

PROLONGATION DE LA GROSSESSE AU DELA DU TERME : PRONOSTIC MATERNO-FOETAL

A. NIASS, M.D. NDIAYE, A. MBODJI, D. DIOP, N.R SALL, M. GUEYE

RESUME

Objectifs : évaluer les complications liées à la prolongation de la grossesse et la prise en charge actuelle.

Patientes et méthodes : il s'agissait d'une étude de cohorte rétrospective, observationnelle et analytique, réalisée à la maternité du Centre de Santé Philippe Maguilen Senghor du 1^{er} Janvier 2010 au 31 Décembre 2019. Les patientes dont le terme était connu et ayant accouché au-delà de 37 semaines d'aménorrhée (SA) constituaient l'échantillon d'étude. Les données étaient extraites d'une base nommée E-Perinatal et analysées à l'aide des logiciels de statistiques R Studio 4.3.3 et Social Package for Social Sciences (SPSS) version 26. Les variables quantitatives étaient décrites par leurs paramètres de position et de dispersion et celles qualitatives en calculant les proportions. Les tests statistiques étaient utilisés selon leur condition d'applicabilité. Le risque d'erreur de première espèce alpha était fixé à 5% et l'intervalle de confiance (IC) à 95%.

Résultats : sur 10 ans, 18.871 parturientes répondaient aux critères d'inclusion. La prévalence du dépassement de terme était de 8,3 % et celle des grossesses prolongées de 14 %. L'âge, la parité et la présentation du siège ne constituaient pas des facteurs de risque de prolongation de la grossesse au-delà du terme. L'obésité (OR = 1,64 ; IC95% = [1,27 ; 2,12]) et le circulaire du cordon (OR = 1,55 ; IC95% = [1,15 ; 2,04]) étaient significativement associés au dépassement de terme. En cas de grossesses prolongées, le risque maternel était représenté par le déclenchement artificiel du travail. Pour le dépassement de terme, il était mis en évidence un risque d'hémorragie du post partum avec une prévalence de 0,4%. Le dépassement de terme exposait les parturientes aux risques d'induction artificielle du travail (OR=5,27) et de césarienne (OR=1,47). La prévalence de la macrosomie atteignait 9% dès 41 SA. En cas de dépassement de terme la morbidité foetale et néonatale était importante avec 1% d'oligoamnios (OR=2,6), 9,3% d'enfants avec une mauvaise adaptation à la vie extra-utérine (OR=2,4), 2% de transferts en néonatalogie (OR = 1,87) et 8 ‰ de décès néonataux (OR=5,12).

Conclusion : la prévalence des complications materno-foetales augmentent significativement au-delà de 42 SA. Les complications sont moindres lorsqu'il s'agit d'une grossesse prolongée. Une intervention obstétricale doit être menée durant cette période de grossesse prolongée, après évaluation du poids et du bien-être foetal.

Mots-clés : Grossesse prolongée ; Dépassement de terme ; Complications périnatales ; Induction du travail.

SUMMARY

Post-term pregnancy : maternal and fetal prognosis

Objectives : to assess complications associated with prolonged pregnancy and current management practices.

Patients and methods : this was a retrospective, observational and analytical cohort study conducted at the maternity ward of the Philippe Maguilen Senghor Health Centre from 1 January 2010 to 31 December 2019. Patients whose due date was known and who gave birth after 37 weeks of amenorrhoea (WA) constituted the study sample. The data were extracted from a database named E-Perinatal and analysed using the statistical software R Studio 4.3.3 and SPSS version 26. Quantitative variables were described by their measures of central tendency and dispersion, and qualitative variables by calculating proportions. Statistical tests were used according to their applicability. The alpha level (risk of a Type I error) was set at 5% and the confidence interval (CI) at 95%.

Results : over a 10-year period, 18,871 women in labour met the inclusion criteria. The prevalence of post-term pregnancy was 8.3% and that of prolonged pregnancies was 14%. Age, parity and breech presentation were not risk factors for pregnancy extending beyond term. Obesity (OR = 1.64; 95% CI = [1.27; 2.12]) and cord around the neck (OR = 1.55; 95% CI = [1.15; 2.04]) were significantly associated with post-term pregnancy. In the case of pregnancies. . In cases of prolonged pregnancies, the maternal risk was associated with artificial induction of labour. For post-term pregnancies, a risk of postpartum haemorrhage was identified, with a prevalence of 0.4%. Pregnancy beyond term exposed women in labour to the risks of artificial induction of labour (OR=5.27) and caesarean section (OR=1.47). The prevalence of macrosomia reached 9% from 41 weeks' gestation. In cases of pregnancy beyond term, foetal and neonatal morbidity was significant, with 1% of oligohydramnios (OR=2.6), 9.3% of infants with poor adaptation to extrauterine life (OR=2.4), 2% of transfers to the neonatal unit (OR=1.87) and 8‰ of neonatal deaths (OR=5.12).

