

**GROSSESSE ET ACCOUCHEMENT CHEZ LA FEMME DE 40 ANS ET PLUS: ETUDE
RETROSPECTIVE A LA MATERNITE DU CHU DE COCODY.**

**PREGNANCY AND CHILDBIRTH IN WOMEN AGED 40 YEARS AND OLDER: A
RETROSPECTIVE STUDY AT THE MATERNITY TEACHING HOSPITAL OF COCODY.**

LOUÉ V, EFOH D, KOUAMÉ A, KOIMÉ H, GBARY E, KOUAKOU F.

- Université de Cocody, UFR des Sciences Médicales
- Département Mère-Enfant, BP V 13 Abidjan 01

Service de Gynécologie Obstétrique, CHU de Cocody

Correspondance : Dr LOUÉ V/Email: drlouevedi@yahoo.fr

RESUME

Contexte : la grossesse et l'accouchement à 40 ans et plus apparaît comme une grossesse à risque élevé.

But: Évaluer les risques associés aux grossesses tardives dans notre service.

Patientes et méthode: Etude rétrospective de type cas-témoins qui s'est déroulée sur deux ans dans le service de Gynécologie et d'Obstétrique du CHU de Cocody. Cent quatre vingt trois (183) femmes de 40 ans et plus ont été comparées à 549 témoins de moins de 40 ans. La relation entre l'âge maternel et les différents risques a été étudiée en utilisant le test de Chi 2 au seuil significatif $p < 0,05$.

Résultats: La grossesse et accouchement chez la femme de 40 ans et plus s'accompagne d'une augmentation des pathologies sur grossesse (27,30% versus 6,74% ; $p=0,000$), d'une augmentation de la prévalence d'intervention chirurgicale (taux de césarienne 4 fois plus élevé que chez les témoins ; 4 hystérectomies pour rupture utérine). Les complications maternelles postopératoires sont 3 fois plus importantes (16,93% versus 4,73% ; $p = 0,000$). Le risque de mortalité néonatale est plus élevé chez les cas que chez les témoins (21,90% de décès fœtaux versus 6,19%).

Conclusion: La grossesse après 40 ans est une grossesse à risque élevé. Elle est associée à l'augmentation des prévalences des pathologies sur grossesse, à l'augmentation du taux de césarienne et à l'augmentation de la morbi-mortalité néonatale.

Mots-clés : grossesse après 40 ans, accouchement après 40 ans, risques materno-foetal

SUMMARY

Background: Pregnancy and childbirth to 40 years and over seems like a high-risk pregnancy.

Purpose: To assess the risks associated with late pregnancies in our Department.

Patients and method: Retrospective case-control study, which took place over two years in the Department of Gynecology and Obstetrics of the University Hospital of Cocody. Hundred eighty three (183) women aged 40 years and older were compared with 549 witnesses under 40 years. The relationship between maternal age and the different risks has been studied using the Chi 2 test with significance level $p < 0.05$.

Results: Pregnancy and childbirth in women aged 40 years and older is accompanied by an increase in diseases of pregnancy (27.30% versus 6.74%, $p = 0.000$), an increased prevalence of surgery (Caesarean rate four times higher than in controls, 4 hysterectomies for uterine rupture). Maternal complications are postoperative three times higher (16.93% versus 4.73%, $p = 0.000$). The risk of neonatal mortality is higher in cases than in controls (21.90% of fetal deaths versus 6.19%).

Conclusion: Pregnancy after age 40 is a high-risk pregnancy. It is associated with increased prevalence of diseases of pregnancy, the increased rate of cesarean section and increased neonatal morbidity and mortality.

Key-words: pregnancy after 40, delivery after 40 years, maternal and fetal risk.

INTRODUCTION

L'obstétrique moderne, les progrès de l'imagerie in utero et du diagnostic anténatal, permettent aux femmes de 40 ans et plus d'envisager sereinement une maternité. En Cote d'Ivoire, l'incidence des grossesses chez les femmes âgées était estimée en 2005 à 2,99% avec une fréquence de grande multiparité supérieure à 90%⁹. Certains auteurs africains estiment que les problèmes posés par les grossesses après 40 ans demeurent entiers ; particulièrement dans un contexte socioculturel où les méthodes contraceptives sont le plus souvent ignorées ou délibérément rejetées^{8,12}.

L'objectif général de ce travail était d'étudier les caractéristiques sociodémographiques de la grossesse et de l'accouchement chez les femmes à partir de 40 ans et plus, de répertorier les pathologies rencontrées, d'identifier les caractéristiques de la parturition et d'évaluer le pronostic fœto-maternel.

