

BURKINA FASO

UNIVERSITE DE OUAGADOUGOU

FACULTE DES SCIENCES DE LA SANTE

(F. S. S.)

Section Médecine

Année Universitaire 1992-1993

Thèse N°24

GROSSESSE ET ACCOUCHEMENT DE LA FEMME DE 40 ANS ET PLUS

A LA MATERNITE DU CENTRE HOSPITALIER
NATIONAL YALGADO OUEDRAOGO
DE OUAGADOUGOU (BURKINA FASO)

The B
49
ZON

T H E S E



Présentée et soutenue publiquement le 12 Octobre 1993

Pour l'obtention du grade de : DOCTEUR EN MEDECINE

(DIPLOME D'ETAT)

Par ZONGO Georges Fructueux

né le 16 Avril 1966 à OUAGADOUGOU (Burkina Faso)

Directeur de thèse :

Dr. Jean LANKOANDE

Jury :

Président : Pr. Agr. A. SAWADOGO

Membres : Dr L. SAWADOGO

Dr J. SANOU

Dr J. LANKOANDE

LISTE DU PERSONNEL
ADMINISTRATIF DE LA F.S.S.

Doyen : Pr. Ag. B.R. SOUDRE

Vice Doyen Chargé des
Affaires académiques : Pr. Ag I.P. GUISSOU

Vice Doyen à la recherche : Pr. Ag. B. KONE

Directeur des Stages : Pr. Ag. K.R. OUEDRAOGO

Coordonnateur C.E.S. de chirurgie : Pr. Ag. A. SANOU

Secrétaire Principal : Mr. S.G. BANHORO

C.S.A.F. : Mr. M. SANKARA

Conservateur : Mr. M. KARANTAO

Chef de Scolarité : Mme. K. ZERBO

Secrétaire du doyen : Mme. A. KEITA

Secrétaire du Vice doyen : Mme. F. NIKIEMA

Audio-Visuel : Mr. P.A. PITROIIPA

UNIVERSITE DE OUAGADOUGOU

Faculté des Sciences de la Santé
(F.S.S.)

LISTE DES ENSEIGNANTS DE LA F.S.S.

ENSEIGNANTS

Professeurs Titulaires

Rambré Moumouni OUIMINGA	Anatomie organogénèse et chirurgie
Hilaire TIENDREBEOGO	Sémiologie et Pathologie médicale
Tinga Robert GUIGUEMDE	Parasitologie

Professeurs Associés

François CANONNE	Santé Publique
Ahmed BOU-SALAH	Neurochirurgie

Maîtres de Conférences Agrégés

Amadou SANOU	Chirurgie
Bobilwendé Robert SOUDRE	Anatomie pathologie
Julien YILBOUDO	Orthopédie-Traumatologie
Bibiane KONE	Gynécologie-Obstétrique
Alphonse SAWADOGO	Pédiatrie
Innocent Pierre GUISSOU	Pharmacologie-Toxicologie
Kongoré Raphaël OUEDRAOGO	Chirurgie

Maître de Conférences associé

Jean TESTA	Epidémiologie-Parasitologie
------------	-----------------------------

Maîtres-Assistants associés

Ould MOHAMMEDI	Dermatologie
Rachid BOUAKAZ	Maladies infectieuses

Maîtres-Assistants

François René TALL	Pédiatrie
Lady Kadidiatou	Parasitologie
Mamadou SAWADOGO	Biochimie

Assistants Chefs de clinique

Assistants Chefs de clinique

Tanguet OUATTARA	Chirurgie
Sophar HIEN	Chirurgie
Oumar TRAORE	Chirurgie
Daman SANO	Chirurgie
Si Simon TRAORE	Chirurgie
Philippe ZOURE	Gynécologie-Obstétrique
Jean LANKOANDE	Gynécologie-Obstétrique
Issa SANOU	Pédiatrie
K. Ludovic KAM	Pédiatrie
Toungo Christian SANOU (in mémoriam)	Oto Rhino Laryngologie
Madi KABRE	Oto Rhino Laryngologie
Kampadilemba OUOBA	Oto Rhino Laryngologie
Piga Daniel ILBOUDO	Gastro-entérologie
Doro SERME (in memoriam)	Cardiologie
Virginie TAPSOBA	Ophtalmologie
Adama LENGANI	Néphrologie
Hamadé OUEDRAOGO	Anesthésie-Réanimation-Physiologie
Joachim SANOU	Anesthésie-Réanimation-Physiologie
Alexis ROUAMBA	Anesthésie-Réanimation-Physiologie
Arouna OUEDRAOGO	Psychiatrie
Gana Jean Gabriel OUANGO	Psychiatrie
Joseph Y. DRABO	Endocrinologie
Blaise SONDO	Santé Publique
Abdoulaye TRAORE	Santé Publique
Salifo SAWADOGO	Hématologie
Jean KABORE	Neurologie
Pascal BONKOUNGOU	Gastro-Entérologie
Boukari Joseph OUANDAOGO	Cardiologie
R. Joseph KABORE	Gynécologie-Obstétrique
Mamadou Patrice ZEI	Gynécologie-Obstétrique
Luc SAWADOGO	Gynécologie-Obstétrique
Saïdou Bernard OUEDRAOGO	Radiologie
Raphaël DAKOURE	Anatomie-Chirurgie

Assistant Chef de clinique associé

Gérard MITELBERG	Psychiatrie
------------------	-------------

Assistant associé

Akpa Raphaël GBARY	Epidémiologie
--------------------	---------------

Chargés de cours

Annette SCHWEICH	Physiologie
Jean LANDOIS	Chirurgie
Daniel TRANCHANT	Endocrinologie
Maurice GALIN	Oto Thino Laryngologie

ENSEIGNANTS NON PERMANENTS

Faculté des Sciences et Techniques (FAST)

Professeurs Titulaires

TRAORE S. Alfred
Akry COULIBALY

Immunologie
Mathématiques

Maître de Conférences

Sita GUINKO

Biologie cellulaire-
Botanique-B.V.

Laya SAWADOGO

Physiologie-Biologie
cellulaire

Boukary LEGMA
Laou Bernard KAM

Chimie Générale
Chimie

Maîtres-Assistants

W. GUINDA
Léonide TRAORE
Adama SABA
François ZOUGMORE
Longin SOME

Zoologie
Biologie cellulaire
Chimie organique
Physique
M a t h é m a t i q u e s -
statistiques
Physique
Statistiques

Gomtibo Jean-Baptiste OUEDRAOGO
Aboubakary SEYNOU

Assistants

Malido B. OUEDRAOGO
Apollinaire BAYALE (in memoriam)

Génétique
Physiologie

Jeanne MILLOGO

T . P . B i o l o g i e
cellulaire

Raymond BELEMTUGOURI

T . P . B i o l o g i e
cellulaire

Maître-Assistant

Didier ZONGO

Génétique

Institut du Développement Rural

Faculté des Sciences Economiques et Gestion (FASEG)

Maître-Assistant

Tibo Hervé KABORE

Economie-Gestion

Faculté de Droit et Sciences Politiques (FDSP)

Claude TAHITA

Législation Pharmaceutique
(Droit)

ENSEIGNANTS VACATAIRES

Mme. Henriette BARY

Psychologie

Dr. Jean Zézouma SANOU

Psychiatrie

Dr. Bruno ELOLA

Anesthésie-Réanimation

Dr. Michel SOMBIE

Planification

Mr. Abdoulaye KEITA

Administration

Mr. René DALLA

Statistiques

Mlle. Rasmata TRAORE

T.P. Bactériologie

Mr. Casimir KADEBA

T.P. Biochimie

Dr. Nicole PARGUET

Dermatologie

Dr. Nazinigouba OUEDRAOGO

Physiologie

Dr. Annette OUEDRAOGO

Stomatologie

Dr. THIOMBIANO Adama

Législation Pharmaceutique

Dr. Sidiki TRAORE

Galénique

Dr. Badioré OUATTARA

Galénique

Dr. Tométo KALOULE

Médecine du travail

ENSEIGNANTS MISSIONNAIRES

A.U.P.E.L.F.

Pr. Lamine DIAKATE

Hématologie (Dakar)

Pr. Abibou SAMB

Bactériologie-Virologie
(Dakar)

Pr. José Marie AFOUTOU

Histologie-Embryologie (Dakar)

Mr. Makhtar WADE

Bibliographe (Dakar)

Pr. M.K.A. EDEE

Biophysique (Lomé)

Pr. Ag. Mbayang NDIAYE-NIANG

Physiologie (Dakar)

Pr. Ag. R. DARBOUX

Histologie-Embryologie (Bénin)

O.M.S.

Dr. Jean-Jacques BERJON

Histologie-Embryologie
(Creteil)

Dr. Frédérick GALLEY

Anatomie pathologie
(Lille)

Dr. Moussa TRAORE

Neurologie (Bamako)

Pr. Auguste KADIO

Pathologies
infectieuses et
parasitaires (Abidjan)

Pr. Jean Marie KANGA

Dermatologie (Abidjan)

Pr. Arthur N'GOLET

Anatomie pathologique
(Brazzaville)

Mission Française de Coopération

Pr. J.C. KOUYOUMDJIAN

Biochimie (Creteil)

Pr. Daniel LAURENT

Physiologie (Creteil)

Pr. Michel DUSSARDIER

Physiologie (Marseille)

Pr. Michel JAN

Neuro-Anatomie (Tours)

Pr. Etienne FROGE.

Médecine Légale Médecine
du travail (Tours)

Pr. Henri MOURAY

Biochimie (Tours)

Pr. P. QUEGUINER

Ophthalmologie
(Marseille)

Mlle. Evelyne WIRQUIN

Biophysique (Creteil)

Mr. P. JOUANNET

Histologie-Embryologie
(Paris)

Mr. François THEPOT

Histologie-Embryologie
(Paris)

Dr. Claire SCHWARTZ

Endocrinologie (Reims)

Dr. Brigitte DELEMER

Endocrinologie (Reims)

Pr. Denis OUESSEDJEWE

Pharmacie Galénique
(Paris XI)

Mission de l'Université Libre de Bruxelles (ULB)

Pr. Marc VAN DAMME

Chimie Analytique-

Pr. MOES

Biophysique

Galénique

**LA FACULTE DES SCIENCES DE LA SANTE A ARRETE QUE
LES OPINIONS EMISES DANS LES DISSERTATIONS QUI
SERONT PRESENTEES DOIVENT ETRE CONSIDEREES
COMME PROPRES A LEURS AUTEURS ET QU'ELLE
N'ENTEND LEUR DONNER AUCUNE APPROBATION.**

JE DEDIE CETTE THESE...

A MON PERE

Avec toute mon affection

Tu as su te montrer pour nous le plus fidèle et le plus encourageant soutien pendant nos moments difficiles d'enfant et d'étudiant.

Ta détermination sans faille pour ma réussite, tes énormes sacrifices, m'ont permis d'évoluer dans un cadre de vie équilibré. Je te dois tout et te dédie cette thèse comme gage de toute ma reconnaissance. Je ne trouve pas les mots assez tendres et intenses à la fois pour t'exprimer tous les sentiments que j'éprouve à ton égard.

Je te dirai simplement Merci.

Indéfectible Attachement filial.

Puisse le tout Puissant faire en sorte que tu vives assez longtemps pour encore nous aider à continuer cette marche capricieuse qu'est la vie !

A MA MERE

Femme Africaine,

Femme de courage,

Femme de famille noble, ô toi ma mère, je t'adore.

Les prières et les sacrifices que tu as consentis pour moi ont commencé à porter leurs fruits. Maman, à tes 40 ans, j'étais foetus dans ton utérus, avec tous les risques que comporte une grossesse tardive, aujourd'hui je te réaffirme mon filial amour et mon affectueuse reconnaissance. Que cette oeuvre soit notre fierté commune. Je te souhaite encore longue vie pour parfaire notre éducation.

A TOUS MES FRERES ET SOEURS

Sentiments affectueux.

Sachons cultiver l'esprit de fraternité, d'amour vrai et d'entraide.

Je vous aime et me demande ce que je ferais sans vous.

A MES ONCLES ET TANTES

A MES COUSINS ET COUSINES

Les uns et les autres, à des degrés divers, vous avez contribué à notre éducation et à notre formation.

Veillez trouver ici, l'expression de notre gratitude et de notre profond attachement.

A TOUS MES NEUVEUX ET NIECES

Puisse ce travail vous servir d'exemple, de courage et de persévérance.

A TOUS MES AMI(E)S DE TOUJOURS

Sincères sentiments

"Un ami fidèle est un abri sûr, qui l'a trouvé a trouvé un trésor.
Un ami fidèle n'a pas de prix, c'est un bien estimable"

Siracide 6:14-15

A Mimi OUEDRAOGO

Vive affection et sincère attachement.

A TOUS MES CAMARADES DE LA F.S.S. DE OUAGADOUGOU

Pour ces bons moments passés ensemble ce travail est l'aboutissement de nos efforts mais il n'est que le début de nos ambitions. Très cordialement.

A MON PARRAIN AMBROISE KABRE

Veillez trouver à travers ce travail, le témoignage de ma profonde gratitude.

A MONSIEUR KABORE B. CHARLES ET FAMILLE

Pour la grande valeur morale que vous incarnez, profonds respects.

A MADAME KABORE SYLVIE ET ENFANTS

Vous m'avez considéré comme votre fils.

Aussi votre affection, vos conseils et votre soutien ne m'ont jamais fait défaut.

Sincère reconnaissance et profond attachement

A MONSIEUR TOURE ZAKARIA ET FAMILLE

Ce travail est aussi le vôtre, moins pour ce qu'il vaut que pour ce qu'il représente.

Je suis également votre fils.

Nous profitons de cette occasion pour vous témoignez solennellement notre reconnaissance.

A LA FAMILLE OUEDRAOGO K. PIERRE

Sincère Amitié

A LA FAMILLE POUSSI MARCEL

Sincères Sentiments

A LA FAMILLE TOE

Sincère Attachement

REMERCIEMENTS

A NOS MAITRES DE LA F.S.S DE OUAGADOUGOU

Qui ont semé en nous la graine de la Science Médicale.
Qui nous ont prodigué leur si enrichissant enseignement.

AU Pr. Bibiane KONE

Votre amour pour le travail bien fait et surtout votre passion communicative, votre sérénité traduisent vos grandes qualités humaines et professionnelles.

Veillez trouver dans cette thèse le témoignage de notre profonde admiration, de notre sincère reconnaissance et soyez remerciée pour avoir accepté de guider ces travaux.

AU Pr. I. PIERRE GUISSOU

Qui n'a jamais cessé de nous témoigner une affection et une compréhension qui nous ont toujours profondément touché.

Qui a toujours su nous écouter avec une attention particulière et guider nos pas. Nous vous assurons de notre respectueux attachement, et de notre vive gratitude.

AU DOCTEUR JEAN LANKOANDE

GYNECOLOGUE-ACCOUCHEUR

Pour votre disponibilité, votre compréhension, votre aide, et surtout votre esprit de tolérance sachez reconnaître ma profonde gratitude sans vous, ce travail ne serait pas fait.

AU DOCTEUR JEAN-BAPTISTE OUEDRAOGO

AU DOCTEUR M. NACOULMA

AU DOCTEUR EMILE PARE

AU DOCTEUR BLANDINE TIEBA

A MADAME CECILE SOMDA, SAGE-FEMME MAITRESSE DE LA MATERNITE
DU CHN Y.O.

