

MINISTERE DES ENSEIGNEMENTS
SECONDAIRE SUPERIEUR ET DE
LA RECHERCHE SCIENTIFIQUE

REPUBLIQUE DU MALI
Un Peuple - Un But - Une Foi

FACULTE DE MEDECINE, DE PHARMACIE ET D'ODONTO-
STOMATOLOGIE DU MALI

ANNEE: 1995-1996

N° 13.

**SUIVI ET ACCOUCHEMENT DES
PRIMIPARES AGEES DANS LE SERVICE
DE GYNECO- OBSTETRIQUE
DE L'HOPITAL GABRIEL TOURE**

THESE

Présentée et soutenue publiquement le/...../1997

Devant

La Faculté de Médecine, de Pharmacie et d'Odonto-Stomatologie du Mali

Par

Mr YOUNBI Isaac Calvin

Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

(DIPLOME D'ETAT)

Jury:

PRESIDENT:

Professeur Amadou Ingre DOLO

MEMBRES:

Docteur Almahady DICKO

Docteur SY Aïda SOW

DIRECTEUR DE THESE:

Docteur Salif DIAKITE

FACULTE DE MEDECINE, DE PHARMACIE ET D'ODONTO-STOMATOLOGIE
ANNEE UNIVERSITAIRE 1996 - 1997

ADMINISTRATION

DOYEN: ISSA TRAORE- PROFESSEUR

1er ASSESSEUR: BOUBACAR S.CISSE - PROFESSEUR

2ème ASSESSEUR: AMADOU DOLO - MAITRE DE CONFERENCES AGREGE

SECRETAIRE GENERAL: BAKARY CISSE - MAITRE DE CONFERENCES

ECONOME: MAMADOU DIANE CONTROLEUR DES FINANCES

LES PROFESSEURS HONORAIRES

Mr Aliou BA

Mr Bocar SALL

Mr Souléymane SANGARE

Mr Yaya FOFANA

Mr Mamadou L.TRAORE

Mr Balla COULIBALY

Ophthalmologie

Ortho-Traumato.Sécourisme

Pneumo-ptisiologie

Hématologie

Chirurgie Générale

Pédiatrie

Liste du personnel enseignant par D.E.R & par grade

1. PROFESSEURS

Mr Abdel Karim KOUMARE

Mr Sambou SOUMARE

Mr Abdou Alassane TOURE

Mr Kalilou OUATTARA

Chef D E R de Chirurgie

Chirurgie Générale

Ortho-Traumatologie

Urologie

2. MAITRES DE CONFERENCES AGREGES

Mr Amadou DOLO

Mr Djibril SANGARE

Mr Abdel Kader TRAORE Dit DIOP

Mr Alhousséini Ag MOHAMED

Gynéco-Obstétrique

Chirurgie Générale

Chirurgie Générale

O. R. L.

3. MAITRES DE CONFERENCES

Mme SY Aissata SOW

Mr Salif Diakité

Gynéco-Obstétrique

Gynéco-Obstétrique

4. ASSISTANTS CHEFS DE CLINIQUE

Mr Mamadou L. DIOMBANA

Mr Abdoulaye DIALLO

Mme DIALLO Fatimata.S. DIABATE

Mr Abdoulaye DIALLO

Mr Gangaly DIALLO

Stomatologie

Ophthalmologie

Gynéco-Obstétrique

Anesth. - Réanimation

Chirurgie Générale

Mr Sékou SIDIBE
Mr Abdoulaye K. DIALLO
Mr Mamadou TRAORE
Mr Filifing SISSOKO
Mr Tiéman COULI BALY
Mme TRAORE J. THOMAS
Mr Nouhoum ONGOIBA

Ortho. Traumatologie
Anesthésie-Réanimation
Gynéco-Obstétrique
Chirurgie Générale
Ortho. Traumatologie
Ophtalmologie
Anatomie & Chirurgie Générale

5. ASSISTANTS

Mr Ibrahim ALWATA
Mr Sadio YENA

Ortho. Traumatologie
Chirurgie Générale

D.E.R. DE SCIENCES FONDAMENTALES

1- PROFESSEURS

Mr Daouda DIALLO
Mr Bréhima KOUMARE
Mr Siné BAYO
Mr Gaoussou KANOUTE
Mr Yéya T. TOURE
Mr Amadou DIALLO
Mr Moussa HARAMA

Chimie Générale & Minérale
Bactériologie-Virologie
Anatomie-Path. Histoembryologie
Chimie analytique
Biologie
Biologie Chef de D.E.R.
Chimie Organique

2. MAITRES DE CONFERENCES AGREGES

Mr Ogobara DOUMBO
Mr Anatole TOUNKARA

Parasitologie
Immunologie

3. MAITRES DE CONFERENCES

Mr Yénimégué A. DEMBELE
Mr Massa SANOGO
Mr Bakary M. CISSE
Mr Abdrahamane S. MAIGA
Mr Adama DIARRA

Chimie Organique
Chimie Analytique
Biochimie
Parasitologie
Physiologie

4. MAITRES ASSISTANTS

Mr Mahamadou CISSE
Mr Sekou F.M. TRAORE
Mr Abdoulaye DABO
Mr N'yenigie Simon KOITA
Mr Abdrahamane TOUNKARA
Mr Flabou BOUGOUDOOGO
Mr Amadou TOURE
Mr Ibrahim I. MAIGA
Mr Benoît KOUMARE

Biologie
Entomologie médicale
Malacologie, Biologie Animale
Chimie organique
Biochimie
Bactériologie
Histoembryologie
Bactériologie
Chimie Analytique

D.E.R.DE MEDECINE ET SPECIALITES MEDICALES

1. PROFESSEURS

Mr Abdoulaye Ag RHALY
Mr Aly GUINDO
Mr Mamadou K. TOURE
Mr Mahamane MAIGA
Mr Ali Nouhoum DIALLO
Mr Baba KOUMARE
Mr Moussa TRAORE
Mr Issa TRAORE
Mr Mamamdou M. KEITA

Med.Int. Chef D E R MEDECINE
Gastro-Enterologie
Cardiologie
Néphrologie
Médecine Inteme
Psychiatne
Neurologie
Radiologie
Pédiatrie

2. MAITRES DE CONFERENCES AGREGES

Mr Toumani SI DI BE
Mr Bah KEITA
Mr Boubacar DIALLO
Mr Dapa Aly DIALLO
Mr Somita KEITA
Mr Hamar A. TRAORE

Pédiatrie
Pneumo-Phtysiologie
Cardiologie
Hématologie
Dermato-Leprologie
Medecine Inteme

3. ASSISTANTS CHEFS DE CLINIQUE

Mr Abdel Kader TRAORE
Mr Moussa Y.MAIGA
Mr Bou DIAKITE
Mr Bougouzié SANOGO
Mr Mamady KANE
Mr Saharé FONGORO
Mr Bakoroba COULIBALY

Med . I nterne
Gastroenterologie
Psychiatne
Gastroenterologie
Radiologie
Néphrologie
Psychiatrie

4. ASSISTANTS

Mr Mamadou DEMBELE
Mr Adama D.KEITA
Mme Tatiana KEITA

Médecine Interne
Radiologie
Pédiatrie

D E R de SCIENCES PHARMACEUTIQUES

1 . PROFESSEURS

Mr Boubacar Sidiki CISSE

Toxicologie

2. MAITRES DE CONFERENCES AGREGES

Mr Arouna KEITA
Mr Ousmane DOUMBIA

Matière Médicale
Pharm.Chim. (Chef de D.E.R.)

3. MAITRES DE CONFERENCES

Mr Boulkassoum HAIDARA
Mr Elimane MARIKO

Législation
Pharmacologie

4. MAITRES ASSISTANTS

Mr Drissa DIALLO
Mr Alou KEITA
Mr Ababacar I. MAIGA

Matières Médicales
Galénique
Toxicologie

D.E.R. DE SANTE PUBLIQUE

1. PROFESSEUR

Mr Sidi Yaya SIMAGA

Santé Publique (chef D.E.R.)

2. MAITRE DE CONFERENCES AGREGÉ

Mr Moussa A. MAIGA

Santé Publique

3. MAITRES DE CONFERENCES

Mr Yanick JAFFRE
Mr Sanoussi KONATE

Anthropologie
Santé Publique

4. MAITRES ASSISTANTS

Mr Bocar G. TOURE
Mr Sory I. KABA

Santé Publique
Santé Publique

5. ASSISTANT

Mr Massambou SACKO

Santé Publique

CHARGES DE COURS & ENSEIGNANTS VACATAIRES

Mr Mamadou KONE
Mr Kaourou DOUCOURE
Mr N'Golo DIARRA
Mr Bouba DIARRA
Mr Salikou SANOGO
Mr Bakary I. SACKO
Mr Sidiki DIABATE
Mr Boubacar KANTE
Mr Souléymanne GUINDO
Mme DEMBELE Sira DIARRA
Mr Modibo DIARRA
Mme MAIGA Fatoumata SOKONA
Mr Nyamanto DIARRA
Mr Moussa I. DIARRA
Mr Mamadou Bakary DIARRA
Mme SIDIBE Aissata TRAORE
Mr Siaka SIDIBE

Physiologie
Biologie
Botanique
Bactériologie
Physique
Biochimie
Bi bliographie
Galénique
Gestion
Mathématiques
Nutrition
Hygiène du Milieu
Mathématiques
Biophysique
Cardiologie
Endocnnologie
Médecine Nucléaire

PERSONNEL D' ENCADREMENT (STAGES & TP)

Docteur Madani TOURE	H.G.T
Docteur Tahirou BA	H.G.T
Docteur Amadou MARIKO	H.G.T.
Docteur Baidi KEITA	H.G.T.
Docteur Antoine NIANTAO	H.G.T.
Docteur Kassim SANOGO	H.G.T.
Docteur Yéya I. MAI GA	I.N.S.R.P.
Docteur Chompere KONE	I.N.R.S.P.
Docteur Almahdy DICKO	P.M.I. SOGONINKO
Docteur Mohamed TRAORE	KATI
Docteur Resnikoff	IOTA
Docteur N'DIAYE F. N'DIAYE	IOTA
Docteur Hamidou B.SACKO	H.G.T.
Docteur Hubert BALIQUE	C.T. MSSPA
Docteur Sidi Yéhiya TOURE	H.G.T.
Docteur Youssouf SOW	H.G.T.

ENSEIGNANTS EN MISSION

Pr A.E.YAPO	BIOCHIMIE
Pr M.L.SOW	MED.LEGALE
Pr S.S.GASSAMA	BIOPHYSIQUE
PrD. BA	BROMATOLOGIE
Pr M.BADIANE	PHARMACIE CHIMIQUE
Pr B.FAYE	PHARMACODYNAMIE
Pr Eric PICHARD	PATHOLOGIE INFECTIEUSE
Dr G.FARNARIER	PHYSIOLOGIE

DEDICACES

- A Dieu le Père tout puissant:

Créateur du ciel et de la terre. Je te remercie pour m'avoir pas à pas guidé dans la réalisation de ce modeste travail.

Puisse cette thèse, par ta grâce, comme tant d'autres, apporter une lueur dans la recherche scientifique.

- A mon Père: Feu KAMDEM Jacob

Tu nous a laissé prématurément, créant ainsi un grand vide en nous et particulièrement en moi. Que ton âme repose en paix et que la terre te soit légère.

- A ma Mère NGUEMDJO Elisabeth

Qui ne m'a de cesse comblé de joie, d'affection et de tendresse.

Puises-tu considérer cet humble travail comme le fruit de tes conseils et la persévérance de tes sacrifices. Sois assurée, Maman, que pour mon affection et ma reconnaissance, mon silence serait plus éloquent.

Puisse le Très Haut veiller sur toi et te permettre de jouir très bientôt du tribut de ce travail.

