

Macrosomie Foetale a Propos De 1270cas / Fetal Macrosomia about 1270 Cases

Ramsiss Hanan¹, Abida Aida², Elamrani Sabah³ and Bargach Samir⁴

¹ Maternity Souissi, University Hospital Ibn Sina

Received: 12 December 2015 Accepted: 4 January 2016 Published: 15 January 2016

Abstract

In our work, we retrospectively studied 1270 cases of childbirth fetal macrosomia for a period of one year from 1st January 2014 to 31 December 2014 in the delivery room of the Souissi's maternity CHU Ibn Sina of Rabat. About 18470 births in 1270 were macrosomic, (a frequency of 6, 87

Index terms— macrosomia; weight; delivery; maternal- fetal complications; prevention; screening; risk factors.

1 MacrosomieFoetaleaProposDe1270casFetal Macrosomi- aabout1270Cases

Strictly as per the compliance and regulations of:). ? multipares (67,9%). ? obèses ??45,4%) . ? ayant un antécédent de macrosomie ??19 ,3%). ? présentant un dépassement de terme ??12,2%). ? par ailleurs le diabète souvent incriminé dans la genèse de la macrosomie a été retrouvé seulement dans 2,75% des cas.

2 ?

La souffrance foetale aigue (44,95%) représentait l'anomalie du travail la plus fréquente ? L'accouchement s'est déroulé par voie basse dans 69% des cas, la fréquence de la césarienne était de31%.

3 ?

Les complications maternelles étaient dominées par : L'hémorragie de la délivrance (93 ,5%) le plus souvent sur des lésions périnéales et des inerties utérines.

4 ?

Les complications foetales étaient dominées par l'hypoglycémie (39,70%), la dystocie des épaules (20,59%) compliquée de lésions du plexus brachial (5,89%).

5 ?

La mortalité néonatale était de 0,7% dans notre série qui reste non élevé par rapport aux données de la littérature.

6 ?

Aucun cas de décès maternel n'a été retrouvé dans notre étude.

Mots-Clés: macrosomie; poids; accouchement; complications materno-foetales; prévention; dépistage; facteurs de risque.

7 Summary-

8 ?

In our work, we retrospectively studied 1270 cases of childbirth fetal macrosomia for a period of one year from 1st January 2014 to 31 December 2014 in the delivery room of the Souissi's maternity CHU Ibn Sina of Rabat.

9 ?

About 18470 births in 1270 were macrosomic, (a frequency of 6, 87%). The mean birth weight was 4346.45 + -354,83 grammes.

10 ?

The highest rate was observed in parturients : ? in the age bracket of 26-35 years with (49.13%). ? multiparts (67,9%)

? fats (45,4%) ? having an antecedent of macrosomia ??19,3%) ? having an exceeded term (12,2%) ? often involved in the genesis of the macrosomia diabetes was found in only 2.75% of cases ? Acute fetal distress was the most common abnormality of work ??44.95 %).

11 ?

The delivery was vaginal in 69% cases, and cesarean section in 31%.

12 ?

The fetal complications were dominated by low blood sugar (39.70 %), shoulder dystocia (20, 59 %) complicated by brachial plexus palsy at (5.89 %).

13 ?

Maternal complications were dominated by haemorrhage (93, 5%) most often on perineal lacerations and uterine inertia.

14 ?

Neonatal mortality was 0.7% in our series.

15 ?

No cases of maternal deaths were reported in our series.

16 I. Introduction

? Il s'agit d'une étude rétrospective, descriptive portant sur 1270 nouveau-nés macrosomes (confirmés après la naissance par un poids supérieur ou égal à 4000 g), colligés à la maternité Souissi du CHU Avicenne, durant une période ??e

17 e) E-Les Caracteristiques Des Nouveau-Nes

Tous les foetus étaient uniques ; sauf un cas d'une grossesse bichoriale bi amniotique ce qui prouve que les grossesses multiples ne donnent habituellement pas de foetus macrosomes.