Trouvez ici l'expression de notre sincère affection et de notre
vive gratitude.

A toute l'équipe de Sages-femmes de la maternité du C.H.N.Y.O
de OUAGADOUGOU

Pour l'immense travail que vous accomplissez sans relâche
chaque jour en salle d'accouchement, votre exemple devrait
faire école.

Les excellents rapports gardés avec elles, nous ont été
précieux tout au long de ce travail.

AU C.I.E./PARIS

Profonde gratitude

A MONSIEUR M. KARANTAO

Conservateur à la F.S.S. de OUAGADOUGOU

Sincères remerciements

AU PERSONNEL DE SANTE DU CHN-Y.O.

Pour tout l'encadrement et la sympathie dont nous avons bénéficié au cours de notre formation, sincères remerciements.

A GEORGETTE KERE

Je demeure sensible à toute la sympathie dont tu as fais preuve au cours de la réalisation de ce travail.

A MADAME ROSINE HEMA

Tes qualités professionnelles ne sont point à évoquer
Sans toi, ce travail ne serait jamais achevé.

A RITA KARAMBIRI

Pour toute ta gentillesse et ta contribution noble à la réalisation matérielle et technique de cette thèse.

En gage de reconnaissance et d'admiration.

1. " Il n' y a point de vieilles femmes, toutes, à tout âge, si elles aiment, si elles sont bonnes, donnent à l'homme le moment de l'infini".

Jules Michelet

2. " Mon fils, pourquoi oublies-tu la femme ?

Foetus, je te porte dans le ventre, bébé, je te porte sur ma poitrine ; enfant, je te porte sur mon dos, adulte, je te porte sur mes genoux, et quand je cesse de te porter, c'est que tu es mort ! Pourquoi oublies-tu la femme ?"

Un vieux Beti du Cameroun

SOMMAIRE

Ière PARTIE

Introduction et énoncé du problème	1
Objectifs	4
Méthodologie	6
I Cadre de l'étude	7
II Matériel-Méthodes et populations étudiées	9
III Limites de l'étude	10

IIème PARTIE

Résultats	12
I Fréquence des accouchements après 40 ans	13
II Caractéristiques de la population étudiée	13
1. L'âge	13
2. La parité	14
3. Le statut socio-professionnel	16
4. Le mode d'admission	16
5. Les antécédents	17
III Etude clinique	19
1. Les anomalies de la grossesse	19
2. Les pathologies obstétricales	19
2.1. Les syndromes vasculo-rénaux	20
2.2. Les placentas praevias	21
3. Les fibromes utérins	22
IV Etude de l'accouchement	23
1. Le terme de l'accouchement	23
2. Les dystocies osseuses	24
3. Les présentations foetales	24
4. L'accouchement proprement dit	26
4.1. Les complications du travail obstétrical	26
4.2. Le mode d'accouchement	27
5. Les complications de la délivrance	30
6. La mortalité maternelle	31
V Foetus	32
1. Les caractéristiques du foetus	32
1.1. Les Poids de naissance	32
1.2. Les malformations	33
2. Le pronostic foetal	33
2.1. La morbidité néonatale	34
2.2. La mortinatalité	34
2.3. La mortalité néonatale précoce	35

IIIème PARTIE

Discussions et commentaires	36
I Fréquences des accouchements après 40 ans	37
II Répartition selon l'âge et la parité	38
III Etude clinique de la grossesse après 40 ans	39
1. Les anomalies de la grossesse	39
2. Les pathologies obstétricales	41
2.1. Les syndromes vasculo-rénaux	41
2.2. Les placentas praevias	44
3. Les fibromes utérins	45
IV Etude de l'accouchement	45
1. Le terme	45
2. Les dystocies osseuses	46
3. Les présentations foetales	46
4. L'accouchement proprement dit	48
4.1. Le travail obstétrical	48
4.2. Le mode d'accouchement	48
5. Les complications de la délivrance et l'étude des suites de couches	51
6. La mortalité maternelle	52
V Nouveau-né de la femme de 40 ans et plus	53
1. Les poids de naissance	53
2. La prématurité	54
3. Les malformations	55
4. Le pronostic foetal	56
4.1. La morbidité néonatale	57
4.2. La mortalité foetale	58

IV ème PARTIE

Conclusion et suggestions	60
---------------------------	----

LISTE DES ABREVIATIONS ET SIGLES

C.H.N	: Centre Hospitalier National
C.H.N-YO	: Centre Hospitalier National Yalgado OUEDRAOGO
C.H.R	: Centre Hospitalier Régional
C.M	: Centre Médical
Coll.	: Collaborateurs
D.D.L	: Degré de liberté
D.F.P	: Disproportion foeto-pelvienne
g	: gramme
G.E.U	: Grossesse extra-utérine
G.E.U.R	: Grossesse extra-utérine rompue
H.R.P	: Hématome rétro-placentaire
H.T.A	: Hypertension artérielle
I.V.G	: Interruption volontaire de grossesse
O.M.S	: Organisation Mondiale de la Santé
P. vicieuses	: Présentations vicieuses
Rupt-ut	: Ruptures utérines
S. foetales	: Souffrances foetales
X ²	: Chi-deux
%	: Pour cent
≥	: Supérieur ou égal
>	: Supérieur
<	: Inférieur
≤	: Inférieur ou égal

INTRODUCTION ET ENONCE
DU PROBLEME

Autrefois considérée comme à grand risque, la grossesse chez la femme d'âge supérieur ou égal à 40 ans pose actuellement moins de problèmes dans les pays où les moyens de surveillance obstétricale sont développés.

Si dans les pays industrialisés, le risque est diminué, dans nos pays où la couverture sanitaire est insuffisante, ce risque persiste ; exposant nos femmes à des complications qui auraient pu être évitées avec une meilleure qualité des soins.

Dans ces pays on a d'ailleurs noté une recrudescence de la grossesse au cours de ces dernières années pour cette tranche d'âge.

Entre 1985 et 1989, le nombre d'accouchements entre 40 et 44 ans est passé de 9 500 à près de 14.500 en France [52].

Aux Etats-Unis ces accouchements ont augmenté de 50% en 15 ans [52].

Par rapport à la décennie dernière, on note une augmentation sensible du nombre des primipares (5% dans les années 70 contre 20 à 30% dans les années 80) dans cette tranche d'âge [55].

Ceci peut s'expliquer par l'émancipation sans cesse plus affirmée de la population féminine des pays industrialisés, le besoin de la réussite professionnelle retardant souvent l'âge de la première grossesse.

Les techniques sophistiquées de procréation médicalement assistée et le don d'ovocytes ont permis à certaines femmes d'âge avancé de devenir mères à l'âge où elles auraient dû être grand-mères.

Malgré tous ces progrès, certains auteurs tels que Tabaste et Denax [55] démontrent que la grossesse et l'accouchement de la femme de plus de 40 ans présentent encore des risques en dehors des anomalies génétiques dont l'incidence augmente avec l'âge.

En Afrique où la société est pro-nataliste, la femme de la puberté à la ménopause n'arrête pas de procréer. Ceci l'expose à des conditions défavorables de déroulement de la grossesse, à des accouchements dystociques, sources de morbidité et mortalité maternelles et infantiles effroyables.

Le Burkina Faso, pays africain subsaharien n'échappe pas à cette caractéristique socio-culturelle. Le taux de fécondité de 7,1 enfants est le reflet du caractère de la grande multiparité de nos femmes.

Cependant seules 39,4% des femmes enceintes sont vues en consultations prénatales et sont assistées au cours de leurs accouchements [21].

Cette faible couverture obstétricale expliquerait le taux de mortalité maternelle qui est de 610 pour 100.000 naissances vivantes pour le Burkina [21].

Mais au Centre Hospitalier National Yalgado OUEDRAOGO, la mortalité maternelle est de 2.888 pour 100.000 naissances vivantes et les causes obstétricales directes représentent 89,7% des cas tous âges confondus [48].

Qu'en est il donc des grossesses et accouchements chez la femme d'âge supérieur ou égal à 40 ans ?

Le but de notre travail est de cerner le profil évolutif de la grossesse et l'accouchement des gestantes d'âge supérieur ou égal à 40 ans.

OBJECTIFS

I- OBJECTIF GENERAL

Etudier le pronostic maternel et foetal des parturientes d'âge supérieur ou égal à 40 ans à la maternité du Centre Hospitalier National Yalgado OUEDRAOGO (CHN-YO) de Ouagadougou, afin de contribuer à la promotion de la maternité sans risques qui est une préoccupation majeure des programmes de santé.

II- OBJECTIFS SPECIFIQUES

- . Déterminer la fréquence des accouchements chez les gestantes d'âge supérieur ou égal à 40 ans admises à la maternité du CHN-YO.
- . Analyser les complications maternelles et foetales chez les parturientes de 40 ans et plus.
- . Comparer la fréquence des complications maternelles et foetales des parturientes de 40 ans et plus à celle des gestantes de 20 à 35 ans.
- . Comparer les résultats de notre étude à ceux rencontrés dans la littérature.
- . Proposer une prise en charge des parturientes de 40 ans et plus.

METHODOLOGIE

I- CADRE DE L'ETUDE

1. BURKINA FASO

Le Burkina Faso a une population estimée à 8.700.000 habitants en 1985, répartie sur une superficie de 274.000 km².

C'est une population jeune. Selon le dernier recensement de 1985, le groupe d'âge de 0 à 15 ans représentait 48% de la population, alors que ce taux n'est que de 18,99% pour le groupe de 40 ans et plus.

Les femmes constituent 51,3% de la population. Leur espérance de vie est de 49 ans.

Sur le plan de l'infrastructure médicale, le pays compte : 2 Centres Hospitaliers Nationaux (C.H.N), 9 Centres Hospitaliers Régionaux (C.H.R) et 70 Centres Médicaux (C.M) avec 314 médecins soit 1 médecin pour 29.335 habitants.

Les sages femmes sont au nombre de 325 soit 1 sage-femme pour 57.213 habitants.

Les normes de l'Organisation Mondiale de la Santé (O.M.S) recommandent 1 médecin pour 10.000 habitants et 1 sage-femme pour 5.000 habitants.

2. LA MATERNITE DU CENTRE HOSPITALIER NATIONAL YALGADO OUEDRAOGO DE OUAGADOUGOU

Le Centre Hospitalier National Yalgado OUEDRAOGO (CHN-YO) de Ouagadougou fait fonction de Centre Hospitalier Universitaire.

Notre étude a pour cadre le service de gynéco-obstétrique (maternité) qui est l'un des 10 services de spécialités du C.H.N-Y.O.

C'est le service de référence des pathologies gynécologiques, des grossesses pathologiques et des accouchements dystociques de la ville de Ouagadougou et des provinces avoisinantes.

La maternité du CHN-YO a une capacité de 66 lits et comprend 7 unités fonctionnelles :

- . 1 bloc d'accouchement avec une salle d'accouchement et une salle d'attente ;
- . 1 bloc opératoire avec 2 salles d'opérations ;
- . 1 unité de réanimation et soins intensifs de 15 lits ;
- . 1 unité des suites de couches et de gynécologie de 21 lits ;
- . 1 unité des post-opérés de 28 lits ;
- . 1 crèche ;
- . 1 unité de consultation externe.

Le personnel de ce service est composé de :

- 9 médecins dont 6 gynécologues, 2 médecins généralistes et 1 médecin réanimateur-anesthésiste ;
- 28 sages-femmes ;
- 11 infirmiers anesthésistes et 8 infirmiers aide-opérateurs ;
- 1 puéricultrice ;
- 16 agents de soutien.

II- MATERIEL - METHODES ET POPULATIONS ETUDIEES

Il s'agit d'une étude rétrospective "cas-témoins" sur une période de 3 ans : du 1-01-1990 au 31-12-1992 soit 36 mois.

Pour notre étude les cas concernent toutes les femmes de 40 ans et plus, porteuses d'une grossesse confirmée.

L'âge de nos patientes a été retenu à partir des pièces d'identité présentées dès leur arrivée en salle d'accouchement, ou figurant sur les carnets de consultations prénatales.

Les témoins sont des parturientes âgées de 20 à 35 ans, choisis après appariement et par échantillonnage systématique.

L'appariement a été effectué à partir du niveau socio-professionnel des femmes.

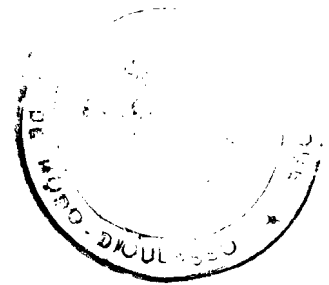
Nos données ont été collectées à partir :

- des registres d'accouchement ;
- des dossiers cliniques ;
- des registres des comptes rendus opératoires (C.R.O).

Une fiche individuelle a permis de recueillir les données pour chaque patiente retenue.

Les principaux éléments de la fiche individuelle des données sont :

- l'âge ;
- l'ethnie ;
- le niveau socio-professionnel



- les antécédents obstétricaux : gestité
parité
utérus cicatriciel
avortements.
- la pathologie médicale : HTA.
- l'âge gestationnel
- la pathologie liée à la grossesse : toxémie, HRP,
placenta praevia
- les accidents lors du travail : dystocie dynamique
dystocie mécanique
hémorragie
 - la présentation foetale
 - le mode d'accouchement
 - la délivrance
 - les caractéristiques du nouveau-né
 - la mortalité maternelle et infantile

Nous avons colligé les dossiers de 265 gestantes d'âge \geq 40 ans dont 222 cas ont abouti à l'accouchement.

Le groupe témoin est composé de 530 patientes.

La saisie et l'analyse des données ont été faites à l'ordinateur sous le logiciel EPI INFO version 5.

III- LIMITES DE L'ETUDE

Elles ont existé à plusieurs niveaux.

- Au cours de la collecte des données, nous avons été mis en difficulté par l'insuffisance des informations figurant sur les dossiers cliniques ;
- Pendant la saisie, nous avons ignoré les informations manquantes, ce qui a pu occasionné des biais dans l'analyse.

- Le manque de certains examens complémentaires à visée diagnostique et thérapeutique (amniocentèse, choriocentèse, dosage de certaines hormones...) a certainement limité certains aspects de l'étude.

RESULTATS

I FREQUENCE DES ACCOUCHEMENTS APRES 40 ANS :

Sur les 265 patientes d'âge supérieur ou égal à 40 ans, l'étude a recensé du 1-01-1990 au 31-12-1992, 222 accouchements soit une période de 36 mois.

-

Pour la même période, il a été enregistré 7874 accouchements à la maternité du CHN-YO.

Nous trouvons une fréquence 2,81% des accouchements à l'âge de 40 ans et plus dans notre service, sur une période de 3 ans.

II CARACTERISTIQUES DE LA POPULATION ETUDIEE : Epidémiologie

II - 1 - L'AGE

L'âge moyen des patientes est de 41 ans 6 mois avec des âges extrêmes de 40 ans et 50 ans.

