

GROSSESSES ET ACCOUCHEMENTS CHEZ LES FEMMES DE 40 ANS ET PLUS AU CENTRE DE SANTE DE REFERENCE DE LA COMMUNE II DU DISTRICT DE BAMAKO, MALI.

Pregnancy and delivery for women aged 40 years and over at the reference health center of commune II of Bamako district, Mali.

Dao SZ¹, Konaté S¹, Traoré BA¹, Sidibé K¹, Samaké GM¹, Bocoum A², Coulibaly A³, Traoré MS³, Ongoiba I³, Sima M³, Kanté I³, Diarra I⁴, Fané S², Traoré Y², Sy AS¹, Dolo A².

1-Service de gynécologie obstétrique du centre de santé de référence de la commune II de Bamako, Mali ; 2-Service de gynécologie obstétrique du CHU Gabriel TOURE de Bamako, Mali ; 3-Service de gynécologie obstétrique du CHU du Point G de Bamako, Mali ; 4-Centre de santé de référence de Mopti, Mali

Correspondance : Dr Seydou Z DAO, gynécologue obstétricien, chargé de recherche au centre de santé de référence de la commune II du district de Bamako, Tél:(00223) 76 48 89 29, (00223) 63 54 55 60 ; E-mail : seydouzd@yahoo.fr

RESUME :

But : Le but de cette étude était de comparer le pronostic materno-fœtal des grossesses chez les patientes de 40 ans et plus à celui des grossesses conçues avant 40 ans dans le service de gynécologie obstétrique du centre de santé de référence de la commune II de Bamako. **Matériels et Méthodes :** Il s'agissait d'une étude prospective de Cohorte qui s'est déroulée à la maternité du Centre de Santé de Référence de la Commune II du 1^{er} janvier au 31 décembre 2012. Ont été incluses dans notre étude comme patientes exposées toutes les gestantes de 40 ans et plus et comme patientes non exposées les gestantes de 20-39 ans ayant accouchées dans notre service. N'ont pas été retenues dans cette étude, les grossesses chez les adolescentes. Les tests statistiques utilisés ont été le Khi2 de Pearson et le test de Fisher avec un seuil de significativité à 5%. **Résultats :** La fréquence de la grossesse chez les femmes de 40 ans et plus était de 1,68%. Il s'agissait de grandes multipares non scolarisées dans 60% des cas, présentant une HTA dans 6,7% des cas. La grossesse chez ces patientes a été associée à un taux élevé de césarienne dans 16,7% des cas, de dépassement de terme dans 6,7% des cas, de présentation du siège dans 6,7% des cas, de macrosomie dans 6,7% des cas et de malformation fœtale dans 1,7% des cas. **Conclusion :** Compte tenu de ses nombreuses complications materno-fœtales, les grossesses chez les femmes de 40 ans et plus méritent une attention particulière.

Mots clés : grossesse, femmes âgées, complications, pronostic

ABSTRACT

Goal: The aim of this study was to compare the maternal-fetal prognosis of pregnancies at 40 years of age and above with that of pregnancies obtained before 40 years of age in the obstetric gynecology department of the reference health center of commune II of Bamako district. **Materials and Methods:** This was a prospective cohort study that was conducted at the maternity ward of Reference Health Center of Commune II of Bamako district from 1st January to 31 December 2012. Were included in our study as patients exposed, all the pregnant women of 40 years and over and as unexposed patients, pregnant women aged 20-39 who gave birth in our service. Teenage pregnancies were not included in this study. The statistical tests used were Pearson's Khi2 and Fisher's test with a significance level of 5%. **Results:** The frequency of pregnancy among women aged 40 and over was 1.68%. These were large multiparas unschooled patients in 60% of cases, with hypertension in 6.7% of cases. Pregnancy in her patients was associated with a high rate of caesarean section in 16.7% of cases, term overrun in 6.7% of cases, seat presentation in 6.7% of cases, macrosomia in 6.7% of cases and fetal malformation in 1.7% of cases. **Conclusion:** Slight account of its many maternal-fetal complications, pregnancies in women 40 years and older deserve special attention. **Key words:** pregnancy, elderly women, complications, prognosis.

INTRODUCTION

Les grossesses tardives sont des grossesses qui surviennent à un âge supérieur ou égal à 35 ans [1]. Les grossesses chez les femmes de 40 ans et plus sont de plus en plus fréquentes dans le monde. Les progrès de la procréation médicalement assistée, le mariage tardif, la poursuite d'études longues, l'importance accordée aux carrières professionnelles et une seconde union avec désir d'enfant avec le nouveau partenaire sont autant de facteurs qui expliquent ces grossesses tardives [2].