- A mon Frère aîné KAMDEM Evariste

Ton soutien moral et matériel ne m'a jamais fait défaut tout le long de mes études malgré ta lourde responsabilité familiale. Puisse ce travail couronner la récompense de tes peines et soins éternels.

Sois assuré de mon affection et de mon estime.

- A mes Frères et Soeurs

GUIAKAM Marie;

POKAM KAMWA Joseph;

KAMWA Jean Paul;

KOUOKAM KAMDEM Jean Bosco;

MEMOYE Julienne.

Dont la proximité du soutien moral m'a permis de mener à bien ce travail.

Trouvez ici, mon attachement fraternel et sincère.

- A mes Oncles et tantes, Cousins et Cousines.

Veillez trouver ici l'expression de ma profonde gratitude et de ma sympathie.

- A la famille Drissa DIAKITE à Sogoniko.

Pour votre soutien moral et matériel pendant tout mon séjour au Mali, ma seconde patrie, ainsi que votre attention et votre attachement pour ma personne; je vous témoigne ici toute mon affection et toute ma reconnaissance.

- A mon Maître le Docteur Almahady DICKO et Madame.

Votre accueil chaleureux, votre soutien moral et matériel, votre abnégation, votre constante et indéfectible disponibilité m'ont favorablement impressionné.

Je sais ô combien vous être redevable et permettez-moi de vous dire que ma pensée ne saurait exprimer mon cœur.

- A tous les étudiants de la Faculté de Médecine, de Pharmacie et d'Odontostomatologie du Mali.

- A tous les membres du corps professoral de Faculté de Médecine, de Pharmacie et d'Odonto-Stomatologie, particulièrement à ceux qui ont contribué à consolider mon bagage intellectuel.

- A tout le personnel du service de gynéco-obstétrique de l'hôpital Gabriel Touré.

Veillez trouver ici l'expression de mon profond souvenir.

A tous et à chacun merci.

REMERCIEMENTS

- A tout le peuple malien

Le peuple camerounais, par ma voix, exprime toute sa reconnaissance pour votre hospitalité sans faille.

- A toute la communauté camerounaise au Mali.

- A toutes les communautés étrangères au Mali.

- A tous les étudiants de ma promotion.

- Aux familles : KEBE à Souleimanibougou; DIALLO à Darsalam; DOUMBIA à Garantiguibougou.

Pour l'accueil que vous m'avez réservé depuis mon arrivée à Bamako. Trouvez ici l'expression de ma profonde gratitude.

- Aux Docteurs:

Hamadoun GARBA: Spécialiste en Gynéco-Obstétrique

Seydou DIARRA: Spécialiste en Gynéco-Obstétrique

Cheick Tidiane DIALLO

Mohamed THIERO

Sanoussi SANGHO

Mohamed BALAYIRA

Yacouba COULIBALY

Pour le soutien constant et les sages conseils que vous m'avez prodigués.

Je vous en serai toujours reconnaissant.

- A mes Maîtres de service:

Docteur Salif DIAKITE

* Maître de conférence de Gynéco-Obstétrique à la Faculté de Médecine, de Pharmacie et d'Odonto-Stomatologie du Mali.

* Secrétaire général du syndicat national de la santé

Docteur Almahady DICKO

PHD en Gynéco-Obstétrique.

Chef de service de Gynéco-Obstétrique de l'hôpital Gabriel Touré.

Docteur Oumar Cherif HAIDARA

Spécialiste en Gynéco-Obstétrique

Docteur Mme OUANE Astou N'DIAYE

Spécialiste en Gynéco-Obstétrique

Docteur Mme PLEAH Tsigue

Médecin généraliste faisant fonction de gynécologue

Mon séjour dans votre unité de service constitue un de mes meilleurs et exaltants souvenirs.

J'ai été comblé de vos critiques constructives. Cette thèse est la résultante de votre sens élevé du travail bien accompli et votre souci de formateur. Je vous exprime toute ma reconnaissance et mon admiration.

- A mes aînés, les Docteurs

Samba SYLLA

Mme TRAORE Fatoumata KOITA

Abdramane SAMAKE

Alassane TRAORE

Drissa KONATE

Abdoul Salam S. DRAME

Toute ma gratitude pour l'esprit de collaboration dont vous ne cessez de me faire preuve.

- A mes confrères, les Thésards:

Abdoul Karim Z. TRAORE

Soumana O. TRAORE

Desse DIARRA

Famakan KANE

Adame CAMARA

Boureima TOLOFOUNDIE

Idrissa G. COULIBALY

Modibo M. SOUMARE

Amadou NIAMBELE

El hadj Seydou DEMBELE

John DANG

Amadou CISSE

Puisse cette thèse être le reflet de l'esprit de cordialité et de sympathie que vous m'avez témoignés. Merci et bon courage !

- A mes amis, frères et soeur:

Docteur Bernard CHETCHA

Youssouf SIDIBE

Dieudonné PETONG

Bertrand NFOMEN

Bertrand TCHOMBOU

Augustin NGANDJUI

Aimé Sylvain NGUEMTO

Timothé NTOUBA

Esperance YONKE

Les frères ne sont pas toujours ceux qui sortent des mêmes entrailles.

Puisse Dieu Tout Puissant consolider d'avantage nos liens et nous prêter longue vie.

- A mon amie Zeina TRAORE

Ton souci constant de réduire la distance malgré l'éloignement physique, ta sincère préoccupation pour la bibliographie adéquate à la structuration de ce travail ainsi que ton attention de chaque instant me sont mémorables.

Devines ici ce que je ne puis toujours exprimer.

- A toutes les primipares âgées :

Formulons le vœu que ce travail puisse modestement servir aux hommes de sciences, afin que les problèmes posés par la primiparité tardive soient bannis à jamais.

Aux Membres du Jury

- A Notre Maître et Président du Jury:

Le Professeur Amadou Ingre DOLO

Professeur agrégé de Gynéco-obstétrique

Deuxième assesseur à la Faculté de Médecine de Pharmacie et d'Odonto-Stomatologie du Mali.

Chef de service de Gynéco-Obstétrique à l'hôpital national du Point « G ».

Président de la Société Malienne de Gynéco-Obstétrique

Vous nous faites ce jour un grand honneur et un réel plaisir en acceptant malgré vos multiples occupations de présider notre jury.

Votre rigueur scientifique, votre sérieux dans le travail et bien d'autres qualités encore font de vous un maître exemplaire. Vos enseignements et votre personnalité nous marqueront indéfiniment. En outre, vous êtes pour les jeunes une source inépuisable de connaissance, et votre longue expérience n'est jamais en défaut lorsqu'il s'agit d'évoquer un exemple de cas particulier démonstratif.

Recevez par ce travail le témoignage de notre profonde reconnaissance.

- A Nôtre Maître Docteur Almahady DICKO
PHD en Gynéco-Obstétrique
Chef de service de Gynéco-Obstétrique à l'hôpital Gabriel Touré

Un long stage dans votre service nous a permis de mesurer l'étendue de vos connaissances en Gynéco-Obstétrique.

Votre intelligence fine et votre érudition constituent un enrichissement permanent pour un esprit curieux. En outre, vous aimez votre travail et vous savez apporter aux patientes en plus de vos connaissances gynéco-obstétricales, cette chaleur humaine dont elles ont tant besoin.

Croyez en notre infinie reconnaissance pour tout ce que vous nous avez appris. Nous vous remercions encore pour ce que vous nous avez fait et souhaitons ne jamais décevoir votre confiance.

A Nôtre Maître Docteur SY Aïda SOW
Maître de conférence de Gynéco-Obstétrique à la Faculté de Médecine , de Pharmacie et
d'Odonto-Stomatologie
Chef de service à la Maternité de Missira.

C'est un réel plaisir pour nous de vous voir siéger parmi les membres de notre jury. Votre rigueur scientifique, votre probité, votre entière disponibilité, la qualité de votre enseignement ont suscité notre profonde admiration.

En jugeant cette thèse, vous témoignez encore, une fois de plus, de votre attachement à la réussite de vos étudiants. Permettez nous, cher maître, de vous exprimer toute notre gratitude et notre profond respect.

- A Notre Maître et Directeur de Thèse

Docteur Salif DIAKITE

Maître de Conférence de Gynéco-Obstétrique à la faculté de Médecine, de Pharmacie et d'Odonto-Stomatologie

Secrétaire Général du Syndicat national de la Santé.

Vous nous faites un grand honneur de nous compter parmi vos élèves. Votre choix comme notre directeur de thèse n'a pas été un fait du hasard.

En effet, lors de notre stage pratique de quatrième année dans votre service, nous avons été profondément marqués par votre sens du devoir bien fait, votre rigueur scientifique et votre dextérité chirurgicale.

Vos qualités d'enseignant juste et dévoué font de vous un guide , un exemple à suivre.

Soyez assuré, cher maître, que par le savoir que nous avons hérité de vous, nous porterons haut le flambeau de la Faculté de Médecine, de Pharmacie et d'Odonto-Stomatologie partout où besoin sera.

Trouvez ici l'expression de notre admiration et notre profond respect.

SOMMAIRE	Page
I- INTRODUCTION	1
II- GENERALITES	2
1- Définition	2
2- Epidémiologie	2
3- Anomalies génétiques et malformatives chez les primipares âgées	4
4- Amniocentèse	6
5- Prélèvement des villosités choriales	9
6- Complications liées à la grossesse	9
7- Complications liées à l'accouchement	10
III- NOTRE ETUDE	11
1- Matériel d'étude	11
2- Méthode d'étude	15
IV- RESULTATS	17
1- Aspect épidémiologique	17
2- Conception	21
3- Situation familiale	23
4- Contraception	23
5- Surveillance obstétricale	23
V- COMMENTAIRES ET DISCUSSIONS	34
1- Aspects épidémiologiques	34
2- Conception	37
3- Situation familiale	38
4- Contraception	38
5- Surveillance obstétricale	38
6- Pronostic foeto-maternel de la primiparité tardive	46
VI- CONCLUSION	49
VII- RECOMMANDATIONS	50
REFERENCES:	53
RESUME	

I- INTRODUCTION

I- INTRODUCTION

La grossesse et l'accouchement chez la primipare, et, plus particulièrement, la primipare âgée semble préoccuper les obstétriciens depuis de très longues dates.

Déjà en 1668, dans son traité intitulé « *les maladies des femmes grosses et des accouchées* », MAURICEAU (42) parlait des difficultés de l'accouchement chez la primipare.

Plus tard, en 1821, Madame LA CHAPELLE (29) confirma l'opinion selon laquelle « *Il n'est pas un accoucheur, qui ne redoute un premier accouchement chez une femme de 30 à 40 ans. Il n'est pas femme de cet âge qui ne voit avec effroi arriver le moment de sa première couche* ».

Par la suite, c'est au début du 19ème Siècle que les observations se firent de plus en plus nombreuses, essayant ainsi de mettre en exergue les particularités sur la grossesse et l'accouchement entre la primipare et la primipare âgée.

Etant donné que jusqu'à nos jours, aucune étude similaire n'avait été réalisée au Mali, nous avons trouvé nécessaire de faire une mise au point sur le déroulement de la grossesse et de l'accouchement chez la primipare âgée à la Maternité de l'hôpital Gabriel Touré, afin de faire paraître les difficultés que connaît la femme âgée lors de sa première grossesse et de son premier accouchement.

Pour ce fait, notre objectif général est l'étude du suivi et de l'accouchement des primipares âgées dans le service de gynécologie et obstétrique de l'hôpital Gabriel Touré.

Et pour réaliser ce travail nous nous sommes fixés comme objectifs spécifiques:

- de déterminer la fréquence des complications de la grossesse et de l'accouchement chez la primipare âgée;
- de déterminer la tranche d'âge et la couche sociale la plus concernée par ces complications;
- de déterminer le risque et le pronostic péri et néonatal des nouveau-nés.

II- GENERALITES

II- GENERALITES

1- DEFINITION

La primipare se définit comme étant la femme qui accouche pour la première fois et dont la grossesse a atteint un âge gestationnel d'au moins 28 semaines d'aménorrhée (41).