18 i. poids de naissance du nouveau né

66% des bébés avaient un poids de naissance entre 4000g et 4500g ce qui rejoint les résultats rapportés par la plupart des travaux :

? GBAGUIDI [19] : 89% ? BADJI CA [3]: 91,5% ? SANOGO [7] : 89,8% ? LAGHZAOUI [8]:75% ? -SIRRAJ [13] ii. La Morbidite Maternelle ? Notre taux de morbidité maternelle était de 6,06%, o L'hémorragie de la délivrance ? Dans notre série la fréquence de l'hémorragie de délivrance était de 5,67%, elle était à la tête des morbidités maternelles (93,50%des complications), elle était secondaire : aux inerties utérines dans 38,96% des cas ; aux rétentions placentaires dans 27,27% des cas ;aux lésions de la filière génitale dans 16,88% des cas ? la macrosomie est un facteur de risque connu de l'hémorragie de la délivrance. Ainsi sa fréquence est de 4,2 à 18,6% en cas de macrosomie contre 2 à 9% chez la population standard. [25] ii. L'analyse du poids de naissance en fonction de la parité ? Plusieurs auteurs considèrent que la multiparité est un facteur déterminant dans la genèse de la macrosomie [35] ; [36] ; [24] ; [14] ; [13] ; [6]ce qui est illustré dans notre étude par un coefficient de corrélation positif et significatif ($R=0,197, p<0,05$) ? la grande multiparité expose à une augmentation du risque de macrosomie ce qui la rend parmi les facteurs de risques acquis classiques .La plupart des travaux convergent vers la confirmation de cette nette prédominance des multipares (BISH [37], MANDALOU [38], WARLIN J F [39] un interrogatoire minutieux à la recherche des différents facteurs de risque une mesure systématique de la

83 hauteur utérine une estimation échographique du poids foetal notamment au 3 ème trimestre et à l'approche du
84 terme

85 ? la prévention de la macrosomie vise surtout les facteurs de risque modifiables notamment le diabète, l'obésité
86 et les facteurs sociaux ceci par une hygiène de vie bien conduite. ? Une fois installée la prévention de ses différentes
87 complications parfois dramatiques se base sur ? La surveillance étroite et la direction du travail d'une manière
88 réfléchie. Une bonne maîtrise des manoeuvres obstétricales pour prévenir et faire face à la dystocie des épaules.

89 19 Déclaration d'intérêts

Les auteurs déclarent ne pas avoir de conflits d'intérêts en relation avec cet article. ^{1 2}



Figure 1: ??

Resume-

- ? Dans notre travail, nous avons étudié rétrospectivement l'accouchement de 1270 cas de macrosomie foetale durant une période d'une année allant du 1 er janvier 2014 au 31 décembre 2014 dans la salle d'accouchement de la maternité Souissi du CHU Ibn Sina de Rabat.
- ? Sur 18470 naissances, 1270 étaient des macro-somes, soit une fréquence de 6,87% .Le poids de naissance moyen était de 4346,45 +/-354,83 grammes.
- ? La fréquence la plus élevée a été observée chez :
? les parturientes ayant un âge entre 26 à 35 ans (fréquence de 49,13%

Figure 2:

90

¹© 2016 Global Journals Inc. (US)

²Macrosomie Foetale a Propos De 1270cas / Fetal Macrosomia about 1270 Cases

i. La Mortalite Neonatale

? le taux de mortalité dans notre série était de 0,7%. (tableau 27)

Tableau 27 : Auteurs	Pays	Année
WARLIN [79]	France	1975
BISH [77]	France	1955
OUARDA [62]	Tunisie	1989
BADJI [73]	Sénégal	1999
MATTHEW [76]	USA	1997
ORALENGIN [99]	USA	2001
SIRRAJ [67]	Maroc	2004
LAGHZAOUI [68] SANOGO [74] ELOUAZZANI [64] Notre série	Maroc Mali Maroc Maroc	2004 2009 2011 2014

? Notre taux de mortalité reste non élevé par rapport à

? Des problèmes d'ord

? Le poids moyen des nouveau-nés dans notre série était de 4346,45+-354,83 grammes, avec des variations a

