

UNIVERSITE CHEIKH ANTA DIOP DE DAKAR

FACULTE DE MEDECINE, DE PHARMACIE ET D'ODONTO-STOMATOLOGIE

Année 2007

N° 51



**Le pronostic de l'accouchement
Chez les femmes de quarante ans et plus en zone semi-
urbaine, au centre de sante roi Baudouin de Dakar**

THESE

**POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MEDECINE
(DIPLÔME D'ETAT)**

Présentée et soutenue publiquement

Le 03 Novembre 2007

Par

Mme Aïchatou KA Epouse AGNE

Née le 27 Septembre 1979 à Dakar (SENEGAL)

Membres du Jury

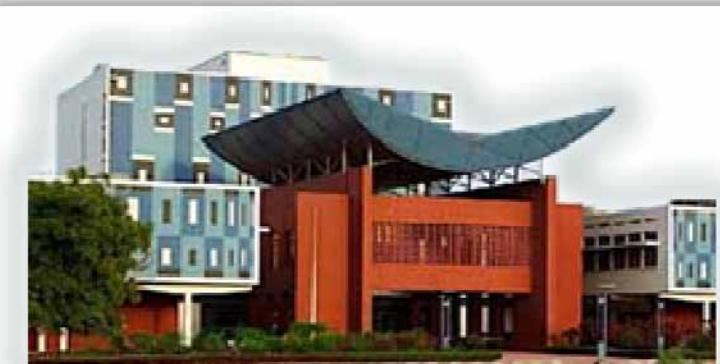
Président :	M.	Jean Charles	MOREAU	: Professeur
Membres :	M ^{me} .	Anta TAL	DIA	: Maître de Conférences Agrégé
	M.	Saliou	DIOUF	: Maître de Conférences Agrégé
	M ^{me} .	Mariama BA	GUEYE	: Maître de Conférences Agrégé
Directeur de THESE :	M.	Jean Charles	MOREAU	: Professeur
Co-Directeur :	M.	Mamadou Lamine	CISSE	: Maître-assistant

SOMMAIRE

Pages

NOTE AUX LECTEURS

Ce document a été numérisé et mis en ligne par la Bibliothèque Centrale de l'Université Cheikh Anta DIOP de DAKAR



Bibliothèque Centrale UCAD

Site Web: www.bu.ucad.sn

Mail: bu@ucad.edu.sn

Tél: +221 33 824 69 81

BP 2006, Dakar Fann - Sénégal

INTRODUCTION	1
PREMIERE PARTIE : REVUE DE LA LITTERATURE	
CHAPITRE I : EPIDEMIOLOGIE	3
I.1. La fréquence	3
I.2. Les âges limites de la procréation chez la femme	4
I.3. Les conditions socio-économiques	4
I.4. Les primipares et les multipares	4
CHAPITRE II : LES RISQUES GENETIQUES ET MALFORMATIFS	5
II.1. La fréquence du risque génétique	5
II.2. La fréquence du risque malformatif	7
II.3. Le diagnostic anténatal	8
a. L'amniocentèse précoce	9
b. La mesure de la clarté nucale et le dosage des marqueurs sériques	9
c. Le prélèvement des villosités choriales	9
CHAPITRE III : LES RISQUES MATERNELS	11
III.1. Les risques liés au terrain	11
a. L'âge	11
b. Le poids et la taille	12
c. La parité	12
d. La stérilité	12
e. Les grossesses rapprochées	12
f. Les conditions socio-économiques	13
III.2. Les risques liés aux antécédents médicaux et gynécologiques	13
III.3. Les risques liés au passé obstétrical	14
CHAPITRE IV:LE DEROULEMENT DE LA GROSSESSE APRES 40ANS	16
IV.1. Au premier trimestre	16
IV.2. Aux deuxième et troisième trimestres	18
CHAPITRE V : L'ACCOUCHEMENT ET LES SUITES DE COUCHES APRES 40 ANS	20
V.1. Les anomalies de la présentation	20

V.2. Les modalités de déroulement du travail	22
a. Chez la multipare	22
b. Chez la primipare	23
V.3. Les modalités de l'accouchement	23
V.4. Les suites de couches	25
V.5. La mortalité maternelle	25
CHAPITRE VI : LE NOUVEAU - NE	26
VI.1. La prématurité	26
VI.2. Le poids de naissance	26
VI.3. Le score d'Apgar	27
VI.4. La mortalité fœtale in utero	27
VI.5. La mortalité néonatale après 40 ans	27
VI.6. La mortalité périnatale après 40 ans	27
DEUXIEME PARTIE	
I. LES OBJECTIFS	28
II. MATERIEL ET METHODES	28
II.1. Cadre d'étude	28
II.2. Patientes et méthodes	31
III. RESULTATS	33
IV. COMMENTAIRES	46
CONCLUSION	59
REFERENCES	64
ANNEXES	75

LISTE DES ABREVIATIONS

AMIU :	Aspiration manuelle intra-utérine
AMP :	Assistance Médicale à la Procréation

CHU :	Centre Hospitalier Universitaire
CGO :	Clinique Gynécologique et Obstétricale
CIVD :	Coagulation intra-vasculaire disséminée
CPN :	Consultation prénatale
GATPA :	Gestion active de la troisième phase du travail
GEU :	Grossesse extra-utérine
GG :	Grossesse gémellaire
GP :	Grossesses pathologiques
HRP :	Hématome rétro-placentaire
HTA :	Hypertension artérielle
IE :	Infirmier d'Etat
INED :	Institut National d'Etudes Démographiques
Kg :	Kilogramme
mmHg :	Millimètre de mercure
MNE :	Mort-né
OMS :	Organisation Mondiale de la Santé
PP :	Placenta praevia
ROM :	Rétention d'œuf mort
RPM :	Rupture prématuée des membranes
SA :	Semaines d'aménorrhée
SDC :	Suites de couches
SFE :	Sage-femme d'Etat
VIH :	Virus de l'Immunodéficience acquise

RESUME

La grossesse et l'accouchement après 40 ans, réputés comme étant à haut risques sont de plus en plus fréquents. Notre étude, qui est une étude rétrospective cas-témoins portant sur 100 femmes âgées de 40 à 47 ans versus 100 femmes âgées de 20 à 27ans ayant accouché au centre de santé Roi Baudouin, nous a permis d'évaluer le pronostic materno-fœtal pendant la grossesse et l'accouchement de ces « femmes âgées ». Ainsi, les résultats analytiques ont permis d'établir un lien statistiquement significatif entre l'âge supérieur à 40 ans et certains facteurs comme la gestité, la parité, les antécédents obstétricaux chargés. Quant à l'état des nouveau-nés à la naissance, le risque de décès à la naissance était beaucoup plus élevé chez ces femmes. Il en est de même pour la macrosomie chez les nouveau-nés de mères âgées.



INTRODUCTION

Fort attendu et redouté à la fois, l'accouchement revêt une importance singulière dans la vie d'une femme, mais constitue également la fin et le commencement d'une merveilleuse aventure.

Aussi, consacre t-il un moment très fort dans l'histoire de l'espèce humaine où se côtoient au quotidien l'ambivalence d'une joie de mettre au monde un enfant et la tristesse d'y laisser sa vie et celle du produit de conception [51].

En effet, ce risque de complications, de mortalité maternelle et néonatale est plus élevé s'il s'y ajoute certaines pathologies :

- médicales, à savoir l'hypertension artérielle, le diabète, les cardiopathies ;
- gynécologiques tels que les fibromyomes utérins, les dysplasies, le cancer du col de l'utérus, le cancer du sein ;
- obstétricales comme l'hématome rétro-placentaire, l'éclampsie, le placenta praevia;
- mais aussi aux âges extrêmes de la vie reproductive.

De ce fait, un certain nombre d'études ont été faites sur l'accouchement chez les adolescentes, vu la fréquence des complications qui en découlent, notamment les dystocies dynamiques, les dystocies osseuses, l'accouchement par césarienne, la mortalité, la post-maturité, la prématurité, le retard de croissance intra-utérin, la souffrance néonatale, l'hématome rétro-placentaire, l'éclampsie [56].

Contrairement aux adolescentes, l'accouchement chez les femmes en activité génitale suscite moins de problèmes, car celles-ci sont physiologiquement prêtes à concevoir.

Bénéficiant de très peu d'études, l'incidence des accouchements tardifs avait presque triplé passant de 1,25% en 1982 à 3,15% en 1988 [6], mais au cours de la dernière décennie celle-ci a diminué, représentant environ 2,7% des grossesses [4]. En Afrique, les taux retrouvés avoisinent les 2,81% des naissances [3,39].

Ainsi, l'accouchement chez les femmes de 40 ans et plus a toujours été réputé comme étant à haut risque du fait des problèmes médicaux, obstétricaux et fœtaux liés singulièrement au risque d'hypertension artérielle gravidique, de diabète gestationnel, d'insertions basses du placenta, d'interruptions spontanées de la grossesse, de dystocies dynamiques et/ou mécaniques, d'hémorragie de la délivrance, de césarienne, de forceps, d'accouchements prématurés, de macrosomie

et de malformations foetales. Ces complications restent bien réelles et découlent des antécédents et du terrain maternel souvent prédisposé.

Néanmoins, de nos jours, la fréquence de la parturition chez la femme de 40 ans ne cesse d'augmenter, ce qui est certainement le reflet d'une modification du mode de vie, des idéaux de la population féminine surtout dans les pays industrialisés, mais également du niveau socio-économique bas, de la stérilité découverte et prise en charge tardivement, d'une couverture contraceptive insuffisante plus fréquemment rencontrée dans les pays en voie de développement [56]. En regard aux énormes progrès réalisés dans la politique de santé notamment dans le domaine de la planification familiale, la grossesse de la femme de la quarantaine demeure toujours une préoccupation dans la sous-région africaine, et particulièrement au Sénégal.

Dès lors, l'objectif de la présente étude est de dresser le profil épidémiologique de ces femmes « âgées », de définir les caractéristiques de la grossesse et de l'accouchement chez la femme de la quarantaine, et d'évaluer le pronostic materno-fœtal pendant la grossesse et l'accouchement.

Pour cela, nous adapterons le plan suivant :

- dans une première partie consacrée à l'approche de la question, nous ferons le point sur les données de la littérature ;
- dans une deuxième partie, nous rapporterons les résultats de notre étude, en les commentant pour en tirer des conclusions et des recommandations.

PREMIERE PARTIE : REVUE DE LA LITTERATURE

CHAPITRE I : EPIDEMIOLOGIE

I.1. La fréquence

En France, entre 1959 et 1979, la grossesse chez les femmes de 40 ans et plus est passée de 2,4 à 0,8% alors que durant cette même période, la fécondité globale chutait de 35%. Depuis 1979, ce taux est en légère augmentation et selon les données de l'Enquête Nationale Périnatale Française, la proportion des mères de plus de 40 ans est passée de 2,3% en 1998 à 2,7% en 2003 [65].

En Afrique par contre, les taux retrouvés avoisinent les 2,81% et sont supérieurs à ceux de la France même si une légère hausse de la survenue des grossesses chez les femmes de 40 ans et plus est observée [3].

Par rapport à la dernière décennie, on note une augmentation sensible du nombre des primipares âgées (5% dans les années 70, 20 à 30% dans les années 80, contre 50% dans les années 2000).

Ceci peut s'expliquer dans les pays industrialisés par l'émancipation sans cesse plus affirmée de la population féminine, le besoin de réussite professionnelle retardant souvent l'âge de la première grossesse [59], l'amélioration des techniques contraceptives permettant d'attendre le partenaire idéal [5]. Par contre, dans les pays en développement les explications avancées sont surtout la stérilité découverte et prise en charge tardivement, le mariage tardif [59].

Le taux de fécondabilité, établi sur une population féminine exposée à la grossesse, est évalué à 60% à 20 ans, il reste stable entre 30 et 60% jusqu'à 35 ans et décroît ensuite pour devenir négligeable à partir de 50 ans. Ce taux faible est lié à la baisse de fécondité qu'entraînent les troubles de l'ovulation (dysovulation, anovulation) fréquents à cet âge, ainsi qu'à une diminution de la réserve ovulaire.

Il découle de ces constatations que la survenue d'une grossesse spontanée est rare après 40 ans et quasi exceptionnelle après 45 ans car l'incidence de ces grossesses oscille entre 0,3 et 0,8% [9,38]. Mais de nos jours, on ne peut plus nier que grâce à l'AMP avec don d'ovocytes, la grossesse à 50 ans et au-delà est effectivement plus fréquente [5].

I.2. Les âges limites de la procréation chez la femme

Dans la littérature, il est difficile d'établir avec certitude l'âge de la mère la plus âgée. Lee et Greenhil [19] rapportent le cas d'une mère âgée de 52 ans. L'INED rapporte vingt (20) cas de mères de 50 ans, six (06) de 51 ans, trois (03) de 52 ans, trois (03) de 53 ans et cinq (05) de 54 ans ayant accouché en 1990 [34,35].

I.3. Les conditions socio-économiques [59]

Elles sont ici particulièrement importantes car on connaît leur lien avec la fréquence des accouchements prématurés. En France, si en cas de primiparité, on retrouve 20% de cadres, 28,6% d'employées, 9,5% d'ouvrières ; par contre, ces taux se modifient en faveur des ouvrières lorsque la parité augmente.

On observe par rapport à la population générale un taux plus important de pères ouvriers (53% pour 13% de cadres supérieurs ou moyens).

Ces dernières années, il n'a pas été retrouvé de variations des conditions socio-économiques, parentales, hormis une discrète augmentation du nombre de mères ayant suivi des études supérieures (plus de 4 ans d'études après le baccalauréat).

I.4. Les primipares et les multipares

Ces deux groupes se démarquent entre eux, tant au niveau des conditions socio-économiques que des pathologies qu'ils présentent.

Les multipares restent majoritaires, même s'il s'amorce une inversion très nette dans les statistiques. Elles sont souvent issues de milieux socio-économiques défavorisés, de milieux ruraux. La survenue de grossesse tardive chez celles-ci est le plus souvent due à une non maîtrise de la contraception, voire à son absence totale pour des motifs le plus souvent socio-culturels ou religieux, soit à un remariage tardif chez une femme déjà pauci ou multipare [22].

Les primipares appartiennent souvent à un milieu socio-économique plus élevé. Ce sont des femmes qui ont une activité professionnelle correspondant à un niveau d'étude relativement avancé ; elles ont repoussé l'âge de leur première

maternité volontairement par un mariage tardif ou involontairement (infertilité traitée) [5].