Cependant il est intéressant de noter que les femmes de 35 ans et plus (elderly gravidas des

anglo-saxons) étaient initialement considérées comme des gestantes âgées, puis avec le recul de l'âge de la maternité, cette terminologie s'adresse beaucoup plus de nos jours aux femmes de 40 ans et plus. Lorsque la grossesse survient après 45ans, on parle désormais d'âge maternel très avancé (very advanced maternal age) [3].

Les grossesses tardives englobent 2 entités. Il peut s'agir de primigestes qui ont eu des difficultés à concevoir ou qui ont retardé leur

première grossesse pour diverses raisons. Cette situation se rencontre fréquemment dans les pays développés. En Afrique et plus particulièrement au Mali, il s'agit le plus souvent de grandes multipares [2]. Quelque soit la parité, elles constituent un facteur de risque important de mortalité maternelle et périnatale à cause de ses nombreuses complications. Elles sont le plus souvent associées à l'HTA, au diabète, au placenta prævia, à la rupture utérine, à l'hémorragie de la délivrance et à un risque élevé de malformation fœtale [1]. Plusieurs études se sont déjà penchées sur le sujet aux USA, en Europe et en Asie. Les prévalences oscillent entre 0,3 % et 11,6 % dans le monde. Au Benin, Cissé MI [4] a rapporté 1,2% d'accouchement chez les femmes de 40 ans et plus.

Au Mali, peu d'étude a été consacrée à cette entité. Koné A [5] en 2002, a noté 2,75% d'accouchements chez les femmes de 40 ans et plus à l'hôpital du Point G. L'absence de données sur cette question au centre de santé de référence de la commune II de Bamako nous a amené à initier ce travail.

MATERIELS ET METHODES

Il s'agissait d'une étude prospective de Cohorte allant du 1^{er} janvier au 31 décembre 2012 dans le service de gynécologie obstétrique du Centre de Santé de Référence de la Commune II. La population d'étude était constituée par l'ensemble des femmes enceintes admises et prises en charge dans notre service pendant la période d'étude. Ont été incluses dans notre étude comme patientes exposées, toutes les gestantes de 40 ans et plus et comme patientes non exposées les gestantes de 20-39 ans ayant accouchées dans notre service. N'ont pas été retenues dans cette étude, les grossesses chez les adolescentes. L'appariement a été fait en raison d'une patiente exposée pour deux patientes non exposées. Les tests statistiques utilisés ont été le Khi2 de Pearson et le test de Fisher avec un seuil de significativité à 5%.

RESULTATS

Du 1^{er} janvier au 31 décembre 2012, nous avons recensé 60 accouchements chez les patientes de 40 ans et plus sur un total de 3562 accouchements. La fréquence des

accouchements à 40 ans et plus a été de 1,68%. Nous avons ainsi apparié ces 60 patientes de 40 ans et plus avec 120 patientes de 20-39 ans. L'âge moyen des patientes de 40 ans et plus était de 41 ans avec des extrêmes de 40 et 48 ans. Chez les patientes non exposées, il était de 26 ans avec des extrêmes de 20 et 39 ans et la tranche d'âge de 25-29 ans avec 36,7% était la plus représentée. Plus de la moitié (60%) des patientes de 40 ans et plus n'étaient pas scolarisées contre 48,3% chez les patientes non exposées. Les femmes aux foyers étaient les plus représentées avec 68,3% chez les patientes de 40 ans et plus contre 64,2% chez les patientes non exposées (P=0,579). Les conjoints des patientes de 40 ans et plus étaient à majorité des commerçants avec 31,7% contre 24,2% pour les patientes non exposées (P=0,283) tandis que ceux des patientes non exposées étaient à majorité des fonctionnaires avec 36% contre 20% pour les patientes exposées (P=0,152). Plus d'une patiente sur trois de 40 ans et plus étaient des grandes multigestes alors qu'il s'agissait de paucigestes chez les patientes non exposées avec une différence significative (P=10⁻⁷). L'avortement spontané a été retrouvé chez 15% des patientes exposées contre 11,7% chez les patientes non exposées (P=0,527). Les grossesses n'étaient pas suivies dans 11,7% chez les patientes de 40 ans et plus contre 5,8% chez les patientes non exposées. L'HTA a été la pathologie médicale la plus rencontrée avec 6,7% chez les patientes exposées contre 2,5% chez les patientes non exposées (P=0,172). Le dépassement de terme a été retrouvé chez 6,7% des patientes exposées avec une différence statistiquement significative (P=0,0115). La présentation du siège était de 6,7% chez les patientes exposées contre 0,8% chez les patientes non exposées avec une différence significative (P=0,042). Le taux de césarienne a été plus élevé chez les patientes exposées que chez les patientes non exposées soit respectivement 16,7% contre 5,8% (P=0,019). La malformation était plus fréquente chez les patientes exposées que chez les patientes non exposées soit respectivement 1,7% contre 0,9% (P=0,291).

