

كلية الطب والصيدلة وطب الأسنان
FACULTÉ DE MÉDECINE, DE PHARMACIE ET DE MÉDECINE DENTAIRE



جامعة سيدي محمد بن عبد الله - فاس
UNIVERSITÉ SIDI MOHAMED BEN ABDELLAH DE FES

Année 2022

Thèse N° 128/22

GROSSESSE ET ACCOUCHEMENT CHEZ LA PRIMIPARE AGEE DE PLUS DE 40 ANS (à propos de 120 cas)

THESE

PRESENTÉE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE 30/03/2022

PAR

Mme. Chaima EZZAKI

POUR L'OBTENTION DU DOCTORAT EN MÉDECINE

MOTS-CLÉS :

Grossesse – Accouchement – Primipare – Complication

JURY

M. MELHOUF MOULAY ABDELILAH..... PRÉSIDENT
Professeur de Gynécologie Obstétrique

Mme .FDILI ALAOUI FATIMA ZOHRA..... RAPPORTEUR
Professeur de Gynécologie Obstétrique

Mme. JAYI SOFIA.....
Professeur de Gynécologie Obstétrique

Mme. MAMOUNI NISRINE.....
Professeur de Gynécologie Obstétrique

} JUGES

PLAN

LISTES DES ABREVIATIONS.....	8
LISTES DES TABLEAUX.....	10
LISTES DES FIGURES	11
PREMIERE PARTIE : PARTIE THEORIQUE.....	12
INTRODUCTION.....	13
I.GENERALITES	15
1–Définition de la primipare âgée :	15
2–Fréquence des grossesses tardives :.....	15
II–FACTEURS ETIOLOGIQUES :	16
1–Mariage retardé :.....	16
2–Infertilité :.....	16
3–Contraception :.....	17
4–Avortement spontané :.....	18
5–Pathologies préexistantes :	18
III–ASPECT PSYCHOLOGIQUE DES GROSSESSES TARDIVES :	19
IV–PHYSIOLOGIE DES GROSSESSES TARDIVES :.....	20
V–DEROULEMENT DE LA GROSSESSE :.....	21
1–Suivi des grossesses tardives :.....	21
2–Complications maternelles :	22
2–1–Pathologies vasculaires gravidiques :	22
2–2–Diabète gestationnel :.....	23
2–3–Anomalies du placenta :.....	23
3–Complications fœtales :.....	24
3–1–Anomalies chromosomiques :	24
3–2–Retard de croissance intra–utérin :	24
3–3–Grossesses multiples :	24

VI- L'EVOLUTION DE L'ACCOUCHEMENT :	25
1-Anomalies du terme :.....	25
2-Rupture prématurée des membranes :	25
3-Dystocies :.....	26
4-Voie d'accouchement :	26
VII-DEROULEMENT DU POST-PARTUM :	27
1-Hémorragie du post-partum :	27
2-Mortalité maternelle :.....	27
VIII-PRONOSTIC DU NOUVEAU-NE :	28
1-Poids :	28
2- Prématurité :.....	28
3 -Malformations congénitales :.....	29
4-Mortalité périnatale et néonatale :	29
DEUXIEME PARTIE : PARTIE PARATIQUE	31
MATERIELS ET METHODES	32
I. MATERIEL D'ETUDE :	33
II. METHODE D'ETUDE :	34
III. FICHE D'EXPLOITATION :	35
RESULTATS	39
I-PROFIL DES PARTURIENTES :	40
1.Age :	40
2-Profession :.....	42
3-Résidence :	43
4-Niveau socio-économique :.....	44
5-Age du mariage :	44

II. ANTECEDENTS :	45
1.Médicaux :.....	45
1.1–Diabète :	45
1.2–Hypertension artérielle :	45
1.3–Asthme :	45
1.4–Autres :	45
2–Chirurgie générale :	45
3–Gyneco–obstetricaux :.....	46
3.1– Cycle menstruel :.....	46
3.2– Contraception orale :.....	46
3.3–Chirurgie gynécologique :.....	46
3.4– Antécédents d’infertilité :	46
3.5– Interruption spontanée de grossesse :	46
III–CARACTERISTIQUES ET EVOLUTION DE LA GROSSESSE :	47
1–Suivi de la grossesse :	47
2–Grossesses compliquées :	49
3–Complications :.....	50
3.1–Prééclampsie :.....	50
3.2–Diabète gestationnel :	50
3.3–Grossesse gémellaire :.....	50
3.4–Menace d’accouchement prématuré :.....	51
3.5–Anémie :	51
3.6–Rupture prématurée des membranes :	52
3.7–Hellp syndrome :	52
3.8– Oligoamnios :.....	53

IV–LE DEROULEMENT DE L’ACCOUCHEMENT :	54
1–Terme d’accouchement :	54
2–Présentation du fœtus :	56
3–Type du travail :	58
4–Dystocie mécanique et dynamique :	58
5–Modalités d’accouchement :	59
V–LE PRONOSTIC DU POST–PARTUM :	63
1–Délivrance :	63
2–Suites de couches :	64
3–Mortalité maternelle :	64
VI–PRONOSTIC NEONATAL :	65
1–Apgar à la naissance :	65
2–Poids de naissance :	66
3–Prématurité :	67
4–Syndrome de détresse respiratoire aigue:	67
5–Malformations congénitales :	68
6–Réanimation néonatale :	68
7–Mortalité :	68
7.1–Mort fœtale in utero :	68
7.2–Mortalité néonatale :	69
DISCUSSION	70
I–LIMITES DE L’ETUDE :	71
1 – Biais :	71
1.1–Biais de sélection :	71
1.2–Biais d’information :	71
2–Force de notre étude :	72

II-CARACTERISTIQUES SOCIO-EPIDEMIOLOGIQUES :	73
1-Taux :.....	73
2-Age limite de conception :.....	74
3-Niveau socio-économique des parturientes :	74
4- Mariage tardif :	75
III-ANTECEDENTS GYNECO-OBSTETRIQUES :	76
1-Utilisation de la contraception :	76
2-Infertilité :	77
3-Avortement spontané :.....	78
VI-DEROULEMENT DE LA GROSSESSE :	79
1-Suivi :	79
2-Complications au cours de la grossesse :.....	79
3-Hypertension artérielle gravidique et la prééclampsie :	80
4-Diabète gestationnel :	81
5-Anémie et grossesse :	82
6-Menace d'accouchement prématuré :	83
7-Rupture prématurée des membranes :.....	84
VII-Accouchement :	85
1-Terme :.....	85
2-Anomalies de présentation :.....	85
3-Modalités d'accouchement :	86
3.1-Accouchement par voie haute :.....	86
3.2-Accouchement par voie basse :.....	88
IV-CARACTERISTIQUES DU POST-PARTUM :	89
1-Délivrance et ses complications :.....	89
2-Mortalité maternelle :.....	89

V-NOUVEAU-NE	90
1-Score d'Apgar à la naissance :	90
2-Poids du nouveau-né :	91
3-Prématurité :	92
4- Réanimation néonatale :	93
5-Mort fœtale in utero :	93
6-Mortalité du nouveau-né :	95
CONCLUSION	96
RESUME	96
BIBLIOGRAPHIE	105

LISTE DES ABREVIATIONS

ADO	: Anti-diabétiques oraux
ATCDS	: antécédents
AUDIPOG	: Association des Utilisateurs de Dossiers Informatisés en Pédiatrie, Obstétrique et Gynécologie
AVB	: Accouchement par voie basse
AVH	: Accouchement par voie haute
BCF	: Bruit du cœur fœtal
CHU	: Centre hospitalier universitaire
CNGOF	: Collège national des Gynécologues et Obstétriciens Français
CSR	: Centre de santé de référence
DFP	: disporption foeto-pelvienne
ERCF	: Enregistrement du rythme cardiaque fœtal
FIVNAT	: Fécondation In Vitro National
HAS	: Haute autorité de santé
HCP	: Haut-commissariat au plan
Hg	: Hemoglobine
HPGO	: hyperglycémie provoquée par voie orale
HPPI	: Hémorragie du post-partum immédiate
HRP	: Hématome retro-placentaire
HTA	: Hypertension artérielle
HTAG	: Hypertension artérielle gravidique
IMC	: Indice de masse corporelle
INSERM	: L'institut national de la santé et de la recherche médicale
MAP	: Menace d'accouchement prématuré
MFIU	: Mort fœtal in utéro
MHD	: Mesures hygiéno-diététiques
NFS	: numération formule sanguine
OMS	: Organisation mondiale de la santé
PEC	: Prise en charge
PMA	: Procréation médicalement assistée
RCIU	: Retard de croissance intra utérin

- RPM** : Rupture prématurée des membranes
SDRA : syndrome de détresse respiratoire aigue
SFA : Souffrance fœtale aigue

LISTES DES TABLEAUX

Tableau 1 : Répartition des parturientes selon l'âge

Tableau 2 : Suivi des parturientes

Tableau3 : grossesse compliquée chez les parturientes

Tableau 4 : Taux du diabète gestationnel en fonction de l'âge

Tableau 5 : RPM et chorioamniotite en fonction de l'âge maternel

Tableau 6 : Terme d'accouchement selon L'âge maternel

Tableau 7 : Types de présentation selon l'âge

Tableau 8 : Modalités d'accouchement selon l'âge maternel

Tableau 9 : Indications d'accouchement par voie haute selon l'âge maternel

Tableau 10 : Différents types de délivrance en fonction de l'âge maternel

Tableau 11 : Répartition du score d'Apgar selon l'âge maternel

Tableau 12 : Poids de naissance du nouveau-né en fonction de l'âge maternel.

Tableau 13 : Mortalité des nouveau-nés chez nos parturientes

Tableau14 : taux des parturientes âgées de 40 et plus selon les études

Tableau 15 : Usage de la contraception orale chez les femmes âgées de 40-44 ans
selon les pays

Tableau 16 : Comparaison du pourcentage d'infertilité selon différentes études

Tableau17 : Avortement spontané chez la parturiente âgée selon différentes études

Tableau18 : Comparaison du taux d'HTAG chez les femmes âgées

Tableau 19 : Diabète gestationnel dans différentes études chez les parturientes âgées

Tableau 20 : Fréquence des RPM selon les auteurs

Tableau 21 : Fréquence des accouchements par VH selon les auteurs

Tableau 22 : Taux de prématurité selon différentes études

Tableau 23 : Mort fœtale in utero selon différentes études

Tableau 24 : Mortalité néonatale selon différentes études

LISTES DES FIGURES

Figure I : Prévalence de la contraception au Maroc

Figure II : Répartition des parturientes selon l'âge

Figure III : Répartition des primipares selon la profession

Figure IV : Répartition des primipares âgées selon la résidence

Figure V : Répartition des primipares selon le niveau socio-économique

Figure VI : le suivi des parturientes

Figure VII : Terme d'accouchement en fonction de l'âge maternel

Figure VIII : Répartition des types de présentation fœtal selon l'âge

Figure IX : Modalités d'accouchement chez les primipares âgées

Figure X : Modalités d'accouchement chez les primipares jeunes

Figure XI : Types de délivrance selon l'âge maternel

PARTIE THEORIQUE

INTRODUCTION

- De nos jours, l'âge de la maternité ne cesse d'augmenter particulièrement dans les pays occidentaux, une première grossesse à un âge avancé est devenue un réel phénomène de société. En 1984, dans la plupart des pays occidentaux, les premières naissances survenant à 40 ans ou plus représentaient moins de 0,5 % du total des premières naissances. En 2014, elles en représentaient environ 2 % ou plus dans la plupart des pays occidentaux, 4,5 % et 4,7 % respectivement en Espagne et en Italie [1]. Une augmentation plus nette en 2019 chez la population française avec 24,3 % des naissances issues de primipares âgées de plus de 40 ans [2].
- Une grossesse qualifiée de tardive peut être mêlée à un risque accru de complications obstétricales et néonatales, car l'âge maternel est un facteur aggravant pour la plupart des pathologies. Sur le plan obstétrical, l'âge avancé de la mère est associé à un risque plus élevé de diabète gestationnel, de prééclampsie ou encore de césarienne. Sur le plan néonatal, le risque de prématurité, de faible poids de naissance ou encore de transfert en réanimation est bien présent. [3]
- 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.

I-GENERALITES :

1-Définition de la primipare âgée :

- Dans la littérature, les définitions de la primipare âgée sont controversées, initialement fixées à un âge supérieur ou égal à 35 ans, et ensuite à un âge supérieur ou égal à 40 ans, du fait du déclin physiologique de la fertilité, de l'utilisation de la contraception et des nouvelles techniques de PMA. Le don d'ovocyte a permis d'établir un nouveau terme pour définir les grossesses après 45 ans ; à un âge très avancé (Very Advanced maternal age) [4].
- il faut noter que la chance de conception est maximale entre 20 -24 ans et atteint 75% vers 30 ans après 12 mois de rapports sexuels réguliers non protégés, alors qu'elle est à 66% vers 35 ans , et elle diminue jusqu'à 44% chez les femmes à partir de 40 ans . [5]

2-Fréquence des grossesses tardives :

- Le phénomène des grossesses tardives est de plus en plus fréquent, en France l'âge moyen à la maternité était de 30,9 ans en 2021 [6], cela peut être la conséquence de l'évolution du statut des femmes, le mode de vie moderne, l'augmentation des divorces et des unions stables de plus en plus tardives.
- Au Maroc, d'après une enquête réalisée par le ministre de la santé en 2018[7], 17,8% de femmes âgées entre 40-44 ans et 7,8% des femmes âgées entre 45-49 ans approuvent leurs désirs d'avoir un enfant ; la scolarisation de plus en plus des femmes marocaines, le suivi des études de longue durée et le besoin d'une indépendance financière laissent place à un choix d'un âge de maternité « convenable » plus ou moins avancé.

II-FACTEURS ETIOLOGIQUES :

1-Mariage retardé :

- Autrefois les femmes se mariaient à un âge précoce, pourtant actuellement le mariage est de plus en plus tardif , le changement du statut culturel , scolaire et économique de la femme marocaine peut être la cause d'un projet de mariage retardé, d'après l'enquête du ministre de la santé en 2018, l'âge du premier mariage est en élévation proportionnelle par rapport au niveau scolaire, il est de 22,7 ans pour les femmes non scolarisées contre 29 ans pour les femmes ayant un certificat d'études secondaires ou plus[7].En plus, le travail de la femme est de plus en plus fréquent et accepté par la société marocaine, 81,2% des femmes approuvent une nécessité de l'exercice d'une activité économique par leurs filles[7], donc le mariage et le statut d'une mère femme au foyer ne sont plus les rêves de vie pour la femme marocaine.

2-Infertilité :

- L'infertilité touche 80 millions de la population du monde et environ un couple sur six est infertile [8], bien que l'infertilité primaire est plus fréquente que l'infertilité secondaire [9].
- Le taux d'infertilité est de 5 à 8% dans les pays développés et de 5,8% à 44,2% dans pays en voie de développement [10].
- l'âge de la femme est un facteur pronostic fondamental qui conditionne la prise en charge plus ou moins rapide du couple et aussi le choix du traitement et sa réussite quelle que soit la technique utilisée [11].

3-Contraception :

- La contraception désigne l'ensemble de médicaments, de dispositifs, de méthodes utiles pour la prévention de la grossesse. Le programme de planification familiale élaboré par le ministre de la santé a permis une accessibilité importante aux moyens de contraception dans les différentes régions du Maroc.
- cette prévalence élevée d'utilisation de contraception, qui dépasse 60% va permettre aux femmes de refouler l'âge de leurs premières grossesses pour des raisons de réussite professionnelle ou situation économique.

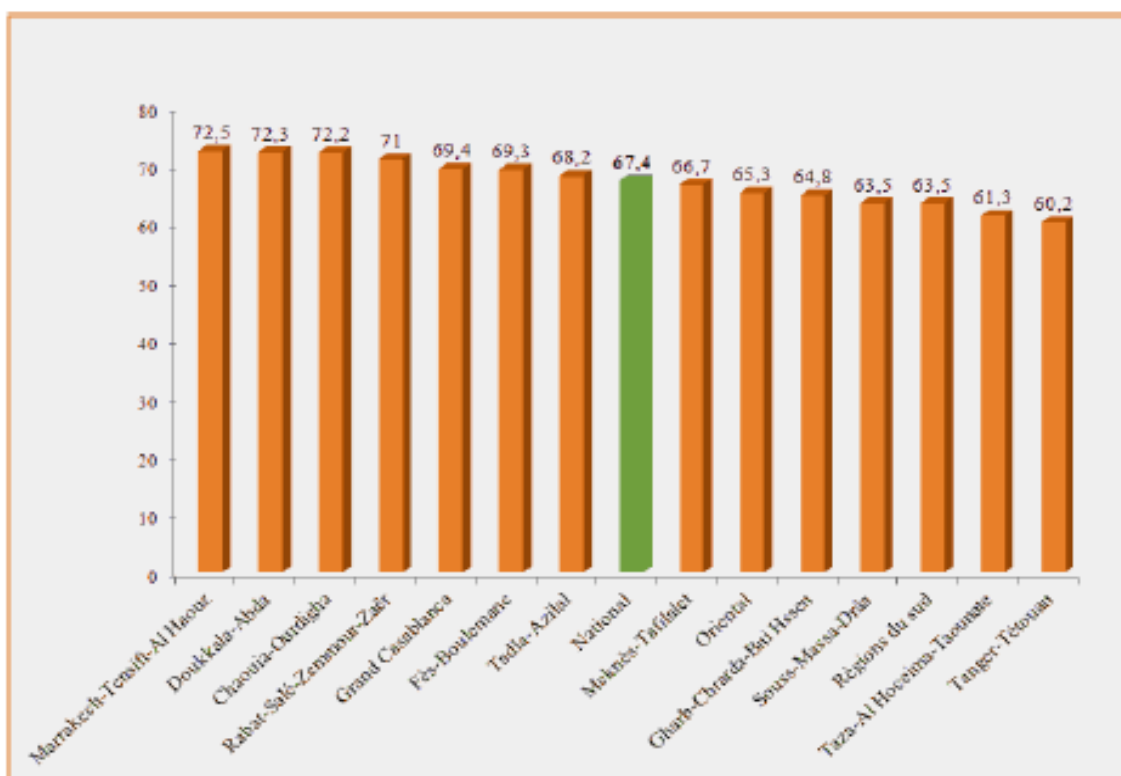


Figure I : Prévalence de la contraception au Maroc [12].