Entendons aussi par primigeste la femme enceinte pour la première fois (41).

Différents auteurs ont proposé comme primipare âgée, les parturientes qui ont soit 30 ans, soit 35 ans, soit même 40 ans.

Ainsi, si le vocabulaire obstétrical classique qualifiait d'âgée une primipare de 30 ans; de nos jours, les auteurs semblent avoir une unanimité pour le seuil d'âge de 35 ans. (2, 11, 27, 55).

Le premier cas de primipare âgée remonte à la Bible. En effet, SARAH mit ISAAC au monde à l'âge de 90 ans (59). Cependant, s'il est évident qu'actuellement les accouchements au delà de 50 ans sont exceptionnels, force est de reconnaître que la fréquence des observations rapportées augmente lorsqu'on se rapproche de 40 ans.

2- EPIDEMIOLOGIE

La grossesse et l'accouchement chez la primipare âgée constituent un risque, et, leur fréquence augmente considérablement dans les pays industrialisés. Ceci s'explique certainement par une modification du mode de vie et des idéaux de la population féminine (56).

Pour ce qui est des pays en voie de développement, cela s'explique par la modernisation sans cesse croissante de la population féminine.

2-1- Fréquence:

Par rapport à la dernière décennie, on note une augmentation considérable du nombre de primipares âgées. Ceci s'explique par l'émancipation sans cesse plus affirmée de la population féminine, le besoin de réussite professionnelle retardant souvent l'âge de la première grossesse (28).

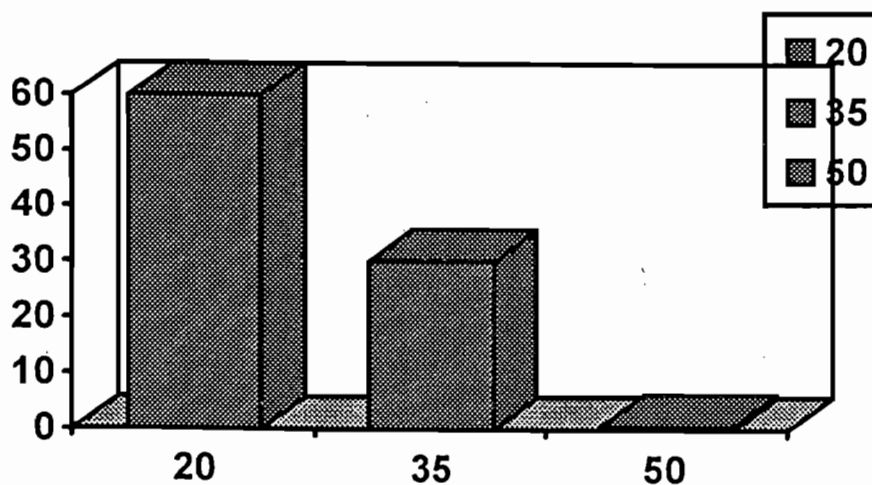
Il est également probable grâce à la contraception, que les naissances tardives soient de plus en plus des naissances désirées; ce qui constitue également un fait nouveau par rapport aux décennies antérieures (28).

D'une manière générale, le taux de fécondité est estimé à (4, 37):

- 20 ans: 60%
- jusqu'à 35 ans: 30-60%
- 50 ans et plus: Négligeable.

Le graphique suivant illustre la variation du taux de fécondité en fonction de l'âge chez la femme.

Taux de fécondité en fonction de l'âge



Ce faible taux s'explique par la baisse de fécondité qu'entraînent les troubles de l'ovulation (Dysovulation, anovulation) ainsi que la diminution de la réserve ovulatoire en fonction de l'âge.

2-2- Conditions socio-économiques:

Les primipares âgées appartiennent le plus souvent à un milieu socio-économique élevé. Ce sont généralement des femmes qui ont une activité professionnelle correspondant à un niveau d'étude relativement avancé (56).

Cependant, la grossesse peut aussi survenir au détour d'un mariage tardif, d'une stérilité découverte et prise en charge tardivement, ou d'une stérilité découverte tôt et dont la prise en charge a duré plusieurs années, ou même comme dans certaines cultures africaines, d'un pacte passé entre certaines jeunes filles appartenant à certains clans avec les sociétés secrètes.

Il en découle donc que les patientes à bas niveaux socio-économiques sont les moins représentatives et que, plus la parité augmente, plus cette proportion augmente (56).

Les multipares sont donc majoritaires, souvent issues des milieux socio-économiques peu favorisés et des milieux ruraux, mais, il peut aussi s'agir d'une grossesse souhaitée comme cela est souvent le cas dans les populations de religion musulmane (56).

3- ANOMALIES GENETIQUE ET MALFORMATIVES CHEZ

LES PRIMIPARES AGEES:

3-1- Anomalies génétiques:

Les trisomies 21, 13, 18, le syndrome de Klinefelter et le syndrome Triplo X (XXX) représentent chacun près de la moitié des anomalies chromosomiques observées avec une incidence évaluée à (56):

- 1,09% des naissances à partir de 38-39 ans;
- 2,95% des naissances à 44 ans;
- 10% des naissances à 49 ans.

Ce pourcentage restant presque insignifiant chez l'ensemble des primipares, soit 1,45‰ des naissances.

Après 47 ans, on remarque que l'incidence des trisomies et des syndromes de Turner diminue; ce qui serait en rapport avec un taux élevé d'avortements de foetus trisomiques.

3-2- Anomalies malformatives:

Pour ce qui concerne les complications malformatives, on citera (19):

- les malformations cardiaques;
- les becs-de-lièvre avec fente palatine;
- les malformations ano-rectales;
- les fentes palatines sans bec de lièvre;
- les syndactylies;
- le spina bifida
- les polydactilies.

L'imagerie ultrasonographique nous permet de nos jours de mettre en évidence les anomalies morphologiques, qu'elles soient isolées ou associées à des aberrations chromosomiques.

Chez la primipare à partir de 35 ans, le diagnostic anténatal permet de dépister certaines anomalies chromosomiques. Mais malheureusement, une seule femme sur deux en Europe concernée par cette indication accède à la réalisation d'un caryotype foetal. Pour ce diagnostic, deux techniques ont été proposées (56):

- l'amniocentèse précoce (échoguidée);
- le prélèvement des villosités choriales;

Bien qu'il nous ait été impossible de pratiquer l'amniocentèse chez nos patientes, il nous est tout de même nécessaire d'apporter une lumière sur sa technique, ses indications, ses incidents, ses accidents.

4-) AMNIOCENTESE:

4-1- Technique et indications (20):

* Sa technique consiste à faire la ponction de liquide amniotique par voie transabdominale; ceci pour deux raisons fondamentales:

- Le diagnostic anténatal de malformation foetale qui fait appel à l'amniocentèse précoce et surtout à l'amniocentèse à indication orientée;

- La surveillance des grossesses pathologiques par l'amniocentèse tardive.

L'amniocentèse précoce (21) est effectuée entre la 15ème et la 17ème semaine d'aménorrhée sous contrôle échographique et, consiste en un prélèvement du liquide amniotique en vue du dépistage d'une aberration chromosomique.

L'amniocentèse tardive (échoguidée) (45), pratiquée dans les trois derniers mois de la grossesse vise à:

- suivre l'évolution d'une allo-immunisation Rhésus (la prévention ici est systématique par l'injection de gammaglobulines anti-D);

- reconnaître l'apparition d'une souffrance foetale;

- apprécier la maturité foetale in-utéro.

* Ses indications sont: (amniocentèse précoce)

- aberrations chromosomiques

- maladies métaboliques à transmission autosomique récessive

- maladies récessives liées au sexe

- anomalies du tube neural.

L'amniocentèse à indication orientée se fait dans la deuxième moitié de la grossesse et, s'adresse surtout aux femmes chez qui on évoque une possibilité de malformation lors de la surveillance de la grossesse.

Technique de prélèvement:

Elle consiste à prélever de manière aseptique 20 ml de liquide amniotique sur la ligne ombilico-pubienne, 6 à 8 cm au dessus de la symphyse pubienne, perpendiculairement au muscle utérin, avec une profondeur variant entre 4 et 8 cm sous contrôle échographique. Le liquide amniotique ainsi prélevé est immédiatement envoyé au laboratoire de cytogénétique.

4-2- Incidents et accidents (17):

Ils ont été respectivement ainsi dénombrés:

- Incidents:

- * échec de ponction,
- * insuffisance de liquide amniotique prélevé,
- * prélèvement sanglant,
- * liquide brunâtre,
- * échec de culture après une première ponction.

- Accidents:

- * avortement spontané,
- * mortalité périnatale,
- * morbidité foetale,
- * allo-immunisation rhésus, (dont la prévention se fait systématiquement par l'injection de gammaglobulines anti-D),
- * morbidité maternelle.

4-3- Amniocentèse tardive: Technique, Indications et Incidents

(13):

- Sa technique est semblable à celle de l'amniocentèse précoce à quelques différences près:

* Plusieurs lieux de ponction sont possibles en fonction de la présentation.

* La mise en observation pendant 48 heures est indispensable.

- Ses indications sont les suivantes:

* Allo-immunisation rhésus,

* exploration morphologique du fœtus,

* déclenchement du travail,

* souffrance fœtale chronique,

* maturité fœtale in-utéro.

- Ses incidents sont les suivants:

* échec de ponction

* liquide sanglant.

4-4- Risques foeto-maternels de l'amniocentèse (32):

1- Risque foetal:

* mortalité,

* blessure (s),

* hémorragie,

* infection amniotique,

* prématurité iatrogène,

- * rupture prématurée des membranes,
- * allo-immunisation.

2- Risques maternels:

- * mortalité maternelle
- * morbidité maternelle.

5- PRELEVEMENT DES VILLOSITES CHORIALES:

Il est réalisé en ambulatoire, sous contrôle échographique, vers la 8ème - 10ème semaine, le plus souvent par biopsie transcervicale à la pince, mais aussi par la ponction échoguidée transpariétale.

Ici, le risque d'avortement est quelque peu élevé et il est évalué environ à 1% (56).

Outre les indications de l'amniocentèse, la choriocentèse permet conjointement de faire le diagnostic d'autres anomalies comme le spina bifida ou la mucoviscidose.

6- COMPLICATIONS LIEES A LA GROSSESSE (41, 52, 54, 59):

La primiparité constitue un facteur de risque indiscutable, en raison des pathologies pouvant émailler le bon déroulement de la grossesse. Plusieurs complications peuvent survenir:

- * avortements spontanés;
- * grossesse extra-utérine et molle hydatiforme,
- * hypertension artérielle
- * accouchement prématuré
- * toxémie gravidique
- * hématome rétro-placentaire
- * fibrome utérin

- * insertion basse du placenta
- * prise de poids pendant la grossesse
- * grossesse multiple.

7- COMPLICATIONS LIEES A L'ACCOUCHEMENT (56, 59):

Au déroulement de l'accouchement peuvent se greffer des complications suivantes:

- * les dystocies (dynamiques ou cervicales),
- * les bassins (limites ou rétrécis), encore appelés dystocies osseuses
- * les anomalies de présentation,
- * la rupture prématurée des membranes,
- * la procidence du cordon,
- * la souffrance foetale,
- * la mortalité foetale,
- * la morbidité foetale.

III- NOTRE ETUDE

III- NOTRE ETUDE

MATERIEL ET METHODE D'ETUDE

1- MATERIEL D'ETUDE:

1-1- Cadre d'étude:

Notre étude a été effectuée à la maternité de l'hôpital Gabriel Touré. Cet hôpital fut d'abord le dispensaire central, jusqu'en 1959, puis il fut baptisé hôpital Gabriel Touré en hommage à un étudiant malien décédé à Dakar (SENEGAL) lors d'une épidémie de charbon.

L'hôpital Gabriel Touré, dit de référence, fait parti du sommet de la pyramide sanitaire dans la République du Mali tout comme l'hôpital national du Point « G » et l'hôpital de Kati.