I- PATIENTES ET METHODE

Il s'agit d'une étude rétrospective, de type cas-témoins, qui s'est déroulée du 1^{er} Janvier 2004 au 31 Décembre 2005 soit sur une période de 2 ans. Notre étude a été réalisée dans le service de Gynécologie et d'Obstétrique du CHU de Cocody. L'étude a porté sur 183 patientes dont l'âge était supérieur ou égal à 40 ans et dont le suivi prénatal et l'accouchement se sont déroulés dans notre service. Nos témoins ont été recrutés comme suit : trois (3) patientes ayant accouché à la suite d'un cas dont l'âge était inférieur à 40 ans. Ainsi 183 patientes de 40 ans et plus ont été comparées à 549 témoins. Le profil des mères, le suivi prénatal et les pathologies associées, la parturition, la morbidité et la mortalité materno-fœtale ont été les paramètres étudiés. L'analyse des données a requis l'usage de deux méthodes statistiques: le calcul de proportion et l'interférence statistique. Ces méthodes ont permis d'étudier les facteurs de risque à l'aide du test de Chi carré (X^2). Le test était significatif au seuil $\alpha = 5\%$ ($p=0,05$).

II. RESULTATS

II.1-Fréquence

Au total, 183 cas de parturientes âgées de 40 ans et plus ont été colligées sur un total de 6530 accouchements durant la période d'étude; soit une fréquence de 2,8%.

II.2-Caractéristiques sociodémographiques

-L'âge moyen des parturientes était de 41 ans 7 mois (extrêmes de 40 ans et 49 ans). Le tableau suivant donne la répartition selon l'âge.

Tableau 1 : Répartition des patientes selon l'âge

Age (ans)	Effectif	%
40	72	39,34
41	34	18,58
42	30	16,39
43	16	08,74
44	12	06,56
45	08	04,37
>45	11	06,2
Total	183	100

-selon le niveau d'instruction, plus de la moitié de la population d'étude (53%) était non scolarisée versus 26% dans la population témoin ($p=0,000$). Aussi le niveau d'instruction était plus élevé (30,12%) versus 13,12% chez les témoins ($p=0,000$). Selon la profession, la majorité des cas (56,28%) était des femmes au foyer contre 31,8% chez les témoins ($p=0,000$).

II.3-Le suivi prénatal

Le suivi prénatal est d'autant plus important qu'il donne le reflet de la prise en charge des pathologies sur grossesse. Le tableau 2 donne la répartition des patientes selon le nombre de consultation prénatal (CPN) et le tableau 3 répartit les patientes selon les pathologies observées au cours de la grossesse.

Tableau 2 : Répartition en fonction du nombre de CPN

Nombre de CPN	Cas		Témoins		P
	Effectif	%	Effectif	%	
< 4	85	46,45	156	28,42	0,00 S
4	98	53,55	393	71,58	0,00 S
Total	183	100	549	100	

Tableau 3 : Répartition des patientes selon le type de pathologies au cours de la grossesse

Type de pathologie	Cas		Témoins	
	Effectif	%	Effectif	%
Syndromes vasculo-rénaux	9	18	18	48,65
Diabète	-	2	-	-
Anémie	1	2	6	16,22
Paludisme	37	74	-	-
Béance cervico-isthmique	1	2	-	-
Infection urinaire	1	2	11	29,73
Crise drépanocytaire	-	-	2	5,4
Total	50	100	37	100

Les pathologies au cours de la grossesse ont été observées chez 27,30% des cas contre 6,74% chez les témoins (Chi 2 = 55,52, ddl=1, p=0,000). Elles sont dominées par les syndromes vasculo-nerveux (18%) et le paludisme (74%).

-La répartition des patientes selon la parité et l'âge gestationnel est répertoriée dans le tableau suivant :

Tableau 4 : Répartition des patientes selon la parité

Parité	Cas		Témoins		P
	n	%	n	%	
Nullipares (0)	11	6,01	254	46,27	0,00 s
Primipares (1)	23	12,57	149	27,14	0,00 s
Paucipares (2-3)	41	22,4	109	19,85	0,45 ns
Multipares (4-5)	38	20,77	30	5,46	0,00 s
Grandes multipares (>6)	70	38,25	07	1,28	0,00 s
Total	183	100	549	100	100

Dans la population d'étude, 70 patientes (38, 25%) étaient des grandes multipares tandis que chez les témoins, on observait plus de nullipares (46,25%).

