

UNIVERSITE DE BAMAKO

Faculté de Médecine  
et d'Odonto-Stomatologie (FMOS)

Année 2013

N° .....

**ACCOUCHEMENTS CHEZ LES PRIMIPARES  
AGEES AU CENTRE DE SANTE DE  
REFERENCE (CSREF) DE LA COMMUNE V  
DU DISTRICT DE BAMAKO**

**THESE**

Présentée et soutenue publiquement le .....2013

Devant la Faculté de Médecine, de Pharmacie et d'Odonto-Stomatologie

Par : **Monsieur SIDIBE DRISSA**  
Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine  
(Diplôme d'Etat)

**Jury**

Président : Pr. TRAORE Mamadou

Membre : Dr. THERA Tioukani

Co-directeur : Dr. TRAORE Soumana Oumar

Directeur de thèse : Pr. DIARRA Issa

## **DÉDICACES :**

### **Au prophète Mohamed (PSL)**

Le sceau des prophètes, l'iman des prophètes, Que la paix et le salut de Dieu soit sur lui, sa famille et ses compagnons.

### **A mon cher oncle Alou Mansa SIDIBE**

Vous faites partie de ces êtres exceptionnels que Dieu a doté d'une foi sans faille, d'une bonté infinie et d'une extrême sagesse. Ce travail je vous le dédie entièrement. Il est votre œuvre. C'est le fruit de vos privations, de vos longues nuits de prière, et de votre soutien. C'est grâce à vous si ce rêve est aujourd'hui devenu une réalité. Vous avez toujours cru à moi. Tout au long de ces années, vous m'avez toujours soutenu, me relevant à chaque fois que je trébuchais sur un obstacle. Qu'Allah le tout puissant me comble de tes bienfaits.

### **A ma tante feu Maimouna Pascaline KEITA**

Il est coutume de dire que derrière tout grand homme se cache une femme. L'on devrait aussi ajouter que derrière tout enfant qui réussit se cache une mère. Les mots me manquent pour exprimer ce que je ressens. Vous m'avez toujours excité à travailler, à bien travailler. J'espère suivre vos pas.

Etre un homme pieux et fort de caractère. Merci pour la tante formidable et compréhensive que vous êtes. Que ton âme repose en paix.

Avec tout mon amour je vous dédie cette thèse.

### **A mon père Hadji SIDIBE et ma mère Sira DIALLO**

Très chers parents, aucune expression orale ou écrite ne saurait exprimée mon niveau de reconnaissance en votre endroit pour la bonne éducation qui est le premier et le meilleur des héritages à préparer pour sa descendance.

Cet humble travail est le votre, que Dieu vous donne une longue vie et bonne santé.

**REMERCIEMENTS :**

**A Allah**

Louange à Dieu le tout puissant, le miséricordieux, le très miséricordieux par la grâce de qui ce travail a vu le jour.

**A mes oncles feus Malick SIDIBE, Fadiala SIDIBE**

Ce travail est le fruit de votre amour et de votre sacrifice. Que vos âmes reposent en paix !

**A mes tantes :feues Hawa SIDIBE, Oumou**

**KAMISSOKO,Djeneba SIDIBE**

Je ne saurais vous remercier par des mots, pour vos conseils, vos bénédictions et vos soutiens de tout genre. Que vos âmes reposent en paix !

**A mes tantes :Awa SIDIBE,Maimouna BAH, Mamby**

**DIAKITE,Maimouna DIALLO**

Merci pour votre encouragement, votre soutien et affection sans cesse.

**A mon frère :Samba SIDIBE**

Tu a été toujours présent dans la joie et dans la peine. Tu es formidable.

**A mes cousins et cousines :**

Vous n'avez ménagé aucun effort, pour l'unité de la famille. Je vous remercie sincèrement pour le soutien moral , matériel et les conseils. Recevez ici toute ma gratitude.

**A la famille KEITA Moussa :**

Vous êtes ma seconde famille. Pas un seul jour, je ne me suis senti étranger dans votre maison. Je ne pourrai vous remercier assez pour tout ce que vous avez fait pour moi.

Qu'Allah le Tout Puissant vous comble de vos bienfaits.

**A mon cher ami Ténémakean KEITA :**

Ton dévouement qui n'a pas cessé de m'encourager et prier pour moi. Un remerciement sincère particuliers pour tous vos efforts fournis.

**A mon amie Aminata Nah Diabaté :**

Merci pour m'avoir cru en moi et m'avoir permis toujours de me dépasser.

**A tous les internes du CSRéf CV et particulièrement mon équipe de garde :**

Dr Ay B. TRAORE, Dr Ibrahim KANE, Oumar KOKEINA, Sidiki MALLE, Sekou SOW.

Merci pour la franche collaboration, la chaleur, la confiance et l'estime tout au long de ces internés.

**A toutes sages-femmes et infirmières stagiaires de notre équipe de garde.**

**Mes maitres médecins :**

Soumana O.TRAORE, Oumar M. TRAORE, Silimana F.COULIBALY, Me KAMISSOKO, Hamidou ALBACHAR, Hamady SISSOKO, Aliou BAKAYOKO

Pour la qualité de l'enseignement et la disponibilité constante tout au long de notre formation. Recevez ici mes vœux les plus sincères pour vos bonheurs et la réussite dans toutes vos entreprises.

**Aux sages-femmes du CSRéf CV du district de Bamako**

Merci pour les conseils, la disponibilité constante et la qualité de la collaboration.

**Aux anesthésistes et aux aides de bloc du CSRéf CV du District de Bamako**

La disponibilité et le sens élevé du travail qui vous caractérisent, forcent l'admiration. Sincère remerciement à vous.

**Tous les professeurs qui m'ont enseigné du cycle fondamental à l'université.**

**A mon pays, le Mali**

Pour tes efforts consentis dans notre éducation, dans notre formation, nous te servirons avec amour, loyauté et patriotisme.

**A toutes les femmes qui ont perdu la vie en donnant vie.**

**A toutes femmes qui ont perdu leur produit de conception en voulant donner la vie.**

**A toutes les femmes victimes des difficultés de la grossesse et de l'accouchement.**

**Aux orphelins dont leurs mères ont succombé en leur donnant naissance.**

**A tous ceux de près ou de loin qui m'ont apporté soutien et amour dans l'élaboration de ce travail si modeste soit-il.**

**A notre Maître et Président du jury :**

**Professeur TRAORE Mamadou**

**Professeur Titulaire de Gynécologie-obstétrique**

**Secrétaire Général de la SAGO**

**Membre du réseau malien de lutte contre la mortalité  
maternelle**

**Coordinateur national du programme GESTA internationale**

**Coordinateur du projet URFOSAME au CSRéf CV**

**Médecin-chef du Centre de Santé de Référence de la  
Commune V du District de Bamako**

**Cher Maître,**

C'est avec plaisir et spontanéité que vous avez accepté de présider ce jury malgré vos multiples occupations.

L'étendue de vos connaissances, votre rigueur scientifique, et votre sens social élevé et votre disponibilité suscitent admiration.

Nous avons bénéficié de votre enseignement clair et précis.

Permettez-nous ici, cher maître de vous réitérer notre confiance et notre profonde reconnaissance.

