	13	13,4	6	3,06	4,9 IC 95% (1,8-13,33) p=0,0019
Liquide amniotique méconial	52	53,6	15	8,01	13,9 IC 95% (7,2-26,99) p<0,0001
Césarienne	48	49,84	36	18,37	5,3 IC 95% (3,12-9,09) p<0,0001
Extraction instrumentale	4	4,12	8	3,06	11,75 IC 95% (2,91-47,32) p=0,0005
Déchirure périnéale	9	9,28	14	7,14	1,34 IC 95% (0,56-3,22) p=0,507
Hémorragie du post-partum	7	7,22	12	6,12	1,20 IC 95% (0,4- 3,16) p=0,703

Tableau I : Les complications maternelles des grossesses prolongées  
(Maternal complications of prolonged pregnancies)

Complications fœtales	Cas		Témoins		OR IC 95% p-value
	Effectif	Pourcentage	Effectif	Pourcentage	
Syndrome de post-maturité	33	34,02	2	1,02	50,01 IC 95% (11,67-214,29) p<0,0001
ARCF	29	29,9	9	5,10	8,99 IC 95% (4,04- 19,98) p<0,0001
Admission en USI néonatale	32	34,03	34	17,35	2,38 IC 95% (1,35- 4,18) p=0,0025
Asphyxie néonatale	26	26,81	34	17,35	1,74 IC 95% (0,97- 3,12) p=0,0608
Inhalation méconiale	3	3,10	0	0	14,71 IC 95% (0,752-287,74) p=0,076
Infection néonatale	4	4,12	6	3,06	1,37 IC 95% (0,37-4,99) p=0,62
Macrosomie	7	7,21	4	2,04	3,77 IC 95% (1,07-13,22) p=0,037
RCIU	7	7,22	8	4,08	1,8 IC 95% (0,64- 5,19) p=0,258
Décès périnatal	1	1,03	0	0	6,17 IC 95% (0,24-152,95) p=0,26

Tableau II : Les complications fœtales des grossesses prolongées  
(*Fetal complications of prolonged pregnancies*)

gine européenne, indépendamment de tout facteur socio-économique avec une avance de maturité fœtale [2].

Dans la littérature, le rôle de l'âge de la mère dans la survenue de la grossesse prolongée est controversé. Pour Beisher, il existe une relation inversement proportionnelle entre l'âge maternel et l'incidence des grossesses prolongées [3]. Par contre, Vorheer remarque que plus l'âge maternel est avancé plus la grossesse se prolonge [4]. Dans notre série, l'âge moyen de nos cas était de 25 ans avec un extrême de 15 ans et 41 ans, nous avons une prédominance de la tranche d'âge de 19 à 29 ans avec 63% des cas. Le jeune âge de notre population s'explique par le fait que dans les pays en développement les grossesses sont vues surtout chez les adolescentes.

Dans notre série plus de la moitié des cas est représentée par les primipares (50,51%) contre 54,08% pour les témoins. Ainsi, le risque de dépassement de terme chez les nullipares serait plus élevé que chez les multipares (OR ajusté = 1,46 [1,42—1,51] à partir de 41<sup>ème</sup> SA et OR ajusté =1,82 [1,69—1,97] à partir de 42<sup>ème</sup> SA) (NP4) [5].

Plusieurs complications maternelles retrouvées dans la littérature ont été revues dans notre étude. Primo, concernant l'oligoamnios, la mesure de la grande citerne était la méthode que nous avons adoptée pour l'appréciation de la quantité du liquide amniotique (normale si plus de 3 cm). Dans 80,41% de nos cas, le liquide était de quantité normale, un critère de bien-être fœtal malgré la grossesse prolongée et aussi un critère de faible risque de survenue d'asphyxie fœtale. En effet, Bochner [6], étudiant 884 grossesses prolongées, a observé que l'exis-

tence d'un rythme cardiaque fœtal aréactif ou de décélérations variables, seule pathologie observée dans 25 % des cas, n'est pas associée à une augmentation des souffrances fœtales graves tant que le liquide amniotique est normal. En revanche, quand il y a diminution de la quantité de liquide amniotique, le pourcentage de souffrances fœtales est augmenté quel que soit l'état du rythme cardiaque fœtal. Dans notre série, une différence significative est notée entre les deux groupes cas et témoins avec 23,87 ; IC 95% (5,43-104,91) ; p<0,0001 montrant une forte probabilité de survenue d'oligoamnios dans les grossesses prolongées. Le taux élevé d'oligoamnios dans notre série explique probablement la fréquence élevée d'asphyxie fœtale (26,81%).