4-Avortement spontané :

- l'avortement est l'expulsion du produit de conception de l'utérus avant la date de viabilité fœtale, cependant la date de viabilité fœtale reste un sujet de débats, l'OMS considère qu'un fœtus est potentiellement viable s'il pèse 500g et s'il est âgé de plus de 22SA. L'avortement spontané est une expulsion du produit de conception en dehors de toute tentative volontaire locale ou générale.
- L'avortement spontané contribue largement à une primiparité âgée, le taux des avortements spontanés est plus élevé après la quarantaine, Warbuton rapporte une fréquence d'avortement spontané de 33,8 % à partir de 40 ans et de 53,2% après 45 ans [13].
- L'avortement spontané précoce est généralement lié aux aberrations chromosomiques qui augmentent avec l'âge, ils sont de 2,21% à 40 ans et de 4 % à 42 ans [14]. Bien que, l'avortement spontané tardif est surtout en rapport avec le passé gynécologique des patientes (fibromes, synéchies ou béances du col) , et les anomalies chromosomiques n'expliquent que 10 à 20% de ces avortements. [15]

5-Pathologies préexistantes :

- A un âge supérieur à 40 ans, les pathologies médicales préexistantes à la grossesse sont plus nombreuses, on retrouve principalement l'hypertension artérielle ; le diabète préexistant à la grossesse, et les pathologies gynécologiques qui sont marquées principalement par les fibromes et les malformations utérines qui peuvent être la cause d'une infertilité en gênant la nidation ou le développement de l'œuf.

III-ASPECT PSYCHOLOGIQUE DES GROSSESSES TARDIVES :

- La grossesse reste une période de grands remaniements psychiques chez la femme enceinte quel que soit l'âge maternel, la grossesse est une expérience de vie avec une charge d'émotions contradictoires : l'espoir, le bonheur ainsi que la peur et l'angoisse.
- Le contexte d'obtention d'une grossesse tardive chez une primipare après 40 ans n'est pas vécu de la même manière qu'une grossesse chez une primipare jeune. Ces grossesses peuvent être obtenues après plusieurs expériences d'avortement ou d'échecs d'assistance médicale à la procréation. Les couples subissent aussi un stress social de l'entourage. Cependant, les familles peuvent mettre de la pression particulièrement sur la femme [16].
- Pour la primipare âgée, l'expérience de la grossesse et l'accouchement est inconnue contrairement à la multipare âgée, ce qui suscite des sentiments d'anxiété et d'angoisse, de même les préoccupations d'une parturiente jeune au cours de la grossesse se limitent à l'organisation matérielle et financière, alors que la femme âgée se pose des questions dès le début de la grossesse sur sa capacité physique de mener cette grossesse et d'élever son futur enfant [16 ;17].

IV-PHYSIOLOGIE DE LA GROSSESSE TARDIVE :

- Toute femme enceinte subit des modifications physiologiques au cours de la grossesse [18], ces modifications concernent en particulier la circulation sanguine, la respiration, la fonction rénale et les fonctions endocriniennes et métaboliques.
- Cependant le vieillissement se manifeste par une altération des capacités fonctionnelles de l'organisme, cette altération induit une réduction de la capacité de l'organisme à s'adapter aux situations d'agression (les situations de stress, d'effort, maladies aiguës, de grossesse). De même, plusieurs systèmes de régulation de paramètres physiologiques s'avèrent moins efficaces chez le sujet âgé. [19]
- L'inefficacité des phénomènes d'adaptation physiologique au cours de la grossesse tardive, se manifeste par une plus grande fréquence des pathologies (l'hypertension artérielle, le diabète, les maladies cardio-vasculaires, les maladies trophoblastiques, les anomalies placentaires, les anomalies utérines et les grossesses multiples avec un taux élevé de grossesse gémellaire dizygote) et plus de complications.

V-DEROULEMENT DE LA GROSSESSE :

1-Suivi des grossesses tardives :

- Selon les recommandations de la HAS en 2007, mises à jour en mai 2016 sur le type de suivi de grossesses et l'orientation des femmes enceintes selon les risques identifiés [20]
- Deux types de suivi sont recommandés :
 - o Suivi A : la grossesse est jugée sans risque ou à bas risque. Le suivi peut alors être effectué par une sage-femme ou un médecin (gynécologue, généraliste ou obstétricien) [20] .
 - o Suivi B : la grossesse présente un risque identifié comme pouvant s'avérer élevé. Le suivi doit alors être effectué par un gynécologue obstétricien [20] .
 - o Avis A1 : l'avis d'un gynécologue-obstétricien ou d'un autre spécialiste est conseillé [20]
 - o Avis A2 : l'avis d'un gynécologue-obstétricien est nécessaire. Celui-ci peut être nécessité l'avis d'un autre spécialiste également [20].
- Il n'existe aucune recommandation particulière pour les grossesses tardives si le suivi est de type A1 , il doit être réalisé selon le schéma classique à savoir sept consultations prénatales à partir du troisième mois de grossesse et une échographie à chaque trimestre .En revanche, les complications des grossesses après 40 ans peuvent obliger une adaptation du suivi : «Lorsque les situations à risque détectées permettent de statuer sur un niveau de risque élevé, le suivi régulier doit être assuré par un gynécologue-obstétricien. » [20]

2-Complications maternelles :

2-1-Pathologies vasculaires gravidiques :

- le risque d'hypertension artérielle gravidique est deux fois plus grand chez les femmes âgées de plus de 35ans par rapport aux femmes jeunes , notamment chez les primipares de 40 ans et plus [21]; les données actuelles montrent que les pressions diastoliques et systoliques augmentent avec l'âge suite à la perte de la souplesse et la dégradation physiologique des artères[22].
- La principale complication de l'hypertension artérielle gravidique est la prééclampsie avec ses complications : la prématurité, le retard de croissance intra utérin, la mort fœtale in utero et l'hématome rétro-placentaire.
- Une étude comparative réalisée à la maternité de Port-Royal entre 2 groupes de femmes âgées de 43 ans et de 25 à 35 ans. Cette comparaison révèle un risque plus élevé d'HTA gravidique et de PE (11,1% vs 3,6%) chez le groupe des femmes âgées par rapport aux femmes jeunes [23]

2-2-Diabète gestationnel :

- Avec l'âge , les fonctions sécrétrices et la sensibilité à l'insuline diminuent progressivement [24] , à l'âge de 35 ans le risque de diabète gestationnel est multiplié par trois [25, 26], et après 50 ans ce risque s'élève à 5,2% [27] .Pour cette raison un dépistage systématique est proposé chez les femmes de plus de 35 ans par la réalisation d'une glycémie à jeun au premier trimestre ,si le résultat est inférieur à 0,92 g/L, un deuxième dépistage par hyperglycémie provoquée par voie orale (HPGO) après ingestion de 75 g de glucose est prescrit entre 24 et 28 semaines d'aménorrhées (SA) avant de conclure à une absence de diabète gestationnel [28] .
- La macrosomie étant la principale complication du diabète gestationnel non ou mal équilibré, d'autres complications peuvent s'observer telles que :la prééclampsie, la dystocie des épaules et l'augmentation du taux d'accouchement par césarienne [24, 28] .

2-3-Anomalies du placenta :

- Les femmes âgées de plus de 40 ans auraient un pourcentage de 2%
- de développer un placenta prævia, selon les données de la littérature, le risque de placenta prævia est huit à dix fois plus important chez les femmes âgées après l'élimination du facteur de la parité.[29]
- L'âge paraît être un facteur de risque et le risque de placenta prævia est surtout lié aux modifications de la vascularisation de l'endomètre âgé.
- Le risque d'HRP et de placenta accréta est essentiellement lié à la parité de la femme, indépendamment de son âge.

3-Complications fœtales :

3-1-Anomalies chromosomiques :

- le taux d'anomalies chromosomiques est 9 fois plus important pour les femmes âgées de plus de 40 ans par rapport aux femmes âgées de moins de 35 ans [30], le risque de trisomie 21 est de 0,1% tandis qu'il atteint 3% à l'âge de 45 ans. Cependant, la HAS ne recommande pas une réalisation systématique de l'amniocentèse dans tous les cas de grossesses tardives, les amniocentèses ne sont désormais réalisées que lorsque la femme est considérée comme à haut risque d'avoir un enfant porteur d'une trisomie 21, après le dépistage combiné du 1er ou 2ème trimestre [31].

3-2-Retard de croissance intra-utérin :

- Selon l'étude de Odibo AO et al., le risque de retard de croissance intra-utérin (RCIU) augmente lorsque l'âge de la mère atteint 40 ans[32], cette prévalence est causée par les modifications de la vascularisation utérine avec l'âge du fait des pathologies à types de fibrome, hypertension artérielle et de prééclampsie qui provoquent une insuffisance de perfusion placentaire [23 ;24 ; 27 ; 33]. En effet, une mauvaise vascularisation utérine et placentaire va entraîner une moins bonne vascularisation pour le fœtus, et donc des conséquences sur sa croissance et son développement.

3-3-Grossesses multiples :

- les grossesses multiples sont légèrement plus élevées pour un âge supérieur à 40 ans, AUDIPOG rapporte un pourcentage de 1,79% des grossesses multiples chez les femmes âgées entre 40 et 50 ans alors que ce pourcentage est de 1,55% pour la tranche d'âge 20-35 ans[34]. Ces taux peuvent être une conséquence directe du recours à l'AMP chez les femmes âgées ; il est fréquent que deux embryons ou plus soient implantés. Les grossesses multiples sont connues par leurs complications fœtales fréquentes : la prématurité, le retard

de croissance intra-utérin, l'augmentation du risque de malformations congénitales telles que les malformations cardiaques et le syndrome transfuseur-transfusé.

VI- EVOLUTION DE L'ACCOUCHEMENT :

1-Anomalies du terme :

- Les études montrent que la médiane de durée de grossesse en jours à partir de l'ovulation est de 274 jours pour les primipares et de 266 jours pour les multipares, concernant les grossesses uniques, on considère que la 41^{ème} semaines d'aménorrhée et le seuil au-delà duquel le terme est considéré comme dépassé. [35]
- Les études sur ce sujet sont controversées, Trasfour et Vincent-Rohfritsch A [24 ;27] rapportent un nombre augmenté de déclenchements du travail avec l'âge pour dépassement du terme par contre une étude de W. Gilbert montre un âge gestationnel diminué à l'accouchement, de manière significative, chez les femmes de 40 ans et plus (273,4+/-0,4 jours versus 278,5+/-0,05 jours)[29].

2- Rupture prématurée des membranes :

- La rupture prématurée des membranes est la rupture franche de l'amnios et du chorion, avant le début du travail. Plusieurs facteurs s'engagent dans la physiopathologie de la RPM : l'infection, les modifications de structure du collagène, l'amincissement des membranes et aussi le stress. [36]
- La RPM expose essentiellement à une complication infectieuse : la chorioamniotite, alors qu'une RPM avant terme peut provoquer une prématurité.
- D'après BIANCO A [37] , la RPM est plus fréquente chez les primipares âgées de plus de 40 ans ; 3,8% versus 2,9% chez les primipares jeunes de 20-29 ans .

3. Dystocies :

- L'indication la plus fréquente d'accouchement par voie haute chez la primipare âgée en cours de travail est la dystocie [38]; avec l'âge, la stimulation hormonale (l'estrogène et la progestérone) cyclique répétitive au cours des années provoque une diminution de la contractilité du myomètre, d'autres hypothèses peuvent expliquer cette dystocie : une diminution de la compliance des tissus conjonctifs et une perte d'élasticité des articulations pelviennes [33].

4-Voie d'accouchement :

- Les accouchements par voie basse sont marqués par un taux important de déclenchement par usage des ocytociques chez les femmes âgées ; le nombre élevé de dystocies dynamiques peut en être la cause. Alors que, les études sont assez divergentes concernant les extractions instrumentales et ne notent pas une différence significative chez les femmes âgées [34].
- Le taux d'accouchement par césarienne est plus élevé chez la femme âgée de plus de 40 ans, selon MARTIN A et MAILLET le risque de césarienne urgente ou programmée est multiplié par 2. Cette prévalence est la conséquence des antécédents de myomectomie, de pathologie gravidique, ainsi qu'au travail long et dystocique, et enfin les anomalies de présentations fœtales qui concernent 7,6% de parturientes de 40 ans et plus, contre 5% des parturientes âgées entre 20 et 34 ans, d'après l'étude d'AUDIPOG réalisée en 2002-2003 [34].

VII- DEROULEMENT DU POST-PARTUM :

1-Hémorragie du post-partum :

- Selon plusieurs études, l'hémorragie du post-partum est plus fréquente chez les primipares et particulièrement les primipares âgées [24 ;27 ;39]. La mauvaise contractilité de l'utérus âgé et le taux augmenté des atonies utérines et des césariennes chez les femmes âgées peuvent être la cause de ce risque augmenté d'hémorragie durant le post partum. Le risque de mortalité maternelle par hémorragie est multiplié par trois chez les parturientes âgées de plus de 35 ans, et par huit si l'âge est plus de 40 ans. [40]

2-Mortalité maternelle :

- la mortalité maternelle se définit par le décès d'une femme au cours de sa grossesse ou dans les 42 jours suivants l'accouchement [41].
- Durant la période entre 1998 à 2000, l'INSERM a révélé un risque de décès maternel 3 fois supérieur chez les femmes de 35 à 50 ans par rapport aux femmes jeunes, alors que le risque est maximal et peut se multiplier par 15 chez les femmes de plus de 45 ans .Le CNGOF trouve que les causes impliquées dans ce risque élevé de décès maternel sont les suivantes : les hémorragies, les infections, les pathologies liées à l'hypertension artérielle, les accidents vasculaires cérébraux, les embolies amniotiques[41] .
- Il faut noter que cet évènement reste très rare, surtout dans les pays développés ; 262 décès maternels en France ont été identifiés, soit 8,1 décès pour 100 000 naissances vivantes en 2021.[42]

VIII-PRONOSTIC DU NOUVEAU-NE :

1-Poids :

- Selon Belaïsch–Allart, les poids moyens de naissance seraient identiques indépendamment à l'âge de la mère, alors qu'on trouve une proportion élevée de nouveau-nés de petits poids et de nouveau-nés macrosomes de plus de 4000 g issus des grossesses tardives ; ce qui explique le poids moyen identique [4].
- le risque du petit poids de naissance est multiplié par 2,5 pour les femmes âgées [24], ce risque est lié aux pathologies suivantes : l'hypertension artérielle, la prééclampsie et la prématurité. Cependant, la fréquence élevée des macrosomes est principalement due à l'incidence élevée de diabète gestationnel à partir de 40 ans [27].

2- Prématurité :

- Le prématuré est tout nouveau-né accouché avant 37 semaines d'aménorrhée.
- La majorité des études notent un taux d'accouchement prématuré plus important lors d'une grossesse à un âge avancé notamment chez les primipares âgées [25 ;26], Vincent–Rohfritsch rapporte lors de son étude sur 261 femmes âgées de plus de 43 ans un risque de prématurité 3 fois plus important par rapport aux femmes jeunes [23] .Cette prématurité s'explique par les complications obstétricales rencontrées au cours de la grossesse, qui peuvent nécessiter un déclenchement du travail voire un accouchement urgent par voie haute .

3 –Malformations congénitales :

- D'après l'OMS, les malformations congénitales constituent un groupe de troubles variés d'origine prénatale qui peuvent être causées par des anomalies d'un seul gène, des troubles chromosomiques, de multiples facteurs héréditaires, des agents tératogènes dans l'environnement et des carences en micronutriments [43].
- les malformations congénitales sans anomalie chromosomique chez les femmes âgées de plus de 40 ans sont peu abordées dans les articles de la littérature ; et leurs données sont contradictoires. Ghazi H a mis le point sur le rôle mineur de l'âge maternel et la parité sur le risque des malformations congénitales [44], du même Kessier et al., dans l'une des rares études sur le taux de malformations congénitales chez les femmes âgées, ne rapporte aucune augmentation significative [45]. Au contraire, Hollier note dans son étude une augmentation des anomalies congénitales à caryotype normal chez les femmes âgées de plus de 40 ans avec un pourcentage de 5% et de 3,5 % chez les femmes âgées de 20 à 24 ans [46] .

4–Mortalité périnatale et néonatale :

- La mortalité périnatale se définit par le nombre de mort-né après 22 SA, et de décès précoces des nouveau-nés dans la première semaine de vie, alors que la mortalité néonatale regroupe l'ensemble des enfants nés vivants, puis décédés entre la naissance et le 28^{ème} jour de vie.
- La mortalité périnatale se manifeste essentiellement par la MFIU, d'après la GNCOF le risque de mortalité fœtale in utero est multiplié par deux [39] chez les femmes âgées de plus de 40 ans. Cette augmentation s'explique par un taux élevé de complications observées au cours des grossesses tardives (anomalies de placentation, HTAG, Retard de croissance intra-utérin...). Par contre, selon d'autres études ce taux n'est pas significatif [23,34].

-
- La mortalité néonatale est parallèlement plus augmentée chez les femmes âgées, elle est 2,5 fois plus importante que chez les femmes jeunes [39], malgré les progrès actuels, ce qui oblige un suivi régulier des grossesses tardives ainsi qu'un dépistage des comorbidités maternelles et fœtales dès les premières consultations voire une prise en charge pluridisciplinaire dans des cas particuliers.

PARTIE PRATIQUE

MATERIELS

ET METHODES

I-MATERIEL D'ETUDE :

- Il s'agit d'une étude rétrospective comparant un groupe de 60 primipares âgées de plus de 40 ans à d'autres primipares jeunes dont l'âge est inférieur à 35 ans, colligées au sein du service de gynéco-obstétrique II au CHU Hassan II de Fès durant une période de 2 ans (du 1 janvier 2019 au 31 décembre 2020).
- Dans un premier temps, les parturientes étaient sélectionnées manuellement à partir des registres des urgences de maternité, ensuite l'exploration des dossiers était réalisée au niveau des archives du service de gynéco-obstétrique II .

Les parturientes étaient choisies sur les critères suivants :

- Primipares ayant 40 ans ou plus le jour de l'accouchement. Ces parturientes sont comparées à un groupe de primipares jeunes dont l'âge est inférieur à 35 ans tirés au hasard.
 - Parturientes ayant accouché au sein du service de gynécologie obstétrique II au CHU HASSAN II durant les deux années (2019-2020) soit par voie basse ou par césarienne.
- un total de 120 parturientes était retenu ; soit 60 parturientes âgées de plus de 40 ans et 60 parturientes âgées de moins de 35 ans.

II-METHODE D'ETUDE :

- Tous les dossiers étaient exploitables, et les données collectées étaient recueillies sur une fiche d'exploitation.

Les objectifs de notre étude étaient les suivants :

- Analyser le déroulement de la grossesse chez la primipare âgée.
 - Relever les complications antépartum, intrapartum, postpartum.
 - Analyser le mode d'accouchement.
 - Analyser le pronostic fœtal.
- Les informations obtenues ont été saisies et analysées grâce à un logiciel SPSS, l'étude statistique était réalisée par le statisticien Mr. Ayoub Wahbi .