**A notre Maître et juge**

**Docteur Tioukani Augustin THERA**

**Maître Assistant à la FMOS**

**Gynécologue-Obstétricien au Centre Hospitalier Universitaire  
du point G**

**Ancien chef de service de Gynécologie-obstétrique de  
l'hôpital Nianakoro Fomba de Ségou**

Cher maître, vous avez accepté de juger ce travail malgré vos multiples occupations.

Votre bon sens, votre amour pour le travail bien fait, votre disponibilité, votre simplicité, vos connaissances scientifiques et vos qualités humaines font de vous un modèle pour les étudiants.

Nous vous remercions sincèrement.

**Que Dieu réalise vos vœux !**

**A notre Maître et Co-directeur**

**Docteur Soumana Oumar TRAORE**

**Gynécologue –Obstétricien au CSRéf CV**

**Cher Maître,**

C'est un grand honneur que vous nous faites en acceptant de juger ce modeste travail. Votre courtoisie, votre rigueur pour le travail bien fait et votre disponibilité à servir autant que possible font de vous un exemple à suivre. Je vous remercie sincèrement pour toute votre contribution à l'élaboration de ce travail et pour tout ce que vous faites pour les étudiants.

Cher maître trouvez ici en cet instant solennel l'expression de notre profonde reconnaissance.

**Qu'ALLAH vous protège durant toute votre carrière !**

**A notre Maître et Directeur de thèse**

**Professeur Issa DIARRA**

**Colonel Major de l'armée malienne**

**Maître de conférences en gynéco-obstétrique à la faculté de  
Médecine et d'odontostomatologie (FMOS)**

**Ancien Directeur central du service de santé des armées**

**Chevalier de l'ordre du mérite de la santé du Mali.**

**Cher maître,**

C'est un grand honneur que vous nous avez fait en nous acceptant comme élève.

Les mots nous manquent pour exprimer tout le bien que nous pensons de vous.

Tout au long de ce travail, vous avez forcé notre admiration tant par vos talents scientifiques que par vos qualités humaines.

Votre éloquence dans l'enseignement, votre souci constant du travail bien fait, votre respect de la personne humaine ont fait de vous un maître admirable.

Recevez ici cher Maître l'expression de nos salutations les plus respectueuses et de nos sincères remerciements.

**Que Dieu réalise vos vœux !**



## Liste des sigles et abréviations

<b>BDCF</b>	: Bruits Du Cœur Fœtal
<b>SFA</b>	: Souffrance Fœtale Aigue
<b>CPN</b>	: Consultation Périnatale
<b>CSCOM</b>	: Centre de Santé Communautaire
<b>CS Réf CV</b>	: Centre de Santé de Référence de la commune V
<b>HRP</b>	: Hématome Retro Placentaire
<b>PEV</b>	: Programme élargi de vaccination
<b>GESTA</b>	: Gestion du Travail d'Accouchement
<b>FMOS</b>	: Faculté de Médecine et d'Odonto-Stomatologie
<b>IgG</b>	: Immunoglobine G
<b>PP</b>	: Placenta Prævia
<b>MAF</b>	: Mouvements actif du fœtus
<b>DES</b>	: Docteur En Spécialisation
<b>NFS</b>	: Numération Formule Sanguine
<b>OMS</b>	: Organisation Mondiale de la Santé
<b>URFOSAME</b>	: Unité de Recherche et de Formation en Santé de la Mère et de l'Enfant
<b>CNTS</b>	: Centre National de Transfusion sanguine
<b>SA</b>	: Semaine d'Aménorrhée
<b>TV</b>	: Toucher Vaginal
<b>SAGO</b>	: Société Africaine de la Gynécologie et Obstétrique
<b>PF</b>	: Planning Familial
<b>RPM</b>	: Rupture Prématuration des Membranes
<b>HIV</b>	: Human Immuno Virus
<b>HTA</b>	: Hypertension Artérielle

## SOMMAIRE

<b>1-INTRODUCTION</b>	<b>1</b>
<b>2-GENERALITES</b>	<b>2</b>
<b>3-OBJECTIFS</b>	<b>3</b>
<b>4-METHODOLOGIE</b>	<b>23</b>
<b>5- RESULTATS</b>	<b>29</b>
<b>6- COMMENTAIRES ET DISCUSSION</b>	<b>59</b>
<b>7- CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS</b>	<b>60</b>
<b>8-REFERENCES</b>	<b>63</b>
<b>9-ANNEXES</b>	<b>67</b>

## **1-INTRODUCTION :**

Depuis la nuit des temps la grossesse a toujours suscité la joie et le bonheur dans les foyers. Cependant certaines complications peuvent survenir au cours de la grossesse et /ou de l'accouchement. Ces complications sont d'autant plus fréquentes que la gestante est très jeune ou âgée [1].

Chez la primipare âgée, la grossesse a toujours préoccupé les accoucheurs depuis fort longtemps, car elle comporte des risques liés au premier accouchement et des risques liés à l'âge. Au XVIII siècle, Mauriceau, Smilie et Denham ont souligné le caractère délicat et les risques liés à la grossesse et à la parturition [1].

Actuellement, considérée comme une grossesse à haut risque, la grossesse chez la primipare âgée nécessite une surveillance attentive et rigoureuse. Depuis le congrès international de gynécologie de 1958, l'âge de 35 ans est le plus fréquemment retenu pour parler de primipare âgée [1]. L'âge de la primipare âgée est variable selon les auteurs [2]. Certains retiennent 30 ans ou 35 ans et d'autres 40 ans.

Au Mali, l'âge de 30 ans est considéré pour parler de primipare âgée [2 ; 3].

En France, une étude effectuée en 1984 a révélée une fréquence de 0,69 % de primipare âgée [2 ;4]. En Afrique, la fréquence augmente considérablement, cela s'explique par la scolarisation sans cesse croissante de la population féminine [3 ;5]. Une étude réalisée en 2005 au CHU Gabriel Touré à révélé une fréquence de 1,43% [6].

A ce jour peu d'études spécifiques ont été réalisées au Mali encore moins en commune v sur les accouchements chez les primipares âgées. Pour mieux cerner ce problème nous avons initié cette thèse en nous fixant les objectifs suivants :

## **2-OBJECTIFS**

### **2.1-Objectif général :**

Etudier l'accouchement chez la primipare âgée à la maternité du Centre de Santé de Référence de la Commune V.

### **2.2-Objectifs spécifiques :**

- Déterminer la fréquence de l'accouchement chez la primipare âgée.
- Préciser le profil socio démographique des patientes.
- Rapporter la prise en charge de la primipare âgée dans le service
- Déterminer le pronostic de l'accouchement chez la primipare âgée.

### **3-GENERALITES :**

#### **3.1 Définition :**

La primipare se définit comme étant la femme qui accouche pour la première fois à partir de 28SA révolue au Mali[4 ;8].

Primigeste signifie la femme enceinte pour la première fois [4].

L'âge de 30 ans est proposé par certains auteurs comme primipare âgée[9].