LAGHZAOUI [68]	Maroc	2004 ?	BADJI [3] 52% 6,53
SIRRAJ[67]	Maroc	2004 ?	GBAGUIDI [19] 60%
ELOUAZZANI [64]	Maroc	2011 ?	MERGER [20] 66,68
Notre série	Maroc	2014 ?	SIRRAJ [13] 60,7%
			? SANOGO [7] 67%
			? ELOUAZZANI [6] 6
			? Notre série 63%
			f) La Morbidite Et La
			? La vitalité du foetus
			point par Virginie Apg
			? Dans notre série, le
			minute était > à 7 che
			nés.
			Ce taux reste proche à
			auteurs :
			? BADJI [3] 65,7%
			? SANOGO [7] 90,3%
			? SIRRAJ [13] 96%

peuvent intéresser toute la filière génitale (vulve,

vagin, périnée, col et segment inférieur, tissu

cellulaire périvaginal, et organes voisins). [28]

? Les déchirures périnéales du 3 ème ou 4 ème degré :

périnée complet, périnée complet compliqué (16,88% dans notre étude) sont plus fréquentes en cas de macro

o Les infections du post partum ? Les complications infectieuses représentent 3,9% des morbidités maternelles

Tableau 29 : Auteurs

PayAnnée

OUARDA [62]

Tun1989

MATTHEW [76]

6 USA1997

BADJI [73]

Séné1999

STOTLAND [96]

USA1999

SANOGO [74]

Ma2009

Year 2016
D D D D)
(

*[Note: en conformité avec le fait qu'une femme met au monde des enfants de plus en plus gros : C'est la dystocie
Volume XVI Issue I Version I]*

Figure 6:

- 91 [Badji et al.] , C A Badji , J-C Moreau , B A M G Dillo , D Diouf , A Dotou , C Tahiri , L Diadhiou , F De
92 Dakar . (A propos de 105 cas)
- 93 [Bromwich.P. Big babies ()] , *Bromwich.P. Big babies* 1986. 293 p. . (Br.med.J.)
- 94 [Panel P et al. ()] ‘Accouchement du gros enfant’. Panel P , Yanolopoulos B De Meus Jb , Magnin G . *J Gynécol.*
95 *Obstét. Biol. Reprod* 1991. 20 p. .
- 96 [Dolo ()] *Accouchement du gros fœtus au service de gynécologie obstétrique du Centre Hospitalier Universitaire*
97 *du Point G. A propos de 205 cas thèse*, A Dolo . 2001. Bamako. 85 p. 69.
- 98 [Dolo ()] *Accouchement du gros fœtus au service de gynécologie obstétrique du Centre Hospitalier Universitaire*
99 *du Point G. A propos de 205 cas thèse*, A Dolo . 2001. Bamako. 85 p. 69.
- 100 [Bernloehr et al. ()] ‘Antenatal care in the European Union : a survey on guidelines in all 25 members states of
101 the Community’. A Bernloehr , P Smith , V Vydelingum . *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 2005. 122 p. .
- 102 [Elouazzani et al. ()] ‘Barkat La macrosomie : à propos de 255 cas’. F Elouazzani , M Kabiri , L Karboubi , J
103 Keswati , M Mrabet , A . *Journal de pédiatrie et de puériculture* 2012. 25 p. .
- 104 [Julia R et al. ()] ‘Big infants in the neonatal intensive care unit’. Gillean Julia R , Md , Coonrod Dean V ,
105 Robert Md , Curtis Russ . *Am. J Obstet Gynecol* 2005. 192. 6 p. .
- 106 [Cabrol et al. ()] B Cabrol , J-C Pons , F Goffinet , Macrosomie Foetale . *Traité d’obstétrique*, (Paris) 2003.
107 Flammarion. p. .
- 108 [Cabrol et al. ()] B Cabrol , J-C Pons , F Goffinet , Macrosomie Foetale . *Traité d’obstétrique*, (Paris) 2003.
109 Flammarion. p. .
- 110 [Youssef et al. ()] ‘Cohort study of materna land neonatal morbidity in relation to use episiotomy at instrumental
111 vaginal delivery’. R Youssef , U Ramalingam , M Macleod . *BJOG* 2005. 112 p. .
- 112 [Grossetti E et al. ()] ‘Complications obstétricales de l’obésité morbide’. Grossetti E , Beucher G , Regeasse A ,
113 Lamendour N , Dreyfs M . *J Gynecol Obstet Biol Reprod* 2004. 33 p. .
- 114 [Jeanne L and Ballard ()] ‘Diabetic fetal macrosomia significant of disproportionate growth’. Jeanne L , Ballard
115 . *J Pediatr* 1993. 122 p. .
- 116 [Warlin ()] ‘Dystocie par disproportion foetopelvienne’. J F Warlin . *EMC* 1975. 9 p. A10.
- 117 [Boukaidi et al. ()] ‘Epidémiologie de la macrosomie’. M Boukaidi , S Bouhya , S Hermas , O Bennani , M
118 Aderdour . *Maroc Médical* 2004. 26 p. .
- 119 [Sanogo A ()] *Etude épidémio-clinique de la macrosomie foetale au centre de santé de référence de la commune*
120 *II thèse Méd*, Cisse Sanogo A . 2009. Bamako.
- 121 [Elhadi et al. ()] ‘Evaluation de la valeur diagnostique de la hauteur utérine et de la prise de poids maternelle
122 pendant la grossesse sur la prédiction de la macrosomie’. M Elhadi , J Berthé , F Venditli , J L Tabaste .
123 *Rev Fr.Gynécol Obstet* 1996. 91 p. .
- 124 [Battaglia and Meschia ()] ‘Fetal nutrition’. F C Battaglia , G Meschia . *Annu Rev Nutr* 1988. 8 p. .
- 125 [Leroy et al. ()] ‘Hauteur utérine et périmètre ombilical, indices de développement utérin’. B Leroy , F Lefort ,
126 H Kamkar . *Rev Fr Gynecol* 1973. 68 p. .
- 127 [Polak ()] *Journal de gynécologie, obstétrique et biologie de la reproduction*, M Polak . 2000. 29 p. . (Long-term
128 consequences of fetal macrosomia. Suppl)
- 129 [Mounzil C et al. ()] ‘L’accouchement du fœtus macrosome: contribution à la prévention du traumatisme
130 obstétrical’. Mounzil C , Tazi Z , Nabil S , Chraïbi C , M Dehayni , El Fehri S . *Rev Fr. Gynécol. Obstet* 1996.
131 94 p. .
- 132 [El Houdaigui Eh ()] ‘La macrosomie foetale à propos de 2435 cas’. El Houdaigui Eh . *Casablanca* 1994. p. 226.
133 (Thèse Méd.)
- 134 [Modanlou H et al.] *Large for gestational age neonates: anthropometric reasons for shoulder dystocia*, Modanlou
135 H , D Dh , Dorchester Komatsoug .
- 136 [Carlotti N et al. ()] ‘Le diabète gestationnel : prise en charge conjointe obstétricale et endocrinienne’. Moquet
137 Carlotti N , Py , F Foucher , Laurent Mc . *J. Gynécol. Obstet. Biol Reprod* 2000. 29 p. .
- 138 [Ouarda C ()] ‘Le pronostic néonatal et maternel de l’accouchement d’un gros fœtus unique à terme’. Marzouk
139 Ouarda C . *J Gynécol. Obstét. Biol. Reprod* 1989. 18 p. .
- 140 [Bish ()] *Les gros enfants à la naissance étudiés du point de vue obstétricale*, A Bish . 1954-1955, n° 134. Lyon.
141 (Thèse de Médecine)
- 142 [Spellacy ()] ‘Macrosomia–maternal characteristics and infant complications’. W N Spellacy . *Obstetrics and*
143 *gynecology* 1985. 66 (2) p. .
- 144 [Boulanger L et al. ()] ‘Macrosomie foetale : expérience de la maternité Paul Gellé’. Boulanger L , Mubiayi N ,
145 Therby D , J Decocq , Delahousse G . *J. Gynécol. Obstét. Biol. Reprod* 2003. 132 p. .

