

ANNEE: 2013

THESE N°: 172

**GROSSESSE ET ACCOUCHEMENT  
CHEZ LA PRIMIPARE AGEE  
( A PROPOS DE 200 CAS)**

**THESE**

*Présentée et soutenue publiquement le :.....*

**PAR**

**Mlle. Fatima Zohra CHAMOUT**

*Née le 10 Juin 1986 à Tétouan*

*Médecin Interne du CHU Ibn Sina Rabat*

**Pour l'Obtention du Doctorat en Médecine**

**MOTS CLES:** Grossesse – Accouchement – Primipare – Complications.

**JURY**

**Mme. A. KHARBACH**

Professeur de Gynécologie Obstétrique

**PRESIDENT &  
RAPPORTEUR**

**Mr. B. RHRAB**

Professeur de Gynécologie Obstétrique

**Mr. R. SLIMAN BRAHMI**

Professeur de Gynécologie Obstétrique

**Mme. A. BARKAT**

Professeur de Néonatalogie-Pédiatrie

**JUGES**

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

سبحانك لا علم لنا إلا ما علمتنا  
إنك أنت العليم الحكيم

بِسْمِ اللَّهِ  
الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

سورة البقرة: الآية: 31

اللهم إنا نسألك علما نافعا و قلبا خاشعا و شفاء  
من كل واء و سقم





PUNIVERSITE MOHAMMED V- SOUISSI

FACULTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE - RABAT

DOYENS HONORAIRES :

1962 – 1969 : Professeur Abdelmalek FARAJ  
 1969 – 1974 : Professeur Abdellatif BERBICH  
 1974 – 1981 : Professeur Bachir LAZRAK  
 1981 – 1989 : Professeur Taieb CHKILI  
 1989 – 1997 : Professeur Mohamed Tahar ALAOUI  
 1997 – 2003 : Professeur Abdelmajid BELMAHI  
 2003 – 2013 : Professeur Najia HAJJAJ - HASSOUNI

ADMINISTRATION :

Doyen : Professeur Mohamed ADNAOUI  
 Vice Doyen chargé des Affaires Académiques et estudiantines  
 Professeur Mohammed AHALLAT  
 Vice Doyen chargé de la Recherche et de la Coopération  
 Professeur Jamal TAOUFIK  
 Vice Doyen chargé des Affaires Spécifiques à la Pharmacie  
 Professeur Jamal TAOUFIK  
 Secrétaire Général : Mr. El Hassane AHALLAT

PROFESSEURS :

Mai et Octobre 1981

Pr. MAAZOUZI Ahmed Wajih	Chirurgie Cardio-Vasculaire
Pr. TAOBANE Hamid*	Chirurgie Thoracique

Mai et Novembre 1982

Pr. ABROUQ Ali*	Oto-Rhino-Laryngologie
Pr. BENSOU DA Mohamed	Anatomie
Pr. BENOSMAN Abdellatif	Chirurgie Thoracique
Pr. LAHBABI Naïma	Physiologie

Novembre 1983

Pr. BELLAKHDAR Fouad	Neurochirurgie
Pr. HAJJAJ Najia ép. HASSOUNI	Rhumatologie

Décembre 1984

Pr. EL GUEDDARI Brahim El Khalil	Radiothérapie
Pr. MAAOUNI Abdelaziz	Médecine Interne

Pr. MAAZOUZI Ahmed Wajdi  
Pr. SETTAF Abdellatif

Anesthésie -Réanimation  
Chirurgie

### **Novembre et Décembre 1985**

Pr. BENJELLOUN Halima

Cardiologie

Pr. BENSALID Younes

Pathologie Chirurgicale

Pr. EL ALAOUI Faris Moulay El Mostafa

Neurologie

Pr. IRAQI Ghali

Pneumo-phtisiologie

### **Janvier, Février et Décembre 1987**

Pr. AJANA Ali

Radiologie

Pr. CHAHED OUZZANI Houria

Gastro-Entérologie

Pr. EL YAACOUBI Moradh

Traumatologie Orthopédie

Pr. ESSAID EL FEYDI Abdellah

Gastro-Entérologie

Pr. LACHKAR Hassan

Médecine Interne

Pr. YAHYAOUI Mohamed

Neurologie

### **Décembre 1988**

Pr. BENHAMAMOUCHE Mohamed Najib

Chirurgie Pédiatrique

Pr. DAFIRI Rachida

Radiologie

Pr. HERMAS Mohamed

Traumatologie Orthopédie

Pr. TOLOUNE Farida\*

Médecine Interne

### **Décembre 1989 Janvier et Novembre 1990**

Pr. ADNAOUI Mohamed

Médecine Interne

Pr. BOUKILI MAKHOUKHI Abdelali\*

Cardiologie

Pr. CHAD Bouziane

Pathologie Chirurgicale

Pr. CHKOFF Rachid

Pathologie Chirurgicale

Pr. HACHIM Mohammed\*

Médecine-Interne

Pr. KHARBACH Aïcha

Gynécologie -Obstétrique

Pr. MANSOURI Fatima

Anatomie-Pathologique

Pr. OUZZANI Taïbi Mohamed Réda

Neurologie

Pr. TAZI Saoud Anas

Anesthésie Réanimation

### **Février Avril Juillet et Décembre 1991**

Pr. AL HAMANY Zaïtounia

Anatomie-Pathologique

Pr. AZZOUZI Abderrahim

Anesthésie Réanimation

Pr. BAYAHIA Rabéa

Néphrologie

Pr. BELKOUCHI Abdelkader

Chirurgie Générale

Pr. BENABDELLAH Chahrazad

Hématologie

Pr. BENCHEKROUN Belabbes Abdellatif

Chirurgie Générale

Pr. BENSOUDA Yahia	Pharmacie galénique
Pr. BERRAHO Amina	Ophtalmologie
Pr. BEZZAD Rachid	Gynécologie Obstétrique
Pr. CHABRAOUI Layachi	Biochimie et Chimie
Pr. CHERRAH Yahia	Pharmacologie
Pr. CHOKAIRI Omar	Histologie Embryologie
Pr. JANATI Idrissi Mohamed*	Chirurgie Générale
Pr. KHATTAB Mohamed	Pédiatrie
Pr. SOULAYMANI Rachida	Pharmacologie
Pr. TAOUFIK Jamal	Chimie thérapeutique

### **Décembre 1992**

Pr. AHALLAT Mohamed	Chirurgie Générale
Pr. BENSOUDA Adil	Anesthésie Réanimation
Pr. BOUJIDA Mohamed Najib	Radiologie
Pr. CHAHED OUZZANI Laaziza	Gastro-Entérologie
Pr. CHRAIBI Chafiq	Gynécologie Obstétrique
Pr. DAOUDI Rajae	Ophtalmologie
Pr. DEHAYNI Mohamed*	Gynécologie Obstétrique
Pr. EL OUAHABI Abdessamad	Neurochirurgie
Pr. FELLAT Rokaya	Cardiologie
Pr. GHAFIR Driss*	Médecine Interne
Pr. JIDDANE Mohamed	Anatomie
Pr. OUZZANI TAIBI Med Charaf Eddine	Gynécologie Obstétrique
Pr. TAGHY Ahmed	Chirurgie Générale
Pr. ZOUHDI Mimoun	Microbiologie

### **Mars 1994**

Pr. AGNAOU Lahcen	Ophtalmologie
Pr. BENCHERIFA Fatiha	Ophtalmologie
Pr. BENJAAFAR Nouredine	Radiothérapie
Pr. BEN RAIS Nozha	Biophysique
Pr. CAOUI Malika	Biophysique
Pr. CHRAIBI Abdelmjid	Endocrinologie et Maladies Métaboliques
Pr. EL AMRANI Sabah	Gynécologie Obstétrique
Pr. EL AOUAD Rajae	Immunologie
Pr. EL BARDOUNI Ahmed	Traumato-Orthopédie
Pr. EL HASSANI My Rachid	Radiologie
Pr. EL IDRISSE Lamghari Abdennaceur	Médecine Interne
Pr. ERROUGANI Abdelkader	Chirurgie Générale
Pr. ESSAKALI Malika	Immunologie
Pr. ETTAYEBI Fouad	Chirurgie Pédiatrique

Pr. HADRI Larbi\*  
Pr. HASSAM Badredine  
Pr. IFRINE Lahssan  
Pr. JELTHI Ahmed  
Pr. MAHFOUD Mustapha  
Pr. MOUDENE Ahmed\*  
Pr. RHRAB Brahim  
Pr. SENOUCI Karima

Médecine Interne  
Dermatologie  
Chirurgie Générale  
Anatomie Pathologique  
Traumatologie – Orthopédie  
Traumatologie- Orthopédie  
Gynécologie –Obstétrique  
Dermatologie

### **Mars 1994**

Pr. ABBAR Mohamed\*  
Pr. ABDELHAK M'barek  
Pr. BELAIDI Halima  
Pr. BRAHMI Rida Slimane  
Pr. BENTAHILA Abdelali  
Pr. BENYAHIA Mohammed Ali  
Pr. BERRADA Mohamed Saleh  
Pr. CHAMI Ilham  
Pr. CHERKAOUI Lalla Ouafae  
Pr. EL ABBADI Najja  
Pr. HANINE Ahmed\*  
Pr. JALIL Abdelouahed  
Pr. LAKHDAR Amina  
Pr. MOUANE Nezha

Urologie  
Chirurgie – Pédiatrique  
Neurologie  
Gynécologie Obstétrique  
Pédiatrie  
Gynécologie – Obstétrique  
Traumatologie – Orthopédie  
Radiologie  
Ophtalmologie  
Neurochirurgie  
Radiologie  
Chirurgie Générale  
Gynécologie Obstétrique  
Pédiatrie

### **Mars 1995**

Pr. ABOUQUAL Redouane  
Pr. AMRAOUI Mohamed  
Pr. BAIDADA Abdelaziz  
Pr. BARGACH Samir  
Pr. BEDDOUCHE Amoqrane\*  
Pr. CHAARI Jilali\*  
Pr. DIMOU M'barek\*  
Pr. DRISSI KAMILI Med Nordine\*  
Pr. EL MESNAOUI Abbas  
Pr. ESSAKALI HOUSSYNI Leila  
Pr. FERHATI Driss  
Pr. HASSOUNI Fadil  
Pr. HDA Abdelhamid\*

Réanimation Médicale  
Chirurgie Générale  
Gynécologie Obstétrique  
Gynécologie Obstétrique  
Urologie  
Médecine Interne  
Anesthésie Réanimation  
Anesthésie Réanimation  
Chirurgie Générale  
Oto-Rhino-Laryngologie  
Gynécologie Obstétrique  
Médecine Préventive, Santé Publique et Hygiène  
Cardiologie

Pr. IBEN ATTYA ANDALOUSSI Ahmed  
Pr. IBRAHIMY Wafaa  
Pr. MANSOURI Aziz  
Pr. OUZZANI CHAHDI Bahia  
Pr. SEFIANI Abdelaziz  
Pr. ZEGGWAGH Amine Ali

Urologie  
Ophtalmologie  
Radiothérapie  
Ophtalmologie  
Génétique  
Réanimation Médicale

### **Décembre 1996**

Pr. AMIL Touriya\*  
Pr. BELKACEM Rachid  
Pr. BOULANOVAR Abdelkrim  
Pr. EL ALAMI EL FARICHA EL Hassan  
Pr. GAOUZI Ahmed  
Pr. MAHFOUDI M'barek\*  
Pr. MOHAMMADINE EL Hamid  
Pr. MOHAMMADI Mohamed  
Pr. MOULINE Soumaya  
Pr. OUADGHIRI Mohamed  
Pr. OUZEDDOUN Naima  
Pr. ZBIR EL Mehdi\*

Radiologie  
Chirurgie Pédiatrie  
Ophtalmologie  
Chirurgie Générale  
Pédiatrie  
Radiologie  
Chirurgie Générale  
Médecine Interne  
Pneumo-phtisiologie  
Traumatologie-Orthopédie  
Néphrologie  
Cardiologie

### **Novembre 1997**

Pr. ALAMI Mohamed Hassan  
Pr. BEN AMAR Abdesselem  
Pr. BEN SLIMANE Lounis  
Pr. BIROUK Nazha  
Pr. CHAOUIR Souad\*  
Pr. DERRAZ Said  
Pr. ERREIMI Naima  
Pr. FELLAT Nadia  
Pr. GUEDDARI Fatima Zohra  
Pr. HAIMEUR Charki\*  
Pr. KADDOURI Noureddine  
Pr. KOUTANI Abdellatif  
Pr. LAHLOU Mohamed Khalid  
Pr. MAHRAOUI CHAFIQ  
Pr. NAZI M'barek\*  
Pr. OUAHABI Hamid\*  
Pr. TAOUFIQ Jallal  
Pr. YOUSFI MALKI Mounia

Gynécologie-Obstétrique  
Chirurgie Générale  
Urologie  
Neurologie  
Radiologie  
Neurochirurgie  
Pédiatrie  
Cardiologie  
Radiologie  
Anesthésie Réanimation  
Chirurgie Pédiatrique  
Urologie  
Chirurgie Générale  
Pédiatrie  
Cardiologie  
Neurologie  
Psychiatrie  
Gynécologie Obstétrique

### **Novembre 1998**

Pr. AFIFI RAJAA	Gastro-Entérologie
Pr. BENOMAR ALI	Neurologie
Pr. BOUGTAB Abdesslam	Chirurgie Générale
Pr. ER RIHANI Hassan	Oncologie Médicale
Pr. EZZAITOUNI Fatima	Néphrologie
Pr. LAZRAC Khalid *	Traumatologie Orthopédie

Pr. BENKIRANE Majid*	Hématologie
Pr. KHATOURI ALI*	Cardiologie
Pr. LABRAIMI Ahmed*	Anatomie Pathologique

### **Janvier 2000**

Pr. ABID Ahmed*	Pneumophtisiologie
Pr. AIT OUMAR Hassan	Pédiatrie
Pr. BENCHERIF My Zahid	Ophtalmologie
Pr. BENJELLOUN Dakhama Badr.Sououd	Pédiatrie
Pr. BOURKADI Jamal-Eddine	Pneumo-phtisiologie
Pr. CHAOUI Zineb	Ophtalmologie
Pr. CHARIF CHEFCHAOUNI Al Montacer	Chirurgie Générale
Pr. ECHARRAB El Mahjoub	Chirurgie Générale
Pr. EL FTOUH Mustapha	Pneumo-phtisiologie
Pr. EL MOSTARCHID Brahim*	Neurochirurgie
Pr. EL OTMANY Azzedine	Chirurgie Générale
Pr. HAMMANI Lahcen	Radiologie
Pr. ISMAILI Mohamed Hatim	Anesthésie-Réanimation
Pr. ISMAILI Hassane*	Traumatologie Orthopédie
Pr. KRAMI Hayat Ennoufouss	Gastro-Entérologie
Pr. MAHMOUDI Abdelkrim*	Anesthésie-Réanimation
Pr. TACHINANTE Rajae	Anesthésie-Réanimation
Pr. TAZI MEZALEK Zoubida	Médecine Interne

### **Novembre 2000**

Pr. AIDI Saadia	Neurologie
Pr. AIT OURHROUI Mohamed	Dermatologie
Pr. AJANA Fatima Zohra	Gastro-Entérologie
Pr. BENAMR Said	Chirurgie Générale
Pr. BENCHEKROUN Nabiha	Ophtalmologie
Pr. CHERTI Mohammed	Cardiologie
Pr. ECH-CHERIF EL KETTANI Selma	Anesthésie-Réanimation
Pr. EL HASSANI Amine	Pédiatrie
Pr. EL IDGHIRI Hassan	Oto-Rhino-Laryngologie
Pr. EL KHADER Khalid	Urologie

Pr. EL MAGHRAOUI Abdellah\*  
Pr. GHARBI Mohamed El Hassan  
Pr. HSSAIDA Rachid\*  
Pr. LAHLOU Abdou  
Pr. MAFTAH Mohamed\*  
Pr. MAHASSINI Najat  
Pr. MDAGHRI ALAOUI Asmae  
Pr. NASSIH Mohamed\*  
Pr. ROUIMI Abdelhadi

Rhumatologie  
Endocrinologie et Maladies Métaboliques  
Anesthésie-Réanimation  
Traumatologie Orthopédie  
Neurochirurgie  
Anatomie Pathologique  
Pédiatrie  
Stomatologie Et Chirurgie Maxillo-Faciale  
Neurologie

### **Décembre 2001**

Pr. ABABOU Adil  
Pr. BALKHI Hicham\*  
Pr. BELMEKKI Mohammed  
Pr. BENABDELJLIL Maria  
Pr. BENAMAR Loubna  
Pr. BENAMOR Jouda  
Pr. BENELBARHDADI Imane  
Pr. BENNANI Rajae  
Pr. BENOUACHANE Thami  
Pr. BENYOUSSEF Khalil  
Pr. BERRADA Rachid  
Pr. BEZZA Ahmed\*  
Pr. BOUCHIKHI IDRISSE Med Larbi  
Pr. BOUHOUCHE Rachida  
Pr. BOUMDIN El Hassane\*  
Pr. CHAT Latifa  
Pr. CHELLAOUI Mounia  
Pr. DAALI Mustapha\*  
Pr. DRISSE Sidi Mourad\*  
Pr. EL HIJRI Ahmed  
Pr. EL MAAQILI Moulay Rachid  
Pr. EL MADHI Tarik  
Pr. EL MOUSSAIF Hamid  
Pr. EL OUNANI Mohamed  
Pr. ETTAIR Said  
Pr. GAZZAZ Miloudi\*  
Pr. GOURINDA Hassan  
Pr. HRORA Abdelmalek  
Pr. KABBAJ Saad  
Pr. KABIRI EL Hassane\*  
Pr. LAMRANI Moulay Omar

Anesthésie-Réanimation  
Anesthésie-Réanimation  
Ophtalmologie  
Neurologie  
Néphrologie  
Pneumo-phtisiologie  
Gastro-Entérologie  
Cardiologie  
Pédiatrie  
Dermatologie  
Gynécologie Obstétrique  
Rhumatologie  
Anatomie  
Cardiologie  
Radiologie  
Radiologie  
Radiologie  
Chirurgie Générale  
Radiologie  
Anesthésie-Réanimation  
Neuro-Chirurgie  
Chirurgie-Pédiatrique  
Ophtalmologie  
Chirurgie Générale  
Pédiatrie  
Neuro-Chirurgie  
Chirurgie-Pédiatrique  
Chirurgie Générale  
Anesthésie-Réanimation  
Chirurgie Thoracique  
Traumatologie Orthopédie

Pr. LEKEHAL Brahim	Chirurgie Vasculaire Périphérique
Pr. MAHASSIN Fattouma*	Médecine Interne
Pr. MEDARHRI Jalil	Chirurgie Générale
Pr. MIKDAME Mohammed*	Hématologie Clinique
Pr. MOHSINE Raouf	Chirurgie Générale
Pr. NOUINI Yassine	Urologie
Pr. SABBAH Farid	Chirurgie Générale
Pr. SEFIANI Yasser	Chirurgie Vasculaire Périphérique
Pr. TAOUFIQ BENCHEKROUN Soumia	Pédiatrie

### **Décembre 2002**

Pr. AL BOUZIDI Abderrahmane*	Anatomie Pathologique
Pr. AMEUR Ahmed *	Urologie
Pr. AMRI Rachida	Cardiologie
Pr. AOURARH Aziz*	Gastro-Entérologie
Pr. BAMOU Youssef *	Biochimie-Chimie
Pr. BELMEJDOUB Ghizlene*	Endocrinologie et Maladies Métaboliques
Pr. BENZEKRI Laila	Dermatologie
Pr. BENZZOUBEIR Nadia*	Gastro-Entérologie
Pr. BERNOUSSI Zakiya	Anatomie Pathologique
Pr. BICHA Mohamed Zakariya	Psychiatrie
Pr. CHOHO Abdelkrim *	Chirurgie Générale
Pr. CHKIRATE Bouchra	Pédiatrie
Pr. EL ALAMI EL FELLOUS Sidi Zouhair	Chirurgie Pédiatrique
Pr. EL BARNOUSSI Leila	Gynécologie Obstétrique
Pr. EL HAOURI Mohamed *	Dermatologie
Pr. EL MANSARI Omar*	Chirurgie Générale
Pr. ES-SADEL Abdelhamid	Chirurgie Générale
Pr. FILALI ADIB Abdelhai	Gynécologie Obstétrique
Pr. HADDOUR Leila	Cardiologie
Pr. HAJJI Zakia	Ophtalmologie
Pr. IKEN Ali	Urologie
Pr. ISMAEL Farid	Traumatologie Orthopédie
Pr. JAAFAR Abdeloihab*	Traumatologie Orthopédie
Pr. KRIOUILE Yamina	Pédiatrie
Pr. LAGHMARI Mina	Ophtalmologie
Pr. MABROUK Hfid*	Traumatologie Orthopédie
Pr. MOUSSAOUI RAHALI Driss*	Gynécologie Obstétrique
Pr. MOUSTAGHFIR Abdelhamid*	Cardiologie
Pr. NAITLHO Abdelhamid*	Médecine Interne
Pr. OUJILAL Abdelilah	Oto-Rhino-Laryngologie
Pr. RACHID Khalid *	Traumatologie Orthopédie

Pr. RAISS Mohamed  
Pr. RGUIBI IDRISSE Sidi Mustapha\*  
Pr. RHOU Hakima  
Pr. SIAH Samir \*  
Pr. THIMOU Amal  
Pr. ZENTAR Aziz\*

Chirurgie Générale  
Pneumophtisiologie  
Néphrologie  
Anesthésie Réanimation  
Pédiatrie  
Chirurgie Générale

#### **Janvier 2004**

Pr. ABDELLAH El Hassan  
Pr. AMRANI Mariam  
Pr. BENBOUZID Mohammed Anas  
Pr. BENKIRANE Ahmed\*  
Pr. BOUGHALEM Mohamed\*  
Pr. BOULAADAS Malik  
Pr. BOURAZZA Ahmed\*  
Pr. CHAGAR Belkacem\*  
Pr. CHERRADI Nadia  
Pr. EL FENNI Jamal\*  
Pr. EL HANCHI ZAKI  
Pr. EL KHORASSANI Mohamed  
Pr. EL YOUNASSI Badreddine\*  
Pr. HACHI Hafid  
Pr. JABOUIRIK Fatima  
Pr. KARMANE Abdelouahed  
Pr. KHABOUZE Samira  
Pr. KHARMAZ Mohamed  
Pr. LEZREK Mohammed\*  
Pr. MOUGHIL Said  
Pr. SASSENOU ISMAIL\*  
Pr. TARIB Abdelilah\*  
Pr. TIJAMI Fouad  
Pr. ZARZUR Jamila

Ophtalmologie  
Anatomie Pathologique  
Oto-Rhino-Laryngologie  
Gastro-Entérologie  
Anesthésie Réanimation  
Stomatologie et Chirurgie Maxillo-faciale  
Neurologie  
Traumatologie Orthopédie  
Anatomie Pathologique  
Radiologie  
Gynécologie Obstétrique  
Pédiatrie  
Cardiologie  
Chirurgie Générale  
Pédiatrie  
Ophtalmologie  
Gynécologie Obstétrique  
Traumatologie Orthopédie  
Urologie  
Chirurgie Cardio-Vasculaire  
Gastro-Entérologie  
Pharmacie Clinique  
Chirurgie Générale  
Cardiologie

#### **Janvier 2005**

Pr. ABBASSI Abdellah  
Pr. AL KANDRY Sif Eddine\*  
Pr. ALAOUI Ahmed Essaid  
Pr. ALLALI Fadoua  
Pr. AMAZOUZI Abdellah  
Pr. AZIZ Nouredine\*  
Pr. BAHIRI Rachid  
Pr. BARKAT Amina

Chirurgie Réparatrice et Plastique  
Chirurgie Générale  
Microbiologie  
Rhumatologie  
Ophtalmologie  
Radiologie  
Rhumatologie  
Pédiatrie

Pr. BENHALIMA Hanane  
 Pr. BENHARBIT Mohamed  
 Pr. BENYASS Aatif  
 Pr. BERNOUSSI Abdelghani  
 Pr. CHARIF CHEFCHAOUNI Mohamed  
 Pr. DOUDOUH Abderrahim\*  
 Pr. EL HAMZAOUI Sakina  
 Pr. HAJJI Leila  
 Pr. HESSISSEN Leila  
 Pr. JIDAL Mohamed\*  
 Pr. KARIM Abdelouahed  
 Pr. KENDOUCI Mohamed\*  
 Pr. LAAROUSSI Mohamed  
 Pr. LYAGOUBI Mohammed  
 Pr. NIAMANE Radouane\*  
 Pr. RAGALA Abdelhak  
 Pr. SBIHI Souad  
 Pr. TNACHERI OUAZZANI Btissam  
 Pr. ZERAIDI Najja

Stomatologie et Chirurgie Maxillo Faciale  
 Ophtalmologie  
 Cardiologie  
 Ophtalmologie  
 Ophtalmologie  
 Biophysique  
 Microbiologie  
 Cardiologie  
 Pédiatrie  
 Radiologie  
 Ophtalmologie  
 Cardiologie  
 Chirurgie Cardio-vasculaire  
 Parasitologie  
 Rhumatologie  
 Gynécologie Obstétrique  
 Histo-Embryologie Cytogénétique  
 Ophtalmologie  
 Gynécologie Obstétrique

**Décembre 2005**

Pr. CHANI Mohamed

Anesthésie Réanimation

**Avril 2006**

423. Pr. ACHEMLAL Lahsen\*  
 425. Pr. AKJOUJ Said\*  
 427. Pr. BELMEKKI Abdelkader\*  
 428. Pr. BENCHEIKH Razika  
 429. Pr. BIYI Abdelhamid\*  
 430. Pr. BOUHAFS Mohamed El Amine  
 431. Pr. BOULAHYA Abdellatif\*  
 Pr. CHENGUETI ANSARI Anas  
 434. Pr. DOGHMI Nawal  
 435. Pr. ESSAMRI Wafaa  
 436. Pr. FELLAT Ibtissam  
 437. Pr. FAROUDY Mamoun  
 438. Pr. GHADOUANE Mohammed\*  
 439. Pr. HARMOUCHE Hicham  
 440. Pr. HANAFI Sidi Mohamed\*  
 441. Pr. IDRIS LAHLOU Amine  
 442. Pr. JROUNDI Laila  
 443. Pr. KARMOUNI Tariq

Rhumatologie  
 Radiologie  
 Hématologie  
 O.R.L  
 Biophysique  
 Chirurgie - Pédiatrique  
 Chirurgie Cardio – Vasculaire  
 Gynécologie Obstétrique  
 Cardiologie  
 Gastro-entérologie  
 Cardiologie  
 Anesthésie Réanimation  
 Urologie  
 Médecine Interne  
 Anesthésie Réanimation  
 Microbiologie  
 Radiologie  
 Urologie

444. Pr. KILI Amina	Pédiatrie
445. Pr. KISRA Hassan	Psychiatrie
446. Pr. KISRA Mounir	Chirurgie – Pédiatrique
448. Pr. LAATIRIS Abdelkader*	Pharmacie Galénique
449. Pr. LMIMOUNI Badreddine*	Parasitologie
450. Pr. MANSOURI Hamid*	Radiothérapie
452. Pr. OUANASS Abderrazzak	Psychiatrie
453. Pr. SAFI Soumaya*	Endocrinologie
454. Pr. SEKKAT Fatima Zahra	Psychiatrie
456. Pr. SOUALHI Mouna	Pneumo – Phtisiologie
457. Pr. TELLAL Saida*	Biochimie
458. Pr. ZAHRAOUI Rachida	Pneumo – Phtisiologie