#### **3.2 Epidémiologie :**

##### **3.2.1 Fréquence :**

La fréquence de la grossesse et de l'accouchement chez la primipare âgée augmente considérablement dans les pays industrialisés, elle peut s'expliquer par une modification du mode de vie de la population féminine [5].

En ce qui concerne les pays en voie de développement, elle s'explique par une modernisation croissante de cette population [5].

L'émancipation et le besoin de réussite professionnelle de la population féminine retardant souvent l'âge de la première grossesse, peuvent aussi l'expliquer.

La place de la contraception n'est pas négligeable non plus [6].

Le taux de fécondité est estimé en France à [2] :

60% à 20 ans

30 -60% à 35 ans

Négligeable à 50 ans et plus

##### **3.2.2 Condition socio économique :**

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 [5].

Cependant la grossesse peut survenir au décours d'une stérilité découverte tôt et dont la prise en charge a duré longtemps, d'une stérilité découverte et prise en charge tardivement, ou d'un mariage tardif. Les patientes à bas niveau socioéconomique sont les moins représentatives, et plus la parité augmente, plus cette population augmente [5].

### **3-3-Physiologie de la grossesse :**

La grossesse est l'état de la femme enceinte débutant le jour de fécondation et se détermine le jour de l'accouchement [7].

Au cours de la grossesse la femme subit des modifications et des réactions physiologiques [7].

Tous les éléments nutritifs nécessaires au développement de l'œuf proviennent de la mère. Le placenta ne fait que les transformer pour les rendre directement assimilables au fœtus. C'est-à-dire l'importance des adaptations auxquelles la mère doit faire face. Les modifications affectent en particulier le métabolisme, la circulation sanguine, la respiration, la fonction rénale et la fonction endocrinienne[10]

Le métabolisme de la mère est extrêmement modifié :

En témoignant la prise de poids pouvant atteindre 15 kg et plus.

L'augmentation de tous les lipides sanguins, les perturbations des protéines sanguines, le métabolisme des sucres est perturbé, l'insuline augmente, une cétonurie n'est pas rare[11].

La circulation sanguine est profondément perturbée.

La masse sanguine est en effet augmentée, atteignant 150 % pour mieux assurer les besoins métaboliques et en oxygène du fœtus. Cette augmentation de la masse sanguine à plusieurs conséquences :

Au niveau de la composition du sang lui-même : on observe évidemment une baisse de l'hématocrite et une concentration en globules rouges

cause de l'anémie physiologique de la grossesse qui n'est pas apparente.

Au niveau de la mécanique circulatoire : le cœur est obligé d'augmenter son débit, il le fait d'abord en augmentant le volume de sang éjecté à chaque contraction, en accélérant son rythme.

La respiration est modifiée car la mère doit également respirer pour le fœtus. Là encore, elle le fait surtout en augmentant l'efficacité des échanges gazeux et en modifiant peu son rythme respiratoire ; la ventilation est de 60% supérieure à la normale, alors que la consommation n'augmente que de 20%[12 ;13].

Il y a une baisse de la pression en gaz carbonique dans le sang.

Les fonctions réalisées sont également modifiées. Il s'agit en particulier d'éliminer des déchets transmis par le placenta. Le « Flux » sanguin rénal est augmenté (d'un quart à un tiers), la filtration du placenta par glomérules rénaux maternels et les fonctions des tubes rénaux sont modifiées. Les fonctions endocriniennes enfin sont elles même très modifiées. Toutes les glandes endocrines, qui sécrètent des hormones, vont s'adapter et réagir pour aider au développement du fœtus.

L'hypophyse antérieure, chef d'orchestre habituel du concert endocrinien se voit en grande partie supplantée par le placenta et obligée de s'adapter aux circonstances. Elle double ou triple ce volume. Sa production d'hormones en direction des ovaires baisse à l'exception de la prolactine qui augmente progressivement.

La grossesse crée un état de dépression immunitaire spécifique sur l'organisme maternel :

Le placenta, directement ou indirectement est à l'origine des substances immunodépressives. En effet le placenta par certaines de ses substances, est responsable de la déviation immunitaire maternelle.

Au niveau local de l'interface fœtus maternel, le rôle du placenta est formidable. Il inhibe l'introduction d'une réaction immunitaire maternelle anti fœtale aussi bien que l'action d'agents immuns d'une réaction de rejet anti concepts. Il y réussit en agissant de 3 manières.

Il relève des barrières circulatoires cellulaires moléculaires : divers substances revêtent ou doublent le trophoblaste et inhibent l'approche des lymphocytes maternels.

Il modifie la présentation des antigènes de transplantation du conceptus à l'interface fœto-maternels. Le fœtus et l'intérieur des villosités placentaires ont des antigènes mais ils ne sont pas en contact avec le sang de la mère ou les tissus de la mère. La reconnaissance de ces antigènes par la mère est peut être nécessaire à l'établissement d'une réaction immunitaire anti fœtale.

Enfin toujours au niveau local le placenta inhibe les agents effecteurs de la réactions immunitaire anti fœtale.

Le système immunitaire de la mère élabore normalement des anticorps contre les antigènes étrangers, microbiens ou viraux. La mère possède en outre tout un échantillonnage d'anticorps élaborés lors d'infections antérieures connues ou non.

Les immunoglobulines (IgG) vont pouvoir traverser le placenta. Il existe même un système de transport spécialisé permettant leur passage à travers les cellules trophoblastiques.

Ainsi va pouvoir être assurée la défense antimicrobienne du fœtus et même du nouveau né jusqu'à ce que ce dernier assure sa propre production d'anticorps. Les placentas capte les anticorps maternels anti fœtus (IgG) vont pouvoir passer et avoir éventuellement une influence défavorable.



### **3.4-Diagnostic de la grossesse :**

#### **A Dans les premiers mois :**

La survenue d'une grossesse a trois sortes de conséquences pour l'organisme maternel [14] :

a- L'ovulation et la menstruation sont supprimées et le cycle menstruel est remplacé par le cycle gravidique. La suppression des règles est donc le signe majeur de la grossesse, mais à la condition qu'elles aient été normales au paravent dans leur époque, leur durée et leur aspect.

Une femme enceinte ne peut en principe, avoir des règles pendant la grossesse, et toute perte de sang doit faire consulter par médecin. Par ailleurs, les règles peuvent être supprimées pour d'autres raisons que la grossesse (cause hormonale ou organique)

b- La présence d'un œuf vivant entraîne des modifications générales de l'organisme maternel. Ce sont des troubles subjectifs variés, apparaissant à la fin du premier mois et cessant dans le courant du quatrième mois.

Les troubles digestifs sont les plus fréquents, qu'il s'agisse de nausées, de vomissement, de modification de l'appétit, d'hypersécrétion salivaire, de constipation ou brûlure gastro-œsophagienne.

Les troubles nerveux sont mineurs et consistent en une émotivité, irritabilité, somnolence, fatigue, dégoût ou envie.