CHAPITRE II : LES RISQUES GENETIQUES ET MALFORMATIFS

II.1. La fréquence du risque génétique

L’élévation du taux d’aberrations chromosomiques avec l’âge est bien connue. Le risque de survenue d’anomalies chromosomiques est estimé à 1,6% à 38 ans, 2,21% à 40 ans et 4% à 42 ans.

La fréquence des atteintes chromosomiques entre 40 et 45 ans est de 3% des naissances vivantes [54].

La trisomie 21 représente la moitié des anomalies chromosomiques imputables à l’âge maternel.

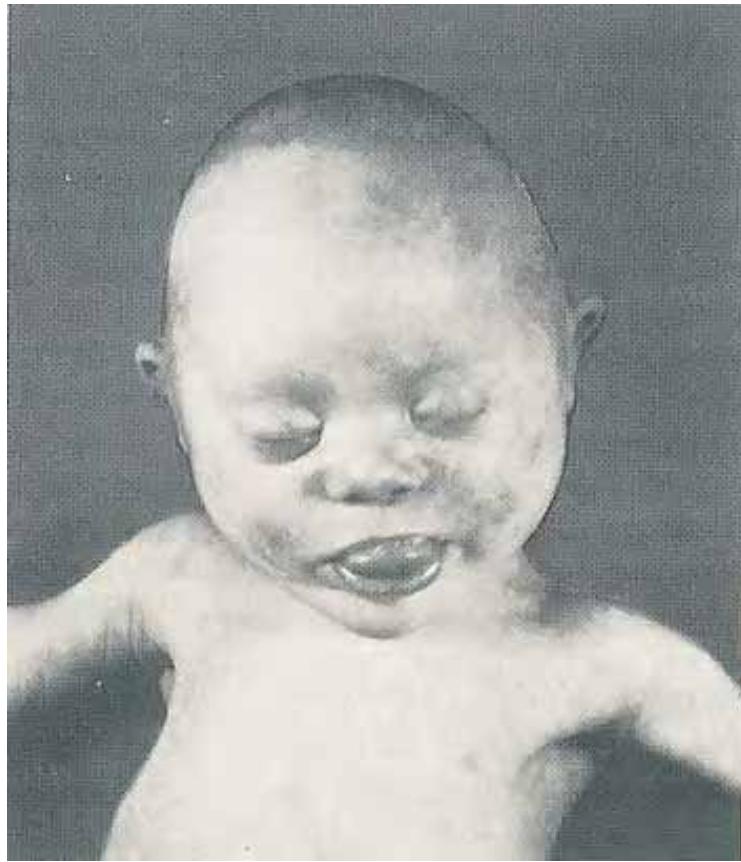


Figure 1 : Enfant présentant une trisomie 21 [46]

Hecht et Hook [33] ont actualisé la prévalence des naissances de trisomie 21 ; ils l'estiment à 10,4/10.000 à 40 ans, 18,3/10.000 à 42 ans, 44,1/10.000 à 45 ans et 107/10.000 à 48 ans.

Les trisomies 13 et 18 augmentent avec l'âge maternel, de même que le syndrome de Klinefelter (47, XXY) et le syndrome triploïdie X (XXX). Après 47 ans, on remarque que l'incidence des trisomies et des syndromes de Turner diminue, ce qui est peut être en rapport avec un taux plus élevé d'avortements de fœtus trisomiques.

L'âge maternel semble, par contre, ne pas devoir être incriminé dans la survenue des syndromes XYY, des trisomies 8 et 9, des mosaïques ou des remaniements de structure.

II.2. La fréquence du risque malformatif

Ce risque a été remarquablement étudié par Hay et Barbano [32]. Ces auteurs ont retrouvé un risque relatif (RR) plus important pour les malformations cardiaques (RR=2), les becs-de-lièvre avec fente palatine (RR=1,72), les malformations ano – rectales (RR=1,58), les fentes palatines sans bec-de-lièvre (RR=1,56), les syndactylies et les polydactylies (RR=1,27). Paradoxalement, on note une nette diminution de la fréquence de certaines malformations comme l’hypospadias, les omphalocèles et les malformations oesophagiennes.



Figure 2 : Omphalocèle ou hernie ombilicale [46]

De nombreuses hypothèses ont été évoquées pour expliquer la fréquence du risque malformatif liée à l’âge avancé ; la plus vraisemblable d’entre elles semble être le vieillissement de la cellule germinale féminine au cours de la vie [4].

A partir de 40 ans, le conseil préconceptionnel doit évaluer conjointement le risque obstétrical et les possibilités de diagnostic anténatal.

II.3. Le diagnostic anténatal

Les progrès de l'imagerie ultrasonographique permettent désormais de déceler bon nombre d'anomalies morphologiques, qu'elles soient isolées ou associées à des aberrations chromosomiques.

A partir de 38 ans, le diagnostic anténatal permet de dépister certaines anomalies chromosomiques. Malheureusement, seule la moitié de la population concernée par l'indication d'âge accède à la réalisation d'un caryotype fœtal ; trois techniques sont proposées.

a. L'amniocentèse précoce [59]

Elle est réalisée par ponction amniotique entre 15 et 17SA sous contrôle échographique, avec une aiguille de 19 ou 20 gauges introduite à travers la paroi abdominale. Le risque de fausse couche est de 0,5%, le délai d'obtention du résultat est de 3 semaines après culture des cellules fœtales prélevées et réalisation du caryotype. Il s'agit de la méthode la plus fréquemment utilisée, elle est fiable dans ses résultats malgré certains faux positifs.

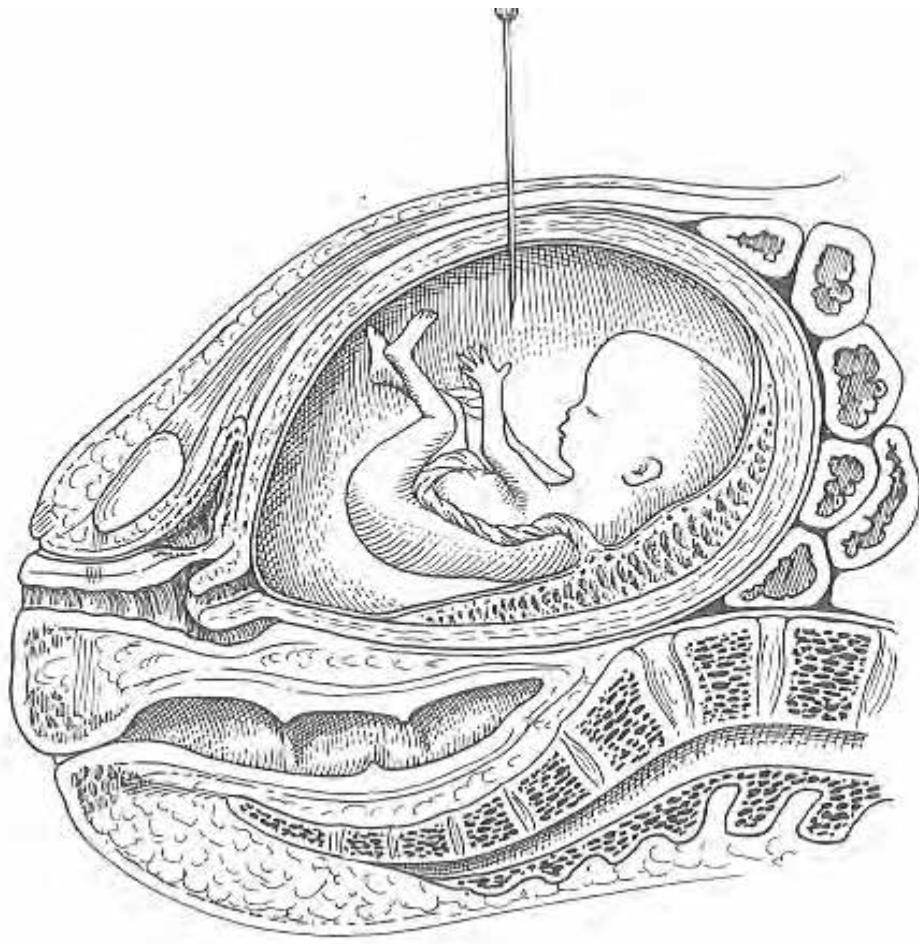


Figure 3 : Amniocentèse précoce [46]

b. La mesure de la clarté nucale et le dosage des marqueurs sériques [44]

La mesure de la clarté nucale par échographie au premier trimestre et le dosage des marqueurs sériques entre 13 et 18 SA sont importants à combiner pour mieux évaluer le risque de trisomie 21 et diminuer ainsi le taux de faux positifs de l'amniocentèse et surtout le risque de perte iatrogène de grossesse.

c. Le prélèvement des villosités choriales [56]

Il est réalisé en ambulatoire, sous contrôle échographique, vers 8 à 10 semaines le plus souvent par biopsie transcervicale à la pince, mais aussi par ponction échoguidée transpariétaire.

Par rapport à l'amniocentèse, le gain de temps pour l'obtention du caryotype est moins important (délai de 8 jours environ). Le risque d'avortement est légèrement supérieur, évalué aux alentours de 1%.

Quoi qu'il en soit, l'amniocentèse et la choriocentèse sont tout à fait complémentaires. L'amniocentèse précoce est proposée plus souvent en première intention du fait de sa relative innocuité. Elle permet en outre de faire conjointement le diagnostic d'autres anomalies comme le spina bifida (voir photo 4) ou la mucoviscidose.

La choriocentèse sera proposée en cas d'utérus cicatriciel, en cas d'antécédent d'interruption de grossesse tardive, d'antécédent de trisomie 21, d'anomalies chromosomiques parentales ou de souhait expressément formulé.

Dans les pays en développement et particulièrement en Afrique, du fait du coût exorbitant de ces techniques et de l'absence de systématisation du dépistage

systématique des mort-nés, l'examen anatomo-pathologique du produit d'expulsion des avortements pourrait préciser les étiologies quant à la fréquence élevée des mort-nés et des avortements spontanés [3].



Figure 4 : Spina bifida [46]

CHAPITRE III : LES RISQUES MATERNELS

III.1. Les risques liés au terrain

a. L'âge

Les risques encourus par les gestantes de 40 ans et plus sont intimement liés aux antécédents obstétricaux, à savoir la grande multiparité avec toutes les complications qui en découlent, mais également aux pathologies médicales et gynécologiques antérieures à la grossesse [56].

b. Le poids et la taille

Les femmes dont la taille est inférieure à 1,50 m ou le poids inférieur à 40 kg sont exposées soit à des dystocies osseuses ou dynamiques, alors que celles de plus de 80 kg sont exposées aux risques de diabète et d'hypertension artérielle.

c. La parité

➤ La primiparité constitue un réel facteur de risque obstétrical pour ces gestantes âgées du fait du caractère précieux de la grossesse, de la préexistence de certaines pathologies médicales, mais également du risque élevé de complications ante, intra et post partum, complications qui influencent le mode d'accouchement et le pronostic foetal [47] ;

➤ La grande multiparité [56], par contre, entraîne une atonie utérine avec toutes les conséquences qui peuvent en découler :

- dystocies dynamiques, mécaniques (déflexions primitives de la tête, siège, épaule),
- insertions basses du placenta,
- hémorragies de la délivrance.

d. La stérilité [40]

Le risque est dominé ici par les grossesses multiples du fait de l'utilisation d'inducteurs de l'ovulation.

Cependant, une grossesse faisant suite à une période de stérilité sera surveillée attentivement à cause de la difficulté des techniques mises en œuvre pour obtenir un enfant vivant et bien portant, surtout du fait que la patiente est souvent une primipare âgée.

e. Les grossesses rapprochées [18]

Les patientes âgées à risque de faire des grossesses rapprochées appartiennent souvent à un milieu social peu favorisé, sont généralement sans profession et sont plus susceptibles de présenter un placenta praevia.

f. les conditions socio-économiques

En effet, les conditions socio-économiques sont déterminantes sur le devenir et l'aboutissement de la grossesse entre autres :

- les cadences, trépidations liées aux machines,
- les intoxications à l'aide de produits chimiques,
- les irradiations,
- la durée des trajets,
- les moyens de transports utilisés,
- le mauvais état des routes,
- les conditions de logement : nombre d'étages à monter, présence d'ascenseur, nombre de pièces,
- les durs travaux domestiques, nombre d'enfants,
- le niveau socio-économique : le statut socio-économique de la mère est un déterminant important des différences en ce qui concerne les issues de la grossesse.

L'effet du niveau d'instruction de la mère est plus important que celui du revenu du quartier et est indépendant de celui-ci. De ce fait, on note que les femmes qui n'ont pas fait des études universitaires sont significativement plus susceptibles de présenter des complications materno-fœtales que celles ayant un niveau d'étude relativement avancé [56].

III.2. Les risques liés aux antécédents médicaux et gynécologiques

L'hypertension artérielle, le diabète, l'obésité, les antécédents thromboemboliques et les cardiopathies sont plus fréquents chez les gestantes de plus de 40 ans.

La pathologie gynécologique est également très fréquente avec en premier lieu les fibromyomes utérins représentant 5 à 11%, mais aussi les dysplasies et les cancers du col de l'utérus et du sein [3,6,31,56]. On peut noter de même les malformations utérines et les séquelles d'infection tubaire.

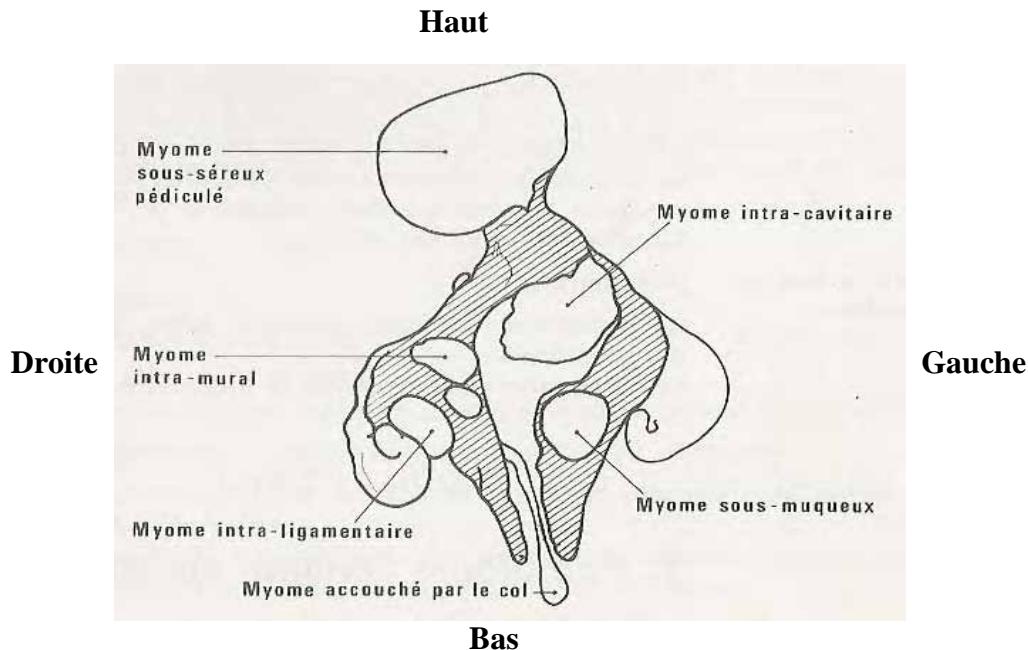


Figure 5: Fibromes utérins et leurs localisations (vue de face) [20]

III.3. Les risques liés au passé obstétrical

Les risques encourus par la gestante de la quarantaine sont aussi intimement liés à ses antécédents obstétricaux.