Dans notre étude, la durée du travail entre 6h et 15h était de 84,53% des cas contre 96,94% des témoins ; tandis que près de 13,42% des cas contre 3,06% des témoins présentaient un travail prolongé supérieur à 15h, OR= 4,9 ; IC 95% (1,8-13,33) ; p=0,0019. L'allongement de la durée du travail est retrouvé fréquent dans les grossesses prolongées. La durée moyenne du travail dans le groupe des grossesses prolongées est supérieure à celle observée dans le groupe à terme (8,8 heures contre 5,5 heures p<0,001) d'après Papiernick [7]. L'allongement de la phase de dilatation cervicale dans les grossesses prolongées s'expliquerait par la fréquence de la primiparité, la macrosomie fœtale, les inductions du travail sur des cols souvent défavorables.

En ce qui concerne l'issue de la grossesse, Chanrachakul et al [8] dans une étude randomisée retrouvaient un taux de césa-

rienne dans une population de grossesse prolongée de 21,5% tandis que Roach et al observaient un taux voisin de 17% [9]. Dans notre étude, le taux de césarienne pour les grossesses prolongées était élevé par rapport à la littérature car près de la moitié des cas nécessitait une césarienne contre seulement 18,37% des témoins, la différence est significative entre les deux groupes, OR= 4,2 ; IC 95% (2,48-7,31) ;  $p < 0,0001$ .

Notre étude recensait que 8,17% des accouchements par voie basse pour les grossesses prolongées nécessitait une extraction instrumentale contre 3,80% des accouchements par voie basse pour les grossesses de moins de 41 semaines. Nous concluons donc en une association significative entre les grossesses prolongées et les extractions instrumentales, 11,75 ; IC 95% (2,91-47,32) ;  $p = 0,0005$ . Par ailleurs, une méta-analyse de Gumezoglu [10] a rapporté une augmentation des extractions instrumentales et des césariennes dans les accouchements situés entre 41 SA et 42 SA par rapport aux accouchements de 38 SA à 40 SA. Cette même méta-analyse ne montre aucune preuve d'une différence statistiquement significative concernant le taux de césarienne entre une population induite entre 41 et 42 SA et une population se mettant en travail spontané, il en est de même pour les extractions instrumentales.

Concernant le taux d'hémorragie de la délivrance, Heimstad et al observaient dans une population de grossesses prolongées ayant accouché par voie basse un taux d'hémorragie de la délivrance de 12%[11]. Dans notre étude, nous avons retrouvé 7,22% d'hémorragie du post-partum (HPP) parmi les grossesses prolongées contre 6,12% des témoins avec un OR=1,20. Cette différence est peut-être expliquée par l'utilisation de poches de recueil graduées permettant une estimation précise et une prise en charge active rapide dès 500 ml de saignement dans les pays développés. La grossesse prolongée proprement dite n'a forcément aucun lien de causalité avec la survenue de cet accident maternel bien qu'elle est étiquetée responsable de cette morbidité. Autant de facteurs contribuent à la survenue des HPP dans notre contexte (travail prolongé, atonie utérine après surdistension).

Nous avons retrouvé de déchirures périnéales dans 9,28% des cas contre 7,14% des témoins avec un OR=1,34. Il n'existe pas de différence statistiquement significative entre ces deux groupes dans la survenue de déchirures périnéales. Olesen et al recensaient dans une étude basée sur les données du registre danois 0,7% de périnée complet non compliqué et 0,2% de thrombus vulvaire parmi les grossesses prolongées[12] .

A la naissance plusieurs paramètres fœtaux ont été analysés pour étudier les conséquences du prolongement de la grossesse chez les fœtus. Notre étude avait retrouvé un indice d'Apgar moins de 7 à 5 minutes chez 10,20% des cas contre 2,04% des témoins, OR=5,6 ; IC 95% (1,71- 18,45) ;  $p = 0,0043$ . Ce taux élevé d'indice d'Apgar  $< 7$  de nos nouveau-nés par rapport à la littérature pourrait être secondaire au nombre important d'hypotrophie fœtale, d'asphyxie fœtale.

Des anomalies du rythme cardiaque fœtal ont été retrouvées dans 29,90% des cas contre 5,1% des témoins, OR=8,99 ; IC 95% (4,04- 19,98) ; la probabilité de retrouver une anomalie du rythme cardiaque fœtal au cours des grossesses prolongées est très élevée avec un  $p$  significatif  $< 0,0001$ . Sherer remarque qu'il existe une prévalence élevée d'altérations du rythme cardiaque de base au cours du travail après 42 SA (tachycardie, tracé plat) associées à des ralentissements variables[13] .

Dans une étude randomisée, Augensen et al [14] retrouvaient une prévalence de liquide amniotique teinté de 17% dans une population de grossesses prolongées lors de l'accouchement.