Les troubles urinaires consistent en une envie fréquente d'uriner sans brûlures. La sensation de gonflement, en rapport avec la modification du métabolisme de l'eau, correspondant souvent à une augmentation pondérable réelle. la tension mammaire est fréquente.

c- le développement de l'œuf entraîne des modifications de l'utérus et des seins. Les seins augmentent de volume, se couvrent d'un fin réseau veineux, leurs aréoles s'accroissent, bombent de profil et se pigmentent. De petits tubercules dits de Montgomery s'y développent. Les modifications de l'utérus ne peuvent être reconnues que par le médecin lors du toucher vaginal. Il constate alors un utérus gros, mou, globuleux et contractile.

## **B. Dans les derniers mois :**

La mère perçoit les mouvements du fœtus. Les premiers apparaissent vers quatre mois et demi, d'abord comme de simples frôlements, puis comme des mouvements nets et forts. L'abdomen augmente de volume, pointe en avant chez la primipare, retombe en besace chez la multipare à paroi abdominale déficiente. L'ombilic se déplisse, la peau se strie de vergetures indélébiles. Des taches brunes, appelées communément « masque de grossesse » marquent parfois le visage (voire chloasma). Le médecin peut alors recueillir par l'examen des renseignements importants. La menstruation à l'aide d'un mètre ruban permet d'apprécier la hauteur utérine (HU). La palpation renseigne sur la consistance, la sensibilité de l'utérus. Elle renseigne aussi sur la situation du fœtus, son volume, sa présentation et peut permettre de ressentir des mouvements actifs du fœtus à travers la paroi.

L'auscultation des bruits du cœur fœtal à l'aide d'un stéthoscope permet d'entendre ces bruits sur un rythme pendulaire rapide (120-160 à la minute), comparable au tic tac d'un réveil. Le toucher vaginal (TV) permet de retrouver un col très ramolli, fermé et

régulier chez la primipare, parfois déhiscent et déchiré chez la multipare.

Il permet de confirmer la présentation foetale et d'étudier ses rapports avec le bassin[6 ;16 ;17 ;18].

### **3.5- Examen para clinique de la grossesse :**

Ils permettent la confirmation de la grossesse et sa surveillance biologique[19 ;20 ;21 ;22].

#### **a-Diagnostic biologique :**

Permet le diagnostic précoce de la grossesse. Il se fonde sur la mise en évidence, dans l'urine ou dans le sérum de la femme supposée enceinte, des gonadotrophines provenant du placenta inondent véritablement l'organisme maternel. La détection de leur élimination est donc un test de vitalité placentaire.

On peut aussi mettre ces hormones en évidence par des méthodes immunologiques : précipitation des gonadotrophines par un antisérum) : c'est la méthode la plus récente et la plus rapide (technique de Wide et Gemzll, par exemple).

#### **b-Diagnostic hormonal :**

Les hormones sexuelles (œstrogènes et progestérones) augmentent la grossesse, et leur élimination urinaire représente une véritable constante biologique. Dans les premiers mois ces hormones sont fournies par le corps, jaunes gravide, donc l'activité est deux fois supérieur a celle du corps jaune menstruel.

Dans les derniers mois elles sont fournies par le placenta. La pratique de ces dosages est utile pour la surveillance de la vitalité de la grossesse.

**c- Les frottis vaginaux :**

Au cours de la grossesse, l'épithélium vaginal subit une hyperplasie intéressante surtout la couche de cellule intermédiaire. Les frottis se caractérisent alors par la diminution du taux des cellules superficielles et par l'apparition d'un type particulier de cellules : les cellules naviculaires de grossesse.

**d-L'échographie :**

Cet examen inoffensif permet de préciser le siège, le nombre d'embryons, la qualité du liquide amniotique et surtout la position du placenta.

**3.6 Retentissement psychique de la grossesse :**

Divers incidents ou accidents mentaux peuvent apparaître pendant la grossesse et constituent la « folie » des femmes enceintes, expression que l'on doit à Esquirol depuis 1819 et qui englobe les diverses complications psychiatriques de la grossesse.

**-Pendant la grossesse :**

On observe surtout des accidents névrotiques. Il peut s'agir d'anxiété, mais de la préoccupation légère à la névrose d'angoisse, tous les intermédiaires existent.

Il peut s'agir d'hystérie: sur le fond de personnalité d'hystérie se détachent deux accidents particuliers :

Les vomissements et la négation d'hystérie de la grossesse. Les vomissements sont considérés comme physiologique jusqu'au 3<sup>ème</sup> mois, leur persistance au delà du 3<sup>ème</sup> mois; leur association avec des manifestations émotionnelles importantes doivent faire soupçonner un appoint hystérique.

La négation de la grossesse se voit chez des femmes très jeunes, non mariées et de faible niveau intellectuel. Enfin il peut s'agir d'accidents psychosomatiques divers, digestifs ou respiratoires.

**-Pendant les suites de couches :**

Des accidents aigus s'observent avec une période confusionnelle inutile, qui aboutit à des psychoses typiques. Parmi les symptômes qui peuvent s'observer l'état confuse onirique (psychose puerpérale classique) est le plus fréquent; la confusion domine; associée à la désorientation à l'absence d'identification des proches ; l'onirisme lui est presque associé, fait de tableaux incohérent et en général terrifiant. Le traitement des psychoses puerpérales gagne à être appliqué en milieu psychiatrique d'autant plus que l'allaitement est contre indiqué et que l'enfant doit être séparé de sa mère, les névroses gravidiques relèvent de la prophylaxie par une préparation à l'accouchement et de la psychothérapie.

**3.7-Surveillance périodique de la femme enceinte :**

La loi impose des examens prénataux réguliers au cours de la grossesse.

Certains examens sont très importants et doivent être répétés chaque fois qu'une anomalie est soupçonnée ; ce sont :

**-La prise de la tension artérielle (TA) :**

La TA d'une femme enceinte augmente légèrement enfin de grossesse, toute élévation importante doit être considérée avec attention.

**-La recherche de protéines dans l'urine :**

Elle doit être faite une fois par mois, et plus souvent si elle est positive (albuminurie).

### **-La surveillance de la prise de poids :**

Normalement une femme enceinte ne doit prendre 1 kg par mois les six premiers mois et 1,400 g par mois ensuite, toute prise de poids supérieure doit amener à consulter le médecin.

### **-Les prises de sang :**

Outre les prise de sang obligatoires en début de grossesse concernant les maladies infectieuses (syphilis, rubéole et toxoplasmose) et le groupage sanguin, il est nécessaire de faire la recherche des agglutinines anti rhésus chez les femmes rhésus négatif, des numérations globulaires chez les anémiques, des dosages de glycémies chez les diabétiques, etc.

### **-Échographie :**

Se fait 3 ou 4 fois au cours de la grossesse.

En principe l'évolution d'une grossesse normale devrait se faire sans aucun trouble. En fait, il y a des petits troubles mineurs, sans gravité qu'il faut connaître.

#### **-Les petits troubles généraux :**

Il peut s'agir de malaises simples ou de perte de connaissance complète. Ces malaises surviennent fréquemment dans des endroits publics où il fait chaud et où l'ouïe respire mal (cinéma, coiffeur). Il peut s'agir aussi de bouffées de chaleur d'asthénie, de trouble du sommeil ou de l'appétit.

#### **- les troubles digestifs :**

Ils ont été déjà évoqués au diagnostic de la grossesse, ils peuvent réaliser de plus des douleurs gastriques, des renvois liquide acide dans la bouche et l'œsophage (pyrosis) ; la lenteur dans la digestion, constipation témoignent de l'atonie du tube digestif.