Les antécédents suivants devront être soigneusement notés :

- la toxémie gravidique qui est constituée de trois symptômes cardinaux à savoir l'hypertension artérielle, l'augmentation

exagérée de poids accompagnée d'œdèmes, la protéinurie se manifestant habituellement dans son dernier trimestre. La maladie existe dès le moment où l'hypertension artérielle est présente ;

- l'hypotrophie fœtale qui se définit par un nouveau-né ayant un poids de naissance inférieur à 2500 g ou de poids inférieur au 10^{ème} percentile ;
- la macrosomie fœtale qui se définit par un nouveau-né dont le poids est supérieur ou égal à 4000g ;
- l'accouchement prématuré qui correspond à toute naissance survenant à partir du sixième mois de la grossesse et avant huit mois et demi, soit entre 28 et 37 semaines d'aménorrhée révolues ;
- l'immunisation foeto-maternelle qui correspond à la synthèse par la mère d'allo-anticorps dirigés contre les éléments sanguins du fœtus : hématies fœtales (anticorps anti-D, autres anticorps pathogènes : anti-C, anti-Kell) et plaquettes. Ces allo-anticorps peuvent être responsables d'une hémolyse, d'une thrombopénie ;
- la rétention d'œuf mort qui correspond à la période qui va de la mort du fœtus à son expulsion ; on ne parle de rétention qu'à l'absence d'expulsion du fœtus 48 heures après sa mort ;
- l'avortement spontané qui est défini par l'OMS comme l'expulsion d'un fœtus pesant moins de 500 g ou de moins de 22 SA hors des voies génitales maternelles.

Les antécédents de césarienne doivent, chez ces patientes, inciter à la plus grande prudence. On devra par tous les moyens essayer de se procurer le ou les comptes rendus opératoires antérieurs [56].

CHAPITRE IV: LE DEROULEMENT DE LA GROSSESSE

APRES 40 ANS

IV.1. Au premier trimestre

Il existe une augmentation du taux d'avortements spontanés après 40 ans. Globalement, ce taux est de 20% [4,21,56]. On peut distinguer trois tranches d'âge [44] :

- de 40 à 42 ans, une femme sur cinq avorte spontanément, soit un taux trois fois supérieur à celui observé avant 40 ans,
- de 43 à 45 ans, une sur trois, soit quatre fois plus,
- à partir de 46 ans, il y a autant d'avortements spontanés que de grossesses menées à leur terme.

Cette fréquence anormale est mise sur le compte des aberrations chromosomiques souvent responsables de fausses couches ultra précoces, mais on peut également incriminer l'insuffisance lutéale et toutes les altérations de la cavité ou de la muqueuse utérine plus fréquentes après 40 ans [4,56].

Le risque de grossesse extra-utérine est majoré, ainsi que celui de môle hydatiforme dont la fréquence est de 2,2% après 40 ans [56].

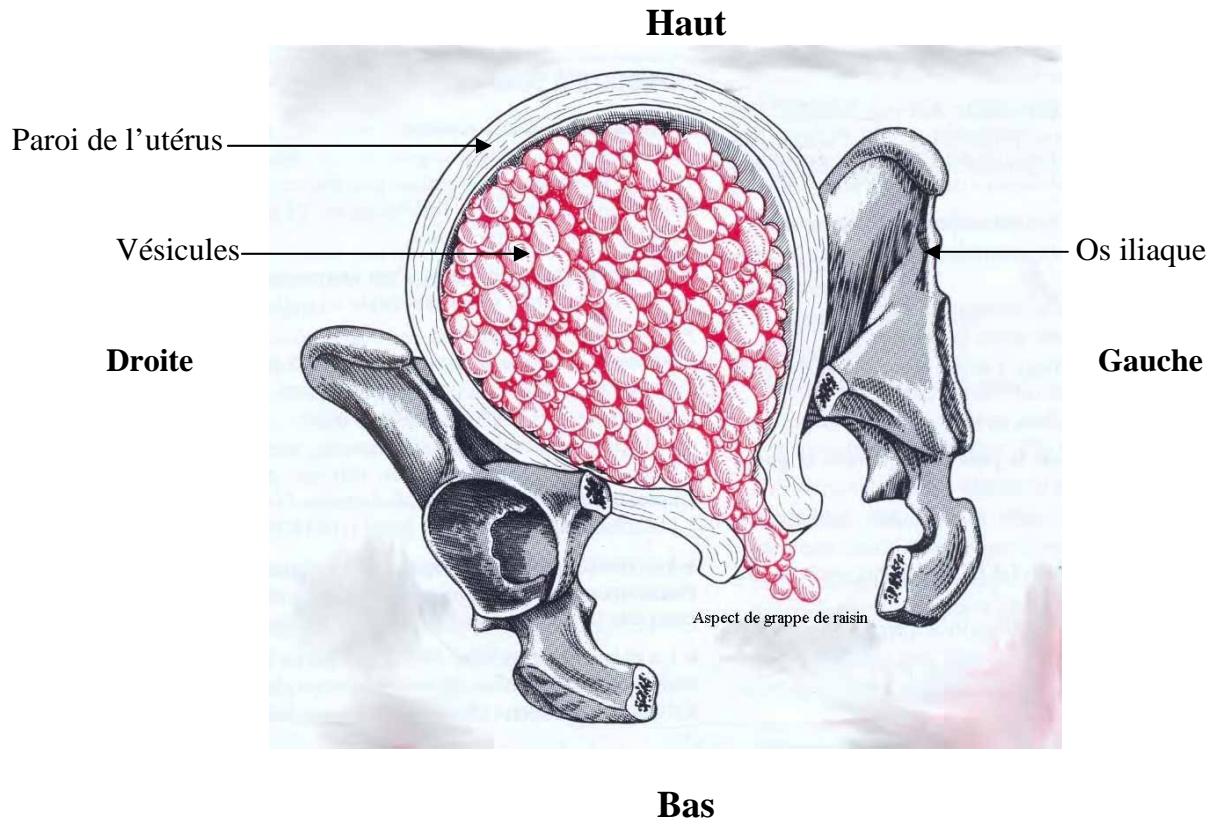


Figure 6 : Môle hydatiforme (vue de face) [20]

Haut

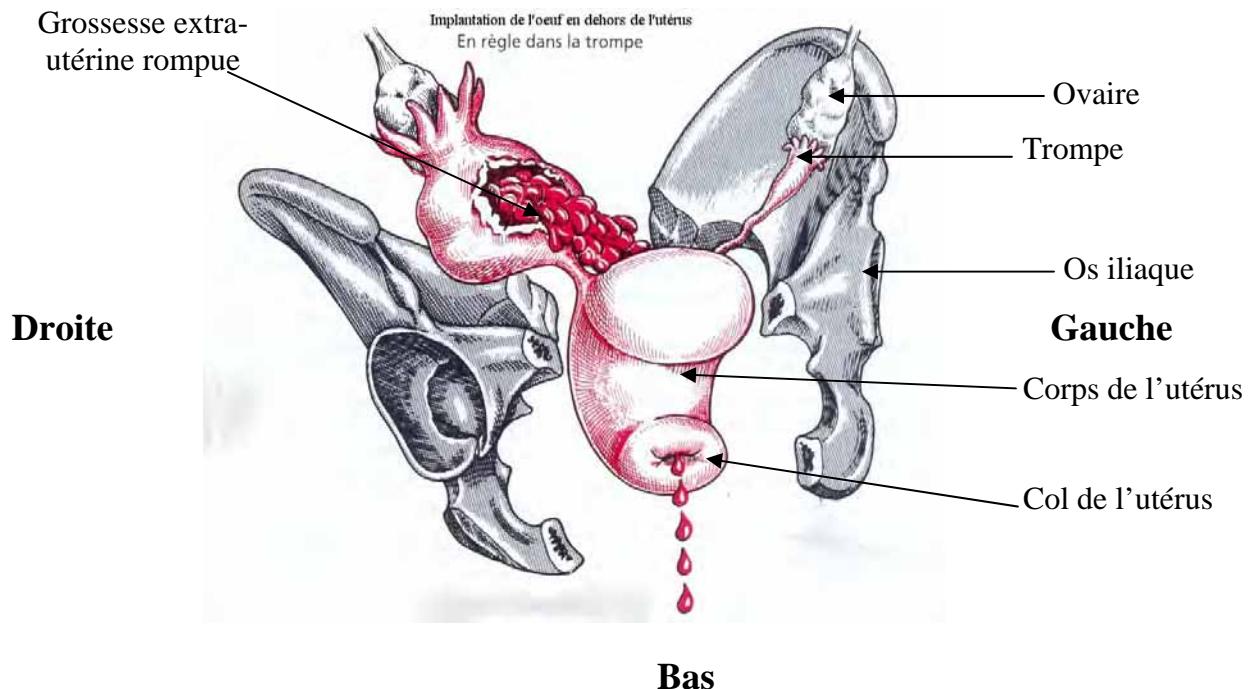


Figure 7 : Grossesse extra-utérine (vue de dessus) [20]

IV.2. Aux deuxième et troisième trimestres

L'hypertension artérielle gravidique définie par l'OMS comme étant une pression artérielle diastolique supérieure ou égale à 85 mmHg quelle que soit la valeur de la systolique [47], représente la pathologie la plus fréquente [6,8,28,31,56], oscillant entre 20 et 30%, alors qu'elle est de 10% pour la population générale. Elle est souvent présente avant le troisième trimestre.

Il existe également une majoration du risque de toxémie gravidique en particulier chez les primipares [60]. S'il est logique de penser que la fréquence des hématomes rétro-placentaires qui se définissent par le décollement du placenta normalement inséré alors que le fœtus est encore dans l'utérus avec la formation d'un caillot extensif qui interrompt les échanges foeto-maternels et retentit sur l'hémodynamique maternelle, est augmentée avec l'âge, il est difficile d'en apporter la démonstration étant donné la faible incidence de cet accident [3,13].

La quasi-totalité des études met en évidence une augmentation de la fréquence du diabète gestationnel dans les grossesses tardives [6,7,8,28,31]. Grimes et Gross [29] observaient une hausse du diabète gestationnel uniquement chez les multipares de plus de 38 ans. Par contre, les études plus récentes de Bianco et Gilbert [8,28] observent une augmentation identique des taux de diabète gestationnel autant chez les nullipares que chez les multipares, et concluent que l'âge en est la cause et non la parité.

Le risque d'accouchement prématuré est également augmenté. Globalement, le taux de prématurité semble être le double de celui de la population générale [4,52]. Toutes les causes de souffrance foetale chronique en sont responsables, avec plus particulièrement ici les syndromes vasculo-rénaux, le diabète, l'immunisation foeto-maternelle. Il s'y ajoute des facteurs mécaniques comme les béances cervico-isthmiques, les fibromes, les hydramnios.

Quant à l'insertion basse du placenta, elle est selon les auteurs trois à quatre fois plus fréquente que dans la population générale : 2,6% pour Tulasine [61], 3,9% pour Mahon [43]. Ce risque augmente significativement avec la parité comme l'a démontré Spellacy [55].

Il est noté également que la fréquence des fibromes utérins pendant la gestation chez les femmes de plus de 40 ans oscille entre 5 et 17% pour un taux de 1% environ pour l'ensemble des gestantes tous âges confondus. Ils sont plus fréquents chez les primipares [56].

CHAPITRE V : L'ACCOUCHEMENT ET LES SUITES DE COUCHES APRES 40 ANS

V.1. Les anomalies de la présentation

La présentation du siège est ici deux à trois fois plus fréquente que dans la population générale [4,56].

Chez les grandes multipares, elle s'explique par une hypotonie utérine alors que chez les primipares, la responsabilité en incombe à l'hypotrophie utérine rendant impossible la bascule physiologique du fœtus de la présentation podalique en présentation céphalique.

De même chez les grandes multipares, retrouve-t-on une plus grande proportion de présentations transverses et de présentations céphaliques défléchies [37,56].

V.2. Les modalités de déroulement du travail

a. Chez la multipare

Le travail de la multipare est souvent rapide, aisé. La grande multipare (parité supérieure ou égale à 5), elle est, par contre pourvoyeuse de complications à prévenir. Le fœtus, en effet, s'accommode mal en début de travail. La mauvaise qualité du moteur utérin est responsable d'une flexion insuffisante de la tête et de l'augmentation des présentations du front.

Le travail pourra donc, chez ces grandes multipares, être long avec des contractions insuffisantes en intensité, en fréquence et en durée, responsables d'une dystocie dynamique.

Il s'ensuit des dystocias d'engagement à dilatation complète, sans qu'il y ait forcément de disproportion foeto-pelvienne [56].

Chez la primipare

Chez celle-ci, l'accouchement peut être émaillé de complications et les dystocies sont plus fréquentes. Il s'agit de dystocies dynamiques souvent dues à une hypoplasie utérine mais aussi des dystocies osseuses, car les bassins rétrécis apparaissent statistiquement plus nombreux dans ce groupe sans qu'il y en ait d'explication valable [4].

Les contractions utérines sont de mauvaise qualité, les dystocies cervicales apparaissent plus fréquentes du fait de la rigidité du col. La dilatation et l'expulsion sont toutes les deux plus longues.

V.3. Les modalités de l'accouchement

Le taux d'extraction par césarienne est, dans cette population particulièrement élevé, puisqu'il oscille selon les auteurs entre 15 et 40% [6,7,12,21,28] avec des valeurs plus élevées chez la primipare âgée où il atteint 50 voire 70% [4]. Cette hausse est également observée chez les multipares [7,8,16,28].