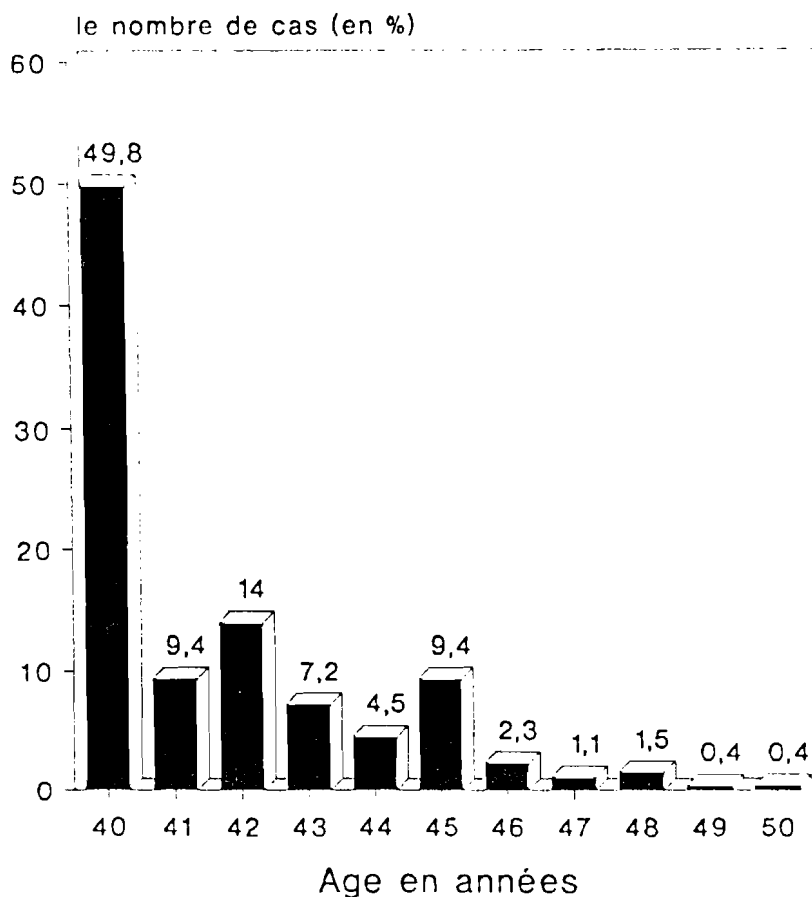


Figure N° 1: Répartition des femmes de 40 ans et plus selon l'âge

La figure N°1 montre une diminution progressive du taux des grossesses après l'âge de 40 ans et 94,30% des grossesses recensées surviennent entre 40 ans et 45 ans.

II - 2 PARITE

Les parturientes d'âge supérieur ou égal à 40 ans ont été réparties selon la parité en 3 catégories :

- les primipares
- les paucipares : parité de 2 à 4
- les multipares : parité supérieure ou égale à 5

La parité a été notée chez 263 patientes d'âge supérieur ou égal à 40 ans.

**TABLEAU I : REPARTITION DES FEMMES D'AGE SUPERIEUR
OU EGAL A 40 ANS SELON LA PARITE**

PARITE	NOMBRE DE PATIENTES	POURCENTAGE
PRIMIPARES	8	3%
PAUCIPARES	28	10,7%
MULTIPARES	227	86,3%
TOTAL	263	100%

La parité moyenne des parturientes d'âge supérieur ou égal à 40 ans est de 6,924 alors qu'elle n'est que de 2,388 chez les témoins âgés de 20 à 35 ans.

Par ailleurs, nous notons que 86,30% des gestantes d'âge supérieur ou égal à 40 ans avaient 5 parités et plus contre 18% dans le groupe témoin. (cf. figure 2)

A partir de 40 ans, la multiparité est de règle chez nos patientes.

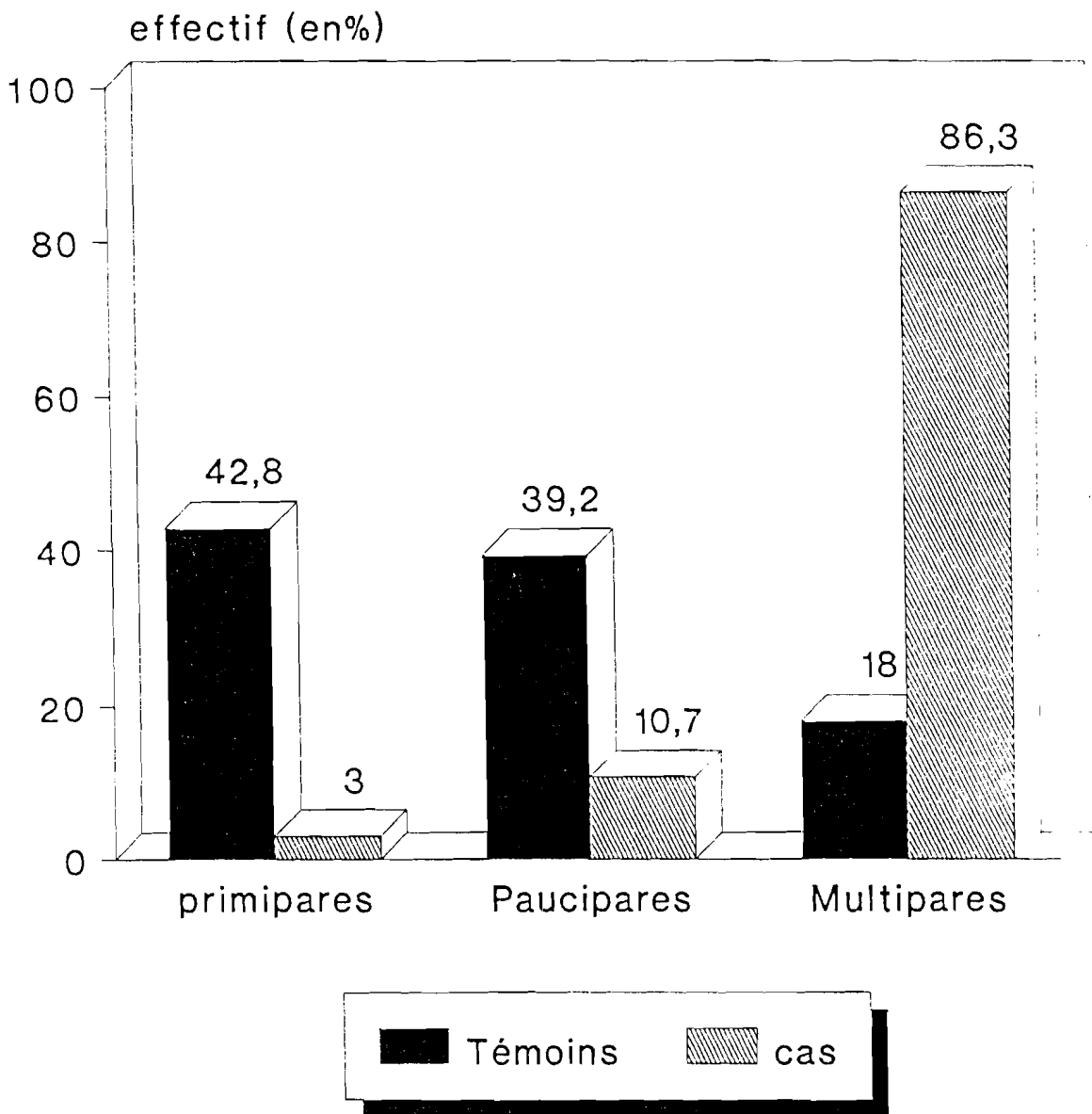


Figure N°2 Répartition des patientes de 40 ans et plus et des témoins selon la parité

II - 3 - LE STATUT SOCIO-PROFESSIONNEL

Les patientes de notre étude ont été réparties en 2 classes :

- La classe I regroupe les ménagères ayant un bas niveau d'instruction.
- La classe II est composée de femmes employées ayant une activité professionnelle rémunérée.

TABLEAU II : REPARTITION DES CAS SELON LE STATUT SOCIO-PROFESSIONNEL

STATUT SOCIO-PROFESSIONNEL	FEMMES DE 40 ANS ET PLUS	POURCENTAGE
Ménagères	246	92,83
Employés	19	7,17
TOTAL	265	100%

La grande proportion des ménagères (92,83%) se justifie bien car la population féminine du Burkina est en général constituée de ménagères, de surcroît paysannes.

II-4- MODE D'ADMISSION

Nous avons considéré pour l'étude deux types d'admission :

- l'admission directe pour les patientes qui sont venues d'elles-mêmes à la maternité du CHN-YO.
- l'admission par évacuation pour les parturientes qui ont été adressées à la maternité par une formation sanitaire périphérique ou provinciale.

**TABLEAU III : REPARTITION DES FEMMES D'AGE SUPERIEUR
OU EGAL A 40 ANS SELON LE MODE D'ADMISSION**

ADMISSION	NOMBRE DE FEMMES D'AGE \geq 40 ANS	POURCENTAGE
Directe	90	34%
Evacuation	175	66%
TOTAL	265	100%

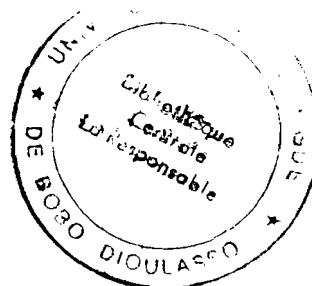
L'évacuation sanitaire constitue le mode d'admission le plus fréquent, la maternité du CHN-YO étant le service de référence pour les urgences gynécologiques et obstétricales.

Le bas niveau socio-professionnel de nos patientes (92,83% de ménagères) pourrait expliquer le taux élevé des femmes évacuées pour une pathologie gynéco-obstétricale.

II - 5 ANTECEDENTS

Pour nos patientes d'âge supérieur ou égal à 40 ans, nous avons considéré principalement les antécédents suivants :

- d'avortements,
- de cicatrices utérines
- des hypertensions artérielles (H.T.A) et autres affections médicales.



**TABLEAU IV : REPARTITION DES FEMMES D'AGE SUPERIEUR
OU EGAL A 40 ANS SELON LES ANTECEDENTS**

ANTECEDENTS	NOMBRE	POURCENTAGE
Avortements	110	41,51%
Cicatrices utérines	14	5,28%
HTA + Autres affections médicales	7	2,64%
Aucun Antécédent	134	50,57%
TOTAL	265	100%

La grande fréquence des antécédents d'avortements avec ou sans curetage témoigne de la mauvaise qualité de la muqueuse utérine chez ces parturientes d'âge supérieur ou égal à 40 ans.

De plus, la présence de cicatrices utérines (césariennes antérieures, myomectomies) fragilise l'utérus et expose plus souvent à des complications au cours de la grossesse, lors de l'accouchement et pendant la délivrance.

III - ETUDE CLINIQUE

III-1- ANOMALIES DE LA GROSSESSE CHEZ LES GESTANTES D'AGE SUPERIEUR OU EGAL A 40 ANS

Nous présenterons ici les différentes pathologies du 1er trimestre de la grossesse rencontrées chez nos gestantes d'âge supérieur ou égal à 40 ans :

Nous avons enregistré 43 cas d'anomalies de la grossesse sur les 265 patientes d'âge supérieur ou égal à 40 ans réparties dans le tableau ci-dessous.

**TABLEAU V : REPARTITION DES CAS SELON LES ANOMALIES
DU 1ER TRIMESTRE DE LA GROSSESSE**

<u>ANOMALIES DE LA GROSSESSE</u>	<u>AVORTEMENTS SPONTANES</u>	<u>AVORTEMENTS MOLAIRES</u>	<u>AVORTEMENT PROVOQUE</u>	<u>G.E.U.R</u>	<u>SANS ANOMALIE</u>	<u>TOTAL</u>
Nombre	34	2	1	6	222	265
Pourcentage	12,83%	0,75%	0,38%	2,26%	83,78%	100%

L'avortement spontané est prévalent pour cette tranche d'âge compte tenu de l'état physiologique déficient de ces femmes d'âge supérieur ou égal à 40 ans. Les fréquentes perturbations du cycle menstruel, les troubles de l'ovulation et la mauvaise qualité du péristaltisme tubaire exposent celles-ci à des G.E.U.R.

III-2- PATHOLOGIES OBSTETRIQUES

Les pathologies obstétricales observées chez nos patientes sont

- les syndromes vasculo-rénaux
- le placenta praevia

La répartition de ces différentes pathologies chez les 222 patientes d'âge supérieur ou égal à 40 ans est présentée dans le tableau ci-dessous :

Les 43 cas d'anomalie de la grossesse du 1er trimestre ont été exclus dans la répartition de différentes pathologies obstétricales.

TABLEAU VI : REPARTITION DES FEMMES D'AGE SUPERIEUR OU EGAL A 40 ANS SELON LES PATHOLOGIES OBSTETRIQUES

PATHOLOGIES OBSTETRIQUES	CAS		TEMOINS	
	NOMBRE	POURCENT- TAGE	NOMBRE	POURCENT- TAGE
Syndromes vasculo-rénaux	11	4,95	6	1,13
Placentas praevias	11	4,95	14	2,64
Autres	8	3,6	0	0
Aucune	192	86,5	510	96,23
TOTAL	222	100	530	100

III-2-1 SYNDROMES VASCULO-RENAUX

La toxémie gravidique et l'hématome retroplacentaire (H.R.P) sont les principales entités qui ont constitué le syndrome vasculo-rénal de notre étude dont nous trouvons les valeurs suivantes :

TABLEAU VII : REPARTITION DU SYNDROME VASCULO-RENAL CHEZ LES CAS ET TEMOINS

SYNDROMES VASCULO-RENAUX	CAS	TEMOINS	TOTAL
Oui	11	6	17
Non	211	524	735
Total	222	530	752

Le calcul statistique de Chi-deux (X^2) = 10,37 pour un ddl = 1.

La valeur $P < 0,001$

Odds Ratio = 4,5

Ainsi, le test de X^2 est statistiquement significatif.

Les gestantes d'âge supérieur ou égal à 40 ans ont 4,55 fois plus de risques de développer un syndrome vasculo-rénal.

- La toxémie gravidique

Elle a été observée chez 7 patientes d'âge supérieur ou égal à 40 ans soit 3,15% contre 0,56% chez les témoins pour 3 femmes.

Le test statistique prouve que la différence est significative et donc l'âge ≥ 40 ans est un facteur de risque de toxémie gravidique.

- L'HEMATOME RETROPLACENTAIRE

Il est également plus fréquent chez nos patientes d'âge supérieur ou égal à 40 ans soit un taux de 1,8% contre 0,56% chez les témoins.

Cette différence est statistiquement significative. Il survient chez les multipares (parité ≥ 6).

III-2-2 LES PLACENTAS PRAEVIAS

C'est une des principales pathologies rencontrées au cours de notre étude.

La distribution de nos patientes au regard de cette pathologie est la suivante :

TABLEAU VIII : REPARTITION DU PLACENTA PRAEVIA
CHEZ LES CAS ET TEMOINS

PLACENTA PRAEVIA	CAS	TEMOINS	TOTAL
Oui	11 (4,95%)	14 (2,64%)	25
Non	211 (95,05%)	516 (97,36%)	727
TOTAL	222 (100%)	530 (100%)	752

Le X^2 (Chi-deux) calculé est = 2,59
ddl = 1

La valeur $P > 0,05$

En valeur absolue, le taux de placenta praevia chez les patientes d'âge ≥ 40 ans est de 4,95% et supérieur à celui de la classe témoin soit 2,6% .

Mais le test de X^2 montre que la différence entre les 2 groupes de patientes n'est pas statistiquement significative.

III-3- PATHOLOGIE ASSOCIEE : FIBROME UTERIN

Nous avons essentiellement étudié dans ce chapitre l'association du fibrome utérin chez les parturientes.