### **-Les difficultés de la respiration :**

Il s'agit d'essoufflement à l'effort, mais il peut exister aussi une gêne respiratoire en dehors de tout effort, augmentant et diminuant selon les moments, mais sans raison appréciable

### **-Les douleurs :**

Ces douleurs sont très variées. Les plus fréquentes réalisent le syndrome douloureux pelvien. Ces symptômes associent une douleur abdominale basse (sensation de pesanteur, de tiraillement des aines, d'impression que « tout va tomber que l'enfant est « descendu ») à une douleur lombo-sacrée gênant la marche.

Il peut s'agir ailleurs de douleurs lombaires isolées, de névralgies sciatiques ou de crampes.

-Les fourmillements des extrémités des mains ne sont pas rares.

Toutes petites complications sont ennuyeuses et gênantes pour la femme enceinte. Mais il faut savoir qu'elles sont le fait de la grossesse qu'elles disparaîtront avec l'accouchement et que surtout, elles ne compromettent ni la santé de la mère ni le développement de l'enfant.

## **3.8- Accouchement :**

### **a-Définition :**

C'est l'ensemble des phénomènes mécaniques et physiologiques ayant pour conséquences la sortie du fœtus et de ses annexes hors des voies génitales maternelles, à partir du moment où la grossesse a atteint le terme de 28 SA. Avant 28 SA, c'est un avortement. S'il se produit au terme normal (37 SA révolue et 42 SA ) il est dit à terme. S'il se produit entre 28 SA et 37 SA, il est dit prématuré[3 ;6 ;11].

L'accouchement est spontané s'il se déclenche de lui-même, il est provoqué lorsqu'il est consécutif à une intervention extérieure. Il est

naturel s'il est sous influence de la seule physiologie, il est artificiel quand il est le résultat d'une intervention[23].

Enfin il est eutocique s'il s'accomplit suivant un déroulement normal, il est dystocique dans le cas contraire[24].

### **b-Mécanisme général de l'accouchement :**

Si l'on concède la figure représentant l'abdomen d'une femme à terme, on voit immédiatement que le fœtus adopte normalement, dans la cavité utérine une situation verticale et une attitude « tête en bas » déterminée par l'accommodation à cette cavité utérine. Pour apparaître à l'extérieur le fœtus aura à cheminer à travers un canal musculo-élastique dont l'extension est limitée par le canal osseux pelvien qui l'entoure à distance[25 ;26 ;27].

### **-cheminement du fœtus à travers les parties molles :**

Il est clair que le col de l'utérus est le premier obstacle qu'il rencontre. Les trois quarts des forces déployées par l'utérus pendant le travail se dépenseront pour ouvrir ce col. Deux modifications d'abord (diminution de longueur qui substitue un « orifice utérin » au canal cervical préexistant). La dilatation commence ensuite progressivement jusqu'à ce que le col se soit mis à l'alignement du vagin et de l'utérus qui ne forment plus qu'un énorme cylindre de 10 cm de diamètre (dilatation complète) [28].

Le vagin et la vulve sont hautement élastiques, mais le vagin est cependant bridé latéralement par le muscle releveur de l'anus, qui forme l'essentiel du plancher périnéal qui sera franchi sous l'action des contractions et des efforts volontaires de la femme[29].

### **-traversée du bassin osseux :**

C'est anneau osseux étant rigide, sa traversée sans dommage pour le fœtus ne saurait être une question de force. La façon dont le fœtus



évolue dans ce canal osseux varie selon « la présentation » se définit comme la partie du fœtus qui occupe l'aire du détroit supérieur.

Dans le cas du « sommet » présentation la plus habituelle, la traversée osseuse se fait de la façon suivante [30]:

**L'engagement :**

C'est le franchissement du détroit supérieur (entrée du bassin) par le plus grand diamètre de la présentation. Avant ce franchissement, la tête fœtale aura « orienté » son plus grand axe et se sera « amoindrie » en se fléchissant à l'extrême.

**La descente :**

Au cours de sa descente dans l'excavation, la présentation doit faire rotation telle qu'elle amène son plus grand axe à coïncider avec le plus grand axe du détroit inférieur qui est médian

**Le dégagement :**

C'est le franchissement du détroit inférieur, le dégagement se fait autour du point fixe sous la symphyse pubienne la présentation prenant alors une inverse de celle qu'elle avait précédemment : le sommet primitivement fléchi, accomplit une déflexion.

**C Types de présentations :**

la présentation est la partie du fœtus qui occupe l'aire du détroit supérieur pour s'y engager et évoluer ensuite suivant un mécanisme qui lui est propre.

On distingue classiquement 3 sortes de présentations :

Le fœtus peut se présenter par la tête (**présentation céphalique**) ; par les pieds ou les fesses(**présentation de siège**)[31-33].

Lorsque le fœtus se trouve en travers, c'est le tronc qui occupe l'aire du détroit supérieur (**position transversale**) [34].

### **d-Déroulement clinique du travail :**

L'accouchement normal passe par plusieurs phases cliniques obligatoires [34 ;35 ;36]:

**- la période de début** : souvent précédée par la perte du bouchon muqueux, se caractérise par l'installation de douleurs encore assez légères espacées de 10 à 15 minutes, se prolongeant de 30 à 40 secondes et généralement très supportables.

Au toucher vaginal on constate que le col s'intègre progressivement dans le segment inférieur (partie basse, amincie, de l'utérus gravide) :c'est l'effacement.

**- La période de dilatation** (2 phases :phases de latence e active) voit le rythme des douleurs se précipiter celles-ci se reproduisant toutes les 5minutes. En même temps l'orifice cervicale du col se dilate peu, la « poche des eaux » restant généralement intacte. Cette période, la plus pénible, se prolonge, en général de 8 à10 heures chez la primipare de 3 à 6 heures chez la multipare.

**-La période d'expulsion** ( phase active) commence lorsque la dilatation est complète. Le caractère des douleurs change :la femme éprouve le besoin de pousser ;la poche des eaux se rompt spontanément, la progression de la présentation aboutit à son arrivée à la vulve) annoncée par la distension progressive du périnée.

**-La délivrance** : Après la sortie du fœtus, la sortie du placenta et des membranes terminent le déroulement de l'accouchement.

### **3.9- Cas particulier chez la primipare âgée :**

#### **3.9.2- Anomalie génétique et mal formatives :**

#### **3.9.3.- Anomalies génétiques :**

Le syndrome triplo x (xxx), les trisomies 21 ;13 ; 18 ,le syndrome de klinefelter représentent chacun près de la moitié des anomalies chromosomiques avec une incidence de [9 ;37] :

1,09% de la naissance à partir de 38-39ans

2,95 %des naissances à 44 ans

10% des naissances à 49 ans

#### **3.9.1.2 -A anomalies mal formatives :**

Nous pouvons citer[38] :

- les malformations cardiaques
- Les syndactylies
- Le spina bifida
- Les becs de lièvre avec fente palatine
- Les malformations ano- rectales
- Les fentes palatines sans bec de lièvre

Le diagnostic anténatal permet de dépister certaines anomalies chromosomiques ; deux techniques ont été proposées[39] :

- L'amniocentèse précoce (echoguidée)
- Le prélèvement des villosités choriales

Nous allons apporter une lumière sur la technique, les indications les incidents de l'amniocentèse bien qu'elle n'a été pratiquée chez aucune de nos patientes.