Le service de gynéco-obstétrique de l'hôpital Gabriel Touré renferme plusieurs unités de service dont voici les composantes:

- la maternité
- la gynécologie
- le planning familial.

1-2- Organisation du service de gynécologie et obstétrique:

a) Personnel:

Le personnel est composé comme suit:

- quatre médecins gynécologues dont un chef de service,
- un médecin généraliste faisant fonction,
- huit médecins stagiaires non titularisés,

- dix stagiaires,
- vingt six sages-femmes dont une sage-femme maîtresse,
- quatre aides chirurgiens dont deux infirmiers d'état et deux infirmiers du premier cycle,
- cinq infirmiers d'état dont trois majors,
- six infirmiers du premier cycle
- cinq manoeuvres.

b) Infrastructures:

Le service de gynécologie et obstétrique de l'hôpital Gabriel Touré se divise en trois unités telles qu'elles sont citées plus haut.

- La maternité:

Elle comprend quatre sous-unités:

- * La sous-unité accouchement,
- * la sous-unité suites de couches,
- * la sous-unité réanimation,
- * la sous-unité césarienne.

Pour l'accouchement, on note:

- * une grande salle contenant quatre tables d'accouchement,
- * une petite salle contenant une table d'accouchement.

Pour les suites de couches, il y a une grande salle contenant sept lits.

Pour la réanimation, une salle contenant trois lits.

Pour la césarienne:

- * trois grandes salles d'hospitalisation renfermant chacune douze lits
- * deux petites salles (première catégorie) renfermant chacune deux lits.

- La Gynécologie:

Cette unité de service comprend:

- * une grande salle dotée de douze lits,
- * une petite salle contenant six lits,
- * une salle de soins.

- Le planning familial:

Cette unité comporte:

- * un bloc opératoire pour ligature des trompes,
- * une salle pour consultation et distribution des contraceptifs,
- * une salle pour éducation familiale.

Le service de gynéco-obstétrique renferme en plus:

- * trois bureaux dotés chacun d'une salle de consultation,
- * deux bureaux pour consultation externe et dont les consultations se font suivant un système de rotation entre médecins et stagiaires,
- * un bureau pour les stagiaires,
- * un bureau pour la sage-femme maîtresse et son adjoint,
- * un bureau pour le major de la gynécologie,
- * un bureau pour le major de la césarienne,
- * cinq salles de garde dont:
 - + trois pour les infirmières de la gynécologie, la césarienne et la maternité,
 - + une pour les sages-femmes
 - + une pour les manoeuvres.
- * une salle de consultation prénatale et de vaccination,

- * une salle de bain pour les nouveau-nés,
- * cinq salles de toilettes dont une réservée aux patientes hospitalisées,
- * un bloc opératoire renfermant une table d'opération où se déroulent toutes les opérations d'urgences du service,
- * une salle pour stérilisation des instruments chirurgicaux.

c) Activités quotidiennes:

- Les consultations externes sont assurées par les médecins et leurs stagiaires dans les deux boxes suivant un calendrier bien précis.
- Les journées du mardi et du jeudi sont réservées au programme opératoire de la gynécologie.
- Les permanences hebdomadaires sont assurées par les médecins et leurs stagiaires, suivant un système de rotation.
- Les gardes sont assurées par les médecins et leurs stagiaires suivant un calendrier mensuel dûment établi par le chef de service.
- Les visites dans les salles d'hospitalisation se font quotidiennement par les médecins et leurs stagiaires suivant un système de rotation.
- Les accouchements, que ce soit de jour comme de nuit, sont assurés par deux équipes de deux sages-femmes qui se relaient chaque 12 heures et qui font appel au médecin de permanence en cas de nécessité.
- Les soins aux nouveau-nés et aux malades hospitalisés sont assurés par les infirmières.
- Les manoeuvres, organisés par équipe de deux, veillent sur l'entretien des locaux et le transport des malades.
- Les staffs se déroulent quotidiennement avant le début des activités et, sont dirigés par les médecins titulaires.
- Les activités du planning familial sont assurées par un médecin, les sages-femmes et les filles de salle.

II- METHODE D'ETUDE:

Il s'agit d'une étude prospective, portant sur les patientes âgées de 30 ans et plus, ayant contacté une première grossesse évolutive d'âge gestationnel supérieur ou égal à 28 semaines d'aménorrhée. Cette étude s'est étendue sur douze mois; période allant du 1er Novembre 1995 au 31 Octobre 1996.

La population étudiée est constituée comme suit:

- les patientes ayant été suivies dans le service,
- les patientes venues d'elles-mêmes en fin de leur grossesse et non suivies dans le service,
- les patientes référées d'autres formations sanitaires.

Un support de données a servi pour le recueil des données épidémiologiques, cliniques, gynéco-obstétricales, évolutives de la grossesse et de l'accouchement de nos patientes. Ces données sont:

- * l'interrogatoire;
- * le bilan clinique et paraclinique;
- * le carnet de consultation prénatale;
- * le partogramme.

De ces données ont découlé les paramètres suivants:

Age, Ethnie, Provenance, Niveau d'instruction, Profession, Etat matrimonial, Conception, Contraception, Surveillance obstétricale, Accouchement, suites de couche.

III- CRITERES D'INCLUSION ET D'EXCLUSION

1- Critères d'inclusion:

Ont été incluses dans notre étude:

- Toutes les patientes âgées de 30 ans et plus, dont leur première grossesse évolutive a atteint un âge gestationnel d'au moins 28 semaines.
- Toutes les patientes âgées de 30 ans et plus, dont leur première grossesse évolutive a atteint un âge gestationnel d'au moins 28 semaines et dont les antécédents obstétricaux font état d'avortements spontanés ou provoqués.
- Toutes les primipares âgées ayant accouché dans le service.

2- Critères d'exclusion:

Ces critères ont concerné toutes les patientes n'ayant pas répondu aux critères ci-dessus cités. Il s'agit:

- De toutes les multipares,
- De toutes les primipares âgées de moins de 30 ans.
- Des primipares âgées arrivées vers la fin de la période d'étude et qui ont accouché au delà de cette période.

IV- RESULTATS

IV- RESULTATS:

Une analyse judicieuse de nos données nous ont permis d'arriver aux résultats suivants:

1- Aspects épidémiologiques:

a) Effectif:

Il en a résulté un total 771 primipares parmi lesquelles 54 primipares âgées et 717 primipares non âgées. Il a été observé pendant la même période 4667 accouchements, soit une incidence de primipare non âgée de 15,36% et de primipare âgée égale à 1,16%.

b) Age:

Tableau I: Répartition des patientes selon leur tranche d'âge:

Age	Effectif	Pourcentage
30-34 ans	38	70,37
35-39 ans	11	20,37
40 ans et plus	5	9,26
Total	54	100

c) Ethnie:**Tableau II:** Répartition des patientes selon leur ethnie:

Ethnie	Effectif	Pourcentage
Bambara	42	77,77
Peulh	4	7,41
Malinké	3	5,55
Sarakolé	2	3,70
Dogon	1	1,85
Bozo	1	1,85
Sonrhäi	1	1,85
Total	54	100

d) Provenance:**Tableau III:** Répartition des patientes selon la provenance:

Provenance	Effectif	Pourcentage
District de Bamako	45	83,35
Ségou	2	3,70
Sikasso	2	3,70
Kayes	1	1,85
Koulikoro	1	1,85
Kati	1	1,85
Mopti	1	1,85
Autre	1	1,85
Total	54	100

Autre: Nous avons reçu une patiente en provenance du Gabon.

e) Niveau d'instruction:**Tableau IV: Répartition des patientes selon leur niveau d'instruction:**

Niveau d'instruction	Effectif	Pourcentage
Etude supérieur	25	46,30
Etude secondaire	15	27,78
Etude primaire	5	9,26
Alphabétisation fonctionnelle	7	12,96
Analphabète	2	3,70
Total	54	100

f) Profession:**Tableau V: Répartition des patientes selon leur profession:**

Profession	Effectif	Pourcentage
Cadres supérieurs	6	11,11
Cadres moyens	29	53,70
Commerçantes	5	9,26
Aucune	14	25,93
Total	54	100

g) Etat matrimonial**Tableau VI: Répartition des patientes en fonction de leur état matrimonial**

Etat matrimonial	Effectif	Pourcentage
Mariées	52	96,30
Célibataires	2	3,70
Total	54	100

Tableau VII: Répartition des patientes selon l'ancienneté du mariage:

Années de mariage	Patientes	Pourcentage
< 5 ans	27	51,92
$5 \leq A < 10$ ans	11	21,15
$10 \leq A < 15$ ans	9	17,31
$A \geq 15$ ans	5	9,62
Total	52	100

2- La Conception:**2-1- Mode de survenue de la grossesse:**Tableau VIII: Répartition des patientes selon le mode de survenue de leur grossesse:

Mode de survenue de la grossesse	Effectif	Pourcentage
Après traitement	34	62,96
Sans traitement	20	37,04
Total	54	100

2-2- Lieux de prise en charge:Tableau IX: Répartition des patientes selon le mode de prise en charge:

Mode de prise en charge	Effectif	Pourcentage
Médecine Moderne	20	58,82
Médecine traditionnelle / Moderne	8	23,23
Médecine Traditionnelle	5	14,71
Médecine Moderne/ Traditionnelle	1	2,94
Total	34	100

2-3- Durée du traitement de l'infécondité :**Tableau X:** Répartition des patientes selon la durée du traitement:

Durée du traitement	Effectif	Pourcentage
Moins de 1 an	18	52,94
Entre 1 et 5 ans	10	29,41
Entre 5 et 10 ans	3	8,83
Entre 10 et 15 ans	2	5,88
Plus de 15 ans	1	2,94
Total	34	100

2-4- Conjoints:**Tableau XI:** Répartition en fonction des patientes dont les conjoints ont répondu à l'appel des médecins pendant leur traitement: (Médecine moderne).

Appels	Effectif	Pourcentage
Répondus	6	20,69
Non répondus	23	79,31
Total	29	100

Tableau XII: Répartition des conjoints selon leur spermogramme:

Spermogramme	Effectif	Pourcentage
Normal	5	83,33
Pathologique	1	16,67
Total	6	100

3- Situation familiale:

Tableau XIII: Répartition des patientes en fonction de leur situation familiale :

Situation familiale	Effectif	Pourcentage
Cellule familiale stable	11	32,35
Cellule familiale instable	10	29,41
Polygamie	8	23,53
Menace de divorce	5	14,71
Total	34	100

4- Contraception:

Tableau XIV: Répartition des patientes selon leur antécédent de contraception:

Contraception	Effectif	Pourcentage
Oui	17	85
Non	3	15
Total	20	100

5- Surveillance obstétricale:

5-1- Consultations prénatales:

Tableau XV: Répartition des patientes selon leur consultation prénatale:

Consultation prénatale	Effectif	Pourcentage
Oui	54	100
Non	0	0
Total	54	100

a) Lieux de consultation prénatale:**Tableau XVI:** Répartition des patientes suivant leur lieu de consultation prénatale:

Lieu	Effectif	Pourcentage
Dans le service	43	79,63
En dehors	11	20,37
Total	54	100

b) terme de la grossesse à l'arrivée dans le service:**Tableau XVII:** Répartition des patientes selon le terme de la grossesse à la première visite:

Terme de la grossesse	Effectif	Pourcentage
3ème Trimestre	30	55,55
2ème Trimestre	8	14,82
1er trimestre	5	9,26
A terme	11	20,37
Total	54	100

c) Fréquence de consultation prénatale (9):**Tableau XVIII: Répartition des patientes en fonction du nombre de consultation prénatale:**

Nombre consultation prénatale	Effectif	Pourcentage
N > 4	49	90,74
N ≤ 4	5	9,26
N = 0	0	0
Total	54	100

d) Présentation du foetus:**Tableau XIX: Répartition des patientes selon la présentation du foetus:**