Conclusion : the prevalence of maternal-foetal complications increases significantly beyond 42 weeks' gestation. Complications are less frequent in cases of prolonged pregnancy. Obstetric intervention should be carried out during this period of prolonged pregnancy, following assessment of foetal weight and well-being.

Keywords: Prolonged pregnancy; Post-term pregnancy; Perinatal complications; Labour induction.

Tirés à part : Dr Aminata NIASS, Service de Gynécologie-Obstétrique - Centre Hospitalier National Dalal Jamm

NIASS A., NDIAYE M.D., MBODJI A., DIOP D., SALL N.R., GUEYE M. Prolongation de la grossesse au delà du terme : pronostic materno-foetal. Journal de la SAGO, vol.27, n°1, P 1-8.

INTRODUCTION

La problématique inhérente à la prolongation de la grossesse au-delà du terme est en rapport avec la hausse de la morbidité et de la mortalité périnatales [1, 2] et maternelles. En effet, de 37 à 43 SA, le risque de mortalité périnatale augmente régulièrement, passant de 0,7‰ à 5,8‰ [3]. De même, il est rapporté une augmentation du risque d'asphyxie périnatale, de macrosomie fœtale, d'inhalation méconiale et d'oligoamnios. Les complications maternelles sont représentées par les dystocies, les déchirures périnéales graves, les interventions obstétricales, etc. [4]. Dans les pays en développement, peu d'études se sont consacrées aux grossesses au-delà du terme. Cependant en Amérique Latine, dans un Centre Hospitalier Universitaire colombien, au moins 50 % des prescriptions de monitoring prénatal du fœtus étaient indiquées par une grossesse en dépassement de terme [5, 6]. En Afrique subsaharienne, une étude menée dans un centre de santé de Bamako montrait que le dépassement de terme représentait 21,57% des indications de déclenchement artificiel du travail [7]. Ces grossesses posent plusieurs problèmes dans les pays en développement. Ces problèmes sont liés à la précision du diagnostic, à la prise en charge et à l'issue maternelle et fœtale. Au Centre de Santé Philippe Maguilen Senghor de Dakar, nous avons mené une étude portant sur ces grossesses à risque dont le but était de contribuer à la réduction de la morbidité et mortalité maternelle et périnatale liées à la prolongation de la grossesse, l'objectif général étant d'étudier le lien entre grossesse prolongée et complications et objectifs spécifiques de décrire le profil socio-démographique des patientes ayant fait un dépassement de terme ou une grossesse prolongée ; de calculer la prévalence du dépassement de terme et de la grossesse prolongée ; d'identifier les facteurs associés au dépassement de terme ; de rechercher des liens entre complications obstétricales et dépassement de terme ; d'étudier le lien entre issue néonatale et prolongation de la grossesse et d'évaluer les stratégies de prise en charge.

I. PARTIENTES ET METHODES

Nous avons mené une étude observationnelle et analytique sur une cohorte rétrospective de neuf (9) années : du 1^{er} Janvier 2010 au 31 Décembre 2019. Etaient incluses dans l'étude toutes les patientes admises à la maternité et porteuses d'une grossesse de 41 SA ou plus. N'étaient pas inclus, les dossiers incompetents renseignés ou une datation de grossesse imprécise. Il s'agissait des femmes n'ayant pas d'échographie précoce réalisée au premier trimestre de la grossesse. Il en était de même pour celles n'ayant pas un souvenir exact de la date de leurs dernières règles et/ou ayant un cycle menstruel irrégulier. Les paramètres étaient saisis dans une base de données informatisée nommée ePerinatal. Les données étaient

enregistrées quotidiennement lors des gardes. L'analyse était réalisée à l'aide des logiciels de statistiques RStudio 4.3.3 et Social Package for Social Sciences (SPSS) version 26. Nous avons comparé 3 groupes : le groupe 1 représentait les accouchements entre 37 et 41 SA et donc la variable indicatrice. Les groupes 2 et 3 concernaient respectivement les grossesses prolongées et les grossesses en dépassement de terme. En analyse uni variée, nous avons décrit les variables qualitatives par des tableaux de fréquence ou des diagrammes. Les variables quantitatives étaient décrites par leurs paramètres de position et de dispersion. Nous avons recherché une association entre différentes variables et le terme de la grossesse par une analyse bi variée. Les tests statistiques étaient utilisés selon leurs conditions d'applicabilité. Le risque d'erreur de première espèce alpha était fixé à 5% et l'intervalle de confiance (IC) à 95 %.