### **Octobre 2007**

458. Pr. ABIDI Khalid	Réanimation médicale
Pr. ACHACHI Leila	Pneumo phtisiologie
Pr. ACHOUR Abdessamad*	Chirurgie générale
Pr. AIT HOUSSA Mahdi*	Chirurgie cardio vasculaire
Pr. AMHAJJI Larbi*	Traumatologie orthopédie
Pr. AMMAR Haddou	ORL
Pr. AOUI Sarra	Parasitologie
Pr. BAITE Abdelouahed*	Anesthésie réanimation
Pr. BALOUCH Lhousaine*	Biochimie-chimie
Pr. BENZIANE Hamid*	Pharmacie clinique
Pr. BOUTIMZIANE Nourdine	Ophtalmologie
Pr. CHARKAOUI Naoual*	Pharmacie galénique
Pr. EHIRCHIOU Abdelkader*	Chirurgie générale
Pr. ELABSI Mohamed	Chirurgie générale
Pr. EL BEKKALI Youssef*	Chirurgie cardio vasculaire
Pr. EL MOUSSAOUI Rachid	Anesthésie réanimation
Pr. EL OMARI Fatima	Psychiatrie
Pr. GANA Rachid	Neuro chirurgie
Pr. GHARIB Noureddine	Chirurgie plastique et réparatrice
Pr. HADADI Khalid*	Radiothérapie
Pr. ICHOU Mohamed*	Oncologie médicale
Pr. ISMAILI Nadia	Dermatologie
Pr. KEBDANI Tayeb	Radiothérapie
Pr. LALAOUI SALIM Jaafar*	Anesthésie réanimation
Pr. LOUZI Lhoussain*	Microbiologie
Pr. MADANI Naoufel	Réanimation médicale
Pr. MAHI Mohamed*	Radiologie
Pr. MARC Karima	Pneumo phtisiologie

Pr. MASRAR Azlarab  
460. Pr. MOUSSAOUI Abdelmajid  
491. Pr. MOUTAJ Redouane \*  
Pr. MRABET Mustapha\*  
hygiène  
Pr. MRANI Saad\*  
Pr. OUZZIF Ez zohra\*  
Pr. RABHI Monsef\*  
Pr. RADOUANE Bouchaib\*  
Pr. SEFFAR Myriame  
Pr. SEKHSOKH Yessine\*  
Pr. SIFAT Hassan\*  
Pr. TABERKANET Mustafa\*  
Pr. TACHFOUTI Samira  
Pr. TAJDINE Mohammed Tariq\*  
Pr. TANANE Mansour\*  
Pr. TLIGUI Houssain  
Pr. TOUATI Zakia

Hématologique  
Anesthésier réanimation  
Parasitologie  
Médecine préventive santé publique et  
Virologie  
Biochimie-chimie  
Médecine interne  
Radiologie  
Microbiologie  
Microbiologie  
Radiothérapie  
Chirurgie vasculaire périphérique  
Ophtalmologie  
Chirurgie générale  
Traumatologie orthopédie  
Parasitologie  
Cardiologie

### **Décembre 2008**

Pr ZOUBIR Mohamed\*  
Pr TAHIRI My El Hassan\*

Anesthésie Réanimation  
Chirurgie Générale

### **PROFESSEURS AGREGES :**

#### **Mars 2009**

Pr. ABOUZAHIR Ali\*  
Pr. AGDR Aomar\*  
Pr. AIT ALI Abdelmounaim\*  
Pr. AIT BENHADDOU El hachmia  
Pr. AKHADDAR Ali\*  
Pr. ALLALI Nazik  
Pr. AMAHZOUNE Brahim\*  
Pr. AMINE Bouchra  
Pr. AZENDOUR Hicham\*  
Pr. BELYAMANI Lahcen\*  
Pr. BJIJOU Younes  
Pr. BOUHSAIN Sanae\*  
Pr. BOUI Mohammed\*  
Pr. BOUNAIM Ahmed\*  
Pr. BOUSSOUGA Mostapha\*

Médecine interne  
Pédiatre  
Chirurgie Générale  
Neurologie  
Neuro-chirurgie  
Radiologie  
Chirurgie Cardio-vasculaire  
Rhumatologie  
Anesthésie Réanimation  
Anesthésie Réanimation  
Anatomie  
Biochimie-chimie  
Dermatologie  
Chirurgie Générale  
Traumatologie orthopédique

Pr. CHAKOUR Mohammed *	Hématologie biologique
Pr. CHTATA Hassan Toufik*	Chirurgie vasculaire périphérique
Pr. DOGHMI Kamal*	Hématologie clinique
Pr. EL MALKI Hadj Omar	Chirurgie Générale
Pr. EL OUENNASS Mostapha*	Microbiologie
Pr. ENNIBI Khalid*	Médecine interne
Pr. FATHI Khalid	Gynécologie obstétrique
Pr. HASSIKOU Hasna *	Rhumatologie
Pr. KABBAJ Nawal	Gastro-entérologie
Pr. KABIRI Meryem	Pédiatrie
Pr. KADI Said *	Traumatologie orthopédique
Pr. KARBOUBI Lamya	Pédiatrie
Pr. L'KASSIMI Hachemi*	Microbiologie
Pr. LAMSAOURI Jamal*	Chimie Thérapeutique
Pr. MARMADÉ Lahcen	Chirurgie Cardio-vasculaire
Pr. MESKINI Toufik	Pédiatrie
Pr. MESSAOUDI Nezha *	Hématologie biologique
Pr. MSSROURI Rahal	Chirurgie Générale
Pr. NASSAR Ittimade	Radiologie
Pr. OUKERRAJ Latifa	Cardiologie
Pr. RHORFI Ismail Abderrahmani *	Pneumo-phtisiologie
Pr. ZOUHAIR Said*	Microbiologie

### **Octobre 2010**

Pr. ALILOU Mustapha	Anesthésie réanimation
Pr. AMEZIANE Taoufiq*	Médecine interne
Pr. BELAGUID Abdelaziz	Physiologie
Pr. BOUAITY Brahim*	ORL
Pr. CHADLI Mariama*	Microbiologie
Pr. CHEMSI Mohamed*	Médecine aéronautique
Pr. CHERRADI Ghizlan	Cardiologie
Pr. DAMI Abdellah*	Biochimie chimie
Pr. DARBI Abdellatif*	Radiologie
Pr. DENDANE Mohammed Anouar	Chirurgie pédiatrique
Pr. EL HAFIDI Naima	Pédiatrie
Pr. EL KHARRAS Abdennasser*	Radiologie
Pr. EL MAZOUZ Samir	Chirurgie plastique et réparatrice
Pr. EL SAYEGH Hachem	Urologie
Pr. ERRABIH Ikram	Gastro entérologie
Pr. LAMALMI Najat	Anatomie pathologique
Pr. LEZREK Mounir	Ophtalmologie

Pr. MALIH Mohamed\*  
Pr. MOSADIK Ahlam  
Pr. MOUJAHID Mountassir\*  
Pr. NAZIH Mouna\*  
Pr. RAISSOUNI Zakaria\*  
Pr. ZOUAIDIA Fouad

Pédiatrie  
Anesthésie Réanimation  
Chirurgie générale  
Hématologie  
Traumatologie Orthopédie  
Anatomie pathologique

**Mai 2012**

Pr. Abdelouahed AMRANI  
Pr. ABOUELALAA Khalil\*  
Pr. Ahmed JAHID  
Pr. BELAIZI Mohamed\*  
Pr. BENCHEBBA Drissi\*  
Pr. DRISSI Mohamed\*  
Pr. EL KHATTABI Abdessadek\*  
Pr. EL OUAZZANI Hanane\*  
Pr. MEHSSANI Jamal\*  
Pr. Mouna EL ALAOUI MHAMDI  
Pr. Mounir ER-RAJI

Chirurgie Pédiatrique  
Anesthésie Réanimation  
Anatomie Pathologique  
Psychiatrie  
Traumatologie Orthopédique  
Anesthésie Réanimation  
Médecine Interne  
Pneumophtisiologie  
Psychiatrie  
Chirurgie Générale  
Chirurgie Pédiatrique

Pr. RAISSOUNI Maha\*

Cardiologie

**ENSEIGNANTS SCIENTIFIQUES**  
**PROFESSEURS**

Pr. ABOUDRAR Saadia	Physiologie
Pr. ALAMI OUHABI Naima	Biochimie
Pr. ALAOUI KATIM	Pharmacologie
Pr. ALAOUI SLIMANI Lalla Naïma	Histologie-Embryologie
Pr. ANSAR M'hammed	Chimie Organique et Pharmacie Chimique
Pr. BOUHOUCHE Ahmed	Génétique Humaine
Pr. BOUKLOUZE Abdelaziz	Applications Pharmaceutiques
Pr. BOURJOUANE Mohamed	Microbiologie
Pr. CHAHED OUAZZANI Lalla Chadia	Biochimie
Pr. DAKKA Taoufiq	Physiologie
Pr. DRAOUI Mustapha	Chimie Analytique
Pr. EL GUESSABI Lahcen	Pharmacognosie
Pr. ETTAIB Abdelkader	Zootéchnie
Pr. FAOUZI Moulay El Abbes	Pharmacologie
Pr. HAMZAOUI Laila	Biophysique
Pr. HMAMOUCHE Mohamed	Chimie Organique
Pr. IBRAHIMI Azeddine	Biotechnologie
Pr. KHANFRI Jamal Eddine	Biologie
Pr. OULAD BOUYAHYA IDRISSE Med	Chimie Organique
Pr. REDHA Ahlam	Biochimie
Pr. TOUATI Driss	Pharmacognosie
Pr. ZAHIDI Ahmed	Pharmacologie
Pr. ZELLOU Amina	Chimie Organique

*Enseignants Militaires*



*Dédicaces*



*A Allah*  
*Tout puissant*  
*Qui m'a inspiré*  
*Qui m'a guidé dans le bon chemin*  
*Je vous dois ce que je suis devenu*  
*Louanges et remerciements*  
*Pour votre clémence et miséricorde*

*Je dédie cette thèse*

*A ma très chère mère : Farida*

*Affable, honorable, aimable : Tu représentes pour moi le symbole de la bonté par excellence, la source de tendresse et l'exemple du dévouement qui n'a pas cessé de m'encourager et de prier pour moi.*

*Ta prière et ta bénédiction m'ont été d'un grand secours pour mener à bien mes études.*

*Aucune dédicace ne saurait être assez éloquente pour exprimer ce que tu mérites pour tous les sacrifices que tu n'as cessé de me donner depuis ma naissance, durant mon enfance et même à l'âge adulte.*

*Tu as fait plus qu'une mère puisse faire pour que ses enfants suivent le bon chemin dans leur vie et leurs études.*

*Je te dédie ce travail en témoignage de mon profond amour.*

*Puisse Dieu, le tout puissant, te préserver et t'accorder santé, longue vie et bonheur.*

*A Mon très cher Père : Omar*

*Aucune dédicace ne saurait exprimer l'amour, l'estime, le dévouement et le respect que j'ai toujours eu pour vous.*

*Rien au monde ne vaut les efforts fournis jour et nuit pour mon éducation et mon bien être.*

*Ce travail est le fruit de tes sacrifices que tu as consentis pour mon éducation et ma formation.*

*Merci père d'être le père idéal.*

*Merci père d'être le premier enseignant.*

*J'implore DIEU qu'il te procure santé*

*Pour que plus jamais le chagrin ne pénètre ton cœur, car j'aurais encore et a toujours besoin de ton amour.*

*Je te dédis ce travail qui grâce à toi a pu voir le jour*

*A mon très cher fiancé : Dr Ramy Bachouti Khaldi*

*Quand je t'ai connu, j'ai trouvé l'homme de ma vie, mon âme  
sœur et la lumière de mon chemin.*

*Ma vie à tes cotés est remplie de belles surprises.*

*Tes sacrifices, ton soutien moral et matériel, ta gentillesse sans  
égal, ton profond attachement m'ont permis de réussir mes  
études.*

*Sans ton aide, tes conseils et tes encouragements ce travail  
n'aurait jamais vu le jour.*

*Que dieu réunisse nos chemins pour un long commun serein et  
que ce travail soit témoignage de ma reconnaissance et de mon  
amour sincère et fidèle.*

*Merci pour tout, merci d'être là pour moi.*

*A la mémoire de Mes frères Mohamed Omar et Mohamed  
Ahmed chammout*

*J'aurais bien aimé que vous soyez parmi nous pour que vous me  
partagiez ce bonheur.*

*Puisse ce travail être une prière pour le repos de vos âmes.*

*Puisse dieu vous réserver sa clémence et bien large miséricorde et  
vous accueillir en son vaste paradis auprès des prophètes et des  
sains.*

*A mes très chères sœurs Mariam, Nadia, Khadija et Chaimae*

*En témoignage de l'attachement, de l'amour et de l'affection que  
je porte pour vous.*

*Malgré la distance, vous êtes toujours dans mon cœur. Je vous  
remercie pour votre hospitalité sans égal et votre affection si  
sincère.*

*Je vous dédie ce travail avec tous mes vœux de bonheur, de  
santé et de réussite.*

*A mes très chers frères  
Achraf et Bilal*

*Vous êtes toujours pour moi*

*Les frères bien aimés que j'apprécie énormément.*

*Que tous vos rêves soient réalisés et que rien ne vous manque*

*A ma chère grand-mère  
« Hajja el ouazna »*

*Votre amour, votre gentillesse et votre soutien ont été pour moi  
une source de courage, de confiance et de patience.*

*Qu'il me soit permis aujourd'hui de vous exprimer mon profond  
respect et mon grand amour.*

*A ma chère grand-mère  
« Hajja mouna »*

*Les mots les plus distingués, les phrases les plus belles ne sauront  
vous exprimer tout ce que j'ai pour vous*

*Vos affections et vos prières m'ont toujours soutenu.*

*A ma petite nièce Maram*

*Tu es venue illuminer notre vie par ton innocence et ton beau  
sourire*

*Que le bon Dieu te protège et que ta vie soit pleine de bonheur*

*A tous les membres de ma famille, petits et grands*

*A mes oncles abdeslam, Mostapha, hmidou et Mohamed et  
leurs femmes*

*A Mes tantes rhimou et Fatima, Amina*

*A mes cousines najia, Naima, Soumaya et Imane*

*A mes cousin Mohamed, najib, Ahmed et Sofiane*

*A ma belle famille*

*Ma belle-sœur Basma*

*Mon beau-frère Omar, sa femme Fatiha, mon petit prince*

*Yahya et les petites, islam et israe*

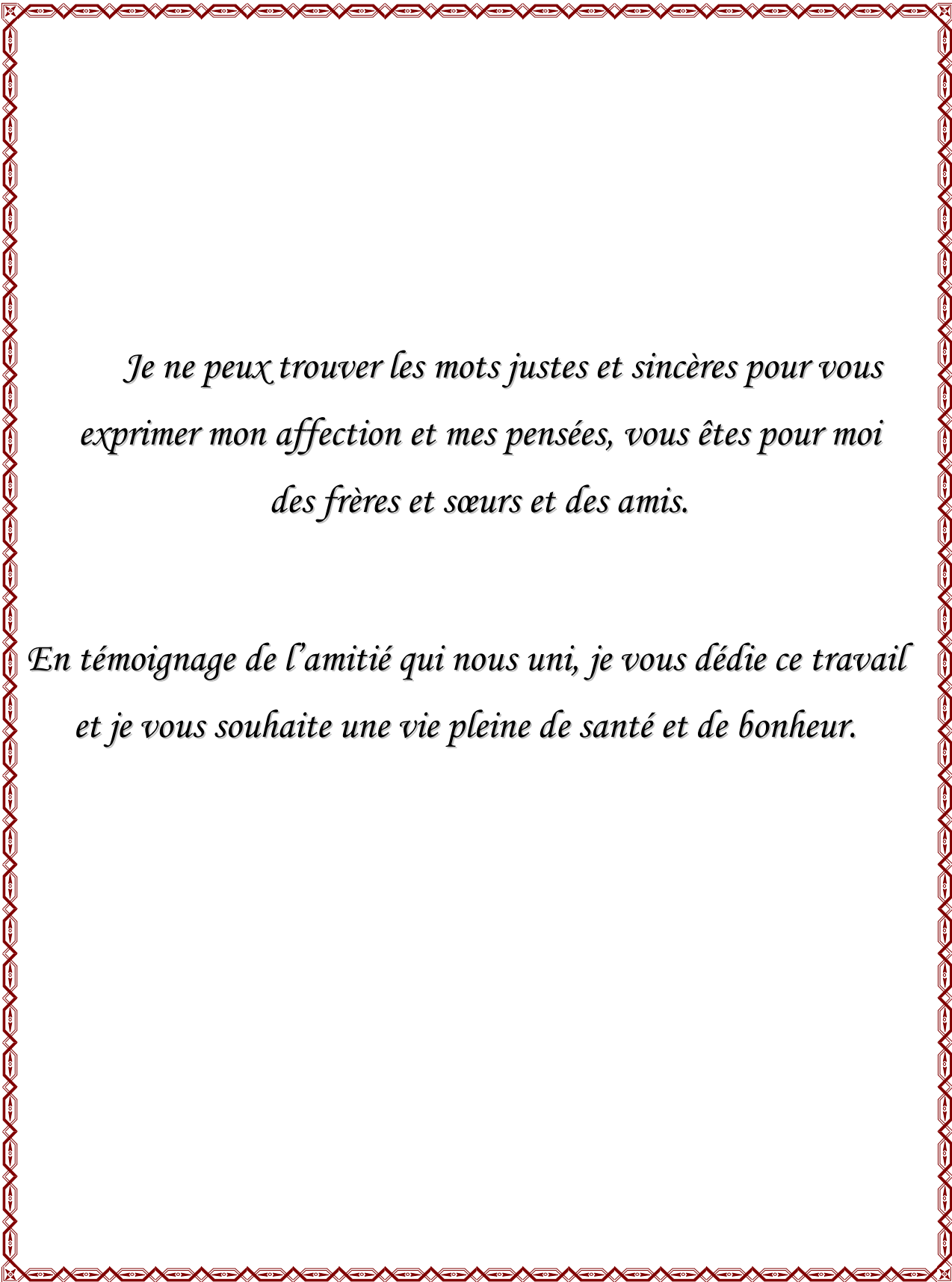
*Veillez trouver dans ce modeste travail l'expression de mon  
affection la plus sincère.*

*A toutes mes amies*

*Malika benyachou, Nabila Riyad ,Hanane delsa , Qariani  
hajar,ghita bouayad ,meryem sahli ,Fatima En-niya,Leila ,  
Sanae boulaamayel Fadoua E-rbii, amjoud Karima,el-  
otmani, Maria zerkaoui, oumama Benjelloun, lamiae  
Kabbaje,majda askour, wifak Bengari, najlae Kourireche, El  
makrini najia Ilham, boutakhrit Amal, Nadia charaf, jihad  
Idrisi, soukaina rais, zerrik meryem ..*

*A tous mes amis*

*Sofiane idrissi, Hamza el jadi, taoufik Abdellaoui, Si  
Mohamed rabii andaloussi, brahim el gegoui, hani  
redouan, tarek sasbou, souhail dahraoui, omar lachhab,  
abdelouahed el asri, amine azir, ghounimi mounir, jabbour  
Younes, Jean-Pierre, Othman zahdi, othmane yddousalah,  
ayad anas .*



*Je ne peux trouver les mots justes et sincères pour vous  
exprimer mon affection et mes pensées, vous êtes pour moi  
des frères et sœurs et des amis.*

*En témoignage de l'amitié qui nous uni, je vous dédie ce travail  
et je vous souhaite une vie pleine de santé et de bonheur.*

*A*

*Mes chefs de service Pr Oubaaz et Pr Karim Réda*

*A*

*Tous les ophtalmologistes de l'hôpital militaire de Rabat*

*A*

*Tous les médecins internes de CHU Rabat-Salé, session  
avril 2011*

*A*

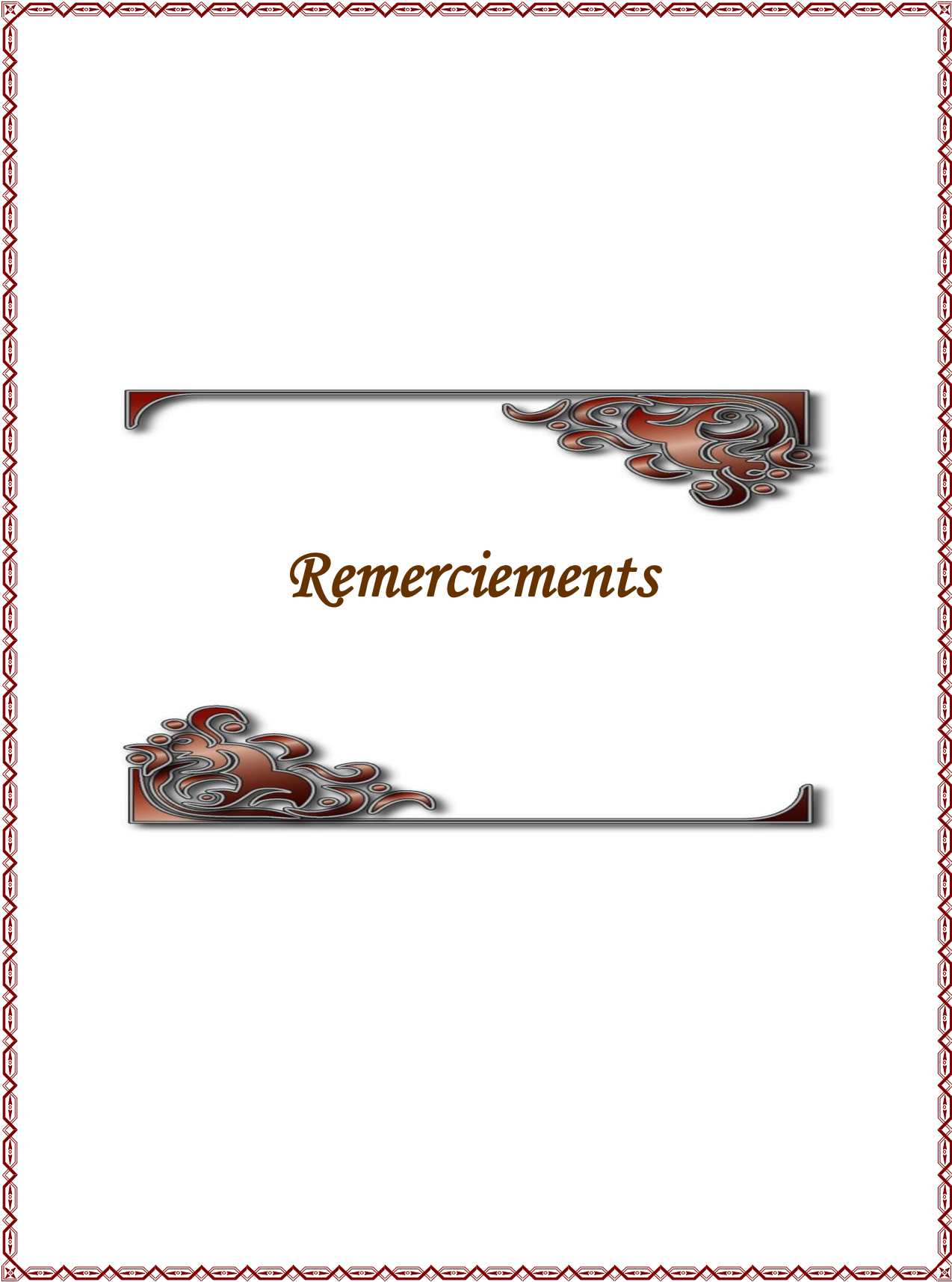
*Tous les médecins internes de CHU Rabat-Salé*

*A*

*Tous ceux qui ont participé de loin ou de près à la réalisation  
de ce travail.*

*Et à*

*Tous ceux que j'ai omis de citer.*



*Remerciements*



*A notre maître, président et rapporteur de thèse*

*Mme AICHA KHARBACH*

*Professeur de Gynécologie-obstétrique et chef du service M 3*

*Vous m'avez confié ce travail sans aucune réserve. Je  
souhaite être digne de cet honneur.*

*Votre accueil si simple, pour l'un de vos élèves, vos qualités  
humaines rares, vos qualités professionnelles ont été un  
enseignement complémentaire pour ma vie professionnelle et  
privée.*

*Veillez accepter ici, chère maître, l'expression de ma  
gratitude et l'expression de ma profonde reconnaissance*

*A notre maître et juge de thèse*

*Mr Rhrab Ahmed*

*Professeur de gynécologie-obstétrique*

*Votre présence parmi le jury de cette thèse m'a fait un  
grand honneur.*

*Vous m'a toujours impressionné par vos qualités  
humaines et professionnelles.*

*Je vous dédie ce travail en témoignant de mes sincères  
remerciements et ma grande estime.*

*A notre maître et juge de thèse*

*Mr Brahmi reda*

*Professeur de gynécologie-obstétrique*

*Nous vous remercions vivement pour l'honneur que vous  
nous faites en acceptant de juger ce travail.*

*Nous sommes très sensibles à votre gentillesse et à votre  
accueil très aimable.*

*Veillez croire en nos sentiments les plus respectueux.*

*Notre maître et juge de thèse*

*Mme Barakat Amina*

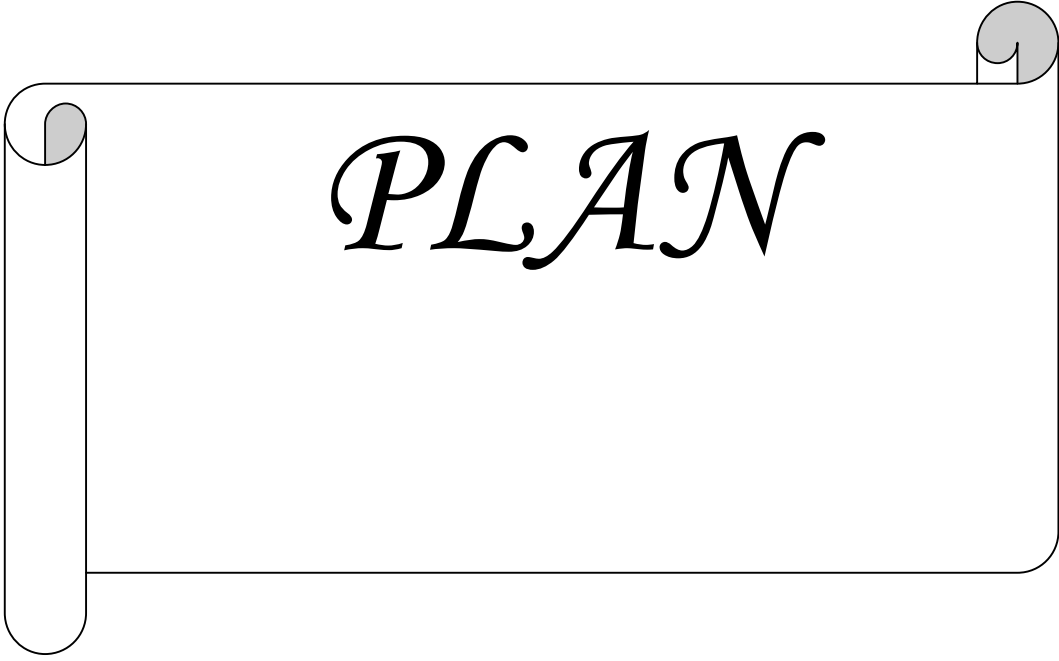
*Professeur de néonatalogie*

*Vous nous faites l'honneur d'accepter avec une très  
Grande amabilité de siéger parmi notre jury de thèse.*