### **Q3.9.4- Amniocentèse :**

#### **3.9.4.1 - Amniocentèse précoce :**

Le meilleur moment pour faire l'amniocentèse se situe entre la 16<sup>ème</sup> et la 18<sup>ème</sup> semaine de la grossesse, calculée à partir du premier jour des dernières règles, ce qui correspond à la 14<sup>ème</sup> et 16<sup>ème</sup> semaine post – conceptionnelle.

#### **Technique :**

Sous échographie guidée ;la vessie vide et toutes les précautions d'asepsie étant prises, l'aiguille est habituellement introduite sur la ligne médiane ombilico-pubienne ,plus ou moins haut selon le volume utérin et les limites d'une éventuelle insertion antérieur du placenta.

L'opérateur doit percevoir le franchissement successif de l'aponévrose, de la paroi utérine et se rendre compte de l'entrée dans la cavité ovulaire, ce qui n'est pas toujours évident. Après avoir retiré le amniotique, ou même 5cc pour la détermination du caryotype. Le liquide retiré doit parvenir au laboratoire est de 10 à 15 jours pour l'établissement du caryotype, de 20 à 40 jours pour les anomalies enzymatiques.

#### **Indications :**

Elles sont les suivantes :

- Les anomalies chromosomiques
- Les maladies récessives liées au sexe
- Les maladies métaboliques

Incidents et accidents :

Incidents :

- Méconnaissance d'une grossesse gémellaire

- L'échec de la ponction
- Les ponctions sanglantes
- Les échecs de culture

Accidents :

- Infection ovulaire
- Morbidité maternelle
- Hémorragie intra ovulaire
- Avortements spontanés
- Blessure du fœtus

#### **3.9.4.2- Amniocentèse tardive :**

Sa technique est superposable à celle de l'amniocentèse précoce à quelques différences près, car :

- Existence de plusieurs lieux de ponctions, en fonction de la présentation
- La mise en observation pendant 48 heures est indispensable

Les indications :

Ce sont :

- L'iso-immunisation
- Le dépistage de la souffrance fœtale
- Appréciation de la maturité fœtale
- Le dépistage des malformations fœtales
- Le déclenchement du travail
- L'hydramnios aigu

Les incidents :

- Les ponctions blanches
- Les ponctions sanglantes

Les accidents :

Nous pouvons citer :

- Mortalité maternelle
- Morbidité maternelle
- Mortalité foétale
- Les infections amniotiques
- Les hémorragies fœto-maternelles
- Les accouchements prématurés

### **3.9.5- prélèvement des villosités choriales :**

Il es réalisé en ambulatoire, sous contrôle échographique vers la 8è -10è semaine, le plus souvent par biopsie transcervicale à la pince, mais aussi par la ponction écho guidée transparietale,ici le risque d'avortement est quelque peu élevé et il est évalué environ à 1%

### **3.9.6- complications liées à la grossesse :**

Plusieurs complications peuvent survenir au cours de la grossesse chez la primipare, nous pouvons citer[40-46] :

- Les avortements spontanés
- La grossesse extra –utérine et molle hydatiforme
- L'hypertension artérielle
- L'accouchement prématuré
- La pré éclampsie
- L'hématome retro placentaire
- Le fibrome utérin
- L'insertion basse du placenta
- La prise de poids pendant la grossesse
- La grossesse multiple
- Retard de croissance intra utérin

### **3.9.7-Complications liées à l'accouchement :**

Au déroulement de l'accouchement peuvent se greffer les complications suivantes [47] :

- Les dystocies dynamiques
- Les dystocies mécaniques
- Les anomalies de présentation
- Les ruptures prématurées des membranes
- La procidence du cordon
- Le travail long
- La morbidité fœtale
- La mortalité fœtale

## 4. METHODOLOGIE

### 4.1-Cadre d'étude :

Notre étude a été menée dans le service de gynéco-obstétrique du Centre de Santé de Référence de la Commune V (CSRéf CV) du District de Bamako.

Le service de gynéco-obstétrique est constitué de :

- maternité avec quatre (4) tables d'accouchement,
- unité suites de couche normales et pathologiques,
- unité programme élargi de vaccination (PEV),
- unité néonatalogie,
- unité planning familial (PF),
- unité consultation prénatale (CPN),
- deux (2) blocs opératoires fonctionnels,
- une salle de consultation pour urgences gynéco-obstétricales,
- unité d'hospitalisation post-opératoire,
- unité de grossesse à risque.

Le service est dirigé par un Professeur Agrégé en gynéco-obstétrique. Actuellement le service est à vocation universitaire et encadre les DES en gynéco-obstétrique, les étudiants en médecine, les élèves sages-femmes.

Une permanence est assurée tous les jours par une équipe composée de :

- un Médecin gynécologue obstétricien,
- cinq (5) Etudiants en Médecine faisant fonction d'Interne,
- deux (2) Sages-femmes,
- un Infirmier anesthésiste,
- une Technicienne de laboratoire,



-un Chauffeur d'ambulance qui assure la liaison avec les autres structures sanitaires et le Centre National de Transfusion Sanguine (CNTS),

- deux techniciens de surface.

Un staff a lieu tous les jours à partir de 8h15 mn dirigé par le Chef de service.

#### **4.2- Type d'étude et période d'étude :**

Nous avons mené une étude rétrospective et analytique (Cas/Témoins(1Cas pour 2 Témoins) portant sur 26 mois , allant du 1<sup>er</sup> Janvier 2009 au 27 Février 2011.

#### **4.3-Echantillonnage :**

##### **- Population d'étude :**

L'étude a porté sur l'ensemble des accouchements enregistrés dans le service durant la période d'étude.

##### **-Technique de l'échantillonnage :**

IL s'agit d'un échantillonnage exhaustif portant sur tous les cas de primipares âgées de plus de 34ans ayant accouché à la maternité du CSRéfCV au cours de la période d'étude après appariement des âges et des parités avec les cas.

##### **-Taille de l'échantillon :**

Notre étude a porté sur 101 cas de primipares âgées de plus de 34 ans et 202 Témoins d'âges inférieurs à 20ans.

#### **4.3-Critères d'inclusion :**

**Cas :** Toute femme ayant accouché dans le service pour la première fois et dont l'âge était supérieur à 34 ans.

**Témoins :** Toute femme ayant accouché dans le service pour la première fois et dont l'âge était inférieur à 20 ans.

#### **4.4-Critères de non-inclusion :**

-Les primipares âgées de plus de 34 ans et les adolescentes de moins de 20ans primipares ayant accouché hors du service et qui ont été admises dans le service pour une raison quelconque.