II. RESULTATS

• Descriptifs

1. Fréquence

La proportion des grossesses en dépassement de terme était de 8,3% et celle de la grossesse prolongée était de 14%.

Tableau I : Distribution des patientes selon l'âge gestationnel

Terme (Sa)	Effectifs (n)	Pourcentage (%)
41 - 41SA+ 6 jours	2647	14
42 SA et +	1572	8,3

2. Caractéristiques sociodémographiques et antécédents

L'âge moyen des patientes était de 27,61 ans avec un écart type de 6,2. La médiane d'âge était de 27 ans avec des extrêmes de 13 et 50 ans. L'indice de masse corporelle (IMC) moyen des parturientes était de 26,5 kg/m² avec un écart type de 5,09. La moitié des patientes avaient un IMC supérieur à 25,7 Kg/m².

La parité moyenne était de 1,21 avec un écart type de 1,5. Les nullipares représentaient 43,8 % de l'échantillon. Près d'une patiente sur 5 (n=3601) était admise suite à une référence par une autre structure sanitaire.

3. Données de la grossesse et de l'accouchement

Nous avons relevé 450 grossesses gémellaires, ce qui représentait 2,4% de l'échantillon. La prévalence de la rupture prématurée des membranes (RPM) était de 7,9%. Plus de 9 patientes sur 10 (94,3 %) avaient

accouché en présentation du sommet. Une présentation du siège était notée dans 4,8 % des cas. Le travail était induit artificiellement chez 5% des parturientes. Une césarienne électorive était faite dans 6% des cas. Plus de 7 patientes sur 10 (72%) avaient accouché par voie basse. Les extractions instrumentales étaient rares (1,3%). Cette pratique concernait près d'une patiente sur 5 (21,9%), Des déchirures périnéales étaient constatées chez 1285 patientes (6,8%). Une SFA était diagnostiquée dans 7,7% des cas.

Tableau II : Données de la grossesse et de l'accouchement

Modalités	Effectifs (n)	%
Type de grossesse		
Mono fœtale	18418	97,6
Gémellaire	450	2,4
Type de présentation		
Sommet	17797	94,3
Siège	915	4,8
Rupture prématurée des membranes		
Non	17378	92,1
Oui	1493	7,9
Souffrance fœtale aiguë		
Non	17420	92,3
Oui	1451	7,7
Mode d'entrée en travail		
Césarienne électorive	1130	6,0
Induction artificielle	937	5,0
Travail spontané	16803	89,0
Mode d'accouchement		
Césarienne	5275	28,0
Voie basse spontanée	13336	70,7
Extractions instrumentales	255	1,3
Lésions périnéales		
Oui	5410	28,7
Non	13461	71,3

4. Complications maternelles

Une pré éclampsie était notée dans 3,3% des cas. Une dystocie compliquait 8,9% des accouchements. La prévalence de l'hémorragie du post partum était de 0,5%.

Tableau IV : Répartition des complications obstétricales

Complications	Effectifs (n)	%
Dystocie	1673	8,9
Prééclampsie sévère/ Eclampsie	629	3,3
Hémorragie de l'antépartum	269	1,4
Hématome rétroplacentaire	170	0,9
Placenta prævia	104	0,6
Hémorragie du post partum	85	0,5
Rupture utérine	48	0,3
Septicémie du post partum	1	0

4. Données néonatales

Le taux de naissances vivantes était de 98,2 %. La mortinatalité était de 1,8% (Figure 1).