TABLEAU IX : REPARTITION DU FIBROME UTERIN ASSOCIE CHEZ LES CAS ET TEMOINS

FIBROME UTERIN	CAS	TEMOINS	TOTAL
Oui	9 (4,05%)	6 (1,1%)	15
Non	213 (95,95%)	524 (98,9%)	737
Total	222	530	752

La valeur du X^2 calculée est = 6,85
ddl = 1

La valeur $P < 0,01$

ODDS Ratio = 3,69

Le test de X^2 prouve que la différence est statistiquement significative.

Le fibrome utérin est plus fréquent chez les patientes d'âge supérieur ou égal à 40 ans (4,05%) que chez les témoins (1,1%). Les parturientes de plus de 40 ans présentent 3,69 fois plus de risques d'avoir un fibrome utérin associé.

IV ETUDE DE L'ACCOUCHEMENT

Nous considérons dans ce paragraphe les aspects suivants :

- le terme de la grossesse ;
- les dystocies osseuses ;
- les présentations foetales ;
- le travail obstétrical ;
- le mode d'accouchement ;
- les complications de la délivrance ;
- et le pronostic maternel.

IV-1 LE TERME DE LA GROSSESSE

Au cours de l'accouchement de nos patientes, nous les avons identifié en 2 groupes selon le terme pour des âges gestationnels inférieurs ou égal à (\leq) 37 semaines et supérieurs à ($>$) 37 semaines.

Nous obtenons les résultats suivants :

**TABLEAU X : REPARTITION DES CAS ET TEMOINS
SELON L'AGE GESTATIONNEL**

AGE GESTATIONNEL	CAS		TEMOINS		TOTAL
	NOMBRE	%	NOMBRE	%	
\leq 37 Semaines	23	10,36%	35	6,60%	58
$>$ 37 semaines	199	89,64%	495	93,40%	694
TOTAL	222	100%	530	100%	752

Le calcul du X^2 est = 3,07

ddl = 1

La valeur P $>$ 0,05

La différence n'est donc pas statistiquement significative, c'est dire que les femmes d'âge supérieur ou égal à 40 ans ne courent pas plus de risques quant à l'accouchement prématuré.

IV-2 DYSTOCIES OSSEUSES

Les dystocies osseuses mentionnées lors des accouchements de nos patientes ont donné les résultats ci-dessous :

TABLEAU XI : REPARTITION DES CAS ET TEMOINS
SELON LES DYSTOCIES OSSEUSES

DYSTOCIES OSSEUSES	CAS		TEMOINS		TOTAL
	NOMBRE	%	NOMBRE	%	
Oui	7	3,15%	38	7,16%	45
Non	215	96,85%	492	92,84%	707
TOTAL	222	100%	530	100%	752

La valeur du X^2 calculée est = 4,45 avec ddl = 1

La valeur $P < 0,05$

ODDS RATIO = 2,37

Ainsi dit, la différence est statistiquement significative.

Alors les parturientes de 20 à 35 ans ont 2,37 fois plus de risques à présenter une dystocie osseuse lors de l'accouchement.

IV-3- LES PRESENTATIONS FOETALES

Selon la présentation du fœtus lors de l'accouchement de nos patientes nous avons enregistré les valeurs suivantes :

Pour les parturientes d'âge supérieur ou égal à 40 ans les présentations fœtales ont été notées chez 218 cas.

**TABLEAU XII : REPARTITION DE DIFFERENTES PRESENTATIONS
FOETALES CHEZ LES CAS ET TEMOINS**

PRESENTATIONS FOETALES	PATIENTES D'AGE ≥ 40 ANS		TEMOINS	
	NOMBRE	%	NOMBRE	%
Sommet	183	84%	487	91,8%
Transversale	16	7,3%	18	3,4%
Siège	12	5,5%	19	3,6%
Front	5	2,3%	3	0,6%
Face	2	0,9%	3	0,6%
Total	218	100%	530	100%

Si nous regroupons en présentations eutociques et dystociques, nous avons le tableau suivant :

**TABLEAU XIII : REPARTITION DES CAS ET TEMOINS SELON
LES PRESENTATIONS FOETALES DYSTOCIQUES**

PRESENTATION	CAS		TEMOINS		TOTAL
	NOMBRE	%	NOMBRE	%	
Dystociques	21	9,63%	21	03,96%	42
Eutociques	197	90,37%	509	96,04%	706
TOTAL	218	100%	530	100%	748

La valeur du X^2 est = 9,28

ddl = 1

P < 0,05

ODDS RATIO = 2,58

La différence est statistiquement significative et les patientes d'âge supérieur ou égal à 40 ans ont 2,58 fois plus de risques à avoir des présentations foetales dystociques.

VI-4 - L'ACCOUCHEMENT PROPREMENT DIT

IV-4-1 LES COMPLICATIONS DU TRAVAIL OBSTETRICAL

Nous n'avons pas pu préciser la durée du travail obstétrical des gestantes car les informations sur les dossiers cliniques étaient insuffisantes.

Nous avons mentionné et regroupé les différentes complications lors du travail sous la rubrique dystocies du travail.

Ce sont principalement :

- les dystocies dynamiques
- les disproportions foeto-pelviennes
- les syndromes de pré et/ou ruptures utérines
- les souffrances foetales

**TABLEAU XIV : REPARTITION DES DIFFERENTS ACCIDENTS
LORS DU TRAVAIL CHEZ LES CAS ET TEMOINS**

ACCIDENTS LORS DU TRAVAIL	CAS		TEMOINS	
	NOMBRE	%	NOMBRE	%
Dystocies dynamiques	24	27,58	32	20,64
Dystocies mécaniques	20	23,0	54	34,84
pré et/ou ruptures utérines	21	24,14	44	28,39
Souffrances foetales	11	12,64	10	6,45
Autres	11	12,64	15	9,67
Total	87	100	155	100

Si nous regroupons toutes les dystocies, nous obtenons le tableau de contingence suivant :

TABLEAU XV : REPARTITION DES CAS ET TEMOINS
SELON LES DYSTOCIES DU TRAVAIL

DYSTOCIES LORS DU TRAVAIL	CAS		TEMOINS		TOTAL
	NOMBRE	%	NOMBRE	%	
Oui	87	39,19%	155	29,25%	242
Non	135	60,81%	375	70,75%	510
Total	222	100%	530	100%	752

$$X^2 = 6,64 \quad DDL = 1$$

$$P < 0,01$$

$$ODDS \text{ RATIO} = 1,36$$

Nous disons donc qu'il existe une différence statistiquement significative entre les 2 groupes. Alors l'âge supérieur ou égal à 40 ans est donc un facteur de risque de dystocie lors du travail obstétrical. Ce risque calculé est = 1,36.

IV-4-2- LE MODE D'ACCOUCHEMENT

Nous distinguerons selon le mode d'accouchement :

- l'accouchement par voie basse ;
- l'accouchement par extraction instrumentale ;
- et l'accouchement par voie haute.

L'accouchement par voie basse est le mode d'accouchement le plus fréquent chez les 2 groupes de parturientes.

**TABLEAU XVI : REPARTITION DES CAS ET TEMOINS
SELON LE MODE D'ACCOUCHEMENT**

MODE D'ACCOUCHEMENT	FEMMES D'AGE ≥ 40 ANS		TEMOINS	
	NOMBRE	%	NOMBRE	%
	Voie basse normale	129	58,11	365
Extraction instrumentale	16	7,21	10	1,88
Voie haute	74	33,33	151	28,50
Non précisé	3	1,35	4	0,75
TOTAL	222	100	530	100

a) La voie haute

Il s'agit de mode d'accouchement ayant nécessité une intervention chirurgicale des parturientes.

**TABLEAU XVII : REPARTITION DES CAS ET TEMOINS SELON
L'ACCOUCHEMENT PAR VOIE HAUTE**

VOIE HAUTE	CAS		TEMOINS		TOTAL
	NOMBRE	%	NOMBRE	%	
Oui	74	33,33	151	28,50	225
Non	148	66,67	379	71,50	527
TOTAL	222	100	530	100	752

$$X^2 = 1,41 \quad \text{ddl} = 1$$

$$P > 0,05$$

La différence n'est donc pas statistiquement significative, c'est-à-dire que les parturientes d'âge supérieur ou égal à 40 ans ne courent pas plus de risques d'accoucher par la voie haute.

b) Les indications de la voie haute

Les accouchements par voie haute concernent les césariennes et les ruptures utérines.

Les indications de la voie haute chez les gestantes d'âge supérieur ou égal à 40 ans sont diverses.

Les ruptures utérines occupent le premier rang suivies des césariennes pour présentations vicieuses et souffrances foetales (cf. figure 3).

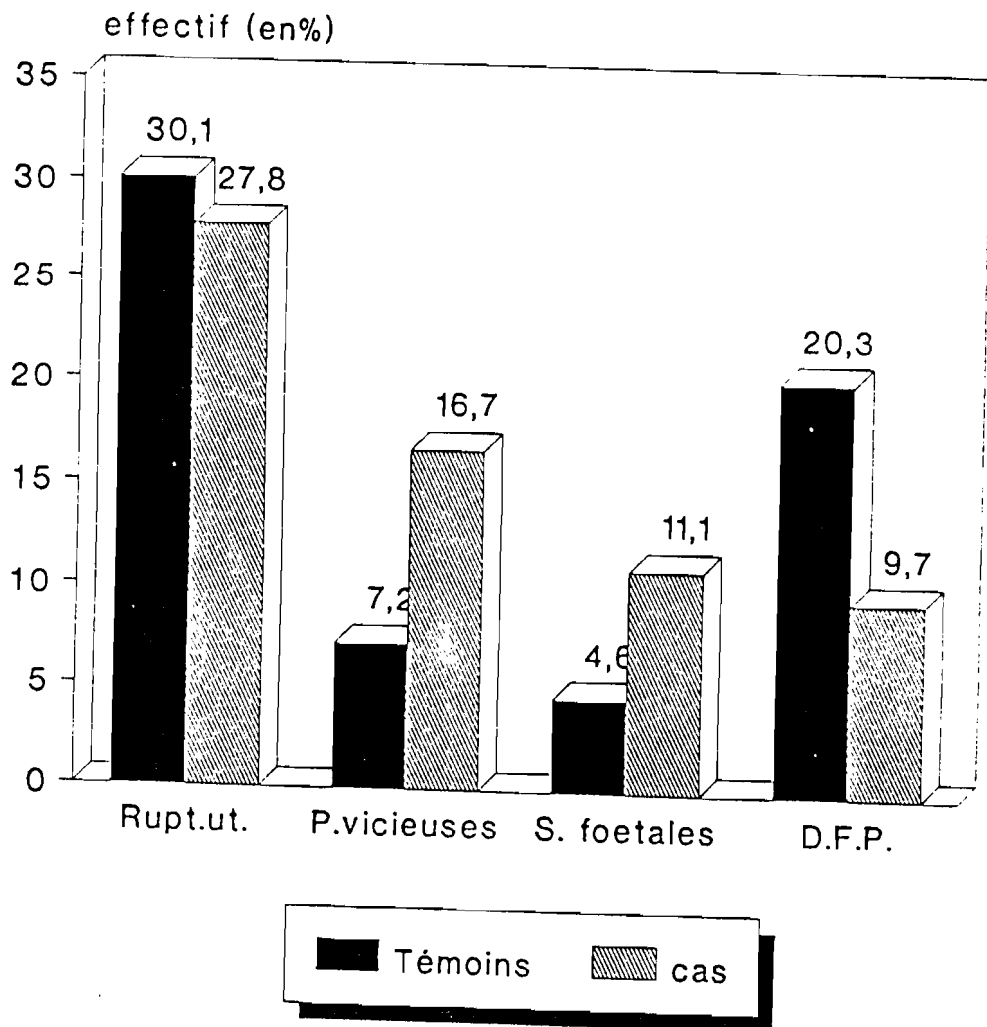


Figure N°3 Répartition des cas et témoins selon les indications de la voie haute

IV-5- LES COMPLICATIONS DE LA DELIVRANCE

Les complications de la délivrance, notées sont principalement :

- les hémorragies
- les rétentions placentaires

TABLEAU XVIII : REPARTITION DES CAS ET TEMOINS SELON
LES COMPLICATIONS DE LA DELIVRANCE

COMPLICATION DE LA DELIVRANCE	CAS		TEMOINS		TOTAL
	NOMBRE	%	NOMBRE	%	
Oui	11	4,95%	5	0,95%	16
Non	211	95,05%	525	99,05%	736
TOTAL	222	100%	530	100%	752

$$X^2 = 12,09 \quad DDL = 1$$

$$P < 0,001$$

$$ODDS RATIO = 5,47$$

La différence est donc statistiquement très significative.

Les hémorragies de la délivrance sont les plus rencontrées. Nous notons 7 cas d'hémorragie sur 11 chez les gestantes de 40 ans et plus.

IV-6- PRONOSTIC MATERNEL

Mortalité Maternelle

Nous avons noté 10 morts maternelles chez les 265 gestantes d'âge supérieur ou égal à 40 ans.

Cela représente un taux de 3,77% de décès maternels ou encore 1 décès maternel pour 27 femmes d'âge supérieur ou égal à 40 ans.

Chez les témoins nous avons enregistré 14 décès maternels soit un taux de 2,64% ou encore 1 décès maternel pour 38 femmes pour la tranche d'âge de 20 à 35 ans.

En regroupant ces valeurs dans un tableau de contingence, nous obtenons le tableau suivant :

TABLEAU XIX : REPARTITION DES CAS DE TEMOINS
SELON LES DECES MATERNELS

DECES MATERNEL	CAS		TEMOINS		TOTAL
	NOMBRE	%	NOMBRE	%	
Oui	10	3,77%	14	2,64%	24
Non	255	96,23%	516	97,36%	771
TOTAL	265	100%	530	100%	795

$$X^2 = 3,63 \quad DDL = 1$$

$$P > 0,05$$

La différence n'est donc pas statistiquement significative.

Les principales causes de mortalité maternelle chez les patientes d'âge supérieur ou égal à 40 ans de notre étude sont :

- les hémorragies : 5 cas
- les infections : 3 cas
- accident anesthésique : 1 cas
- hépatonéphrite : 1 cas

V - LE FOETUS

V-1- CARACTERISTIQUES DU FOETUS

V-1-1- LE POIDS DE NAISSANCE

Les poids de naissance des nouveaux-nés de mères d'âge supérieur ou égal à 40 ans ont varié de 1 200 g et 4 950 g indépendamment de l'âge gestationnel.

Le poids moyen de ces nouveaux-nés est de 2 916,54 g et 82,46% d'entre eux avaient un poids de naissance supérieur ou égal à 2 500 grammes (g).

Les nouveaux-nés des femmes témoins avaient des poids de naissance variant de 1 140 g et 4 700 g avec un poids moyen de 2 839,50 g.

En regroupant tout ceci dans un tableau nous obtenons le tableau de contingence suivant :

**TABLEAU XX : REPARTITION DES NOUVEAUX-NES
SELON LE POIDS DE NAISSANCE**

POIDS DE NAISSANCE	CAS		TEMOINS		TOTAL
	NOMBRE	%	NOMBRE	%	
< 2 500 g	39	17,57%	96	18,11%	135
≥ 2 500 g	183	82,43%	434	81,89%	617
TOTAL	222	100%	530	100%	752

Nous trouvons un $X^2 = 0,021$ DDL = 1

$P > 0,05$

La différence n'est donc pas statistiquement significative c'est dire donc que les femmes d'âge supérieur ou égal à 40 ans et plus n'ont pas plus de risques d'avoir des nouveaux-nés de poids de naissance inférieur à 2 500 g.