-L'âge maternel n'avait pas influencé le terme de

la grossesse (Chi 2 = 2,35 ; ddl= 1 ; p = 0,12) ; 156 des nouveau-nés (soit 85,25 % des cas) avaient un terme normal contre 89,44%. Il n'y a pas de différence significative entre les deux groupes et 14,75% des nouveau-nés étaient des prématurés chez les cas contre 10,56% chez les témoins.

II.4- La parturition

On observait que 85,25% des cas avaient accouché par césarienne et 80,69% des témoins avaient accouché par voie basse (p = 0,000). Le taux de césarienne chez les cas était 4 fois supérieur à celui des témoins (85,25% versus 19,31%).

Quatre (04) patientes de la population d'étude ont présenté une rupture utérine dont 3 ont subi une hystérectomie d'hémostase.

II.5-Pronostic maternel et foetal

Pronostic maternel

Dans le post partum, 31 patientes de la population d'étude ont présenté des complications (16,93%) contre 26 témoins (4,73%), soit 3 fois plus de complications postopératoires que chez les témoins.

-Pronostic foetal

Presque la moitié (48,63%) des nouveaux nés issus de mères de 40 ans et plus avaient un poids de naissance < 3000g contre 49,91% dans la population témoin (p=0,76). La répartition des nouveaux nés selon l'Apgar est comme suit : plus de la moitié des nouveaux nés (69,40%) issus des témoins avaient un bon Apgar (7-10) à la première minute contre 47,54% chez les cas. On constate également que 21,86% de nouveaux nés chez les cas contre 7,65% chez les témoins avaient un Apgar compris entre 0 et 3 (CHI 2 = 14,46; ddl= 2; p=0,000) et 20,22% des nouveaux nés chez les cas contre 6,74% chez les témoins avaient un Apgar compris entre 0 et 3 à la cinquième minute (Chi 2 = 27,68 ; ddl = 2 ; p=0,000).

- On a noté plus de décès néonatal (40 décès) soit 21,90% chez les cas que chez les témoins (34) soit 6,19% (Chi 2 = 72,91 ; ddl=2 ; p=0,00).

III- DISCUSSION

III.1- Fréquence

La fréquence des accouchements chez les femmes de 40 ans et plus était estimée à 2,80% dans notre étude. Cette fréquence est comparable à celle de Tegan¹² 7% et de Mouso⁹ : 2,99%. Elle paraît légèrement

supérieure à celle de Mouunzil⁸ : 2% au Maroc. Ailleurs en Europe, les auteurs ont trouvé les fréquences suivantes : Haentjens⁹ : 2,08%, Dufour¹⁰ : 2,08%. Ce taux relativement faible et constant, s'explique par la baisse de la fécondabilité après 40 ans décrite dans la littérature (35% après 40 ans) et par la réputation de grossesses à risque que l'on lui attribuerait. Néanmoins cette fréquence est plus élevée en Afrique que dans les pays occidentaux. Sur le plan médical, cette tendance a été matérialisée avec l'introduction de la contraception orale, la légalisation de l'interruption volontaire de grossesse, le développement des techniques de procréation médicale assistée de plus en plus performantes et les avancées en obstétrique qui améliorent la sécurité de l'accouchement dans les pays développés¹¹. En Afrique par contre, les facteurs socioculturels expliquent la propension des femmes à procréer de la puberté à la ménopause.

III.2- Facteurs de risque

- Age

L'âge moyen des patientes était de 41 ans et 7 mois (extrêmes de 40 ans et 49 ans). Notre étude retrouve une décroissance rapide du nombre de grossesse avec l'âge. Cependant il a été enregistré 93,98% des grossesses entre 40 et 45 ans. Ce taux est légèrement inférieur à ceux de Mouso⁹ 97,50% et de Tegan¹² 98,50%. La grossesse après 45 ans est exceptionnelle, 6,02% dans notre série soit environ 16 fois moins fréquente entre 40 et 45 ans. Les études réalisées par Mouso⁵ et Tegan¹² et Mutombo donnent respectivement les taux suivants après 45 ans : 2,5% ; 1,95%. Quelque soit la population, les femmes ont eu en majorité quatre (4) CPN et plus. Ce qui est recommandé par la législation en Côte d'Ivoire. Au cours de notre étude, nous avons enregistré 46,45% de femmes qui ont eu moins de quatre consultations prénatales. Cette insuffisance de surveillance prénatale s'expliquerait par plusieurs raisons entre autre, la négligence des CPN par certaines gestantes multipares qui se considèrent « expérimentées en matière de grossesse »; le nombre de femmes analphabètes ou de femmes ayant un niveau intellectuel bas qui ne comprennent pas bien souvent les risques liés aux grossesses tardives et parfois les difficultés d'accessibilités de certains centres de santé (accessibilité géographique et financière).