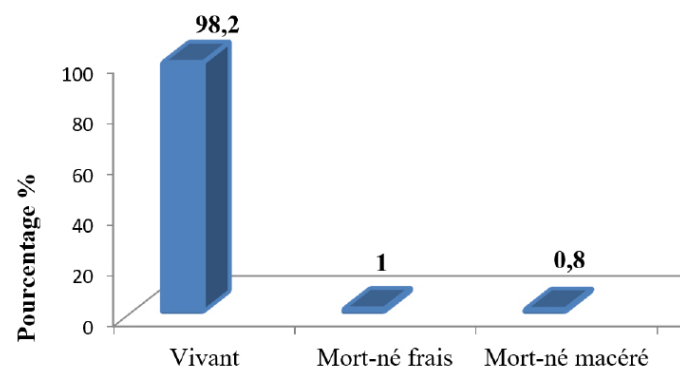


Figure 1 : Répartition des nouveau-nés selon la vitalité

Parmi les enfants vivants, le score d'Apgar à la 5ème minute était supérieur ou égal à 7 dans 93,8 % des cas. La proportion de nouveau-nés macrosomes s'élevait à 5,7% (1067). Les nouveau-nés petits pour l'âge gestationnel représentaient 18,2 % de l'échantillon. Une proportion de 1,2% de nouveau-nés était transférée en service de néonatalogie. Les décès néonataux étaient au nombre de 39 (2‰).

Tableau V : Données néonatales

Variable/Modalités	Effectifs (n)	%
Apgar score		
<7	1164	6,2
>7	17707	93,8
Transfert en unité de néonatalogie		
Oui	227	1,2
Non	18644	98,8
Macrosomie		
Oui	1067	5,7
Non	17804	94,3
Oligoamnios		
Oui	84	0,4
Non	18787	99,6
Petits pour l'âge gestationnel		
Oui	1468	7,8
Non	17401	92,8

• Résultats analytiques

Tableau VI : Association entre prolongation de la grossesse et données de l'accouchement et issue néonatale

Variables	Statistique			P	Post hoc
	Pourcentage				
Termes en SAa	37 ≤1 < 41	41 ≤2 < 42	3 ≥ 42		
Grossesse gémellaire	2,8	1	0,7	0,000	1>2=3
Présentation siège	5,0	4,5	4,1	0,401	-
Induction spontanée du travail	90,3	89,7	76,5	0,000	1=2>3
RPMb	7,8	9,2	7,1	0,017	1=3<2
Césarienne élective	6,2	4,0	7,3	0,000	2<1=3
Induction du travail	3,5	6,3	16,2	0,000	3>2>1
Césarienne	27,2	27,8	35,4	0,000	1=2<3
Episiotomie	29,9	32	30,8	0,150	-
Déchirures	9,4	9,6	9,5	0,933	-
SFAc	6,7	9,9	13,2	0,000	3>2>1
Prééclampsie	3,5	2,7	3,2	0,140	-
Dystocie	9,0	8,5	8,0	0,338	-
HPPd	0,4	0,5	1,1	0,000	1=2<3
Oligoamnios	0,4	0,6	1,0	0,002	1=2<3
Circulaire cordon	2,5	3,2	3,8	0,004	1<2<3
Bretelle cordon	0,4	0,6	0,6	0,137	-
Macrosomie	4,6	9,0	9,6	0,000	1<2=3
Score d'apgar <7 M5	5,8	6,6	9,3	0,000	3>2>1
Transfert néonatalogie	1,1	1,3	2,0	0,005	1=2<3
PAGf	8,7	4,5	5,0	0,000	1=2=3
Mort fœtale in utero	0,5	0,5	0,8	0,494	-
Décès néonatal	0,2	0,2	0,8	0,000	1=2<3

Tableau VII : Mesures d'association entre prolongation de la grossesse et paramètres maternels et obstétricaux