- 146 [El Hak M ()] 'Macrosomie foetale à propos de 1100 cas Thèse Méd'. Sirraj El Hak M . *Casablanca* 2006. p. 20.
- 147 [Merger et al. ()] R Merger , J Lévy , J Melchior , Le . *Précis d'obstétrique. 6^eédition*, (Paris) 2003. Masson. p. .
- 148 [Gyurkovits ()] 'Neonatal outcome of macrosomic infants: an analysis of a two-year period'. Zita Gyurkovits .
149 *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology* 2011. 159 p. .
- 150 [Gbaguidi ()] *Nouveau né macrosome : facteurs étiologiques et complications périnatales. A propos de 100 cas*
151 *colligés à la maternité de l'Hôpital Abass N'Dao de Dakar. thès. med: Dakar*, A Gbaguidi . 1994. p. 64.
- 152 [Magnann et al. ()] 'Postpartum hemorrhage after vaginal birth : an analysis of risk factors'. E-F Magnann , S
153 Evans , M Hutchinson . *Southern Medical Journal* 2005. 98 p. .
- 154 [Merger et al. ()] *Précis d'obstétrique. Paris, Masson, 6^eème édition*, R Merger , J Levy , J Melchior . 1995. p. .
- 155 [Stotland et al. ()] 'Risk factors and obstetric complications associated with macrosomia'. N Stotland , A
156 Caughey , E Breed . *Obstetrics and Gynecology* 2004. 87 p. .
- 157 [Stotland et al. ()] 'Risk factors and obstetric complications78 associated with macrosomia'. N Stotland , A
158 Caughey , E Breed . *Obstetrics and Gynecology* 2004. 87 p. .
- 159 [Gurewitsch et al. ()] 'Risk factors for brachial plexus injury with and without shoulder dystocia'. E Gurewitsch
160 , E Johnson , S Hamzehzadeh . *American Journal of Obstetrics and Gynecology* 2005. 194 p. .
- 161 [Matthew C et al. ()] 'Risk factors for macrosomia a ditz clinical consequence: a study of 350,311 pregnancies'.
162 Neil J Matthew C , John P Harris , Stephen Robinson . *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 2003. 111 p. .
- 163 [Jolly et al. ()] 'Risk factors for macrosomia and its clinical consequences: a study of 350,311 pregnancies'. M-C
164 Jolly , N Sebire , J-P Harris . *European Journal of Obstetrics and Gynecology and Reproductive Biology* 2003.
165 111 p. .
- 166 [O'lerly and Leonetti ()] 'Soulder dystocia: prevention and treatment'. J A O'lerly , H B Leonetti . *J.Gynécol.*
167 *Obstét* 1990. 162 p. .
- 168 [Suneet P et al. ()] 'Suspicion and treatment of the macrosomic fetus'. William A Suneet P , Robert A Vidy B
169 , Chaug Md , EverettF . *Am J Obstet Gynecol* 2005. 193. 2 p. .
- 170 [Ju ()] *The Australian & New Zealand journal of obstetrics & gynaecology*, H Ju . 2009. 49 p. . (Fetal macrosomia
171 and pregnancy outcomes)
- 172 [Golditch and Kirkman (1978)] 'The large foetus: management and out come'. I M Golditch , K Kirkman .
173 *Obstet. Gynecol* 1978 Jul. 52 (1) p. .
- 174 [Lipscomb et al. ()] 'The outcome of macrosomic infants weighing at least 4,500 grams: Los Angeles County +
175 University of Southern California experience'. K R Lipscomb , K Gregory , K Shaw . *Journal of obstetrics*
176 *and gynecology* 1995. 85 p. .
- 177 [Vague J et al. ()] Vague J , P Vague , Diabète , Obésité . *Précis de diabétologie. Paris Masson, 1e éd*, 1977. p.
178 648.