III. FICHE D'EXPLOITATION :**Informations générales de la parturiente :**

IP : Nom et prénom :

Origine : Résidence :

Age : Profession :

Age du mariage : ... Durée de mariage avant conception :

Couverture sanitaire :

mutuelle ramed absente

Antécédents de la parturiente :

- Atcds médicaux : Diabète : Asthme :
- HTA : Autres :
- Atcds de chirurgie non gynécologique : oui Non

Lesquels :

- Atcds de chirurgie gynécologique : oui Non

Lesquels :

- Atcds gynécologiques :

-Gestité :

-Les avortements spontanés : oui Non Nombre :

-Les avortements volontaires : oui Non Nombre :

-Infertilité :

-Primaire : -Secondaire :

-Traitement:

Caractéristiques et évolution de la grossesse :

- Suivi : oui Non
- Complications :

Prééclampsie	: oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
HTAG	: oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Diabète gestationnel	: oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Eclampsie	: oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Infection	: oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Type :.....		
HRP	: oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Thrombo-emboliques	: oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Hellp syndrome	: oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
MAP	: oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
	-âge gestationnel:.....	
RCIU	: oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
MFIU	: oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>

Pronostic maternel du post partum :

Délivrance	:	Spontanée <input type="checkbox"/>	dirigée <input type="checkbox"/>	artificielle <input type="checkbox"/>
Suites de couche :		Normale <input type="checkbox"/>	Pathologique <input type="checkbox"/>	
		Type :.....		
Mortalité	:	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	
Etiologie:			

Pronostic du nouveau-né :

Score d'Apgar :.....
Poids :
-Normale : <input type="checkbox"/>
-hypotrophie : <input type="checkbox"/>
-macrosomie : <input type="checkbox"/>
Prématurité : oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
SDRA : oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Malformations congénitales : oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Type:.....
Réanimation : oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Indications :.....
Mortalité : oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Etiologie :.....

RESULTATS

I-LE PROFIL DES PARTURIENTES :

1.L'âge :

- L'âge de nos primipares varie entre 17 et 46 ans.

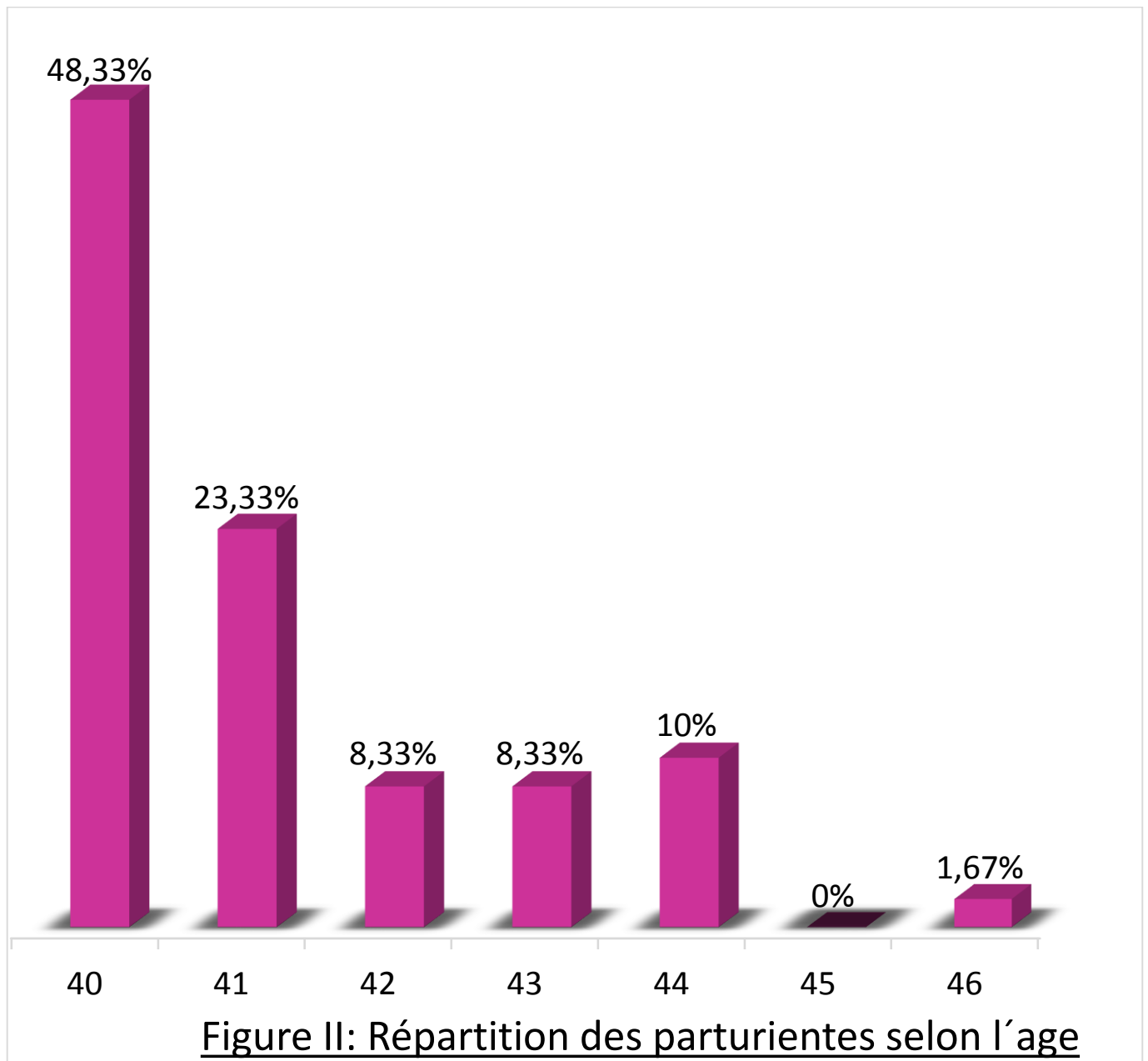
L'âge moyen des parturientes âgées était de 41,15 ans.

- l'âge moyen des parturientes jeunes était de 23,9 ans.

La répartition des primipares âgées selon l'âge varie comme le montre le tableau suivant :

Age	Nombre	Pourcentage
40	29	48,33%
41	14	23,33%
42	5	8,33%
43	5	8,33%
44	6	10%
45	0	0%
46	1	1,66%

Tableau 1 : Répartition des parturientes selon l'âge



2-Profession :

- Dans 41,66% des dossiers ; la profession des parturientes ne figure pas, toutes les primipares âgées dont la profession figure sur les dossiers étaient des femmes au foyer, la carrière professionnelle parait ne pas être en rapport avec l'âge maternel avancé de nos parturientes.

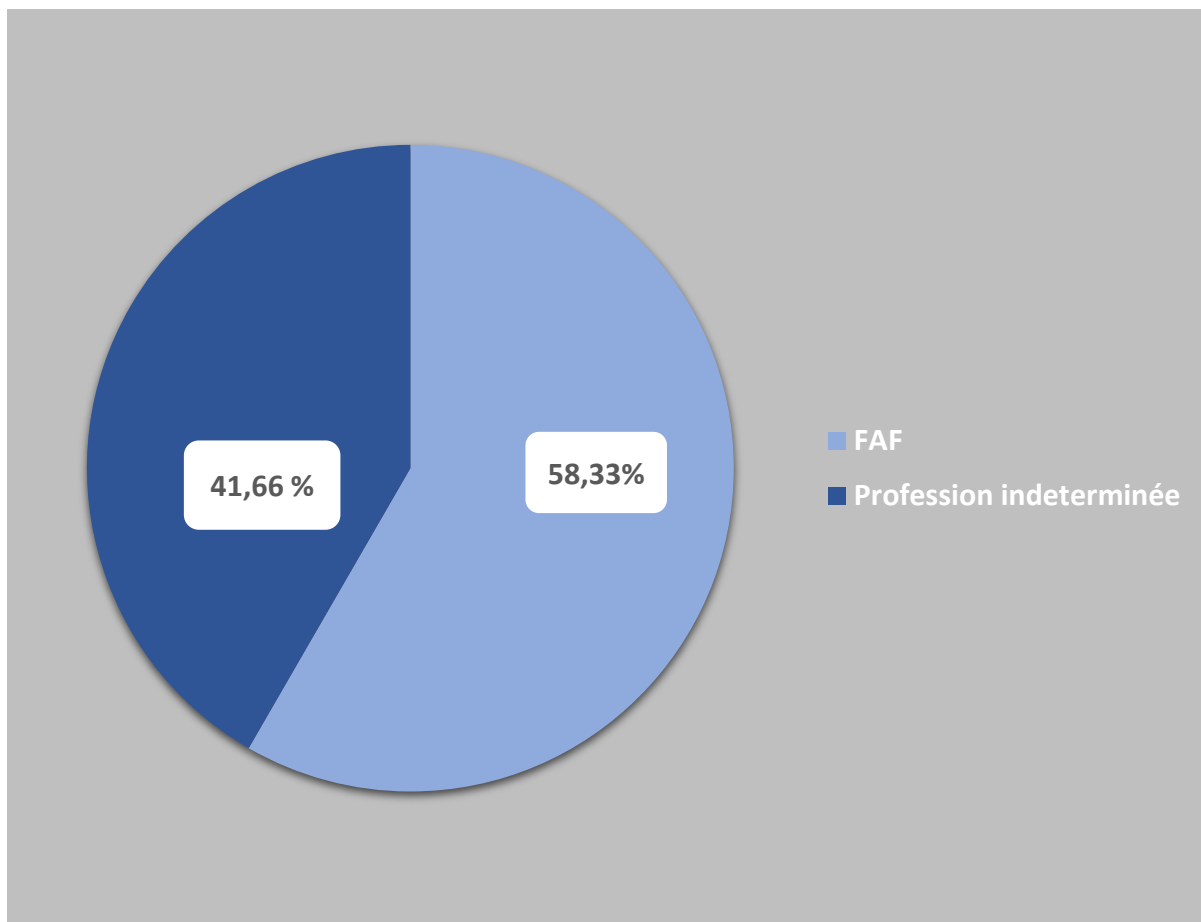


Figure III : Répartition des primipares selon la profession

3-Résidence :

- 90% des primipares étaient des habitantes de la ville alors que 10% venaient d'un milieu rural ; cette répartition peut s'expliquer par l'accessibilité logistique au CHU de Fès par les habitants des villes par rapport aux habitants du milieu rural.

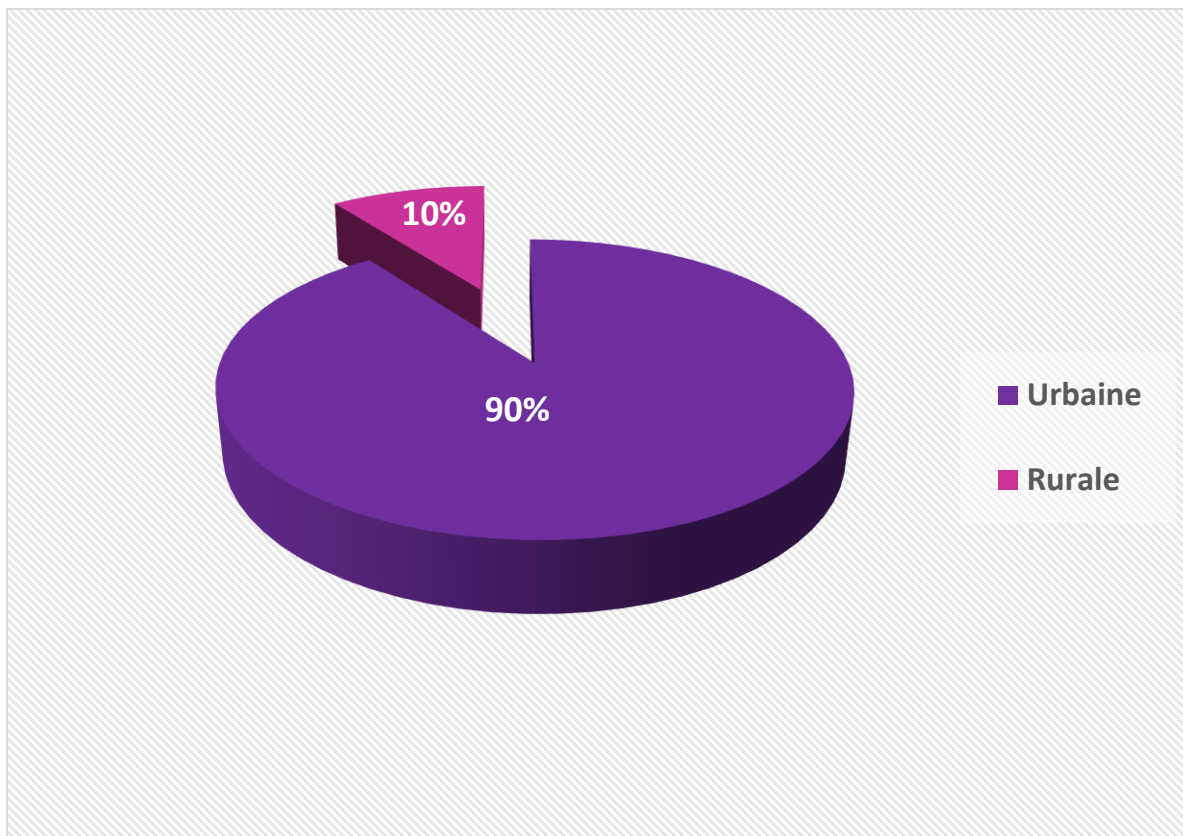


Figure IV : Répartition des primipares âgées selon la résidence

4-Niveau socio-économique :

- Le niveau social le plus représenté est le niveau socio-économique bas à 45% ; 11% des primipares étaient de niveau socio-économique moyen.

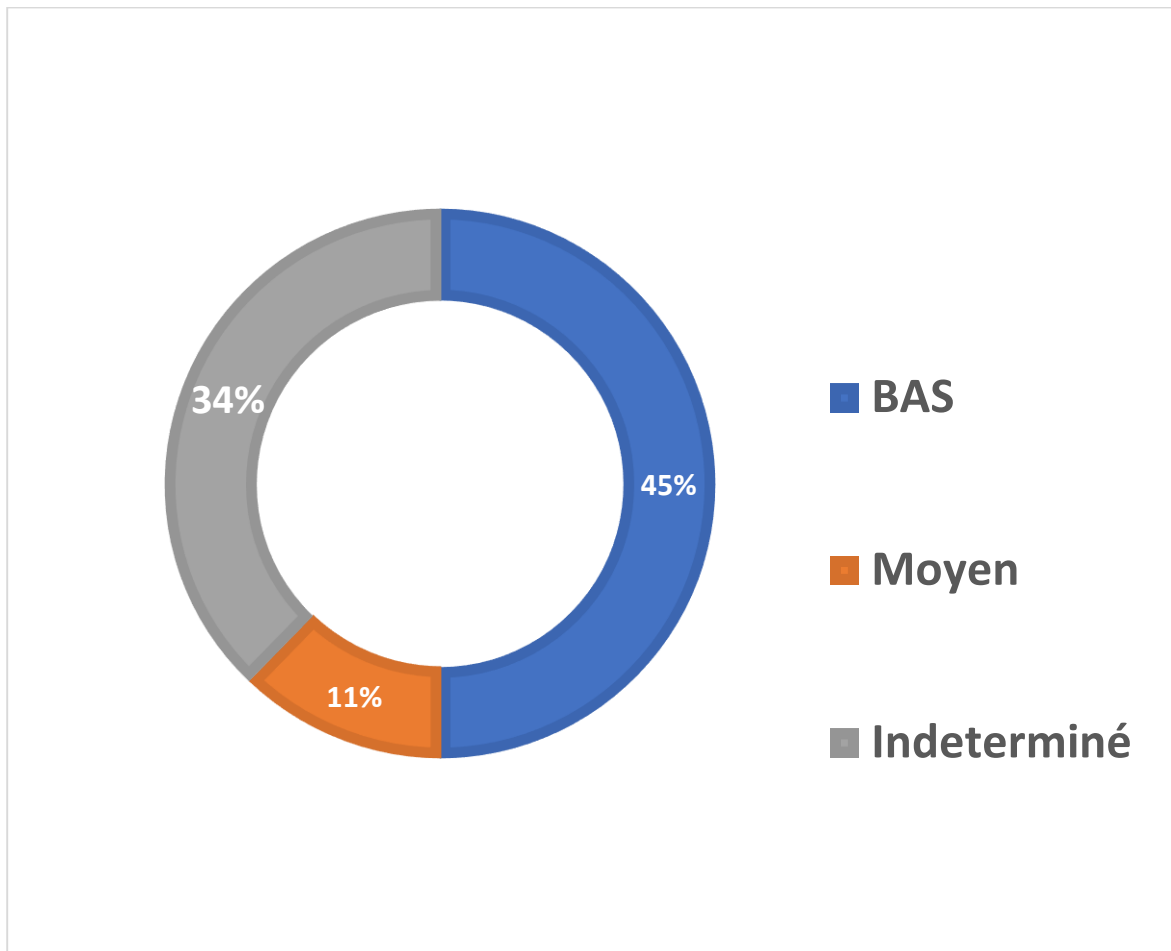


Figure V : Répartition des primipares selon le niveau socio-économique

5-Age du mariage :

- 17 cas de mariage retardé à un âge supérieur à 34 ans chez nos primipares, soit 28.33% des parturientes avec un âge extrême de 45ans.
- Pour 43 cas soit 78,33% , l'âge du mariage ne figurait pas sur les dossiers sinon le pourcentage du mariage retardé aurait été peut-être plus important.

II. ANTECEDENTS

1. Médicaux :

- Les antécédents médicaux recherchés systématiquement chez nos parturientes étaient le diabète, l'hypertension artérielle et l'asthme.

1.1-Diabète :

- Dans notre série 3 primipares âgées étaient diabétiques sous ADO ; et un seul cas de diabète type 1 chez les primipares jeunes.

1.2-Hypertension artérielle :

- Une seule primipare âgée était suivie pour hypertension artérielle ; alors qu'on ne trouve aucun cas d'HTA dans les antécédents de nos primipares jeunes.

1.3-Asthme :

- Dans notre série, seule une parturiente jeune avait un asthme traité sous Ventoline, alors que les parturientes âgées étaient indemnes de tout antécédent d'asthme.

1.4-Autres :

➤ Chez les primipares âgées :

- 1 cas d'anémie chronique mal traité.
- 1 cas de syphilis traité.
- 2 cas de fibrome non pris en charge.

➤ Chez les parturientes jeunes :

- 1 cas d'anémie ferriprive.

2-Chirurgie générale :

- aucun antécédent de chirurgie n'a été rapporté chez les deux groupes des parturientes.

3-Gyneco-obstetricaux :

3.1- Cycle menstruel :

- 30 cas de nos parturientes ; soit 50% avaient un cycle menstruel régulier ; pour le reste le type du cycle n'était pas mentionné sur les dossiers.

3.2- Contraception orale :

- Pour juste 2 parturientes soit un pourcentage de 3,3%, la grossesse tardive était la conséquence d'une volonté d'attente du moment idéal en utilisant la contraception orale.

3.3- chirurgie gynécologique :

➤ Pour les parturientes âgées :

- 2 cas de myomectomies.
- 1 cas de kyste ovarien opéré.

➤ Pour les parturientes jeunes, on ne trouve pas d'antécédents de chirurgie gynécologique.

3.4- Antécédents d'infertilité :

- Chez nos parturientes âgées, 6 cas d'infertilité soit 10% des primipares.
- Il s'agit d'une infertilité primaire chez 5 cas avec un seul cas d'infertilité secondaire.
- Le traitement réalisé est non mentionné sur les dossiers.