- Niveau d'instruction scolaire et profession

Plus de la moitié des femmes de 40 ans et plus (53%) était sans niveau d'instruction contre 26% dans la population témoin avec une différence significative. Le niveau socio-économique modeste ajouté aux autres facteurs socioculturels est la cause de la pauvreté qui ressort souvent dans la plupart des études réalisées en Afrique noire^{2,6}. Quelque soit la population, les femmes des deux populations sont majoritairement issues d'un milieu social défavorisé. Ainsi l'on enregistre 56,28% contre 31,88% de femmes au foyer respectivement chez les cas et les témoins avec une différence statistiquement significative.

- La parité

En ce qui concerne la parité, l'on a enregistré une fréquence plus élevée de grande multipares 38,25% alors que chez les témoins on avait plus de nullipares 46,27%. Ce taux élevé de grandes multipares dans notre série est très inférieur à ceux de Tegan¹², 82,52%, et Mouso⁹, 68,70%. Cette fréquence élevée de grande multiparité dans les séries africaines pourrait s'expliquer par la culture pro-nataliste, par ailleurs une méconnaissance de la contraception voire son absence totale pour des motifs variés tel que par exemple l'arrivée d'un nouveau partenaire n'ayant encore aucun enfant.

III.3- Pathologies associées à la grossesse

Au cours de notre étude, nous avons noté 27,30% des femmes de 40 et plus qui avaient présenté une pathologie associée à la grossesse contre 6,74% chez les témoins avec une différence statistiquement significative. Parmi ces pathologies le paludisme vient au premier plan chez les cas avec un taux de 74% tandis que chez les témoins ce sont les syndromes vasculo- rénaux avec 48,65%. Le paludisme est suivi de syndrome vasculo-rénal représenté essentiellement par l'HTA avec 18% chez les cas. Les études faites par Denax¹³ et Mouso⁹ donnent l'HTA comme première pathologie associée à la grossesse tardive. Ils trouvaient respectivement 16,9% et 12,3%. L'âge de 40 ans et plus a été associé à l'augmentation des taux de diabète gestationnel chez les multipares et grandes multipares, du taux de diabète chronique, de l'hypertension gravidique et de pré-éclampsie dans l'étude de Roman¹⁰.

III.4- Modalité de l'accouchement

Au cours de notre étude, 14,75% des patientes de 40 ans et plus ont accouché par voie basse.

Notre fréquence est inférieure à celle retrouvée par Mouso et Tegnau qui ont enregistré respectivement 67,20%, 66,01%^{9,12}. Il en est de même pour celle de Denax 76,60% en Europe¹³. Ainsi, 85,25% d'interventions obstétricales ont été pratiquées chez les parturientes de 40 ans et plus contre 19,31% chez les témoins ($p=0,000$) soit 4 fois plus. Ce taux élevé d'extraction fœtale s'explique par le risque accru de présentation anormale, d'utérus cicatriciel, de pathologies gravidiques.

Il convient de dire que le comportement de l'obstétricien et l'anxiété de la gestante jouent certainement un rôle non négligeable^{15,16}. Dans l'étude de Roman, le taux d'extractions instrumentales était augmenté et le taux des césariennes est 2 fois supérieur chez les multipares et grandes multipares âgées¹⁰.

III.5-Pronostic materno-fœtal

Pronostic maternel

On a noté trois fois plus de complications du post-partum dans le groupe des 40 ans et plus que chez les témoins (17,49% contre 5,65%). La grossesse tardive apparaîtrait comme un facteur discriminatif dans l'existence des complications du post-partum. Celles-ci étaient dominées par l'HTA ; 46,88% suivie de l'éclampsie et de l'anémie. Cette prédominance de l'HTA est aussi retrouvée dans l'étude de Mouso⁹ et vient en deuxième position dans celle de Tegnau¹². Dans notre étude nous n'avons noté aucun décès maternel aussi bien chez les cas que chez les témoins. Néanmoins, il ne faut pas méconnaître les résultats de l'enquête épidémiologique réalisée par l'équipe de l'Unité INSERM 149 montrant que le risque de décès maternel est fortement corrélé à l'âge². Ce risque serait multiplié par 4 ou 5. Cette surmortalité est observée dans plusieurs pays et est indépendante du contexte sociodémographique³.