Ainsi, leurs résultats sont proches de ceux observés dans notre étude. Or, par rapport au groupe de grossesse de durée normale, nous avons noté une forte prévalence du liquide amniotique méconial (42,26% vs 17,35%) et du liquide amniotique en purée de pois (11,34% vs 5,10%), OR=13,9 ; IC 95% (7,2-26,99) ;  $p < 0,0001$ .

Dans notre étude, le poids moyen des nouveau-nés des grossesses prolongées était 3270g avec un extrême de 2200g et 4500g ; nous avons retrouvé dans 18,56% des cas un poids entre 3500g et 4000g contre 9,18% chez les témoins et un poids supérieur à 4000g dans 7,21% des cas contre 2,04% des témoins. La probabilité d'avoir un enfant macrosome est supérieure dans les grossesses prolongées que dans les grossesses de terme normal,  $p < 0,05$ . Dans la littérature, Roach et al retrouvaient un poids de naissance moyen de 3527g (+/- 434 g) [9] .

La postmaturité est une entité distincte du "post-terme", et si un fœtus postmature est pratiquement toujours post-terme, l'inverse n'est pas forcément vrai. Ainsi, Vorherr a constaté que le syndrome de postmaturité peut être observé avant 42 SA et ceci avec une incidence de 3%[4] . Le syndrome de postmaturité est vu chez 34,02% des nouveau-nés dans notre étude, par rapport au groupe témoin une différence statistiquement significative est constatée avec  $p < 0,0001$ . Cette complication est plus fréquente dans notre étude par rapport aux données de la littérature. Une forme complète du syndrome est rarement vue de nos jours, dans notre cas la présence d'un seul signe suffit à classer le nouveau-né de postmature.

Dans notre étude, l'admission en unité de soins intensifs (USI) est retrouvée dans 34,03% du groupe post-terme contre 17,35% du groupe à terme avec un OR=2,38 ; IC 95% (1,35- 4,18) ;  $p = 0,0025$ . L'étude de Caughey et al a montré un résultat différent comparé au notre en ce qui concerne cette admission en USI (à 42 SA à 7,2% et à 39 SA à 3,9%, OR=1,5). Plusieurs facteurs entrent en jeu expliquant cette forte admission en USI de nos nouveau-nés, telle la mauvaise qualité de surveillance de la grossesse, la fréquence élevée des infections néonatales, vu que même pour le groupe à terme, nous notons un chiffre élevé[15] .

Notre étude avait recensé une asphyxie fœtale dans 26,81% des nouveau-nés post-terme contre 17,35% des nouveau-nés à terme soit un OR=1,74 ; IC 95% (0,97- 3,12) ;  $p = 0,0608$ . S'ajoute à cela, le taux élevé de cette morbidité fœtale dans notre série qui est en relation avec le fait que plusieurs de nos parturientes étaient des référées, plus exactement ayant déjà été manipulées en dehors du centre et dont la surveillance du travail n'était pas satisfaisante. Olesen et al ont montré que le risque d'asphyxie périnatale était plus important chez les nouveau-nés post-terme (1,5%) que chez les nouveau-nés à terme (0,9%), soit un OR=1,6 (IC 95% 1,4- 1,8)[12] . Ce risque est majoré chez les nouveau-nés post-terme hypotrophes avec un OR=2,9. Tous les auteurs sont unanimes sur l'incidence accrue de l'asphyxie fœtale pour les enfants post-terme.

Les risques d'inhalation méconiale prennent une importance considérable au cours des grossesses prolongées du fait de leur fréquence élevée en rapport avec la survenue des mouvements respiratoires in utero et du fait des difficultés de prise en charge thérapeutique avec éviction souvent incomplète de l'inhalation distale, malgré les techniques d'aspirations endotrachéales en salle de naissance. Notre série avait observé chez 3,10% des nouveau-nés post-terme de syndrome d'inhalation méconiale contre nul chez les nouveau-nés à terme soit un



OR=3,09. Ces résultats concordent avec ceux de la littérature. En effet, Caughey et al ont montré que les naissances dans un contexte de liquide méconial sont beaucoup plus fréquentes à S42<sup>0-6</sup>A qu'à 39<sup>0-6</sup>SA (OR=2,2 ; IC 95%= 1,9-2,7) [16].

L'infection fœtale a compliqué nos grossesses prolongées dans 4,12% des cas. Ces infections néonatales constituaient un des motifs d'admission en néonatalogie dans notre série. La présence de plusieurs facteurs de risque associés (macrosomie, induction de travail, césarienne, travail prolongé et dystocique) accroît les risques d'infections materno-fœtales.