Tableau I : répartition des nouveau-nés en fonction de leurs scores d'Apgar à la 1^{ère} minute

Apgar	Age	≥40 ans		20 à 39 ans		RR	IC	P
		Effectif	%	Effectif	%			
0 à 3		1	1,7	0	0	-		
4 à 7		1	1,7	2	1,4	-		
8 à 10		58	96,7	121	98,4	0,98	[0,93.-1,04]	0,493
Total		60	100	123*	100	-		

*3 grossesses gémellaires

L'âge ne semble pas avoir un impact sur l'Apgar des nouveau-nés à la première minute car il était supérieur à 8/10 chez 96,7% des patientes exposées contre 98,4% chez les patientes non exposées (P=0,493).

Tableau II : répartition des nouveaux nés selon leurs poids à la naissance

POIDS(g)	≥ 40 ans		20 à 39 ans		RR	IC	P
	Effectif	%	Effectif	%			
<2500	5	8,3	16	12	0,70	[0,26-1,04]	0,459
] 2500 à 4000 [51	85	104	85,5	0,99	[0,87-1,13]	0,933
≥ 4000	4	6,7	3	2,6	2,60 11,24]	[0,60-	0,184
Total	60	100	123	100	-		

La macrosomie était plus fréquente chez les patientes exposées que chez les patientes non exposées avec respectivement 6,7% contre 2,6% (P=0,184).

DISCUSSION

La fréquence des accouchements chez les patientes âgées de 40 ans et plus était de 1,68% dans notre étude. Dans la littérature des taux presque similaires sont rapportés par plusieurs auteurs [5, 6, 7, 8]. Ce faible taux peut s'expliquer par une baisse naturelle de la fécondité à cette période de la vie génitale en rapport probablement avec les troubles de l'ovulation.

La majorité de nos patientes soit 86,7%, étaient dans la tranche d'âge de 40-44 ans. Il s'agissait de patientes non scolarisées dans 60% des cas contre 48,3% chez les patientes de moins de 40 ans, femmes aux foyers dans 68,3% des cas contre 64,2% chez les patientes non exposées, mariées à des commerçants dans 31,7% contre 24,2% pour les patientes non exposées. Tous ces facteurs prédisposent ces patientes à des grossesses tardives.

Les grandes multipares étaient les plus fréquentes avec 60% chez les exposées contre 13,3% chez les patientes non exposées (P=10⁻⁷). La fréquence élevée des grandes multipares dans notre étude est en conformité avec l'EDS V Mali 2012-2013, qui a noté que l'indice de fécondité était très élevé avec 6.1 enfants par femme. La majorité des femmes ne

cessent de procréer de la puberté à la ménopause. Cela s'explique en partie par une faible adhésion de la population malienne à la planification familiale. Les mêmes constats ont été faits par d'autres auteurs [5, 6], qui ont rapporté respectivement 65,4% (contre 10,7% chez les témoins) et 86,3% (contre 18% chez les témoins). Cette mentalité pro-nataliste explique aussi le nombre réduit de nullipare chez les patientes de 40 ans et plus avec 1,7% contre 20% chez les patientes non exposées. Mais le taux de nullipare serait en légère hausse dans les pays développés. Ce phénomène serait lié à un changement de

mode de vie de ces femmes et aux progrès de la médecine [9]. Nous avons enregistré 15% d'antécédent d'avortements spontanés chez les patientes de 40 ans et plus contre 11,7% chez les patientes non exposées (P=0,527). Des taux légèrement plus élevés ont été rapportés par certains auteurs [5, 6] avec respectivement 13,5% et 24%. Les aberrations chromosomiques, le déséquilibre hormonal et les altérations de la qualité de la muqueuse utérine ainsi que les pathologies associées peuvent expliquer la fréquence élevée des avortements spontanés chez ces patientes. Les

patientes de 40 ans et plus ont fait moins de CPN que celles de moins de 40 ans avec respectivement 11,7% et 5,8% mais la différence n'était pas significative. Dans la littérature Asma J [10] a rapporté un taux de 13% de grossesses tardives non suivies. Ce mauvais suivi des grossesses chez les patientes âgées de 40 ans et plus pourrait s'expliquer dans notre contexte par le fait que ces gestantes se croient plus expérimentées et accordent moins d'importances aux CPN ou se gênent à aller à la CPN.