*Veillez accepter ce travail maître, en gage de notre  
Grand respect et notre profonde reconnaissance.*

## ABREVIATIONS

- ❖ INSEE : Institut national de la statistique et des études économiques.
- ❖ IMC : Indice de masse corporelle
- ❖ IVG : Interruption volontaire de la grossesse
- ❖ IMG : Interruption médicale de la grossesse
- ❖ AVS : Avortement spontané
- ❖ ATCD : Antécédent
- ❖ AUDIPOG : Association des Utilisateurs de Dossiers Informatisés en Pédiatrie, Obstétrique et Gynécologie
- ❖ HTAG : Hypertension artérielle gravidique
- ❖ MAP : Menace d'accouchement prématurée
- ❖ RCIU : Retard de croissance intra utérin
- ❖ MFIU : Mort fœtal in utéro
- ❖ RPM : Rupture prématurée des membranes
- ❖ AVB : Accouchement par voie basse
- ❖ SFA : Souffrance fœtale aigue
- ❖ HMG : hémorragie
- ❖ SDRA : syndrome de détresse respiratoire aigue
- ❖ RM : rétrécissement mitral
- ❖ RAS : rien à signaler
- ❖ NFS : numération formule sanguine
- ❖ HTA : Hypertension artérielle
- ❖ SD PRE RUP: Syndrome de pré rupture
- ❖ RA : Rachi anesthésie
- ❖ DFDC : défaut d'engagement à dilatation complète
- ❖ DT : dépassement de terme
- ❖ GG : grossesse gémellaire
- ❖ HRP : hématome retro placentaire
- ❖ BCF : bruit de cœur fœtal
- ❖ Hgie : hémorragie
- ❖ STREI : stérilité
- ❖ IMF : infection materno- fœtale



*PLAN*

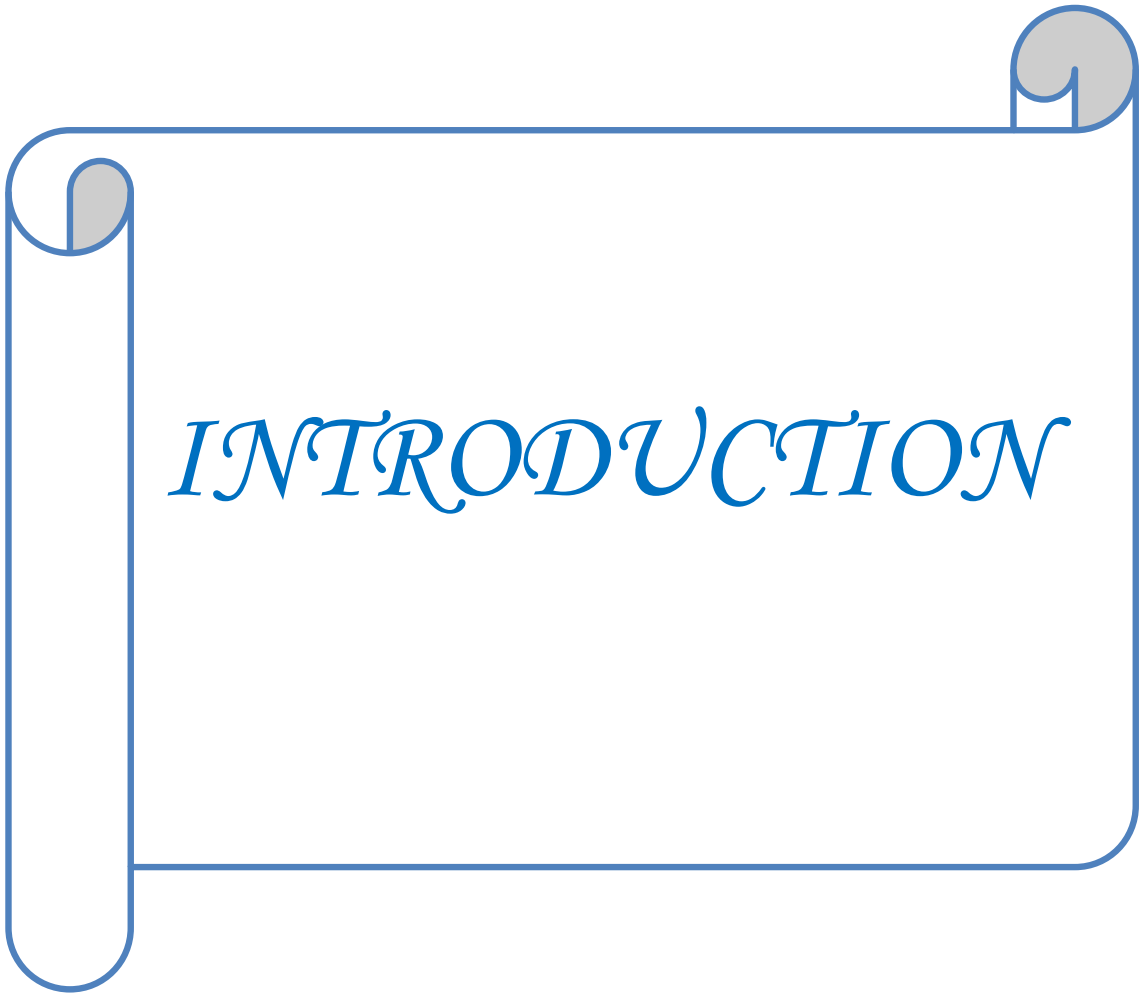
<b>I. INTRODUCTION.....</b>	<b>2</b>
<b>II. MATERIEL ET METHODE .....</b>	<b>5</b>
1. Objectif de l'étude .....	5
2. Matériel de l'étude.....	5
3. Méthodes de l'étude.....	6
4. Fiche d'exploitation.....	7
<b>III. RESULTATS.....</b>	<b>12</b>
1. Répartition selon l'âge .....	12
2. L'indice de masse corporelle .....	15
3. Antécédents :.....	16
3.1 Médicaux.....	16
3.2 Chirurgicaux .....	19
3.3 Gynéco- obstétricaux.....	21
3.4 Les avortements spontanés .....	23
3.5 Les antécédents de chirurgie gynécologique .....	25
4. Déroulement de la grossesse .....	25
4.1 Suivi .....	25
4.2 L'évolution de la grossesse.....	27
4.3 Les complications survenues au cours de la grossesse .....	28
4.3.1 L'hypertension artérielle gestationnelle .....	28
4.3.2 Diabète gestationnel .....	29

4.3.3	Menace d'accouchement .....	30
4.3.4	L'infection urinaire .....	31
4.3.5	L'anémie.....	31
4.3.6	Suspicion de macrosomie .....	32
5.	L'accouchement .....	3
	2	
5.1	Le Terme.....	32
5.2	Le Déroulement de l'accouchement .....	34
6.	Les complications survenues au cours de l'accouchement .....	35
6.1	Souffrance fœtale aigue .....	35
6.2	Rupture prématuré des membranes .....	36
6.3	Complications survenues au cours de l'accouchement en fonction de l'âge maternel .....	36
6.4	Les modalités de l'accouchement chez primipare jeune .....	37
6.5	Modalité d'accouchements chez primipare âgée .....	38
6.6	Le type d'anesthésie utilisée .....	39
6.7	L'accouchement par voie basse .....	40
6.8	L'extraction instrumentale .....	42
6.9	Episiotomie.....	44
6.10	Césarienne.....	46
6.11	Indication en fonction de l'âge maternel .....	46
6.12	La délivrance.....	50
6.13	Les complications du post partum.....	51

6.14	Le nouveau-né .....	53
6.14.1	Vitalité .....	53
6.14.2	Apgar à la naissance .....	55
6.14.3	Poids de naissance .....	56
6.14.4	Etat de santé .....	58
<b>IV.</b>	<b>DISCUSSION .....</b>	<b>61</b>
1.	La Fréquence.....	61
2.	Les facteurs étiopathogéniques .....	62
2.1	Le mariage retardé .....	62
2.2	L'utilisation des moyens de contraception .....	63
2.3	La stérilité et le progrès de l'assistance médicale à la procréation .....	63
3.	Autres étiologies expliquant l'augmentation de la fréquence des primipares âgées .....	64
3.1	Les avortements spontanés .....	64
3.2	les antécédents de pathologie chroniques .....	66
4.	Le déroulement de la grossesse .....	67
4.1	Le suivi .....	67
5.	Complications au cours de la grossesse .....	67
5.1	L'hypertension artérielle gravidique .....	67
5.2	Le diabète gestationnel .....	69
5.3	La menace d'accouchement prématuré .....	70

7. L'accouchement .....	71
7.1 Le terme .....	71
7.2 Modalité d'accouchement .....	71
7.2.1 La voie basse .....	71
7.2.2 Césarienne .....	73
8. Les complications survenues au cours de l'accouchement .....	75
8.1 La rupture prématurée des membranes .....	75
8.2 la souffrance fœtale aigue .....	76
8.3 Hémorragie de la délivrance .....	76
8.4 La mortalité maternelle .....	77
9. L'état de nouveau-né .....	78
9.1 Apgar à la naissance .....	78
9.2 Poids de naissance .....	78
9.2.1 La macrosomie .....	78
9.2.2 Hypotrophie ou retard de croissance intra utérin .....	79
9.2.3 La prématurité .....	80
9.2.4 Malformations congénitale .....	81
9.2.5 Mortalité néonatale et périnatale .....	82
<b>V. CONCLUSION.....</b>	<b>85</b>
<b>VI. RESUME.....</b>	<b>87</b>
<b>VII. BIBLIOGRAPHIE.....</b>	<b>91</b>





## **I. Introduction :**

La première grossesse constitue un évènement heureux dans la vie de chaque femme. Cependant l'âge de la maman au cours de cette grossesse est un élément fondamental conditionnant le déroulement de la grossesse et de l'accouchement.

Ainsi l'âge de maternité n'a cessé de reculer. FRETTS et Al ont montré que dans les années soixante les femmes Canadiennes de plus de 40 ans accouchaient habituellement leur derniers enfant, alors que 30 ans plus tard, les femmes de même âge étaient souvent des primipares [1].

En France, l'âge moyen des parturientes est passé de 26,7 ans en 1975 à 28,7 ans en 1993 et 29,4 en 2001 [données INSEE], ce qui traduit un changement des habitudes de procréation à la fin du vingtième siècle [2].

A Canada l'âge moyen des primipares était estimé à 29 ans en 2009 comparativement à 26 ans en 1984 [3].

Au Maroc Timjerdine [4] a trouvé dans son étude une fréquence de 0.90% des primipares âgées de plus de 35 ans en 1998(4) ,11 ans plus tard Jellouli [5] retrouve une fréquence à 2.36%.

La notion de « primipare âgée » varie d'un pays à l'autre et évolue dans le temps. Ozalp et al [6] ont considéré l'âge de 20-34 ans comme l'âge optimal pour la procréation. Ainsi la fédération internationale de gynécologie et obstétrique définit en 1958 la primipare âgée comme une femme âgée de 35 ans et plus et qui accouche pour la première fois. Les femmes de 35 ans et plus (elderly gravidas des Anglo-Saxons) étaient initialement considérées comme des gestantes âgées ; puis, avec le recul de l'âge de la maternité, ce terme de parturiente âgée s'est adressé aux femmes de 40 ans. Un Nouveau terme a été récemment créé pour définir les grossesses après 45 ans, qui se sont développées

depuis l'ère des dons d'ovocytes ; on parle désormais d'âge maternel très avancé (very Advanced maternal age) [7].

Historiquement, les femmes qui désiraient devenir enceintes après 35 ans étaient souvent découragées en raison de l'augmentation de la morbidité maternelle et périnatale et de la mortalité. Puis dans les années 1990 sont apparues des études très rassurantes sur des primipares issues de milieu social favorisé avec des effectifs relativement limités [8] ; enfin depuis les années 2000 sont parues des grandes séries des grossesses et d'accouchements de femmes de 40 ans et plus nuancant des résultats rassurants [9][10] .

De nos jours, une grossesse après 35 ans voire 40 ans est devenue un réel phénomène de société vu sa fréquence accrue dans le monde entier en particulier dans les pays développés et de la particularité de cette grossesse, des risques et des complications qui l'encourent. De cela, l'étude de la grossesse et de l'accouchement chez la primipare âgée dans notre contexte marocain prend toute son importance afin de définir le profil de la primipare marocaine âgée.



*MATERIEL ET  
METHODES*

## **II. Matériel et méthodes :**

### **1. Objectif de l'étude :**

Le but de cette étude est d'apprécier dans un premier temps l'aspect socio démographique d'une première grossesse après 35 ans et de décrire le déroulement de la grossesse, les pathologies qui l'ont incidentée, ainsi que le déroulement de l'accouchement, le retentissement sur le nouveau-né et le déroulement du post partum.

### **2. Les biais de l'étude :**

Les principaux biais rencontrés durant cette étude sont :

- Les dossiers n'étaient pas complètement remplis et manquaient d'informations essentielles telle que l'âge de la patiente, ses antécédents, le suivi de la grossesse, les hospitalisations antérieures .... Ce qui nous a poussé à les éliminer d'emblée.
- Le système défaillant d'archivage qui rendait difficile de trouver les dossiers à exploiter.
- La population rencontrée dans un centre hospitalier universitaire diffère sur les plans médicaux et sociaux de la population générale. d'autant plus que généralement les primipares âgées sont d'un certain niveau intellectuel et sont suivies surtout en secteur privé.

Tous ces éléments ont limité la taille de notre échantillon ce qui nous a pas permis de conclure dans certains cas.

### **3. Matériel d'étude :**

Il s'agit d'une étude rétrospective réalisée sur une période allant du premier Janvier au 31 décembre 2012 à la maternité Souissi CHU ibn Sina de

Rabat-Salé. Elle concerne 200 parturientes primipares ayant accouché dans le service de gynécologie obstétrique.

Nous avons sélectionné les parturientes manuellement à partir des archives du service, sur les critères suivants:

- Parturiente primipare ayant 35 ans ou plus le jour de l'accouchement. Ces parturientes sont comparées à un groupe de primipares dont l'âge est inférieur à 35 ans tirées au hasard du même archive.
- Parturiente ayant accouché à la maternité Souissi pendant cette période soit par voie basse ou par césarienne.

#### **4. Méthode d'étude :**

Tous les dossiers étaient exploitables. Les données recueillies concernant tout d'abord la description générale des antécédents gynéco-obstétricaux, médicaux et chirurgicaux, puis les caractéristiques de la grossesse et de l'accouchement, sur les plans maternel, fœtal et obstétrical, et enfin celles du déroulement du post-partum, ainsi que le retentissement sur nouveau-né.

Les 200 dossiers d'accouchements obtenus ont été exploités, et les données recueillies ont été saisies et analysées grâce au logiciel informatique statistique EPI info.

La comparaison des variables qualitatives à deux ou plusieurs classes a été réalisée par le test exact de Fischer. Le risque est évalué par l'estimation des odds ratio (OR) avec des intervalles de confiance de 95 % (IC95 %) à partir d'un modèle de régression logistique par la méthode du maximum de vraisemblance. Le degré de signification  $P < 0,05$  est considéré comme statistiquement significatif.

Ainsi on a comparé le déroulement de la grossesse et de l'accouchement entre un groupe composé de 100 primipares jeunes et un deuxième groupe composé de 100 primipares âgées (35 ans et plus).

#### 4. **Fiche d'exploitation :**

Pour faciliter le recueil et l'analyse des différentes données à partir des dossiers étudiés on a élaboré une fiche d'exploitation qui regroupe ces éléments et qui se présente comme suite :

##### ➤ Caractéristiques des patientes :

<b>Nom :</b>	
<b>Age :</b>	
<b>Taille :</b>	
<b>Poids :</b>	
<b>IMC :</b>	
<b>Gestité:</b>	
<b>Parité :</b>	
<b>ANTDS médicaux</b>	Diabète: oui      non
	HTA: oui      non
	Asthme: oui      non
Autres:	
<b>ANTDS chirurgicaux: oui      non      lesquels</b>	

➤ Déroulement de la grossesse :

<b>Le suivi</b>	<b>Oui</b>
	Non
<b>HTAG</b>	Oui
	Non
<b>Pré éclampsie</b>	Oui
	Non
<b>Diabète G</b>	Oui
	Non
<b>Complications thromboemboliques</b>	Oui
	Non
<b>Complication Infectieuses</b>	Oui
	Non
<b>MAP</b>	Oui
	Non
<b>Malformation</b>	Oui
	Non
<b>Macrosomie</b>	Oui
	Non
<b>RCIU</b>	OUI
	Non
<b>MFIU</b>	OUI
	Non

➤ Au cours de l'accouchement :

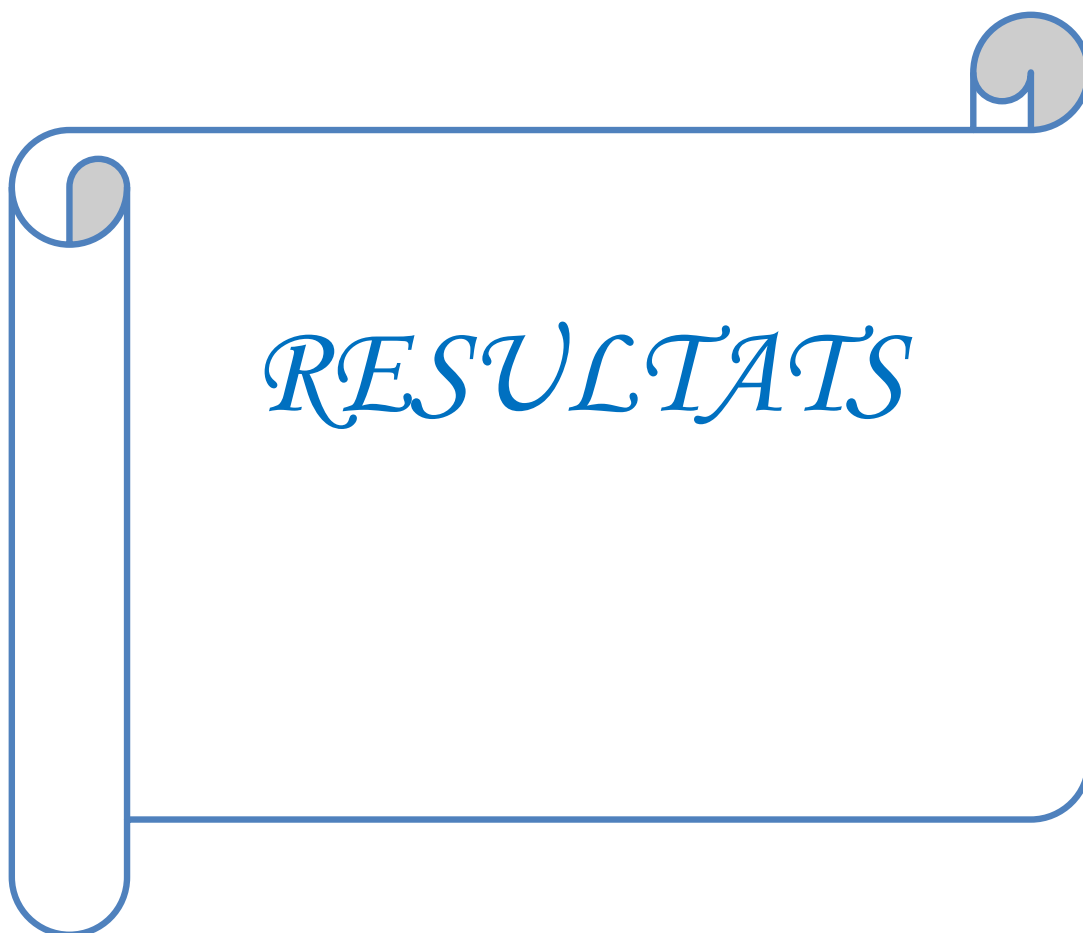
<b>Terme</b>	Inférieur à 37
	Entre 37 et 41
	Sup 41
<b>RPM</b>	Oui
	Non
<b>Type de travail</b>	Spontané
	Déclenché
<b>Progression du travail</b>	Normale
	Allongement
	Stagnation
<b>AVB</b>	Avec épisio
	Sans épisio
	Extra instrumentale
<b>Césarienne indication:</b>	
<b>SFA</b>	Oui
	Non
<b>Mode d'anesthésie</b>	Générale
	Péridurale

➤ Au cours du post partum :

<b>Hgic de la délivrance</b>	Oui
	Non
<b>Complications thrombotiques</b>	Oui
	Non
<b>Complications infectieuses</b>	Oui
	Non

➤ Les caractéristiques du nouveau-né :

	Macrosomie
	Hypotrophie
	Poids normal
<b>Apgar</b>	
<b>SDRA</b>	Oui
	Non
<b>malformation</b>	Oui
	Non
<b>mortalité</b>	Périnatale
	Postnatale



### III. Résultat :

#### 1-Profil des parturientes :

##### 1.1 L'âge :

- L'âge des primipares varie entre 18 et 44 ans.
- L'âge moyen des parturientes âgées était de 36.6 ans.
- l'âge moyen des primipares jeunes était de 24.4 ans.
- Le nombre des femmes de 35 à 40 ans est largement supérieur à celui des femmes de plus de 40 ans (88% des primipares âgées).

89% des parturientes jeunes avaient moins de 30 ans

- La répartition des parturientes selon l'âge varie comme le montre le tableau Suivant :

âge	Fréquence	Pourcentage	Cumul des Pourcentages
18	4	2,0%	2,0%
19	10	5,0%	7,0%
20	11	5,5%	12,5%
21	3	1,5%	14,0%
22	4	2,0%	16,0%
23	8	4,0%	20,0%
24	10	5,0%	25,0%
25	12	6,0%	31,0%
26	6	3,0%	34,0%
27	7	3,5%	37,5%

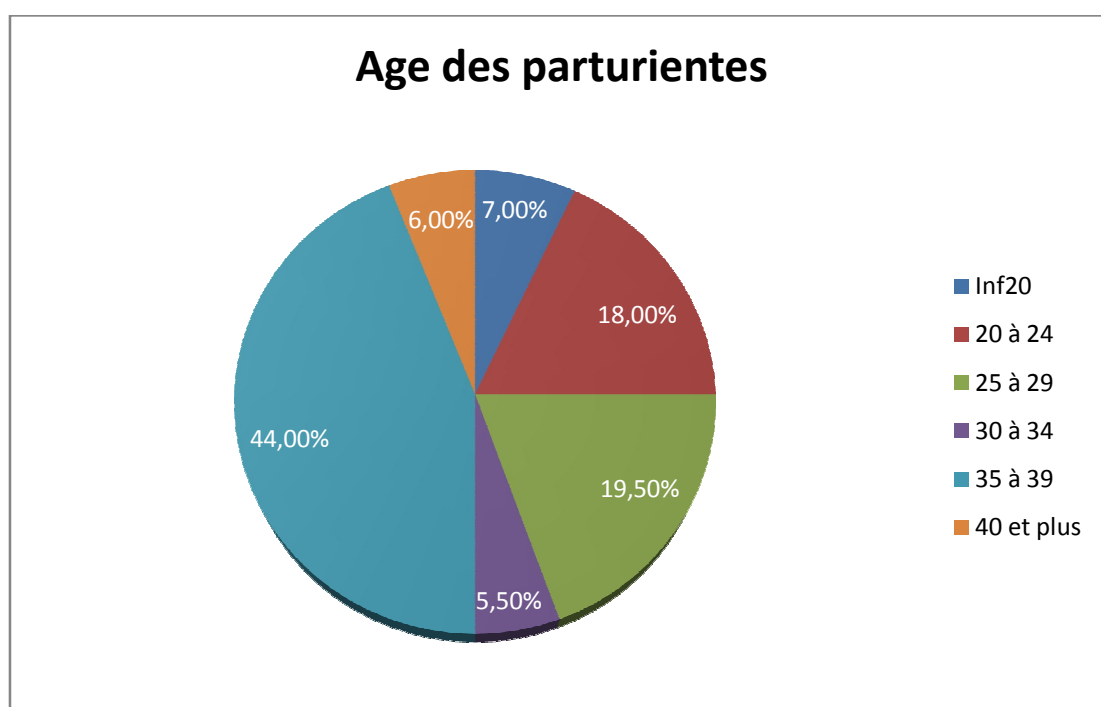
28	10	5,0%	42,5%
29	5	2,5%	45,0%
30	2	1,0%	46,0%
31	3	1,5%	47,5%
32	3	1,5%	49,0%
33	2	1,0%	50,0%
35	40	20,0%	70,0%
36	24	12,0%	82,0%
37	12	6,0%	88,0%
38	9	4,5%	92,5%
39	3	1,5%	94,0%
40	4	2,0%	96,0%
41	4	2,0%	98,0%
42	3	1,5%	99,5%
44	1	0,5%	100,0%
Total	200	100,0%	100,0%

**Tableau n°1 : répartition des parturientes selon l'âge.**

On peut répartir nos primipares à des tranches d'âge de 5ans comme montre le tableau suivant :

Tranches d'âge	Fréquence	Pourcentage	Cumul de %
Inf20	14	7,0%	7,0%
20 à 24	36	18,0%	25,0%
25 à 29	39	19,5%	44,5%
30 à 34	11	5,5%	50,0%
35 à 39	88	44,0%	94,0%
40 et plus	12	6,0%	100,0%
Total	200	100,0%	100,0%

**Tableau n° 2 : Répartition des parturientes par tranches d'âge.**



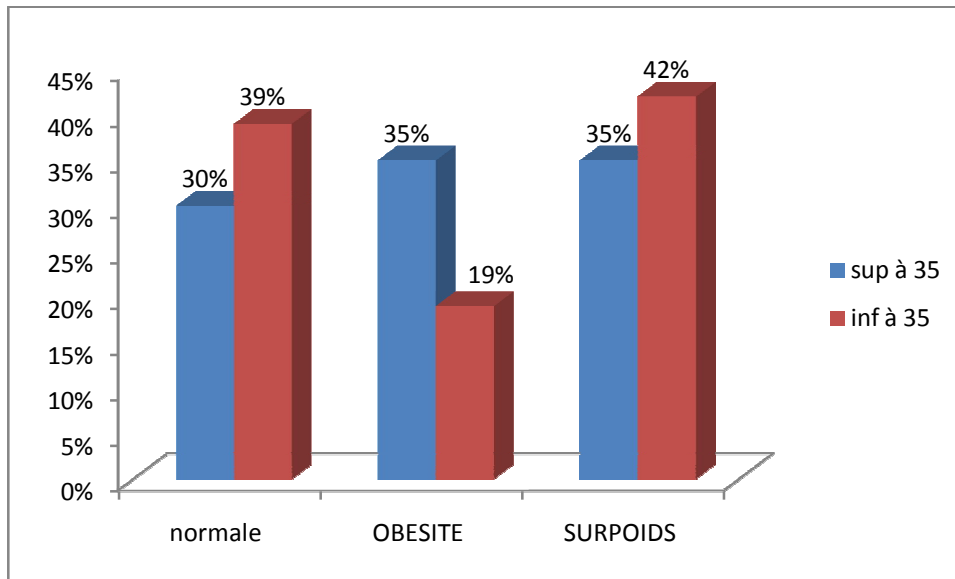
**Figure n°1 : Répartition de l'âge des parturientes.**

## 2. L'indice de masse corporelle :

- Le poids et la taille étaient mentionnés dans les dossiers sélectionnés
- Les dossiers qui ne portaient pas ces éléments ont été éliminés
- A partir de ces données on a calculé l'indice de masse corporelle de chaque patiente.
- IMC normal est compris entre 18 et 25 kg /m<sup>2</sup>.
- On parle de surpoids quand il est compris entre 25 et 30kg /m<sup>2</sup>.
- L'obésité se déclare quand l'IMC dépasse 30 kg/m<sup>2</sup>.
- Les résultats retrouvés dans notre série sont indiqués dans le tableau suivant :

	Inférieur à 35 ans		Supérieur à 35ans	
IMC	Fréquence	Pourcentage	Fréquence	pourcentage
<b>Poids normal</b>	39	39,0%	30	30%
<b>Obésité</b>	19	19,0%	35	35%
<b>Surpoids</b>	42	42,0%	35	35%
<b>Total</b>	100	100,0%	100%	100%

**Tableau n°3 : IMC chez la primipare en fonction de l'âge.**



**Figure n°2 : Indice de masse corporelle en fonction de l'âge des patientes.**

### **3. Les antécédents :**

#### **3.1 Médicaux :**

- Les antécédents médicaux recherchés systématiquement chez toute femme enceinte étaient l'asthme, le diabète et l'hypertension artérielle.
- Les autres tares ont été notées chez les patientes qui en souffrent.
- Dans notre série on a trouvé :
  - La presque totalité des primipares jeunes n'avaient pas d'antécédents particuliers.
  - Quant aux primipares âgées ; 2 cas de stérilité primaires ont été marqués, une de 5ans et l'autre de 10 ans chez une femme de 41 ans.
  - 3 femmes d'âge supérieur à 35ans souffraient de pathologie thyroïdienne.