#### **4.5-La collecte des données :**

##### **❖ Support des données :**

- Une fiche individuelle servant de questionnaire ;
- Registre d'accouchement ;
- Registre de césarienne ;
- Dossiers obstétricaux ;
- Registre de référence/évacuation ;
- Registre de compte rendu opératoire ;
- Registre de transfert de nouveau-nés ;
- Registre de décès périnatal ;
- Registre de décès maternel ;
- Registre d'anesthésie ;
- les carnets de C.P.N.

❖ **Technique de collecte des données :**

La technique a consisté en une lecture des dossiers obstétricaux et leur consignation sur une fiche préétablie. Les autres supports de données ont été exploités chaque fois que cela était nécessaire pour préciser ou compléter les données recueillies dans les dossiers obstétricaux.

❖ **Variables étudiées:**

- l'âge ;
- la gestité ;
- la résidence ;
- le statut matrimonial ;
- la profession de la femme ;
- les antécédents médicaux ;
- les antécédents chirurgicaux ;
- le terme de la grossesse ;
- la présentation du fœtus ;
- l'état du bassin ;
- le mode d'accouchement ;
- le type d'intervention ;
- l'épisiotomie ;
- les complications obstétricales ;
- les suites de couches ;
- les complications dans les suites de couches ;
- la morbidité maternelle ;
- le pronostic foetal ;
- le pronostic maternel.

#### **4.6 -Traitement et analyse des données :**

Les données ont été saisies sur **MICROSOFT WORD 2007** et **Excel 2007** puis analysées sur logiciel **SPSS 12.0**. Le test statistique utilisé était l'Odds ratio pour étudier les associations entre les variables. La probabilité (P) a été déterminée avec un risque alpha de 0,05 .Un  $OR < 1$  était associé à une protection contre le phénomène étudié ; alors qu'un  $OR \geq 2$  était plutôt synonyme d'une aggravation du phénomène étudié.

#### **4.7- Définitions opératoires :**

Pour la clarté de l'étude, nous avons adopté les définitions suivantes :

**-Pronostic maternel et périnatal** : nous entendons par pronostic maternel et périnatal l'issue de la grossesse pour la mère et le fœtus en termes de mortalité et de morbidité.

**-Grossesse non suivie** : absence de soins liés à la grossesse.

**-Primipare** : une femme qui a accouché une fois.

**-Primigeste** : une femme qui est enceinte pour la première fois.

**-Fièvre** : toute température supérieure ou égale  $38^{\circ}\text{C}$  chez la femme enceinte est considéré comme fièvre.

**-Hypertension artérielle** : lorsque la tension artérielle systolique est supérieure ou égale à 140 millimètre de mercure et/ou la diastolique supérieure ou égale à 90 millimètre de mercure lors de 2 prises successives a un intervalle de 5 minutes après un repos de 10 minutes.

**-Référence** : c'est l'orientation d'une patiente vers un service spécialisé en absence de toute situation d'urgence.

**-Accouchement** :c'est l'expulsion du fœtus et de ses annexes hors des voies génitales naturelles à partir de 28SA révolues selon le contexte malien.

**-Evacuation** : c'est la référence dans un contexte d'urgence.

**-Césarienne** : est une intervention permettant d'extraire le fœtus en incisant l'utérus par voie abdominale le plus souvent exceptionnellement par voie vaginale chaque fois que l'accouchement par les voies naturelles comporte un risque materno-fœtal supérieur au risque inhérent à la césarienne.

**-Primipare âgée** : c'est premier accouchement à 35 ans et plus depuis le congrès international de la gynécologie et obstétrique en 1958

**-Adolescente** : Toute femme dont l'âge était inférieur à 20 ans.

**- Score d'Apgar :**

0 :mort-né

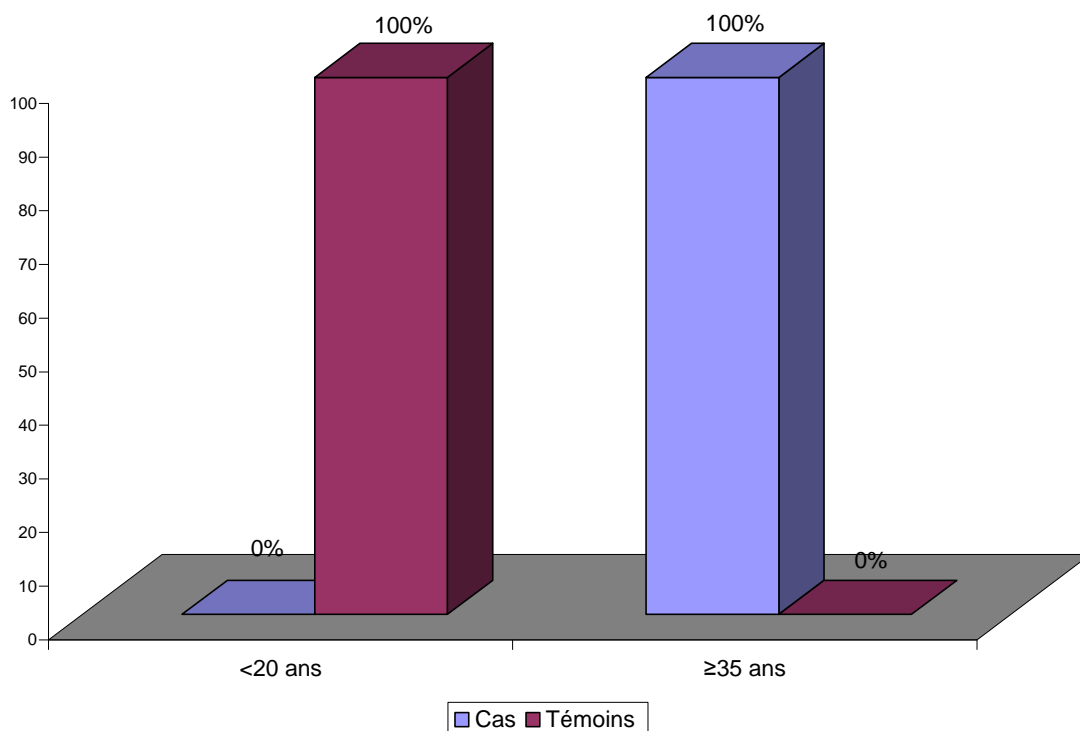
1à3 : état de mort apparente

4à7 : état morbide

≥8 : bon score d'Apgar

## 5-Résultats :

**5.1-La prévalence** : Durant la période d'étude nous avons enregistré **16060** accouchements dont **101cas** de primipares âgées( âge $\geq$ 35 ans) soit une prévalence de **0,62%**.