La grossesse prolongée est une grossesse à haut risque compromettant le devenir périnatal. Le taux de la mortalité néonatale varie entre 0,1 et 7,57% et celui de la mortalité fœtale in utero entre 0,2 et 10,56%. L'importance du risque de mortalité périnatale liée au dépassement de terme est controversée. Les auteurs concluent que la mortalité néonatale et fœtale augmente avec l'âge gestationnel. Divon dans son étude a conclu une augmentation significative du risque de mortalité fœtale qui débute à 41 SA [17]. Le risque relatif passe de 1,5 à 41 SA à 2,9 à 43 SA. Il démontre que le risque de mortalité néonatale n'augmente pas significativement avec l'âge gestationnel. Notre étude avait recensé dans 1,04% des cas de mort-nés alors que nous n'avons pas trouvé de cas de décès pour les témoins.

#### CONCLUSION

La grossesse prolongée est une grossesse à haut risque pour la mère mais surtout pour le fœtus. Notre étude a démontré de manière significative que les complications maternelles et fœtales sont bien importantes chez les grossesses prolongées par rapport aux grossesses de moins de 41 semaines. Ces morbidités materno-fœtales sont en augmentation modérée et progressive dans cette période et au-delà. La sensibilisation des femmes sur l'intérêt d'un suivi prénatal de fin de grossesse rigoureux ainsi la mise en place d'une politique de réduction de la grossesse prolongée éviterait ou diminuerait ces complications materno-fœtales.

#### REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES :

- [1] G. Beucher, M. Dreyfus. Prise en charge du dépassement de terme. *J Gynecol Obstet Biol Reprod* 2008 ; 37, 107-17.
- [2] Papiernik E, Alexander GR, Paneth N. Racial differences in pregnancy duration and its implications for perinatal care. *Med Hypothesis* 1990; 33:181-6.
- [3] Beischer NA, Evans J H, Townsend L. Studies in prolonged pregnancy. The incidence of prolonged pregnancy. *Am J Obstet Gynecol* 1969; 103: 476-82.
- [4] Vorheer H. Placental insufficiency in relation to post term pregnancy and fetal post-maturity Evaluation of fetoplacental function, management of the post-term grávida. *Am J Obstet Gynecol* 1975 Sep; 123: 67-103.
- [5] Caughey AB, Stotland NE, Washington AE, Escobar GJ. Who is at risk for prolonged and postterm pregnancy? *Am J Obstet Gynecol* 2009; 200: 683e1-5e.
- [6] Bochner CJ, Medearis AL, Davis J, Dakes GK, Hobel CJ, Wade ME. Ante-partum predictors of fetal distress in postterm pregnancy. *Am J Obstet Gynecol* 1987; 157:353-9.
- [7] Papiernik E, Cohen H, Richard A, Montés de Oca, Feing Old J. Ethnic difference in duration of pregnancy. *Ann Hum Biol* 1986; 13: 259-65.
- [8] Chanrachakul B, Herabutya Y. Postterm with favorable cervix: is induction necessary? *Eur J Obstet Gynecol Re-*

*prod Biol* 2003; 106:154-7.

- [9] Roach VJ, Rogers MS. Pregnancy outcome beyond 41 weeks gestation. *Am J Gynecol Obstet* 1997; 59: 19-24.
- [10] Gumezoglu AM, Crowther CA, Middleton P. Induction of labour for improving birth outcomes for women at or beyond term (Review). *The Cochrane Library*, 2009 ; Issue 4
- [11] Heimstad R, Skogvoll E, Mattsson LA, et al. Induction of labor or serial antenatal fetal monitoring in postterm pregnancy. *Obstet Gynecol* 2007; 109:609-17.
- [12] Olesen AW, Westergaard JG, Olsen J. Prenatal risk indicators of a prolonged pregnancy. *The Danish Birth Cohort 1998—2001. Acta Obstet Gynecol Scand* 2006; 85:1338-41.
- [13] Sherer D M, Onyeije CI, Binder D, Bernstein P, Divon My. Uncomplicated baseline fetal tachycardia or bradycardia in post-term pregnancies and perinatal outcome. *Am J Perinat* 1998; 15: 335-38.
- [14] Augensen K, Bergsjø P, Eikeland T, Askvik K, Carlsen J. Randomised comparison of early versus late induction of labour in post-term pregnancy. *Br Med J*, 1987; 294:1192-95.
- [15] Caughey AB, Stotland NE, Washington AE, Escobar GJ. Maternal and obstetric complications of pregnancy are associated with increasing gestational age at term. *Am J Obstet Gynecol* 2007; 196:155-6.
- [16] Caughey AB, Musci TJ. Complications of term pregnancies beyond 37 weeks of gestation. *Obstet Gynecol* 2004; 103:57- 62.
- [17] Divon M Y, Hagluma B, Nipell H, Otterblad P, Westgren M. Fetal and neonatal mortality in the post-term pregnancy : the impact of gestational age and fetal growth restriction. *Am J Obstet Gynecol*, 1998; 178: 1- 9.