Présentation	Effectif	Pourcentage
Céphalique	49	90,74
Siège	3	5,55
Transversale	2	3,71
Total	54	100

5-2- Complications pendant la grossesse:**Tableau XX: Répartition des patientes en fonction des complications au cours de la grossesse:**

Complications	Effectif	Pourcentage
Toxémie gravidique	6	11,11
Fibrome utérin	5	9,26
Placenta praevia	3	5,55
Hématome retro-placentaire	2	3,70
Rupture prématurée des membranes	2	3,70
Hypertension artérielle	1	1,85
Aucun	35	64,82
Total	54	100

5-3- Accouchement:**a) Complications pendant l'accouchement:****Tableau XXI:** Répartition des patientes en fonction des complications survenues en salle de travail:

Complications	Effectif	Pourcentage
Dystocie dynamique	5	16,13
Dystocie cervicale	3	9,69
Présentation haute	3	9,69
Disproportion foeto-pelvienne	3	9,69
Arrêt de progression	1	3,22
Procidence du cordon battant	1	3,22
Présentation de face	1	3,22
Procidence du bras	1	3,22
Temps d'expulsion prolongée	1	3,22
Aucune	12	38,70
Total	31	100

NB: Nos 23 patientes ayant bénéficié des césariennes prophylactiques ne font pas partie du tableau 21:

b) Voie d'accouchement:

Tableau XXII: Répartition des parturientes en fonction de la voie d'accouchement et par rapport aux primipares jeunes:

Voie d'accouchement	Primipares âgées		Primipares jeunes	
	Effectif	%	Effectif	%
Voie basse	15	27,78	670	93,45
Voie haute	39	72,22	47	6,55
Total	54	100	717	100

c) Types d'accouchement par voie basse:

Tableau XXIII: Répartition des parturientes en fonction du type d'accouchement par voie basse:

Type d'accouchement	Effectif	Pourcentage
Accouchement eutocique	12	80
Accouchement dystocique	3	20
Total	15	100

Tableau XXIV: Répartition des parturientes en fonction de l'épisiotomie

Episiotomie	Effectif	Pourcentage
Oui	12	80
Non	3	20
Total	15	100

d) Manoeuvres obstétricales:

Tableau XXV: Répartition des parturientes en fonction des manoeuvres obstétricales pendant l'accouchement dystocique:

Manoeuvres	Effectif	Pourcentage
Forceps	3	100
Autres	0	0
Total	3	100

e) Césariennes:

Tableau XXVI: Répartition des parturientes en fonction du type de césarienne:

Type	Effectif	Pourcentage
Programmée	23	58,97
En urgence	16	41,03
Total	39	100

f) Indications des césariennes prophylactiques ou « Programmées »:

Tableau XXVII: Répartition des parturientes en fonction des indications des césariennes programmées:

Indications		Effectif	Pourcentage
Bassin rétréci	Dystocies osseuses	6	26,08
Bassin limite		1	4,35
Utérus fibromateux		5	21,74
Placenta praevia		3	13,04
Siège décomplété		3	13,04
Hypertension artérielle		1	4,35
		1	4,35
Présentation transversale		1	4,35
Insuffisance mitrale		1	4,35
Syndrome de jonction pyélo- uretérale		1	4,35
Total		23	100

NB: La case vide correspond à une césarienne à la demande de la patiente pour des raisons ci-dessous énumérées:

- Sa prise en charge pour stérilité pendant 17 ans au Gabon.
- Le décès de son mari pendant sa grossesse.
- Sa souffrance connue depuis le décès de son mari jusqu'à son arrivée à Bamako.
- Son envie imminente de voir son bébé sans en souffrir encore.

g) Indications des césariennes d'urgence:**Tableau XXVIII:** Répartition des parturientes en fonction des indications des césariennes d'urgence:

Indications	Effectif	Pourcentage
Dystocie dynamique	5	31,25
Dystocie cervicale	3	18,75
Présentation haute	3	18,75
Disproportion foeto-pelvienne	1	6,25
Arrêt de progression	1	6,25
Procidence du cordon battant	1	6,25
Présentation de face	1	6,25
Procidence du bras	1	6,25
Total	16	100

h) Fréquence des césariennes par tranche d'âge:**Tableau XXIX:** Répartition des parturientes en fonction de la fréquence des césariennes par tranche d'âge:

Tranche d'âge	Effectif	Voie d'accouchement	Nombre	Incidence
30-34 ans	38	Césarienne	24	63,16
		Voie basse	14	36,84
35-39 ans	11	Césarienne	10	90,90
		Voie basse	1	9,10
40 ans et plus	5	Césarienne	5	100
		Voie basse	0	00

5-4- Nouveau-nés :**a) Apgar à la naissance:****Tableau XXX:** Répartition des nouveau-nés en fonction de l'Apgar à la naissance:

Apgar	Effectif	Pourcentage
=0	0	0
≤7	5	9,26
>7	49	90,74
Total	54	100

b) Poids des nouveau-nés à la naissance:**Tableau XXXI:** Répartition en fonction du poids des nouveau-nés à la naissance:

Poids	Effectif	Pourcentage
< 2500 g	12	22,22
2500 ≤ P < 3000g	38	70,37
P ≥ 3000 g	4	7,41
Total	54	100

5-5- Complications infectieuses post-césariennes:**Tableau XXXII: Répartition des patientes césarisées selon l'état infectieux de la plaie opératoire:**

Infection	Effectif	Pourcentage
Oui	9	23,08
Non	30	76,92
Total	39	100

V- COMMENTAIRES ET DISCUSSIONS

V- COMMENTAIRES ET DISCUSSION

Une analyse judicieuse de nos résultats nous a permis d'arriver aux commentaires et discussions suivants:

1- ASPECTS EPIDEMIOLOGIQUES:

1-1- Fréquence:

Durant toute notre étude, nous avons observé 54 cas de primipares âgées sur un total de 4667 accouchements effectués dans le service pendant la même période, soit un pourcentage de 1,16%.

Ce pourcentage reste quelque peu supérieur à ceux des auteurs suivants et qui trouvent respectivement:

- TULASNE: 0,82% (59); PALLEZ J. : 0,81% (47); ERWING: 0,20% (11); VERMELIN & CONQUERY: 0,31% (60); MAHON: 0,32% (40).

De ces différents résultats, il convient de remarquer que le taux de fécondité décroît sensiblement avec l'âge. De ce fait, la survenue d'une grossesse est rare après 40 ans et devient quasi- exceptionnelle après 45 ans avec une incidence variant entre 0,3 et 0,8‰ (56).

1-2- Age:

Parmi la population étudiée, la primipare la plus âgée avait 43 ans. Cet âge se rapproche de celui de TULASNE (59) qui trouve 44 ans, mais reste inférieur à ceux rapportés par:

- VERMELIN: 49 ans (60),
- MAHON & FAUGER (40) qui rapportent 7 cas dont l'âge est supérieur à 45 ans.

Par ailleurs, pour ce qui concerne les tranches d'âge, notre étude nous a permis de constater que:

- 38 patientes avaient un âge compris entre 30 et 34 ans soit 70,37%.

- 11 patientes avaient un âge compris entre 35 et 39 ans soit 20,37%.
- 5 patientes avaient un âge supérieur ou égal à 40 ans.

Ces résultats sont différents de ceux de TULASNE (59) qui trouve:

- 59 cas inférieur à 40 ans soit 76,62%,
- 18 cas supérieur ou égal à 40 ans soit 23,32%.

Notre moyenne d'âge se situait entre 33 et 34 ans, soit plus exactement 33,48 ans, (33 ans 5 mois et 22 jours).

1-3- Ethnie:

Nos primipares âgées étaient pour la plupart des Bambara (77,77% pour 42 cas) et la majorité provenait du District de Bamako (83,35% pour 45 cas).

1-4- Conditions socio-économiques:

Nos primipares âgées étaient pour la plupart des patientes qui avaient un niveau d'instruction assez élevé.

En effet, sur un total de 54 primipares âgées:

- 40 d'entre elles, soit 74,08% avaient au minimum, un niveau d'étude secondaire,
- 35 d'entre elles, soit 64,81% étaient au moins des cadres moyens de l'administration,
- 5, soit 9,26% exerçaient une activité commerciale,
- 14, soit 25,93% étaient des ménagères.

Ces remarques rejoignent celles des auteurs lorsqu'ils affirment que (56):

« Les primipares âgées sont généralement des femmes qui ont une activité professionnelle correspondant à un niveau d'étude relativement élevé ».

1-5- Etat matrimonial:

L'état matrimonial de nos primipares âgées nous révèle que:

- 2 de nos patientes, soit 3,70% étaient célibataires tandis que 52 autres, soit 96,30% étaient mariées. Aussi, dans cette dernière catégorie, nous avons dénombré:

- * 27 patientes, soit 51,96% ayant conçu avant leurs cinq premières années de mariage,
- * 11 patientes, soit 21,15% ayant conçu entre 5 et 10 ans de mariage,
- * 9 patientes soit 17,31% ayant conçu entre 10 et 15 ans de mariage,
- * 5 patientes soit 9,62% qui ont conçu après 15 ans de mariage.

1-6- Risques génétiques et malformatifs:

L'amniocentèse étant indispensable chez la primipare âgée pour:

- Poser le diagnostic anténatal de malformation foetale,
- Suivre l'évolution d'une allo-immunisation rhésus,
- Reconnaître l'apparition d'une souffrance foetale,
- Apprécier la maturité foetale in-utéro,
- Dépister certaines anomalies chromosomiques.

Il nous a été impossible d'en pratiquer par manque de plateau technique adéquat.

Par ailleurs, pour ce qui est des malformations, HAY et BARBANO (19) trouvent des malformations foetales telles qu'elles sont citées dans les généralités.

Pour notre part, aucune malformation apparente n'a été observée parmi les naissances enregistrées chez nos primipares âgées.

2- CONCEPTION:

Cet aspect de notre étude nous a permis de faire une classification de nos patientes. Ainsi, dans notre population:

- 34 patientes, soit 62,96% ont eu une grossesse après traitement de stérilité,
- 20 patientes, soit 37,04% ont eu une grossesse sans traitement.

Parmi nos 34 patientes qui ont fait une grossesse après traitement, les lieux de prise en charge était à cheval entre les milieux hospitaliers et traditionnels. C'est ainsi que:

- 20 des 34 patientes ont eu une prise en charge exclusivement moderne,
- 5 ont eu une prise en charge exclusivement traditionnelle,
- 1 a eu une prise en charge d'abord moderne, puis traditionnelle,
- 8 ont eu une prise en charge d'abord traditionnelle, puis moderne.

Pour ce qui est de la durée de prise en charge pour traitement de stérilité, il est important de signaler que 18 patientes parmi les 34 soit 52,94% ont été suivies en moins d'un an, contre une patiente qui l'a été après plus de 15 ans de mariage. Toute fois, nous constatons que 28 de nos 34 patientes, soit 82,35% prises en charge ont eu une grossesse en moins de 5 ans contre 6 soit 17,65% qui n'en ont eu qu'après 5 ans de mariage.

Par ailleurs, des 29 patientes prises en charge pour traitement moderne (toutes mariées), seul 6 des conjoints soit 20,69% ont répondu à l'appel des médecins contre 23 soit 79,31% qui ne l'ont fait. Parmi les 6 conjoints, un seul, soit 16,67% a présenté une pathologie ayant entraîné une stérilité masculine. L'étude du dossier de ce conjoint nous a amené à découvrir une tératoasthénospermie qui avait été traitée.

3- SITUATION FAMILIALE:

Une enquête menée auprès de nos 34 patientes prises en charge pour stérilité nous a permis de ressortir la notion d'instabilité au sein de la cellule familiale chez 10 patientes, soit 29,41%, la polygamie et la menace de divorce respectivement pour 8 cas, soit 23,53% et 5 cas soit 14,71%.