Termes en SAa	Pourcentage	Statistiques		p value
		Odds ratio	ICb95%	
Surpoids				
37≤1<41	20,3	-	-	-
41≤2<42	21,7	1,260	[0,98 ; 1,51]	0,13
3≥42	28,0	1,18	[0,92 ; 1,49]	0,192
Obésité				
37≤1<41	34,7	-	-	-
41≤2<42	38,6	1,215	[1,05 ; 1,51]	0,75
3≥42	34,2	1,640	[1,27 ; 2,12]	0,000
Circulaire du cordon				
37≤1<41	2,5	-	-	-
41≤2<42	3,2	1,30	[1,01 ; 1,63]	0,045
3≥42	3,8	1,52	[1,15 ; 2,01]	0,003
Grossesse gémellaire				
37≤1<41	2,8	-	-	-
41≤2<42	1	0,356	[0,24 ; 0,53]	0,000
3≥42	0,7	0,244	[0,13 ; 0,44]	0,000
Rupture prématurée des membranes				
37≤1<41	7,8	-	-	-
41≤2<42	9,2	1,206	[1,04 ; 1,40]	0,011
3≥42	7,1	0,902	[0,74 ; 1,10]	0,319
Césarienne avant travail				
37≤1<41	6,2	-	-	-
41≤2<42	4,0	0,64	[0,52 ; 0,78]	0,000
3≥42	7,3	1,20	[1,0 ; 1,46]	0,083
Induction du travail				
37≤1<41	3,5	-	-	-
41≤2<42	6,3	1,83	[1,53 ; 2,20]	0,000
3≥42	16,2	5,27	[4,50 ; 6,20]	0,000
Césarienne				
37≤1<41	27,2	-	-	-
41≤2<42	27,8	1,03	[0,94 ; 1,13]	0,494
3≥42	35,4	1,47	[1,32 ; 1,64]	0,000
Souffrance fœtale aigue				
37≤1<41	6,7	-	-	-
41≤2<42	9,9	1,52	[1,32 ; 1,76]	0,000
3≥42	13,2	2,12	[1,81 ; 2,50]	0,000
Hémorragie du post partum				
37≤1<41	0,4	-	-	-
41≤2<42	0,5	1,19	[0,63 ; 2,22]	0,591
3≥42	1,1	2,85	[1,65 ; 4,92]	0,000

III. DISCUSSION

1. Caractéristiques épidémiologiques - cliniques

Dans notre étude, nous relevons 8,3% d'accouchements post-terme et 14 % de grossesses prolongées. Dans notre série, nous avons observé un taux élevé de dépassement de terme comparé aux études observées dans la littérature. Caughey et al. [5], observent dans une cohorte rétrospective de 119162 patientes, 15% d'accouchements survenant à partir de 41 SA et 3% au-delà de 42 SA [5]. Ce constat peut dénoter d'un défaut de surveillance stricte en fin de grossesse. Les consultations prénatales doivent permettre une réduction de la prévalence des dépassements de terme, par la programmation de la date de l'accouchement et une induction du travail si nécessaire. Plusieurs interventions sont nécessaires et doivent avoir pour objectifs :

- un meilleur diagnostic du terme de la grossesse en encourageant une consultation et une échographie précoces ;
- une communication avec les patientes portant sur le calendrier de leur grossesse, l'identification d'une période normale d'accouchement et d'une date à risque ;
- un système de référence-recours efficace avec une orientation précoce des patientes.

L'impact de la parité a fait l'objet de travaux scientifiques. Plusieurs études concluent que la nulliparité est un facteur de risque de dépassement de terme. Caughey et al., rapportent un risque de dépassement de terme plus élevé chez les nullipares que chez les multipares (OR ajusté = 1,46 [1,42-1,51] à partir de 41 SA et OR ajusté = 1,82 [1,69-1,97] à partir de 42 SA) [5]. Des résultats similaires sont décrits par Olesen et al., dans une étude de cohorte danoise avec un OR de 1,35 (IC95% = 1,27-1,44) [8]. Olesen et al., rapportent un lien entre un IMC supérieur à 25 kg/m² et accouchement post terme. Ils estiment à 37% le risque d'accouchement post terme lorsque l'IMC est compris entre 30 et 34 kg/m². Pour un IMC supérieur à 35 kg/m², ils trouvent un OR de 1,52 (IC95% = 1,28 -1,82) [5]. Dans le même sens, Caughey et al., affirment que l'obésité est un facteur de risque de prolongation de la gestation, pouvant être potentiellement évitée par une intervention avant la grossesse. En effet, ils trouvent une durée de gestation significativement plus longue chez la femme atteinte d'obésité ($p < 0,001$) [5].

Il apparaît ainsi important, de prévenir l'obésité chez les femmes en âge de procréer. Au Sénégal, les composantes de la Santé de la Reproduction

intègrent la nutrition chez la femme enceinte. Cette intervention devrait être intégrée en amont. Des programmes d'information et d'éducation, axés sur la nutrition et l'exercice physique, doivent être conçus et adressés aux femmes en âge de reproduction lors de contacts avec les services de santé de la reproduction.

En maintenant la tête haute, le circulaire du cordon pourrait être la cause d'une mauvaise sollicitation du col de l'utérus par la présentation. Cette action mécanique pourrait expliquer un dépassement de terme. Cette situation ne peut bénéficier de mesure préventive et peut être la cause d'une asphyxie per partum. Il serait ainsi capital de rechercher à l'échographie avant tout déclenchement artificiel du travail, pour dépassement de terme, un circulaire du cordon ombilical et/ou de réaliser au cours du travail un monitoring du rythme cardiaque fœtal.