3.5- Interruption spontanée de grossesse :

- Des antécédents d'avortement ont été retrouvés chez 11 de nos parturientes âgées soit 18,33%.
- Sur les 11 primipares ; 3 cas ont eu 2 avortements alors que les autres n'ont eu qu'un seul. Pour les primipares jeunes on a noté 3 cas d'avortement spontané, dont 2 avec un seul avortement et une avec 2 avortements.
- l'âge gestationnel lors de l'arrêt de ces grossesses n'était pas mentionné.
- L'antécédent d'avortement était significatif chez nos parturientes âgées (P=0,023).

III-CARACTERISTIQUES ET EVOLUTION DE LA GROSSESSE :

1-Suivi de la grossesse :

- Parmi les 60 primipares âgées de notre série, 47 ont été suivies durant leurs grossesses soit 78,3%, dont 34 cas dans le secteur public soit 56,6%. 13 cas dans le secteur privé soit 21,6% .13 cas des parturientes n'ont pas bénéficié d'un suivi soit 21,6%.

Suivi	Nombre	Pourcentage
Public	34	56,66%
Privé	13	21,66%
Non suivie	13	21,66%

Tableau 2 : Suivi des parturientes

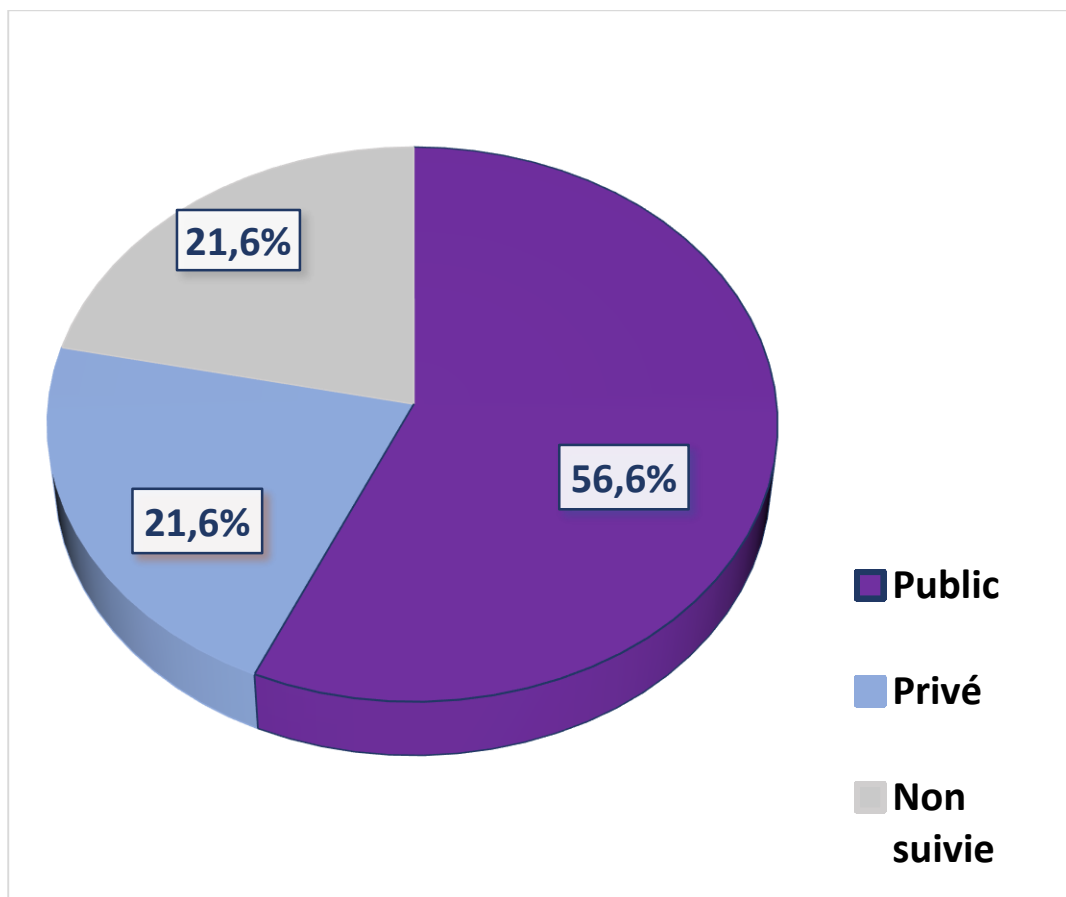


Figure VI : le suivi des parturientes

2-Grossesses compliquées :

- 41,6% de nos primipares âgées ont vécu des complications au cours de leurs grossesses bien que 21,6% de ces parturientes n'étaient pas suivies et l'évolution de leurs grossesses n'était pas reconnue ce qui tend à augmenter ce pourcentage.

Evolution de la grossesse		Primipare Jeune	Primipare âgée	TOTAL
Compliquée	NB	10	25	35
	%	16,66	41,66	29,16
Non compliquée	NB	50	35	85
	%	83,33	58,33	70,83
TOTAL	NB	60	60	120
	%	100	100	100

P=0,003

Tableau3 : grossesse compliquée chez les parturientes

3-Complications :

3.1-Prééclampsie :

– Nous retrouvons 6 cas de prééclampsie chez nos primipares âgées soit 10% des cas, parmi elles 4 étaient non suivies et la prééclampsie était découverte le jour de l'accouchement, les deux autres cas ont été diagnostiqués à 27 SA et 34 SA.

– Chez les primipares jeunes 3 cas de prééclampsie étaient révélés soit 5% de nos parturientes jeunes.

- Le diagnostic a été retenu après une prise de TA $\geq 140/90$ mmHg et une bandelette urinaire positive.
- la PEC consistait à la réalisation d'un bilan maternel et fœtal à la recherche de signes de gravité clinique, biologique et échographique.
- 4 parturientes âgées et 2 parturientes jeunes ont présenté des signes de gravité, une extraction urgente par voie haute a été effectuée.

OR=2,11 et RR=2

P=0,289

3.2-Diabète gestationnel :

- Chez nos parturientes âgées, 4 cas de diabète gestationnel diagnostiqués lors du suivi de grossesse soit un pourcentage de 6,66% :
 - 3 cas étaient équilibrés sous régime et suivaient des mesures hygiéno-diététiques.
 - 1 cas traité par l'insuline Mixtard.
- Un seul cas de diabète gestationnel observé chez nos primipares jeunes, la PEC consistait à une mise sous régime et des MHD.

Diabète gestationnel	Primipare âgée	Primipare jeune
Fréquence	4	1
Pourcentage	6,66%	1,66%

P=0,042

Tableau 4 : Taux du diabète gestationnel en fonction de l'âge

3-3 Grossesse gémellaire :

- On dénombre 1 cas de grossesse gémellaire parmi les 60 primipares âgées soit 1,66%, aucune grossesse gémellaire chez nos primipares jeunes sélectionnées au hasard.

3.4 Menace d'accouchement prématuré :

- un seul cas de MAP chez les primipares âgées soit 1,66% à 35 SA .
- 2 cas chez les primipares jeunes soit 3,33% à 27 SA et 31SA.
- La prise en charge consistait à une hospitalisation et une administration de tocolytiques, la MAP était la cause de prématurité chez un cas de primipare âgée et un cas de primipare jeune suite à un échec de tocolyse.

Par ailleurs les étiologies de ces MAP n'étaient pas mentionnées sur les dossiers.

RR 0,5 OR=0,49 P=0,559

3.5-Anémie :

- 3 cas d'anémie survenue au cours de la grossesse chez les primipares âgées :
 - un cas d'anémie légère ferriprive traitée par la prise du fer élément.
 - 2 cas d'anémie légère (9hg et 9,5hg)de découverte fortuite lors des bilans réalisés le jour de l'accouchement, la prise en charge n'était pas précisée sur les dossiers.
 - aucun cas d'anémie n'était révélé chez les primipares jeunes.

- Ces statistiques restent faibles et ne reflètent pas la fréquence des anémies au cours de la grossesse.

3.6-Rupture prématurée des membranes :

- Nous avons noté 17 cas de RPM soit 28,3% des parturientes âgées ; c'était en effet des ruptures prématurées des membranes avant le début du travail pour 11 cas dont 3 cas soit 5% compliqués d'une chorioamniotite, et des ruptures précoces des membranes pour 6 cas. En ce qui concerne les primipares non âgées, on dénombre 14 cas de rupture des membranes soit 23,3%, dont 9 cas de rupture prématurée des membranes avant le début du travail avec un seul cas soit 1,66% compliqué de chorioamniotite et 5 cas de ruptures précoces des membranes.

Complications	Parturientes âgées	Parturientes jeunes	Odd Ratio	Valeur P
RPM	28,3%	23,3%	1,3	0,532
Chorioamniotite	5%	1,66%	3,11	0,309

Tableau 5 : RPM et chorioamniotite en fonction de l'âge maternel

3.7-Hellp syndrome :

- un seul cas a été rapporté chez nos parturientes âgées, cette parturiente avait présenté une HTA à 8 mois de grossesse gérée en externe , puis référée chez nous à 37 SA +2j pour RCIU associé à une prééclampsie sévère sur des critères de gravité cliniques (cécité bilatérale ,céphalées en casque) ,et biologiques (une thrombopénie à 27000 , cytolyse hépatique ,protéinurie =8g/24h) , la parturiente a bénéficié d'une césarienne puis prise en charge en réanimation en post opératoire ; un bilan complet et une perfusion de sulfate de magnésium ont été réalisés lors de son hospitalisation en réanimation.

3.8-Oligoamnios :

- Un seul cas d'oligoamnios chez les parturientes âgées associé à un RCIU, l'accouchement était réalisé à 37 SA par césarienne, le nouveau-né était hypotrophe à 2100g avec un score d'Apgar de 10, l'étiologie de l'oligoamnios n'était pas indiquée.
- Aucun cas trouvé chez les parturientes jeunes.

IV- DEROULEMENT DE L'ACCOUCHEMENT :**1-Terme d'accouchement :**

- une grossesse dite à terme est définie par un accouchement survenu entre 37 SA et 41 SA.
- un accouchement prématuré survient avant 37 SA.
- On parle de grossesse prolongée au-delà de 41 SA, alors qu'un terme dépassé se définit par une grossesse qui dure plus de 42S.

Terme de grossesse		Primipare âgée	Primipare jeune	Valeur P
A terme	NCAS	47	54	0,0001
	%CAS	78,33%	90%	
Prématurité	NCAS	7	6	0,769
	%CAS	11,66%	10%	
Terme dépassé	NCAS	4	0	0,79
	%CAS	6,66%	0%	
Grossesse prolongée	NCAS	2	0	0,154
	%CAS	3,33%	0%	

Tableau 6 : Terme d'accouchement selon L'âge maternel

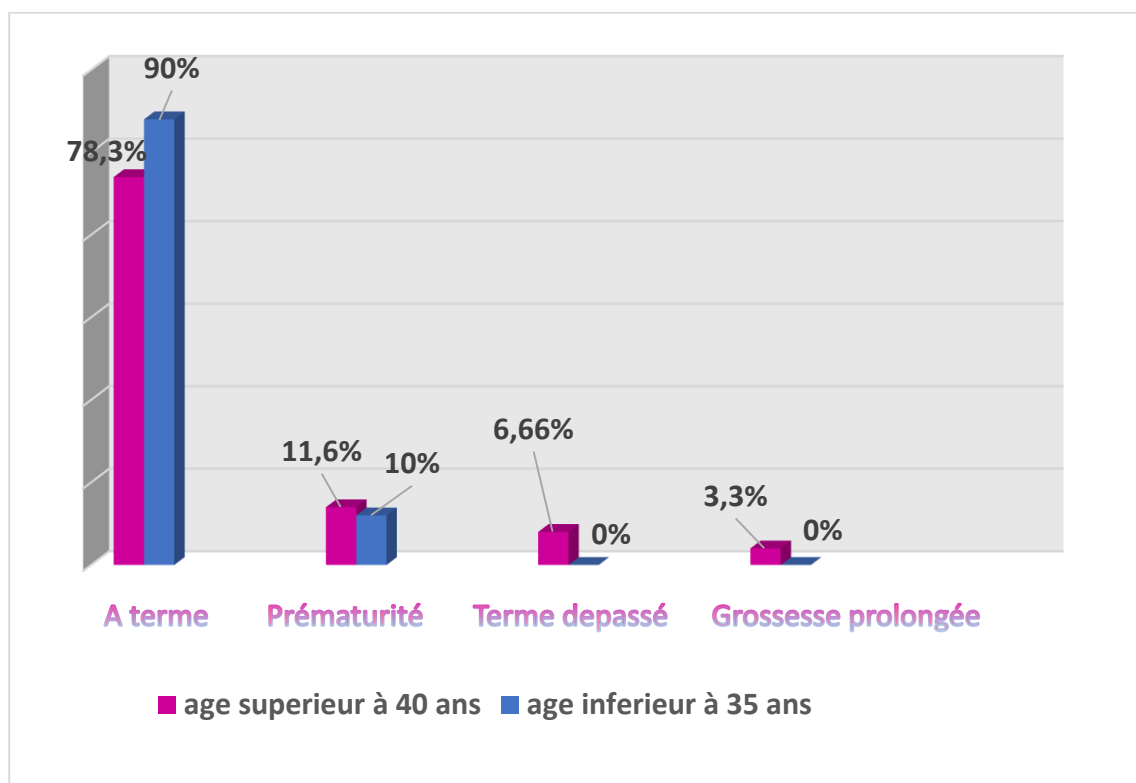


Figure VII : Terme d'accouchement en fonction de l'âge maternel

2- Présentation du fœtus :

- Dans notre série, le type de présentation est dominé par la présentation de sommet.
- Chez les parturientes âgées on note 2 cas de présentation de siège soit 3,33%.
- Chez les parturientes jeunes, on note 2 cas de présentation faciale soit 3,33% et un cas de présentation de siège soit 1,66%.
 - Absence de présentation transverse.

Présentation	Primipare âgée	Primipare jeune	Odds Ratio
Sommet	96,60%	95%	1.53
Siege	3,33%	1,67%	2.03
Face	0%	3,33%	NS
Transverse	0%	0%	-

NS = non significatif

Tableau 7 : Types de présentation selon l'âge

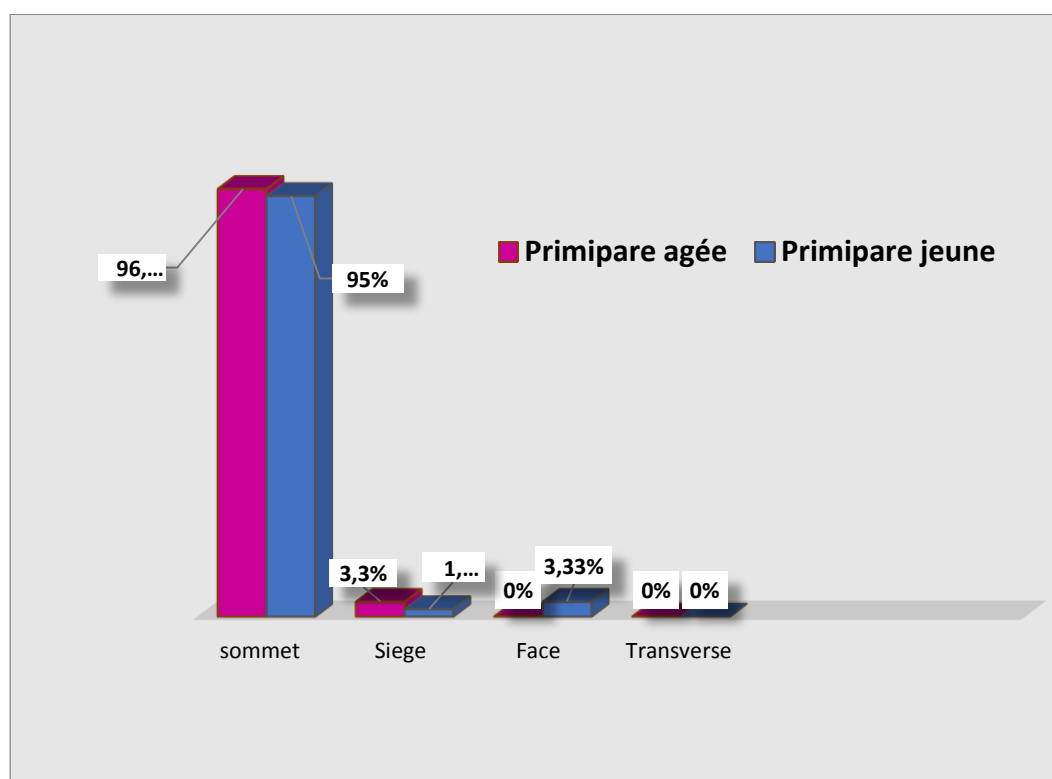


Figure VIII : Répartition des types de présentation fœtal selon l'âge maternel

3- Type du travail :

-58 parturientes âgées ont eu un travail spontané alors qu'on trouve :

- 1 cas de dépassement du terme activé à l'aide d'une perfusion d'ocytocine au sein du service de gynécologie obstétrique I puis prise en charge chez nous.
- 1 cas de MFIU déclenché par le misoprostol.

-aucun cas de travail déclenché n'était observé chez les primipares jeunes.

4- Dystocie mécanique et dynamique :

-7 parturientes de notre série de primipares âgées ont présenté une dystocie soit 11,6%.

- 2 cas de dystocie de démarrage.
- 1 cas de stagnation de dilatation au cours de la deuxième phase du travail.
- 2 cas de défaut d'engagement à dilatation complète.
- 2 cas de disproportion fœto-pelvienne la première due à un bassin suspect et la deuxième suite à une macrosomie.

-Par contre, 5 cas de primipares jeunes ont présenté une dystocie soit 8,33% :

- 3 cas de dystocie de démarrage
- 2 cas de stagnation de dilatation au cours de la deuxième phase du travail.