Plusieurs facteurs expliquent ce phénomène :

- tout d'abord les césariennes antérieures avec 36% dans la série de Darbois [17],
- l'augmentation des césariennes de principe (décidées avant la mise en travail),
- l'angoisse de l'accoucheur et celle de la parturiente surtout s'il s'agit d'une primipare âgée,
- la plus grande fréquence des présentations anormales,
- les dysgravidies, les fibromes, les insertions basses du placenta, le diabète gestationnel, les immunisations foeto-maternelles, plus fréquentes après 40 ans,
- la durée du travail après 40 ans est souvent prolongée surtout chez la primipare [6],

- la fréquence des dystocies qu'elles soient dynamiques ou osseuses.

Lehmann [42] retrouve dans ses indications de césariennes 40 % de souffrance fœtale aiguë, 25% de présentations anormales, les dystocies dynamiques, les stagnations et les termes dépassés viennent après par ordre de fréquence.

Par contre, les extractions instrumentales par forceps ou ventouse apparaissent globalement moins fréquentes, elles sont estimées à 1,9% dans la série de Bâ à Dakar [3].

Cependant, la délivrance est souvent troublée ; les hémorragies de la délivrance plus fréquentes après 40 ans compliquent 3 à 4% des accouchements [4]. Ainsi, une attention extrême est de mise lors de la troisième phase du travail chez ces patientes, avec recours à la GATPA qui consiste à :

- administrer 5 UI d'ocytocine par voie intra musculaire dans la minute qui suit, après l'expulsion du nouveau-né,
- faire une délivrance par traction contrôlée du cordon ombilical et stabilisation de l'utérus en appliquant une contre-pression,
- masser l'utérus à travers la paroi abdominale après la délivrance.

V.4. Les suites de couches

Il n'y a pas d'altération de la lactation après 40 ans. Le risque thrombo-embolique par contre est ici majeur, surtout s'il existe un terrain variqueux.

Lehmann [42] retrouve un risque deux fois plus important d'hémorragie du post partum et un risque infectieux (endométrite, pyélonéphrite) sept fois plus important que dans la population témoin.

V.5. La mortalité maternelle

La mortalité maternelle augmente de façon considérable passé l'âge de 40 ans. D'après Bouvier-Colle [11], elle passe de 33,4/100.000 naissances entre 40 et 44 ans à 209,3/100.000 après 45 ans.

Les principales causes en sont :

- les hémorragies de la délivrance,
- les complications des toxémies gravidiques que sont l'éclampsie qui est un accident paroxystique caractérisé par un état convulsif survenant par accès à répétition, suivi d'un état comateux et l'hématome rétro-placentaire,
- les infections,
- les pathologies thrombo-emboliques,
- les accidents anesthésiques (dans la mesure où la fréquence de la césarienne est ici plus importante).

Ces chiffres justifient une surveillance accrue des futures mères âgées tant au cours du troisième trimestre de leur grossesse qu'au cours de l'accouchement pour tenter de prévenir les accidents vasculaires sévères [5].

CHAPITRE VI : LE NOUVEAU-NE

VI.1. La prématurité

Les accouchements prématurés sont très fréquents après 40 ans qu'il s'agisse d'études anciennes réalisées sans définition précise de la prématurité (car incluant dans le groupe des prématurés les enfants de moins de 2500 g) ou d'études récentes avec une définition exacte de la prématurité (naissance entre 28 et 37 semaines d'aménorrhée révolues) [31,36,49]. L'incidence de l'accouchement prématuré est

le double de celle que l'on observe dans la population générale, et ce fait, à lui seul, suffit à retentir lourdement sur l'état de l'enfant à la naissance (risque de maladie des membranes hyalines et d'accidents vasculaires cérébro-méningés) [4].

Si l'augmentation de la prématurité n'est pas étonnante chez les multipares âgées, il est plus surprenant de constater que plusieurs études [5,63] affirment une prématurité accrue chez les primipares. Ceci justifie une surveillance rigoureuse des primipares âgées au deuxième trimestre de la grossesse.

VI.2. Le poids de naissance

La plupart des études observent des poids moyens de naissance identique quelque soit l'âge de la mère [6,10], mais avec une proportion élevée d'enfants de petits poids de naissance (inférieur ou égal à 2500g) et de plus de 4000g, dus pour les uns aux hypertensions artérielles et pour les autres au diabète gestationnel, et dans une moindre mesure à la grande multiparité.

VI.3. Le score d'Apgar

Le score d'Apgar connaît des divergences selon les données de la littérature en ce qui concerne l'impact de l'âge maternel sur la qualité du score [3]. La plupart des études [7,8] retrouvent des scores d'Apgar légèrement inférieurs et une augmentation du taux de transfert en unité de soins intensifs toujours chez les primipares âgées.

VI.4. La mortalité fœtale in utero

Elle est augmentée, ce qui n'est que le corollaire des pathologies plus fréquemment rencontrées après 40 ans. Lehmann [42] retrouve une mortalité de 3%, ce taux passant à 6% en cas de pathologie préexistante à la grossesse.

VI.5. La mortalité néonatale après 40 ans

Elle est également en hausse. Dans la plupart des séries européennes, ce taux oscille entre 2 et 5%. Friede [27] aux Etats-Unis la situe entre 1 et 1,5% après 40 ans ; là aussi, la prématureté et les souffrances fœtales chroniques en sont grandement responsables.

VI.6. La mortalité périnatale après 40 ans

Elle augmente très vite avec l'âge à parité égale. Pour une même tranche d'âge, la mortalité périnatale est plus importante chez les primipares âgées ; elle chute ensuite pour les deuxième, troisième, quatrième pares et remonte ensuite à partir de la cinquième naissance [56].

DEUXIEME PARTIE : TRAVAIL PERSONNEL

I. OBJECTIFS

Les objectifs de notre travail étaient de :

- dresser le profil épidémiologique des femmes âgées de 40 ans et plus,
- définir les caractéristiques de la grossesse et de l'accouchement chez la femme de la quarantaine,
- d'évaluer le pronostic materno-fœtal pendant la grossesse et l'accouchement.

II. MATERIEL ET METHODES

II.1. Cadre de l'étude

Notre étude a eu pour cadre le Centre de Santé Roi Baudouin de Guédiawaye, district distant d'environ 17 km de Dakar. Ce centre est situé dans la partie Nord de Guédiawaye où il constitue le centre gynécologique et obstétrical de référence du district sanitaire qui appartient au département de même nom.

Le Centre de Santé Roi Baudouin de Guédiawaye, fruit de la coopération Sénégalo-Belge, a été inauguré en 1984 ; il a pour vocation la prise en charge adéquate des problèmes prioritaires de la commune en matière de santé.



Figure 10 : Carte géographique de la région de Dakar [66]

a. Les infrastructures

La maternité du Centre de Santé Roi Baudouin est le cadre de notre étude. Créeée en 1984, elle a été érigée en maternité de référence à activités chirurgicales.

Elle présente à décrire les infrastructures suivantes :

- une (01) unité de grossesses pathologiques (GP) avec 6 lits,
- une (01) salle d'accouchement avec :
 - sept (7) tables d'accouchement,
 - sept (7) lits en salle de travail,
 - une (01) salle de garde avec des toilettes intégrées,
- une (01) unité de suites de couches avec :
 - dix (10) lits de suites de couches normales,
 - six (06) lits de suites de couches pathologiques,
 - six (06) cabines avec 2 lits dans chacune,
- une (01) salle d'aspiration manuelle intra-utérine (AMIU) avec :
 - une (01) table d'aspiration,

- deux (02) lits de « post-aspiration »,
- un (01) bloc opératoire avec :
 - deux (02) salles d'opération,
 - quatre (04) lits de post-opérées immédiates.

b. Ressources humaines

Le centre de santé Roi Baudouin compte :

- ❖ un médecin-chef, spécialiste en gynécologie - obstétrique
- ❖ dix-neuf (19) sages-femmes d'Etat (SFE) :
 - une (01) maîtresse sage-femme,
 - une (01) responsable de l'unité de planification familiale,
 - onze (11) sages-femmes assurant la garde en salle d'accouchement,
 - une (01) sage-femme responsable des suites de couches normales,
 - une (01) sage-femme responsable des grossesses pathologiques,
 - une (01) responsable d'AMIU et d'échographes,
 - une (01) responsable des post-opérées,
 - deux (02) en consultation prénatale,
 - une (01) en planning familial.
- ❖ cinq (05) infirmiers d'Etat (IE) et infirmiers brevetés :
 - une (01) infirmière d'Etat à l'unité des post-opérées,
 - deux (02) infirmiers anesthésistes,
 - deux (02) infirmiers brevetés en salle des post-opérées.
- ❖ douze (12) aides infirmières :
 - dix (10) en salle d'accouchement,
 - deux (02) en salle des post-opérées,
- ❖ les agents communautaires,
- ❖ les manœuvres.

II.2. Patientes et méthodes

a. Type de l'étude

Il s'agit d'une étude rétrospective, cas témoins portant sur cent (100) femmes enceintes de quarante à quarante sept ans versus cent (100) femmes âgées entre vingt et vingt sept ans comme témoins ayant accouché au centre de santé Roi Baudouin de la période allant du 01 janvier 2006 au 31 juillet 2006.

b. Population d'étude

La population cible est constituée par l'ensemble des gestantes et parturientes reçues dans notre structure sanitaire et qui ont bénéficié des soins obstétricaux.

c. Les critères de sélection

✓ Critères d'inclusion

Nous avons procédé à un appariement par âge. A chaque patiente de 40 à 47ans sélectionnée, était apparié un témoin de 20 à 27 ans.

✓ Critères d'exclusion

Nous avons exclu de l'étude toutes les femmes de plus de 47 ans.

Pour les témoins, nous avons exclu les femmes de moins de 20 ans et de plus de 27 ans.

Aussi bien pour les cas que pour les témoins, nous avons exclu les femmes qui n'ont pas accouché dans la structure.

d. Collecte de données

Les données ont été recueillies sur la base d'une fiche à partir du registre d'accouchement, des dossiers médicaux de malades, de rapports des staffs, des registres du bloc opératoire et du registre de décès.

Cette fiche comportait les paramètres suivants :

- les caractéristiques socio - démographiques,
- les antécédents médicaux, chirurgicaux et obstétricaux,

- les pathologies observées au cours de la grossesse et de l'accouchement,
- l'issue de la grossesse,
- la qualité des suites de couches,
- le pronostic maternel et fœtal.

e. Saisie et analyse des données

Les données ont été saisies et analysées à l'aide du logiciel Epi Info version 6. L'examen de corrélation et les risques significatifs qui existent entre les variables lors de l'analyse ont été effectués en utilisant des tests d'adéquation et de comparaison.

Les tests statistiques de signification utilisés pour les comparaisons sont basés sur le test de Khi² et dont les coefficients dépendent tous du Khi².

Les tests sont significatifs pour le test de corrélation ou le test du Khi² dès que la probabilité associée est inférieure (<) à 5%. On a utilisé l'hypothèse nulle si $\alpha < 0,05$. Si l'hypothèse nulle est rejetée, on passe à l'analyse de la relation. Dans le cas contraire, la relation est simplement supprimée de l'étude.

III. RESULTATS

III.1. Fréquence

Les femmes âgées entre 40 et 47 ans représentaient 3,33% de la population totale des parturientes durant la période d'étude.

III.2. Données socio - démographiques

a. La gestité

Tableau I : Répartition des patientes selon la gestité

Patientes	Gestité		Total
	≤ 4	> 4	
Cas	8	92	100
Témoins	96	04	100
Total	104	96	200

La majorité des patientes témoins (96%) de notre étude avaient une gestité ≤ 4 ; seules 4% avaient une gestité > 4 .

Les multigestes ou grandes multigestes représentaient 92% des femmes âgées avec des extrêmes de 2 et 17 ; seules 8% avaient une gestité ≤ 4 .

Le risque d'avoir une gestité > 4 était plus élevé chez les femmes de la quarantaine que chez les témoins ($p=10^{-7}$).

b) La parité

Tableau II : Répartition des gestantes selon la parité

Patientes	Parité		Total
	≤ 4	> 4	
Cas	28	72	100
Témoins	100	00	100
Total	128	72	200

Toutes les patientes témoins (100%) de notre étude avaient une parité inférieure ou égale à 4; elles venaient dans 43% pour leur premier accouchement.

Par ailleurs, 72% des femmes âgées étaient des multipares ou de grandes multipares.

Il existe un lien statistiquement significatif entre l'âge et la parité. Le risque d'avoir une parité supérieure à 4 était plus élevé chez les femmes de 40 ans et plus que chez les témoins ($p=10^{-7}$).

III.3. Antécédents

a) Antécédents médicaux : les pathologies chroniques associées

Dans notre population d'étude, 87,5% des femmes ayant des antécédents médicaux étaient âgées de 40 à 47 ans. Par ailleurs, la quasi-totalité des témoins (99%) ne présentait pas un antécédent médical.

Parmi les femmes de 40 à 47 ans, nous avons noté:

- une (01) femme diabétique,
- trois (03) femmes hypertendues,
- une (01) femme drépanocytaire,
- et deux (02) cas d'hyperthyroïdie.

Par contre chez les témoins, nous avons eu un cas d'infection à VIH.

La survenue d'antécédents médicaux n'était pas influencée par l'âge de la patiente ($p = 0,14$).

b) Antécédents obstétricaux

Tableau III : Répartition des patientes selon l'existence ou non d'antécédents obstétricaux

Patientes	Antécédents obstétricaux	Pas d'antécédents obstétricaux	Total
Cas	44	56	100
Témoins	78	22	100
Total	122	78	200

Chez les femmes de 40 à 47 ans, nous avions recensé :

- quarante cinq (45) patientes ayant un antécédent d'avortement spontané,
- sept (7) patientes ayant un antécédent de mort-né,
- deux (02) patientes ayant un passé d'avortement spontané associé à un cas de mort-né.

Par contre, chez les témoins :

- treize (13) patientes avaient un antécédent d'avortement spontané,
- trois (03) un antécédent de rétention d'œuf mort,
- deux (02) un passé d'accouchement prématuré spontané,
- trois (03) patientes avaient un antécédent de mort-né.

Il existe un lien statistiquement significatif entre les antécédents obstétricaux chargés et l'âge.

Le risque d'avoir des antécédents obstétricaux chargés était plus élevé chez les femmes de 40 ans et plus ($p=0,000012$).

III.4. Le déroulement de la grossesse

a) Type de grossesse

La majorité des grossesses dans nos deux (02) populations d'étude étaient monofoetales.

En effet, seules deux (02) grossesses sur 100 se révélaient être des grossesses gémellaires chez les femmes de la quarantaine, contre trois (03) chez les témoins.

b) Pathologies rencontrées pendant la grossesse

Tableau IV : Répartition des gestantes selon l'existence ou non de maladie

Maladies pendant la grossesse			
Patients	Maladie	Pas de maladie	Total
Cas	32	68	100
Témoins	21	79	100
Total	53	147	200

Nous avions retrouvé dans notre étude neuf (09) cas (9%) d'HTA gravidique chez les femmes de 40 ans et plus, versus 8 cas (8%) chez les femmes de 20 à 27 ans.