2. Complications maternelles

Plusieurs auteurs s'accordent sur le risque de complications obstétricales associées à la prolongation de la grossesse au-delà du terme (déchirures périnéales du 3^e et 4^e degré, hémorragie du post partum, dystocie, infection puerpérale).

D'après nos résultats, l'accouchement post terme est significativement associé à un risque plus élevé d'hémorragie du post partum comparé à l'accouchement à terme (1,1% contre 0,4%, $p < 0,001$).

Olesen et al. [8] rapportent un risque plus élevé d'hémorragie du post partum chez les patientes accouchant au-delà de 42 SA (OR ajusté = 1,37 ; IC95% = 1,28-1,46). Caughey et al. émettent des conclusions similaires, à travers l'analyse d'une cohorte rétrospective portant sur 119254 patientes. Ils notent un risque plus important d'hémorragie du post-partum pour les accouchements post termes avec un OR ajusté calculé à 1,27 ; IC95% = 1,08-1,50 [5].

Une surveillance rigoureuse du post partum s'impose vu la gravité de cette complication.

Par contre, concernant les lésions périnéales, nos résultats ne mettent pas en évidence de différence statistiquement significative entre accouchement à terme et post terme. Il en est de même pour la survenue d'accouchement dystocique qui n'est pas liée au terme de la grossesse.

Caughey et al., rapportent un taux de lésions obstétricales du sphincter anal du 3^e et 4^e degré qui s'élève dès la 38^{ème} (3,6) et augmente à chaque

semaine supplémentaire pour atteindre 9,1 % à 42 SA. Une analyse multivariée leur a permis de calculer un OR de 1,88 [IC95%= 1,61-2,21]). Par ailleurs, ils notent également un travail prolongé chez 19,7% des patientes accouchant à 42 SA contre 9,2% à 39 SA ($p<0,001$) [5]. Olesen et al., concluent à un risque de dystocie supplémentaire de 71% chez les parturientes dont le terme est dépassé (OR : 1,71 ; IC95% : 1,30-2,25) [8].

Nos résultats semblent discordants comparés aux conclusions d'autres auteurs. La différence peut s'expliquer par un taux plus élevé de césarienne retrouvé dans notre étude. Peu d'études se sont intéressées aux pathologies associées à la grossesse telles que la prééclampsie, le diabète ou l'hématome rétroplacentaire. En effet, ces grossesses considérées comme à haut risque font l'objet d'un déclenchement avant ou une fois que le terme est atteint [9]. Dans notre étude, l'hématome rétroplacentaire est significativement moins fréquente dans les grossesses prolongées et le dépassement de terme ($p=0,01$). Par contre, il n'est pas noté de différence entre les 3 groupes pour ce qui concerne la prévalence de la prééclampsie sévère et de l'éclampsie. Ainsi, une étude de Hovi et al. en 2006 conclue que la prééclampsie et l'hématome rétroplacentaire sont significativement moins fréquentes lorsque le terme est dépassé [9].

3. Complications chez le nouveau-né

La macrosomie est décrite comme l'une des principales complications fœtales d'une prolongation de la grossesse au-delà du terme. Les nouveau-nés macrosomes sont à risque de traumatismes obstétricaux, tels qu'une dystocie des épaules ou une lésion du plexus brachial [3].

Nos résultats mettent en évidence une augmentation de la prévalence des macrosomes dès 41 SA. En effet de 4,6% pour les grossesses à terme, le taux de macrosomie passe à 9 puis 9,6% respectivement pour les grossesses prolongées et les grossesses en dépassement de terme. Le risque de macrosomie est significativement élevé dès 41 SA : OR= 2,05 (IC95% = 1,75 ; 2,39) pour la grossesse prolongée et OR= 2,20 (IC95%= 1,82 ; 2,64) pour le dépassement de terme. Selon Caughey et al., au-delà de 40 SA, l'âge gestationnel pourrait prédire la prévalence de nouveau-nés macrosomes. Ainsi, de 2,22% à 40 SA, le taux de nouveau-nés macrosomes passe à 5,89% à 42 SA (OR = 5,62 ; IC95% = 4,02-7,85), pour atteindre 8,57% à 43 SA [1]. Hovi et al rapportent des résultats similaires avec

une fréquence de la macrosomie à 8,2% à 42 SA contre 3,2% pour les accouchements à terme ($p<0,01$). Le risque de dystocie des épaules est parallèlement plus élevé chez les nouveau-nés post-matures (4,1% contre 2,4% à terme ; $p<0,01$) [9]. Concernant les petits pour l'âge gestationnel, nous ne retrouvons aucune différence entre les 3 groupes. En analysant les risques de complications périnatales et maternelles lors des dépassements de terme, Olesen et al., trouvent une fréquence de 0,4% et un effet protecteur concernant le risque de nouveau-nés de faible poids de naissance : OR = 0,25 [5].