5- Modalités d'accouchement :

Modalités d'accouchement		Primipares âgées	Primipares jeunes	Odd Ratio	Valeur P
AVB	Sans épisiotomie	<u>6</u>	<u>9</u>	<u>0,63</u>	<u>0,408</u>
	Avec épisiotomie	<u>10</u>	<u>28</u>	<u>0,23</u>	<u>0,0001</u>
Instrumental	Ventouse	<u>6</u>	<u>3</u>	<u>2,11</u>	<u>0,186</u>
	Forceps	<u>1</u>	<u>0</u>	<u>NS</u>	
Césarienne		<u>37</u>	<u>20</u>	<u>3,22</u>	<u>0,002</u>

Tableau 8 : Modalités d'accouchement selon l'âge maternel

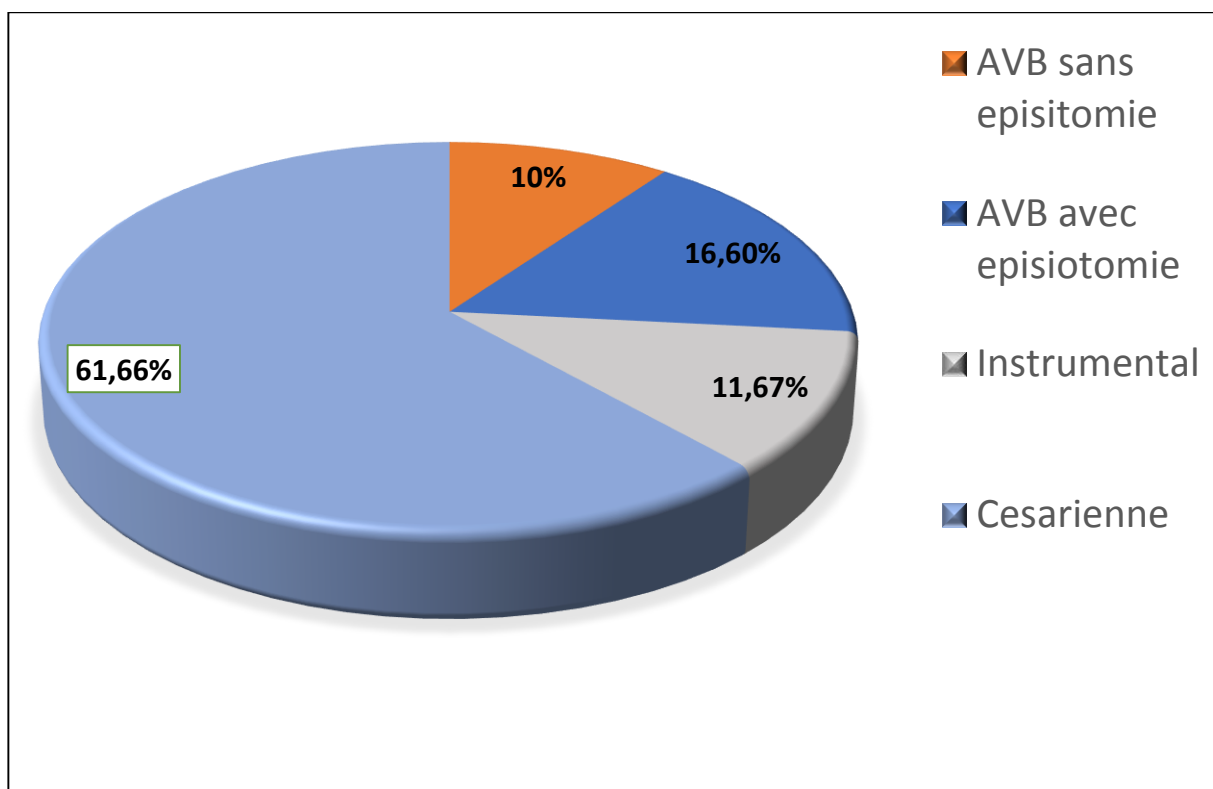


Figure IX : Modalités d'accouchement chez les primipares âgées

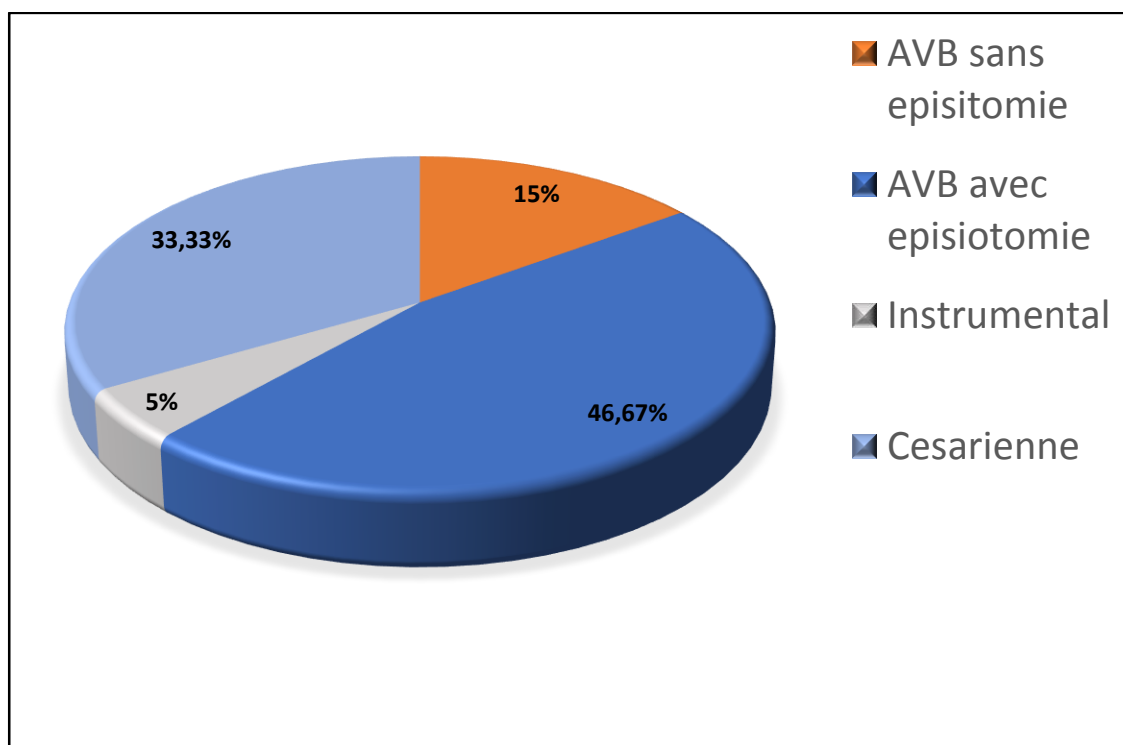


Figure X : Modalités d'accouchement chez les primipares jeunes

Les indications de la césarienne	Primipare âgée		Primipare jeune	
	Fréquence	%	Fréquence	%
Suspicion de SFA sur anomalies d'ERCF	9	15%	5	8,33%
RPM plus de 24h +Bishop défavorable	8	13,3%	8	13,33%
Chorioamniotite en début du travail	3	5%	1	1,66%
Prééclampsie sévère	4	6,66%	2	3,33%
Présentation de siège+ primiparité âgée	2	3,33%	0	0%
Présentation de face menton postérieur	0	0%	1	1,67%
Terme dépassé en dehors du travail	3	5%	0	0%
Dystocie dynamique	3	5%	2	3,33%
Placenta prævia recouvrant	1	1,66%	0	0%
Fibrome prævia	1	1,66%	0	0%
DFP	1	1,67%	0	0%
Suspicion de macrosomie	1	1,67%	1	1,67%
RCIU +oligoamnios	1	1,67%	0	0%

Tableau 9 : Indications d'accouchement par voie haute selon l'âge maternel

V-PRONOSTIC MATERNEL DU POST-PARTUM :**1-Délivrance :**

- A priori les délivrances sont dirigées au niveau du service de gynéco-obstétrique II du CHU de Fès, l'ocytocine synthétique (Syntocinon®) est injectée en intraveineux lors du dégagement de l'épaule fœtale antérieure.
- la délivrance artificielle était réalisée chez 5 parturientes âgées et 3 parturientes jeunes.

Types de délivrance		Primipares âgées	Primipares jeunes
Dirigée	NCAS	55	57
	%CAS	91,66 %	35%
Artificielle	NCAS	5	3
	%CAS	8,33%	%5

Tableau 10 : Différents types de délivrance en fonction de l'âge maternel

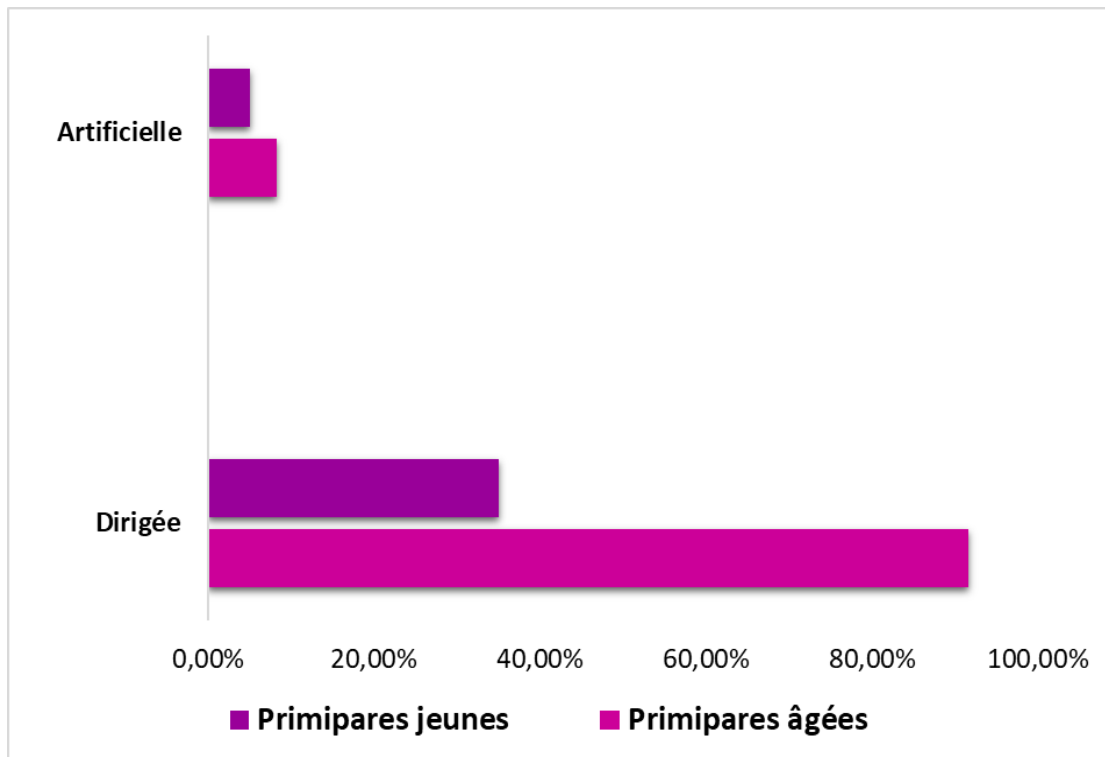


Figure XI: Types de délivrance selon l'âge maternel

2-Suites de couches :

- Les suites de couches chez la totalité de nos parturientes étaient normales sauf une parturiente âgée qui a bénéficié d'un séjour en réanimation en post-partum suite à une prééclampsie sévère compliquée d'un hellp syndrome.

3-Mortalité maternelle :

- Dans notre étude, aucun cas de mortalité maternelle n'a été détecté pour les 2 groupes de parturientes.

VI-PRONOSTIC NEONATAL :

1-Apgar à la naissance :

-Le score d'Apgar figurait sur tous les dossiers sélectionnés, il était évalué systématiquement à 1 min et 5 min, nous avons choisi la valeur du score à 5min pour comparer nos deux groupes de nouveau-nés.

Apgar à la naissance	Primipares âgées	Primipare jeunes
Apgar moins de 10 et plus de 7	53	56
Apgar moins de 6 et plus de 3	1	0
Apgar moins de 3	6	4

Tableau 11 : répartition du score d 'Apgar selon l ' âge maternel

2-Poids de naissance :

- Dans notre série, 48 nouveau-nés des primipares âgées avaient un poids normal, et 50 pour le groupe des primipares jeunes.
- L'hypotrophie était légèrement plus élevée dans le groupe des primipares âgées avec une valeur non significative ($P=0,497$)

Poids à la naissance		Primipare âgée	Primipare jeune
Eutrophique	NCAS	48	50
	%CAS	78,68	83,33%
Hypotrophique	NCAS	12	9
	%CAS	19,67%	15%
Macrosomie	NCAS	1	1
	%CAS	1,66%	1,66%

Tableau 12 : Poids de naissance du nouveau-né en fonction de l'âge maternel.

3-Prématurité :

- La prématurité est une naissance qui peut être induite ou spontanée avant 37 SA, et qui s'associe aux complications néonatales.
- On a noté 7 cas de prématurés parmi 61 nouveau-nés issus de primipares âgées soit 11,47%.
 - Les étiologies de ces accouchements prématurés étaient comme suit :
 - 4 cas d'accouchement prématuré suite à une MFIU.
 - Un cas de MAP à 35 SA après échec de la tocolyse.
 - 2 cas suite à une prééclampsie sévère.
- Chez les primipares non âgées, les cas de prématurité étaient au nombre de 6, soit 10 % dont :
 - 2 cas d'accouchement prématuré suite à une MFIU.
 - 1 cas dû à une MAP à 31 SA avec échec de tocolyse .
 - 2 cas suite à une prééclampsie sévère.
 - 1 cas sans étiologie déterminée.

4-Syndrome de détresse respiratoire aigue :

- Le syndrome de détresse respiratoire aiguë (SDRA) est un état critique où la compliance pulmonaire et la capacité d'échanges gazeux chutent radicalement.
- Parmi nos 61 cas de nouveau-nés issus de primipares âgées, on a trouvé 3 nouveau-nés qui ont présenté un SDRA après l'accouchement, soit 4,91%, et juste un seul nouveau-né souffrait d'un SDRA dans le groupe des primipares jeunes soit 1,66%.
- La prise en charge immédiate du SDRA consistait à une oxygénothérapie et une aspiration, alors que l'exploration étiologique n'était pas mentionnée sur les dossiers.
- Ce syndrome n'était pas significatif pour notre étude $P=0,317$

5-Malformations congénitales :

- Aucun cas de malformations congénitales mentionné sur les dossiers des 2 groupes de primipares (âgées et non âgées), tous les nouveau-nés ont bénéficié d'un examen médical en salle de naissance à la recherche d'éventuelles malformations.

6-Réanimation néonatale :

- 13 nouveau-nés du groupe de primipares âgées nécessitaient une réanimation en post accouchement, ces nouveau-nés présentaient une souffrance fœtale aiguë et une mauvaise adaptation à la vie extra-utérine.
- Dans le groupe des primipares jeunes, 10 nouveau-nés ont bénéficié d'une réanimation néonatale ;6 cas suite à une SFA et 4 cas d'étiologie non mentionnée.

7-Mortalité :

7.1- Mort fœtale in utero :

- 4 cas de MFIU notés chez les parturientes âgées soit 6,55% et 2 cas mentionnés chez les parturientes jeunes soit 3,33%.
- Toutes les parturientes âgées et non âgées étaient en travail lors de leurs admissions et avaient des BCF négatifs, sauf une parturiente qui avait une MFIU en dehors du travail.
 - Selon ces résultats on ne trouve pas de différence statistiquement significative entre les deux groupes $P=0,402$.

7.2-Mortalité néonatale :

On retrouve 3 cas de nouveau-nés décédés dans les premières heures de vie extra-utérine chez les primipares âgées soit 4,91% :

- 2 cas suite à un SDRA non amélioré sous réanimation chez des prématurés.
 - 1 cas suite à une SFA associée à une RPM non améliorée sous réanimation.
- 2 cas de nouveau-nés décédés dans le groupe des primipares jeunes, soit 3,33%. Pour un cas l'étiologie était une SFA alors que pour l'autre cas l'étiologie n'était pas mentionnée.

Mortalité	Primipare âgée	Primipare jeune
MFIU	6,55%	3,33%
Mortalité néonatale	4,91%	3,33%

Tableau 13 : Mortalité chez les nouveau-nés chez nos parturientes

DISCUSSION

I-LIMITES DE L'ETUDE :

1- Biais :

Durant notre travail, on a rencontré 2 types de biais qui peuvent influencer l'analyse des résultats obtenus : un biais de sélection et un biais d'information.

1.1-Biais de sélection :

- Premièrement, notre travail concerne les primipares âgées de 40 ans et plus, ayant accouché au sein du service de gynéco-obstétrique II du CHU de Fès qui est un centre hospitalier universitaire niveau 3. Ces parturientes sont référées des autres centres hospitaliers (Niveau 1 et 2) pour une prise en charge plus adéquate ; donc ces parturientes ne reflètent pas la population générale des primipares âgées de plus de 40 ans.
- Deuxièmement, le groupe des primipares jeunes de moins de 35 ans était sélectionné au hasard, ce groupe n'est pas exhaustif et ne peut pas représenter la population générale des primipares jeunes.
- Troisièmement, la taille de notre échantillon des parturientes âgées (n = 60) est relativement faible, par conséquent une différence significative pour des événements de faible incidence reste limitée et ne permet pas de conclure.

1.2-Biais d'information :

- les dossiers sélectionnés sont remplis au niveau des urgences de la maternité par les médecins de garde ; la charge du travail au niveau des urgences ainsi que le temps limité de réalisation de l'observation médicale augmentent le nombre des informations manquantes sur les dossiers.

2-Force de notre étude :

- D'une part, notre étude avait lieu au sein d'un centre hospitalier universitaire, ce qui permet une prise en charge spécialisée et homogène chez nos parturientes. D'autre part, le choix des parturientes âgées « primipares » nous permet d'éviter un biais de confusion suite à une multiparité.

II-CARACTERISTIQUES SOCIO-EPIDEMIOLOGIQUES :

1-Taux :

- Dans notre étude, on trouve un taux de 60 primipares âgées de plus de 40 ans sur deux ans (2019–2020), ce taux ne reflète pas la fréquence des primipares âgées au Maroc ; puisqu'un taux intéressant des femmes âgées est pris en charge dans le secteur privé et les centres de FIV. En plus, notre étude s'est déroulée au niveau du service de gynécologie obstétrique II au CHU de Fès, ce dernier prédispose de deux services de gynécologie obstétrique, donc le taux peut doubler si l'étude était faite au niveau des deux services de gynéco-obstétrique (I et II) au CHU de Fès, soit 60 cas par an ce qui est le même taux retrouvé par Dao à BAMAKO sur son étude qui s'étale 1er janvier au 31 décembre 2012 (1 ans).

Auteur	Durée de l'étude	Lieu	Taux
CUVILLIER[47]	1er novembre 2014 au 31 octobre 2015 (1 an)	CHU d'Amiens	73cas
Andrey.M [48]	Le premier janvier 2001 au 31 décembre 2005 (5ans)	Moselle	103cas
Dao, S [49]	1er janvier au 31 décembre 2012 (1 ans)	CSR la Commune II BAMAKO	60 cas
DOUMBIA[50]	du 1er janvier 2007 au 31 décembre 2017 (11ans)	CSR BAMAKO	640cas
Notre étude	du 1 janvier 2019 au 31 décembre 2020 (2ans)	CHU Fès	60 cas

Tableau14: taux des parturientes âgées de 40 et plus selon les études

2-Age limite de conception :

- L'âge moyen de nos parturientes âgées était de 41,15 ans, par rapport à 41,57 ans au CHU d'Amiens [47], nous trouvons un âge extrême qui atteint 46 ans, KONE.A [51] note la même limite d'âge, alors qu'il était de 44ans lors d'une étude réalisée en 2009 par Jellouli. W [36] à Hôpital el Ghassani de Fès.
- Dans notre étude, nous avons deux tendances d'âges, nous distinguons un premier groupe 40–43 ans qui comprend plus de la moitié des primipares incluses dans notre étude et un deuxième groupe 44–46 ans dont la proportion de femmes diminue nettement avec l'âge qui augmente. Ceci reflète bien l'évolution de la fécondité féminine décrite dans la littérature, à savoir une régression progressive avec l'âge.