4- CONTRACEPTION:

Parmi les 20 patientes ayant eu une grossesse sans traitement (y compris nos 2 célibataires), on notait dans leurs antécédents la notion de pratique de contraception chez 17 d'entre elles, soit 85%.

5- SURVEILLANCE OBSTETRICALE:

Toutes nos patientes ont fait des consultations prénatales.

43 d'entre elles, soit 79,63% en ont fait dans le service et 11, soit 20,37% en dehors.

Par ailleurs, bien que la majorité de nos patientes ne soit arrivée dans le service qu'entre le deuxième et le troisième trimestre de leur grossesse, soit 70,37% pour 38 cas, nous avons noté toute fois une régularité quant aux consultations prénatales chez la plupart (9); c'est ainsi que 49 patientes, soit 90,74% ont fait plus de 4 consultations prénatales pendant toute leur grossesse contre 5, soit 9,26% pour lesquelles ce nombre est inférieur ou égal à 4. Cette régularité serait due au fait que ces grossesses étaient fortement désirées et, elle serait également liée à l'état d'anxiété de ces patientes.

L'échographie obstétricale demandée systématiquement chez toutes nos patientes, a montré que 49 foetus, soit 90,74% étaient en position céphalique, 3, soit 5,55% en position de siège et 2 soit 3,71% en position transversale.

5-1- Complications de la grossesse:

Durant notre étude, 19 patientes, soit 35,18% ont eu des complications pendant leur grossesse.

Comme nous l'illustre le tableau XXXIII, on dira que :

- le pourcentage de fibrome varie selon les auteurs. Le nôtre 9,26% pour 5 cas reste supérieur à ceux de TULASNE (6,5%) (59), MAHON (5,65%) (40), VERMELIN (8%) (60), des statistiques générales chez les primipares de tous âges (0,3-1%) (56) et inférieur à ceux de RAMDALL (16,8%) (50) et MAURICEAU (10,03%) (42);

- chez 3 de nos patientes soit 5,55%, nous avons diagnostiqué un placenta praevia.

Ce pourcentage joint à celui de TULASNE (59) (2,6%) et MAHON (3,8%) (40) infirme les constats d'autres auteurs qui trouvent les cas de placenta praevia plus fréquents (42, 50, 60);

- le taux de toxémie gravidique observé à l'issue de notre étude: 11,11% pour 6 cas, se rapproche de celui de TULASNE (59) 11,68%. Mais il demeure supérieur à ceux rapportés par VERMELIN (9,01%) (60), MAHON (7,63%) (40) et RANDALL (10,42%) (50), et reste inférieur à celui de MAURICEAU (42); qui note sa très grande fréquence;

- concernant l'éclampsie, alors que MAURICEAU (42) relate sa très grande fréquence, dans notre étude comme celle de TULASNE (59) aucun cas n'a été observé;

- le taux d'hypertension artérielle observé chez une de nos patientes soit 1,85% se rapproche de celui de TULASNE (59) (1,30%);

- concernant l'hématome retro-placentaire et la fissure de la poche des eaux, dans notre étude, nous en avons observé pour chaque cas, 3,70%.

Tableau XXXIII: Complications survenues pendant la grossesse suivant les auteurs

Auteurs	Toxémie gravidique	Fibrome	Placenta praevia	HTA	Hématome retro-placentaire	Fistule poche eaux	Eclampsie
TULASNE	11,68%	6,5%	2,6%	1,3%	-	-	-
VERMELIN	9,01%	8%	+++	-	-	-	-
RANDALL	10,42%	16,8%	+++	-	-	-	-
MAHON	7,63%	5,65%	3,8%	-	-	-	-
MAURICEAU	+++	10,03%	+++	-	-	-	+++
NOTRE ETUDE	11,11%	9,26%	5,85%	1,85%	3,70	3,70%	-

NB: (+++): très fréquent

(-): aucun cas signalé

5-2- Complications pendant l'accouchement:

Durant notre étude:

- Hormis les 23 patientes qui ont subi une césarienne programmée, nous avons observé 19 complications survenues en salle de travail sur les 31 patientes qui y sont arrivées, soit 61,28% et, parmi ces complications, nous avons noté la prévalence des dystocias: 25,82% et des présentations hautes (9,69%).

- Parmi nos 15 patientes ayant accouché par voie basse, nous avons recensé 12 accouchements eutociques (80%) et 3 accouchements dystociques (20%).

- Comme beaucoup d'auteurs (56), nous avons estimé que l'épisiotomie devrait être systématique chez la primipare âgée. C'est ainsi que nous en avons observé 12 cas, soit 80% des accouchements par voie basse.

- Pour ce qui est des manoeuvres obstétricales, notons que 3 forceps ont été pratiqués pour 3 accouchements eutociques soit 100%. Les raisons qui nous y ont poussé sont:

* temps d'expulsion prolongée,

* indiscipline.

Ce pourcentage, rapporté à l'ensemble des accouchements par voie basse est de 20%.

Les résultats de TULASNE (59): 20,7% sont proches des nôtres tandis que ceux de SPELLACY (54): 10%, RANDALL (50): 12% et des statistiques générales (56): 13% des primipares âgées lui sont inférieurs, et, ceux de LATTIER (30%) (33) et MAHON (40%) (40), supérieurs.

- Césariennes pendant l'accouchement:

Parmi nos 39 parturientes ayant subi une césarienne, 23 d'entre elles soit 58,97% ont été programmées (césarienne prophylactique) et 16 soit 41,03% ont résulté des indications portées en salle d'accouchement (césarienne d'urgence).

* Des 23 césariennes prophylactiques, nous avons noté dans les indications une nette prédominance des utérus fibromateux 5 cas soit 21,74% et des bassins pathologiques: 7 cas soit 30,43%. Ce dernier pourcentage est supérieur à ceux de TULASNE (18,18%) (59), KUHER (18%) (27), RANDALL (16,4%) (50) et nettement plus élevé à celui des statistiques moyennes chez l'ensemble des primipares qui oscillent entre 4 et 6% (59).

Dans la littérature, les dystocies osseuses similaires aux bassins rétrécis et limites apparaissent statistiquement plus fréquentes chez les primipares âgées (56).

Soulignons particulièrement le cas d'une de nos patientes chez qui la pratique de la césarienne a été faite à sa demande, sa prise en charge pour stérilité ayant duré 17 ans.

* Par ailleurs, parmi les 16 patientes dont les indications étaient celles des césariennes d'urgence (décision prise en salle de travail), il en résulte que les dystocies sont prépondérantes à hauteur de 50% pour 8 cas avec spécifiquement 5 cas de dystocie dynamique soit 31,25% et 3 cas de dystocie cervicale soit 18,75%.

Cette fréquence résultante est de loin supérieure à celle de TULASNE (3,90%) (59).

En fait, la dystocie dynamique est due à une hypoplasie utérine (56), c'est-à-dire au développement insuffisant du muscle utérin., et la dystocie cervicale du fait de la rigidité du col, la résistance des parties molles sont-elles aussi fréquentes, rendant ainsi respectivement la dilatation et l'expulsion beaucoup plus longues.

Ainsi, à dystocies identiques, l'enfant de la primipare âgée est le plus exposé à cause d'une part de sa fragilité et d'autre part de la perturbation de la marche du travail conséquemment aux contractions utérines de mauvaise qualité et à la résistance des parties molles.

Ce constat rejoint l'observation de JUNDT (24) qui montrait déjà dans sa thèse que « *Les durées de dilatation et d'expulsion étaient allongées dans des proportions notables chez les primipares âgées* ».

Nous avons relevé au cours de notre étude 6 cas de présentation anormale dans l'ensemble de notre population soit 11,11%. Ce pourcentage est légèrement supérieur à ceux rapportés par TULASNE (59) (7,79%), LATIER (33) (9,22%) et DAVAS (8) (7,4%) mais très inférieur à celui rapporté par LEHMANN (36) (25%).

Les présentations de siège tout particulièrement représentent la moitié des présentations anormales. Cette fréquence élevée s'expliquerait par l'hypotrophie (56) utérine rendant impossible la bascule physiologique du fœtus de la présentation podalique en présentation céphalique. Ce pourcentage (50%) rapporté à notre population revient à 5,55% et reste ainsi inférieur à ceux rapportés par LATIER (33), TULASNE (59) et DAVAS (8) qui trouvent respectivement 9,22%; 7,79%; et 7,40% de présentation de siège.

Nous retiendrons que pendant notre étude, 39 de nos 54 patientes ont subi une césarienne soit 72,22%; pendant le même temps, 47 primipares jeunes sur 717 l'ont été soit 6,55%; ainsi, il ressort que le pourcentage des césariennes chez les primipares âgées est 11 à 12 fois plus élevé que chez les primipares jeunes. Ceci serait dû d'une part à la délicatesse de la grossesse et au caractère tant attendu de l'enfant, d'autre part à la nature interventionniste précoce des obstétriciens vis-à-vis des primipares âgées. Cette proportion est supérieure à celle de TULASNE (59) qui trouve que le nombre de césarienne chez les primipares âgées est 6 à 8 fois plus important que pour l'ensemble des primipares.

Par ailleurs nous avons observé au cours de notre étude que:

- de 30 à 34 ans, 24 patientes sur 38 (63,16%) ont subi une césarienne,
- de 35 à 39 ans, 10 patientes sur 11 (90-90%) l'ont subi,
- à partir de 40 ans, toutes les patientes (100%) ont subi une césarienne.

Ainsi, nous déduisons de ces observations que plus l'âge de la patiente est avancé, plus les chances de subir une césarienne sont grandes.

Nous avons dans le tableau XXXIV, une étude comparative suivant les auteurs de quelques complications ayant entraîné la césarienne chez la primipare âgée.

Tableau XXXIV: Etude comparative suivant les auteurs des complications ayant entraîné la césarienne:

Auteurs	Dystocies osseuses	Présentation anormale	Rupture prématurée des membranes	Procidence du cordon battant	Souffrance foetale	Autres Dystocies
TULASNE	18,18%	7,79%	35,06%	1,30%	16,8%	3,90
KUHER	18%	-	-	-	-	-
RAMDALL	16,4%	-	-	-	-	-
LEHMANN	-	25%	-	-	40%	+++
LATIER	-	9,22%	-	2,07%	-	-
DAVAS	-	7,4%	-	-	-	-
LACOMME	-	-	33%	-	13,79%	-
NOTRE ETUDE	12,96%	11,11%	3,70%	1,85%	9,26%	14,81%

*NB: *Nos pourcentages ici se rapportent à l'ensemble de nos primipares âgées:*

** (+++): très fréquent*

** (-): aucun cas signalé*

5-3- Etat des nouveau-nés:

a-Apgar à la naissance:

Si TULASNE (59) trouve que 76,38% de ses nouveau-nés ont eu un apgar égal à 10 dès l'expulsion et que deux décès ont été enregistrés malgré la réanimation, quant à nous, 49 nouveau-nés, soit 90,74% ont eu un apgar supérieur à 7 et nous n'avons déploré aucun cas de décès.

5 de nos nouveau-nés, soit 9,26% ont été réanimés et, la réanimation qui avait duré moins de 5 minutes pour chacun d'eux leur avait permis d'améliorer leur apgar à 9-10.

b-Poids des nouveau-nés:

38 nouveau-nés de notre étude, soit 70,37% avaient un poids compris entre 2500 et 3000 grammes donc une moyenne générale de poids égale à 2690 grammes. Notre résultat reste inférieure à ceux de SPELLACY (54) et TULASNE (59) qui trouvent respectivement 3344 grammes et 3150 grammes et elle rejoint de très peu celle de FRIEDE (56) qui trouve que « *Le risque d'avoir un enfant de poids inférieur à 2500 grammes augmente avec l'âge* ». Il souligne ensuite que « *Cette proportion qui est de 4,2% entre 25 et 29 ans augmente de façon significative entre 40 et 49 ans pour atteindre 6,5%* ».

c- Cas spécifique du Mongolisme:

PENROSE (48) disait: « *La chance qu'a une femme de mettre un mongolien au monde double tous les 5 ans après l'âge de 25 ans* ».