Au cours des grossesses prolongées, nous observons une faible augmentation du taux de score d'Apgar inférieur à 7 à la 5ème minute. De plus nous ne notons pas de différence pour ce qui concerne les taux d'oligoamnios, de transfert en unité de néonatalogie, et de décès néonatal.

Par contre, le dépassement de terme est significativement associé à une augmentation de la morbidité et mortalité fœtales et néonatales. Nous rapportons un risque élevé de survenue d'oligoamnios (OR= 2,60 ; IC95%= [1,47 ; 4,63]), de score d'Apgar bas à la 5ème minute (OR=2,40 ; IC95%= 1,89 ; 3,04), de transfert en service de néonatalogie (OR = 1,87 ; IC95%= 1,28 ; 2,74) et de décès néonatal (OR= 5,12; IC95%= 2,53 ; 10,35).

Plusieurs auteurs ont associé la prolongation de la grossesse au-delà de 42 SA à une augmentation de la morbidité et de la mortalité fœtales et néonatales [10, 6, 7]. L'hypoxie fœtale aiguë a un rôle prépondérant dans l'augmentation de la mortalité périnatale dès 40 SA. Olesen et al., concluent que le risque d'asphyxie périnatale est plus important chez les nouveau-nés post terme (1,5%) que chez ceux à terme (0,9%) avec un OR calculé à 1,63 (IC95%= 1,43 - 1,85). Le risque est majoré chez les nouveau-nés de faible poids de naissance avec un OR=2,91 [1]. Hovi et al. conclurent que 3,4% des nouveau-nés dont le terme est dépassé présentent une asphyxie périnatale contre 2,1% des nouveau-nés à terme, avec un OR de 1,47 (IC95%= 1,11-1,95) [9].

Le fœtus exposé à un risque d'hypoxie, subit un mécanisme de redistribution sanguine moins efficace, dégradant sa fonction rénale et par conséquent responsable d'un oligoamnios fréquent chez les nouveau-nés post mature (15 à 20 % des cas) [6]. L'oligoamnios peut être accompagné d'anomalies du RCF et d'émission de méconium in utéro, pouvant évoluer en syndrome d'inhalation

méconiale qui est associé à une importante morbidité respiratoire. Caughey et al rapportent une augmentation du risque de syndrome d'inhalation méconiale à partir de 40 SA (OR= 2,18 ; IC95% = 1,26-3,78) avec un maximum à 42 SA (OR= 4,09 ; IC95%= 2,07 - 8,08 [1]. Par ailleurs, à la naissance, le nouveau-né post terme présente un risque supplémentaire de mauvaise adaptation à la vie extra-utérine (ph ombilical inférieur à 7, déficit en base supérieur à 12, score d'Apgar inférieur à sept à cinq minutes, transfert en unité de soins intensifs) [1]. Olesen et al., rapportent un taux de score d'Apgar <7 à 5 minutes de vie, plus important chez les nouveau-nés post matures (0,9%), comparés aux nouveau-nés à terme (0,6%) avec un OR = 1,44 (IC95% = 1,23-1,69) [8]. D'après Caughey et al [5], le risque de score d'Apgar bas augmente régulièrement avec le terme de la grossesse : OR = 1,36 (IC95% = 1,07 - 1,74) à 41 SA et OR = 1,71 (IC95% = 1,27 - 2,30) à 42 SA. Ils ont également mis en évidence une augmentation significative des taux de pH artériel au cordon inférieur à 7 et de base déficit artériel au cordon inférieur à -12, chez les enfants nés à 41SA (1,09% et 1,72 %, respectivement) et à 42 SA (1,43 % et 2,03 %, respectivement), comparés aux enfants nés à 40 SA (0,50 % et 0,89 %, respectivement). En analyse multivariée, cette augmentation du risque de pH artériel au cordon inférieur à 7 persiste. Les mêmes auteurs rapportent une augmentation significative du taux d'admission en unité de soins intensifs de 3,1% à 39 SA à 4,7 % à 42 SA soit un OR = 1,46 (IC 95 % = 1,13 - 1,91) [1].