- PREMATURITE

Nous avons noté dans le paragraphe Terme de grossesse, que les accouchements prématurés représentaient 10,36% chez les parturientes d'âge supérieur ou égal à 40 ans pour un âge gestationnel inférieur à 37 semaines contre 6,60% chez les témoins.

Cette différence n'est pas statistiquement significative.

Mais nous signalons que tous les prématurés ont un poids de naissance inférieur à 2 500 g.

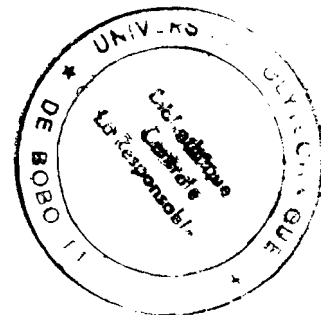
V-1-2- Les malformations

Notre étude note 7 cas de malformations foetales chez les parturientes d'âge supérieur ou égal à 40 ans soit 3,15% contre 0,1% dans la population témoin.

Les nouveaux-nés malformés de mères d'âge supérieur ou égal à 40 ans étaient tous morts-nés.

Ce sont :

- 3 anencéphales
- 2 hydrocéphalies
- 1 cas de frères siamois
- 1 cas polymalformatif des membres.



V-2- PRONOSTIC FOETAL

Pour étudier le pronostic des nouveaux-nés, nous avons tenu compte des critères suivants :

- l'indice d'Apgar à la 1ère minute ;
- la mortinatalité ;
- la mortalité néonatale ;

V-2-1- LA MORBIDITE NEONATALE

Nous avons considéré comme nouveau-né morbide, tout nouveau-né ayant un indice d'Apgar inférieur à 7 à la première minute de naissance.

Nous avons recensé les nouveaux-nés morbides au niveau des 2 groupes dont les résultats sont notés dans le tableau de contingence ci-dessous :

**TABLEAU XXI : REPARTITION DES NOUVEAUX-NES CHEZ LES CAS
ET TEMOINS SELON L'INDICE D'APGAR**

INDICE D'APGAR	CAS		TEMOINS		TOTAL
	NOMBRE	%	NOMBRE	%	
< 7	95	42,79%	138	26,04%	233
≥ 7	127	57,21%	392	73,96%	519
Total	222	100%	530	100%	752

$$X^2 = 20,52 \quad DDL = 1$$

$$P < 0,001$$

$$ODDS RATIO = 2,12$$

La différence est très statistiquement significative.

L'intensité de la liaison calculée démontre que les enfants de mères d'âge supérieur ou égal à 40 ans ont 2,12 fois plus de risques d'avoir un indice d'apgar inférieur à 7 à la première minute dans les conditions d'accouchement à la maternité du CHN-YO.

V-2-2- LA MORTINATALITE

Elle comprend les morts in utéro et les morts intra-partum : c'est l'ensemble des morts-nés.

La mortinatalité représente 28,82% chez les femmes d'âge supérieur ou égal à 40 ans contre 16,98% dans la série témoin.

TABLEAU XXII : REPARTITION DES NOUVEAUX-NES
SELON LA MORTINATALITE

ETAT DU NOUVEAU-NE	CAS	TEMOINS	TOTAL
Morts-nés	64 (28,82%)	90 (16,98%)	154
Vivants	158 (71,18%)	440 (83,02%)	598
TOTAL	222	530	752

Il existe une différence statistiquement significative de la mortinatalité entre les 2 groupes avec $X^2_{yates} = 13,73$ DDL=1
 $P < 0,001$

Les parturientes d'âge supérieur ou égal à 40 ans ont plus de risques de faire des morts-nés lors de leurs accouchements.

V-2-3- LA MORTALITE NEO-NATALE PRECOCE

Elle comprend l'ensemble des enfants nés vivants et décédés au cours de la 48^è heure.

Nous avons recensé 10 nouveaux-nés de mères d'âge supérieur ou égal à 40 ans décédés au bout de 48 heures soit 4,5% contre 1,69% dans la série témoin.

La différence est statistiquement significative avec un $X^2 = 4,99$ DDL = 1
 $P < 0,05$

DISCUSSION

ET

COMMENTAIRES

I- FREQUENCES DES ACCOUCHEMENTS APRES 40 ANS

Nous trouvons un taux de 2,81% des accouchements après l'âge de 40 ans à la maternité du CHN-YO.

Ce faible taux d'accouchements de cette tranche d'âge serait lié à une baisse naturelle de la fécondité en rapport probablement avec les troubles de l'ovulation (anovulation, dysovulation) à cette période de la vie génitale.

Cette fréquence de 2,81% retrouvée à la maternité du CHN-YO est proche de celles rencontrées dans la littérature. (cf tableau 23).

Selon Tabaste J.L [55], le taux de fécondabilité établi sur une population 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.

**TABLEAU XXIII : FREQUENCES DES ACCOUCHEMENTS CHEZ LES FEMMES
DE 40 ANS ET PLUS A TRAVERS LA LITTERATURE**

AUTEURS	ACCOUCHEMENT DES FEMMES DE 40 ANS ET PLUS	TOTAL DES ACCOUCHEMENTS	FREQUENCE
Cordeau R. 1971-75 (Tours-France)	207	8 779	2,35%
J.Y Gillet 1970-1977	322	13 094	2,40%
Milner et Coll. 1985-1989 Irlande	595	28 600	2,08%
Denax A et Coll. 1981-1986 Limoges	59	5 038	1,17%
Mutombo 1978-1982 Bénin	450	23 850	1,80%
Yassoua 1981-1985 Côte-d'Ivoire	541	21 655	2,49%
Notre série Burkina Faso (1990-1992)	222	7 874	2,81%

II- REPARTITION SELON L'AGE ET LA PARITE

*** L'AGE**

Notre étude trouve 94,30% des gestantes âgées de 40 à 45 ans. Cette répartition des grossesses selon l'âge est retrouvée par plusieurs auteurs :

- Yassoua en Côte-d'Ivoire trouve 94,26% [63]
- Mutombo [46] au Bénin trouve 93,5%
- Denax [22] à Limoges trouve 91,5%

*** LA PARITE**

Les grossesses après 40 ans surviennent souvent chez des multipares.

Dans notre série, 86,30% de nos patientes ont 5 parités et plus.

Mutombo [46] au Bénin trouve 94,46% de multipares et 3,3% de primipares tandis que Yassoua [63] en Côte-d'Ivoire note 79,29% de multipares et 2,58% de multipares.

Patrick Boccara et Agnès Raudrant en France trouvent respectivement 66,9% et 60,92% de multipares ; les primipares représentent 0,8% et 8,36% [63].

Dans les pays développés, on note une légère hausse du taux des primipares âgées de nos jours. Ce phénomène serait lié à un changement du mode de vie de la population féminine et aux progrès liés à la médecine [55].

Par contre en Afrique comme au Burkina, le bouleversement socio-sanitaire n'est pas pour l'heure actuelle. La population est pronataliste, ceci témoigne le caractère multipare de nos femmes.

En Australie du Sud Jonas Oswald note aussi une augmentation du taux des primipares âgées qui passe de 1,1% à 3,1% [34].

Tandis que Darbois [15] trouve à Paris 27% de primipares et Denax [20] à Limoges trouve 10,17% chez 59 patientes âgées de 40 ans et plus.

III- ETUDE CLINIQUE DE LA GROSSESSE APRES 40 ANS

III-1- ANOMALIES DE LA GROSSESSE

Le taux d'avortements spontanés est élevé pour la tranche d'âge de 40 ans et plus, soit 13,5% .

Pourrions-nous mettre en cause les aberrations chromosomiques, le déséquilibre hormonal et les altérations de la cavité ou de la muqueuse utérine par des infections gynécologiques très souvent mal ou pas traitées ?

L'évaluation de la fréquence de l'avortement spontané après 40 ans varie considérablement selon les auteurs, allant de 20% pour Baudet à 40% pour Blanc [20].

Une étude identique faite à Limoges par Denax retrouve 5,90% d'avortements spontanés. Maillet R. et Coll.[43] donnent des proportions d'avortements spontanés par tranche d'âge :

- de 40 à 42 ans une femme sur 5 avorte,
- de 43 à 45 ans une femme sur 3 avorte,
- de 46 ans et plus il y a autant d'avortements spontanés que de grossesses menées à terme.

Selon Beguéri F. [4] , après 40 ans l'équilibre hormonal se modifie. Les perturbations endocriniennes mises en évidence par les explorations hormonales montrent un degré d'insuffisance lutéale, facteur d'un mauvais équilibre hormonal gravidique.

En outre, notre étude trouve 2 cas d'avortements molaire soit 0,75% .

L'avortement molaire après 40 ans a été rarement signalé dans la littérature.

De même, nous retrouvons un cas d'avortement provoqué clandestin dans notre série. Les valeurs culturelles et morales de la femme dans la société africaine font que l'avortement provoqué est difficilement conçu ou avoué.

L'interruption volontaire de grossesse (I.V.G) étant légalisée en France fait que cette pratique est très sollicitée. Pour preuve Denax A. [20] à Limoges rapporte 389 IVG sur 480 grossesses débutées après 40 ans soit 81,04% .

Enfin nous avons enregistré 6 patientes d'âge supérieur ou égal à 40 ans admises pour grossesses extra utérines rompues soit 2,26% . Notre taux est inférieur à celui présenté par Denax à Limoges qui retrouve 8,47% de GEU [20].

Dans notre contexte médical, les infections gynécologiques à répétition mal traitées seraient à l'origine de GEU mais également le remaniement physiologique et anatomique de l'appareil génital de ces femmes.

III-2- PATHOLOGIE OBSTETRICALE

III-2-1- SYNDROMES VASCULO-RENAUX

Le test statistique de X^2 montre que les syndromes vasculo-rénaux surviennent plus fréquemment chez les parturientes d'âge supérieur ou égal à 40 ans (4,95%) que chez les témoins (1,13%).

Elles ont 4,53 fois plus de risques à développer un syndrome vasculo-rénal.

Le risque serait lié à des pathologies spécifiques (HTA, obésité), à une mauvaise hygiène (alcoolisme, tabagisme, surmenage physique) et notamment à leur âge avancé.

Dans notre étude, 7 patientes d'âge supérieur ou égal à 40 ans ont développé une toxémie gravidique et 3 d'entre elles avaient un antécédent d'HTA.

La toxémie gravidique survient plus fréquemment dans cette tranche d'âge (40 ans et plus).

Nous retrouvons dans la littérature des taux de toxémie gravidique plus élevés que le nôtre.

Ces taux varient de 15,7% pour Yassoua [63] (Côte-d'Ivoire) à 24% pour Dumont [23]. Certains auteurs tels que Gillet (23,6%) et Mutombo (21,62%) au Bénin et Tournaire [59] (18%) retrouvent des taux assez proches. (cf. figure 4)

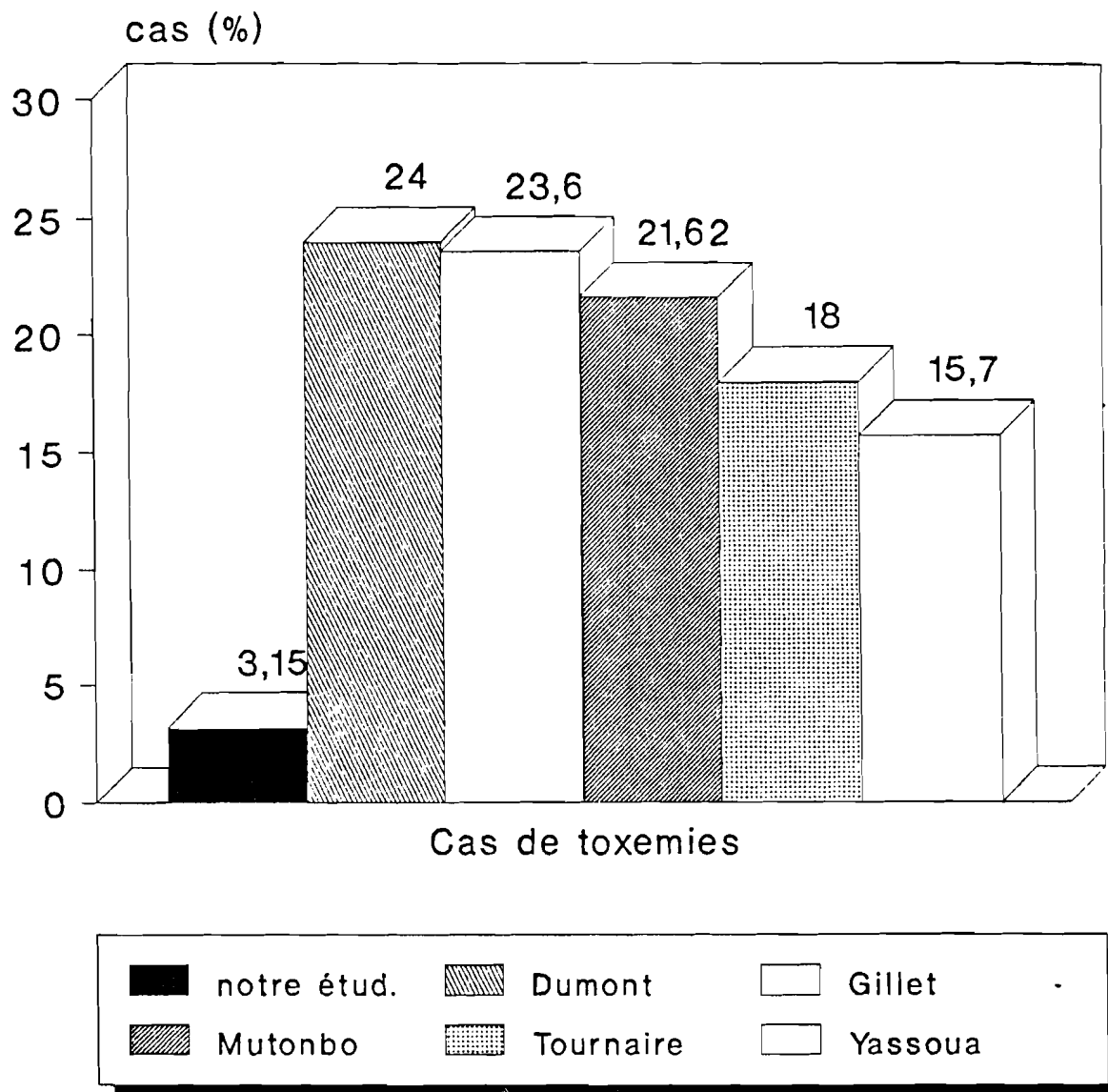


Figure N°4: Comparaison des taux de toxémie observés par différents auteurs et de notre étude

A cet âge (40 ans et plus), l'HTA représente la pathologie la plus fréquente aux 2^o, 3^o trimestres oscillant entre 20 et 30%. Elle est souvent chronique, préexistant à la grossesse [20].

BIGGS J.S [6] en Amérique note que 20% des femmes de plus de 40 ans présentaient une hypertension.