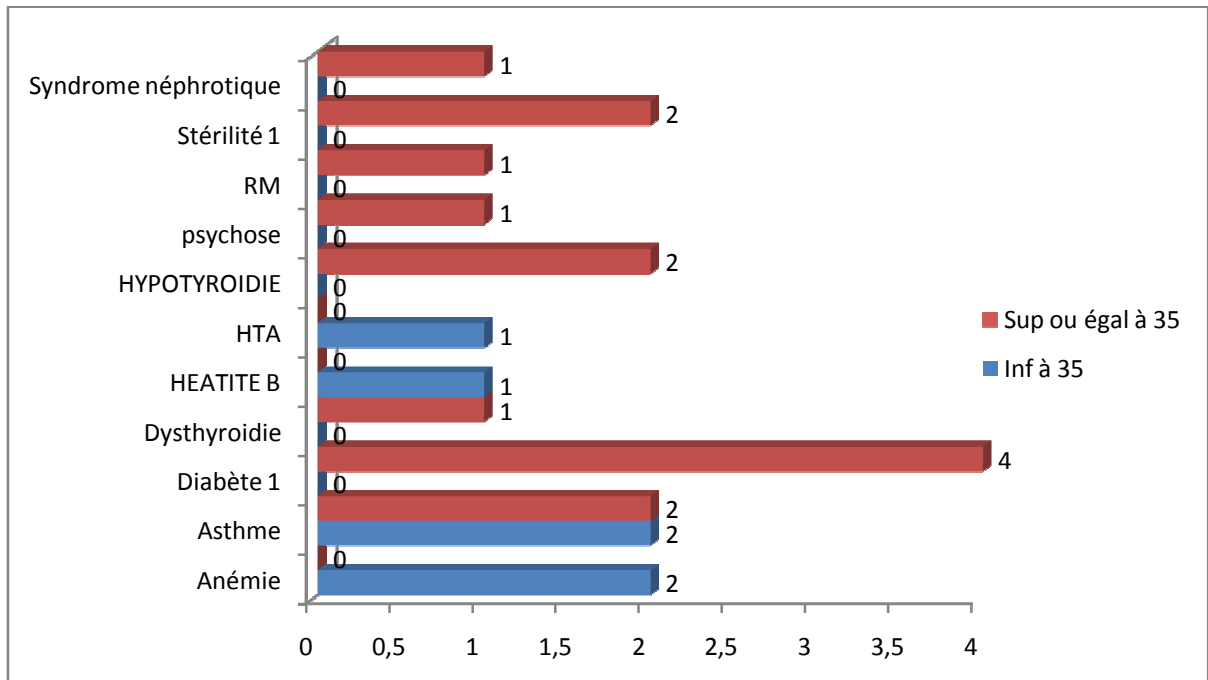
- Une femme de 36 ans présentait un rétrécissement mitral dilaté ainsi qu'une autre de même âge d'un syndrome néphrotique et qui a été adressé du service de néphrologie pour surveillance de sa grossesse.
- 4 primipares âgées étaient suivies pour un diabète insulino- dépendants.
- Une femme de 37 ans souffrait d'une psychose et avait déjà eu un avortement spontané auparavant.

Le tableau suivant récapitule les différents antécédents médicaux notés dans notre série :

Antécédents médicaux	Inférieur à 35	Supérieur ou égal à 35	TOTAL
<b>Anémie</b>			
Nb	2	0	2
%	2,0	0,0	1,0
<b>Asthme</b>			
Nb	2	2	4
%	2,0	2,0	2,0
<b>Diabète</b>			
Nb	0	4	4
%	0,0	4,0	2,0
<b>Dysthyroïdie</b>			
Nb	0	1	1
%	0,0	1,0	0,5
<b>HTA</b>			
Nb	1	0	1
%	1,0	0,0	0,5
<b>Hépatite B</b>			
Nb	1	0	1
%	1,0	0,0	0,5
<b>Hypothyroïdie</b>			

Nb %	0 0,0	2 2,0	2 1,0
<b>Syndrome néphrotique</b> Nb %	0 0,0	1 1,0	1 0,5
<b>psychose</b> Nb %	0 0,0	1 1,0	1 0,5
<b>RAS</b> Nb %	94 94,0	86 86,0	180 90,0
<b>RM</b> Nb %	0 0,0	1 1,0	1 0,5
<b>Stérilité 1</b> Nb %	0 0,0	2 2,0	2 1,0
<b>TOTAL</b> Nb %	100 100,0	100 100,0	200 100,0

**Tableau n° 4 : Les antécédents médicaux des parturientes en fonction de l'âge.**



**Figure n°3 : les antécédents médicaux des parturientes en fonction de l'âge.**

### **3.2 Chirurgicaux :**

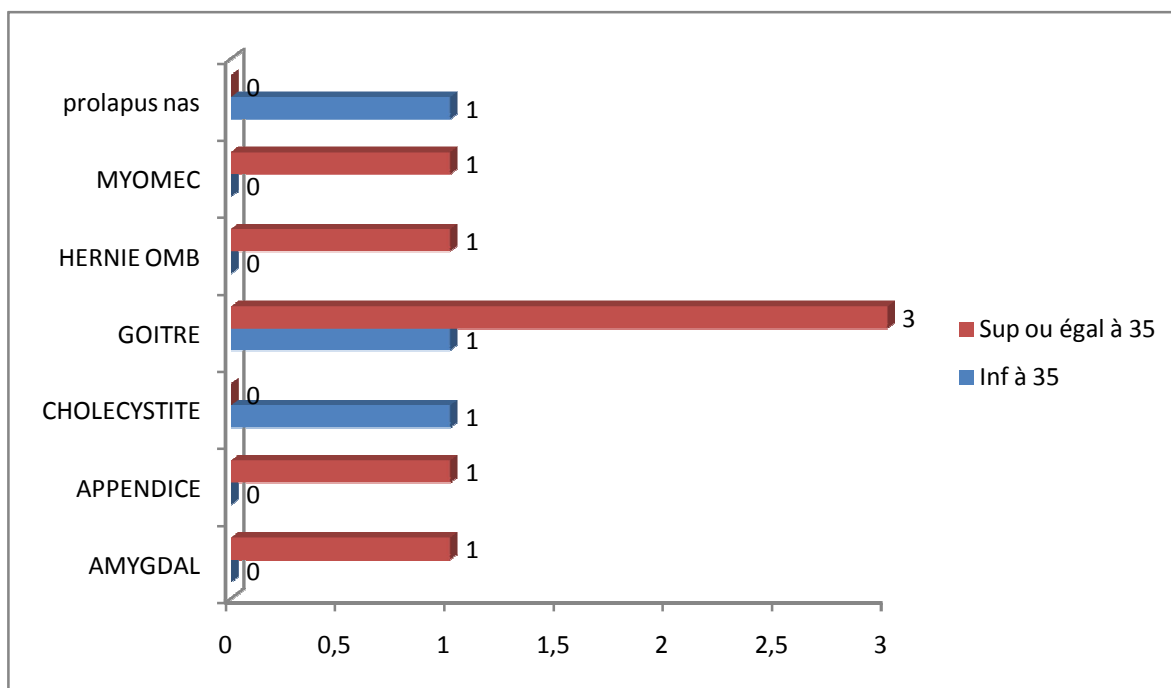
La quasi-totalité des patientes n'étaient jamais opérées.

Ainsi on a noté chez les primipares âgées :

- un cas de cholécystectomie
- 4 patientes opérées pour goitre
- une patiente opérée pour fibrome utérin
- une patiente opérée pour hernie ombilicale et une autre pour prolapsus anal

Une précision du délai entre la grossesse menée à terme et la chirurgie aurait été intéressante, ce qui n'était pas mentionné dans les dossiers étudiés.

Le tableau et la figure suivantes résument ces antécédents



**Figure n°4 : les antécédents chirurgicaux des parturientes en fonction de l'âge.**

<b>AGE MATERNEL</b>			
<b>ATCD chirurgicaux</b>	<b>Inférieur à 35</b>	<b>Supérieur ou égal à 35</b>	<b>TOTAL</b>
<b>Amygdalectomie</b>			
Nb	0	1	1
%	0,0	1,0	0,5
<b>Appendicectomie</b>			
Nb	0	1	1
%	0,0	1,0	0,5
<b>Cholécystectomie</b>			
Nb	1	00	1
%	1,0	0,0	0,5
<b>Goitre</b>			
Nb	1	3	4
%	1,0	3,0	2,0
<b>Hernie ombilicale</b>			
Nb	0	1	1
%	0,0	1,0	0,5
<b>Myomectomie</b>			
Nb	0	1	1
%	0,0	1,0	0,5
<b>prolapsus anal</b>			
Nb	1	0	1
%	1,0	0,0	0,5
<b>RAS</b>			
Nb	97	93	190
%	97,0	93,0	95,0

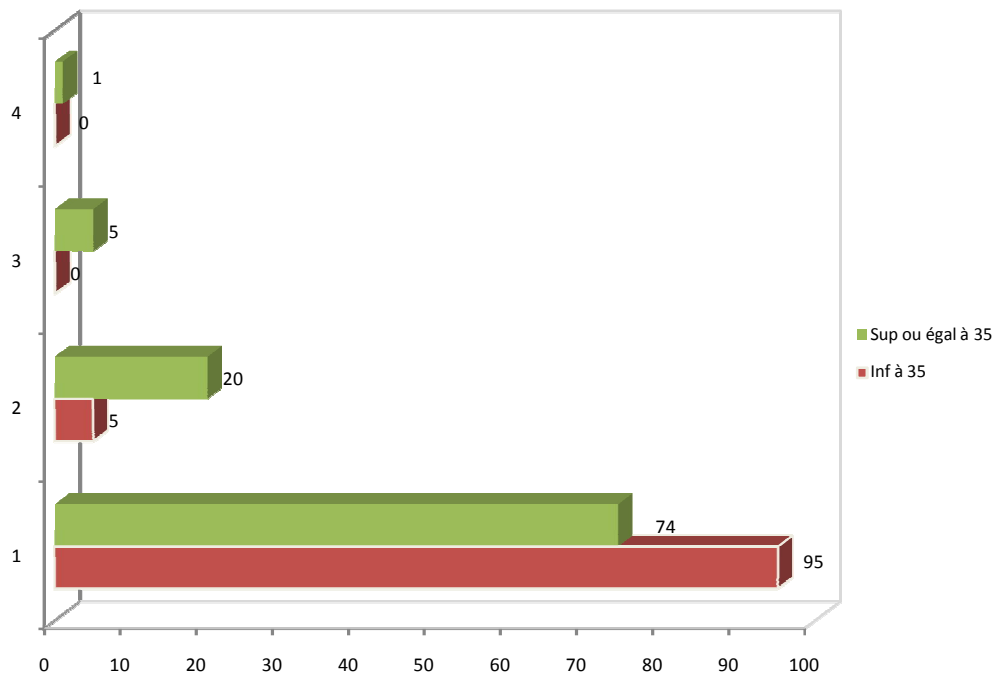
**Tableau n°5: les antécédents chirurgicaux des parturientes en fonction de l'âge.**

### **3.3 Gynéco-obstétricaux :**

#### **3.3.1 Gestité :**

C'est le nombre de grossesse vécus par une femme (incluant la grossesse courante si elle est enceinte). Il s'agit du total de toutes les grossesses, qu'elles aient mené à un accouchement ou non (fausse couche, IVG, IMG, ...).

- dans notre série, le nombre de gestation variait entre 1 et 4.
- 26% des primipares âgées n'étaient pas des primigestes.
- pour les primipares jeunes 95% étaient des primipares, les 5% restantes avaient deux gestations au maximum comme montrent le tableau et la figure suivante :



**Figure n°5 : Le nombre de gestation en fonction de l'âge.**

AGE MATERNEL			
Gestité	Inférieur à 35	Supérieur ou égal à 35	TOTAL
<b>1</b>			
Nb	95	74	169
%	95,0	74,0	84,5
<b>2</b>			
Nb	5	20	25
%	5,0	20,0	12,5
<b>3</b>			
Nb	0	5	5
%	0,0	5,0	2,5
<b>4</b>			
Nb	0	1	1
%	0,0	1,0	0,5
<b>TOTAL</b>			
Nb	100	100	200
%	100,0	100,0	100,0

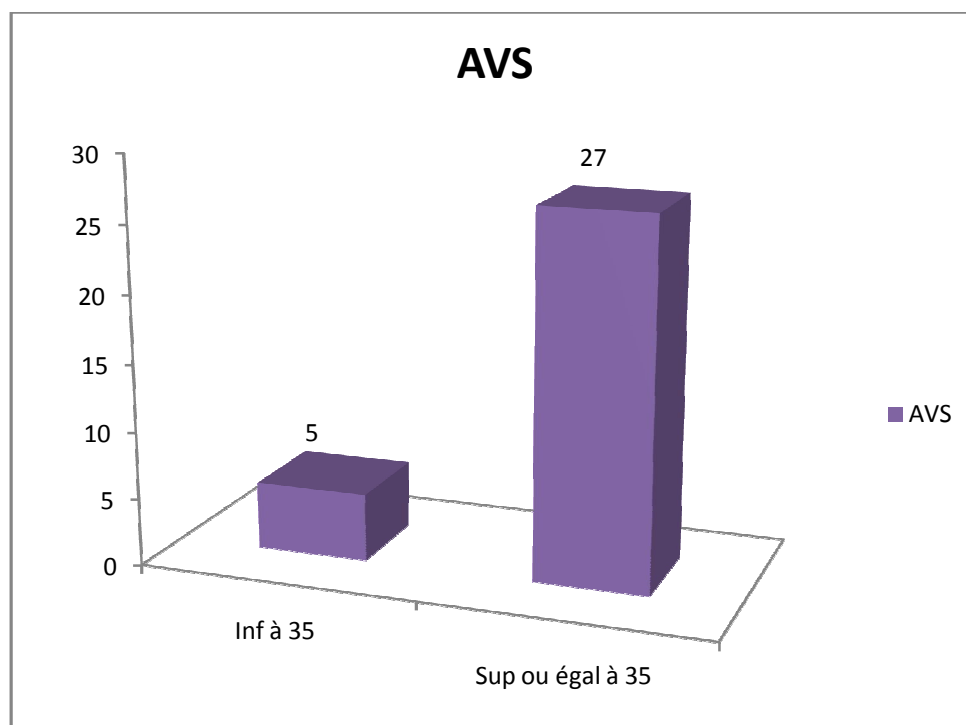
**Tableau n°6: Le nombre de gestation en fonction de l'âge.**

### **3.4 Les avortements spontanés :**

Des antécédents d'avortements spontanés ont été retrouvés chez 27 de nos parturientes d'âge supérieur à 35ans soit 27%. Parmi ces 27 femmes, 19 avaient un seul avortement, 5avaient deux avortements 2 avaient trois avortements et une femme avait 4 avortements comme montre le tableau suivant :

AGE MATERNEL			
Causes de décès	Inférieur à 35	Supérieur ou égal à 35	TOTAL
<b>AVS</b>			
Nb	5	27	32
%	100,0	100,0	100,0
<b>TOTAL</b>			
Nb	5	27	32
%	100,0	100,0	100,0

**Tableau n°7: Nombre des avortements spontanés en fonction de l'âge maternel.**



**Figure n°6 : Nombre des avortements spontanés en fonction de l'âge maternel.**

### **3.5 Les antécédents de chirurgie gynécologique :**

Dans notre série on retrouve un cas de myomectomie chez une femme âgée de 36ans primipare primigestes dont le délai entre la chirurgie et la grossesse n'a pas été mentionné sur le dossier.

## **4. Le déroulement de la grossesse :**

### **4.1 Le suivi :**

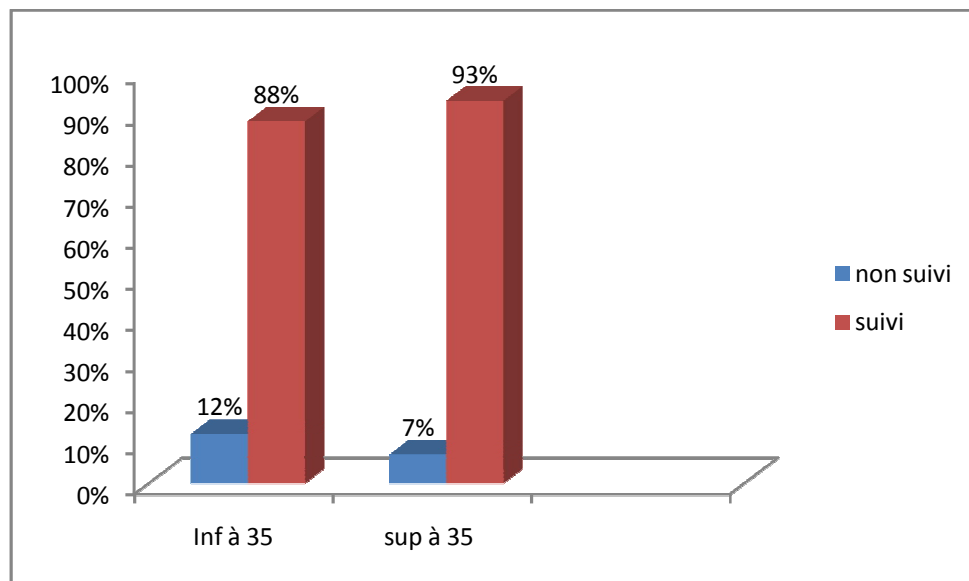
- 7% des primipares âgées et 12% n'étaient pas suivies pendant leurs grossesses. néanmoins qualité du suivi ne permet pas de déceler plusieurs anomalies pouvant survenir au cours de la grossesse et conditionner le pronostic de l'accouchement, de la mère et du nouveau-né.
- Ainsi la majorité des patientes avaient fait durant toute leur grossesse :
- Une NFS
- Une glycémie à jeun
- Une sérologie de toxoplasmose sans la répéter quel que soit son résultat.
- Une échographie de datation faite au premier trimestre.
- Aucune information n'a été mentionné sur l'examen du bassin ni l'échographie de morphologie foetale même chez les femmes d'âge avancé malgré le risque accru des malformations foetales.

AGE MATERNEL			
Suivi	Inférieur à 35	Supérieur ou égal à 35	TOTAL
<b>non</b>			
Nb	12	7	19
%	12,0	7,0	9,5
<b>oui</b>			
Nb	88	93	181
%	88,0	93,0	90,5
<b>TOTAL</b>			
Nb	100	100	200
%	100,0	100,0	100,0

OR 1,8064 (0,6802-5,0870)

P = 0.167

**Tableau n°8 : Le suivi des patientes en fonction de l'âge maternel.**



**Figure n°7 : Le suivi des patientes en fonction de l'âge maternel.**

#### **4.2 L'évolution de la grossesse :**

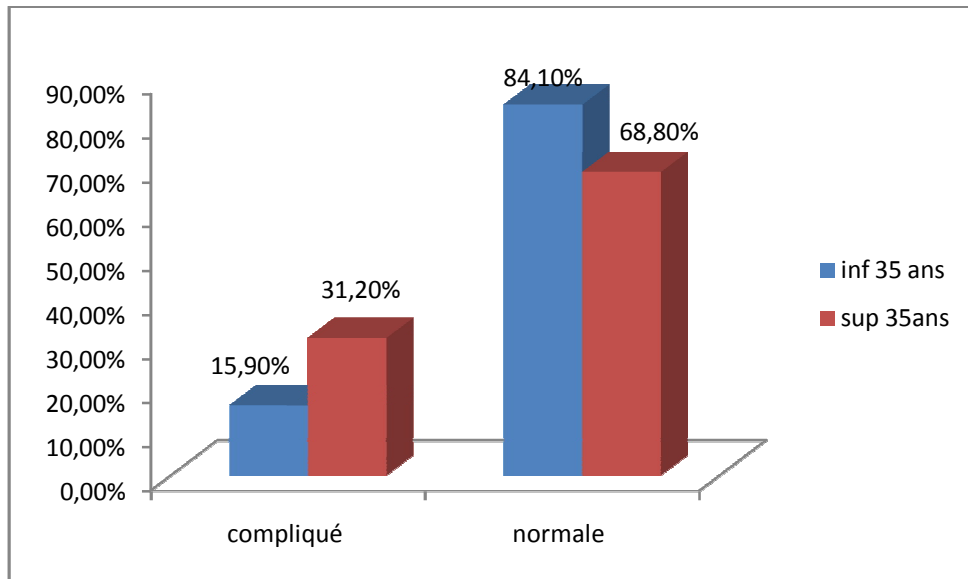
- 30% de nos primipares âgées ont eu des complications au cours de leurs grossesses bien que 7% de ces parturientes n'étaient pas suivies et l'évolution de leur grossesse n'était pas reconnue ce qui tend à augmenter ce pourcentage.
- Le tableau et la graphique suivants montrent l'évolution de la grossesse chez nos primipares jeunes et âgées

Evolution de la grossesse	Inférieur à 35	Supérieur ou égal à 35	TOTAL
<b>Complicquée</b>			
Nb	14	29	43
%	15,9	31,2	23,8
<b>Normale</b>			
Nb	74	64	138
%	84,1	68,8	76,2
<b>TOTAL</b>			
Nb	88	93	181
%	100,0	100,0	100,0

OR 0.4195 (0,1993-0,8570)

P = 0.008 Fisher exact 0.012

**Tableau n°9 : Evolution de a grossesse en fonction de l'âge maternel.**



**Figure n°8 : Evolution de a grossesse en fonction de l'âge maternel.**

### **4.3 Les complications survenues au cours de la grossesse :**

#### **4.3.1 L'hypertension artérielle gestationnelle :**

- le tableau suivant montre le taux d'HTAG retrouvé dans notre étude chez les 2 groupes

AGE MATERNEL			
HTAG	Inférieur à 35	Supérieur ou égal à 35	TOTAL
<b>Non</b>			
Nb	90	88	178
%	90,0	88,0	89,0
<b>Oui</b>			
Nb	10	12	22
%	10,0	12,0	11,0
<b>TOTAL</b>			
Nb	100	100	200
%	100,0	100,0	100,0

OR 1,2260 (0,4973 -3,0705)

P = 0,41

**Tableau n°10: Taux d’HTAG en fonction de l’âge maternel.**

- Selon ces résultats on ne note pas de différence statistiquement significative entre les deux groupes (p à 0.41). Mais ces chiffres sont sous estimés puisque une partie de nos patiente n’étaient pas ou étaient mal suivies et le diagnostic n’a été fait alors qu’au moment de l’accouchement.

**4.3.2 Diabète gestationnel :**

- Le taux de diabète gestationnel peut être sous estimé du fait que le test d O’sullivan n’était pas systématiquement fait chez la plupart de nos primipares.
- Le taux de diabète gestationnel diagnostiqué chez nos parturientes est présenté comme suite

Diabète G	Fréquence	Pourcentage

<b>Primipare jeune</b>	11	11,0%
<b>Primipare âgée</b>	15	15,0%

**Tableau n°11 : Taux de diabète gestationnel en fonction de l'âge maternel.**

Ainsi, on ne note pas de d'augmentation statistiquement significative du diabète gestationnel chez la primipare âgée par rapport à la jeune primipare ( p 0.19).

**4.3.3 Menace d'accouchement prématuré :**

- Beaucoup d'informations manquaient à propos de cette complication : l'étiologie, l'hospitalisation, la prise en charge l'évolution .....
- Les deux tableaux suivants montrent le taux de MAP chez les deux groupes de parturiente.

MAP	Fréquence	Pourcentage
<b>Primipare Jeune</b>	2	2,0%
<b>Primipare âgée</b>	5	5,0%

**Tableau n°12 : Taux de MAP en fonction de l'âge maternel.**

#### **4.3.4 L'infection urinaire :**

- On a noté deux cas d'infection urinaire survenue au cours de la grossesse chez deux primipares jeunes.
- Aucun antécédent d'infection urinaire n'a été mentionné chez les primipares âgées.
- Ce résultat reste statistiquement non significatif et ne peuvent relier la survenue d'infection urinaire au cours de la grossesse à l'âge maternel avancé (p 0.60).

#### **4.3.5 L'anémie :**

Dans cette étude on a retrouvé :

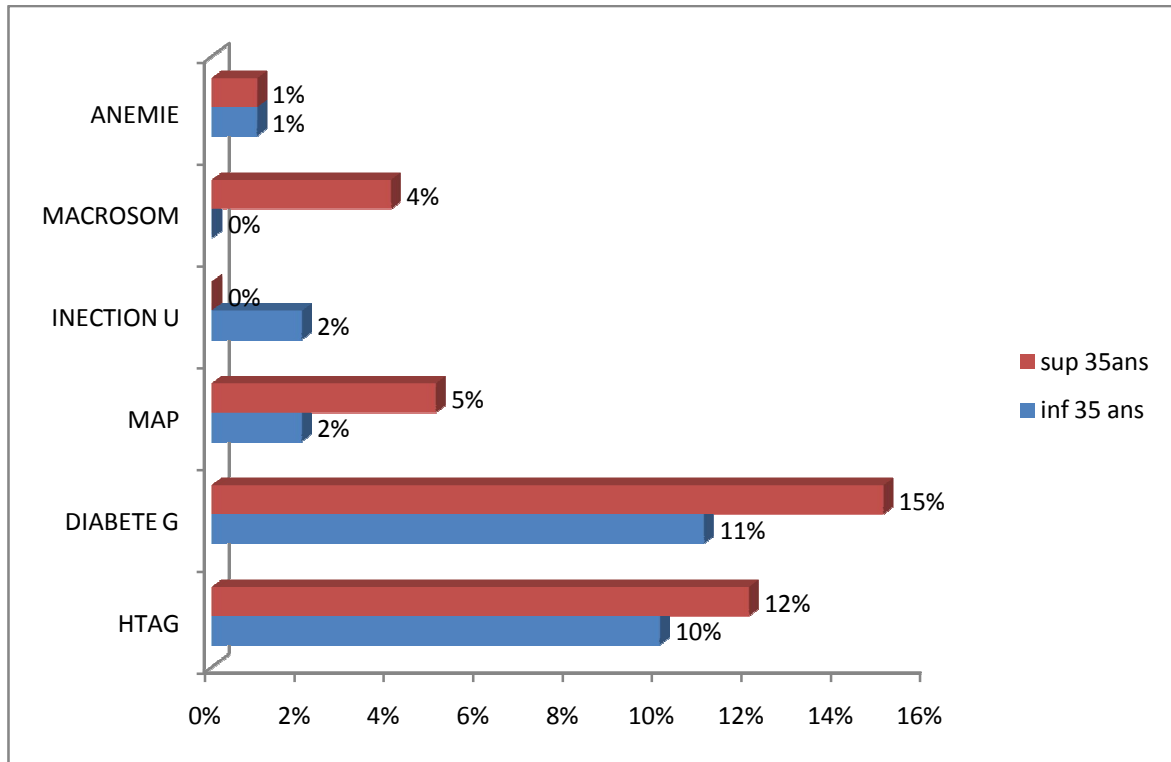
- Une primipare jeune souffrant d'anémie chronique sous traitement.
- Un cas d'anémie survenue au cours de la grossesse chez une primipare de 36ans.
- ces résultats restent faibles et ne permettent pas de conclure ( p 0.50).