Pour TULASNE (59): « *Les risques de trisomie pour les mères de plus de 40 ans est d'environ 10%* ».

LAZAR , GUEGUEN & BOVE (35) trouvent que 37% des mères de mongoliens ont plus de 46 ans.

Parmi nos 54 observations aucun nouveau-né n'avait des caractères en faveur d'un mongolisme, tandis que TULASNE (59) pour sa part, trouve un très petit nombre de cas.

Par ailleurs, il a été pratiquement impossible pour nous de suivre nos nouveau-nés sur le plan génétique car aucun caryotype n'a été effectué.

6- PRONOSTIC FOETO-MATERNEL DE LA PRIMIPARITE TARDIVE:

6-1-Mortalité maternelle:

Le pronostic vital de la primipare âgée de prime abord, semble être aggravé par rapport à celui d'autres primipares. Ce que nos résultats ne confirment pas.

Toute fois , la mortalité maternelle peut survenir aux détours des complications suivantes:

- les hémorragies de la délivrance,
- les complications de toxémie gravidique,
- les infections ,
- la pathologie thrombo-embolique
- les accidents anesthésiques.

Si VERMELIN (60) rapporte 3,3% de décès maternels dans ses travaux, MAHON et FAUGER (40) n'en rapportent que 0,94%.

Quant à TULASNE (59) aucun cas de décès maternel n'a été enregistré. Cette dernière observation rejoint la nôtre en ce sens que durant toute notre étude nous n'avons noté aucun cas.

6-2- Morbidité maternelle:

La présence d'une cicatrice abdominale chez nos 39 patientes césarisées ne devait pas compromettre leur avenir obstétricale, hormis le risque toujours possible d'un relâchement pariétal, d'une occlusion intestinale ou des adhérences.

La présence d'une cicatrice utérine semble augmenter le risque de rupture utérine car, pour la plupart, le voeu est de faire plus d'une maternité.

Au plan esthétique, il est important de noter que la présence d'une cicatrice vicieuse chez certaines de nos patientes puidiques peut être gênante.

L'absence de renseignement ultérieur ne nous a pas permis d'avoir une idée sur une éventuelle persistance de séquelle à type de dyspareunie chez nos 12 patientes ayant subi l'épisiotomie. Un cas d'anémie sévère chez une de nos patientes a nécessité la mise en place de sang ISO groupe, ISO

rhésus, HIV négatif avec le risque toujours possible d'intolérance, de choc ou de non conformité du groupe.

- Suites de couches:

Dans les suites de couche, on a dénombré:

- 1 cas de psychose puerpérale passagère (1,85%),
- 1 cas d'endométrite du post partum (1,85%),
- 1 cas d'infection urinaire (1,85%),
- 1 cas de phlébite (1,85%).

Pour lesquelles le traitement médical a permis d'obtenir une guérison sans séquelle.

Chez nos 39 patientes césarisées, nous avons observé 9 cas de complications pariétales soit 23,08% pour lesquelles l'antibiothérapie a permis d'obtenir une guérison complète.

6-3- Mortalité foetale:

Si M. LACOMME (31) dénombre 13% de décès des nouveau-nés chez les primipares âgées, VERMELIN et CONQUERY (60), 13,9%, MAHON (40)18%, TULASNE (59) 9% et BRIOT (2) 7,55%, nous n'avons pour notre part observé aucun cas. Ceci s'expliquerait par la nature interventionniste précoce que nous avons eu vis-à-vis de nos primipares âgées.

6-4- Morbidité foetale:

L'examen systématique des nouveau-nés nous a permis de découvrir une bosse sero-sanguine chez un d'eux et des traces d'ecchymose chez trois autres. Lesquelles anomalies ont régressé sans aucun traitement.

- Délivrance:

Si TULASNE (59) observe 7,4% de délivrance artificielle, nous n'en avons noté aucun cas.

En effet, tous nos accouchements par voie basse ont été suivis d'une délivrance spontanée et l'intégrité des placentas a fait qu'il n'y a eu aucun cas d'hémorragie.

Les délivrances artificielles effectuées lors des césariennes n'ont aussi fait l'objet d'aucun saignement après l'intervention.

Toute fois, bien qu'aucune hémorragie de la délivrance n'ait été observée, leur fréquence nous a obligé à une surveillance plus étroite des patientes.

- Placenta et Cordon:

Il nous a été très difficile de mener une étude approfondie sur les placentas et les cordons de nos nouveau-nés car certains de ces placentas ont échappé à notre vigilance.

Cependant, nous avons noté sans aucune statistique, deux césariennes consécutives à une procidence du cordon « battant » et à l'arrêt de progression suite à une double circulaire.

TULASNE (59) pour sa part, trouve 6 anomalies du cordon parmi lesquelles une procidence du cordon, un cordon court, 2 circulaires et 2 doubles circulaires serrées. Partant de là, il conclut que « *ces chiffres correspondent à ceux trouvés chez les autres accouchées* ».

Une conclusion que nous ne saurions confirmer au vu de nos résultats.

VI- CONCLUSION

VI- CONCLUSION

La grossesse et l'accouchement chez les primipares âgées posent un problème bien classique.

Les risques qui augmentent lentement chez les primipares jeunes croissent de façon considérable chez les primipares âgées.

Au cours de notre étude effectuée du 1er Novembre 1995 au 31 Octobre 1996 et portant sur *le suivi et l'accouchement des primipares âgées dans le service de gynéco-obstétrique de l'hôpital Gabriel Touré*, il nous a été amené de constater que:

- La fréquence de la primiparité tardive, tient une place plus importante eu égard au nombre des accouchements: 1,6%.

- La recherche de l'instruction, la situation professionnelle et/ou la stérilité ont une incidence marquée sur la primiparité tardive à hauteur respective de 74,08%, 74,07% et 63%.

- Environ une primipare âgée sur deux a des complications pendant le déroulement de la grossesse d'autant plus que ces grossesses sont souvent émaillées des complications dont les principaux sont:

- toxémie gravidique: 11,11%

- fibrome utérin: 9,26%

- placenta praevia: 5,85%

- Du fait de l'âge de la mère et de la difficulté de sa grossesse ayant un impact sur le devenir du fœtus, les indications des interventions sont plus étendues chez les primipares âgées avec un taux d'extraction par césarienne 11 à 12 fois plus élevé que chez les autres primipares.

En effet:

- 58,97% de nos patientes ont bénéficié des césariennes programmées. Parmi celles-ci, les principales indications étaient:

- bassin rétréci: 12,96%

- présentation anormale: 11,11%

24- JUNDT

Primipare âgée.

Thèse de Paris 1931.

25- KING CR.; PRESCOTT G.; PERNOLL M.

Significance of meconium in midtrimester diagnostic amniocentesis.

Am J. obst gyn, 1978, 6 (132): 667-669.

26- KOUATE A. S.

Les aspects démographiques et obstétricaux des complications infectieuses post-césariennes dans le service de gynécologie - obstétrique de l'hôpital Gabriel Touré.

Thèse Méd, 1995, 21: 41-49.

27- KUHER K. Jonhson.

La primipare âgée .

Am J. gyn obst, 1944, 47: 794-807.

28- KUSHNER D. H.

The frequence and fate of pregnancy after age 45.

Med amn of the district of Columbia, Med. Ann Dc, 1974, 43: 491-492.

29- LA CHAPELLE.

Pratique des accouchements.

Acta of gyn, 1821, 4, 502p.

30- LANSAC J.; BODY G.

Pratique de l'accouchement.

1988: 142-174

31- LACOMME M.

Les particularités de l'accouchement suivant l'âge.

Maternité, 1937: 13-17.

32- LAMB M. P.

Gangrene of a faetal limb due to amniocentesis.

Br J. obstet gynecol, 1975, 10 (82): 829-830.

33- LATIERS P.

L'accouchement chez les vieilles primipares.

Strasbourg méd., 1950, 5 (110): 272-283.

34- LAWRENCE M.; RENDELL M. A.; CHAMPNEZ S.; TAYLOR & ROCHESTER M.

Elderly primigravid women.

Am J. of gyn obst., 1949, 57: 1211-1223.

35- LAZAR P.; GUEGUEN S.; BOVE J.; BOVE A.

Avortements spontanés et âge de la mère.

Compte rendu de l'académie des sciences. (272), DN: 22, 1971.

36- LEHMANN D.; CHISM J.

Pregnancy outcome in medically complicated and uncomplicated patients aged 40 years or older. Am J. obstet gynecol, 1987, 3 (157): 738-742.

37- LEWIN D.

Particularité de la grossesse et de l'accouchement en rapport avec l'âge et la parité.

Obstet gynecol, EMC 1965, 5, 5049 C10: 3-6.

38- LINDEN D.

Pronostic de l'accouchement chez les primipares âgées.

Acta obst gyn scand, 1929, 18: 1-35.

39- LUNDH G.

Le problème de l'âge et de la prématurité.

Acta obst gyn scand, 1926, 4.

40- MAHON R.; FAUGERE G.; NEURISSE.

Les primipares de plus de 40 ans.

rev Fr gyn. obst, 1965, 78: 145-149.

41- MARCEL G.; VALERY D.; JEAN D.; THERESE D.

Dictionnaire des termes de médecine.

24ème edit. Maloine, (Paris), 1995, 755p.

42- MAURICEAU.

Les maladies des femmes grosses et des accouchées.

Edit Henault Jean, 1668.

43- MAILLET R.; SCHAAL J. P.; COLETTE C.

La grossesse après 40 ans: 631 observations.

Entretiens de Bichat, chirurgie spécialisée, 1985: 201-203.

44- MERGER R.; LEVY J.; MELCHIOR J.

Précis d'obstétrique,

5è Edit Masson, 1989: 37-139.

45- MORER I.; LAISNEY V.; BOUE A.

Diagnostic anténatal: résultats de 1537 ponctions amniotiques et étude prospective de 1023 cas. Nov
presse med, 1979, 8 (37): 2949-2953.

46- NICHHD .

National registry for amniocentesis study group midtrimester amniocentesis for prenatal diagnosis.

Safety and accuracy.

JAMA , 1976, 13 (236): 1471-1476.

47- PALLEZ J.

104 observations de grossesse chez les primipares de plus de 35 ans.

Thèse Méd Lyon, 1960.

48- PENROSE.

Influence de l'âge de la mère sur l'enfant et sur le développement d'anomalies.

J. of Mental SE, 1939.

49- PORTES & MAYER.

Place de la césarienne dans les présentations du siège chez les primipares âgées.

La médecine 1937, 283.

50- RANDALL L. - AC.

Elderly primigravid women.

Am J. gyn obst., 1949, 5-7 (6): 1210-1221.

51- ROUBAUD R.

Etude critique de l'accouchement du siège chez les primipares.

Thèse Toulouse, 1956.

52- SCHMAKTO J.

L'accouchement prématuré en 1970 à l'hôpital Lariboisière.

Thèse méd, Paris, 1972.

53- SERMENT H.

Complications maternelles des césariennes, hôpital de la conception, Marseille.

Pratique médicale, 31, 1982.

54- SPELLACY W. N.; MILLER S. J.; WINEGAR M.

Pregnancy after 40 years of âge.

obstet gyn, 1986, 68: 452-454.

55- SUTTER M.

L'accouchement chez les primipares âgées de plus de 30 ans.

Thèse Strasbourg, 1957.

56- TABASTE J. L.; DENAX A.

Grossesse et accouchement après 40 ans .

Edit tech, EMC (Paris) obst, 5016 B10, 1991, 4p.

57- TEW C. R.; KUDHER K.

Primipares âgées.

Am. J obst. gyn, 1938, 35: 773-781.

58- THOULON J. M.

Le conseil préconceptionnel et le diagnostic anténatal chez la femme de 40 ans.