L'HTA a été la pathologie médicale la plus rencontrée avec 6,7% des cas contre 2,5% chez les patientes non exposées mais la différence n'était pas significative. Dans la littérature, de nombreux auteurs rapportent des taux presque similaires [11, 12, 13]. Le placenta prævia a été rencontré uniquement chez les patientes âgées de 40 ans et plus avec un taux de 1,7%. Dans la littérature, l'association des utilisateurs de dossiers informatisés en [pédiatrie](#), [obstétrique](#) et [gynécologie](#) (AUDIPOG) [14] a rapporté 0,82% de placenta prævia hémorragique entre 40-50 ans contre 0,41% entre 20-35 ans. Quant à Zongo G [6], il a noté 4,95% de placenta prævia chez les parturientes âgées contre 2,64% chez les témoins. Cette insertion pathologique du placenta peut s'expliquer par l'altération de la muqueuse utérine due à la grande multiparité et les cicatrices utérines. Nous avons noté 6,7% de dépassement de terme chez les patientes de 40 ans et plus et aucune chez les patientes non exposées. Le dépassement de terme s'expliquerait par une diminution de la sensibilité myométriale aux hormones avec l'âge, mais aussi par un remplacement progressif des fibres myométriales par du tissu collagène sécrétant moins de prostaglandine au terme de la grossesse pour le déclenchement du travail. Les présentations anormales rencontrées ont été la présentation du siège avec 6,7% chez les patientes de 40 ans et plus contre 0,8% chez les patientes non exposées et la présentation de l'épaule avec 1,7%. Dans la littérature, l'AUDIPOG [14] a obtenu 7,6% de présentation non céphalique chez les patientes de 40 ans et plus et 5% entre 20-34 ans. Quant à Asma J et al [15], ils ont rapporté 4,8% de présentation du siège à 40 ans et plus contre 1,7% entre 20-39 ans. Cette augmentation du taux de présentation dystocique avec l'âge pourrait s'expliquer par l'atonie utérine chez les multipares, l'augmentation du poids fœtal avec la parité, l'hydramnios ou l'oligo-amnios provoqué par les pathologies les plus fréquentes avec l'âge (HTA, diabète) et le placenta prævia.

La voie basse a été la voie d'accouchement la plus fréquente dans notre étude, mais le taux de césarienne est trois fois plus élevé chez les patientes exposées soit 16,7% contre 5,8% chez les patientes non exposées avec une

différence statistiquement significative. Notre taux est nettement inférieur à ceux trouvés dans la littérature. Ainsi Bianco A et al [11] ont obtenu 25% chez les multipares âgées de 40 ans et plus contre 9% chez les témoins. Gilbert W M et al [13] ont obtenu 30% de césariennes chez les patientes âgées de 40 ans et plus contre 18% chez les témoins et Asma J [10] a rapporté 25,7% de césariennes chez les parturientes âgées de 40 ans et plus contre 14% chez les témoins. Les causes permettant d'expliquer ce taux élevé de césariennes chez les femmes de 40 ans et plus sont multiples parmi lesquelles on peut citer les antécédents de césarienne, les pathologies gravidiques, les anomalies de présentation, la macrosomie etc. Nous avons enregistré chez les patientes de 40 ans et plus, 59 nouveau-nés et un mort-né tous issus de grossesse mono-fœtale. Quant aux patientes non exposées, nous avons enregistré 123 nouveau-nés dont 3 cas d'accouchements gémellaires. Dans la littérature Jacobsson B [12] a obtenu 3% de grossesses multiples chez des patientes de 40 ans et plus contre 2,15% chez celles de moins de 30 ans, mais l'AUDIPOG [14] ne trouve pas de relation entre les grossesses multiples et l'âge. Le pronostic fœtal était bon dans notre étude. Selon l'AUDIPOG [14] il n'y a pas une différence significative entre l'Apgar chez les nouveau-nés des patientes âgées et des parturientes jeunes. La majorité des nouveau-nés avait un poids normal soit 85% chez les patientes de 40 ans et plus contre 85,5% chez les patientes non exposées. L'âge ne semble pas avoir un impact majeur sur le poids des nouveau-nés dans notre étude. Les macrosomes étaient plus fréquents chez les patientes exposées que chez les patientes non exposées avec 6,7% contre 2,6% mais la différence n'était pas significative. Dans la littérature cette macrosomie est retrouvée par Asma J et al [10] dans 18% chez les patientes âgées contre 12% chez les patientes de moins de 40 ans. L'AUDIPOG [14] a obtenu 1,6% de macrosomies chez les multipares âgées contre 1,2% chez les multipares jeunes. Ce taux élevé de macrosomie fœtale chez les patientes de 40 ans et plus peut s'expliquer par le nombre élevé de dépassement de terme et la multiparité. Nous avons enregistré un cas de bec de lièvre chez les patientes de 40 ans et plus et un cas de polymalformation chez les patientes non exposées. Dans la littérature certains auteurs notent une augmentation des malformations fœtales avec l'âge. Hollier LM [16] a obtenu 3,5% de malformations fœtales vers 20 ans et 5% au delà de 40 ans. Par contre le réseau sentinelle de l'AUDIPOG [14] en France ne trouve pas de différence.