#### **4.3.6 Suspicion de macrosomie :**

La macrosomie a été suspectée surtout chez les primipares âgées comme montre les tableaux suivants :

Suspicion de macrosomie	Fréquence	Pourcentage
<b>Primipare jeune</b>	0	0,0%
<b>Primipare âgée</b>	4	4,0%

**Tableau n°13: Suspicion de macrosomie fœtale en fonction de l'âge maternel.**



**Figure n°9 : Comparaison des complications survenues au cours de la grossesse chez la primipare jeune et la primipare âgée.**

## **5. l'accouchement :**

### **5.1 Le terme :**

- La grossesse est dite menée à terme quand l'accouchement survient entre 37 et 41 semaines d'aménorrhée.
- Tout accouchement survenant avant 37 SA est un accouchement prématuré.
- On parle de dépassement de terme au-delà de 41 SA + 2j.

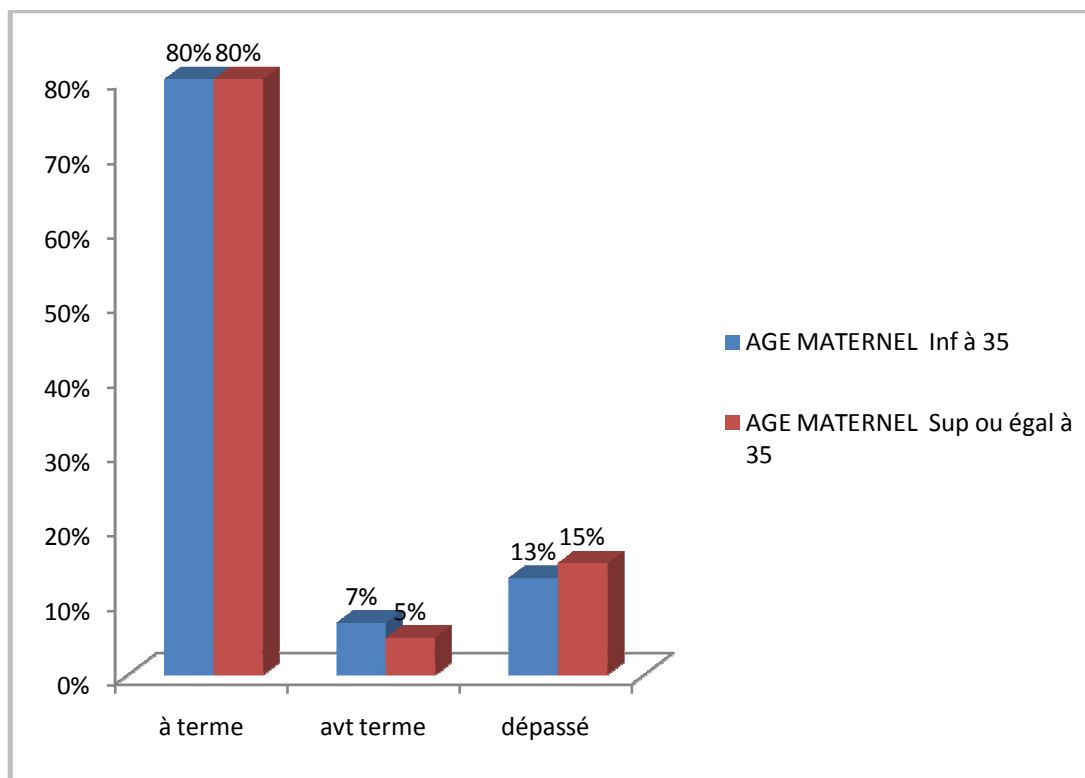
- Les résultats de notre étude sont comme suite :

<b>AGE MATERNEL</b>			
<b>Terme</b>	<b>Inférieur à 35</b>	<b>Supérieur ou égal à 35</b>	<b>TOTAL</b>
<b>A terme</b>			
Nb	80	80	160
%	80,0	80,0	80,0
<b>Avant terme</b>			
Nb	7	5	12
%	7,0	5,0	6,0
<b>Dépassé</b>			
Nb	13	15	28
%	13,0	15,0	14,0
<b>TOTAL</b>			
Nb	100	100	200
%	100,0	100,0	100,0

**Tableau°14: Le terme en fonction de l'âge maternel.**

OR 3.45 (1.86-6.51)

P 0.00004



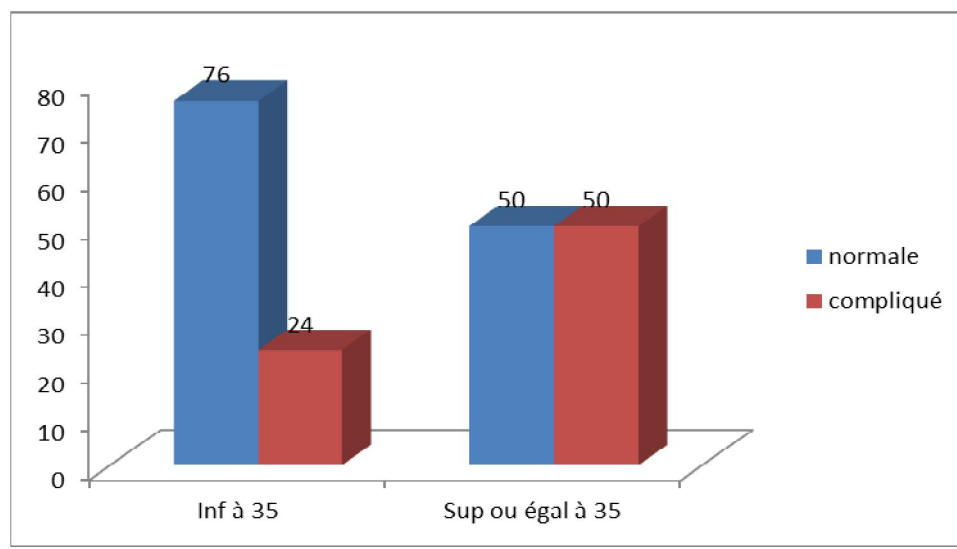
**Figure°10: Le terme en fonction de l'âge maternel.**

### **5.2 Le déroulement de l'accouchement :**

Selon les tests statistiques la survenue des complications au cours de l'accouchement est significativement plus marquée chez les primipares âgées (p 0.00007, Fisher exact 0.0001, OR 3.14)

L'accouchement	Inf à 35 ans %	Sup à 35 ans %
<b>Normal</b>	76	50
<b>Complicé</b>	24	50
<b>Total</b>	100	100

**Tableau n°15 : Le déroulement de l'accouchement en fonction de l'âge maternel.**



**Figure n°11 : Taux de complications au cours de l'accouchement en fonction de l'âge maternel.**

## **6. Les complications survenues au cours de l'accouchement :**

### **6.1 Souffrance fœtale aigue:**

SFA	Fréquence	Pourcentage
<b>Inf à 35 ans</b>	6	6,0%
<b>Sup à 35 ans</b>	11	11,0%

**Tableau n°16: Le taux de SFA en fonction de l'âge maternel.**

## **6.2 Rupture prématuré des membranes :**

On note une augmentation significative de taux de survenue de RPM chez la primipare âgée comme montre les tableaux suivants :

RPM	Fréquence	Pourcentage
<b>Inf à 35 ans</b>	18	18,0%
<b>Sup à 35 ans</b>	38	38,0%

**Tableau n°17 : Taux de survenue de RPM en fonction de l'âge maternel.**

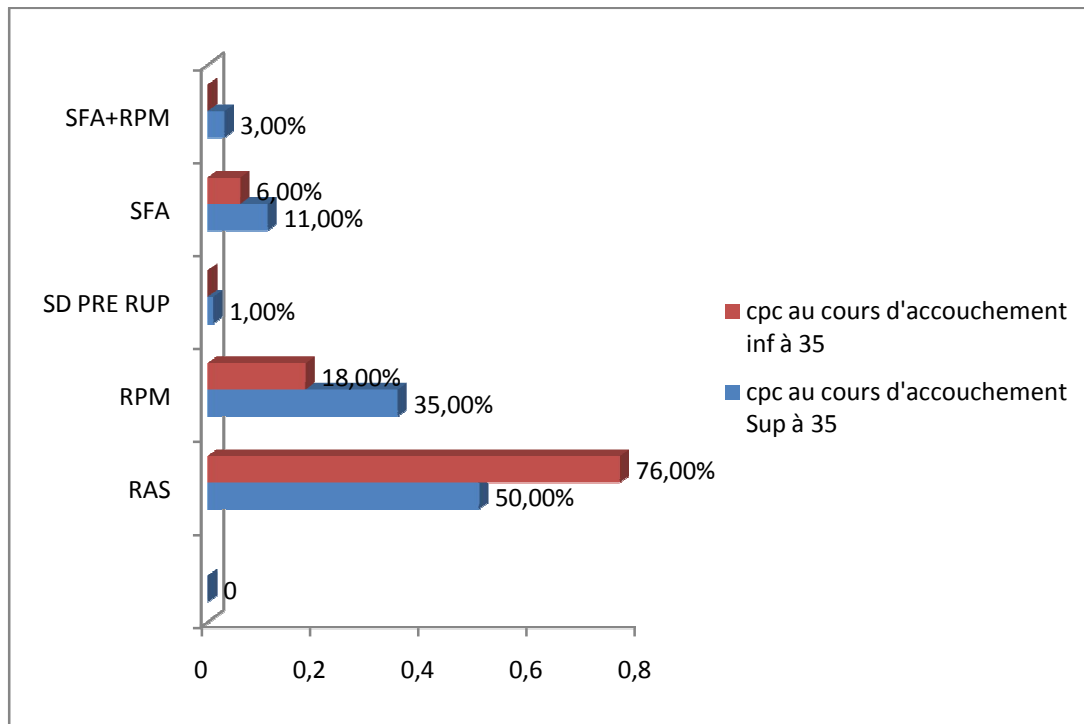
## **6.3 Complications survenues au cours de l'accouchement en fonction de l'âge maternel :**

- L'association de la rupture prématurée des membranes et de souffrance fœtale aigüe n'était pas rare chez les primipares âgées comme montrent les tableaux suivants :

CPC au cours d'accouchement	Inf à 35 ans %	Sup à 35 ans %
<b>RAS</b>	76	50
<b>RPM</b>	18	35
<b>SD PRE RUP</b>	0	1
<b>SFA</b>	6	11

SFA+RPM	0	3
---------	---	---

**Tableau n°18 : Complications survenues au cours de l'accouchement en fonction de l'âge maternel.**



**Figure n° 12 : Complications survenues au cours de l'accouchement en fonction de l'âge maternel.**

#### **6.4 Les modalités de l'accouchement chez primipare jeune :**

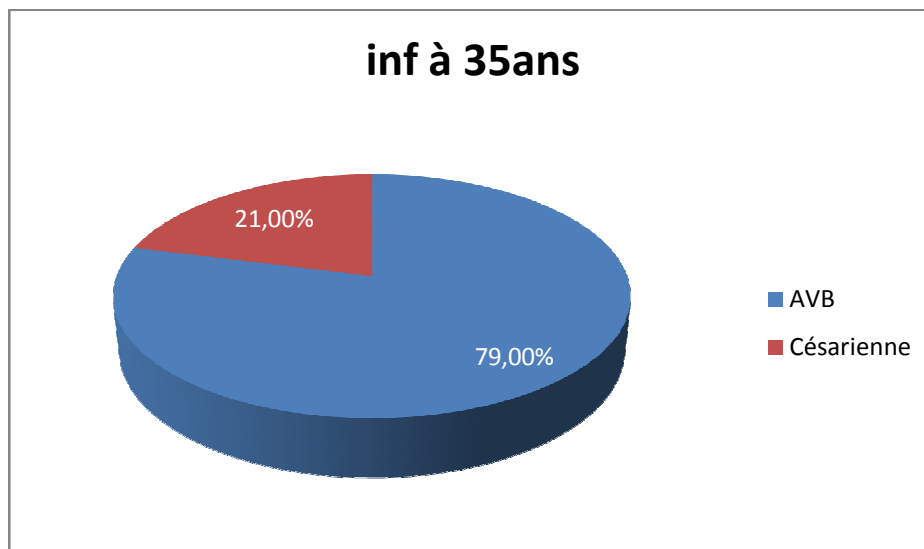
- **Primipare jeune :**

La voie basse était significativement supérieure à la césarienne (p 0.0009)

Mode d'accouchement	Fréquence	Pourcentage

<b>AVB</b>	79	79,0%
<b>Césarienne</b>	21	21,0%
<b>Total</b>	100	100,0%

**Tableau n°19 : modalités de l'accouchement chez primipare jeune.**



**Figure n°13: Modalités d'accouchement chez la jeune primipare.**

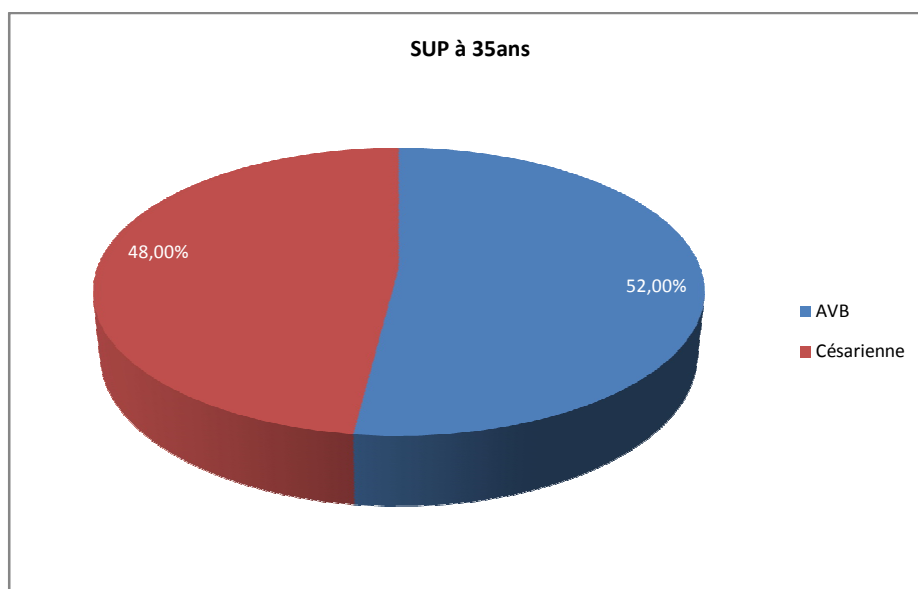
### **6.5 Modalité d'accouchements chez primipare âgée :**

A la lumière de ces résultats on peut noter que le taux de césarienne est statistiquement très significatif chez la primipare âgée (p 0.00004).

Mode d'accouchement	Fréquence	Pourcentage
<b>AVB</b>	52	52,0%

<b>Césarienne</b>	48	48,0%
<b>Total</b>	100	100,0%

**Tableau n°20 : modalités de l'accouchement chez primipare âgée.**



**Figure n°14 : Modalités d'accouchement chez la primipare âgée.**

### **6.6 Le type d'anesthésie utilisée :**

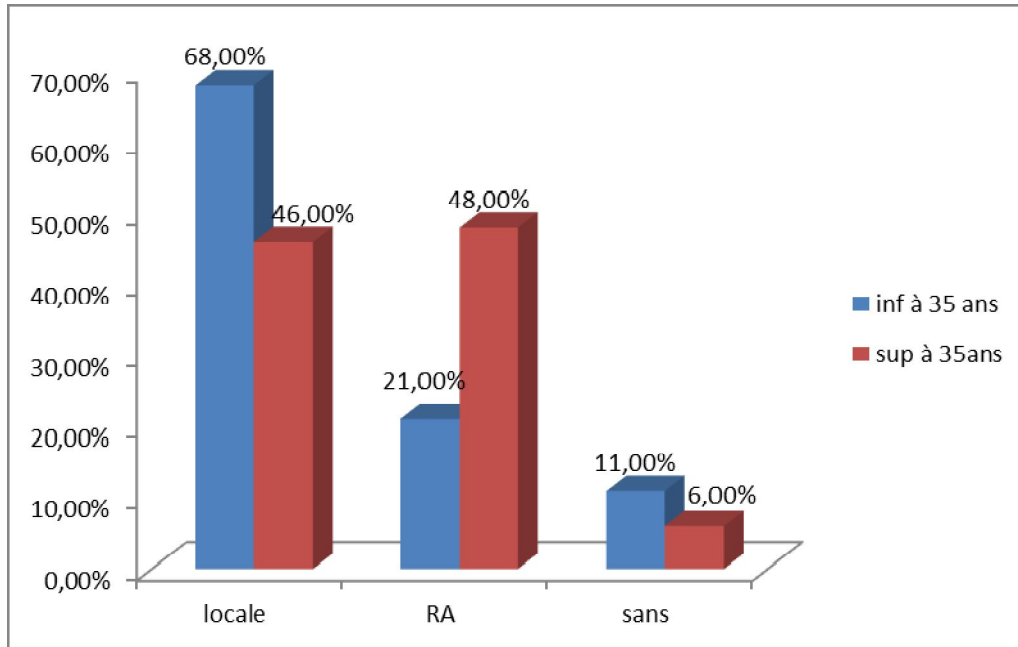
Les tableaux et la graphique suivants illustrent le type d'anesthésie utilisée chez les deux groupes de primipares :

#### **- Primipare jeune :**

Mode d'anesthésie	Inf à 35ans %	Sup à 35ans %
<b>locale</b>	68	46
<b>RA</b>	21	48
<b>sans</b>	11	6

<b>Total</b>	100	100,0%
--------------	-----	--------

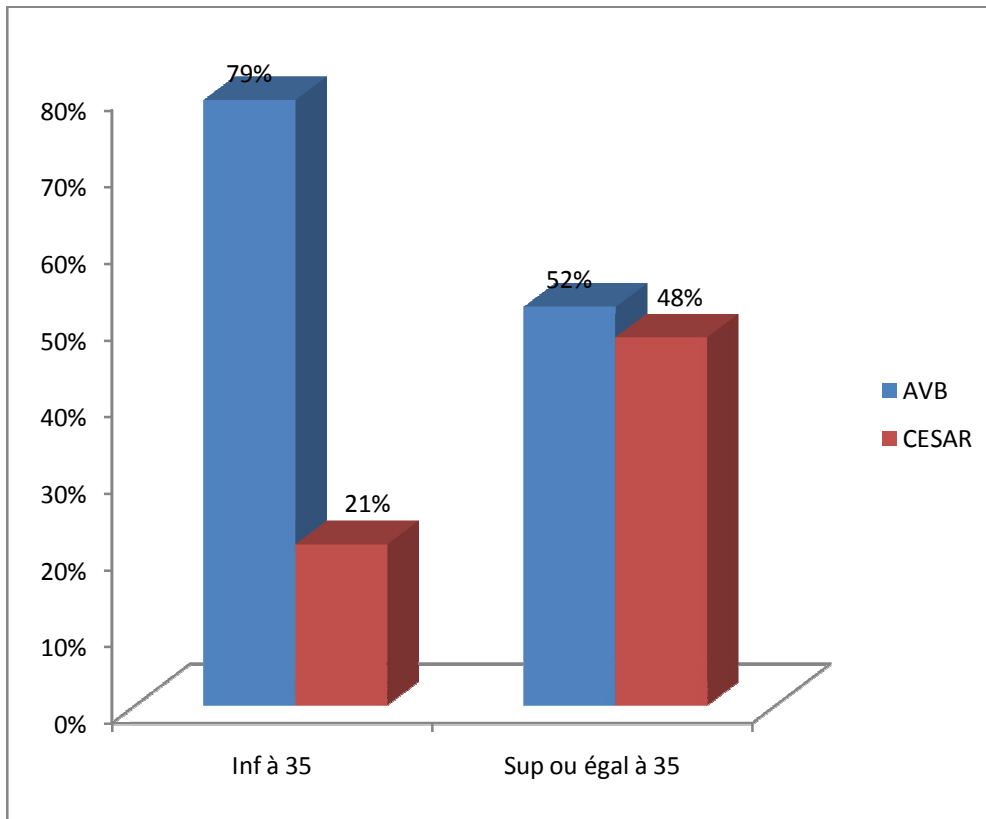
**Tableau n°21:Le type d'anesthésie utilisée en fonction de l'âge maternel.**



**Figure n°15 : Type d'anesthésie utilisé en fonction de l'âge maternel.**

### **6.7L'accouchement par voie basse :**

L'accouchement par voie basse était significativement plus élevé chez les jeunes primipares (p 0.0009).



**Figure n°16 : voies d'accouchement en fonction de l'âge maternel.**

AGE MATERNEL			
AVB	Inf. à 35	Sup ou égal à 35	TOTAL
<b>Non</b>			
Nb	22	48	70
%	22,0	48,0	35,0
<b>Oui</b>			
Nb	78	52	130
%	78,0	52,0	65,0
<b>TOTAL</b>			
Nb	100	100	200
%	100,0	100,0	100,0

--	--	--	--

*OR* : 0,3074 (1,8644- 0,5658)

*P*=0,00009

**Tableau n°22 : L'accouchement par voie basse en fonction de l'âge maternel.**

**6.8 L'extraction instrumentale :**

Le type de l'instrument utilisé (ventouse, forceps ou autre) n'était pas mentionné sur le dossier.

Le recours aux instruments chez les deux groupes est résumé dans le tableau suivant :

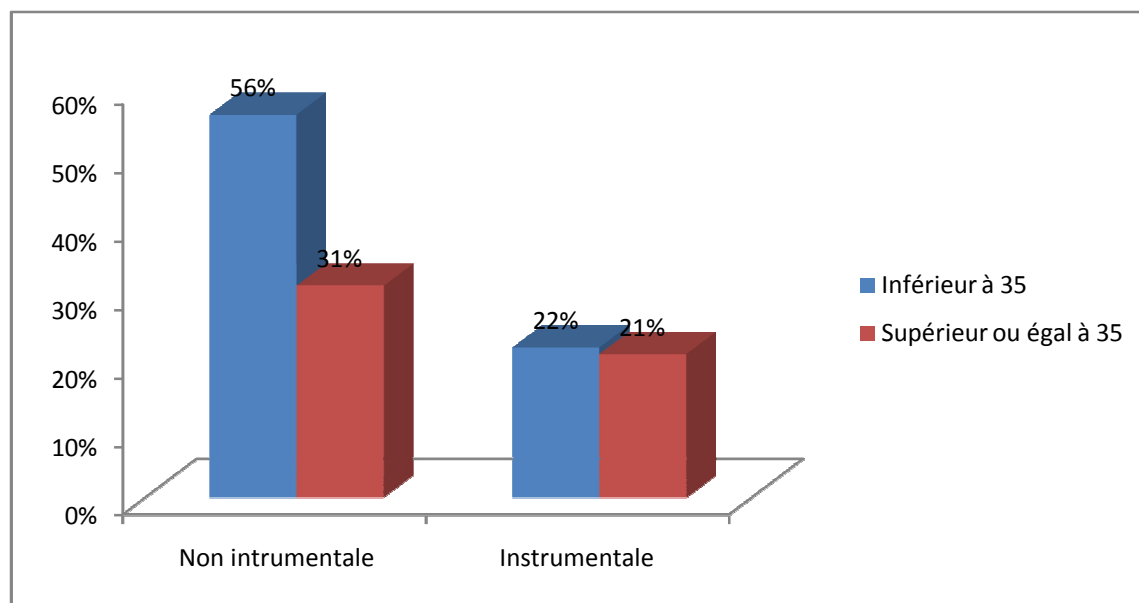
AGE MATERNEL			
Instrumentale	Inférieur à 35	Supérieur ou égal à 35	TOTAL
<b>Non</b>			
Nb	56	31	87,5
%	56,0	31,0	43,5
<b>Oui</b>			
Nb	22	21	43
%	22,0	21,0	21,5
<b>TOTAL</b>			
Nb	78	52	130
%	78,0	52,0	65,0

OR 0.942(0.47-1.863)

P 0.50

**Tableau n°23 : Le recours aux instruments en fonction de l'âge maternel.**

⇒ Ainsi on ne note pas de différence statistiquement significative incriminant l'âge maternel dans l'utilisation des instruments au cours de l'accouchement.



**Figure n°17 : Recours aux instruments dans l'accouchement en fonction de l'âge maternel.**

### **6.9 Épisiotomie :**

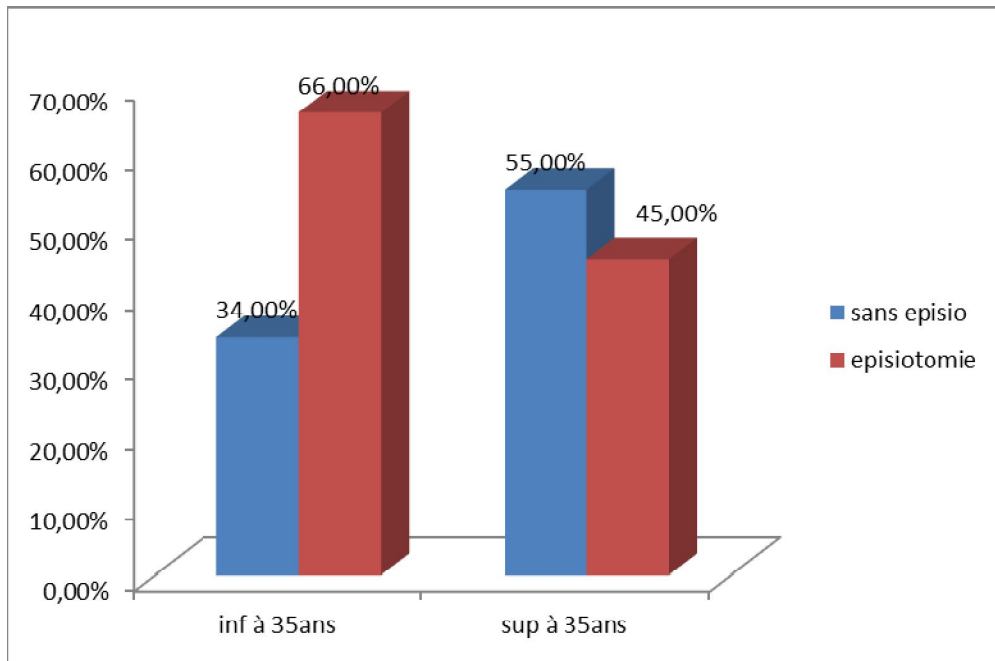
On note moins d'épisiotomie chez la primipare âgée que chez la primipare jeune comme montre le tableau suivant :

Episiotomie	Fréquence	pourcentage
<b>Inf à 35 ans</b>	66	66,0%
<b>Sup à 35 ans</b>	45	45 ,0%

**Tableau n°24 : Recours à l'épisiotomie en fonction de l'âge maternel.**

Cependant, le taux des accouchements par voie basse chez la primipare âgée est de 52% .ce qui fait que juste 7% des accouchements étaient spontanés.