3-Niveau socio-économique :

- A travers notre étude, on note une fréquence élevée des parturientes à bas niveau socio-économique soit 45%. Loué V [52] dans son travail réalisé en 2012 à Abidjan, rapporte une fréquence similaire de 56,28%. Cependant, une étude réalisée à CHU de Reims en France [47] décrit un niveau socio-économique assez élevé chez les parturientes âgées de plus de 40 ans avec un pourcentage plus élevé de cadres et de professions intellectuelles supérieures chez les femmes de 40 ans et plus (27,9% vs 21,6%)
- Une nette amélioration du niveau socio-économique observé chez les primipares âgées par rapport à l'étude de Jellouli W en 2009 qui note un bas niveau socio-économique chez 76,5% [36] des parturientes âgées ayant accouché au sein de l'hôpital el Ghassani de Fès.

4- Mariage tardif :

- La moyenne d'âge du mariage chez les marocaines s'est passée de 17 ans lors de l'indépendance à 25,5ans en 2018[53].
- En 2014, on retrouve un pourcentage de 24% des célibataires marocaines âgées de 30–34ans avec 11% de célibat définitif chez des femmes âgées de 45–49ans [53].
- Dans notre étude 28.33% des parturientes étaient mariées à un âge supérieur à 34 ans ; une fréquence de mariage tardif de 66% supérieur à la nôtre a été rapportée par Jellouli .W [36] .

III-ANTECEDENTS GYNECO-OBSTETRICAUX :

1-Utilisation de contraception :

- les moyens de contraception sont de plus en plus accessibles pour la femme marocaine, la proportion des femmes mariées qui utilise des moyens de contraception est de 70,8% d'après les chiffres de l'enquête nationale de la population et la santé de la famille publiée en 2018 [7]. Les moyens utilisés par les femmes marocaines mariées restent dominés par la pilule soit un pourcentage de 48,7% .
- Dans notre étude le taux de la prise de contraception orale (3,3%) chez les femmes âgées parait faible par rapport aux taux trouvés aux Etats unis [54],Royaume-Uni [55] et Canada [56].
- Nos résultats peuvent s'expliquer par le désir de conception rapide chez les femmes marocaines nullipares mariées à un âge avancé.

Pays	Etats Unis[54]	Canada[56]	Royaume-Uni[55]
Fréquence	11,1%	10%	17,1%

Tableau 15: Usage de la contraception orale chez les femmes âgées de 40-44 ans
selon les pays

2-Infertilité :

- Selon L’OMS, l’infertilité est «une maladie du système reproductif définie par l’incapacité d’obtenir une grossesse clinique après 12 mois ou plus de rapports sexuels réguliers non protégés » [57].
- L’infertilité paraît plus fréquente chez les femmes âgées ; elle est de 15–20 % après 40 ans selon les données de FIVNAT, et 12% des PMA sont réalisées chez les femmes âgées de plus de 40 ans [25,58,59].
- L’étude FIVNAT note 30% des cas d’infertilité de cause tubaire chez 30% des femmes âgées à partir de 38 ans, cependant 31% des infertilités primaires restent inexplicables chez les femmes âgées de 40–41 ans versus 26% pour les parturientes jeunes [59].
- Selon notre étude, 10% des parturientes avait une infertilité, dont on ignore ces modalités de traitement une valeur proche de 9,5% retrouvée par Jellouli.W [36] et une valeur plus augmentée de 16% a été rapportée lors d’une étude réalisée au CHU d’Amiens [47].

Auteur	Fréquence
Chamout [60]	2%
Jellouli.W [36]	9,5%
CUVILLIER.C [47]	16%
Notre étude	10%

Tableau 16 : Comparaison du pourcentage d’infertilité selon différentes études

3-Avortement spontané :

- Dans notre série, la fréquence des avortements spontanés était de 18,33% ; ce taux est proche de celui retrouvé par Miletic [61].qui rapporte un pourcentage de 20 % .

Auteur	Fréquence
Miletic[61]	20%
Doumbia.B[4]	8,28%
Diarra. [62]	6,8%
Cissé[63]	7,8%
Chamout [60]	27%
Notre étude	18,33%

Tableau17 : Avortement spontané chez la parturiente âgée selon différentes études

- Le risque d'avortement se multiplie par 2 à 3 après 40 ans d'après Martin et R. Maillet [34], et dans l'article de BELAISCH-ALLART J [4] on trouve un pourcentage de 39,6% d'avortement spontané pour les grossesses issues d'AMP chez les parturientes âgées de plus de 42 ans. On admet généralement qu'au moins 60% de ces avortements précoces sont liés à des anomalies chromosomiques, ces anomalies chromosomiques sont dues aux modifications du système endocrinien et à l'intégralité des ovules, alors qu'en absence d'anomalies chromosomiques les avortements peuvent être dus à une modification de la fonction utérine et une capacité physique moins.

III-DEROULEMENT DE LA GROSSESSE :

1-Suivi :

- Une grossesse à un âge maternel avancé exige un suivi régulier et rigoureux, toute pathologie au cours de la grossesse doit être connue et prise en charge.
- DUFOUR [64] recommande la proposition d'une amniocentèse chez les femmes âgées, ainsi qu'un suivi mensuel durant le deuxième et le troisième trimestre.
 - o Un pourcentage de 21,6 % parturientes non suivies par rapport au pourcentage de 13% rapporté par Asma J [65], ce pourcentage peut s'expliquer par l'ignorance des femmes âgées sur l'importance des CPN ainsi que les risques d'une grossesse à un âge supérieur à 40 ans.

2- Complications au cours de la grossesse :

- Une grossesse tardive est souvent associée à des pathologies chroniques qui augmentent le risque de survenue des complications au cours de la grossesse [66], Luke et M. Brown note qu'un pourcentage de 18,4 % des grossesses au-delà de 40 ans est à risque. [67]
- Les complications au cours de la grossesse étaient significatives ($p=0.003$) chez nos parturientes âgées, ce résultat est la conséquence d'une diminution des capacités fonctionnelles de l'organisme aux situations d'agression chez les femmes à un âge supérieur de 40ans ainsi qu'un suivi médiocre des grossesses qui limite les possibilités d'une prévention ou d'une intervention précoce.

3- Hypertension artérielle gravidiques et la prééclampsie :

- Le seule manifestation de l’HTAG rencontrée dans notre série était la prééclampsie pour 6 cas de nos parturientes soit 10% dont 4 cas diagnostiqués le jour d’accouchement chez des cas non suivis.

Etude	Type d’HTAG	Fréquence
Diarra A[62]	Toute HTA	10,10%
DOUMBIA.B [50]	Toute HTA	1,87%
Seoud et Al [68]	Prééclampsie	4,40%
KONATE.A [69]	Toute HTA	10%
Chan [70]	Prééclampsie	17,5%
A. Vincent– Rohfritsch[23]	Prééclampsie	8,33%
H.Roman[71]	Prééclampsie	1,8%
Notre étude	Prééclampsie	10%

Tableau18 : Comparaison du taux d’HTAG chez les femmes âgées

- Nos résultats peuvent s’expliquer par notre effectif faible et le lieu de notre étude qui est un centre hospitalier du niveau III ; certains types d’HTAG peuvent être pris en charge au niveau des hôpitaux périphériques, nous avons fait le choix de ne prendre en compte que les dossiers des parturientes ayant accouché au sein du service de gynécologie obstétrique II du CHU de Fès, nous avons exclu les parturientes vues en consultation puis transférées dans d’autres structures hospitalières.

4- Diabète gestationnel :

- Les résultats de notre étude étaient similaires aux données de la littérature qui mettent en évidence une élévation significative du taux du diabète gestationnel chez les femmes âgées.
- L'étude de Luke et Brown [72] a mis en avant une proportion de diabète gestationnel dans le groupe de 40/44 ans de 6,1% pour les primipares et de 6,4% pour les multipares soit des odds ratio de 1,81 et 1,91 par rapport aux femmes de 30/34 ans.

Auteurs	Fréquence	Valeur P
Bianco et al [38]	10,80%	< 0,01
Seoud et Al [68]	5,3%	<0,01
DOUMBIA.B [50]	21,41%	< 10 ⁻³
Notre étude	6,66%	0,042

Tableau 19 : Diabète gestationnel dans différentes études chez les parturientes âgées

- D'après une étude prospective transversale réalisé en 2014 sur le dépistage du diabète gestationnel au niveau des centres de santé marocains, la glycémie à jeun était le seul test de dépistage effectué pour 62,7 % des femmes sélectionnées au cours de la première consultation prénatale, alors qu'aucun autre test n'a été pratiqué. [73]

- Ce dépistage insuffisant peut expliquer notre pourcentage (6,66%) de primipares âgées présentant un diabète gestationnel, sans oublier le pourcentage augmenté (21,6%) de primipares non suivies.
- Actuellement, le dépistage du diabète gestationnel s'effectue sur les facteurs de risque. L'âge maternel supérieur à 35 ans constitue l'un de ces facteurs de risque de développer un diabète gestationnel de même que l'indice de masse corporelle (IMC) supérieur ou égal à 25, des antécédents de diabète au premier degré, un antécédent de diabète gestationnel ou d'enfant macrosome [28].
- La survenue du diabète gestationnel au cours de la grossesse entraîne de multiples conséquences néfastes autant chez la mère que chez le fœtus. Pour la mère, le diabète gestationnel peut être associé à une hypertension ou une prééclampsie, un accouchement par césarienne ou prématuré [74]. Les complications peuvent apparaître après l'accouchement, avec le développement d'un diabète de type 2 [29,75] ou la réapparition d'un diabète gestationnel lors d'une autre grossesse [76,77].

5- Anémie :

- 3 cas d'anémie notés pour nos parturientes âgées, dont 2 cas de découverte fortuite le jour de l'accouchement et aucun cas chez les parturientes jeunes, ce taux ne concorde pas avec les données rapportées par Ouzennou.N[78] qui retrouve une fréquence élevée de 35,7% d'anémie chez les femme âgée et non âgées , alors qu'une étude faite au CHU de Fès objective un taux d'anémie plus fréquent chez les femmes jeunes dont l'âge est compris entre 16 à 25 ans avec une prévalence de 46,1% suivies des femmes entre 26 et 35ans avec 35,5% et enfin les femmes âgées de plus de 35ans avec 18,4%. [79]

- Une autre étude Quant à elle faite au service de gynécologie et d'obstétrique de l'hôpital Fousseyni DAOU de Kayes en 2011 montre que la tranche d'âge de 20 à 35 ans a été la plus représentée avec 51% .[80] Le résultat de cette étude est similaire à celui du CSRéf de Kadiolo en 2014 qui a objectivé que la tranche d'âge de 24 à 33 ans a été la plus représentée avec 49,5%. [81]
- Nos résultats peuvent s'expliquer par le taux des parturientes non suivies ainsi que l'absence du dépistage biologique systématique de l'anémie lors du suivi de certaines parturientes.

6- Menace d'accouchement prématuré:

- Dans notre étude, un seul cas de menace d'accouchement prématuré chez les primipares âgées contre 2 cas chez les primipares jeunes cette différence reste faible et ne permet pas de conclure.
- Par ailleurs, on trouve dans diverses études, une nette augmentation du taux de menace d'accouchement prématuré chez la parturiente âgée, Vincent-Rohfritsch [23] montre lors de son travail sur les grossesses de plus de 43 ans un taux de MAP 3 fois plus important chez les parturientes âgées, alors que DOUMBIA.B [50] note une augmentation significative ($p < 10^{-3}$) du risque de MAP chez la primipare âgée avec un pourcentage de 6,09% par rapport à 0,49% chez la jeune primipare.

7- Rupture prématurée des membranes :

Auteurs	Fréquence	OR	Valeur P
Diarri .A[62]	46,4% vs 41,3%	-	0,008
Cissé[63]	19,2% vs 24%	0,75	0,117
DOUMBIA.B [50]	1,20% vs 6,56%	0,17	< 10 ⁻³
Notre étude	28,3% vs 23,3%	1,3	0,532

Tableau 20: Fréquence des RPM selon les auteurs

- La rupture prématurée des membranes a été constatée chez 28,3% des primipares âgées par rapport à 23,3% chez les primipares jeunes. Ces cas de rupture prématurée des membranes ont été compliqué d'une chorioamniotite pour 3 cas soit 5% des primipares âgées, et pour 1 cas soit 1,66% des primipares non âgées.

IV-ACCOUCHEMENT :

1-Terme :

- 78,33% des accouchements à terme chez les primipares âgées contre 90% chez les primipares non âgées.
- selon notre population d'étude, l'âge maternel n'avait pas d'influence sur la survenue de prématurité, de grossesse prolongée ou d'un dépassement du terme ; la différence n'était pas significative entre les deux groupes.
- Nos résultats sont similaires à ceux de la littérature, Gilbert [29] et Zaideh [82] ne trouvent pas de relation de causalité entre l'âge maternel avancé et le dépassement du terme.

2-Anomalies de présentation :

- Selon les travaux de AUDIPOG [83] , 7,6% de présentation non céphalique chez les parturientes âgées et 5% chez les parturientes jeunes. Alors que 4,8% de présentation du siège a été rapporté par Asma J. et al[65] chez les parturientes âgées par rapport à 1,7% chez les parturientes jeunes.
- Dans notre étude, la présentation de sommet était la plus représentée alors qu'on trouve juste 2 cas de présentation de siège pour les primipares de plus de 40 ans, et 2 cas de présentation de face et une seule présentation de siège chez les primipares de moins de 35 ans.
- Nos résultats ne permettent pas la mise en évidence d'une nette relation entre l'âge maternel avancé et les anomalies de la présentation.

3-Modalités d'accouchement :

3-1- Accouchement par voie haute :

- Ce qui est évident dans notre travail c'est la fréquence élevée des accouchements par voie haute chez nos primipares âgées ; 61,66% des cas ont bénéficié d'une césarienne contre 33,33% des primipares chez les cas témoins avec une différence significative (P=0,002).
- De même un taux significativement plus élevé de césarienne est retrouvé chez la femme âgée dans la totalité des publications. Cette augmentation est plus nette chez les primipares que chez les multipares. Ce taux plus élevé est aussi bien retrouvé pour les césariennes de principe dites programmées que pour celles réalisées en urgence, et il est retrouvé pour toutes les indications.
- Selon Edge [84], les césariennes programmées sont 3,5 fois plus importantes pour les femmes âgées que pour les femmes jeunes.

Auteur	Année et pays	Fréquence	Odd Ratio	Valeur P
Cissé[63]	Bénin 2000	25,70%	0,41	<0,001
Seoud MA [68]	NewYork 2002	32,10%	-	0,005
Diarra A[62]	Mali 2006	28,90%	1,26	<0,001
DOUMBIA[50]	Mali 2019	54,22%	0,11	<0,001
Notre étude	Fès (2019-2020)	61,66%	3,22	0,002

Tableau 21 : Fréquence des accouchements par voie haute selon les auteurs

- Il existe différentes étiologies pouvant expliquer ce taux de césarienne élevé. D'après Tuck [85], la fréquence des césariennes est beaucoup plus élevée chez les femmes infertiles tombées enceintes après un traitement de leur stérilité (20,8% versus 10,17%).
- Devant ces grossesses tardives, l'obstétricien de manière consciente ou pas a tendance à réaliser une extraction ou une césarienne selon le cas.
- A 40 ans, la vie reproductive de la femme tend vers sa fin. Les conséquences des complications tel un utérus cicatriciel pèsent moins dans la décision de la voie d'accouchement. Les indications de césarienne deviennent plus larges. Cette raison est d'autant plus évocable que les grossesses étudiées concernent des femmes ayant des grossesses tardives.
- L'autre étiologie évoquée est que la durée du travail après 40 ans est souvent prolongée notamment chez les primipares âgées selon Hansen [86].
- Les anomalies du rythme cardiaque fœtal pendant le travail sont augmentées ainsi que les présentations du siège selon Bianco [33] et Séoud [68], ce qui explique le nombre plus important de césariennes. En effet, le seuil de tolérance est abaissé dans ces grossesses tardives.
- Gordon [87] note une augmentation significative du taux de césarienne avec l'âge chez les primipares. La raison évoquée n'est ni une complication obstétricale ni une complication médicale. Ce résultat nous interroge sur les indications des césariennes notamment sur l'augmentation du risque de morbidité maternelle post opératoire qu'elles induisent. L'âge augmente de nombreux facteurs de risque surtout lorsque l'on rajoute en plus une césarienne.

Enfin, l'augmentation des stagnations de la dilatation cervicale est responsable de plus de césariennes.

3-2-Accouchement par voie basse :

- L'accouchement par voie basse était un peu plus marqué chez les cas témoins, 40 primipares de moins de 35 ans ont bénéficié d'une voie basse par rapport à 23 de primipares de plus de 40 ans.
- Les gestes d'extraction instrumentale n'étaient pas très importantes chez les primipares âgées avec une différence non significative ($P=0,186$) , ce qui s'oppose aux données de H. Roman [71] qui décrit un taux très important de forceps et de ventouse chez les femmes de plus de 40 ans ; un pourcentage d'extraction instrumentale est de 23,5% chez les femmes de 40 ans et plus versus 9,8% chez celles de 20 à 34 ans. Ce taux important d'extraction instrumentale peut s'expliquer en outre par le fait que l'obstétricien a tendance devant ces grossesses tardives à extraire le fœtus dès l'apparition de la moindre pathologie.
- Nos résultats peuvent être dus au nombre élevé des césariennes chez nos parturientes âgées, ce qui ne laisse pas de place à un taux évident des extractions instrumentales réalisées lors des accouchements par voie basse.

IV- CARACTERISTIQUES DU POST-PARTUM :

1-Délivrance et ses complications :

- Nous retrouvons une augmentation moins importante des délivrances artificielles chez les primipares âgées soit un pourcentage de 8,33% contre 5% chez les primipares non âgées. Ce taux reste faible par rapport aux données trouvées au CHU d'Amiens entre 2014-2015[47] , qui révèlent un pourcentage de 37% chez femmes âgées par rapport à 21,4% chez la population plus jeune avec une différence significative ($P=0,0131$).
- Les études sont divergentes concernant le risque d'hémorragies liées à l'âge. L'étude de Jolly M et al. montre un taux d'HPPI significativement plus élevé avec un OR a 1,27 (IC 95% : 1,15-1,39) [88] , cependant, on remarque dans l'étude de Terence T et al. que l'augmentation de l'HPPI associée à l'âge maternel avancé est liée à une augmentation des facteurs de risques, des complications et des interventions alors que l'âge avancé en serait protecteur [89] .

2-Mortalité maternelle :

- Aucun cas de décès maternel n'a été noté pour nos parturientes âgées et non âgées, nos résultats concordent avec la baisse évidente du taux de mortalité maternelle au Maroc dans ces dernières années.
- D'après le HCP [90], le taux de mortalité maternelle est passé de 332 décès maternels pour 100 000 naissances vivantes en 1992 à 72,6 décès maternels pour 100 000 naissances vivantes en 2017.
- D'autres études révèlent une fréquence élevée de mortalité maternelle avec l'âge. Selon Khoshnood [14], La probabilité pour une femme de décéder au cours de la grossesse ou après l'accouchement est multipliée de 5 à 10 fois entre l'âge le plus favorable (25 ans) et 40 ans voire plus.