Rev fr gyn obst, 1989, 84: 865-867.

59- TULASNE G.

Primipare âgée, grossesse et accouchement à la maternité de l'hôpital Bichat.

Thèse méd, Paris, 1974.

60- VERMELIN; CONQUERY.

La primipare âgée de 40 ans.

Gaz Med France, 1946, 8 (59): 213-216.

61- VIALARD J.; LE MAREC B.; GIRAUD J. R.

Amniocentèse.

EMC (Paris), obst, 5012 D10, 12, 1985: 10p.

62- ZINSOU R. D. & coll.

La césarienne: étude rétrospective de 274 cas .

Méd Afr Noire, 1986, 3 (33): 180-182.

FICHE D'ENQUETE

Nom: _____ Prénom: _____
 Age: _____ Taille: _____ Poids: _____
 Profession: _____ Adresse: _____

Menarche: _____ Date de mariage: _____
 Ethnie: _____ Nombre de coépouse: _____
 Nombre d'avortement: spontané: []
 provoqué: []

Gestité: _____ Parité: _____ DDR
 Antécédents familiaux: _____ DPA
 Antécédents chirurgicaux: _____

Antécédents médicaux:

Cardiopathie [] Anémie []
 Ictère: [] Diabète: []
 Asthme: [] Autres []
 Drépanocytose: []

Antécédents gynécologiques

Antécédents obstétricaux

Grossesse spontanée [] Grossesse stimulée []
 Avortement [] Fausse couche []
 Accouchement prématuré [] Accouchement normal []
 Forceps [] Césarienne [] Episotomie [] Epreuve de Travail []
 Nombre d'enfants vivants [] Décédés []
 Manoeuvre de Chiteller [] Autres: _____

Examens demandés

Albuminurie Taux d'hémoglobine
 Glycosurie Amniocentèse
 BW Echographie
 Groupe sanguin Rhésus 1er Trimestre
 Toxoplasmose 2ème Trimestre
 Sérologie de la rubéole 3ème Trimestre
 test d'Emmel
 Examen de selles
 Examen urines
 FV+Antibiogramme

Nature du risque

Au début de la grossesse

Age de la grossesse

Primipare âgée / _____ /
 Taille / _____ /
 Poids / _____ /
 Squelette: / _____ /

Terme consultation prénatale: / _____ /
 Césarienne: / _____ /
 Présentation: / _____ /

Type d'accouchement:

normal	tardif
forceps	révision utérine
césarienne	périnée
autres	épreuve de travail

Interventions

Nature	Heure
Indications	
Compte rendu	

Durée du travail	Manoeuvre de Chirsteller		
Forme de la tête	BSS		
Sexe	Poids	Taille	T°
Apgar	1er mn	5ème mn	PC
Malformation	Réanimation		PT
Traumatisme	Respiration		

Délivrance

Heure	Type de délivrance:	artificiel
		spontané

Globe de sécurité

Placenta complet	ou incomplet	Poids	Membranes
Cordon: longueur:	insertion:	anomalie	
Hémorragie			
soins reçus			

Surveillance de la mère après l'accouchement

Globe de sécurité	saignement
Pouls	TA
Soins reçus	T°
Périnée	Col

Résultats**Mère:**

Vivante			
Référé	Date	Motif	Heure
Décédé	Date	Motif	Heure

Enfant

Vivant			
Mort-né			
Référé	Date	Motif	Heure
Décédé	Date	Motif	Heure

Observations:

- fibrome utérin: 9,26%.

- Parmi les 41,03% ayant bénéficié des césariennes d'urgence, l'indication la plus fréquente était la dystocie: 14,81%.

- Par rapport à l'accouchement normal, bien que les hémorragies de la délivrance soient fréquentes chez les primipares âgées, nous n'avons noté aucun cas.

- L'épisiotomie reste systématique chez la primipare âgée qui accouche par voie basse.

- Nous n'avons déploré aucun cas de mortalité foeto-maternelle; ceci est probablement dû à la nature interventionniste précoce vis-à-vis de nos patientes.

- Nos nouveau-nés ont eu un poids moyen égal à 2690 gr et presque la totalité (90,74%) ont eu un apgar supérieur à 7.

- Par manque de plateau technique adéquat, il nous a été pratiquement impossible de déceler les anomalies chromosomiques tant du côté de nos patientes que du côté de nos nouveau-nés.

- En somme, la grossesse chez la primipare âgée se doit d'être suivie comme une grossesse à risque et, l'accouchement, quant à elle mérite une attention soutenue car le pronostic en est le plus souvent imprévisible.

VII- RECOMMANDATIONS:

Face aux problèmes posés par la grossesse et l'accouchement chez la primipare âgée;

Compte tenu du contexte « *Désiré* » et « *Précieux* » de ces enfants;

Dans le souci d'améliorer le confort maternel et foetal afin de diminuer autant que peuvent se faire les risques liés à la grossesse et à l'accouchement;

Il nous est impérieux d'élaborer un certain nombre de recommandations:

a) Au niveau de la collectivité:

A travers les séances d'éducation, d'information et de sensibilisation, amener les jeunes filles à prendre conscience d'une part des risques auxquels elles sont exposées lorsque leur première grossesse se déroule au-delà de 30 ans et d'autre part de la diminution progressive de leur réserve ovulatoire. Partant de là, privilégier les maternités entre 20 et 30 ans car, la survenue d'une grossesse chez les adolescentes constitue également une grossesse à risque.

b) Au niveau de la prise en charge hospitalière:

- Faire un suivi rigoureux et attentif de la grossesse chez la primipare âgée car la fréquence élevée des complications fait preuve de sa délicatesse;

- Dépister et traiter à temps les pathologies pouvant compliquer le bon déroulement de la grossesse;

- Organiser des séances de sensibilisation en vue d'une vulgarisation sur l'intérêt des consultations prénatales et d'accouchement en milieu hospitalier tout en assurant conséquemment la préparation de ces patientes à leur future vie de mère;

- Le moindre risque, si minime soit-il, ne devrait échapper à la vigilance du médecin et, partant de là, le repos ou l'hospitalisation serait incontestablement justifiée.

- Une césarienne ne saurait être condamnée si le gynéco-obstétricien remarque une moindre anomalie pendant le travail, laquelle césarienne devrait dans ce contexte être programmée à cause du pronostic imprévisible de la grossesse et de l'accouchement chez la primipare âgée.

c) Dans le cadre des prestations de service:

- Conscientiser d'avantage le personnel médical et paramédical quant à la délicatesse de la grossesse chez la primipare âgée;

- Instituer des formations de recyclage du personnel médical et paramédical en vue de l'optimalisation de leur compétence;

- Equiper les hôpitaux dits de référence et les laboratoires en matériel d'amniocentèse et de choriocentèse en vue du diagnostic anténatal dont le coût pourrait être supporté par toutes les patientes;

- Les matrones, les accoucheuses traditionnelles, les sages-femmes et même les médecins des petites formations sanitaires doivent avoir le réflexe de référer toutes les primipares âgées de plus de trente ans vers les centres hospitaliers dits de référence.

Il est évident qu'avec une parfaite application de ces différentes mesures, on pourra espérer voir, non seulement le taux des primipares âgées diminuer, mais également voir ces dernières profiter pleinement de la joie d'être mère et d'accoucher dans les meilleures conditions possibles, d'enfants désirés qui, de « *Précieux* » deviendront de plus en plus « *ordinaires* ».

VIII-REFERENCES:

1- AUGÉ C.

La grossesse après 40 ans.

J. Méd., 1985, 66: 239-250.

2- BRIOT Aimé.

Etude statistique de l'influence de la nationalité, du domicile, de la profession, de la situation matrimoniale et de l'âge sur l'état gravido-puerperal.

Thèse Méd., Lyon. 1974

3- BROMBERG M.; BROZINSKI A.

Sur le travail chez les primipares jeunes et âgées.

J. obst. gyn., Brit. Emp., Dec. 1942-1949, 6: 672-681.

4- BRUNETON J. F.

Primiparité précoce et primiparité tardive.

Thèse Méd. Clermont Ferrand, 1964.

5- CHEICK Hamady DIALLO.

Contribution à l'étude de la césarienne: à propos d'une série continue de 160 cas au service de gynéco-obstétrique de l'hôpital Gabriel Touré du 1er Octobre 1989 au 30 Septembre 1990.

Thèse Med., 37, 1990.

6- CRANDALL B. F.; HOWARD J.; LEBHERZ T. B.; RUBINSTEIN L.; SAMPLE W. F.; SARTI D.

Follow-up of 2000 second - trimester amniocentesis.

Obstet gynecol, 1980, 5, (56): 625-628.

7- DAVIDESCO; ATANASIN; VERGU E.

Consideration sur la marche du travail chez la primipare âgée.

Rev gyn obstet puer, 1939, 19 (2): 97-100.

8- DAVAS E.; SESKI A.

La maternité au crépuscule de la période de fécondité.

Surg. gyn. obstet, 1948, 2 (87): 145-152.

9- DIVISION SANTE FAMILIALE ET COMMUNAUTAIRE - MALI

Politique et normes des services de santé de la reproduction et planification familiale .

Février 1996: 32p.

10- EMPERAIRE J. C.

Gynécologie endocrinienne du praticien.

Edit Frison-Roche: 072, 2: 88-90.

11- ERWING H. W.; POWERSH A.

La primipare âgée.

gyn. obst, 1937, 35: 74-77.

12- GAMERRE M.; ADRAI J.; MERGER Ch.

La primipare âgée.

Rev Fr gyn obstet, 1984, 79: 109-114.

13- GAUTRAY J. P.; VIELH J. P.; HURAUX-RENDU Ch.

Amniocentèse en fin de gestation: intérêt, appréciation du risque.

Nouv Presse Méd., 1980, 13 (9): 929-932.

14- GIBBS R. S.; ALLAN J.; WEINSTEIN.

Bactériologic effects of prophylactic antibiotics in cesarean section.

Ann. J. obst. gyne, 1976, 126, 2: 226-229

15- GOLBUS M. S.; LOUGHMAN W. D.; APSTEIN C. J.; HALBACH G.; STEPHENS J. D.;
HALL B. D.

Prenatal genetic diagnosis in 3000 amniocenteses.

New engl J. Med, 1979, 4 -(300): 157-163.

16- GOLDSTEIN A. I.; STILLS S. M.

Midtrimester amniocentesis in twin pregnancies .

Obstet gynecol, 1983, 5 (62): 659-661.

17- GOLDMAN J. A.; PELEG D.

Massive extraperitoneal bleeding. A rare complication of amniocentesis.

Acta obst gyn scand., 1980, 3 (59): 283-284.

18- GRALL F.

La grossesse et l'accouchement chez la femme âgée et l'enfant.

F. R. , 1972, 6 (4): 237-250.

19- HAY S.; SARBANO H.

Independent effects of maternal age and birth order on the incidence of selected congenital malformations.

Teratology, 1972, 6: 271-279.

20- HENRION R. ROUVILLOIS J. L.

Amniocentèses: techniques indications, incidents et accidents.

EMC , (Paris), obst, 5 - 1974, 5012 D10: 14p.

21- HENRION R.; ROUVILLOIS J. L.; PAPA F.; AUBRY J. P.

L'amniocentèse précoce en cas de grossesse gemellaire.

Nouv. presse Med, 1978, 3: 4119-4121.

22- HENRION R.; PAPA F.; ROUVILLOIS J. L.; HERION GEANT E.

L'amniocentèse précoce. 1061 ponctions et 1000 grossesses.

J. gynecol obstet biol, reprod, 1979, 7 (8): 603-611.

23- HENRION R.; SENDER A.; CHAVINIE J.; PINON F.

Passage des hématies foetales dans la circulation maternelle au cours des amniocentèses précoces.

Réalité et évaluation du risque (à propos de 121 cas).

J. gynecol obstet biol reprod, 1975, 3 (4): 373-378.