En comparaison avec les jeunes primipares, le taux d'accouchement par voie basse était de 78%. Ce qui fait que 22 % des accouchements étaient spontanés.



**Figure n°18 : Recours à l'épisiotomie en fonction de l'âge maternel.**

### 6.10 Césarienne :

Le recours à la voie haute est statistiquement très significatif chez les primipares âgées (Fisher exact à 0.00004, OR 3.45 (1.86-6.515) p 0.00004).

AGE MATERNEL			
Césarienne	Inférieur à 35	Supérieur ou égal à 35	TOTAL
<b>NON</b>			
Nb	79	52	131
%	79,0	52,0	65,5
<b>OUI</b>			
Nb	21	48	69
%	21,0	48,0	34,5
<b>TOTAL</b>			
Nb	100	100	200
%	100,0	100,0	100,0

**Tableau n°25 : Taux de césarienne en fonction de l'âge maternel.**

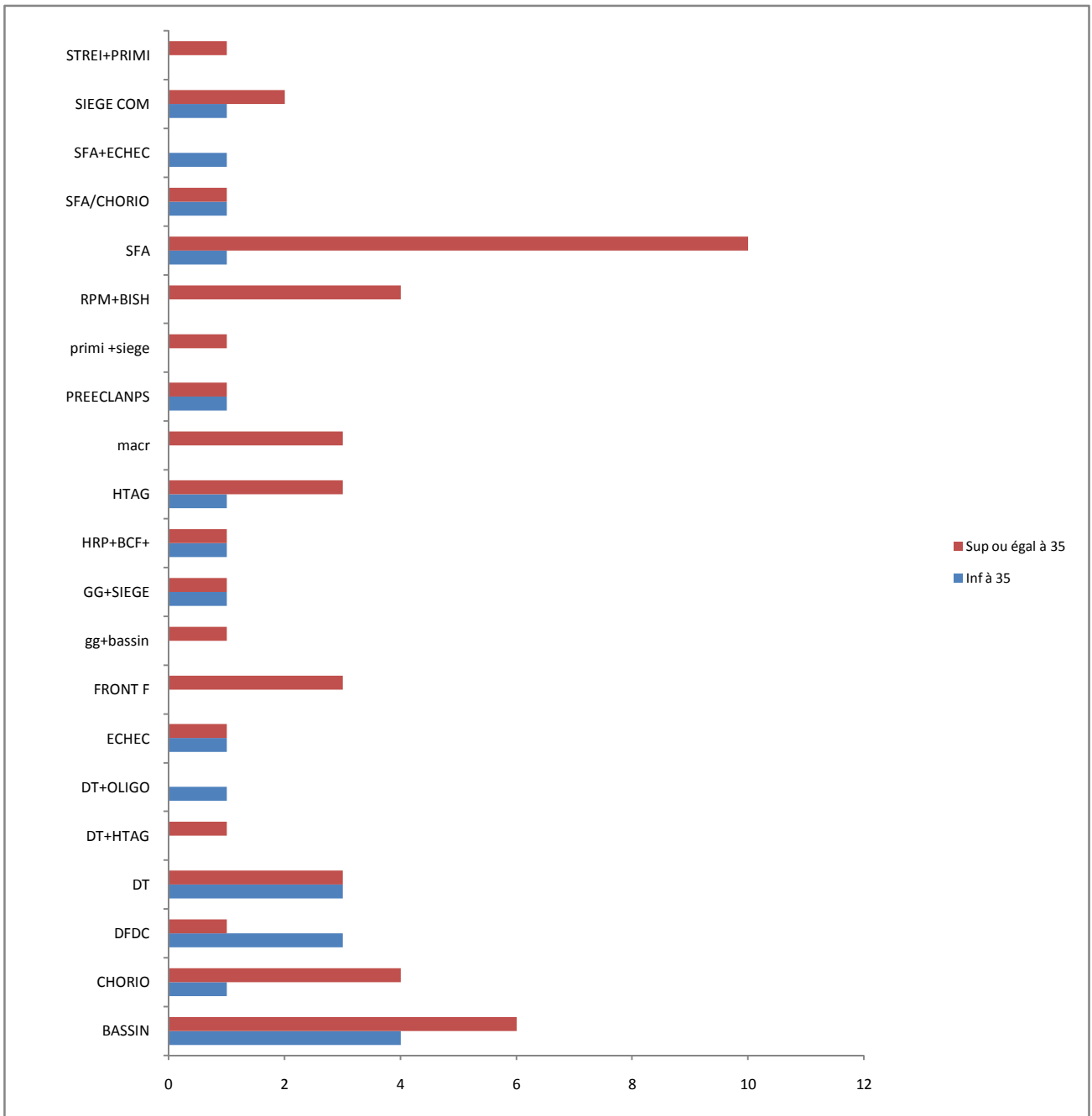
### 6.11 Indication en fonction de l'âge maternel :

Les indications de la césarienne étaient différentes et multiples chez la primipare âgée, majoré par la souffrance fœtale aigue survenue au cours du travail, les présentations dystociques, le bassin suspect ou chirurgical et la chorioamniotite.

<b>AGE MATERNEL</b>			
<b>Indication</b>	<b>Inférieur à 35</b>	<b>Sup ou égal à 35</b>	<b>TOTAL</b>
<b>Bassin</b>			
Nb	4	6	10
%	19,0	12,5	14,5
<b>Chorio</b>			
Nb	1	4	5
%	4,8	8,3	7,2
<b>DFDC</b>			
Nb	3	1	4
%	14,3	2,1	5,8
<b>DT</b>			
Nb	3	3	6
%	14,3	6,3	8,7
<b>DT+HTAG</b>			
Nb	0	1	1
%	0,0	2,1	1,4
<b>DT+Oligo-amnios</b>			
Nb	1	0	1
%	4,8	0,0	1,4
<b>Echec d'activation</b>			
Nb	1	1	2
%	4,8	2,1	2,9
<b>Front fixé</b>			
Nb	0	3	3
%	0,0	6,3	4,3
<b>GG +bassin</b>			
Nb	0	1	1
%	0,0	2,1	1,4
<b>GG+Siège</b>			
Nb	1	1	2
%	4,8	2,1	2,9
<b>HRP+BCF+</b>			
Nb	1	1	2
%	4,8	2,1	2,9
<b>HTAG</b>			

Nb	1	3	4
%	4,8	6,3	5,8
<b>Macrosomie</b>			
Nb	0	3	3
%	0,0	6,3	4,3
<b>pré éclampsie</b>			
Nb	1	1	2
%	4,8	2,1	2,9
<b>Primipare âgée +siège</b>			
Nb	0	1	1
%	0,0	2,1	1,4
<b>RPM+BISH</b>			
Nb	0	4	4
%	0,0	8,3	5,8
<b>SFA</b>			
Nb	1	10	11
%	4,8	20,8	15,9
<b>SFA/Chorio</b>			
Nb	1	1	2
%	4,8	2,1	2,9
<b>SFA+Echec</b>			
Nb	1	0	1
%	4,8	0,0	1,4
<b>Siege complet</b>			
Nb	1	2	3
%	4,8	4,2	4,3
<b>STREL+primipare</b>			
Nb	0	1	1
%	0,0	2,1	1,4
<b>TOTAL</b>			
Nb	21	48	69
%	100,0	100,0	100,0

**Tableau n° 26: indications de la césarienne en fonction de l'âge maternel.**



**Figure n° 19: indications de la césarienne en fonction de l'âge maternel.**

### 6.12 La délivrance:

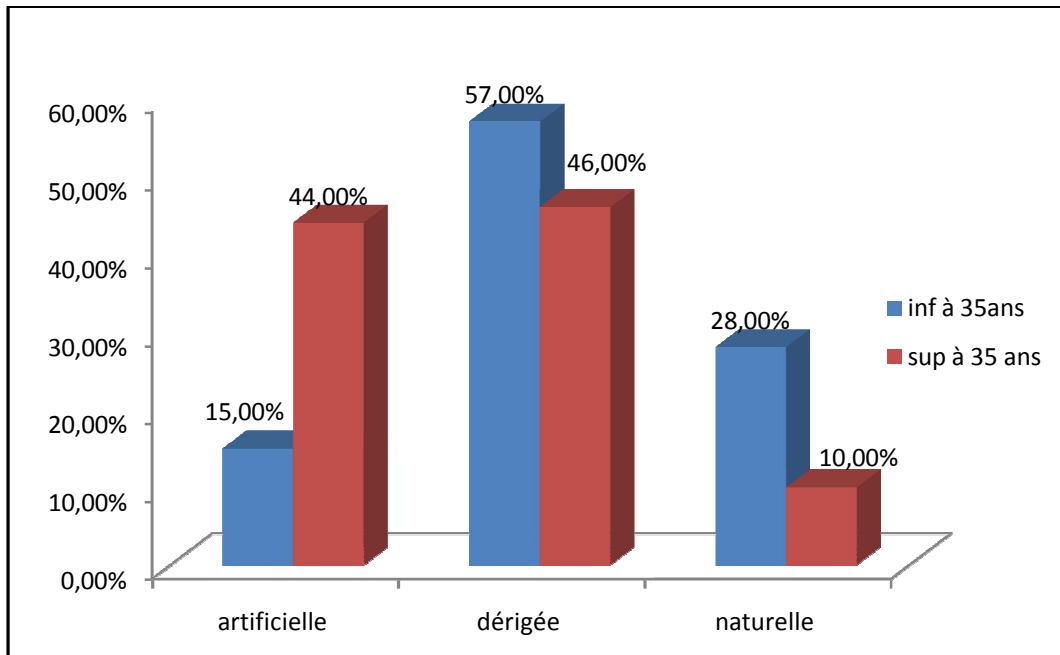
⇒ La délivrance était soit naturelle spontanée, soit dirigée, soit artificielle avec révision utérine.

⇒ La délivrance dirigée semble être la plus utilisée chez les deux groupes.

⇒ La délivrance artificielle est nettement supérieure chez les primipares âgées comme montrent le Tableau et la graphique suivants :

Délivrance	Inf à 35 ans		Sup à 35 ans	
	Fréquence	Pourcentage	Fréquence	Pourcentage
<b>Artificielle</b>	15	15,0%	44	44,0%
<b>Dirigée</b>	57	57,0%	46	46,0%
<b>Naturelle</b>	28	28,0%	10	10,0%
<b>Total</b>	100	100,0%	100	100,0%

**Tableau n°27: type de délivrance en fonction de l'âge maternel.**



**Figure n°20: type de délivrance en fonction de l'âge maternel.**

### **6.13 Les complications du post partum:**

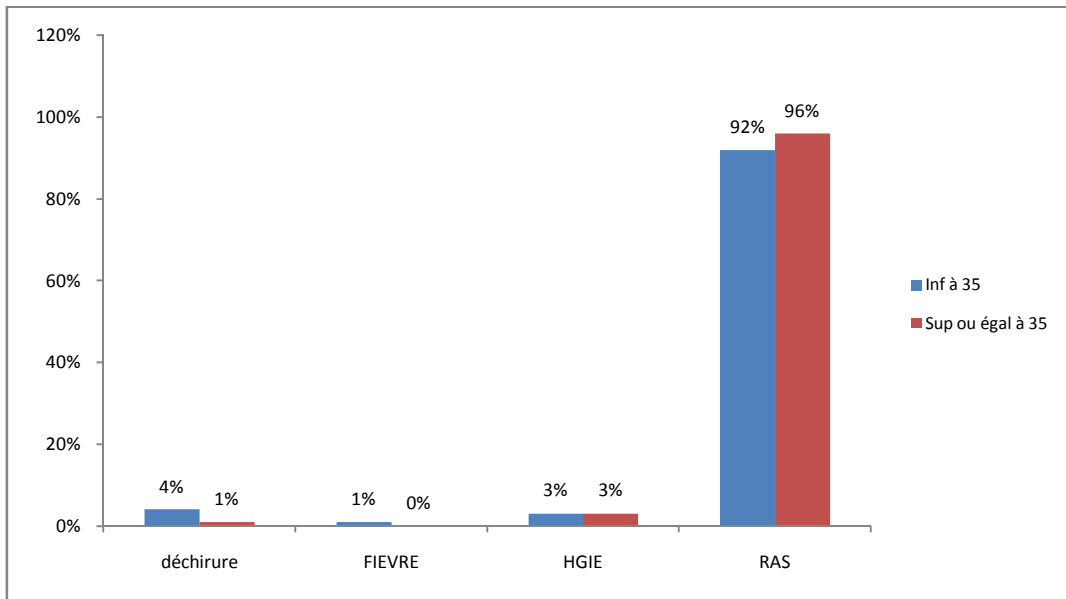
Le post partum s'est généralement bien déroulé chez les deux groupes mis à part quelques unes qui ont présenté essentiellement une déchirure , une hémorragie de délivrance ou une fièvre en post partum comme montre le tableau suivant :

On ne note pas de différence significative entre les deux groupes de primipares comme montre le tableau suivant :

<b>AGE MATERNEL</b>			
<b>CPC de post partum</b>	<b>Inférieur à 35</b>	<b>Supérieur ou égal à 35</b>	<b>TOTAL</b>
<b>Déchirure</b>			
Nb	4	1	5
%	4,0	1,0	2,5
<b>Fièvre</b>			
Nb	1	0	1
%	1,0	0,0	0,5
<b>Hgie</b>			
Nb	3	3	6
%	3,0	3,0	3,0
<b>RAS</b>			
Nb	92	96	188
%	92,0	96,0	94,0
<b>TOTAL</b>			
Nb	100	100	200
%	100,0	100,0	100,0

*p 0.40*

**Tableau n°28: Complication du post partum en fonction de l'âge maternel.**



**Figure n°21: les complications du post partum en fonction de l'âge Maternel.**

## **6.14 Le nouveau-né:**

### **6.14.1 Vitalité:**

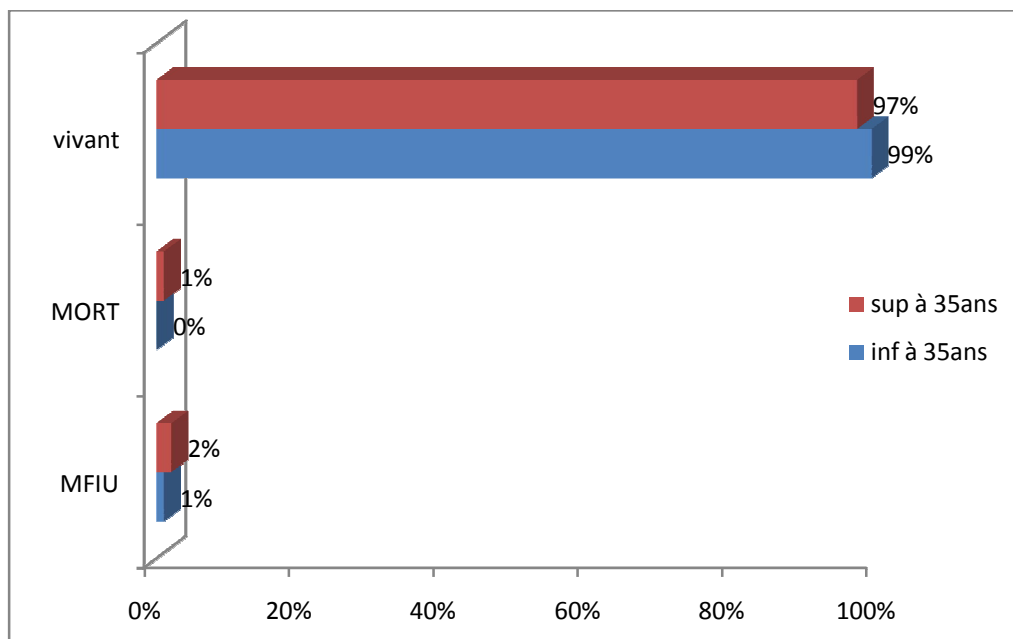
Dans notre série on a noté :

- 2 cas de mort fœtal in utéro chez 2 primipares d'âge supérieur à 35 ans et qui étaient en travail avec BCF négatif à l'admission.
- Un cas de mort post natal chez un nouveau né issu de mère âgée de 44 ans et qui est né avec un Apgar inférieur à 3 et décédé après quelques heures de réanimation.
- On ne marque pas de différence significative entre les deux groupes (P 0.50)

AGE MATERNEL			
Vitalité du né	Inf. à 35	Sup ou égal à 35	TOTAL
<b>MFIU</b>			
Nb	1	2	3
%	1,0	2,0	1,5
<b>MORT</b>			
Nb	0	1	1
%	0,0	1,0	0,5
<b>vivant</b>			
Nb	99	97	196
%	99,0	97,0	98,0
<b>TOTAL</b>			
Nb	100	100	200
%	100,0	100,0	100,0

*P 0.50*

**Tableau n°29:vitalité du nouveau-né en fonction de l'âge maternel.**



**Figure n°22:vitalité du nouveau-né en fonction de l'âge maternel.**

### **6.14.2 Apgar à la naissance:**

Le score d'apgar noté dans le dossier est celui évalué à une minute après la naissance.

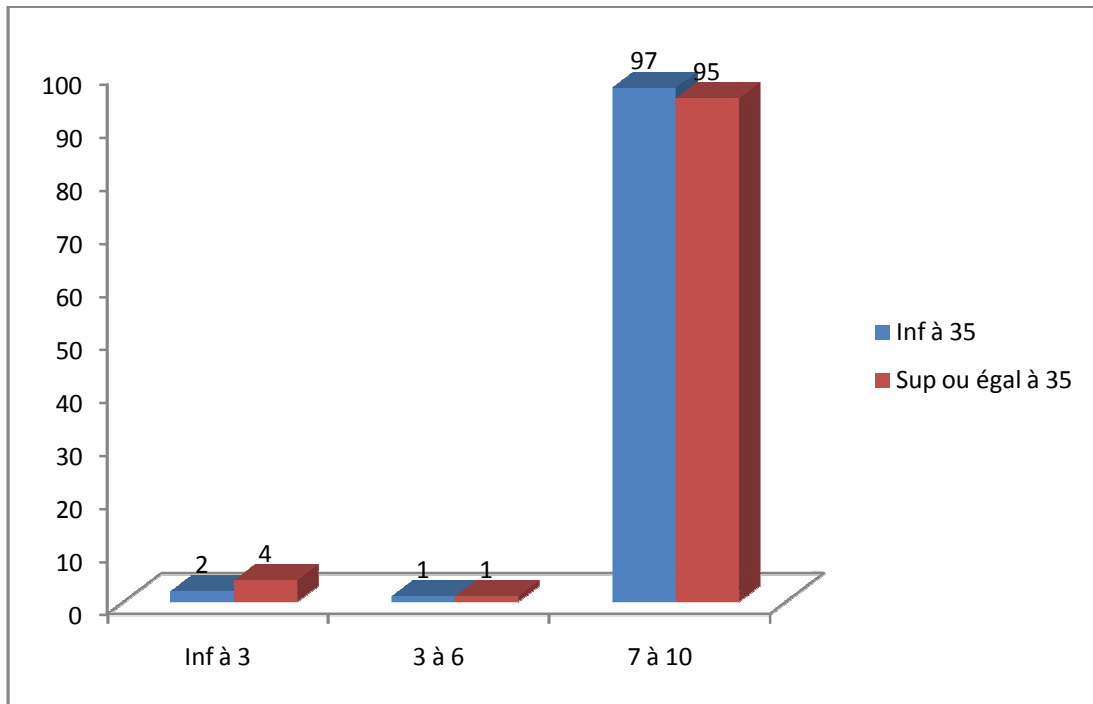
On ne note pas de différence significative entre les deux groupes ( p 0.70).

Le tableau et la graphique suivante résumant ces données :

AGE MATERNEL			
Apgar T	Inférieur à 35	Supérieur ou égal à 35	Total
<b>3 à 6</b>			
Nb	1	1	2
%	1,0	1,0	1,0
<b>7 à 10</b>			
Nb	97	95	192
%	97,0	95,0	96,0
<b>Inférieur à 3</b>			
Nb	2	4	6
%	2,0	4,0	3,0
<b>TOTAL</b>			
Nb	100	100	200
%	100,0	100,0	100,0

p 0.79

**Tableau n°30: Apgar à la naissance en fonction de l'âge maternel.**



**Figure n°23: Apgar à la naissance en fonction de l'âge maternel.**

#### **6.14.3 Poids de naissance :**

Dans notre série on a trouvé :

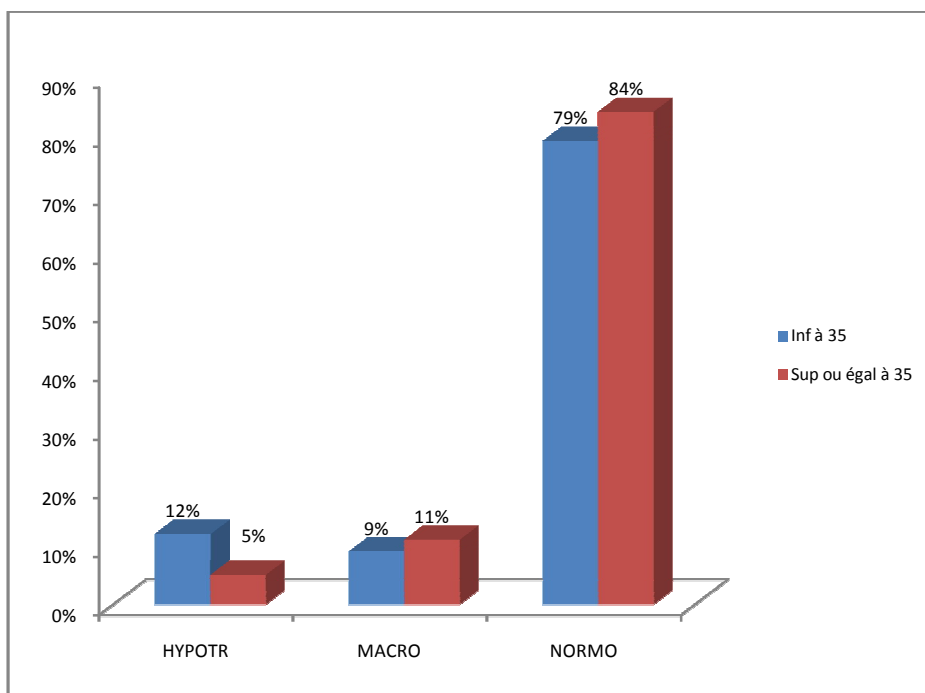
Plus d'hypotrophie chez les nouveau-nés issus de mères jeunes (12% VS 5%)

Plus de macrosomie chez les nouveau-nés de mère d'âge supérieur à 35 ans.

Ces résultats restent statistiquement non significatifs (p 0.19) .

AGE MATERNEL			
Poids naissance	Inférieur à 35	Supérieur ou égal à 35	TOTAL
<b>Hypotrophie</b>			
Nb	12	5	17
%	12,0	5,0	8,5
<b>Macrosomie</b>			
Nb	9	11	20
%	9,0	11,0	10,0
<b>Poids normal</b>			
Nb	79	84	163
%	79,0	84,0	81,5
<b>TOTAL</b>			
Nb	100	100	200
%	100,0	100,0	100,0

**Tableau n°31: Poids de naissance du nouveau-né en fonction de l'âge maternel.**



**Figure n°24: Poids de naissance du nouveau-né en fonction de l'âge maternel.**

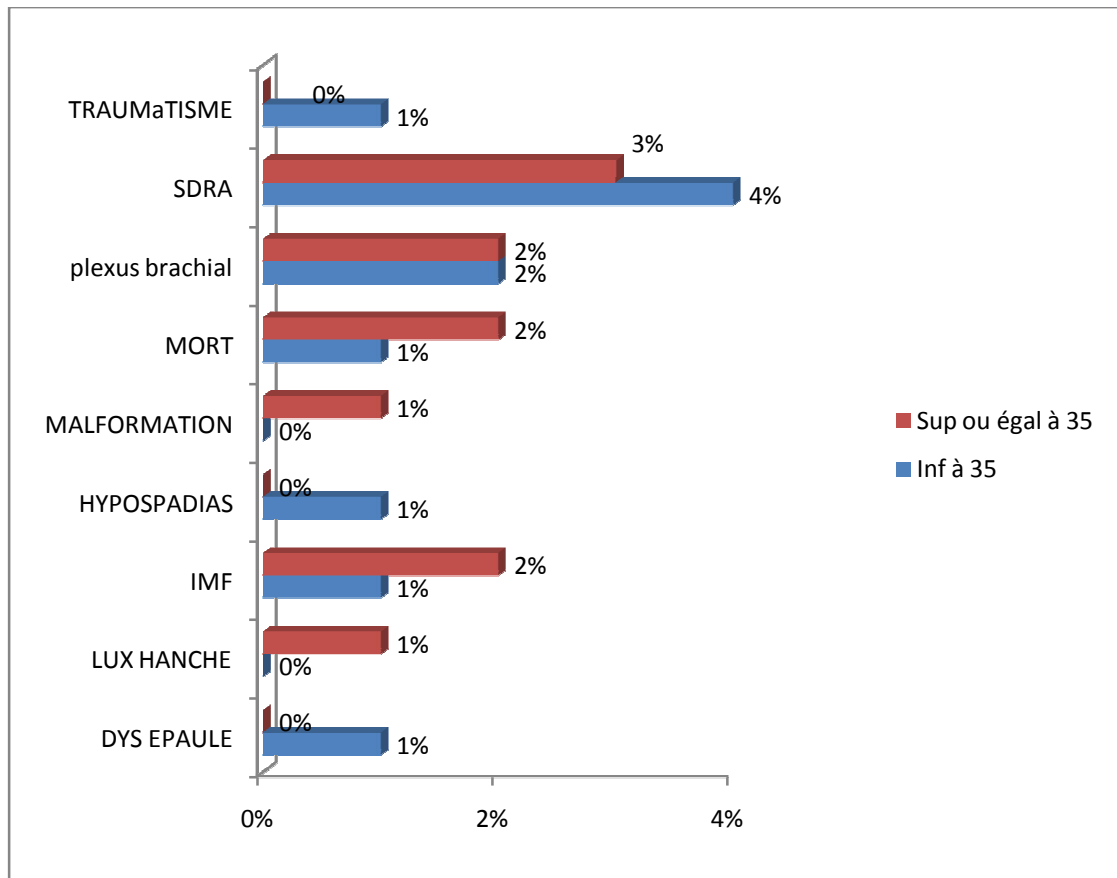
#### **6.14.4 Etat de santé:**

L'état de santé des nouveaux nés était généralement bon (89% dans les deux groupes) à l'exception de certains cas résumés comme suite :

Etat de santé	Inférieur à 35	Supérieur ou égal à 35	TOTAL
<b>Bon</b>			
Nb	89	89	178
%	89,0	89,0	89,0
<b>dysplasie épaule</b>			
Nb	1	0	1
%	1,0	0,0	0,5
<b>Luxation hanche</b>			
Nb	0	1	1
%	0,0	1,0	0,5
<b>IMF</b>			
Nb	1	2	3
%	1,0	2,0	1,5
<b>Hypospadias</b>			
Nb	1	0	1
%	1,0	0,0	0,5
<b>Malformation</b>			
Nb	0	1	1
%	0,0	1,0	0,5
<b>Mort</b>			
Nb	1	2	3
%	1,0	2,0	1,5
<b>Plexus brachial</b>			
Nb	2	2	4
%	2,0	2,0	2,0
<b>SDRA</b>			
Nb	4	3	7
%	4,0	3,0	3,5
<b>Traumatisme</b>			

Nb	1	0	1
%	1,0	0,0	0,5
<b>Total</b>			
Nb	100	100	200
%	100,0	100,0	100,0

**Tableau n°32: Etat de santé du nouveau-né en fonction de l'âge maternel.**



**Figure n°25: Etat de santé du nouveau-né en fonction de l'âge maternel.**

Ainsi on ne note pas de différence statistiquement significative entre les bébés issus de primipare jeune et ceux issus de primipare âgée (p à 0.57).