Aucun cas de diabète gestationnel n'avait été trouvé.

Nous avons obtenu dix-sept 17 cas (17%) de rupture prématurée des membranes chez les femmes de la quarantaine, contre neuf (09) cas (9%) chez les témoins ; donc, on constatait plus de rupture prématurée des membranes chez les femmes de 40 à 47 ans que chez les témoins.

Nous avions noté également 6% de grossesses gémellaires chez les témoins versus 3% chez les femmes de la quarantaine.

Un (01) cas (1%) de col pathologique hémorragique et deux (02) cas (2%) de placenta praevia hémorragique ont été recensés chez les femmes de 40 à 47 ans, versus zéro (0) cas (0%) chez les témoins.

Nous avions noté également :

-quatre (04) cas (4%) d'accouchements prématurés chez les femmes de 40 à 47 ans versus six (06) cas (6%) chez les témoins,

-deux (02) cas (2%) de rétention d'œuf mort autant chez les cas que chez les témoins,

-deux (02) cas (2%) d'hématome rétro-placentaire chez les femmes de 40 à 47 ans versus un (01) cas (1%) chez les témoins,

-trois (03) cas (3%) de prééclampsie chez les femmes de la quarantaine versus deux (02) cas (2%) chez les témoins.

Ainsi, parmi les femmes qui avaient présenté une maladie pendant leur grossesse, 60,3% étaient des femmes de la quarantaine. Donc, on pouvait constater que les femmes âgées présentaient plus de maladies pendant leur grossesse.

Par contre, parmi les femmes qui n'avaient pas présenté de maladie pendant leur grossesse, 53,7% étaient âgées de 20 à 27 ans. Donc on pouvait constater que les femmes jeunes présentaient moins de maladies pendant leur grossesse.

Cependant, il n'existe pas de risque statistiquement significatif entre la survenue de maladie pendant la grossesse et l'âge de la patiente ($p=0,44$).

c) Devenir de la grossesse

Tableau V : Répartition des patientes selon le devenir de la grossesse et en fonction de l'existence ou non d'antécédents obstétricaux

Patientes	Issue de la grossesse		Total
	Voie basse	césarienne	
Antécédents obstétricaux	70	8	78
Pas d'antécédents obstétricaux	109	13	122
Total	179	21	200

La majorité des femmes (89,5%) de notre étude avait accouché par voie basse, qu'elles aient eu ou non des antécédents obstétricaux.

Les femmes ayant accouché par césarienne, qu'elles aient présenté ou non des antécédents obstétricaux, représentaient 10,5%.

Le risque d'accoucher par voie basse était plus élevé en cas d'absence d'antécédents obstétricaux ($p=10^{-7}$).

III.5. LE DÉROULEMENT DE L'ACCOUCHEMENT

a) La durée du travail

Chez les femmes de 40 à 47 ans, 71% avaient une durée de travail courte ($\leq 6h$) versus 68% parmi les témoins.

Par contre, chez les femmes qui avaient une durée de travail long ($>6h$), 60,8% étaient des témoins alors que seuls 39,1% étaient des femmes de la quarantaine.

Le test statistique (p), non significatif montrait que l'âge de la patiente n'influençait pas la durée du travail ($p = 0,29$).

b) Accouchement

Tableau VII : Répartition des gestantes selon le type d'accouchement

Type d'accouchement	Patientes		Total
	Cas	Témoins	
Voie basse	88	87	175
Césarienne	12	13	25
Total	100	100	200

p=0,93

Il n'existe pas de lien statistiquement significatif entre la survenue d'une césarienne et l'âge avancé de la patiente (p=0,93).

La majorité des femmes de notre étude (87,5%) avaient accouché par voie basse quelque soit leur âge.

Quatre vingt quatre (84) témoins avaient accouché par les voies naturelles versus 87 femmes de 40 ans et plus.

Un témoin avait bénéficié d'un forceps alors qu'aucune femme de 40 ans et plus n'en avait bénéficié.

Deux (02) témoins avaient bénéficié d'une application de ventouse versus une (01) femme de la quarantaine.

La prévalence d'accouchement par césarienne était de 12,5% dans notre étude tous âges confondus.

Parmi les patientes ayant eu une césarienne, on distinguait :

- trois (03) femmes de 40 ans et plus qui avaient été césarisées pour une indication fœtale versus quatre (04) témoins,
- trois (03) femmes de 40 à 47 ans qui avaient été césarisées pour une indication foeto-maternelle versus cinq (05) témoins.

Chez les femmes de la quarantaine, le taux de césarienne pour indication fœtale ou foeto-maternelle était le même.

Par contre, quatre (04) témoins avaient été césarisées pour une indication maternelle versus six (06) femmes de 40 à 47 ans.

On notait que le pourcentage de femmes âgées de 40 à 47 ans (12%) ayant bénéficié d'une césarienne et celui des femmes âgées de 20 à 27 ans était identique.

Donc plus la femme était âgée, plus elle avait la malchance d'être césarisée pour une indication maternelle ; plus la femme était jeune, plus elle avait la malchance d'être césarisée pour une indication fœtale ou foeto-maternelle.

c) La délivrance

Tableau VIII : Répartition des patientes selon le type de délivrance

Type de délivrance	Patientes		
	Cas	témoins	Total
Naturelle (spontanée et dirigée)	84	79	163
Artificielle	16	21	37
Total	100	100	200

La majorité des femmes de notre étude (81%) avait eu une délivrance naturelle.

Seize (16) femmes de 40 ans et plus (43,2%) avaient eu une délivrance artificielle versus vingt un (21) témoins (56,7%).

Il n'existait pas de lien statistiquement significatif entre le type de délivrance et l'âge ($p=0,41$).

d) Pathologie de la délivrance

Tableau IX : Répartition des différents types de pathologies de la délivrance selon les cas et les témoins

Pathologie de la délivrance

Patientes	Non	Oui	Total
Cas	99	1	100
Témoins	98	2	100
Total	197	3	200

Dans notre étude :

- 98,5% des femmes avaient une délivrance peu hémorragique (sans particularité),
- 1,5% avait une hémorragie de la délivrance.

Il n'existe pas de lien statistiquement significatif entre le type de pathologie de la délivrance et l'âge ($p=0,56$).

e) Les complications dans les suites de couches

Tableau X : Répartition de l'existence ou non de complications dans les suites de couches selon les cas et les témoins.

Complications dans les SDC				
Patientes	Non	Oui	Non	Total
			Précisé	
Cas	1	6	93	100
Témoins	0	8	92	100
Total	1	14	185	200

On notait une forte prévalence de femmes n'ayant pas de complications dans leurs suites de couches (92,5%).

Parmi les femmes de 40 à 47 ans, on retrouvait dans les suites de couches :

- un (01) cas de coagulation intra-vasculaire disséminée dans un contexte d'hématome rétro-placentaire,
- un (01) cas de poussée hypertensive dans un contexte d'HTA chronique,

- un (01) cas d'oligurie suite à un hématome rétro-placentaire.

Parmi les femmes de 20 à 27 ans, on retrouvait :

- deux (02) cas de lâchage pariétal,
- trois (03) cas d'infection puerpérale à type d'endométrite, de suppuration pariétale,
- un (01) cas de syndrome oedémato-ascitique suite à une prééclampsie sévère.

L'âge de la patiente n'influençait pas la survenue de complications dans les suites de couches ($p=0,40$).

III.6. LE NOUVEAU-NE

a) Etat du nouveau-né à la naissance

La majorité des nouveau-nés de notre étude étaient vivants et normaux (91,5%), contre 8,5% de décès.

Cependant, on notait plus de décès chez les nouveau-nés de mères âgées de 40 ans et plus (76,4%) que chez ceux des témoins (23,5%).

Parmi les mort-nés issus de mères âgées de 40 à 47 ans, nous avions recensé :

- huit (08) mort-nés frais,
- quatre (04) mort-nés macérés,
- un (01) cas de mort-né frais malformé à type d'hernie diaphragmatique.

Il existait un lien statistiquement significatif entre la survenue à la naissance de nouveau-nés décédés et l'âge avancé de la mère : plus la mère était âgée (40-47 ans), plus elle risquait d'avoir un nouveau-né décédé à la naissance ($p=0,073$).

b) Poids de naissance

Tableau XI : Répartition du poids du nouveau-né à la naissance selon les cas et les témoins

Patientes	Poids nouveau né à la naissance			Total
	<2500g	Entre 2500 et 3900g	≥4000g	
Cas	17	75	8	100
Témoins	16	83	1	100
Total	33	158	9	200

Le poids minimum de naissance dans notre étude était de 1000g et le poids maximum de 5300g.

On retrouvait :

- dix sept (17) nouveau-nés de faible poids chez les femmes de 40 à 47 ans versus seize (16) chez les 20 à 27 ans,
- huit (08) macrosomes chez les femmes de la quarantaine alors qu'un seul cas de macrosomie avait été recensé chez les témoins,
- et une forte prévalence (79%) de nouveau-nés dont le poids était compris entre 2500g et 3900g.

Donc, on peut dire que le risque d'avoir un macrosome à l'accouchement était beaucoup plus élevé chez les femmes de 40 ans et plus que chez les témoins ($p = 10^{-7}$).

c) Le score d'Apgar

- ❖ Pour le score d'Apgar à la première minute, cinq (05) nouveau-nés de femmes de la quarantaine avaient un (01) score non précisé contre trois (03) nouveau-nés issus de mères âgées de 20 à 27 ans.

Parmi les nouveau-nés ayant un score <7, 68% étaient de mères âgées de 40 à 47 ans alors que 32% étaient issus des témoins.

On notait plus de cas de souffrance fœtale chez les femmes de la quarantaine que chez les témoins.

On retrouvait cependant une forte prévalence (83,5%) de nouveau-nés ayant un (01) Apgar ≥ 7 .

L'âge de la mère n'influençait pas le score d'Apgar à la 1^{ère} minute ($p=0,14$).

❖ Pour le score d'Apgar à la 5^{ème} minute, les dix sept (17) nouveau-nés de mères âgées de 40 à 47 ans et réanimés, dix (10) continuaient d'avoir un score <7 contre deux (02) nouveau-nés issus des témoins.

Ainsi, avec un score d'Apgar toujours < 7 , ces nouveau-nés risquaient d'être transférés en soins intensifs dans une unité de néonatalogie ($p=0,02$).

d) Sortie du nouveau-né de la maternité

Tableau XII : Répartition du devenir du nouveau-né selon les cas et les témoins

Patientes Cas	Non précisé	Devenir du nouveau-né		Total
		Vivant	Décédé	
Cas	12	88	0	100
Témoins	4	95	1	100
Total	16	183	1	200

Nous avions retrouvé :

- quatre vingt quinze (95) nouveau-nés de mères âgées de 20 à 27 ans vivants à la sortie de la maternité,
- un (01) nouveau-né décédé à la sortie chez un témoin de 20 à 27 ans suite à une prématurité et à une souffrance fœtale chronique,
- aucun nouveau-né décédé à la sortie chez les femmes de la quarantaine ($p=0,07$).

IV. COMMENTAIRES

Nous avons réalisé une étude rétrospective type cas-témoins portant sur 100 femmes enceintes de 40 ans et plus versus 100 femmes enceintes âgées entre 20 et 30 ans ayant accouché au centre de santé Roi Baudouin. Cette étude nous a permis d'évaluer le pronostic materno-foetal pendant la grossesse et l'accouchement de ces « femmes âgées ». Toutefois, il existe quelques limites liées au caractère incomplet des dossiers, à l'insuffisance des informations médicales et à l'absence ou au manque de précision de certains paramètres.

Durant la période d'étude, les parturientes âgées entre 40 et 47 ans représentaient 3,3% de la population totale des parturientes, ce qui est supérieur au taux de 2,65% retrouvé dans la série de Bâ Guèye [3].

IV.1. Données socio-démographiques

a) La gestité et la parité

Dans notre étude, les multigestes et les grandes multigestes représentaient 92% des femmes de la quarantaine avec des extrêmes de 2 et 17 ; seules 8% avaient une gestité inférieure ou égale à 4.

Les multipares et grandes multipares représentaient 72% des femmes âgées.

Quant aux témoins, la majorité était constituée au maximum de multipares (43%), de primipares (21%), de paucipares (31%).

Nos résultats concordent avec ceux du CHU de Yaoundé [58], lesquels retrouvaient 84% de grandes multipares chez les femmes 40 ans et plus avec une parité moyenne de 7 et un maximum de 12.

Ainsi, nous pouvons dire que la majorité des femmes de 40 ans et plus sont des multipares ou grandes multipares et cela s'explique par le fait qu'elles sont issues de milieux socio-économiques défavorisés, ne maîtrisent pas la contraception, voire ne l'utilisent pas pour des motifs les plus souvent ethniques, socio-culturels ou

religieux. Par ailleurs, elles se remarient tardivement étant déjà pauci ou multipares.

Actuellement, dans les pays en développement, tous les auteurs s'accordent sur le fait que même si la majorité des femmes de la quarantaine sont multipares, on note de plus en plus un nombre croissant de primipares dans cette tranche de la population [56].

IV.2. ANTECEDENTS

a) Antécédents médicaux : les pathologies chroniques associées

D'après l'étude de cohorte de Gilbert [28], qui regroupe 24 032 femmes âgées de plus de 40 ans et dont la population témoin est constituée de femmes de 20 à 25 ans, un certain nombre de pathologies médicales apparaissent plus fréquentes dans le groupe des femmes âgées de 40 ans et plus, en particulier le diabète maternel et l'hypertension artérielle chronique.

Le risque de survenue de l'hypertension artérielle chronique est 4,7 fois plus élevé chez les nullipares ; ce risque est de 8,9 chez les multipares de plus de 40 ans.

Par contre, pour le diabète maternel, ce risque est de 3,3 chez les nullipares et de 6,4 chez les multipares.

Dans notre étude, les pathologies chroniques retrouvées étaient :

- le diabète avec 1%,
- l'hypertension artérielle (3%),
- l'hyperthyroïdie (2%),
- la drépanocytose (1%).

Par ailleurs, il n'y a pas de lien statistiquement significatif entre les antécédents médicaux et l'âge maternel ($p = 0,14$). Il existe probablement un biais vu la taille de notre échantillon.

Comparés aux résultats obtenus par Gilbert en ce qui concerne le diabète maternel et l'hypertension artérielle chronique, nos résultats sont significativement inférieurs dans les deux cas.