Kajanoja [35] dans son étude faite à Helsinki retrouve sur 558 patientes ayant accouché après 40 ans, 22,6% d'hypertension gravidique et 8,8% de syndromes toxémiques se développant donc plus d'une fois sur trois en cas d'hypertension gravidique.

Denax et Coll. [20] montrent que 16,9% des patientes ont présenté une HTA pendant la gestation mais aucune d'entre elles n'a développé de syndrome toxémique. Par contre ils notent que le taux d'hypertension gravidique augmente avec l'âge passant de 15,5% pour les femmes âgées de 40 à 43 ans, à 28,5% au delà de 43 ans.

Pour Delecour [18] "il s'agit d'HTA récidivante de la grossesse qui après 40 ans devient permanente pour se titulariser au voisinage de la ménopause".

Palliez [49] montre que la multiparité aggrave le syndrome vasculo-rénal et il est présent dans 5,8% des cas contre 3% chez la primipare.

Le taux d'Hématome Retro Placentaire des parturientes d'âge supérieur ou égal à 40 ans de notre étude est quasiment identique à celui de Spellacy [54] soit de 1,8% .

Certains auteurs ont des pourcentages proches du nôtre tels que Gillet [26] 1,2% et Patrick Boccaro qui trouve 1% [63] .

Par contre, YAO [63] et Horger [33] ont trouvé des pourcentages légèrement plus élevés respectivement de 4,06% et 4,6% .

La survenue de pathologie vasculo-rénale au cours de la grossesse est fréquente aux âges extrêmes de la fécondité (les adolescentes et les femmes préménopausiques). [62] [63].

Le taux de placenta praevia chez les parturientes d'âge supérieur ou égal à 40 ans (4,95%) est plus fréquent que chez les témoins (2,6%) mais cette différence n'est pas statistiquement significative.

Des taux de placenta praevia chez les gestantes d'âge supérieur ou égal à 40 ans sont retrouvés par d'autres auteurs variant de 2,6% pour Tulasne [62] à Paris à 10,82% pour Mutombo au Bénin [46].

Des taux voisins aux nôtres sont notés par des auteurs comme Mahon [42] en France (3,8%), Yassoua (4,25%) en Côte-d'Ivoire et Milner (7,6%) en Irlande.

L'insertion basse du placenta est selon Tabaste [55] 3 à 4 fois plus fréquente que dans la population générale.

La grande fréquence des placentas praevias retrouvée chez les multipares est observée par plusieurs auteurs.

- Yassoua [63] de façon identique aux nôtres retrouve 100% des cas de placenta praevia chez les multipares.

- Grall [27] trouve 80% .

Le risque de placenta praevia augmente significativement avec la parité.

Des auteurs tels que Grall [27], Baudet [3], ainsi que Delecour [8] affirment que la fréquence des placentas praevias à cet âge (40 ans et plus) serait la conséquence d'une altération de la muqueuse utérine.

Cette altération proviendrait des accouchements successifs et de certaines altérations de la muqueuse utérine suite aux curetages, césariennes mais aussi des infections (endométrites).

Henrion [32] note que les facteurs favorisant le placenta praevia interviennent dans les proportions suivantes :

- la multiparité dans 80% des cas.
- les antécédents d'avortements et de curetages 20 à 40%
- les cicatrices utérines dans 10% des cas.

III-3- PATHOLOGIE ASSOCIEE

FIBROME UTERIN

Le taux de fibromes utérins chez les parturientes d'âge supérieur ou égal à 40 ans (4,5%) est 4 fois plus fréquent que chez les témoins (1,13%) et cette différence est statistiquement significative.

Ceci est le fait du "crépuscule génital" caractérisé par des modifications utérines car l'appareil génital se transforme et vieillit plus vite que le reste de l'organisme.

Notre taux (4,5%) est voisin de certains auteurs tels que Gillet [26] (2,2%), Cordeau [14] (2,4%) à Tours, Blanc [7] (2,5%), Yassua [63] (2,58%) à Abidjan, Baudet [3] (6%) et Denax [20] (6,7%).

Pour Tabaste [55] la fréquence des fibromes utérins en France, pendant la gestation chez les femmes au delà de 40 ans varie entre 5 et 17% pour un taux de 1% environ de l'ensemble des gestantes tout âge confondu.

De même Grall [27] affirme que la fréquence des fibromes augmente avec l'âge et aussi avec la parité. En effet, 42% des gestantes porteuses de myomes utérins ont plus de 35 ans.

Tulasne G.[62] note un taux de fibromes et d'utérus fibromateux 8 fois plus important chez la primipare âgée que chez la primipare jeune.

Tuck Susan et Coll. [61] à Londres trouvent que les primipares âgées présentent 5 fois plus de fibromes utérins que chez les primipares jeunes au cours de la gestation.

IV- ETUDE DE L'ACCOUCHEMENT

IV-1- LE TERME

L'accouchement prématuré (< à 37 semaines) est plus fréquent chez les parturientes d'âge supérieur ou égal à 40 ans (10,36%) que chez les témoins (6,6%) mais cette différence n'est pas statistiquement significative ($X^2 = 3,07$ $P > 0,05$).

Notre taux (10,36%) est supérieur à celui trouvé à Limoges par Denax [20] soit 3,4% chez les patientes de même tranche d'âge.

Quant au dépassement de terme, nous n'avons mentionné aucun cas. Pour Shapiro et Coll. [53] à Toronto (Canada), il s'observe électivement chez les parturientes âgées de plus de 35 ans.

IV-2- LES DYSTOCIES OSSEUSES

Les dystocies osseuses sont statistiquement moins fréquentes chez les parturientes d'âge supérieur ou égal à 40 ans (3,15%) que chez les témoins (7,16%).

Les parturientes âgées, en général des multipares, sont celles qui ont un bassin normal sinon elles auraient été limitées par le nombre d'accouchements pour utérus cicatriciel.

Ce taux de dystocies osseuses chez les parturientes d'âge supérieur ou égal à 40 ans (3,15%) de notre étude est supérieur à celui trouvé par Yassoua [63] de 1,47% .

Mais la fréquence des bassins rétrécis est élevée chez la primipare âgée.

Ainsi Tuslane [62] trouve 18% de bassins dystociques chez la primipare contre 4 à 6% dans la population générale.

Yassoua [63] note 14,28% de bassins rétrécis chez la primipare âgée.

Lacomme cité par Grall [27] énonce qu'"il semble plausible que le terrain général des femmes qui deviennent enceintes tard soit favorable aux dystrophies pelviennes".

IV-3- LES PRESENTATIONS FOETALES

Les présentations anormales sont plus fréquentes chez les parturientes d'âge supérieur ou égal à 40 ans soit 9,63% contre 3,96% chez les témoins et la différence est statistiquement significative. Elles ont 2,58 fois plus de risques de présentations foetales dystociques.

L'appareil génital se transforme et vieillit plus vite que le reste de l'organisme.

Après 40 ans, le muscle utérin est de mauvaise qualité et il y a une mauvaise accommodation du fœtus responsable de présentations dystociques.

Lehman [40] retrouve 10% de présentations dystociques sur une série de 183 patientes âgées de plus de 40 ans alors que ce taux est de 3% dans la population témoin.

Milner M. et Coll. [45] en Irlande notent un taux de 12,5% de présentations dystociques chez les femmes de 40 ans et plus contre 3,9% chez les femmes de moins de 40 ans.

Les présentations dystociques sont plus fréquentes chez les grandes multipares présentant une atonie utérine

Les présentations transversales chez les parturientes d'âge supérieur ou égal à 40 ans (7,3%) sont 2 fois plus fréquentes que chez les témoins (3,4%).

Yassoua [63] trouve un taux de 1,84% de présentation transversale chez les cas contre 0,98% dans la série témoin.

La présentation du siège est également plus fréquente chez les femmes d'âge supérieur ou égal à 40 ans que chez les témoins.

Pour certains auteurs, elle est 2 à 3 fois plus fréquente.

Gillet [26] trouve 7% de présentations du siège, Henrion [30] trouve le siège dans 8 à 10% chez les femmes d'âge supérieur ou égal à 40 ans contre 3% dans la série témoin.

Denax [20] trouve 5,08% du siège et Yassoua [63] note un taux de 7,94% de présentation du siège alors qu'il n'est que de 2,77% dans la série témoin.

Pour Tabaste [55], elle se justifie chez les grandes multipares par une hypotonie utérine alors que chez les primipares la responsabilité incombe à l'hypotrophie utérine rendant impossible la bascule physiologique du fœtus de la présentation podalique en présentation céphalique.

La présentation du front est 2,8 fois plus fréquente chez les cas et la face est aussi plus observée chez les parturientes d'âge supérieur ou égal à 40 ans que chez les témoins.

Yassoua [63] retrouve le front à 1,29% contre 0,29% chez les témoins.

Toutes ces présentations dystociques s'expliquent par l'atonie musculaire, les anomalies de la dilatation et les remaniements utérins (fibromes, cicatrices utérines).

IV-4- L'ACCOUCHEMENT PROPREMENT DIT

IV-4-1- LE TRAVAIL OBSTETRICAL

Les complications (dystocies) lors du travail sont statistiquement plus fréquentes chez les parturientes d'âge supérieur ou égal à 40 ans (39,2%) que chez les témoins (29,24%) .

Cela se justifiera t-il par un nombre important de césariennes ?

La revue de la littérature nous précise le caractère particulièrement long de ce travail aussi bien chez la primipare que chez la multipare.

Chez la multipare, Tabaste [55] et Grall [27] expliquent cette durée par la laxité anormale de l'utérus surdistendu, souvent fibromateux et fragilisé par les grossesses successives. On a alors des contractions insuffisantes en intensité, en fréquence et en durée responsables d'une dystocie dynamique.

IV-4-2- LE MODE D'ACCOUCHEMENT

Nos patientes ont été réparties en 3 groupes selon le mode de l'accouchement par :

- la voie basse normale ;
- extractions instrumentales ;
- les césariennes.

**a) L'accouchement par voie basse normale
et les extractions instrumentales**

La voie basse normale est le mode d'accouchement le plus fréquemment observé indépendamment de l'âge des parturientes.

Le taux d'accouchement par voie basse normale chez les témoins (68,9%) est plus élevé que chez les parturientes d'âge supérieur ou égal à 40 ans (58,1%).

Ce constat est vérifié par plusieurs auteurs [63, 21, 15].

Par contre, le taux d'extractions instrumentales chez les femmes d'âge supérieur ou égal à 40 ans (7,2%) est nettement plus élevé que chez les témoins (1,8%).

Cordeau R. [15] à Tours trouve un taux d'extraction par forceps de 3,38% plus élevé que dans la population générale où elle est de 1,8%. Yassoua à Abidjan (Côte-d'Ivoire) retrouve un taux d'extraction instrumentale de 2,75% chez les femmes d'âge supérieur ou égal à 40 ans contre 2,77% dans la population générale.

Pour Tabaste [55], les extractions instrumentales apparaissent globalement moins fréquentes que dans la population générale.

D'autres auteurs trouvent les taux d'extractions instrumentales suivants :

- Spellacy [54] trouve 10% chez les cas contre 13% chez les témoins
- Milner [45] trouve 13,3% chez les cas contre 21% chez les femmes moins de 40 ans
- Denax [20] note 3% chez les cas contre 10,7% dans la population générale.

b) L'accouchement par voie haute

L'accouchement par voie haute est plus fréquente chez les parturientes d'âge supérieur ou égal à 40 ans (33,33%) que chez les témoins (28,5%) mais la différence n'est pas statistiquement significative.

Ce taux d'accouchement par voie haute chez les parturientes d'âge supérieur ou égal à 40 ans est élevé car étant le reflet de nombreuses dystocies rencontrées lors du travail, des pathologies maternelles associées, une insuffisance en CPN et un bas niveau socio sanitaire.

Le taux d'accouchement par césarienne est dans cette population particulièrement élevé puisqu'il varie selon les auteurs entre 15 et 40% avec des valeurs encore plus élevées chez la primipare âgée où il atteint 50 voire 70% pour Baudet [20].

Des auteurs présentent des taux de césariennes assez proches du nôtre tel que Yassoua en Côte-d'Ivoire (30,12% contre 26,8%), Blanc (29%) et Milner en Irlande (24,3%) contre 11,74% chez les moins de 40 ans).

Par contre, d'autres trouvent des valeurs légèrement plus basses comme Guin [29] à Besançon (24,6%), Denax [20] à Limoges (16,9%) et Dumont [23] à Lyon (19%).

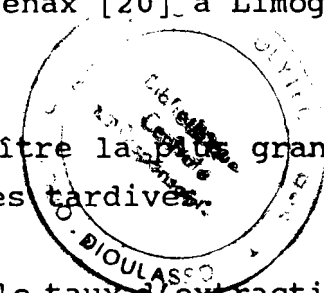
Les auteurs sont unanimes pour reconnaître la ~~grande~~ grande fréquence des césariennes dans les grossesses tardives.

Pour la plupart des séries européennes, le taux d'extraction par césarienne chez la primipare âgée dans cette tranche d'âge reste plus élevé que chez la multipare.

Ainsi 50% de primipares âgées ont accouché par césarienne dans la série de Denax [20], Blanc [7] trouve 34% de primipares et Yassoua [63] note 71,42% de primipares, taux voisin de Baudet [8] qui observe 75% .

Pour J. Oswald [34] en Australie du Sud, le taux de césarienne chez les primipares âgées est de 37,1% contre 21,2% chez les plus jeunes.

Si Kirz [36] annonce 40% de césariennes chez les primipares et 35% chez les multipares, il est intéressant de noter que la moitié des indications de césariennes chez ces dernières sont des césariennes antérieures et que le taux de "première césarienne" est de 16% .



Par contre chez nous, les ruptures utérines (27,8%) se placent au 1er rang des indications. Pour Dembélé [19], les ruptures utérines sont à craindre chez les multipares et il note que 54,9% des ruptures utérines surviennent chez ces dernières.

IV-5- COMPLICATIONS DE LA DELIVRANCE ET ETUDE DES SUITES DE COUCHES

Les complications de la délivrance sont statistiquement plus fréquentes chez les femmes d'âge supérieur ou égal à 40 ans (4,95%) que chez les témoins (0,9%) .

Elles sont fréquentes après 40 ans du fait de la mauvaise qualité du muscle utérin et il faudra toujours prévoir la possibilité d'une hémorragie de la délivrance par rétention placentaire (accréta, incréta percréta) ou par inertie utérine [38].

L'étude de Yassoua [63] montre qu'il y a une fréquence élevée d'hospitalisation des suites de couches pathologiques soit 48,61% des accouchements.

Par ailleurs, il n'y a pas d'altération de la lactation après 40 ans.

Mais le risque thrombo embolique par contre est ici majeur surtout s'il existe un terrain variqueux.

Alment E.A. repris par Cordeau [14] montre que les phlébites apparaissent après l'accouchement et se voient chez la multipare ; et ce risque serait augmenté par l'usage des oestrogènes pour diminuer la lactation.

Lehman [40] retrouve un risque 2 fois plus important d'hémorragie du post partum et un risque infectieux (endométrite, pyélonéphrite) 7 fois plus important que dans la population témoin.

IV-6- PRONOSTIC MATERNEL

LA MORTALITE MATERNELLE

La mortalité maternelle est plus élevée chez les gestantes d'âge supérieur ou égal à 40 ans (3,77% soit 1 décès pour 27 femmes dans cette tranche d'âge) que chez les témoins (2,64% soit 1 décès pour 38 femmes) mais cette différence n'est pas statistiquement significative.