*DISCUSSION*

#### IV. Discussion :

##### 1. La fréquence :

La fréquence des femmes ayant leur première grossesse va en augmentant au fil du temps dans le monde entier. Bien que cela varie d'un pays à l'autre vu que le contexte de chaque pays et de chaque société diffère. Ainsi le taux des primipares âgées de 35 ans et plus au Japon en 2009 était de 15% [17]. Des fréquences similaires ont été retrouvées dans d'autres pays développés tel que les États-Unis [18] et le Suède [19]. Dans les pays en voie de développement on note une fréquence moindre.

Le tableau suivant montre l'évolution de cette fréquence rapportée par les différents auteurs dans des pays différents.

Auteur	Lieu	Année	Fréquence
<b>Blickstein [11]</b>	USA	1987	0,27%
<b>Ozalp [6]</b>	Turquie	1993	11,6%
<b>Timjerdine [4]</b>	Rabat	1998	0,9
<b>Konzinski [13]</b>	Hongarie	2004	10.9
<b>Koné [14]</b>	Mali	2000	2.75
<b>Jellouli [4]</b>	Fès	2009	2.36
<b>Blondel [15]</b>	France	2010	3.6
<b>Notre Etude</b>	Rabat	2013	0.12

**Tableau n°1 : La fréquence de la primiparité tardive selon les différents auteurs.**

La fréquence retrouvée dans notre étude ne peut pas être significative et représentative du profil marocain pour plusieurs raisons :

7. D'abord la taille de l'échantillon est assez petite Ensuite la durée de l'étude (l'année 2012) est insuffisante.
8. Puis la majorité des primipares âgées sont de haut niveau socio-économique et du fait, elles suivent leurs grossesses et accouchent dans le secteur privé. Néanmoins notre étude nous permet d'avoir des données concernant la primipare âgée accouchant à la maternité Soussi en 2012. Dans notre étude 88% des primipares âgées ont moins de 41 ans ce qui peut être expliqué par la baisse physiologique de la fécondité avec l'âge.

**2. LES FACTEURS ETIOPATHOGENIQUES :**

On a noté que l'âge de la maternité n'a cessé de reculer dans le monde .Ce phénomène peut être expliqué par :

**2.1 Le mariage retardé :**

Phénomène répandu dans le monde entier et qui peut être expliqué par l'augmentation du taux des femmes scolarisées et leurs désir de développer une carrière professionnelle .Ainsi au pays de Maghreb par exemple l'âge moyen de mariage est passé de 20 ans en 1966 à 28 ans en 2000[20].

L'âge du mariage ne figure pas sur les dossiers étudiés malheureusement, ce qui aurait été intéressant pour l'établissement de la relation cause à effet entre le mariage retardé et de la primiparité tardive.

## **2.2 L'utilisation des moyens de contraception :**

La diffusion de la contraception moderne et ces évolutions ont contribué au recul de l'âge de la première maternité par la diminution de fréquence des grossesses non désirées, notamment aux âges jeunes, obéissant aux contraintes de la vie moderne (pauvreté, chômage, crise économique...).

- En France l'autorisation de vente des contraceptifs a fait que l'âge maternel au cours de la première grossesse est passé de **24** ans en 1970 à **29.5** en 2003. ainsi que le taux des primipares âgées de plus de 35ans est augmenté de **36%** entre 1991 et 2001 [16].
- Nous ne disposons pas d'informations à ce propos dans notre étude.

## **2.3 La stérilité et le progrès de l'assistance médicale à la procréation :**

Il s'agit souvent d'une stérilité primaire méconnue mal ou non traitée dans les pays sous-développés et les pays en voie de développement.

L'amélioration des techniques d'assistance médicale et de don d'ovocyte dans les pays développés ont contribué au retard de l'âge de la maternité.

Dans notre étude, on a noté 2 cas de stérilité primaire soit 2% ce qui semble être loin de ce qui a été rapporté dans la littérature.

### **3. Autres étiologies expliquant l'augmentation de la fréquence des primipares âgées :**

Le changement de la mentalité des couples et de leurs priorités. L'influence des médias.

#### **3.1 les avortements spontanés :**

Il est reconnu dans la littérature que la fréquence des fausses couches augmente après 35 ans. En effet la fertilité (fécondabilité) baisse avec l'âge féminin : 25 % par cycle si la femme a 25 ans, 12 % si elle a 35 ans et plus que 6 % si elle a 42 ans. Avec l'effet cumulatif des cycles, 60 % des couples dont la femme est âgée de 25 ans auront conçu au bout de 6 mois, 80 % au bout d'un an et 90 % au bout de 2 ans, mais ces chiffres sont à diviser par 2 pour un âge féminin de 35 ans et par 4 à 42 ans. Qui plus est à 42 ans, la moitié des grossesses commencées se terminera par un avortement du premier trimestre de la grossesse (c'est-à-dire qu'à cet âge, seuls 12 % des couples arriveront à concevoir dans les 2 ans) [21]. Selon une étude danoise d'Andersen [23], la plus importante à ce jour sur ce sujet, 54 % des grossesses après 42 ans se soldent par des fausses couches, alors que le risque global est de 8 % à 22 ans. Toujours selon cette étude, un antécédent d'une ou plusieurs fausses couches multiplie par 2 le risque de récurrence.

Ce qui semble être le cas dans notre étude puisque **27%** des primipares âgées ont eu un avortement ou plus auparavant. Le déclin de la fertilité s'explique par le vieillissement ovocytaire, la diminution du capital folliculaire, l'augmentation de la pathologie utérine (fibrome, adénomyose, troubles de la vascularisation) et la moindre fréquence des rapports sexuels [22].

Dans notre étude la fréquence des avortements spontanés survenant après l'âge de 35 ans est de **27%** comparée à **7 %** pour les primipares de moins de 34 ans. Ce qui fait qu'après l'âge de 35 ans le risque de faire un avortement spontané est multiplié par 5.

Ces résultats se rapprochent de ce qui a été décrit dans la littérature notamment dans les études récentes .le tableau suivant illustre ces fréquences en fonction des auteurs :

<b>Auteur</b>	<b>Pourcentage</b>	<b>OR</b>
<b>Notre étude</b>	27%	
<b>Bealon [16]</b>	33.6	
<b>Lansac [28]</b>	33.8	
<b>Gutierrez et al [12]</b>	5,21%	

**Tableau n°2: La fréquence des avortements spontanés chez les primipares âgées selon les différents auteurs.**

### **3.2 les antécédents de pathologie chroniques :**

Les pathologies chroniques les plus retrouvées dans notre étude sont proches le plus souvent à celles retrouvées dans la littérature:

4 % avaient une pathologie thyroïdienne dans notre étude (contre 3 % selon la littérature [22], [24], [25]). Aucun cas d'HTA n'a été noté chez les primipares âgées de notre étude contrairement à une fréquence de 0.9% décrite par Bianco [24], 1.6 % par Gilbert [29] et 2.2% décrite par AUDIPOG [27]. Quant au diabète préexistant le tableau suivant compare les résultats retrouvés dans notre étude en comparaison avec celle de la littérature.

	<b>40 ans et plus</b>	<b>30-35 ans</b>	
	<b>%</b>	<b>%</b>	<b>P</b>
<b>Bianco [24]</b>	0.5	0.3	NS
<b>Gilbert [29]</b>	1.4	0.5	inférieur 0.05
<b>AUDIGOG [27]</b>	0.4	0.2	
<b>Notre étude</b>	<b>4</b>	<b>0</b>	<b>0.1</b>

**Tableau n°3: Diabète préexistant à la grossesse à 40 ans et plus**  
**Comparaison avec des témoins de 30-35ans.**

Les antécédents de myome dans notre étude étaient de **1%** contre **10%** dans la littérature [22], [24], [25]. Cette différence qui peut être expliquée par la petite taille de notre échantillon ainsi que par le non ou le mal suivi de nos patientes (l'échographie n'a été faite que chez quelques patientes).

#### **4. Le déroulement de la grossesse :**

##### **4.1 le suivi :**

Toute femme enceinte doit bénéficier d'un suivi lors de sa grossesse d'autant plus qu'elle soit primipare et d'un certain âge, considéré comme sensible dans la vie gynécologique (au-delà de 35 ans).

Selon DUFOUR [31], toute primipare âgée doit bénéficier au cours du premier trimestre d'une proposition de faire une amniocentèse précoce. Quant au deuxième et troisième trimestre un suivi mensuel est préconisé.

Dans notre étude **7%** des primipares pas âgées n'étaient pas suivies contre **12%** des primipares jeunes. Néanmoins la qualité de ce suivi était médiocre et ne répond en aucun cas aux critères préconisés par Dufour.

#### **5. Complications au cours de la grossesse :**

##### **5.1 l'hypertension artérielle gravidique :**

Le tableau suivant résume le taux d'HTAG en fonction de l'âge maternel selon les différents auteurs :

HTAG	Année	N	%	P	OR	CI
------	-------	---	---	---	----	----

<b>Kozinski [13]</b>	2011	19	14.4	NS	1.58	
<b>Navki [48]</b>	2005	24.3	6.4	<0.05		
<b>Roman [38]</b>	2004	112	7.8	0.003	2,6 (1,3- 5,4)	
<b>Chan et La [37]</b>			<b>17.6</b> (>35ans) <b>5.2</b> (<35ans)	0.013		
<b>Dulitzki [35]</b>				0.001	2.5	95
<b>Bianco [24]</b>					1.8	95
<b>Timjerdine [4]</b>			5			
<b>Notre étude</b>			10 (<35ans) 12(>35ans)		1.22	95

**Tableau n°4:le taux d’HTAG en fonction de l’âge maternel selon les différents auteurs.**

Ainsi on peut noter que le risque d’HTAG augmente avec l’âge et double après 35ans, néanmoins dans notre étude comme dans l’étude de BEROWITZ [8] la

différence entre les primipares jeunes et celle âgées n'est pas significative (p 0.33).

### **5.2 Le diabète gestationnel :**

Toutes les études mettent en évidence une augmentation de la fréquence du diabète gestationnel dans les grossesses tardives. 7% à 10% des primipares âgées présentent un diabète gestationnel, soit un risque relatif multiplié par 2. [10] Dans les études récentes comme celles de Gilbert et Bianco [24,29], la parité ne semble pas entrer en ligne de compte, seul l'âge semble être un facteur aggravant.

Le diabète gestationnel a des conséquences sur l'état maternel mais il en a également sur l'état fœtal puisque qu'il augmente le risque de macrosomie et de malformations congénitales.

Dans notre étude on ne note pas de différence significative entre le taux de diabète gestationnel chez les primipares âgées et les primipares jeunes contrairement aux données de la littérature mais ce taux demeure supérieur à ceux des différents auteurs.

Ceci peut être expliqué par la prédisposition de la femme marocaine 60% de nos primipares âgées et 70% des primipares jeunes sont en surpoids voir elles sont obèses.

DIABETE G	N	%	P	OR	CI	ANNEE

<b>Notre Etude</b>		15	0.19	1.4	95	2013
<b>Kozinsky [13]</b>	11	8.3	NS	0.76		2001
<b>Hironori [17]</b>	31	11	0.02			2011
<b>Roman [38]</b>	44	5.6	<0,00	6(3.8-		2004
	9		1*	9.8)		
<b>Jnifen [48]</b>		8.1	<0,00			2010
			1*			

**Tableau n°5 : Taux de diabète gestationnel selon les différents auteurs**

### **6.3 La menace d'accouchement prématuré :**

Dans notre étude **5%** des primipares âgées ont eu une menace d'accouchement prématurée durant leur grossesse contre **2%** des primipares jeunes .Ce qui concorde avec les différents auteurs ( [10] ,[26],[34],[37]) qui ont prouvé l'augmentation du risque de menace d'accouchement prématuré chez la primipare âgée par rapport à la jeune primipare, à des pourcentage plus élevé ce ceux de notre étude.

Chan et lao [37] :8.9% chez PA vs 4.6 % chez PNA.

Prysac et al [26] : 5.5% chez PA vs 1% chez PNA.

## **7 L'ACCOUCHEMENT :**

### **7.1 Le terme :**

Dans notre étude :

- **80%** des accouchements se sont déroulés entre 37 et 41 SA chez les primipares âgées et les primipares jeunes.
- **15%** de nos primipares âgées ont eu un dépassement de terme contre **13%** chez les primipares jeunes. Résultats qui est statistiquement significative (p 0.0003 ; OR 3.4) ce taux reste élevé par rapport à celui qu'on trouve dans la littérature **4.2%** pour Blanc et al [52] , **4%** noté par Timjerdine [4] et moins que celui retrouvé par Berkowitz [8] (19.7%)

Par ailleurs Gilbert [9] et Zaydeh [34] ont trouvé que le dépassement de terme est le même quel que soit l'âge maternel.

### **7.2 Modalités d'accouchement :**

#### **7.2.1 la voie basse :**

On note dans notre série que la voie basse était utilisée dans l'accouchement de 52% des primipares âgées et dans 79 % des primipares jeunes. Le recours à l'extraction instrumentale n'était pas influencé par l'âge maternel (22% des primipares jeunes contre 21% des femmes âgées). Les résultats retrouvés dans la littérature sont contradictoires comme montre le tableau suivant :

Auteur	Accouchement non instrumental	Accouchement instrumental
<b>Luke [10]</b>	42.4	14.3
<b>Joseph [39]</b>	7	43
<b>Zaideh [34]</b>	74	8
<b>GilberT [9]</b>	38.8	14.2
<b>Notre étude</b>	79	21

**Tableau n°6: recours à l'extraction instrumentale en fonction de l'âge maternel selon les différentes séries**

D'autres études plus récentes retrouvent des taux d'extraction instrumentale chez la primipare âgée significativement plus élevés que chez la primipare jeune .Ainsi Tracy [36] a analysé le travail spontané de 10797 primipares à terme selon l'âge et a comparé les dystocies en se basant sur les besoins en ocytocine ,les taux d'extractions instrumentales et des césariennes et a trouvé que tous les indices augmentent avec l'âge.

L'extraction instrumentale	Année	N	%	P	OR
<b>Roman [17]</b>	2004	131	9.3	<0.001	2.7 (1.4-5.2)
<b>Hironori [38]</b>	2011	190	59.7	0.37	
<b>C.Ferrand [57]</b>	2013	38	44.7		

**Tableau n°7 : le taux de recours aux instruments dans la littérature.**

### **7.2.2 La césarienne :**

Dans notre série le taux de césarienne chez les primipares âgées a atteint **48%** contre **21%** chez les primipares jeunes. Une différence qui semble statistiquement très significative et qui concorde avec les données de la littérature. En effet le risque de césarienne augmente significativement avec l'âge, indépendamment de la parité. Selon les données AUDIPOG [21] le risque de césarienne est multiplié par 2 après 40 ans comparé aux femmes de 20-34 ans et concernerait 40% des naissances chez ces primipares et jusqu'à 58,8% dans l'étude de Chan et Lao. [20]

De plus une étude française de Le Ray et al. [50] montre que le risque de césarienne en cours de travail est multiplié par **1,5** fois chez les femmes de plus de 35 ans et à bas risque de complications.

Cette augmentation selon Bellaich-Allart [7] s'explique par le fait que la grossesse étant précieuse le choix de la voie haute est préconisé d'emblée. Tuk [51] rapporte qu'après 35ans la fréquence des césariennes est beaucoup plus élevée chez les femmes infertiles devenues enceintes après traitement (20.8% contre 10.7%).

D'autres raisons expliquent cette augmentation telle que la durée de travail prolongée et ses conséquences (souffrance fœtale aigue, hémorragie...) qui semble être habituelle au-delà de 40 ans [7], [8] ; [40].

Dans notre étude l'indication de la césarienne était posée en urgence dans 98% des cas. Ces indications étaient variables majorées par la souffrance fœtale aigue au cours du travail (10%) et le bassin suspect ou chirurgical (6%). La voie haute a été décidée auparavant que dans 2% des primipares âgées.

Le tableau suivant montre les différents taux de césarienne concernant la primipare âgée selon les différents auteurs :

CESARIENNE	Année	N	%	P	OR	CI
<b>Ferrand [57]</b>	2013	47	55.3			
<b>Kozinsky [13]</b>	2002	81	61.4	NS	0.55 (0.30_1.02)	
<b>Oboro [32]</b>	2006	40.3	17.7		3.2 (2.4- 4.2)	
<b>Le Ray [50]</b>	2013	361	65.2		2,9 [2,1-4,0]	

<b>Lapiimpa [53]</b>	2012	6120	81.9	<0.001	2.02 (1.86)	1.84-2.20 (*1.60- 2.17)
----------------------	------	------	------	--------	-------------	-------------------------------

**Tableau n°8 : Taux de césarienne chez la primipare âgée selon les différents auteurs.**

## **8. Les complications survenues au cours de l'accouchement :**

### **8.1 la rupture prématurée des membranes :**

La rupture prématurée des membranes a été notée chez **18%** de nos primipares jeunes et chez **38%** des primipares âgées. Cette différence est statistiquement significative. Mais ce pourcentage reste supérieur à celui retrouvé par les différents auteurs :

RPM	Année	N	%	P	OR	CI	
<b>Timjerdine[4]</b>	1998	19	9.5				RABAT
<b>Kozinsky [13]</b>	2001	50	20.8	NS	1.43		HONGRIE
<b>Ozalp et al [6]</b>	2003				0.8	0.5	TURQUIE

<b>Seoud et al[54]</b>	2002		21%	0.002			NEWYORK
<b>Diarra[18]</b>	2006		15.6%	0.001			BAMAKO

**Tableau n°9 : Taux de RPM selon les différents auteurs.**

### **8.2 La souffrance fœtale aigue :**

Dans notre étude, l'accouchement des parturientes âgées s'est compliqué deux fois plus de souffrance fœtale aigue que chez les primipares jeunes.(15%chez les primipares âgées contre 6% chez les primipares jeunes) . Ce taux est comparable à celui qu'a trouvé Timjerdine [4] en 1998 et moins que celui retrouvé par Bianco [24] (17% chez les primipares âgées contre 13% chez les primipares jeunes) largement supérieur à celui retrouvé par Oborro [32] ( 7.1% chez les primipares âgées contre 4.3 chez les primipares jeunes).

Le taux élevé des pathologies de la grossesse (HTAG, diabète gestationnel...), les disproportions fœto-pelvienne ainsi que la durée de travail qui est souvent plus longue chez la primipare âgée, tous ces éléments expliquent la différence par rapport à la jeune parturiente.

### **8.3 Hémorragie de la délivrance :**

Notre étude n'a pas révélé l'impact de l'âge maternel sur le risque de survenue d'hémorragie de la délivrance ; ainsi le taux est identique entre les deux tranches d'âge (3%).cela peut être expliqué par l'utilisation des ocytocines, le recours à l'extraction instrumentale, la délivrance dirigée (46% des primipares âgées) la

révision utérine faite parfois de manière préventive et peut être abusive (**44%**des primipares âgées).

Contrairement à nos résultats, les différents auteurs notent une augmentation significative du risque d'hémorragie de la délivrance chez les primipares âgées :

-Chan et Lao [37]: **4.5%** chez les primipares âgées contre **1.7%** chez les jeunes.

-Prysak et al [26] : **1.1%** contre **0.2%**.

#### **8.4 La mortalité maternelle :**

Par définition, la mortalité maternelle inclut tout « décès de femme survenu au cours de la grossesse ou dans un délai de 42 jours après son issue, quelle que soit sa durée, sa localisation, de toute cause liée ou aggravée par la grossesse ou les soins qu'elle a pu motiver, à l'exception des causes accidentelles ou fortuites.

Dans notre série aucun cas de mortalité maternelle au cours de l'accouchement ni en post partum immédiat. Ceci peut être expliqué par la prise en charge vigilante faites par les obstétriciens chaque fois qu'il s'agit d'un accouchement chez une primipare âgée d'une part, et de l'amélioration des conditions de dépistage des complications et de leur prise en charge chez la femme enceinte en général (généralisation des maisons d'accouchement même dans les zones lointaines, le programme du ministère de la santé concernant la santé de la mère et de l'enfant.....).ces résultats concordent avec les résultats retrouvés par Timjerdine mais ne signifient pas qu'il y a plus de mortalité maternelle au Maroc et n'infirme pas l'augmentation du risque de mortalité maternelle avec l'âge, du fait que la prise en charge et les conditions de travail dans un CHU sont meilleures que dans les hôpitaux périphériques et les maisons

d'accouchement, sans oublier la petite taille de notre échantillon et qui nous ne permet pas de tirer de conclusion à ce propos.

Delbare et al [41] notent **0,3%** de mortalité maternelle chez les primipares âgées de plus de 35 ans versus 0,1% chez des primipares jeunes d'âge compris entre 20-29 ans, Jacobson [44] trouve dans son étude que entre 35 et 39 ans le risque de mourir en couche est multiplié par 3 à celui des femmes de 20 à 24 ans [16].

## **9. L'état du nouveau-né :**

### **9.1 Apgar à la naissance :**

dans notre étude en note pas de différence significative concernant un Apgar inférieur à 7 à la naissance (1% chez primipares âgées contre 1% chez les primipares jeunes) .ceci reste très inférieur au taux noté par BERKOWITZ [8] dans son étude et qui est autour de 7%.

### **9.2 Poids de naissance :**

#### **9.2.1 La macrosomie**

Malgré que le taux de macrosomie est plus élevé chez les nouveau-né des primipares âgées, mais il reste non significatif. Ce qui concorde avec plusieurs études retrouvés dans la littérature dont les résultats sont représentés dans le tableau suivant :

AUTEURS	PA	Témoins	p	Age témoin
<b>Bianco [24]</b>	14	11	NS	20-25
<b>AUDIPOG [27]</b>	2.1	1 .1		20-35

<b>Zaideh [34]</b>	8	7	NS	20-29
<b>Dealebard [41]</b>	6.5	5.9		
<b>Notre etude</b>	11	9		

**Tableau n°10: Macrosomie néonatale (%) selon l'âge maternel.**

### **9.2.2 Hypotrophie ou retard de croissance intra utérin :**

Dans notre étude on a noté moins d'hypotrophie chez le nouveau-né de mères âgées que ceux de mère jeune ce qui contredit les données de la littérature ancienne. Ainsi des données récentes ([8], [10.], [30], [39]) relient le risque de retard de croissance intra utérin avec l'âge maternel en raison de la fréquence plus élevée de l'HTAG et le taux plus élevé de prématurité constaté chez les primipares âgées.

Le tableau suivant note les différents résultats retrouvés dans la littérature :

Auteurs	% PA	% PNA	p	OR	T
<b>Chan Et Al [37]</b>	15.5	7.1	NS		
<b>Jahomri [55]</b>	39 ,2	19			
<b>Gilbert [9]</b>				1.9	20-29

<b>Audipog [27]</b>				1.1	20-34
<b>Notre Etude</b>	5	12			

**Tableau n°11: l'hypotrophie fœtale en fonction de l'Age maternel.**

### **9.2.3 La prématurité :**

Comme montre le tableau les différents auteurs notent une nette augmentation de taux de prématurité chez les nouveaux né issus de mère âgée que celui de mère jeune. Quant à Berkowitz [8] ne note pas d'augmentation de ce risque avec l'âge dans son article.

Concernant notre étude, la comparaison entre les deux catégories est statistiquement significative (OR 3.45 p 0.00003 Fisher exact 0.00004) concordant avec les données de la littérature .ce qui met le point sur l'importance d'un suivi régulier et de bonne qualité chez les primipares au-delà de 35ans.

Prématurité	Au-delà de 40	20-25 ans	OR
<b>Blanco et al [24] (1996)</b>	6.1	7.2	
<b>Gilbert [29] (1999)</b>	14.1	9.1	
<b>Joseph [39] (2005)</b>	8.3	5.8	

<b>Oborro[32]</b> (2006)	11.4( sup35)	6.6 (25-29)	
<b>Luke et Brown[10]</b> ( 2007)	13.3	10.3	
<b>Hironori [17]</b> (2011)	7.4 (35-39) 9.2( 40)		0.47
<b>Notre etude</b> (2013)	5	7	3.45

**Tableau n°12 : Taux de prématurité selon les différents auteurs.**

#### **9.2.4 Malformations congénitales :**

Dans notre étude on a signalé un seul cas de malformation congénitale chez un nouveau-né issu de mère âgée de plus de 35 ans, soit 1% contre un seul cas de malformation congénitale (hypospadias) chez un nouveau-né issu de mère jeune .ce qui ne note pas de différence significative impliquant l'âge maternel dans le risque de malformation congénitale. Ainsi le problème des malformations congénitales hors anomalie chromosomique après 40 ans est peu abordé dans les publications et les données sont contradictoires .L'âge maternel et la parité sont souvent reconnue comme facteur mineur dans le risque d'avoir un enfant avec une malformation congénitale [7]. Le tableau suivant montre les différentes fréquences rapportées par certains auteurs :

Auteurs	Lieu et année	Tranche d'âge	%
<b>Blanc et al [52]</b>	Marseille 1994	Plus 35	6.3
<b>Kozinsky [13]</b>	Hongrie 2002	Plus 35	2.9

<b>Ekblad [42]</b>	Finlande 2004	40 et plus	2
<b>Dibly [43]</b>	Californie 1996	45 et plus	1.9
<b>Gisse [44]</b>	Bégin 2000	40 et plus	7
<b>Jellouli [5]</b>	Fès 2009	Plus 35	2.97
<b>Notre Etude</b>	Rabat 2013	Plus de 35 ans	1%

**Tableau n°13 : Taux de Malformations congénitales selon les différents auteurs .**

### **9.2.5 Mortalité néonatale et périnatale :**

Dans notre étude, on a noté 2% mortalité néo et périnatale chez la primipare âgée contre 1% chez la primipare jeune, résultats qui semble être comparable avec ceux de Prysak et al [26] (1.5% pour les PA vs 0.9% pour les PNA) et inférieurs à ce qu'ont trouvé Dealbare et al [41] (9.4% pour les PA vs 4.8 % pour les PNA). Néanmoins pour la majorité des auteurs, il existe une augmentation des morts in utero et de la mortalité périnatale dans les grossesses tardives [10], [45], [56].

Ceci est observé même dans les études les plus récentes qui se veulent plus optimistes ; Darbois et Boulanger [42] rapportent, après 40 ans, une mortalité périnatale de 30 pour mille, 2,5 fois plus élevée que dans l'ensemble des accouchées. L'étude de Fretts et coll. [1] qui analyse 94 346 accouchements à Montréal de 1961 à 1993 a montré une diminution des morts fœtales liée à l'amélioration de la prise en charge obstétricale, mais confirme l'effet néfaste de

l'âge maternel dès 35 ans chez les primipares. Berkowitz [8] dans son étude n'observe pas cette pathologie, et une étude de Kiely [45], avec ajustement sur la parité, le niveau socio-économique et autres cofacteurs, retrouve seulement une augmentation des morts in utero avec l'âge maternel. Reddy [46] a démontré, sur 5 458 735 grossesses uniques sans malformations congénitales aux USA, que l'augmentation des morts in utero avec l'âge maternel persiste même si l'on tient compte de l'ethnie, de la parité et des pathologies médicales. Jacobson [44], comparant 31 662 femmes de 40-44 ans à 876 361 femmes de 20-29 ans, rapporte une augmentation des morts in utero et de la mortalité périnatale après 40 ans (odd ratio pour la mortalité périnatale : 1,7 et pour les morts in utero 2,1).