Pour ce qui est des dysfonctionnements thyroïdiens, nos résultats concordent avec celui retrouvé au CHU de Nantes [41].

Contrairement à ce qui est décrit dans la littérature, les antécédents de cardiopathies et d'accidents thrombo-emboliques fréquents à cet âge n'ont pas été retrouvés dans notre population d'étude.

b) Antécédents obstétricaux

Le premier écueil des grossesses après 40 ans est leur taux élevé de fausses couches spontanées. Ceci est nettement prouvé dans notre étude où 45% des femmes de la quarantaine avaient déjà fait une fausse couche spontanée. Ce taux était de 13% chez les femmes de 20 à 27 ans.

D'après Warbuton, le taux de fausse couche spontanée atteindrait 11,7% entre 30 et 34 ans, 17,7% entre 35 et 39 ans, 33,8% à partir de 40 ans et 53,2% après 45 ans [62].

Dans l'étude faite par J.H.Baudet [4], l'avortement spontané s'observe dans plus de 20% des cas. Il est de l'ordre de 23,1% pour l'étude faite en 2002 à la Clinique Gynéco-Obstétricale du CHU Le Dantec [3].

On admet généralement qu'au moins 60% de ces avortements précoces soient liés à des anomalies chromosomiques [6].

Il se peut que l'âge et la parité affectent la perfusion utéro-placentaire, ce qui expliquerait l'augmentation des fausses couches observées dans les grossesses tardives [28].

IV.3. Le déroulement de la grossesse

a) Type de grossesse

La majorité des grossesses de notre population d'étude concernait des grossesses uniques.

En effet, seules 2 grossesses sur 100 se révèlent être des grossesses gémellaires.

Ces résultats sont assimilables à ceux retrouvés au CHU de Nantes [41].

b) Pathologies rencontrées pendant la grossesse

❖ L'hypertension artérielle

L'hypertension artérielle gravidique représente la pathologie la plus fréquente.

Le taux retrouvé dans notre étude était de l'ordre de 9%. Ce pourcentage est inférieur aux 27,8% retrouvés dans l'étude faite à la Clinique Gynécologique du CHU Le Dantec [3], inférieurs aux 15% retrouvés dans l'étude de Booth et Williams [10], au taux relevé au CHU de Nantes (17, 82%) [41] et aux 20% retrouvés par J.H. Baudet [4].

D'après Roman H [50], il y a 4,6 fois plus de risque de faire une hypertension artérielle gravidique chez les femmes primipares de plus de 40 ans et 2,6 fois chez les multipares de plus de 40 ans.

❖ Le diabète gestationnel

Contrairement à ce qui est décrit dans la littérature à savoir l'augmentation de la fréquence du diabète gestationnel dans les grossesses tardives, aucun cas de diabète gestationnel n'avait été recensé dans notre étude. Ceci est probablement lié à l'absence de proposition de dépistage dans notre série et à l'insuffisance de moyens techniques de réalisation.

Cette hypothèse évoquée dans la littérature se justifie à travers les études de Gilbert [28], Chan et Lao [12], Jolly [37], de même que Roman [50] qui retrouvent un risque 4 fois plus élevé de développer un diabète gestationnel chez les femmes de 40 ans et plus que chez celles de moins de 40 ans, qu'il s'agisse de multipares comme de nullipares (7,8% versus 1,6%).

Abu-Heija [1] présente également 9,6% de diabète gestationnel chez les femmes de plus de 45 ans versus 1,6% dans le groupe témoin. Cette hausse s'explique par une baisse du fonctionnement et de la sensibilité des cellules β pancréatiques à l'insuline, augmentant avec l'âge.

❖ La rupture prématuée des membranes

Elle avait été retrouvée chez 17% de nos patientes âgées de 40 ans et plus contre 9% chez les témoins.

Son étiologie est à rattacher à l'âge avancé, aux grossesses multiples, aux présentations dystociques, aux infections urinaires et endocervicales durant la grossesse et au bas niveau socio-économique.

Dans l'étude réalisée au CHU de Lille [22], on observe plus de rupture prématuée des membranes dans le groupe des multipares et grandes multipares ($p < 0,02$).

❖ Placenta praevia

Le placenta praevia est selon les auteurs trois à quatre fois plus fréquent chez les femmes de la quarantaine que dans la population générale.

Seules 2% de nos parturientes âgées avaient présenté un placenta praevia hémorragique. Ce pourcentage est assimilable aux 2,6% retrouvés dans l'étude de Tulasne, et aux 3,8% retrouvés dans l'étude de Mahon [43].

Par contre, l'étude de J.H. Baudet [4] double notre taux avoisinant les 4%.

Quant à l'étude de Gilbert [28], elle relève également une incidence accrue après 40 ans, mais ceci surtout chez les nullipares âgées, lesquelles présentent huit fois plus de risque de placenta praevia que les nullipares du groupe de contrôle (0,25% versus 0,33%).

Ce taux si élevé chez les nullipares âgées est unique dans la littérature, et ne trouve pas d'explication, puisque le risque de placenta praevia est habituellement corrélé à la multiparité [28].

Dans notre série, nous n'avons pas retrouvé de lien statistiquement significatif entre l'âge et la survenue de pathologies pendant la grossesse (hypertension artérielle gravidique, diabète gestationnel, rupture prématuée des membranes, placenta praevia) ($p = 0,44$).

c) **Issue de la grossesse.**

❖ **Accouchements prématurés**

Contrairement à ce qui est décrit dans la littérature, la proportion d'accouchements prématurés semble augmenter avec l'âge de la mère et que le risque d'accouchement prématuré serait le double de celui de la population générale [56] ; dans notre étude, le taux retrouvé chez les témoins (6%) dépasse celui propre aux femmes de la quarantaine (4%).

Cependant dans certaines études, cette hypothèse est largement vérifiée, on peut énumérer :

- l'étude de Belaisch-Allart Joëlle [8] qui retrouve une proportion de prématurés passant de 5,7% avant 35 ans à 8,2% après 40 ans ($p < 0,001$) toutes parités confondues,
- l'étude de Tuck et Coll [60] qui annoncent également quatre fois plus de naissances prématurées après 35 ans les primipares,
- enfin Yasin et Beydoun [63] montrent qu'après quarante ans le taux de prématurité est plus élevé chez les primipares (36,8%) que chez les multipares (13,6% $p < 0,02$) mais que dans les deux cas, il est supérieur chez la femme de plus de 40 ans au taux observé chez les femmes jeunes [6].

De ce fait, parmi les étiologies avancées, on peut citer les syndromes vasculo-rénaux, les souffrances fœtales chroniques, le diabète, l'immunisation foeto-maternelle auxquels s'ajoutent des facteurs mécaniques comme les béances cervico-isthmiques, les fibromes utérins, les hydramnios [56].

❖ **L'hématome rétro-placentaire**

S'il est logique de penser que la fréquence des hématomes rétro-placentaires est augmentée avec l'âge, il est difficile d'en apporter la démonstration étant donné la faible incidence de cet accident [6].

Il semble par contre ne pas exister de différence significative par rapport à la population témoin de notre série pour ce qui est de la survenue d'hématomes rétro-

placentaires : 1% dans la population témoin contre 2% chez les gestantes de plus de 40 ans. Ces résultats sont superposables à ceux retrouvés par Spellacy (1% versus 1,8%) [55].

Le taux de 9% retrouvé à la Clinique Gynéco-Obstétricale du CHU Le Dantec est largement supérieur à notre pourcentage [3].

❖ La prééclampsie

Les données de la littérature retrouvent une augmentation des syndromes vasculo-rénaux avec l'âge, ce risque est multiplié par deux après 35 ans.

Le taux de 3% retrouvé chez les femmes de 40 ans et plus de notre série concorde avec celui de Roman H. (2,9%) [50] ; mais est nettement inférieur au taux retrouvé au CHU de Nantes qui est de l'ordre de 17,82%.

Certaines études par contre retrouvent un pourcentage beaucoup plus élevé chez les nullipares. Ainsi, l'étude de Gilbert retrouve 5,4% de nullipares de plus de 40 ans présentant une pré-éclampsie versus 2,7% des multipares de cet âge. Ce résultat est confirmé par les études de Ziadeh, Chan et Lao, mais de manière non significative [12,64].

❖ La mort foetale in utero

Dans notre étude, le pourcentage de 2% retrouvé chez les femmes de la quarantaine est identique à celui retrouvé chez les témoins.

Pour la majorité des auteurs, il existe cependant une augmentation des morts in utero dans les grossesses tardives. Jolly [37], de même que Fretts [26] confirment l'effet néfaste de l'âge maternel avancé quelque soit la parité.

Roman [50] retrouve même jusqu'à 4 fois plus de mortalité fœtale in utero chez les multipares âgées que les multipares de 20 à 34 ans ($p = 0,07$) et 11 fois chez les nullipares âgées que chez les nullipares témoins ($p < 0,001$) [41].

Lehmann [42], par contre retrouve une mortalité de 3% superposable au taux retrouvé dans notre série.

Tarin [57] avance à ce sujet une hypothèse : les grossesses tardives, par certains mécanismes, dont l'exposition prolongée des gamètes à un stress oxydatif, auraient

des effets à long terme sur la descendance donc une augmentation des morts in utero.

Nos résultats sont conformes à ceux retrouvés par Edge [24] ou Berkowitz [7] qui ne relèvent aucune différence significative selon l'âge maternel.

IV.4. Le déroulement de l'accouchement

a) La durée du travail

La différence concernant la durée du travail selon l'âge maternel reste controversée. Dans notre série, la majorité des femmes âgées de 40 à 47 ans (71%) avaient une durée de travail court versus 68% des témoins. Par contre, 39,1% des femmes de la quarantaine avaient un travail long (≥ 6 heures) contre 19,6% retrouvés à la Clinique Gynéco-Obstétricale du CHU Le Dantec [3].

Nous remarquons cependant dans certaines études une tendance de distinction du travail selon la parité, mais la différence n'est pas significative [41].

b) Mode d'accouchement

❖ La voie naturelle

Dans notre étude, 87 femmes de 40 à 47 ans avaient accouché par voie naturelle versus 84 témoins. Notre résultat est voisin de celui retrouvé à la Clinique Gynéco-Obstétricale du CHU Le Dantec de Dakar en 2002 (83%) [3].

❖ Les extractions instrumentales

Les extractions instrumentales par forceps ou ventouse retrouvées dans notre série étaient globalement moins fréquentes chez les femmes de la quarantaine (1%) que chez les témoins (3%).

Spellacy [55] dans son étude portant sur 511 cas retrouvait également un taux d'extraction par forceps inférieur à 10% chez les femmes de plus 40 ans, alors que ce taux était de 13% dans la population témoin.

Par contre, Roman [50] apporte à ce sujet, un taux d'extractions instrumentales 2,7 fois plus élevé chez les multipares âgées que chez les multipares de 20 à 34 ans

($p < 0,001$) ; pour Dulitzki [23], ce risque est 7,5 fois plus élevé chez les plus de 44 ans.

❖ Les césariennes

Le taux de femmes de 40 à 47 ans césarisées dans notre étude était de 12%.

Il n'existe pas de lien statistiquement significatif entre la survenue d'une césarienne et l'âge avancé de la mère ($p = 0,93$).

Nos résultats concordent avec ceux de Le Dantec (15,1%) [3], mais étaient inférieurs au taux de 15 à 40% retrouvés par Darbois, Denax, Dumont et Gui [17,21,24,30].

A partir de 40 ans, un taux plus élevé de césariennes est retrouvé par tous les auteurs ; cette augmentation est plus importante chez les nullipares, mais reste manifeste chez les multipares. Cette augmentation de la fréquence concerne aussi bien les césariennes de principe que les césariennes réalisées en urgence, et est retrouvée pour toutes les indications, y compris la souffrance foetale [53].

L'indication maternelle était la plus fréquemment rencontrée dans le groupe des femmes âgées de notre série (six femmes).

Plusieurs explications sont avancées à propos de la fréquence des césariennes chez les femmes de la quarantaine :

- une des explications serait la détérioration par athérosclérose des fonctions myométriales avec l'âge, examinée par Crawford [15],
- de plus, à 40 ans, la vie reproductive de la femme tend vers sa fin; en conséquence, les complications ultérieures liées à un utérus cicatriciel pèsent moins dans la décision de la voie d'accouchement; ainsi, les indications de césariennes deviennent plus larges [50],
- l'angoisse de l'accoucheur et celle de la parturiente se reflètent dans ces chiffres, et leur fait néglige à tort la morbidité possible de la césarienne [6].

Cependant dans notre étude, on retrouve un lien statistiquement significatif entre la survenue d'une césarienne et l'existence d'un passé obstétrical chargé ($p = 0,07$).

Le risque de survenue d'une césarienne est d'autant plus élevé qu'il existe un passé

obstétrical. Tel est le cas pour Darbois [17] qui retrouve 36 femmes de 40 à 47 ans césarisées ayant eu des antécédents de césariennes.

c) La délivrance et les pathologies de la délivrance

Parmi les femmes âgées de notre étude, seize (16) avaient une délivrance artificielle versus vingt un (21) témoins.

Il n'existe pas de lien statistiquement significatif entre le type de délivrance et l'âge ($p=0,41$).

Contrairement à l'étude de Ziadeh [64] qui retrouvait une fréquence des hémorragies de la délivrance nettement augmentée dans le groupe des multipares âgées par rapport aux jeunes multipares, dans notre étude, il n'existe pas de différence significative entre les taux retrouvés chez les femmes de la quarantaine (1%) et ceux des témoins (2%).

Jolly [37] notait par contre 18% d'hémorragies après 40 ans versus 11,24% entre 20 à 34 ans, ce qui était largement supérieur à nos résultats.

d) Les complications dans les suites de couches

Les complications retrouvées dans nos deux populations d'étude diffèrent complètement.

Pour les femmes de 40 à 47 ans, on avait recensé un cas de coagulation intra vasculaire disséminé par défaut de coagulation, ce qui concorde avec l'étude de Lehmann [42] qui retrouve un risque deux fois plus important d'hémorragie du post partum.

Par contre, le risque infectieux qui est sept plus important dans la population témoin selon Lehmann [42], n'est pas retrouvé chez les femmes de la quarantaine de notre étude, mais plutôt chez les témoins (3%).

IV.5. Nouveau-né

a) Etat à la naissance

L'étude faite à la CGO du CHU Le Dantec en 2002 [3] retrouve 76,3% de nouveau-nés vivants chez les femmes de 40 ans et plus et 23,3% de morts nés frais

et macérés, ce qui est différent aux résultats obtenus dans notre étude où nous avions eu 87% de nouveau-nés vivants contre 13% de nouveau-nés décédés.