Il est reconnu que les grossesses évoluant au-delà du terme engendrent une augmentation du risque de mortalité périnatale qui passe de 0.7‰ à 5.8‰ entre 37 SA et 40 SA [7]. D'après Olesen et al., la mortalité périnatale est plus élevée chez les nouveau-nés post matures que chez ceux né à terme : OR =1,36 (IC95% = 1,08 - 1,72) [8]. Dans une étude de cohorte suédoise basée sur un registre national, Divon et al., rapportent une augmentation du risque de mort fœtale in utéro dès que la grossesse atteint 41 SA (OR = 1,48 ; IC95% = 1,13 ; 1,95). A 43 SA, ce risque est presque multiplié par 3 (OR = 2,90 ; IC95% = 1,27 – 6,61) [6].

L'augmentation de la morbidité et de la mortalité fœtales et néonatales reconnue dans notre étude et confirmée par la quasi-totalité des études, impose une attitude interventionniste le plus tôt possible, dès 41 SA. Nous notons que la morbidité est moindre, limitée surtout à la macrosomie, à cette période de la grossesse. Cette intervention devra se faire après évaluation du poids et du bien-être

fœtal par l'échographie Doppler et l'enregistrement du rythme cardiaque fœtal. Le travail doit être rigoureusement surveillé avec un monitoring du fœtus et la réalisation éventuelle d'un pH au scalp du fœtus du fait du risque de mauvaise adaptation à la vie extra-utérine.

CONCLUSION

Les grossesses prolongées et les termes dépassés sont des situations obstétricales soulevant des interrogations sur le devenir néonatal. Des prises en charges sont alors mises en œuvre pour prévenir les complications liées à un terme tardif. Même si à ce jour, aucune prise en charge type des grossesses prolongées n'a fait preuve de sa supériorité en terme de bénéfices maternelles et périnataux, il semblerait que celle pratiquée dans notre service n'augmente pas les conséquences maternelles et périnatales sur la période étudiée. Des résultats positifs en matière de morbidités maternelle et néonatale inciteraient les centres à modifier leur protocole à des fins d'économie de moyens et de respect de la physiologie de la mise en travail.

REFERENCES

1. **Caughey AB, Stotland NE, Washington AE, Escobar GJ.** Maternal and obstetric complications of pregnancy are associate with increasing gestational age at term. Am J Obstet Gynecol. 2007;196:155-6.
2. **Clifford SH.** Postmaturity, with placental dysfunction; clinical syndrome and pathologic findings. J Pediatr. 1954;44(1):1-13.
3. **Beucher G.** Dépassement de terme In: Traité d'obstétrique Masson E, editor. Paris Elsevier Masson 2010. 190-4 p.
4. **CNGOF.** Grossesse prolongée et terme dépassé : recommandations pour la pratique clinique. Journal de gynécologie obstétrique et biologie de la reproduction. 2011;40:698-708.
5. **Caughey AB, Stotland NE, Washington AE, Escobar GJ.** Maternal and obstetric complications of pregnancy are associate with increasing gestational age at term. Am J Obstet Gynecol. 2007;196:155-6.
6. **Divon MY, Haglund B, Nisell H, Otterblad PO, Westgren M.** Fetal and neonatal mortality in the postterm pregnancy: the impact of gestational age and fetal growth restriction. Am J Obstet Gynecol. 1998;178(4):726-31.

7. **Hilder L, Costeloe K, Thilaganathan B.** Prolonged pregnancy : evaluating gestation-specific risks of fetal and infant mortality. *Br J Obstet Gynaecol.* 1998;105:169-73.
8. **Olesen AW, Westergaard JG, Olsen J.** Perinatal and maternal complications related to postterm delivery: a national register-based study, 1978-1993. *Am J Obstet Gynecol.* 2003;189(1):222-7.
9. **Hovi M, Raatikainen K, Heiskanen N, Heinonen S.** Obstetric outcome in postterm pregnancies: time for reappraisal in clinical management. *Acta Obstet Gynecol Scand.* 2006;85(7):805-9.
10. **Naeye RL.** Causes of perinatal mortality excess in prolonged gestations. *Am J Epidemiol.* 1978;108(5):429-33.