- Des résultats similaires sont retrouvés dans les différentes études européennes notamment celle du néerlandais Temmerman en 2004 [91].
- La mortalité maternelle augmente avec l'âge quelles que soient les améliorations apportées par la prise en charge. Ces grossesses nécessitent une surveillance accrue des mères âgées aussi bien au troisième trimestre.

V-NOUVEAU-NE :

1-Score d'Apgar à la naissance :

- La majorité des nouveau-nés avaient un score d'Apgar supérieur à 7, alors que juste 7 nouveau-nés pour le groupe des primipares âgées avaient un score inférieur à 7 contre 4 nouveau-nés des primipares jeunes, nos résultats restent faibles et ne permettent pas de conclure et peuvent s'expliquer par notre choix de prendre en considération le score d'Apgar à 5 min, qui est le meilleur critère prédictif de l'évolution de l'état néonatal, ce score peut s'améliorer entre 1 min et 5 min suite à une prise en charge adéquate.
- En parallèle, Prysak [92] , Ziadeh [82] Chan et Lao [70] ne notent pas de différence significative du score d'Apgar pour les parturientes âgées, alors que Bianco [33] et Belaïsch-Allart [4], rapportent une augmentation des Apgar inférieurs à 7 chez le groupe des nouveau-nés des parturientes âgées par rapport aux parturientes jeunes.

2-Poids du nouveau-né :

- 78,68% des cas étudiés avaient un poids normal contre 72,8% chez les cas témoins, avec une légère augmentation de l'hypotrophie chez les cas soit 19,67% par rapport à 15% chez les témoins. Ces données sont similaires à ceux de la littérature ; Trastour [93] rapporte un pourcentage de 7,2% chez les parturientes de plus de 40 ans, et 4,9% chez les parturientes de 25 à 29 ans . La mauvaise perfusion placentaire de l'utérus âgées peut expliquer ces taux d'hypotrophie chez les femmes âgées [51].
- Il y avait un cas de macrosomie dans chacun des deux groupes, ce taux faible ne permet pas une bonne comparaison entre les cas et les cas témoins, alors que Asma J. et al [65] et Guedjouma S. [94] constatent des taux plus élevés chez les parturientes âgées
- En ce qui concerne l'âge, les études sont également divisées. Cependant, elles affirment toutes que le poids moyen des nouveau-nés est identique quel que soit l'âge de la mère, mais que les proportions de macrosomie et d'hypotrophie sont augmentées par rapport à la population générale. Ces supériorités peuvent s'expliquer par les pathologies maternelles davantage présentes comme le diabète ou l'hypertension artérielle.
- Berkowitz [95] met en avant des enfants de plus petits poids chez les primipares âgées que chez les primipares jeunes mais sans hypotrophie réelle.

3-Prématurité :

- Dans notre étude, l'augmentation du risque de prématurité chez les primipares âgées était moins importante par rapport au pourcentage trop élevé rapporté par DOUMBIA [50] soit 63,43% chez les cas contre 8,99% pour les cas témoins, ces résultats s'expliquent par la prévention de la prématurité chez les primipares âgées par une bonne prise en charge des parturientes présentant un risque d'accouchement prématuré au cours de la grossesse.

Auteur	Année	Primipare âgée	Primipare Jeune
Joseph [96]	2005	8.3%	5,3%
Luke et Brown[97]	2007	13,3%	10,3%
Chamout [60]	2013	7%	5%
KONATE[69]	2019	10,4%	9,2%
DOUMBIA[50]	2021	63,43%	8,99%
Notre étude	2022	11,47%	10%

Tableau 22: Taux de prématurité selon différentes études

4- Réanimation néonatale :

- Marie-Gaëlle [98] constate lors de son travail réalisé à la maternité du CHU de Sèvres entre 2004 et 2011 ; une fréquence de 16,7% de transfert en réanimation chez les nouveau-nés des femmes âgées contre 10,7% chez les nouveau-nés de la population plus jeune. Ces taux sont similaires à nos données ; 21,6% de cas ont bénéficié d'une réanimation par rapport à 16,6% pour les cas témoins, ces résultats sont justifiés par les taux élevés de SFA et la mauvaise adaptation à la vie extra-utérine chez les nouveau-nés issus de parturientes âgées.

5-Mort fœtale in utero :

- Haavaldsen.C rapporte dans son étude norvégienne, un risque multiplié par 1,4 de mort in utero (MFIU) chez les femmes de 40-44 ans [99] . Roman [100] relève une prévalence significativement plus élevée de mort fœtale in utero de 11 fois chez les primipares âgées versus celles de 20 à 34 ans.
- Darbois et Boulanger [101] rapportent aussi, qu'après 40 ans, les morts fœtales in utero sont 2 fois et demi plus élevées que dans l'ensemble des grossesses. L'étude de Fretts [102] confirme l'effet néfaste de l'âge maternel dès 35 ans chez les nullipares comme chez les multipares.
- Pour la majorité des auteurs, il existe une augmentation des morts in utero dans les grossesses tardives alors que nos résultats n'ont pas mis en évidence ce phénomène, on trouve un pourcentage de 6,55% de MFIU chez les primipares âgées et 3,33% pour les primipares jeunes sans différence statistiquement significative (P=0,402) ce qui est similaire aux résultats obtenus par A. Vincent-Rohfritsch [23] ; qui note une tendance non significative à l'augmentation du risque de MFIU chez les femmes âgées de 43 ans et plus (2,2 % vs 0,5 %, OR brut = 4,3)

Auteur	Parturiente âgée	Parturiente jeune
Chamout [60]	2%	1%
KONATE [69]	14,7%	9,7%
DOUMBIA [50]	12,19%	0 ,41%
A. Vincent-Rohfritsch [23]	2,2 %	0,5 %,
Notre étude	6,55%	3,33%

Tableau 23 : Mort fœtale in utero selon différentes études

6-Mortalité du nouveau-né :

Auteur	Parturiente âgée	Parturiente jeune
Prysak [92]	1,5%	0,9%
Chamout [60]	2%	1%
DOUMBIA [50]	12,19%	0,41%
KONATE [69]	14,7%	9,7%
Notre étude	4,99%	3,33%

Tableau 24: mortalité néonatale selon différentes études

- Nos résultats sont comparables à ceux retrouvés par Prysak [92] et Chamout [60] dont on ne remarque pas de large différence entre le taux de mortalité chez les nouveau-nés des parturientes âgées et non âgées. Ces résultats peuvent s'expliquer par les progrès en matière de réanimation néonatale ainsi que la prise en charge plus vigilante des nouveau-nés issus d'une grossesse tardive dont les chances de retomber enceinte une deuxième fois sont encore plus faibles.

CONCLUSION

- Au Maroc, on remarque une tendance à reculer l'âge de la première maternité par conséquent le phénomène de la primiparité âgée est de plus en plus remarquable (âge tardif du mariage, infertilité, avortement spontané.....).
- il est essentiel d'étudier le déroulement d'une grossesse tardive et les complications qui peuvent l'incider, 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 augmentation des grossesses compliquées ainsi qu'un risque plus élevé d'accouchement par césarienne et l'utilisation de ventouse Justifiée par 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 jeunes (peu de prématurité ou de mortalité néonatale)
- De ce fait, une information et une préparation psychique et médicale pluridisciplinaire (quand la parturiente souffre d'une pathologie x), semblent être nécessaires 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 CNGOF 2010. (Collège national des gynécologues et obstétriciens Français).
- Une amniocentèse à proposer au premier trimestre et une surveillance mensuelle aux deux derniers trimestres selon Dufour [65], permettent une évaluation du pronostic et de la voie d'accouchement.
- La valorisation de la voie basse à chaque fois qu'elle est possible et la limitation des césariennes « préventives », non justifiées.

RESUME

Resume

Titre : Grossesse et accouchement chez la primipare âgée de plus de 40 ans

Mots Clé : Primipare, grossesse, accouchement, complication.

Auteur : EZZAKI CHAIMA

Les grossesses tardives sont un sujet d'actualité tant pour les femmes que pour les professionnels de santé par leur augmentation croissante. Ce phénomène est devenu un sujet de médias suite aux différentes personnalités qui en font l'expérience.

Objectifs :

Cette étude a pour objectifs :

- Analyser le déroulement de la grossesse chez la primipare âgée.
- Relever les complications antépartum, intrapartum, postpartum.
- Analyser le mode d'accouchement.
- Analyser le pronostic fœtal.

Matériel et méthodes :

Étude rétrospective comparant un groupe de 60 primipares âgées de 40 ans et plus à d'autres primipares jeunes dont l'âge est inférieur à 35 ans, colligées au service du service de gynécologie obstétrique II au CHU Hassan II de Fès durant une période de 2 ans (du 1 janvier 2019 au 31 décembre 2020)

Résultats :

- L'âge des primipares âgées varie entre 40 et 46 ans.
- 28,33% de mariage retardé.
- 18,33% des avortements spontanés.
- 10% d'infertilité.
- 3,3% de prise de contraceptifs oraux.
- Les grossesses étaient suivies dans 78,3% des cas.

- Les complications rencontrées au cours de la grossesse étaient :
 - La prééclampsie dans 10% des primipares âgées versus 5% des primipares non âgées.
 - Le diabète gestationnel 6,66% versus 1,66%.
 - Menace d'accouchement prématuré dans 1,6% versus 3,33%.
 - Les grossesses prolongées dans 3,33% versus 0%.
 - L'évolution de l'accouchement a été marquée par :
 - 3,33% des présentations non céphaliques versus 5%.
 - Les dystocies dynamiques et mécaniques dans 11,6% versus 8,33%.
 - La rupture prématurée des membranes dans 28,3% versus 23,3%.
- L'accouchement s'est terminé par l'extraction instrumentale dans 7 des cas versus 3 chez les jeunes primipares et par la césarienne dans 37 cas versus 20. les suites de couches étaient généralement normales et aucune mortalité maternelle n'a été déplorée.
 - Le pronostic fœtal a été caractérisé par :
 - Le faible poids de naissance dans 19,67% des nouveau-nés issus de primipares âgées, versus 15% des primipares non âgées.
 - 11,47% des nouveau-nés sont des prématurés versus 10%.
 - 7 des nouveau-nés avaient un Apgar inférieur à 7 versus 3.
 - Aucune malformation congénitale retrouvée.
 - La mortalité périnatale est estimée à 4,91% versus 3,33%.

Conclusion :

- Une première grossesse après 40 ans est pourvoyeuse de complications au cours de la grossesse et de l'accouchement ; des taux élevés de césarienne. Ainsi, nous conseillons un suivi rigoureux chez les primipares âgées

SUMMARY

Title: Pregnancy and delivery of the elderly primiparous over 40 years

Other: EZZAKI CHAIMA

Keyword: Primiparous, pregnancy, delivery risk.

Late pregnancies are a hot topic for both women and health professionals due to their growing increase. This phenomenon has become a subject of media following the various personalities who experience it..

Objectives:

This study aims to:

- Analyze the course of pregnancy in the elderly primipara.
- Identify antepartum, intrapartum and postpartum complications.
- Analyze the mode of delivery.
- Analyze fetal prognosis.

Material and methods:

- Retrospective study comparing a group of 60 primiparous women aged 40 years and more to other young primiparous women whose age is lower than 35 years, collected at the service of gynecology-obstetrics II at CHU Hassan 2 of Fez during a period of 2 years (from 1 January 2019 to 31 December 2020)

Results:

- The age of the primiparous women varies between 40 and 46 years.
- 28.33% of delayed marriage.
- 18.33% of spontaneous abortions.
- 10% of infertility.
- 3.3% of oral contraceptive use.

- Pregnancies were monitored in 78.3% of cases.
- The complications encountered during pregnancy were :
 - pre-eclampsia in 10% of elderly primiparous women versus 5% of non-elderly primiparous women.
 - Gestational diabetes 6.66% versus 1.66%.
 - Threat of preterm delivery in 1.6% versus 3.33%.
 - Prolonged pregnancy in 3.33% versus 0%.
 - The evolution of the delivery was marked by:
 - 3.33% of noncephalic presentations versus 5%.
 - Dynamic and mechanical dystocia in 11.6% versus 8.33%.
 - Premature rupture of membranes in 28.3% versus 23.3%.
- The delivery ended with instrumental extraction in 7 of the cases versus 3 in young primiparous women and by caesarean section in 37 cases versus 20.
- The post-partum period was generally normal and there was no maternal mortality.
- The fetal prognosis was characterized by:
 - Low birth weight in 19.67% of newborns from aged primiparous women, versus 15% of non-aged primiparous women.
 - 11.47% of the newborns were preterm versus 10%.
 - 7 of the newborns had an Apgar less than 7 versus 3.
 - No congenital malformation was found.
 - Perinatal mortality was estimated at 4.91% versus 3.33%.

CONCLUSION:

A first pregnancy after the age of 40 is prone to complications during pregnancy and caesarean section. Therefore, we recommend a rigorous follow-up for older primiparous women in order to intervene effectively in case of complications.

ملخص :

العنوان: الحمل والولادة لدى المنجبة الأولية المسنة فوق سن الأربعين.

الكاتب: الزكي شيماء.

الكلمات الأساسية: المنجبة الأولية المسنة ، الحمل، خطر، الولادة.

تعتبر حالات الحمل المتأخر موضوع الساعة بالنسبة للنساء والمهنيين الصحيين المعنيين وذلك راجع لزيادة نسبتها الملحوظة. إذ صارت هذه الظاهرة حديث الاعلام نظرا لعدد الشخصيات المعروفة لتي عاشت هذه التجربة.

الهدف:

- تحليل مسار الحمل لدى المنجبة الأولية كبيرة السن.
- تحديد مضاعفات قبل الولادة وأثناء الولادة وبعدها.
- تحليل طرق الوضع .
- تحليل مآل الجنين.

الأساليب الطرق:

– دراسة استرجاعية لمقارنة مجموعة مكونة من 60 منجبة أولية تتراوح أعمارهم بين 40 سنة وما فوق مع 60 منجبة أولية تقل أعمارهم عن 35 عامًا ، تم تجميع المعطيات بقسم النساء والتوليد 2 في المستشفى الجامعي الحسن الثاني بفاس, امتدت هذه الدراسة لمدة عامين (من 1 يناير 2019 إلى 31 ديسمبر 2020).

النتائج:

- تتراوح اعمار المنجبات الأوليات كبيرات السن ما بين 40 الى 46 سنة .
- 28.33% من الزواج المتأخر.
- 18,33% من حالات الإجهاض التلقائي .
- 10% من اللاخصوبة.
- 3,3% من استعمال أقراص منع الحمل.
- 78,3% بلغت نسبة الحمل المتتابع .
- كانت المضاعفات المصادفة خلال الحمل كالتالي:
- تسم الحمل بنسبة 10% من المنجبات الأوليات المسنات مقابل 5% من المنجبات الأوليات الغير المسنات
- سكري الحمل بلغ نسبة 6,66% مقابل 1,66%
- الإنذار بالوضع السابق لأوانه بنسبة 1,6% مقابل 3,33%
- الحمل المطول بنسبة 3,33% مقابل 0%

تميز تطور الولادة ب :

- 3,33% من التقديمات غير الراسية مقابل 5% .
 - 8,33% مقابل 11,6% عسر الولادة بنسبة .
 - الإنحلال المبكر للأغشية بنسبة 28,3% مقابل 23,33%.
 - تم الوضع باستعمال النضاجة بالنسبة ل 6 حالات مقابل 3 و الولادة القيصرية بالنسبة ل 37 حالة مقابل 20
 - كانت فترة ما بعد الولادة عموما عادية و لم تسجل فيها أية حالة وفاة.
- اتصف المآل الحملي ب:
- انخفاض وزن المواليد الجدد بنسبة 19,67% عند المنجبات الأوليات المسنات مقابل 15% بالنسبة للمنجبات الأوليات صغيرات السن .
 - ارتفاع نسبة الخدج بنسبة 11,47% مقابل 10%
 - لم يتم رصد أي تشوه خلقي
 - كانت نسبة الوفيات عند المواليد 4,91% مقابل 3,33% .

خاتمة:

يتميز الحمل الاولي بعد سن الأربعين بالأخطار المصاحبة اثناء الحمل و الولادة وخصوصا الولادة القيصرية , لهذا ننصح بالتتابع الجيد لهؤلاء النساء للقيام بالتدابير المناسبة في حال وجود أي مشاكل اثناء الحمل و الولادة.

BIBLIOGRAPHIE

- 1- Beaujouan, Éva, et Tomás Sobotka. « Les maternités tardives : de plus en plus fréquentes dans les pays développés », *Population & Sociétés*, 2019 vol. 562, p2
2. Insee, enquêtes de recensement de 2019 et 2020 (exploitations principales). Disponible sur :
<https://www.insee.fr/fr/statistiques/6019324#titre-bloc-19>
3. Sophie Moreau. La maternité après 40 ans : complications obstétricales et néonatales. *Gynécologie et obstétrique*. 2020, vol 53 p 1
- 4- BELAISCH-ALLART J. Grossesse et accouchement après 40 ans.
EMC (Elsevier Masson SAS, Paris), Gynécologie/Obstétrique. 2008 ,5-016-B-10
5. La baisse de la fertilité avec l'âge. Fiche d'actualité, tout savoir sur la population, 2009. Disponible sur: www.ined.fr.
- 6- Insee, statistiques de l'état civil (données définitives pour jusqu'en 2020, données provisoires arrêtées au 23 septembre 2021 pour 2021 Disponible sur :
<https://www.insee.fr/fr/statistiques/6024136>
- 7- Ministère de la Santé. Enquête Nationale sur la Population et la Santé Familiale (ENPSF - 2018) ,vol 310. Disponible sur :
https://www.sante.gov.ma/Publications/Etudes_enquete/Documents/2019/03/Rapport%20pr%C3%A9liminaire_ENPSF-2018.pdf
- 8- Le Goff S, Ledee N, Bader G. Obésité et reproduction : revue de la littérature. *GynecolObstetFertil* 2008;36:543-50.
- 9- Akassisse M .Profil épidémiologique des couples infertiles pris en charge par le centre de FIV de CHU Mohamed VI de Marrakech
THESE :Marrakech .faculté de médecine et de pharmacie de Marrakech 2020

- 10–Meng Q, Ren A, Zhang L, Liu J, Li Z, Yang Y et al. Incidence of infertility and risk factors of impaired fecundity among newly married couples in a Chinese population. *Reproductive BioMedicine Online*. 2015 Jan; 30(1): 92–100.
- 11–Dechanet C., Brunet C., Anahory T., Reyftmann L., Hedon B., Dechaud H. Infertilité du couple : de l'interrogatoire à l'orientation thérapeutique. *Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction* 38 (2009) – Hors-série 1 – F9–F18.
- 12–Haut commissariat au plan .Enquête nationale sur la santé familiale de la population : principaux indicateurs régionaux 2011, vol 25 p18.
- 13–Warbuton D, Kline J, Stein Z, Strobino B. Cytogenetic abnormalities in spontaneous abortions of recognised conceptions. In: Porter H, Willey A, editors. *Perinatal genetics: diagnosis and treatment*. New York: Academic Press; 1986. p. 133–48.
- 14– Sifroi JP, Molina–Gomes D. Le point sur le diagnostic prénatal des anomalies chromosomiques. *Reprod Hum Horm* 1991;4:185–91
- 15–Boue J, Boue A, Lazar P. Retrospective and prospective epidemiological studies of 1500 karyotypes spontaneous human abortions. *Teratology* 1975;12:11–26.
- 16– Thévenot A. Parents après 40 ans. Bessin M, Levillain H. *Autrement*. 2012; 189 p. *Recherche Familiales*. 2014;1(11):177–179
- 17– Mogueurou L, Bajos N, Ferrand M et al. Les maternités dites tardives en France : enjeu de santé publique ou dissidence sociale ?. *Nouvelles Questions Féministes*. 2011;30:12–27.
- 18–Rapport d'activité du service de gynéco–obstétrique du Point G année 1995. *La grossesse et l'accouchement chez la femme de 40 ans et plus*.
19. Nisan I. *Aspects physiologiques du vieillissement*. Université Médicale Virtuelle Francophone 2008–2009.