- Pronostic fœtal.

Le taux de prématurité dans notre étude était de 14,75% chez les cas contre 10,56% chez les témoins ($p=0,001$). Les taux sont variables dans la littérature africaine mais restent élevés⁴. Cette fréquence élevée de la prématurité pourrait s'expliquer par le manque de suivi prénatal afin de dépister les facteurs de risques et les intenses activités physiques quotidiennes sans aide. La morbidité néonatale évaluée par un indice

d'APGAR compris entre 0 et 3 à la cinquième minute est de 20,22% chez les cas contre 6,74% chez les témoins ($p=0,000$). Le classique risque malformatif n'a pas été retrouvé au cours de notre étude. Par contre Tegnau trouvait comme taux de malformations 3,77% et 4,6%¹². Des aberrations chromosomiques avaient été également retrouvées chez ces femmes de 40 ans et plus dans l'étude de Roman¹⁰. Le taux de mortalité néo-natale dans notre étude a été de 21,90% chez les cas et reste en effet très élevé par rapport à celui des témoins 6,19%. Roman confirme bien que le taux de mort fœtale est significativement augmenté chez les patientes de 40 ans et plus¹⁰. Cette mortalité élevée dans notre série serait en grande partie imputable à la grande incidence des souffrances fœtales liées aux dysgravidies et à l'âge avancé. Ce constat a été fait dans une étude portée sur plus de 94.000 naissances, ou Fretts et coll.⁷ avaient montré que l'âge maternel avancé était un puissant facteur de risque de mort fœtale in utero, après ajustement sur les autres facteurs de risque.

CONCLUSION

La grossesse après 40 ans et plus est une grossesse à risque élevé. Elle est associée à l'augmentation des prévalences des pathologies sur grossesse, à l'augmentation du taux de césarienne, à l'augmentation de la morbi-mortalité néonatale. Cependant une grossesse après 40 ans peut être difficile mais ne doit être ni une catastrophe ni une aventure périlleuse. Les patientes doivent bénéficier d'une information précise et d'un suivi médical et obstétrical attentif pour mener à bien une telle grossesse.

RÉFÉRENCES

- 1-Bianco A, Stone J, Lynch L, Lapinski R, Berkowitz G, Berkowitz RL. Pregnancy outcome at age 40 and older. *Obstet Gynecol* 1996; 87:917-22.
- 2-Bouvier-Colle MH, Pequignot F, Jouglu E. Mise au point sur la mortalité maternelle en France : fréquence, tendances et causes. *J Gynecol Obstet Biol Reprod* 2001; 30: 768-75.
- 3-Breart G. Delayed childbearing. *EUR J Obstet Gynecol Reprod Biol* 1997; 75: 71-3.
- 4-Denax A, Gache P, Mautalen F, Sevaud P. Grossesse et accouchement après 40 ans. *J Obstet Biol Reprod* 1989;18:213-21.
- 5-Dufour PH, Haentjens K, Vinatier D. La grossesse chez la femme de plus de 40 ans. *Contraception-Fertilité -Sexualité* 1997 ; 25, 6 : 415-22

- 6- Gilbert WM, Nesbitt TS, Danielsen B. Childbearing beyond age 40: pregnancy outcome in 24,032 cases. *Obstet Gynecol* 1999; 93: 9-14.
- 7- Fretts RC, Schmittiel J, McLean FH, Uscher RH, Goldman MB. Increased maternal age and the risk of fetal death. *N Engl J Med* 1995; 333: 953-7.
- 8- Mounzil C, Tazi z, El Barnoussi L, Bensaid FS, Alaoui MT. La grossesse après 40 ans : grossesse à risque ? *Rev fr Gynecol Obstet* 1998 ; 93,6 : 464-8.
- 9- Mousso NE. Accouchement chez la femme de 40 ans et plus. Mémoire médecine, université nationale de Cote d'Ivoire, 2005, n° 1016.
- 10-Roman H, Robillard P-Y, Julien C, Kauffmann E, Laffitte A and al. "Grossesse chez 382 femmes de plus de 40 ans: Etude rétrospective dans la population de L'île de la Réunion. *J Gynecol Obstet Biol Reprod*, 2004; 33, 7:615-22.
- 11-Stein Z, Susser M. The risks of having children in later life. *Bm J* 2000; 320: 1681-2.
- 12- Tegnan JA. Contribution à l'étude de l'accouchement chez la femme de 40 ans et plus. Mémoire médecine, université nationale de Cote d'Ivoire, 2000, n°683.