*CONCLUSION*

## **V. Conclusion :**

Au Maroc, comme dans tous les pays du monde, l'âge de la maternité ne cesse de reculer et par conséquent le nombre des primipares âgées est en constante augmentation pour plusieurs raisons (mariage retardé, stérilité primaire, AVS.....).

De ce fait, il est essentiel d'étudier le déroulement de la grossesse et les complications qui peuvent l'inciter, le déroulement de l'accouchement ainsi que le pronostic maternel et fœtal, pour un suivi adapté et une meilleure prise en charge.

Dans cette étude on a noté une nette augmentation des pathologies gravidiques avec l'âge (l'hypertension artérielle gravidique, diabète gestationnel, menace d'accouchement prématuré et rupture prématurée des membranes).

L'accouchement aussi semble avoir des risques plus élevés chez la primipare âgée. Ainsi on note le recours plus important à la césarienne et aux extractions instrumentales justifiées par la fréquence des RPM et de la souffrance fœtale aigue du fait de la durée de travail généralement prolongée chez la primipare âgée.

Le pronostic fœtal paraît par contre bon et comparable à celui des nouveau-nés issus de mères plus jeune (peu de prématurité ou d'hypotrophie contrairement aux données de la littérature).

De ce fait, les primipares âgées doivent bénéficier d'un suivi rigoureux et régulier qui n'est pas fondamentalement différent de celui de la jeune primipare

mais qui est plus vigilant et qui tient compte des antécédents de la parturiente afin de détecter les anomalies possibles et les prendre en charge à temps.

Une information et une préparation psychique et parfois médicale pluridisciplinaire (quand la parturiente souffre d'une pathologie x), semblent être nécessaire pour avertir la parturiente des risques qu'elle peut encourir tout en restant optimiste mais vigilant.

Un dépistage systématique du diabète gestationnel à partir de 35 ans selon les recommandations de la CNOF 2010. (Collège national des gynécologues et obstétriciens Français).

Une surveillance rapprochée en fin de grossesse (mensuel selon Dufour [31]), permettant une évaluation du pronostic et de la voie d'accouchement.

La valorisation de la voie basse à chaque voie qu'elle est possible et la limitation des césariennes « préventives », non justifiées.



## RESUME

**Titre :** Grossesse et accouchement chez la primipare âgée.

**Mots Clé :** Primipare, grossesse, accouchement, complication.

**Auteur :** CHAMMOUT FATIMA ZOHRA

La fédération internationale de gynécologie obstétrique, définit en 1958 la primipare âgée comme une femme âgée de 35 ans et plus et qui accouche pour la première fois.

**Objectifs :**

- analyser le déroulement de la grossesse et de l'accouchement chez la primipare jeune et l'âgée, le mode d'accouchement et le pronostic fœtal.

**Matériel et méthodes :**

Étude rétrospective comparant 100 primipares âgées de 35 ans et plus à 100 primipares dont l'âge est inférieur à 35 ans, colligées au service d'obstétrique de La maternité Suissi du Chu de Rabat-Salé durant la période du premier janvier au 31 Septembre 2012.

**Résultats :**

Les primipares âgées représentent 2,36 % des accouchements de la maternité Suissi. L'âge moyen est estimé à 36.6 ans.

- 27% des primipares âgées ont eu un avortement spontané auparavant et 2% de stérilité.

Les grossesses étaient suivies dans 93% des cas.

Les complications rencontrées au cours de la grossesse étaient :

- L'hypertension artérielle gravidique dans 12% des primipares âgées versus 10 % des primipares non âgées.
- Le diabète gestationnel 15% versus 11%.
- Menace d'accouchement prématuré dans 5% versus 2%.
- Les grossesses prolongées dans 15% versus 13%.

L'évolution de l'accouchement a été marquée par :

- La rupture prématurée des membranes dans 35% versus 18%.
- La souffrance fœtale dans 11% versus 6 %.

L'accouchement s'est terminé par l'extraction instrumentale dans 22% des cas versus 21% chez les jeunes primipares et par la césarienne dans 48% des cas versus 21%. Les suites de couches étaient généralement normales et aucune mortalité maternelle n'a été déplorée.

Le pronostic fœtal a été caractérisé par :

- 7 % des nouveau-nés sont des prématurés versus 5% et 5% des nouveau-nés avaient un Apgar inférieur à 7 versus 3%.
- La mortalité périnatale est estimée à 3% versus 1%. D'après ces résultats la grossesse tardive expose la femme et le bébé à des complications et doit être objet d'un suivi rigoureux et d'une meilleure prise en charge.

## SUMMARY

**Title:** Pregnancy and delivery of the elderly primiparous

**Other:** CHAMMOUT FATIMA ZOHRA

**Keyword:** Primiparous, pregnancy, delivery risk..

The international federation of gynecology and obstetrics defines in 1958, the older primiparous as a woman whose age is at least 35 and who gives birth for the first time.

### **Objectives:**

Analyze the progress of the pregnancy and the childbirth to the young and the old primiparous, the mode of childbirth and the foetal prognosis.

### **Material and methods:**

Retrospective study comparing 100 older primiparous aged 35 years old or more to 100 younger primiparous aged less than 35 years old that were recorded in the service of obstetric of hospital SUISSI, Rabat between January the first and December 31, 2012.

### **Results:**

During the period of study, 2.36% of deliveries were due to older primiparous. Their average age is estimated to 36.6 years.

93% of the pregnancies were under medical control.

The complications during the pregnancy were:

- Gravidic arterial hypertension in 12% of older primiparous versus 10% of younger primiparous.
- 15% gestational diabetes versus 11%.
- Threaten of preterm birth in 5% versus 2%.
- Prolonged pregnancies in 15% versus 13%.
- The evolution of the childbirth was marked by:
  - Premature rupture of the membranes in 35% versus 18 %.
  - The foetal distress in 11% versus 6 %.

The childbirth ended by the application of instruments in 22% of the cases versus 21% and in the Caesarean delivery in 48 % of the cases versus 21%...

The postterm was generally normal and no maternal death was deplored.

The foetal prognosis was characterized by:

- 7% of the new-born babies are premature versus 5% and 5% of the new-born babies had Apgar lower than 7 versus 8.9%.
- Perinatal mortality is estimated to 3% versus 1%.

According to these results, the late pregnancy exposes the woman and the baby to complications and has to be object of a rigorous follow-up and a better care.

## ملخص

**العنوان:** الحمل والولادة من المنجبة الأولية المسنة  
**الكاتب:** فاطمة الزهراء شموط  
**الكلمات الأساسية:** المنجبة الأولية المسنة، الحمل، خطر الولادة

تم تعريف المنجبة الأولية المسنة من قبل الفدرالية الدولية لأمراض النساء و الولادة سنة 1958 ككل امرأة بالغة من العمر 35. عاما فما فوق والتي تنجب لأول مرة

### الهدف:

تحليل مسار الحمل والولادة في الصغار وكبار السن وطريقة التسليم والنتيجة الجنين.

### الأساليب الطرق:

تقوم هذه الدراسة الاسترجاعية بمقارنة 100 منجبة أولية مسنة مع 100 منجبة أولية صغيرة السن المأخوذة من قسم الولادات بالمركز الاستشفائي الجامعي السويسي الرباط خلال الفترة ما بين فاتح يناير إلى 31 سبتمبر 2012

### النتائج:

تمثل نسبة المنجبات الأوليات المسنات 2,36% من مجموع الولادات بالمركز الاستشفائي الجامعي بالرباط ويقدر متوسط العمر ب 36.6 عام.

كما أن 27% من كبار السن تعرضوا لإجهاض العفوي و 2% للعقم. وقمنا بمتابعة 93% من حالات الحمل كانت المضاعفات المصادفة خلال الحمل كالتالي:

- ارتفاع نسبة ضغط الدم المرافق للحمل بنسبة 12% من المنجبات الأوليات المسنات مقابل 10% من المنجبات الأوليات الغير المسنات.

- ارتفاع نسبة ضغط الدم المرافق للحمل بنسبة 12% من المنجبات الأوليات المسنات مقابل 10% من المنجبات الأوليات الغير المسنات.

% - سكري الحمل بنسبة 15% مقابل 11

- الإنذار بالوضع السابق لأوانه بنسبة 5% مقابل 2%

- الحمل المطول بنسبة 15% مقابل 13% .

تميز تطور الولادة ب:

- الانحلال المبكر لأغشية 35% مقابل 18%

- المعاناة الحميلية بنسبة 11% مقابل 6%

تم الوضع باستعمال الأدوات بنسبة 22% مقابل 21% من المنجبات الأوليات صغيرات السن وقيصرية بنسبة 48% مقابل

21%. كانت فترة ما بعد الولادة عموما عادية و لم تسجل فيها أية حالة وفاة. كما اتصف المآل الحملي ب ارتفاع معدل

الوفيات عند المواليد 3% مقابل 1%.

### خاتمة:

بناء على هذه النتائج يمكن القول بأن الحمل و الولادة عند المنجبة الأولية المسنة يشكلان خطورة على الأم و طفل على حد سواء ويجب على الأم أن تخضع لمراقبة صارمة



*BIBLIOGRAPHIE*

- [1] FRETTS RC ,SCHMITTDIEL J, MCLEAN FH ,USHER RH GOLDMAN MB :**  
Increased maternal age and the risk of fetal death *Engl J Med* 1995; 333: 953-7. F
- [2] BREART G :**  
Delayed childbearing. *Eur J Obstetrics and Gynecology Reprod Biol* 1997; 75: 71-3.
- [3] Caractéristiques des mères de nouveau-nés à Montréal**  
Agence de la santé et des services sociaux de Montréal  
Fascicule 2 :L'évolution des naissances à Montréal, 1984 à 2009
- [4] Grossesse et accouchement chez la primipare âgée (à propos de 200 cas) :**  
[Thèse] : Rabat. Faculté de médecine et pharmacie Rabat ; 1998.
- [5] Grossesse et accouchement chez la primipare âgée (à propos de 200 cas) :**  
[Thèse].Fès. Faculté de médecine et de pharmacie Fès ; 2009.
- [6] OZALP S ,TANIEZ M,SENER T ,YASAN S ,KESKIN AE :**  
Health risks for early ( $\leq 19$ ) and late ( $\geq 35$ ) childbearing  
*Arch Obstetrics & Gynecology* 2003; 268: 172-174
- [7] BELAISCH-J.ALLARTJ :**  
Grossesse et accouchement après 40 ans. *EMC (Elsevier Masson SAS, Paris), Gynécologie/Obstétrique, 5-016-B-10, 2008.*
- [8] BERKOWITZ G, SKOWORN ML, LAPANSKI R, BERKOWITZ R :**  
Delayed childbearing and the outcome of pregnancy Gilbert W, NISEBTT T, DANIELSEN B Childbearing beyond 40 age pregnancy outcome in 64032 cases. *Obstetrics and Gynecology* 1999; 93:9-14
- [9] GILBERT (WM.), NESBITT (TS.), DANIELSEN (B.):**  
Childbearing beyond age 40: pregnancy outcome in 24 032 cases. *Obstetrics and Gynecology. 1 999, 93: 9-14*
- [10] LUKE B ,BROWN M :**  
Elevated Risks on pregnancy complications and adverse outcome with increasing maternal age .*Hum Reproduction* 2007;22:1264-72
- [11] BLICKSTEIN I, LANCET M; KESSLER I:**  
Re-evaluation of the Obstetrics risk for the older primipare  
*International Journal of Obstetrics and Gynecology, USA; 1987; vol 25, N ° 2, 107-112.*
- [12] GUTI ERREZ RG, BRIBIESCA LOPEZ JA ,RAMOS PALMA S ,BRAVO AGUIR DE:**  
Maternal and foetal mortality in advanced age *Gynecology Obstetric Mex* 1999; 67: 239-245

- [13] Z.KOZINZKY, H.ORVOS, M.KATONA, T.ZOBOKI, A.PAL, L.KOVACS:**  
International Journal of Gynecology & Obstetrics 76 2002. 23\_26
- [14] KONE.A:**  
La grossesse et l'accouchement chez la femme de 40ans et plus à l'hôpital du Point « G »Thèse de médecine, Bamako 2002 : no 2
- [15] BLONDEL B, SUPERNANT K, KERMARREC M:**  
Les maternités en 2010 et leur évolution depuis 2003 - Enquête nationale périnatale 2010, [consulté en janvier2012].
- [16] E.BAULON, I.NISAND :**  
La parturiente de plus de35 ans Pôle de Gynécologie-Obstétrique  
Hôpitaux Universitaires de Strasbourg 2006
- [17] HIRONORI T, NORIYOSHI W, RIKA S, HOROAKI A, MAKIKO E ,AIKO S , YUKI T ,TAKAHIKO K ,HARUHIKO S :**  
Increased rate of cesarean section in primiparous women aged 40 years or more: a single-center study in Japan. Arch Gynecology Obstetric (2012) 285:937–941
- [18] MARTIN JA, HAMILTON BE, SUTTON PD, VENTURA SJ, MENACKER F MUNSON ML :**  
(2006) Birth: final data for 2004. National Vital Statistics Reports 55. National Center for Health Statistics, Hyattsville
- [19] MONTAN S (2007) :**  
Increased risk in the elderly parturient. Obstetrics and Gynecology 19:110–112.
- [20] JACQUES VALLIN ET THERESE LOCOH (DIR) :**  
Population et développement en Tunisie. La métamorphose, Tunis, Ceres Productions, 2000
- [21] La Lettre du Gynécologue :**  
N ° 338-339 - janvier-février 2009
- [22] MARTIN, R. MAILLET :**  
Les grossesses après 40 ans (Besançon) Extrait des Mises à journée Gynécologie et obstétrique tome XXIX publié le 30.11.2005.
- [23] NYBO ANDERSEN (AM.), WOHLFAHRT (J.), Christens (P.) Et AL:**  
Maternal age and fetal loss: population based register linkage study.  
B.M.J.: 2000, 320: 1708-1 2.
- [24] BIANCO (A), STONE (J), LYNCH (L) et AL:**  
Pregnancy outcome at age 40 and older. Obstetrics and Gynecology. 1 996, 87: 9 1 7-22

- [25] DILDY (GA), JACKSON (GM), FA VERS (GK) et ALL :**  
Very advanced maternal age: pregnancy after age 45. *Obstetrics and Gynecology*: 1 996, 1 75: 668-74.
- [26] PRYSAK (M), LORENTZ (RP), KISL Y (A) :**  
Pregnancy outcome in nulliparous women 35 years and older. *Obstetrics & Gynecology* 1995, 85: 65-70
- [27] AUDIPOG :**  
Indicateurs de santé périnatale de 1994 à 2003
- [28] LANSAC (J.) :**  
Fertilité et infertilité « Faire des enfants tôt ». *La Lettre du Gynécologue*, 1 994, 1 96: 3-6. (Éditorial).
- [29] GILBERT (WM.), NESBITT (TS.), DANIELSEN (B.):**  
Childbearing beyond age 40: pregnancy outcome in 24 032 cases. *Obstetrics and Gynecology*. 1 999, 93: 9-14
- [30] JOLL y (M.), SEBIRE (N.), HARRIS (J.) et AL :**  
The risks associated with pregnancy in Women aged 35 years or older *Hum. Reproduction*, 2000, 1 5 : 243 3-7.
- [31] DUFOUR P, HAENTJENS K, VINATIER D :**  
La grossesse chez les femmes de plus de 40 ans *Contracept Fertil Sex* 1997; 25:415-22.
- [32] V.O.OBORO AND F.O DARE:**  
Department of Obstetrics and Gynecology, LAUTECH College of Healthy Sciences, PMB 4400, OSOGBO, OSUN STATE, NIGERIA
- [33] BLICKSTEIN I, LANCET M; KESSLER I:**  
Re-evaluation of the Obstetrics risk for the older primipare *International Journal of Obstetrics and Gynecology, USA*; 1987; vol 25, N ° 2, 107-112.
- [34] ZIADEH S, YAHAYA A:**  
Pregnancy outcome at age 40 and older. *Arch Obstetrics and Gynecology* 2001; 265: 30-33.
- [35] DULITZKI M, SORIANO D, SCHIFF A, MASCHIACH S SEIDMAN D:**  
Effect of very advanced maternal age on pregnancy outcome and rate of cesarean delivery. *Obstetrics and Gynecology*: 1998 92: 935-939.
- [36] TREACY.A, ROBSON.M, O'HERLIHY.C:**  
Dystocia increases with advancing maternal age .*Am Obstetrics and Gynecology* 2006; 195:760-3

- [37] CHAN BC, LAO TT:**  
Influence of parity on the obstetric performance of mothers aged 40years old and above. Hum reproduction 1999; 14:833-7
- [38] H.ROMAN, P-Y.ROBILLARD, C.JULIEN E.KAUFFMAN, A.LAFFITTE, M.GABRIELE, L.MARPEAU, G.BARAU:**  
Grossesse chez 382 femmes de plus de 40 ans : étude rétrospective dans la population de l'île de la Réunion
- [39] JOSEPH KS, ALLEN AC, DODDS L, TURNER LA ET AL :**  
The perinatal effects of delayed childbearing. Obstetrics & Gynecology 2005:105: 1410-1418.
- [40] LAGREW DC JR, MORGAN MA, NAKAMOTO K, LAGREW N:**  
Advanced maternal age: perinatal outcome when controlling for physician selection .J Prenatal 1996; 16: 256-260
- [41] ILSE DELBAERE, HANS VERSTRAELEN, SYLVIE GOETGELUK, GUY MARTENS, GUY DE BACKER, MARLEEN TEMMERMAN:**  
Pregnancy outcome in primiparae of advanced maternal age. European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology 135 (2007)41–46.
- [42] DARBOIS Y, BONLANGER MC :**  
Les grossesses survenant après 40 ans sont-elles à haut risque ? Rev Fr Obstetrics and Gynecology 1990; 85:158-160.
- [43] KESSIER L, LANCET M, BORENSTEIN R, STEINMATZ A :**  
The problems of the older primiparous. Obstetrics and Gynecology 1980: 56:165-169.
- [44] JACOBSON B, LADFORS L, AND MILSOM I:**  
Advanced maternal age and adverse perinatal outcomes Obstetrics & Gynecology 2004: 104: 727-733.
- [45] KIELY J, PANETH N, SUSSER M:**  
An assessment of the effects of maternal age and parity in Different components of perinatal mortality. Epidemiology 1986: 123:444-454.
- [46] REDDY U, CHIA-WEN K, WILLINGER M:**  
Maternal age and the risk of stillbirth throughout Pregnancy in the United States. Obstetrics and Gynecology 2006; 195:764-770.
- [47] HASEN J:**

Older maternal age and pregnancy outcome: a review of the literature. *Obstetrics and Gynecology Survey* 1986; 41:726-742.

**[48] NAVIQUI MM, NASEEM A:**  
Obstetrics risks in the older primiparous. *J COLL Physicians Surg Pak* 2004; 14: 278-281

**[49] ASMA JNIFEN, ANIS FADHLAOUI, ANIS CHAKER, FETHI ZHIOUA:**  
Service de Gynécologie Obstétrique et de Médecine de la reproduction de l'hôpital Aziza  
Particularités de la grossesse et de l'accouchement  
Chez la femme de 40 ans et plus : À propos de 300 cas

**[50] LE RAY C, CARAYOL M, ZEILTIN J :**  
Level of Perinatal Care of the Maternity Unit and Rate of Cesarean in Low-Risk Nulliparas. *Obstetric Gynecology* 2006; 107:1269–77.

**[51] TURK R, YUDKING P, TURNBUL L:**

Pregnancy outcome in elderly primigravidae with and without a history of infertility. *Br J Obstet Gynaec* 1988; 95:230-237.

**[52] BLANC B ; GAMMERRE ; ADRAI J :**  
La primipare âgée. *Rev. Fr. Gynecol. Obstet.* 1984, vol. 79; N° 2, 109–114.

**[53] REETA LAMMINPAA ,KATRI VEHVILAINEN-JULKUNEN , MIKA GILSSER AND SEPPO HEINONEN :**  
Preeclampsia complicated by advanced maternal age: a registry-based study on primiparous women in Finland 1997–2008

**[54] SEOUD MA, NASSAR AH, USTA IM, MEEHEM Z, KAZMA A, AND KHALIL AM:**  
Impact of advanced Maternal Age on Pregnancy Outcome  
*American Journal of Perinatology* 2002; 19: 1-7

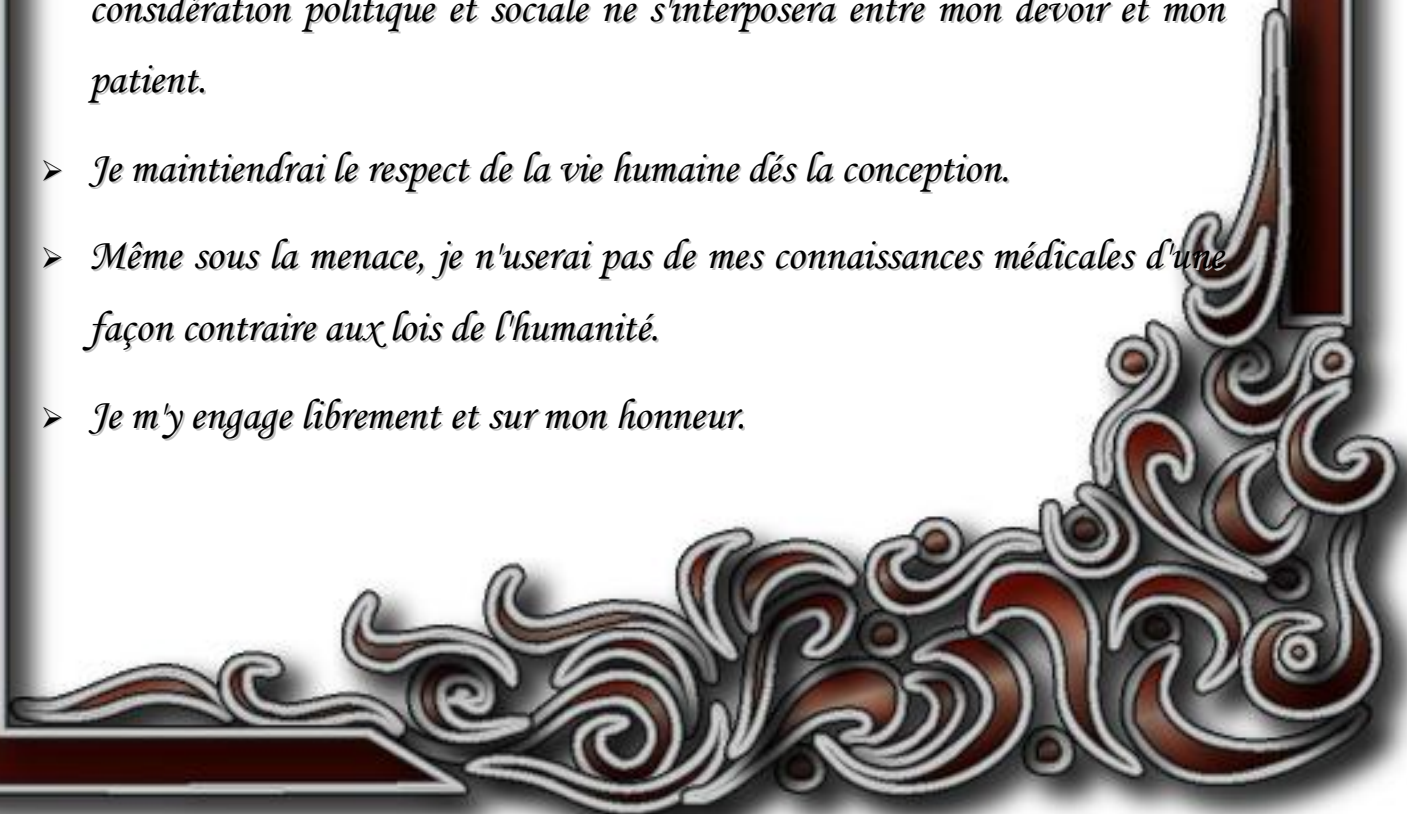
**[55] JAHROMI BN, HUSSEIN Z :**  
Pregnancy outcome at maternal age 40 and older .*Taiwan J Obstetric Gynecology* 2008; 47 -3.

**[56] VINCENT-ROHFRTSCH, A, LE RAY, C., ANSELEM, O., CABROL, D.AND GOFFINET, F:**  
[Grossesse à 43 ans et plus : risques maternels et périnataux. *J Gynecology Obstetric Biol Reprod* 41, 468–475 (2012).

## *Serment d'Hippocrate*

*Au moment d'être admis à devenir membre de la profession médicale, je m'engage solennellement à consacrer ma vie au service de l'humanité.*

- *Je traiterai mes maîtres avec le respect et la reconnaissance qui leur sont dus.*
- *Je pratiquerai ma profession avec conscience et dignité. La santé de mes malades sera mon premier but.*
- *Je ne trahirai pas les secrets qui me seront confiés.*
- *Je maintiendrai par tous les moyens en mon pouvoir l'honneur et les nobles traditions de la profession médicale.*
- *Les médecins seront mes frères.*
- *Aucune considération de religion, de nationalité, de race, aucune considération politique et sociale ne s'interposera entre mon devoir et mon patient.*
- *Je maintiendrai le respect de la vie humaine dès la conception.*
- *Même sous la menace, je n'userai pas de mes connaissances médicales d'une façon contraire aux lois de l'humanité.*
- *Je m'y engage librement et sur mon honneur.*



# قسم أبقراط

بسم الله الرحمن الرحيم

أقسم بالله العظيم

في هذه اللحظة التي يتم فيها قبولي عضوا في المهنة الطبية أتعهد علانية:

- ◀ بأن أكرس حياتي لخدمة الإنسانية .
- ◀ وأن أحترم أساتذتي وأعترف لهم بالمحبل الذي يستحقونه .
- ◀ وأن أمارس مهنتي بوانع من ضميري وشر في جاعلا صحة مريض هدي في الأول .
- ◀ وأن لا أفشي الأسرار المعهودة إلي .
- ◀ وأن أحافظ بكل ما لدي من وسائل على الشرف والتقاليد النبيلة لمهنة الطب .
- ◀ وأن أعتبر سائر الأطباء إخوة لي .
- ◀ وأن أقوم بواجبي نحو مرضاي بدون أي اعتبار ديني أو وطني أو عرقي أو سياسي أو اجتماعي .
- ◀ وأن أحافظ بكل حزم على احترام الحياة الإنسانية منذ نشأتها .
- ◀ وأن لا أستعمل معلوماتي الطبية بطريق يضر بحقوق الإنسان مهما لاقيت من تهديد .
- ◀ بكل هذا أتعهد عن كامل اختيار ومقسما بشري في .

والله على ما أقول شهيد .

## الحمل والولادة لدى المرأة

### المنجبة الأولية المسنة

( بخصوص 200 حالة )

### أطروحة

قدمت ونوقشت علانية يوم : .....

من طرفه

**الآنسة : فاطمة الزهرة شموط**

المزداة في: 10 يونيو 1986 بتطوان

طبيبة داخلية بالمركز الاستشفائي الجامعي ابن سينا بالرباط

**لنيل شهادة الدكتوراه في الطب**

الكلمات الأساسية: حمل - ولادة - منجبة أولية - مضاعفات.

تحت إشراف اللجنة المكونة من الأساتذة

رئيسة ومشرفة

السيدة: عائشة خرباش

أستاذة في طب النساء والتوليد

السيد: ابراهيم غراب

أستاذ في طب النساء والتوليد

السيد: رضى اسليمان براهيمى

أستاذ في طب النساء والتوليد

السيدة: أمينة بركات

أستاذة في طب المواليد والأطفال

أعضاء