Par ailleurs, dans notre série on notait plus de décès chez les nouveau-nés de mères âgées (76,4%) que chez ceux des témoins ($p=0,07$), ce qui concorde parfaitement avec l'étude de Roman [50] qui retrouvait quatre fois plus de mortalité fœtale in utero chez les multipares âgées que chez les multipares témoins ($p<0,001$) [50].

Cependant, dans notre étude, un cas de mort-né frais malformé était recensé chez les femmes de 40 ans et plus, alors qu'à la maternité du CHU Le Dantec [3], aucune malformation fœtale n'était décelée cliniquement chez les nouveau-nés.

Notre taux était probablement sous-estimé car l'autopsie n'était pas systématique.

b) Poids de naissance.

Selon Friede [27] le risque d'avoir un enfant de poids inférieur à 2500 grammes augmentait avec l'âge. Cette proportion qui était de 4,2% entre 25 et 29 ans augmentait de manière significative entre 40 et 49 ans pour atteindre 6,5%.

Ces résultats sont inférieurs à ceux retrouvés dans notre étude (17% chez nos cas versus 16% chez les témoins).

L'étude faite à la CGO en 2002 [3] retrouvait un taux largement supérieur (31,5%).

Pour les macrosomes, notre taux retrouvé (8% chez les cas versus 1% chez les témoins), était supérieur à celui de Friede (5%) [27], mais inférieur à celui de la série de Bâ Guèye qui se chiffre à 31,5% [3].

Dans 75% des cas, les nouveau-nés de mères âgées de 40 à 47 ans de notre série avaient un poids compris entre 2500 et 3900 grammes. Cette proportion est largement supérieure au taux retrouvé à la Clinique Gynécologique et Obstétricale du CHU Le Dantec à Dakar (48,1%) [3].

Ainsi, la plupart des études observaient des poids moyens des nouveau-nés identiques quelque soit l'âge de la mère, mais avec une proportion élevée après 40 ans d'enfants de petits poids de naissance et d'enfants de plus de 4000 grammes, due pour les uns à l'hypertension artérielle et au diabète, ou dans une moindre

mesure à la grande multiparité pour les autres [56]. Par contre, certaines études s'opposent à cette vision [7,28,64].

c) *Le score d'Apgar*

Les publications divergent totalement sur ces points ou ne les mentionnent pas.

Dans notre étude, parmi les nouveau-nés ayant eu un score d'Apgar inférieur à 7 à la première minute, 68% des cas étaient nés de mères âgées de 40 à 47 ans versus 32% nés des témoins.

A la 5^{ème} minute, 10% des nouveau-nés de mères âgées risquaient d'être transférés en soins intensifs dans une unité de néonatalogie (versus 2% chez les témoins).

Ces résultats concordent parfaitement avec l'étude réalisée à l'hôpital Béclère à Paris [5] qui observe une augmentation parallèle du taux d'enfants avec un score d'Apgar inférieur à 7 à la naissance, de l'âge de la mère, et des transferts en unité de soins intensifs, ce qui était contraire à l'étude observé à l'hôpital Boucicaut à Paris [6].

Pour Ziadeh et Bianco par contre, le score d'Apgar à la cinquième minute de vie, meilleur critère prédictif de l'évolution de l'état néonatal, ne présentait pas de différences significatives [8,64].

e) *Sortie du nouveau-né de la maternité*

Dans notre étude, aucun décès néonatal n'avait été répertorié chez les femmes de 40 à 47 ans à la sortie ; par contre dans la série de Bâ Guèye [3], 9% de décès néonataux avaient été recensés cela pourrait s'expliquer par la prise en charge tardive de ces femmes qui pour la plupart venaient de la banlieue contrairement au centre de santé Roi Baudouin où la presque totalité des gestantes habitent dans cette zone.

CONCLUSION

La grossesse et l'accouchement après 40 ans, réputés comme étant à haut risques, sont de plus en plus fréquents. Ainsi, le regard porté par la société sur la maternité évolue considérablement et influence le vécu des femmes.

Notre étude, qui est une étude rétrospective cas-témoins portant sur 100 femmes âgées de 40 à 47 ans versus 100 femmes âgées de 20 à 27 ans ayant accouché au centre de santé Roi Baudouin en 2006, porte tout son intérêt. Son objectif était de dresser le profil épidémiologique de ces femmes âgées, de définir les caractéristiques de la grossesse et de l'accouchement chez les femmes de la quarantaine, et d'évaluer le pronostic materno-fœtal pendant la grossesse et l'accouchement.

Les résultats obtenus à l'issue de ce travail sont les suivants : les multigestes ou grandes multigestes représentaient 92% des femmes âgées avec des extrêmes de 2 et 7 versus 4% pour les témoins qui étaient en majorité des nulligestes, primigestes et paucigestes.

Soixante douze pour cent (72%) des femmes âgées étaient des multipares ou grandes multipares alors qu'aucun témoin ne l'était.

Par ailleurs, 87,5% des femmes ayant des antécédents médicaux étaient âgées de 40 à 47 ans, la quasi-totalité des témoins (95%) ne présentait pas un antécédent médical. Parmi ces femmes âgées, nous avions retrouvé une femme diabétique, trois femmes hypertendues, une femme drépanocytaire et deux cas d'hyperthyroïdie, versus un cas d'infection à VIH chez les témoins. La survenue d'antécédents médicaux n'était pas influencée par l'âge de la patiente ($p=0,14$).

S'agissant des antécédents obstétricaux, nous avions recensé :

- quarante cinq (45) patientes de la quarantaine qui avaient un antécédent d'avortement versus 13 témoins,
- sept (07) femmes de 40 à 47 ans qui avaient un antécédent de mort-né versus 3 témoins.

En ce qui concerne les pathologies rencontrées pendant la grossesse, nous avions trouvé :

- neuf (09) cas d'hypertension artérielle gravidique chez les femmes de 40 à 47 ans versus 8 cas chez les témoins,
- dix sept (17) cas de rupture prématuée des membranes chez ces femmes âgées versus 9 cas chez les femmes de 20 à 27 ans,
- un (01) cas de col pathologique hémorragique et deux cas de placenta praevia hémorragiques chez les femmes de 40 à 47 ans versus aucun cas chez les témoins.

Aucun cas de diabète gestationnel n'a été recensé dans notre étude.

Il n'existe pas de risque statistiquement significatif entre la survenue de maladies pendant la grossesse et l'âge de la patiente ($p = 0,44$).

La grossesse s'était terminée par :

- quatre (04) accouchements prématurés chez les femmes de 40 ans et plus versus 6 cas chez les témoins,
- deux (02) cas d'hématome rétro-placentaire chez ces mêmes femmes versus 1 cas chez les témoins,
- trois (03) cas de prééclampsie chez les femmes âgées versus deux cas chez les témoins,
- deux (2) rétentions d'œuf mort étaient retrouvées chez les cas comme chez les témoins.

L'issue de la grossesse n'était pas influencée par l'âge de la patiente ($p=0,93$).

Soixante onze pour cent (71%) des femmes de la quarantaine avaient une durée de travail court (inférieur ou égal à 6 heures) versus 68% des témoins.

Par contre, pour 39,1% des femmes de 40 à 47 ans, le travail était long (supérieur 6h) versus 60,8% des témoins ; donc, l'âge de la patiente n'influait pas la durée du travail.

En ce qui concerne le mode d'accouchement, nous avions eu :

- 50,8% des femmes de 40 ans et plus avaient accouché par les voies naturelles versus 49,1% témoins,

- 25% des femmes de la quarantaine avaient bénéficié d'une extraction instrumentale (ventouse) versus 75% des témoins (forceps, ventouse),

- 12% de césarienne étaient notés chez les femmes âgées de 40 à 47 ans versus 13% chez les témoins.

Pour la césarienne, l'indication maternelle était la plus fréquemment retrouvée chez ces femmes âgées.

Seize pour cent (16%) des femmes de 40 ans et plus avaient eu une délivrance artificielle versus 21% chez les témoins.

Il n'existe pas de lien statistiquement significatif entre le type de délivrance et l'âge de la patiente ($p=0,42$).

Par ailleurs, un (01) cas d'hémorragie de la délivrance a été retrouvé chez les femmes de 40 ans et plus versus 2 cas chez les témoins.

Il n'existe pas de lien statistiquement significatif entre le type de pathologie de la délivrance et l'âge ($p=0,56$).

Quant aux complications dans les suites de couches, elles étaient rencontrées dans 42,8% des femmes de la quarantaine versus 57,1% chez les témoins ; ainsi, l'âge de la patiente n'influençait pas la survenue de complications dans les suites de couches ($p=0,40$).

La majorité des nouveau-nés de notre étude étaient vivants, normaux et représentaient 91,5% ; cependant, on notait plus de décès chez les nouveau-nés de mères âgées de 40 ans et plus (76,4%) que chez ceux de témoins (23,5%).

Le pourcentage des nouveau-nés de faible poids était identique autant chez les femmes de la quarantaine que chez les témoins. Quant aux macrosomes, ils représentaient 8% chez les femmes âgées contre 1% chez les témoins.

Soixante huit pour cent (68%) des nouveau-nés ayant un score d'Apgar inférieur à 7 à la 1^{ère} minute étaient nés de mères âgées de 40 à 47 ans versus 32% chez les témoins.

A score d'Apgar inférieur à 7, le risque de persistance de la souffrance fœtale était plus élevé chez les nouveau-nés de mères âgées de plus de 40 ans que chez ceux nés des témoins.

Tous les nouveau-nés de mères âgées de 40 à 47 ans étaient sortis vivants de la maternité versus 1 décès néonatal chez les témoins.

Les résultats analytiques ont permis d'établir un lien statistiquement significatif entre l'âge supérieur à 40 ans et certains facteurs comme la gestité, la parité, les antécédents obstétricaux chargés.

Le risque de survenue d'une césarienne est d'autant plus élevé que la femme a un âge avancé ($p=10^{-7}$).

Quant à l'état des nouveau-nés à la naissance, le risque de décès à la naissance était beaucoup plus élevé chez les femmes de plus de 40 ans ($p=0,07$). Il en est de même pour la macrosomie chez les nouveau-nés de mères âgées ($p=0,07$).

Au décours de cette étude, nous recommandons pour les grossesses et accouchements après 40 ans :

- des consultations prénatales précoces, régulières et de qualité (passer de 4 à 8 consultations prénatales),
- un dépistage, par l'interrogatoire, les examens cliniques et paracliniques adaptés d'une pathologie médicale (hypertension artérielle, diabète, dysthyroïdie) ou gynécologique (fibrome utérin),
- la recherche du risque de trisomie 21 avec la mesure de la clarté nucale à l'échographie morphologique systématique et complète à la 22^{ème} semaine d'aménorrhée à la place du tri-test sanguin,
- la réalisation d'une autopsie systématique des mort-nés et un examen anatomo-pathologique du produit d'expulsion des avortements, ce qui pourrait édifier sur les étiologies quant à la fréquence élevée des mort-nés et des avortements spontanés dans cette population,
- la systématisation de l'accouchement assisté en milieu obstétrico-chirurgical chez les femmes de plus de 40 ans.

Par ailleurs, en dépit des risques de complications maternelles et fœtales propres à la grossesse et à l'accouchement chez les femmes de 40 ans et plus décrits dans la littérature, le versant psychologique à savoir le vécu de la grossesse, de l'accouchement et le comportement de l'entourage, ne mérite t-il pas une attention particulière ?

REFERENCES

1. ABUHEIJA A., JALLAD M., ABUTKTEISH F.

Maternal and perinatal outcome of pregnancies after the age of 45.

J. Obstet. Gynaecol. Res, 2000; 26 : 27-30.

2. ACHITE N., PIGNE A.

Fécondité de la femme de la quarantaine : étude épidémiologique.

Reproduction Humaine et Hormones, 1991; 4 (3) : 173-175.

3. BA G.M., FOSTO A., TAHRI L., KPEKPEDE F., FAYE O.,

DIADHIOU F.

Les nouveau - nés de mères âgées de 40 ans et plus, état à la naissance et pronostic : étude prospective menée à la Clinique de Gynécologie et d'Obstétrique du C.H.U A. Le Dantec de Dakar.

Bull.Med.Owendo, 2002; vol 7, n°20 : 63-66.

4. BAUDET J.H., PETER J., EYRAUD et al.

La grossesse après 40 ans.

Gaz. Méd. France, 1981; 33 : 4637- 4640.

5. BELAISCH A. J.

Grossesse et accouchement après 40 ans.

Encycl. Med. Chir., Edition Elsevier ; Gynécologie / Obstétrique,
5 – 016 – B – 10, 2000, 6 p.

6. BELAISCH A. J., LAFAY P.M.C., TAURELLE R.

Les grossesses après 40 ans.

Reproduction Humaine et Hormone, 1991; 4 (3) : 176-180.

7. BERKOWITZ G., SKOWTON M.L., LAPINSKI R.,

BERKOWITZ R.

Delayed childbearing and the outcome of pregnancy.

N. Engl. J. Med., 1990; 322: 659-664.

8. BIANCO A., STONE J., LYNCH L., LAPINSKI R.,

BERKOWITZ R. L

Pregnancy outcome at age 40 and older.

Obstet. Gynecol., 1996; 87 : 917-922.

9. BIGGS J. S.

Pregnancy at 40 years and over.

Med. J. Aust., 1973; 1: 542-545.

10. BOOTH R., WILLIAMS S. G.

Elderly primipravidae.

J. Obstetric. Gynaec. Br. Common W., 1964; 71: 249-254.

11. BOUVIER-COLLE M.H., VARNOUS N.

Les morts maternelles en France.

Paris: Inserm, 1994: 7-22.

12. CHAN B. C., LAO T. T. L.

Influence of parity on the obstetric performance of mothers aged 40 years and above.

Hum. Reprod., 1999; 14 : 833-837.

13. CISSE C.T., BA S. A., NDIAYE M. F., DIOUF B.,

DIADHIOU F., DIOUF S.M., BAO O.

Hypertension artérielle de la femme enceinte en Afrique noire.

Sem. Hop. Paris, 1995; 71 (5-6) : 167-177.

14. CNATTINGIUS S., FORMAN M. R., BERENDES H.W et al.

Effect of age, parity and smoking on pregnancy outcome a population-based study.

Am. J. Obstet. Gynecol., 1993; 168 : 16 – 21.

15. CRAWFORD B.S., DAVIS J., HARRIGILL K.

Uterine artery atherosclerotic disease : histologic features and clinical correlation.

Obstet. Gynecol., 1997; 90 : 210-215.

16. DARBOIS Y., BOULANGER M. C.

Les grossesses survenant après 40 ans sont elles à haut risque ?