<http://www.uvmat.org/liste-1.html>

- 20–HAS, Haute Autorité de Santé. Suivi et orientation des femmes enceintes en fonction des situations à risques identifiées. mis à jour en mai 2016
- 21–FRYDMAN R. Les grossesses tardives, Edition Hachette Pratique, Petits Pratiques Santé 13 Janvier 2010 ; n°24, vol 61 .
- 22–Freeman–Wany T, Beski S. The older Obstetric Patients Current Obstetric Gynaecology 2002; 12 : 41–46.
- 23– VINCENT–ROHFRIETSCH A., LE RAY C., ANSELEM O., CABROL D., GOFFINET F., Grossesse à 43 ans et plus : risques maternels et périnataux. Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction (2012) ;p. 468–475.
- 24–Trastour C, Fayad S, Bongain A. Accoucher après 40 ans. La lettre du gynécologue. Février 2003;279:7–19 .
Disponible sur <http://www.edimark.fr/lettre-gynecologue/grossesse-apres-40-ans>
- 25–Khoshnood B, Bouvier–Colle M–H, Leridon H et al. Impact de l'âge maternel élevé sur la fertilité, la santé de la mère et la santé de l'enfant. Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction. 2008;37:733–747.
Disponible sur :<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S036823150800272X>
- 26–Belaïsch–Allart J. Pourquoi tant de grossesses tardives, à quel prix ? La lettre du gynécologue. Février 2008;328–329.
Disponible sur : <http://www.edimark.fr/Front/frontpost/getfiles/13969.pdf>
- 27– Vincent–Rohfritsch A, Tsatsaris V, Le Ray C. Les grossesses après 45 ans. 2014 ; p 419–423 .
Disponible sur :

- http://www.nglr.fr/images/naitre/pdf/referentiels/obstetrique/Grossesse_apres_40_ans.pdf.
- 28– CNGOF, Collège national des gynécologues obstétriciens de France.
Recommandation dans la pratique clinique : le diabète gestationnel. Journal de gynécologie, obstétrique et biologie de la reproduction. 2010;39(8): p 671–684 .
Disponible sur : http://www.cngof.asso.fr/D_TELE/RPC_DIABETE_2010.pdf.
- 29– GILBERT W. M., NESBITT T. S., DANIELSEN B. Childbearing beyond Age 40 :Pregnancy Outcome in 24,032 Cases. Obstetrics & Gynecology, Volume 93, n° 1, January 1999 ; p. 9–14.
- 30– Cleary–Goldman J et al. Impact of maternal age on obstetric outcome.
Obstetrics and Gynecology 2005 ;105 :p 983–990.
- 31– Pr DOMMERGUES M. Nouvelles stratégies de dépistage de la trisomie 21 : impact et mise en œuvre. Le Webzine de la Haute Autorité de Santé, 31.10.2011.
- 32–Odibo AO et al. Advanced maternal age is an independent risk factor for intrauterine growth restriction. American Journal of Perinatology 2006 ;23 : p 325–328
- 33– Lesage S, Mercier F–J. Parturiente âgée. Le praticien en anesthésie réanimation. 2014;18:p 164–169 .Disponible sur : <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1279796014000448?via%3Dihub>
- 34– MARTIN A., MAILLET R., Les grossesses après 40 ans. Extrait des mises à jour en gynécologie et obstétrique du CNGOF, tome XXIX, publié le 30.11.2005.
- 35– L. VERCOUSTRE .La quarante–deuxième semaine ou la semaine en trop ?
Gynécologie Obstétrique & Fertilité 36 (2008) ; p 1051–1057

- 36 –W.Jellouli .Grossesse et accouchement chez la primipare âgée (à propos de 200 cas) :[Thèse]. Fès. Faculté de médecine et de pharmacie Fès ; 2009.
- 37–BIANCO A, STONE J, LYNCH L, LAPINSKI R, BERKOWITZ G, BERKOWITZ R.Pregnancy outcome at age 40 and older. *Obstet Gynecol* 1996; 87:917–22.
- 38–Bayrampour H, Heaman M. Comparison of demographic and obstetric characteristics of Canadian primiparous women of advanced maternal age and younger age. *J Obstet Gynaecol Can* 2011;33:820—9
- 39– CNGOF, Collège national des gynécologues obstétriciens de France.
Extrait des mises à jour en gynécologie et obstétrique. Les grossesses après 40 ans. Tome XXIX, 2005. Disponible sur : http://www.cngof.net/Journees-CNGOF/MAJ-GO/livres/2005_GO_049_goffinet.pdf.
- 40– FERNANDEZ H., DREYFUS M. Recommandations pour la pratique clinique :Hémorragies du Post-partum immédiat. *Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la reproduction* .2004 vol 33 .
- 41 – InVS, Institut de Veille Sanitaire. La mortalité maternelle. 2019
Disponible sur :http://opac.invs.sante.fr/doc_num.php?explnum_id=4061
- 42– Les morts maternelles en France : mieux comprendre pour mieux prévenir. 6e rapport de l'Enquête Nationale Confidentielle sur les Morts Maternelles (ENCMM), 2013–2015. Saint-Maurice : Santé publique France, 2021 ; 237 p2. Disponible sur : www.santepubliquefrance.fr [42]
- 43–SOIXANTE-TROISIÈME ASSEMBLÉE MONDIALE DE LA SANTÉ ,Point 11.7 de l'ordre du jour provisoire 1er avril 2010 A63/10 p2 .
Disponible sur : https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA63/A63_10-fr.pdf
- 44–Ghazi H, Spielberger C, Kållen B. Delivery outcome after infertility.A registry study. *Fertil Steril* 1991;55:726–32

- 45– Kessier I, Lancet M, Borenstein R, Steinmetz A. The problems of the older primipara. *Obstet Gynecol* 1980;56:165–9.
- 46–Hollier LM, Leveno KJ, Kelly MA, McIntire DD, Cunningham FG. Maternal age and malformation in singleton births. *Obstet Gynecol* 2000;96(5Pt1):701–6.
- 47–CUVILLIER.C .Les grossesses après 40 ans : issues obstétricales et néonatales
MEMOIRE : Ecole des sages femmes de d'AMIENS .2016
- 48–A.MEYER .Une première maternité à 40 ans: L'impact médical sur la grossesse et l'accouchement ,MEMOIRE : Ecole des sages femmes de Metz .2007 ; p30
- 49–Dao, S., Konaté, S., Traoré, B. A., Sidibé, K., Samaké, G. M., Bocoum, A., ... & Dolo, A. (2019). Grossesses et accouchements chez les femmes 40 ans et plus au centre de santé de référence de la commune II du district de BAMAKO, MALI. *Mali Médical*, 34(3) ; p13.
- 50–DOUMBIA.B .Grossesse et accouchement chez les femmes de 40 ans et plus au CSREF de la commune VI du district de BAMAKO
Thèse de médecine, Bamako 2021
- 51–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
- 52– Loué V, effoh d, Kouamé a, Koimé H, Gbary E, kouakouf.
Grossesse et accouchement chez les femmes de 40 ans et plus
Université de Cocody, UFR des Sciences Médicales ;Département Mère–Enfant,
BP V 13 Abidjan 01 ; 2012;14,1:42–49

53- Haut-Commissariat au Plan (HCP), Maroc (Octobre 2019)

Rapport du royaume national : population et Développement au Maroc. vol 144
p41

Disponible sur : https://www.hcp.ma/downloads/Developpement-humain_t13274.html

54- Mosher WD, Jones J. Use of contraception in the United States: 1982-2008.

Vital Health Stat 23 2010; Aug:1-44.

55- Lader D. Contraception and sexual health, 2008-9. London (UK): Office for National Statistics; 2009.

Available: www.ons.gov.uk/ons/rel/lifestyles/contraception-and-sexual-health/2008-09/index.html

56-Black A, Yang Q, Wu Wen S, et al. Contraceptive use among Canadian women of reproductive age: results of a national survey. J Obstet Gynaecol Can 2009;31:627-40

57-Cassuto G, Chavier M, Menezo Y. Culture conditions and not prolonged culture time are responsible for monozygotic twinning in human in vitro fertilization. Fertil Steril 2003 ;80:462-3.

58-Leridon H. L'espèce humaine a-t-elle un problème de fertilité? population et sociétés Ined. oct 2010

59-BELAISCH-ALLART J., DEVAUX A. La femme de 40 ans et plus en FIV et en ICSI : Données FIVNAT. Gynecol obstet fertilité 2004.

60-CHAMOUT.FZ .Grossesse et accouchement chez la primipare âgée (à propos de 200 cas) , THESE : Faculté de médecine et de pharmacie Rabat 2013

61-Miletic T, Aberle N, Mikulandra F et al. Perinatal outcome of pregnancies in women aged 40 and over. Coll Antropol 2002; 26: 251-258

- 62–Adama F. Diarra. Grossesse et accouchement chez les femmes de 35 ans et plus à la maternité de l’hôpital du point “G” entre 1985 et 2003 à propos d’une étude cas témoins de 2896 versus 12592, thèse médecine 2005–2006
- 63–Cissé M I. Grossesse et accouchement après 40 ans. Thèse de Médecine ; 2000 ; No 907 Cotonou– Bénin
- 64–DUFOR P, HAENTJENS K, VINATIER D. La grossesse chez les femmes de plus de 40 ans. *Contracept Fertil Sex* 1997; 25:415–22.
- 65 –Asma J, Anis F, Anis C, Fethi Z. Particularité de la grossesse et de l’accouchement chez les femmes de 40 ans et plus : à propos de 300 cas. *Tunisie médicale* 2010: vol 88 N0 011:829–833
- 66– Jo–ann johnson,MD calgary,Suzanne T.,PhD et col . Report de la grossesse :Opinion de comité de la SOGC(société canadienne de gynéco–obstétrique) n°271,Janvier 2012
- 67–LUKE B., BROWN M. B. Comtemporary risks of maternal morbidity and adverse outcomes with increasing maternal age and plurality. *Fertility and Sterility*, Août 2007 ;vol 88, No 2.
- 68–Seoud MA, Nassar AH, Usta IM, Meehem Z, Kazma A, Khalil AM.
Impact of advanced Maternal Age on Pregnancy Outcome *American Journal of Perinatology* 2002; 19: 1–7.
- 69–KONATE .A . Pronostic de l’accouchement chez les gestantes de 35 ans et plus à la maternité de l’hôpital Fousseyni Daou de KAYES
Thèse de médecine, Mali 2019
- 70–Chan BC, Lao TTL. Influence of parity on the obstetric performance of mothers aged 40 years and above. *Hum Reprod* 1999 ; 14 : 833–7.

- 71–ROMAN H., ROBILLARD P., JULIEN C., KAUFFMAN E., LAFFITE A., GABRIELE M., MARPEAU L., BARAU G., Grossesse chez 382 femmes de plus de 40 ans, étude rétrospective dans la population de l'île de la réunion, *Journal de Gynécologie Obstétrique*, 2004, vol 33, N°7 : 615–622
- 72– Luke B, Brown M.
Elevated risks of pregnancy complications and adverse outcome with increasing maternal age. *Hum Reprod* 2007; 22: 1264–72
- 73–Amazian, K., Ouahidi, I., & Housni, A. (2018). Dépistage du diabète gestationnel : étude descriptive transversale dans des centres de santé marocains. *Revue Francophone Internationale de Recherche Infirmière*, 4(1),p 67
- 74–HAPO Study Cooperative Research Group, Metzger BE, LoweLP, Dyer AR, Trimble ER, Chaovarindr U, et al. Hyper-glycemia and adverse pregnancy outcomes. *N Engl J Med*2008;358(19):1991—2002.
- 75–Vambergue A, Dognin C, Boulogne A, Réjou MC, Biaisque S, Fontaine P. Increasing incidence of abnormal glucose tolerance in women with prior abnormal glucose tolerance during pre-gnancy: DIAGEST 2 study. *Diabet Med* 2008;25(1):58—64.
- 76– Kim C, Berger DK, Chamany S. Recurrence of gestatio-nal diabetes mellitus: a systematic review. *Diabetes Care*2007;30(5):1314—9.
- 77–EXTRAIT des Mises à jour en Gynécologie et Obstétrique Publié le 10 décembre 2010 ; p 675.
- 78–Ouzennou, Nadia, et al. « Prévalence et déterminants sociaux de l'anémie chez les femmes enceintes dans la Province d'Essaouira, Maroc », *Santé Publique* , 2018, vol. 30, no. 5 ;pp. 737–745.
- 79–Mme Dia Ndeye Sokhna .Prévalence de l'anémie au cours l'état gravido puerpéral :Université Sidi Mohamed Ben Abdellah , faculté de médecine et de pharmacie de Fés , thèse N°106, année 2011

- 80–Monsieur Mory Dant TOUNKARA .ANEMIE SEVERE SUR GROSSESSE A L'HOPITAL FOUSSEYNI DAOU DE KAYES , THESE :la Faculté de Médecine de Pharmacie et d'Odonto–Stomatologie de l'Université de Bamako 2011
- 81–Monsieur LAMINE DOGON .ETUDE EPIDEMIOLOGIQUE, CLINIQUE ET THERAPEUTIQUE DE L'ANEMIE SUR GROSSESSE AU CSRef ,THESE : la faculté de médecine de Bamako 2014.
- 82– ZIADEH S, YAHAYA A .Pregnancy outcome at age 40 and older. Arch Obstetrics and Gynecology 2001; 265: 30–33
- 83– AUDIPOG, indicateurs de santé périnatale de 1994 à 2003–[http:// audipog. Inserm. Fr](http://audipog Inserm. Fr).
- 84– Edge V, Laros RK. Pregnancy outcome in nulliparous women 35 years or older. Am J Obstet Gynecol 1993; 168: 1881–5.
- 85–Tuck R, Yudking P, Turnbull L. Pregnancy outcome in elderly primigravidae with and without a history of infertility. Br Obstet Gynaecol 1988; 95: 230–7.
- 86–Hansen J. Older maternal age and pregnancy outcome: a review of the literature. Obstet Gynecol Surv 1986; 41: 726–42.
- 87–Gordon D, Milberg J, Daling J, Hickok D, et al. Advanced maternal age as a risk factor for cesarean delivery. Obstet Gynecol 1991; 77: 493–7.
- 88–Jolly M et al. The risks associated with pregnancy in women aged 35 years or older. Human Reproduction 2000 ; 15 :2433–2437.
- 89–Terence T et al. Advanced maternal age and post–partum hemorrhage – risk factor or red herring?. The Journal of Maternal–Fetal & Neonatal Medicine 2014 ; 27 : 243–246.

90–Haut Commissariat au Plan (HCP)

NOTE D'INFORMATION ,LA JOURNÉE INTERNATIONALE DE LA FEMME DU 8 MARS
2019

Disponible sur : https://www.hcp.ma/Note-d-information-du-Haut-Commissariat-au-Plan-a-l-occasion-de-la-journee-internationale-de-la-femme-du-8-mars-2019_a2297.html

91–Temmerman M, Vestraelen H, Martens G, Bekaert A. Delayed childbearing and maternal mortality. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol 2004; 114: 19–22

92– Prysak M, Lorenz RP, Kisly A. Pregnancy outcome in nulliparous women 35 years and older. Obstet Gynecol 1995 ; 85 : 65–70

93–Trastour*, S. Fayad*, A. Bongain* .Accoucher après 40ans . La Lettre du Gynécologue – n° 279 – février 2003

94–Guedjouma S. Grossesse et accouchement chez les femmes de 40 et plus à la maternité du CSREF CII du district de Bamako ,THESE : de médecine Bamako–Mali 2014

95–Berkowitz G, Skowron ML, Lapinski R, Berkowitz R. Delayed childbearing and the outcome of pregnancy. N.Engl J Med 1990; 322: 659–64.

96–Joseph KS, Allen AC, Dodds L, Turner LA et al. The perinatal effects of delayed childbearing. Obstet. Gynecol. 2005; 105: 1410–1418.

97–LUKE B ,BROWN M .Elevated Risks on pregnancy complications and adverse outcome with increasing maternal age .Hum Reproduction 2007:22:1264–72

98–Marie–Gaëlle Brunelliere. Le suivi de grossesse et l'accouchement chez les femmes de 43 ans et plus : étude rétrospective cas–témoin réalisée à la maternité du CHI de Sèvres du 1er janvier 2004 au 31 décembre 2011 : à propos de 114 cas. Gynécologie et obstétrique. 2013. dumas–00875247.

- 99-HAAVALDSEN C., SARFRAZ A. A., SAMUELSEN S. O., and ESKILD A. The impact of maternal age on fetal death: does length of gestation matter? *American Journal of Obstetrics and Gynecology* 2010; 203:554.e1-8.
- 100-Roman H, Robillard P-Y, Julien C, Kauffman, et al. Grossesse chez 382 femmes de plus de 40 ans : étude rétrospective dans la population de l'île de la Réunion. *J Gynecol Obstet Biol reprod* 2004 ; 33 : 615-22
- 101-Darbois Y, Boulanger MC. Les grossesses survenant après 40 ans sont-elles à haut risque? *Rev fr Gynecol Obstet* 1990 ; 85 : 158-60.
- 102-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

كلية الطب والصيدلة وطب الأسنان
FACULTÉ DE MÉDECINE, DE PHARMACIE ET DE MÉDECINE DENTAIRE



جامعة سيدي محمد بن عبد الله - فاس
UNIVERSITÉ SIDI MOHAMED BEN ABDELLAH DE FES

أطروحة رقم 22/128

سنة 2022

الحمل و الولادة لدى المنجبة الأولية المسنة الأكبر من 40 سنة (بصدد 120 حالة)

الأطروحة

قدمت و نوقشت علانية يوم 2022/03/30

من طرف

السيدة شيماء الزكي

لنيل شهادة الدكتوراه في الطب

الكلمات الأساسية

الحمل - الولادة - الأولية - خطورة

اللجنة

السيد مولاي عبد الإلاه ملهوف الرئيس

أستاذ في علم التوليد وأمراض النساء

السيدة فاطمة الزهراء الفضيلي العلوي المشرفة

أستاذة في علم التوليد وأمراض النساء

السيدة جايي صفية الأعضاء

أستاذة في علم التوليد وأمراض النساء

السيدة نسرين مموني الأعضاء

أستاذة في علم التوليد وأمراض النساء