CONCLUSION

Les grossesses tardives bien que rares comportent de nombreuses complica-

tions comme l'HTA, les malformations fœtales. Elles sont aussi associées à des taux plus élevés de césarienne, de macrosomie et de multiparité. Les patientes doivent bénéficier d'une information précise et d'un suivi médical et obstétrical attentif pour mener à bien un tel projet. Mais il convient d'encourager la grossesse chez les femmes avant 35 ans pour anticiper sur l'infécondité naturelle et éviter le risque de complications encourues après cet âge.

REFERENCES

1. Martin A, Maillot R. Les grossesses après 40 ans. Extrait des mises à jour en gynécologie et obstétrique. Tome XXIX, publié le 30-11-2005 :92-65
2. D'Ercole C, Bretelle R, Shozai R, Boublil L. La grossesse et ses risques en période de préménopause au cours de la 5^e décennie. Rev fr Gynecol Obstet 1990 ; 85 :158-60
3. Belaisch-Allart J. Grossesse et Accouchement après 40 ans, Encyclopédie médico-chirurgicale 5-016-B-10
4. Cissé MI. Grossesse et accouchement après 40 ans. Thèse Méd Cotonou ; 2000 ; N°907
5. Koné A. La grossesse et l'accouchement chez la femme de 40ans et plus à l'hôpital du Point « G ». Thèse méd, Bamako 2002 ; N°2
6. Zongo G. Grossesse et accouchement chez les femmes de 40 ans et plus. Thèse méd, Burkina Faso 1993 ; N°24
7. Dufour PH, Haentjens K, Vinaters D, Subtil D, Puech F, Codaccionix B, Monnier JC. L'accouchement chez les femmes de plus de 40 ans. Revue de la littérature à propos de 576 observations. Revue française de gynécologie-obstétrique 1997 : 92-1
8. Mutombo T. La gravido-puerpéralité chez les femmes âgées de 40 ans et plus. Thèse méd, Cotonou 1984 ; N°209
9. Tabaste J, Denaxa L. Grossesse et accouchement après 40 ans. E.M.C Obstétrique 1991, 62, N°103, 5016, B10 ; 4p.
10. Asma J, Anis F, Anis C, Fethi Z. Particularité de la grossesse et de l'accouchement chez les femmes de 40 ans et plus : à propos de 300 cas. Tunisie médicale 2010: vol 88 N° 011:829-833
11. Bianco A, Stone J, Lynch L, Lapinski R, Berkowitz G. Pregnancy outcome at age 40 and older. Obstet Gynecol 1996; 87:917-922.
12. Jacobsson B, Ladfors L, Milsom I. Advanced maternal age and adverse perinatal outcome. Obstet Gynecol 2004; 104:727-733.
13. Gilbert W.M, Nesbitt T. S, Danielson B. Childbearing beyond age 40. Pregnancy outcome in 24032 cases. Obstet Gynecol 1999 ; 93 : 9-14
14. AUDIPOG. Indicateurs de santé périnatale de 1994 à 2003-[http:// audipog. Inserm.Fr](http://audipog.inserm.fr).
15. Jonas O, Chan A, Roder E. Pregnancy and delivery in woman aged 40 and over Obstet-Gynecol., 1978, 51: 47-51
16. Hollier LM, Loven KJ, Kelly MA, McIntire D et al. Maternal age and malformations in singleton births. Obstet Gynecol 2000; 96: 701-706