La forte mortalité maternelle dans ce service est un signe du bas niveau socio-sanitaire de la région (manque d'équipement, insuffisance de couverture de CPN, évacuations tardives, pauvreté de la population).

La mortalité maternelle des gestantes d'âge supérieur ou égal à 40 ans dans notre étude (3,77%) est supérieure à celle trouvée par Yassoua au CHU de Cocody soit de 1,1% pour 6 décès sur 541 femmes.

Selon Tabaste [55] la mortalité maternelle est actuellement négligeable dans les pays nantis en raison de la meilleure surveillance de la grossesse et de l'accouchement.

Le taux de décès à partir de 40 ans est 3 à 5 fois supérieur à celui des tranches d'âge inférieur à 40 ans, la mortalité de la population témoin se situant à près de 10 pour 100.000 [55]

Le taux de mortalité maternelle est en France de 18,3 décès pour 100.000 naissances.

Ce résultat est aussi supérieur à celui d'autres européens comme l'Angleterre soit de 11 pour 100.000.

En moyenne, la grossesse et l'accouchement entraînent le décès d'une femme sur 21 en Afrique, d'une sur 54 en Asie, et d'une sur 73 en Amérique Latine [52].

Ce genre de décès correspond à une femme sur 10.000 en Europe.

La mortalité maternelle augmente de façon considérable passé l'âge de 40 ans.

V-1- POIDS DE NAISSANCE

Le taux des nouveaux-nés de mères d'âge supérieur ou égal à 40 ans ayant des poids de naissance supérieurs ou égaux à 2 500 g (82,46%) est plus fréquent que dans la population témoin (81,88%) mais la différence n'est pas statistiquement significative.

Le poids moyen des nouveau-nés de mères supérieur ou égal à 40 ans est de 2 916,54 g contre 2 850 g dans la population des femmes ayant 20-35 ans.

Nos résultats se rapprochent de ceux de Yassoua [63] qui retrouve un poids moyen de naissance de 3 100 g et 83,17% des nouveaux-nés de mères supérieur ou égal à 40 ans ont un poids supérieur ou égal à 2 500 g.

Les résultats sur les poids de naissance sont diverses selon les études.

L'étude Américaine multicentrique de Spellacy [54] mentionne un poids moyen de naissance de 3 221 g pour le groupe témoin et de 3 344 g pour le groupe étudié.

Mais une étude plus fine comme celle de Friede [25] comparant entre elles des sous-populations dont les âges sont répartis en intervalles plus étroits, permet de montrer que le risque d'avoir un enfant de poids inférieur à 2 500 g augmente avec l'âge.

Cette proportion qui est de 4,2% entre 25 et 29 ans augmente de manière significative entre 40 et 49 ans pour atteindre 6,4%

Denax [20] A. retrouve 6,7% des nouveaux-nés ayant un poids inférieur à 2 500 g dans la série des femmes de 40 ans et plus.

Une étude faite à Chicago pour Kwag-Sun-Lee et Coll.[37] sur l'incidence des petits poids de naissance à terme en fonction de l'âge maternel démontre les résultats ci-après :

- . Le taux d'enfants avec poids de croissance en dessous de la moyenne était plus élevé chez les mères de 17 ans ou moins (3,2%) et ce taux diminue progressivement avec l'âge maternel jusqu'à 34 ans (1,3%). Après 34 ans, il y avait une légère augmentation du taux (1,7%).
- . Le poids de naissance en dessous de la moyenne est lié à des facteurs maternels parmi lesquels la race noire, les célibataires, le bas niveau d'éducation, la multiparité et un suivi prénatal insuffisant.

Cette équipe de Chicago explique que le faible poids de naissance chez les plus jeunes mères est signe d'une mauvaise situation socio-économique et socio-médicale.

Par contre il est dû à une réduction du potentiel de développement foetal pendant la période avant la ménopause. Deux facteurs sont responsables du retard de croissance intra utérin chez les femmes âgées :

- . une mauvaise nutrition maternelle, (le fait de fumer, l'abus de médicaments, l'alcoolisme) ;
- . les complications au cours des grossesses telles que la toxémie, HTA chronique.

V-2- LA PREMATURITE

Le taux de prématurité chez les femmes d'âge supérieur ou égal à 40 ans (10,36%) est supérieur à celui des témoins (6,6%) mais cette différence n'est pas statistiquement significative.

Les conditions défavorables des femmes et les fréquentes complications obstétricales justifient ce taux de prématurité assez élevé.

Des auteurs notent des taux de prématurité supérieurs au nôtre tels que Mutombo au Bénin (16,22%), Yassua en Côte-d'Ivoire (16,08%), Henrion à Paris [30] (15%) et Milner [45] en Irlande (15%).

été observés par les auteurs suivants :

Gillet [26] 10%, Dumont [23] 7%, Darbois [15] 5,7% et Denax [20] 3,3% .

Pour ce qui est de la prématurité, des auteurs montrent que la primiparité constitue un facteur indiscutable.

Blanc [7] retrouve 29,6% d'accouchements prématurés chez les primipares âgées.

Oswald [34] de son étude conclut que les nouveaux-nés des primipares âgées ont plus de risques d'être prématurés ou d'avoir des poids de naissance en dessous de la moyenne.

La prématurité chez les primipares âgées a été 4 fois plus fréquente que chez les jeunes primipares dans l'étude dirigée par Tuck S. et Coll [61]. (6% contre 1,5%).

Et Tulasne [62] stipule que "le risque de la grossesse après 40 ans ne réside pas que dans le mongolisme mais dans la prématurité.

Une partie des naissances prématurées s'expliquerait par la béance cervico-isthmique se retrouvant plus souvent après 40 ans qu'avant, créée par des manoeuvres lors d'un accouchement ou d'un avortement.

V-3- LES MALFORMATIONS

Les malformations foetales sont plus fréquentes chez les femmes d'âge supérieur ou égal à 40 ans (3,15%) que chez les témoins (0,1%) pour les malformations non liées à une anomalie chromosomique.

De nombreux auteurs classent les malformations foetales au 1er rang des complications foetales.

Le risque d'avoir un enfant malformé n'est certainement pas le plus fréquent de la grossesse après 40 ans. Certes, c'est le risque le plus redouté.

malformations se situerait aux alentours de 5% pour Tournaire [20].

BAIRD et Coll.[2] ont trouvé 4,65% .

Yassoua [63] a relevé un taux de 1,66% de malformation contre 0,7% dans la série témoin.

Des études similaires d'autres auteurs donnent les résultats suivants : 1,8% pour Gillet [26], 3,4% pour Horger [33], 6% pour Kajanoja [35], et 8,8% pour Blanc [7].

Pour Baudet [1], l'hypothèse la plus vraisemblable du phénomène malformatif semble être le vieillissement de la cellule germinale féminine au cours de la vie génitale.

Pour ce qui est des malformations liées à une anomalie chromosomique, nous n'avons pu identifier aucun cas compte tenu de nos conditions actuelles de travail.

Ces anomalies chromosomiques sont découvertes lors du diagnostic anténatal dont 2 techniques sont proposées (amniocentèse et choriocentèse).

L'âge maternel (≥ 38 ans) et les marqueurs sérologiques (Alpha foeto-protéine, l'Hormone Chorio Gonadotrophine, oestriol) sont les principaux indicateurs du diagnostic anténatal [11] [24].

La trisomie 21 représente la majorité des anomalies chromosomiques.

Pour le Down's syndrome des auteurs tels que Tay Y. et William YIP [57] ont établi une fonction mathématique pour l'âge maternel.

V-4- PRONOSTIC FOETAL

Les risques foetaux au cours des grossesses tardives restent bien réels et de nombreux facteurs peuvent retentir sur le pronostic.

Il en découle des conséquences qui sont la grande morbidité, la prématurité et l'importante mortalité foetale.

Le taux de morbidité néonatale chez les femmes d'âge supérieur ou égal à 40 ans (42,79%) est plus important que chez les témoins (26,03%) et cette différence est très statistiquement significative.

Cela se justifie par l'importance des enfants prématurés, de malformés chez les cas.

Les femmes d'âge supérieur ou égal à 40 ans présentent plus de pathologies obstétricales.

Dans la série de Yassoua [63], la morbidité néonatale trouvée est de 29,39% contre 23,08% dans la série témoin.

Pour Denax, le taux de nouveaux-nés ayant un Apgar inférieur à 7 à une minute, corrélié à la morbidité néonatale est de 5% .

Pour Gillet [26] elle est de 12% .

La morbidité néonatale est respectivement de 11,8% pour Guin [29] et 15,1% pour Horger [33], Blanc [7] retrouve là aussi un risque majoré pour les enfants de primipares âgées soit de 29,7% de morbidité néonatale contre 8,8% pour l'ensemble des parturientes âgées de plus de 40 ans.

Il est intéressant de noter comme Kirz [36], que lorsque l'on exclut de l'étude les patientes atteintes d'hypertension gravidique ou de diabète, il n'existe alors plus de différence significative entre la morbidité et la mortalité néonatale des enfants de mères de plus de 40 ans et celles observées dans la population des gestantes tout âge confondu. Ce qui confirme bien la valeur pronostique du terrain.

La morbidité néonatale est élevée dans les grossesses tardives par rapport à la population et celle-ci est d'autant plus grande que les conditions de vie des femmes sont défavorables [20].

a) La mortinatalité

Elle est statistiquement plus importante chez les nouveaux nés de mères d'âge supérieur ou égal à 40 ans (28,82%) que chez les témoins (16,98%).

Yassoua [63] trouve une fréquence de 20,14% de mortinatalité chez les femmes d'âge supérieur ou égal à 40 ans contre 15,51% dans la population témoin.

Dans les séries européennes, la mortinatalité est inférieure à celle notée en Afrique.

Lehman [40] retrouve une mortalité foetale in utéro de 3%, ce taux passant à 6% en cas de pathologie préexistante à la grossesse, le pourcentage de morts in utéro de la population témoin était de 0,9%.

Palliez [50] évoque que chez la grande multipare les causes essentielles de la mortalité foetale sont la prématurité, la pathologie médicale maternelle, le placenta inséré bas et l'hématome retroplacentaire.

b) La mortalité néonatale précoce

Elle est 2,6 fois statistiquement plus fréquente chez les femmes d'âge supérieur ou égal à 40 ans (4,5%) que chez les témoins (1,69%). Pour Yassoua, la mortalité néonatale est de 4,86% contre 2,46% dans la série témoin.

Dans la plupart des séries européennes, le taux oscille entre 2 et 5%, Friede [25] aux USA la situe entre 1 et 1,5% après 40 ans.

Des études d'autres auteurs ont trouvé des taux de mortalité néonatale suivants :

- 2% pour Darbois [16]
- 2,8% pour Kajanoja [35]
- 3,2% pour Maillet [43]
- 4,5% pour Denax [20] et 10,1% pour Horger [33].

Cette mortalité néonatale est en grande partie imputable à la prématurité, aux souffrances foetales chroniques.

Une part moindre mais non négligeable revient aux malformations létales ayant échappé au diagnostic anténatal.

En effet, en cas d'hypotrophie, il existe chez les enfants de mères âgées de plus de 40 ans une surmortalité néonatale ainsi, le risque relatif de décès par rapport à celui des hypotrophes de la population témoin est-il de 1,35 [21].

CONCLUSION GENERALE

ET

SUGGESTIONS

CONCLUSION

Notre étude rétrospective s'étalant sur une période de 36 mois (du 1er/01/1990 au 31/12/1992) retrouve une fréquence de 2,81% des accouchements après 40 ans, assez voisine de celles retrouvées par d'autres auteurs.

A la lumière des résultats obtenus, la grossesse et l'accouchement après 40 ans est "à risques" tant au point de vue maternel que foetal dans notre contexte actuel.

Mais pour Darbois (Paris) la grossesse après 40 ans n'est plus une grossesse à hauts risques dans leur situation socio-sanitaire des pays européens nantis.

Le profil pathologique de ces femmes âgées, multipares semble bien caractéristique : H.T.A., toxémie gravidique avec ses complications habituelles, placentas praevias, fibromes utérins.

La grande fréquence des anomalies lors du travail (souffrances foetales, dystocies dynamiques, mécaniques et les présentations dystociques), dont le facteur commun paraît être l'altération du myomètre de la grande multipare conduit à une augmentation des césariennes, soit 33,33% .

Les ruptures utérines constituent la première indication des accouchements par la voie haute, soit 27,8% des cas.

Les complications foetales sont ici dominées par une forte morbidité, prématurité, un risque malformatif plus élevé conduisant à une importante mortalité foetale.

Le devenir des enfants nés de ces femmes est grévé d'anomalies morphologiques (3,15%). Le recours aux techniques de dépistages anténataux réduirait significativement les taux d'enfants nés malformés.

Ainsi pourra-t-on espérer voir ces femmes profiter pleinement de la joie d'être mères après 40 ans et accoucher dans les meilleures conditions possibles d'enfants désirés, qui de précieux deviendront de plus en plus ordinaires.

Mais pour le Professeur PAPIERNIK, pourquoi attendre si longtemps ?

SUGGESTIONS

La grossesse et l'accouchement de la femme de 40 ans et plus exposent à de nombreux "risques".

Afin de réduire le nombre des grossesses tardives chez les grandes multipares et améliorer le pronostic materno-foetal nous faisons les suggestions suivantes :

1. L'éducation pour la santé de la mère et de l'enfant.
Cette éducation pour la santé consistera à informer et à sensibiliser les femmes sur les risques que comporte une grossesse en âge très avancé.

Ce volet d'éducation pour la santé doit être intégré avec les activités des animatrices sociales communément appelées : "Pag-La-Yiiri".

L'éducation pour la santé redynamisera et renforcera les programmes de planification familiale, avec pour objectifs de :

- . Animer des rencontres débats sur la maternité à haut risque, notamment les grossesses tardives, en collaboration avec les associations féminines des villages et secteurs de villes.
- . Convaincre et amener plus de femmes aux consultations prénatales.
- . Préconiser et augmenter l'utilisation des méthodes contraceptives.

2. Créer des "villages obstétricaux" déjà souligné par DEMBELE [19].

C'est l'équivalent de "maternités d'attentes" pour les gestantes présentant des risques où elles passent les dernières semaines de leur grossesse sous la surveillance d'une personne qualifiée. Au moindre risque, il faut évacuer vers un centre médico-chirurgical.

3. Créer des antennes chirurgicales dans nos provinces afin d'éviter les évacuations sanitaires trop longues, pénibles et coûteuses.
4. Assurer la formation périodique par un recyclage du personnel de santé afin de :
 - . Poser urgemment le diagnostic des grossesses et accouchements à haut risque
 - . Reconnaître les dystocies obstétricales
 - . Apprendre à maîtriser les techniques d'utilisation des ventouses des forceps et de la symphyséotomie.
5. Préconiser au besoin la pratique de l'échographie chez les gestantes, qui permettra sans nul doute un diagnostic précoce des différentes anomalies.
6. Instaurer une surveillance rigoureuse en salle d'accouchement des parturientes de 40 ans et plus par les méthodes habituelles, et avoir des gestes faciles d'urgence.
7. Veiller à ce que les dossiers cliniques des patientes soient correctement faits notamment par les étudiants en médecine, sage-femmes et élèves infirmiers, et bien entretenus.