Rev. Fr. Gynécol. Obstét., 1990; 85 : 158-160.

17. DARBOIS Y., LEFEBVRE G., GAUTHIER D., CAMUS M.

La grossesse après 40 ans n'est plus une grossesse à haut risque.

Revue Praticien, 1987; 37 : 481-487.

18. DEDECKER F., GRAESSLIN O., CECCALDI P.

Grossesses rapprochées : facteurs de risque et conséquences périnatales.

J. Gynécol. Obstét. Reprod., 2006; vol 35, N°1 : 28-34.

19. DE LEE J.B., GREENHILL J.P.

Principles and practice of obstetrics.

W B Saunders Company, Ed., Philadelphia, 1947.

20. DE TOURRIS H., MAGNIN G., PIERRE F.

Gynécologie et Obstétrique.

Masson, Paris, 7^{ème} édition, 2000.

21. DENAX A., GACHE F., MAUTALEN M. et al.

Grossesse et accouchement après 40 ans.

J. Gynécol. Obstét. Biol. Reprod., 1989; 18 : 213 – 221.

22. DUFOUR P., HAENTJENS K., VINATIER D., SUBTIL D. et al.

La grossesse après 40 ans : Aspect socio – culturel et données épidémiologiques. Revue de la littérature : à propos de 576 observations.

Revue Française Gynécol. Obstét., 1997; vol. 92, N° 1 : 5-16.

23. DULITZKI M., SORIANO D., SCHIFFE et al.

Effect of very advanced maternal age on pregnancy outcome and rate of cesarean delivery.

Obstet. Gynecol., 1998; 92 : 935 – 939.

24. EDGE V., LAROS R. K.

Pregnancy outcome in nulliparous women 35 years or older.

Am. J. Obstet. Gynecol., 1993; 168 : 1881-5.

25. FABRICE P., BERTRAND J.

L'influence de l'âge naturel.

Momento Obstétrique, 2^e édition, 2000 : 290-391.

26. FRETT S.R.C., SLHMITTEL J., MCLEAN F.H., ET AL.

Increased maternal age and the risk of fetal death.

N. Engl. J. Med., 1995; 333 : 952-7.

27. FRIEDE A., BAKDWIN W., RHODES P. et al.

Older maternal age and infant mortality in the United States.

Obstet. Gynécol., 1988; 72 : 152-157.

28. GILBERT W., NESBITT T., DANIELSEN B.

Childbearing beyond age 40 pregnancy outcome in 24 032 cases.

Obstet. Gynecol., 1999; 93 : 9 – 14.

29. GRIMES D., GROSS G.

Pregnancy outcomes in black women aged 35 and older.

Obstet. Gynecol., 1981; 58 : 614-620.

30. GUI M.

Problèmes posés par la grossesse après 40 ans.

Thèse Médecine, Besançon, 1979.

31. HANSEN J.

Older maternal age and pregnancy outcome : a review of literature.

Obstet Gynecol. Surv., 1986; 41: 726 – 742.

32. HAY S., BARBANO H.

Independent effects of maternal age and birth order on the incidence of selected congenital malformations.

Teratology, 1972; 6 : 271-279.

33. HECHT C. A., HOOK E. B.

The imprecision in rates of Down syndrom by 1 year maternal age intervals : a critical analysis of rates used in biochemical screening.
Prenat. Diagn., 1994; 14 : 729-738.

34. INSTITUT NATIONAL D'ETUDES DEMOGRAPHIQUES (INED)

Rapport sur la situation démographique en France, 1991-1992.

35. INSTITUT NATIONAL DE LA STATISTIQUE ET DES ETUDES ECONOMIQUES (INSEE)

La situation démographique en 1989-1991:75-110.

36. ISRAEL S. L., DEUTSCHBERGER J.

Relation of the mother's age to obstetric performance.

Obstet. Gynecol., 1964; 24 : 411 – 417.

37. JOLLY M., SEBIRE N., HARRIS J. et al.

The risks associated with pregnancy in women aged 35 years or older.

Human Reprod., 2000; 15 : 243 – 317.

38. KUSHNER D. H.

The frequency and fate of pregnancy after age 45.

Med. Ann. DC., 1974; 43 : 491-492.

39. LANKOANDE J., ZONGO J. F., AKOTIONGA M. et al.

La grossesse et l'accouchement chez la femme de 40 ans et plus :
évolution et pronostic maternel.

Journées de Gynécologie-Obstétrique de Bamako, Mali, 1994.

40. LANSAC J., BERGER C., MAGNIN G. et al.

Les facteurs de risque en obstétrique (stérilité).

Obstétrique pour le praticien, Paris : SIMEP, 1986; 821 - 22.

41. LAVIGNASSE A., LINET T.

La grossesse après 40 ans au CHU de Nantes : aspect médicaux et psychologiques.

Mémoire de Diplôme d'Etat de Sage-Femme, 2002 – 2006.

42. LEHMANN D., CHISM J.

Pregnancy outcome in medically complicated and uncomplicated patients aged 40 years or old.

J. Obstet. Gynecol., 1987; 157,3 : 742-788.

43. MAHON R., FAUGERE G.

Les primipares de plus de 40 ans.

Revue Française Gynécol. Obstét., 1965; 78 : 145 – 149.

44. MAILLET R., SCHAAAL J. P., COLETTE C.

La grossesse après 40 ans, 631 observations.

Entretiens de Bichat, Chirurgie spécialités, 1985 : 201-203.

45. MANDELBROT L.

Prévention du risque périnatal et des handicaps ultérieurs.

Traité de Médecine, 4^e édition, tome2 : 2107; tableau 570-I, 570-II.

46. MERGER R., LEVY J., MELCHIOR J.

Précis d'obstétrique.

Masson, 5^{ème} édition, Paris, 1985 : 94 -715.

47. MOREAU J.C., DIADHIOU F., DIOUF S., BAO O., CISSE C.T.

HTA et grossesse.

Forum Médical spécial HTA, 1995; (7) : 21 – 23.

48. MORRISON J.

The elderly primigravida.

Am. J. Obstet. Gynecol., 1975; 121 : 465-470.

49. ROCHAT R.,

Maternal mortality in United States of América.

World Health Stat., 1981; 34 : 2 – 13.

50. ROMAN H., ROBILLARD P. Y., JULIEN C., KAUFFMANN E. et al.

Grossesse chez 382 femmes de plus de 40 ans : étude rétrospective dans la population de l'île de La Réunion.

J. Gynecol. Obstet. Biol. Reprod., 2004; vol 33, n° 7 : 615 – 622.

51. ROMITO P.

Etude psychosociale de l'expérience de la maternité et de la dépression

du post partum.

La naissance du 1^{er} enfant, 4^{ème} édition, Paris, chap. 6 : 128.

52. SCHMAKTO J.

L'accouchement prématuré en 1970 à l'hôpital Larboisière.

Thèse de Médecine, Paris 1972.

53. SEOUD M., NASSAR A., USTA I., et al.

Impact of advanced maternel age on pregnancy outcome.

Am. J. Perinatol., 2002; 19 : 1 – 8.

54. SIFROI J.P., MOLINE G.D.

Le point sur le diagnostic prénatal des anomalies chromosomiques.

Reproduction Humaine et Hormones, 1991; 4 (3) : 185 – 188.

55. SPELLACY W.N., MILLER S.J.W.

Pregnancy after 40 years of age.

Obstetric. Gynecol., 1986; 68 : 452- 454.

56. TABASTE J. L., DENAX A.

La grossesse et l'accouchement après 40 ans.

Encycl. Med. Chir. Edition Elsvier; Gynecologie / Obstétrique,

5 – 016-B-10, 1991, 4 p.

57. TARIN J.J., BRINES J., CANO

A long-term effects of delayed parenthood.

Hum. Reprod., 1998; 13: 2371 – 2376.

58. TEBEU P.M., MAJOR A. L., LUDICKE F., OBAMA M. T.,

KOUAM L., DOH A. S.

Devenir de l'accouchement aux âges extrêmes de la vie reproductive.

Revue Médicale de Liège, 2004; vol. 59 N°7 – 8 : 455 – 459.

59. THOULON J. M.

Le conseil préconceptionnel et le diagnostic anténatal chez la femme de 40 ans.

Rev. Fr. Gynécol. Obstét., 1989; 84 : 865-867.

60. TUCK R., YUDKING P., TURNBUL L.

Pregnancy outcome in elderly primigravidae with and without a history of infertility.

J. Obstet. Gynaec., 1988; 95 : 230 – 237.

61. TULASINE G.

Primipare âgée, grossesse et accouchement à la maternité de l'hôpital Bichat.

Thèse Médecine, Paris, 1974.

62. WARBUTTON D., KLINE J., STEIN Z., STROBINO B.

Cytogenetic abnormalities in spontaneous abortions of recognised conceptions. In : Porter H Willey A eds Perinatal Genetics : diagnosis and treatment.

New York : Academic Press, 1993; p 133.

63. YASIN S., BEYDOUN S.

Pregnancy outcome at a 20 weeks gestation in women in their 40'S
A case control study.

J. Reprod. Med., 1988; 33 : 209 – 213.

64. ZIADEH S., YAHAYA A.

Pregnancy outcome at age 40 and older.

Arch. Gynecol. Obstet., 2001 Mars; 265 (1) : 30 – 33.

65. BLONDEL B., SUPERNANT K., DU MAZAUBRUN C., BREART G.

Enquête Nationale Périnatale 2003

Disponible sur :

http://www.sante.gouv.fr/htm/dossiers/perinat03/enquete.pdf*

66. Les cartes détaillées du Sénégal.

Au Sénégal.com [en ligne]; direction des travaux géographiques et cartographiques [consulté 13 juillet 2007].

Disponible sur :

<http://www.au.senegal.com>.



ANNEXES

FICHE DE COLLECTE DE DONNEES

N° Dossier

Cas (40 à 47 ans et plus) 1

Témoins (20 à 27 ans) 2

I. Caractéristiques socio-démographiques

- Âge
- Parité
- Niveau d'instruction : primaire 1, secondaire 2, universitaire 3, sans 4, école coranique 5
- Profession : sans 1, salariée 2, profession libérale 3
- Statut matrimonial : mariée 1, célibataire 2, divorcée 3, veuve 4, concubinage 5
- Age du conjoint
- Profession du conjoint : sans 1, salarié 2, profession libérale 3, retraité 4
- Mode d'admission : évacuée 1, adressée par un personnel de santé 2, venue d'elle-même 3
- Intervalle intergénésique : inférieur à 2 ans 1, entre 2 et 3 ans 2, 3 ans et plus 3
- Issue de la dernière grossesse : avortement 1, ROM 2, enfant décédé quand 3, enfant vivant 4

II. ANTECEDENTS

- Médicaux : HTA 1, diabète 2, drépanocytose 3, hyperthyroïdie 4
- Chirurgicaux : césarienne 1, laparotomie pour GEU 2,
- Obstétricaux : Avortement 1, ROM 2, accouchement prématuré 3
accouchement dystocique 4, MNE 5, avortement + ROM 6
avortement+MNE 7, avortement+accouchement prématuré 8,
prise antérieure de contraception 9
 - entre la dernière grossesse et celle-ci (nature)
 - a pris mais ne se rappelle pas
 - jamais pris

III. GROSSESSE ACTUELLE

- Nombre de CPN
- Lieu de CPN : hôpital 1, centre de santé 2, poste de santé 3, case de santé 4, cabinet privé 5
- Maladies pendant la grossesse : aucune 1, HTA 2, diabète 3, hydramnios 4, grossesse gémellaire 5, RPM 6, anomalie de présentation 7, anémie 8, dénutrition 9, paludisme 10, HTA+GG+paludisme 11, fissure haute 12, HTA+RPM 13, GG+RPM 14, RPM+oligoamnios 15, PP hémorragique 16, HTA+GG 17, col pathologique hémorragique 18
- Issue de la grossesse : avortement 1, accouchement prématuré 2, ROM 3, HRP 4, éclampsie 5, accouchement à terme 6, prééclampsie 7, césarienne 8, accouchement prématuré + éclampsie ou HRP + accouchement prématuré ou HRP + prééclampsie + ROM 9

IV. ACCOUCHEMENT

- Type de grossesse : grossesse unique 1, grossesse multiple 2
- Lieu : dans le service 1, à domicile 2
- Durée du travail : inférieur à 2h 1, 2h – 4h 2, 4h – 6h 3, supérieur à 6h 3
- Présentation : sommet 1, siège 2, transversale 3, autres 4
- Accouchement : naturel 1
 - forceps 2 : de Tarnier ou de Pajot
 - ventouse 3
- césarienne : causes fœtales 4, causes foeto-maternelles 5, causes maternelles 6

DELIVRANCE : naturelle 1, artificielle 2, dirigée 3

PATHOLOGIE DELIVRANCE : non hémorragique 1, hémorragie 2

DUREE SEJOUR HOSPITALIER : 1-3 jours 1, 4 -6 jours 2, 7-9 jours 3,

Supérieur ou égal à 10 jours 4

COMPLICATIONS SUITES DE COUCHES OU SUITES OPERATOIRES:

endométrite 1, péritonite 2, lâchage pariétal 3, oligurie 4,

infection puerpérale 5, poussée hypertensive 6, CIVD 7,

ascite 8

SORTIE DE LA MERE :

- Etat : vivante 1

décédée 2

- ✓ cause du décès : AVC 1, HRP + coagulopathie 2, éclampsie 3,
infection 4,
- ✓ autopsie : faite 1, non faite

V. NOUVEAU – NE

- Etat nouveau-né à la naissance : vivant et normal 1, vivant et malformé 2,

mort-né frais 3, mort-né macéré 4,

mort-né frais malformé 5,

mort-né macéré malformé 6,

décédé quelques heures et malformé 7,

- Poids du nouveau-né à la naissance : 2500 grs 1, entre 2500 et 3000 grs 2,

3000 grs et 3999 grs 3,

supérieur ou égal à 4000 grs 4

- Apgar à la naissance : à la première minute , à la 5^{ème} minute

- Séjour nouveau-né à la maternité : 1 à 3 jours 1, 4 à 6 jours 2, 7 à 9 jours 3,

supérieur ou égal à 10 jours

- Sortie nouveau-né de la maternité

- état : vivant 1, décédé 2

- délai de décès

- cause de décès : hémorragie 1, infection néonatale 2, prématuroté 3,
ictère 4, autres 5
- autopsie : non faite 1, faite 2

IV. VISITE POST-PARTUM IMMEDIAT

- Contraception avant sortie: ligature de trompes 1, Norplant* 2, injectable 3,
non 4, ligature et section des trompes 5
- Contraception envisagée avec consultation externe dans le post-partum éloigné :
oui 1, non 2