BIBLIOGRAPHIE

1. **Auzelle M.P. et TOURNAIRE M.**

Grossesse comportant un risque létal pour la mère
Revue. Prat. (Paris), 1987, 37,9 11 Fév.1987, 455-462

2. **BAIRD P.A, SADOVINICK A.D, YEE I.M.L.**

Maternal age and birth defects: a population study
THE Lancet (Canada) 1991, 337, N°8740, Mar, pp 527-530

3. **BAUDET J.H., PETER J, EYAUD J.P, VERGES O,
ET POUGET X.**

La grossesse après 40 ans
GAZ - MED. France, 6 Nov. 1981, 88 N°33, pp 4637-4640

4. **BEGUERI. F**

La grossesse et l'accouchement après la quarantaine
communication E.P.U. Lille 1973

5. **BERGER - CH, SOUTOUL J.H.**

Plaidoyer pour une politique cohérente à l'égard des grossesses.
Définition des risques authentiques
C.M. 19-6-1976 98 - 25 Concours Médical

6. **BIGGS J.S**

Pregnancy at 40 years and over
MED. J- AUST, 1, 542-555, 17 Mars 1973

7. **BLANC B, GAMERRE M, ADRAI J, et MERGER CH**

La primipare âgée
Revue Franç. Obstét, Fév. 1984, 79, N°2, 109-114

8. **BOUE A, MULLER F**

Stratégie pour la Sélection de grossesses à risque accru de trisomie 21 foetale
Pédiatrie 1991, 46, N°67 pp 527-532

9. **BRANDENBURG H, GHO C-G, JAHODA M.G.J, et al**

Effect of chorionic villus sampling on utilization of prenatal diagnosis in women of advanced maternal age
Clinical Genetics 1992, 41, N°5, May, pp 239-242
Pays-Bas

10. **KONE N, BOHOSSOU K. M, SANGARET M.A.**
Diabète et Grossesse
Revue Med. Côte d'Ivoire N°75, 40-47
11. **BRIARD M.L, BOUE A. (1990)**
Vers une plus grande efficacité du diagnostic anténatal des anomalies chromosomiques: Importance des signes d'appel IN:
Journées parisiennes de Pédiatrie - Flammarion
Médecine - Sciences, Paris, 99-106
12. **CASPI.E ET LIFSHITZ Y.**
Delivery at 40 years of age and over.
Israel J.Med. SC, Mai 1979, 15, n°5, 418-421
13. **CHANY Y, SOUTEYRAND PH, MEYER JL, COLLAGNE C, et BRUHAT M.A**
Prise en charge commune des grossesses à risque par le Médecin Généraliste et l'Obstétricien
Rev. Prat. (Paris), 1987, 37, 9 - 11 Fév. 1987
14. **CORDEAU Roland**
L'accouchement et l'Enfant de la parturiente de plus de 40 ans
Thèse: Université François RABELAIS
Faculté de Médecine de Tours:
15. **DARBOIS Y, LEFEVRE G, VAUTHIER et CAMUS S.**
La grossesse après 40 ans n'est plus une grossesse à haut risque
Rev. Prat. (Paris), 1987, 37, 9 - 11 Fév. 1987, 481 - 487
16. **DE LEE J.B., GREENHIL J.P**
Principles and practice of obstetrics
W.B. Saunders Company, ed, Philadelphia, 1947
17. **DELECOUR M**
La grossesse et l'accouchement après la quarantaine
Presse Med, 11 Mai 1963, 71 n°23, 1179-1181
18. **DELECOUR M.**
Accouchement Prématuro Spontané
E.M.C. 5076 - A10 10 - 1969 Page 5

19. DEMBELE Adama

Evolution des Ruptures Utérines traitées en dix ans à la maternité du CHN-Y.O de Ouagadougou Burkina Faso

Thèse: Université de Ouaga
Faculté des Sciences de la Santé
n°2 28-11-1991

20. DENAX A, GACHE P, MAUTALEN F, et al

Grossesse et Accouchement après 40 ans
Journal de Gynécol, Obstétrique et Biologie de la Reproduction 1989, 18, n°2, pp 213-221

21 DIRECTION DES ETUDES ET DE LA PLANIFICATION

Ministère de la Santé, de l'Action Sociale et de la Famille. (BURKINA FASO)
Statistiques Sanitaires 1990, Juillet 1992
n°109 9 Juin 1978

22. DUMONT M.

Les âges limites de la Procréation chez la femme âgée.
J. Med. Lyon Fr. 5 Nov. 1975, 56, n°1295, 1005-1009

23. DUMONT M, AUGE C

La grossesse après 40 ans
J. Med. Lyon 1985, 66, 239-250

24. FREZAL J. (Mod)

Diagnostic anténatal (Table Ronde III),
In Journées Parisiennes de Pédiatrie, 1990 Paris
13-14 Octobre 1990
Flammarion Medecine-Sciences (1990), pp 81-109

25. FRIEDE A, BALDWIN, RHODES PH, et al

OLDER Maternal age and infant mortality
in the United States.
Obstet.Gynecol. 1988, 72, 152-157

26. GILLET J.Y, GLIN G.E. et PIANO. F

La grossesse après 40 ans
Mise à jour n°95 - 103

27. GRALL.F

La grossesse et l'Accouchement chez la femme âgée
La femme et l'enfant, Sept. 1972, 6, n°4
237-251

La Femme de 40 ans aujourd'hui
Med. Prat., Dec. 1978, N°725, 10-12

29. GUIN M.

Problèmes posés par la grossesse après 40 ans
Thèse Médicale, Besangon, 1979

30. HENRION R.

La Femme de 40 ans et la Grossesse
Rev. Prat. (Paris) 15 Mai 1979, 29, n°28, 2291-2318

31. HENRION R.

La grossesse aux âges extrêmes de la vie génitale de
la femme
Concours Méd., 26 Dec. 1981, suppl n°47, 57,-61

32. HENRION R, CHAVINIE J.

Anomalies de l'insertion utérine de l'oeuf
Placenta Praevia
E.M.C. 5069 A10 6-1971 page 1

33. HORGER.E, SMYTHE A.R.

Pregnancy in Women over 40
Obstet. Gynecol., 1977, 49, 257-261

34. JONAS O., CHAN-A., RODER D. et al

Pregnancy outcomes in primigravid woemn aged 35 years
and over. in south Australia, 1986-1988
Medical journal of Australia Feb. 1991, 154, n°4
pp 246-249

35. KAJANOJA P, WIDDHOLM. O

Pregnancy an delivery in women aged 40 and over
Obstet-Gynecol., 1978, 51, 47-51

36. KIRZ DS, DORCHESTER W, FREEMAN R.K.

Advenced maternal age: The mature gravida
Am. J. Obstet-Gynec (United Stated), May 1985, 152,
n°1 7-12

37. KWANG-SUN LEE, FERGUSON R.M, CORPUZ M, et al

Maternal age and incidence of low birth weight at
terme : a population study
American Journal of Obstetrics and Gynecology
1988, 158, n°1 Jan; pp 84-89,

- . Une Hémorragie de la délivrance: Conduite à tenir
p.235
- . Les indications de l'extraction instrumentale p. 259

39. LAWRENCE R, WHARTON M.D.

Normal pregnancy with living children in women past
the age of fifth
Am. J. Obstét-Gyn, 1er Nov. 1964, 90, n°5, 672-681

40. LEHMANN D.K., CHISM J.

Pregnancy outcomes in medically complicated and
uncomplicated patients aged 40 years or older
American Journal of Obstetrics and Gynecology
Sept. 1987, 157, n°3, pp 738-742

41. LEWEIN D

Particularités de la grossesse et de l'accouchement en
rapport avec l'âge et la parité
E.M.C. 5049 C10 5.1965 page 1

42. MAHON R, FAUGERE G, NEURISSEM

Les primipares de plus de 40 ans
Rev. Fr. de gynécol 1967 n°7 p.8

43. MAILLET R, SCHAAL J.P, Colette C.

La grossesse après 40 ans, 631 Observations
Entretiens de Bichat Chirurgie - Spécialités 1985,
201-203

44. MERGER R, LEVY et MELCHIOR J

Précis d'obstétrique, 5° édition, Masson, Paris 1979
- Diabète et grossesse p. 515
- Obésité et grossesse p. 421
- Ruptures utérines p. 349
- Grossesses et Accouchements à risque élevé pp.
547-549

45. MILNER M, BARRY-KINSELLA.C, UNWIN A, et al

The Impact of maternal age on pregnancy and its
outcomes
International Journal of gynecology and
obstetrics
Irlande 1992, 38, N°4, Aug, pp. 281-286

46. MUTOMBO T.

La Gravido puerperalité chez les femmes âgées de 40
ans et plus
Thèse : Université Nationale du BENIN
F.S.S. n°209, 1984

47. NACOULMA S. DANIEL

Etude épidémiologique du placenta praevia hémorragique
au cours du travail à la maternité du CHN-SANON SOURO
de Bobo-Dioulasso (BURKINA FASO)

Thèse : Université de OUAGADOUGOU
F.S.S. n°8 15 Juillet 1992

48. OUEDRAOGO I. Boniface

Facteurs évitables de la mortalité maternelle

Thèse : Université de OUAGADOUGOU
F.S.S. n°9 22 Juin 1989

**49. PALLIEZ R, DELECOUR M, MONNIER J.C, BEGUERI
LEROY-P.Y, DALAGE B et ROUSSEK-M**

La Grande multipare - Antécédents-Evolution et
Complications de la gestation

Gynecol. Obstt. Paris 1971, T.70 n°3 pp.317-332

**50. PALLIEZ R, DELECOUR M, MONNIER J.C,
BEGUERI, LEROY-P.Y, DALAGE B et ROUSSEK-M**

La Grande multipare - l'accouchement de la grande
multipare - l'enfant de la grande multipare

Gynec-Obst. Paris 1971 70, n°4, 421-432

51. PAPIERNIK.E

Le travail et la grossesse

Rev. Prat. Paris 1987, 37, 9-11 Fév. 1987, 473,479

52. SANTE DE L'HOMME

ATTENDRE UN ENFANT

Mai-Juin 1992, n°299, pp 17-41

53. SHAPIRO H, LYONS.E

Late Maternal age post date pregnancy,

American Journal of obstetrics and Gynecology
1989, 160, n°4, Apr, pp. 909-912

54. SPELLACY W.N. MILLER S.J, WINEGAR M.

Pregnancy after 40 years of age

Obstet-Gynecol 1986, 68, 452-454

55. TABASTE J.L., DENAX A

Grossesse et Accouchement après 40 ans

E.M.C. Obstétrique 1991, 62, n°103, 5016 B10 4p.

56. TCHIBOZO DANIEL GBODJA

La Mortinatalité. Etude des facteurs de risque: à propos de 116 cas recensés de Juillet 1988 à Mars 1989 dans les maternités du CN.HU et des districts urbain 1 et 4 de Cotonou.

Thèse: Université Nationale du BENIN
F.S.S. Médecine Cotonou 1989 n°458

57. TAY.J.S H, YIP W.C.L

Mathematical function for maternal age in Down's Syndrome
Pediatric Research, 1984, 18, n°4, Apr. pp.375-377

58. THOULON JM et AMRAM P

La mort du foetus in utero
Rev. Prat. Paris, 1987, 37, 9-11 Fév. 1987, 447-452

59. TOURNAIRE M.

La grossesse à 40 ans et plus
Rev. Med. Paris, 21, 8-15 Sept. 1980, n°29,39,
1453-1456

60. TOURRIS-H, HENRION R, DELECOUR M.

Dépistage clinique des grossesses et accouchements à "hauts risques"
Abrégés-Gyn.Obst. 4^eédition Masson edit, Paris 1979
pp.193-195

61. TUCK S.M., YUDKIN P.L, TURNBULL A.C.

Pregnancy outcome in elderly primigravidae with and without a history of infertility.
British journal of Obstetrics and Gynecology
1988, 95, n°3, Mar pp. 230-237

62. TULASNE G. et JAMAIN B.

Considérations générales sur la grossesse et l'Accouchement de la primipare âgée
Rev. Prat. Paris 21 Oct. 1974, 24, n°47, 4117-4123.

63. YASSOUA YAO

Contribution à l'étude de la grossesse et de l'accouchement de la femme de 40 ans et plus.

Thèse: Université d'Abidjan
Faculté de Médecine 1987

ANNEXES

FICHE INDIVIDUELLE

N°

Nom : Prénoms : Age

Ethnie : Province (résidence) :

Mode d'admission : Direct :

Transfert :

Evacuation :

Gestité : Parité : Enfants vivants :

Avortement :

Utérus cicatriciel :

Pathologie médicale et/ou Gynécologique Associée :

Nombre de consultation prénatale :

Age gestationnel : Mois :

Pathologie liée à la grossesse :

Toxémie : H.R.P. : Eclampsie :

P.P. : R.O.M. : Avortement :

Autres :

Accidents lors du travail :

Dystocie dynamique :

Dystocie mécanique :

Rupture utérine :

Hémorragie :

Autres :

Présentation du mobil foetal :

Mode d'accouchement : Eutocique :

Dystocique :

Césarienne : Indication :

Délivrance : Normale : Compliquée :

Type de complication

:

Nouveau-né : Vivant : Mort-né :

Apgar :

Réanimation du nouveau-né

Poids de naissance :

Transfert du nouveau-né en Néonatalogie

Etat du nouveau-né dans les 48 H :

vivant :

décédé :

Pathologie du nouveau-né :

Décès maternel :

Ethiologie :

VU ET PERMIS D'IMPRIMER

VU

LE DIRECTEUR DE THESE

LE PRESIDENT DU JURY

VU

LE DOYEN DE LA FACULTE DES SCIENCES DE LA SANTE

Grossesse et accouchement de la femme de 40 ans et plus
à la maternité du C.H.N.Y.O. 64 pages - 4 figures -
23 tableaux

Th. Méd. N° 24 Ouaga, 1993.

RESUME

L'étude rétrospective sur la grossesse et l'accouchement de la femme d'âge supérieur ou égal à 40 ans à la maternité du Centre Hospitalier National Yaigado Ouedraogo sur une période de 3 ans, nous a permis de mettre en évidence de nombreuses complications. Les complications maternelles couramment rencontrées sont les syndromes vasculo-rénaux et les placentas praevias avec une fréquence supérieure à celle de la série témoin.

Ces différentes complications aggravent l'évolution de la grossesse et justifient ainsi une forte mortalité maternelle de 3,77% (soit un décès pour 27 femmes) chez les gestantes de 40 ans et plus.

Sur le plan foetal on note une fréquence élevée de la prématurité, de la morbidité et des malformations, témoignant de l'importance de la mortalité foetale.

L'accouchement est pénible et les diverses dystocies au cours de celui-ci occasionnent beaucoup de césariennes soit 33,33% des accouchements chez les femmes d'âge supérieur ou égal à 40 ans.

MOTS CLES : Grossesses tardives - Syndromes vasculo-rénaux

Placentas praevias - Césariennes

Mortalité maternelle.

Prématurité - Malformation - Mortalité foetale.

DATE DE SOUTENANCE : 12 Octobre 1993

JURY :

PRESIDENT : Pr. Agr. A. SAWADOGO

MEMBRES : Dr. I. SAWADOGO

Dr. J. SANOU

Dr. J. LANRKOANDE

ADRESSE DE L'AUTEUR : ZONGO G. FRUCTUEUX

02 B.P. 5065

Ouagadougou 02