### 5.2-Figure1 : Répartition des femmes selon l'âge

Cas : 35-37ans :76 soit 75,04%

40ans et plus : 5 soit 4,96%

Age moyen : 36 ans

Témoins : 15-17 ans : 159 soit 78,72%

18 ans et plus : 43 soit 21,28%

Age moyen : 16 ans

**KHI2=3,03**

**p=10<sup>-8</sup>**

**5.3-Tableau I : Répartition des parturientes selon le statut matrimonial.**

Etat matrimonial	CAS		TEMOINS	
	E	%	E	%
Mariée	93	92,1	104	51,48
Célibataire	8	7,9	96	47,52
Total	101	100	202	100

**Chi2=48,78**

**p=10<sup>-8</sup>**

**OR=10,95[4,95-27,31]**

**5.4-Tableau II : Répartition des parturientes selon la notion d'instruction.**

Niveau de scolarisation	CAS		TEMOINS	
	E	%	E	%
Instruites	96	95,05	114	56,43
Non instruite	5	4,95	88	43,57
Total	101	100	202	100

**Chi2=47,20**

**p=10<sup>-7</sup>**

**OR=10,95[4,95-27,31]**



**5.5-Tableau III : Répartition selon la profession.**

Profession	CAS		TEMOINS		p	OR-IC
	E	%	E	%		
Médecin	30	29,70	0	0	0,00007	21,45[8,50-63,68]
Ménagère	9	8,93	23	11,38	0,0411	0,29[1,71-6,34]
Aide ménagère	3	2,97	45	22,27	0,10	0,13[0,02-0,42]
Commerçante	6	5,96	16	7,92	0,531	0,73[0,23-2,06]
Etudiante	24	23,73	118	58,41	0,00005	2,5[0,08-0,28]
Ingénieur	29	28,71	0	0	0,0003	18,23[5,4-33,21]
Total	101	100	202	100		

**5.6-Tableau IV : Répartition selon la provenance.**

Provenance	CAS		TEMOINS	
	E	%	E	%
Ville de Bamako	92	91,1	189	94,5
Hors Bamako	9	8,9	13	5,5
Total	101	100	202	100

**Khi2=0,61    p=0,0433    OR=9,70[0,27-1,94]**

**5.7-Tableau V: Répartition des parturientes selon le mode d'admission.**

Mode d'admission	CAS		TEMOINS		p	OR-IC
	E	%	E	%		
Venue elle même	58	57,4	172	85,14	0,0000001	15,24[0,13-0,42]
Référée	43	42,6	30	14,86	0,418	7, 3[6,71-51,61]
Total	101	100	202	100		

**5.8-Tableau VI : Répartition en fonction des antécédents médicaux**

Antécédents médicaux	CAS		TEMOINS		p	OR-IC
	E	%	E	%		
HTA	16	15,84	8	3,96	0,0088	3,27[1,18-9,53]
Diabète	2	1,98	1	0,5		
Asthme	2	1,98	1	0,5		
HIV	5	2,46	3	1,48	0,076	3,45[0,65-22,60]
Drépanocytose	2	1,98	1	0,50		
Aucun	78	77,22	188	93,06		
Total	101	100	202	100		

**5.9-Tableau VII: Répartition en fonction des antécédents gynécologiques.**

Antécédents gynécologiques	CAS		TEMOINS		p	OR-IC
	E	%	E	%		
Traitement de stérilité	11	10,9	2	0,99	0,00006	12,22[2,57-114,76]
Avortement	28	27,7	39	19,31	0,096	1,60[0,88-2,90]
Contraception	7	6,9	46	22,77	0,00062	4,25[0-0-060]
Aucun	54	53,5	115	56,93		
Total	101	100	202	100		

**5.10-Tableau VIII : Répartition en fonction de la CPN**

CPN	CAS		TEMOINS	
	E	%	E	%
Non suivie	3	2,97	47	23,27
Suivie	98	97,03	155	76,73
Total	101	100	202	100

**Chi2=48,27      p=10<sup>-7</sup>      OR=14,47[5,58-43,80]**

**5.11-Tableau IX : Répartition selon l'auteur des CPN.**

Auteur des CPN	CAS		TEMOINS		p	OR-IC
	E	%	E	%		
Sage femme	22	22,46	115	74,19	0,000001	6,75[2,73-18,18]
Médecin	32	32,65	8	5,16	0,498	0,84[0,50-1,43]
Matrone	7	7,14	3	1,95	0,0047	5,71[1,32-33,94]
Gynéco- obstétricien	32	32,65	6	3,87	0,00077	0,19[0,05-056]
Infirmière obstétricienne	5	5,10	23	14,83	0,068	0,41[0,12-1,14]
Total	98	100	155	100		

**5.12-Tableau X : Répartition en fonction de l'état clinique du bassin.**

État clinique du bassin	CAS		TEMOINS	
	E	%	E	%
Normal	89	88,11	120	59,40
Anormal	12	11,89	82	40,60
Total	101	100	202	100

P=0,000004

OR=5,07[2,54-10,79]

**5.13-Tableau XI : Répartition en fonction du terme de la grossesse.**

Terme	CAS		TEMOINS		p	OR-IC
	E	%	E	%		
Terme	81	80,2	178	88,12	0,192	0,66[0,34-1,30]
Pré-terme	20	19,8	24	11,88	0,065	1,83[0,90-3,68]
Total	101	100	202	100		

**Chi2=3,40      p=0,065      OR=0,55[0,27-1,11]**

**5.14-Tableau XII : Répartition en fonction de la présentation fœtale.**

Présentation Fœtale	CAS		TEMOINS	
	E	%	E	%
Céphalique	93	92,1	182	90
Non céphalique	8	7,9	20	10
Total	101	100	202	100

**Chi2=0,31      p=0,574      OR=1,28[0,51-3,48]**

**5.15-Tableau XIII: Répartition en fonction des complications**

Complications	CAS		TEMOINS		p	OR-IC
	E	%	E	%		
Dystocie dynamique	13	12,87	12	5,95	0,00084	3,88[1,52-9,87]
Dystocie mécanique	12	11,88	70	34,64	0,011	0,42[0,19-0,86]
SFA	22	21,78	71	35,14	0,787	0,92[0,49-1,72]
Procidence du cordon battant	4	3,96	8	3,97	0,473	1,56[0,33-6,07]
RPM	8	7,92	16	7,92	0,299	1,60[0,56-4,21]
Aucune	42	41,59	25	12,38		
Total	101	100	202	100		

**5.16-Tableau XIV : Répartition selon La Voie d'accouchement.**

Voie d'accouchement	CAS		TEMOINS	
	E	%	E	%
Voie basse	48	47,5	108	53,47
Césarienne	53	52,5	94	46,53
Total	101	100	202	100

**P=0,329**

**OR=0,79[0,47-1,31]**

**5.17-Tableau XV : Répartition selon la durée d'expulsion (voie basse)**

Durée expulsion	CAS		TEMOINS		p	OR-IC
	E	%	E	%		
Sup.à 45 mn	60	59,41	77	38,11	$10^{-7}$	7,06[5,02-12,18]
Inf. à 45min	30	29,70	112	55,44	$10^{-4}$	1,37[0,94-8,14]
Non précisé	11	10,89	13	6,44		
Total	101	100	202	100		



**5.18-Tableau XVI : Répartition selon le type d'accouchement par voie basse.**

Type accouchement	CAS		TEMOINS	
	E	%	E	%
Eutocique	38	71,7	83	76,85
Dystocique	10	20,83	25	23,15
Total	48	100	108	100

**P=0,610**

**OR=1,23[0,51-3,02]**

Parmi les cas nous avons enregistré 9 extractions par ventouse soit 0,18%

**5.19-Tableau XVII: Répartition selon la réalisation de l'épisiotomie.**

Épisiotomie	CAS		TEMOINS	
	E	%	E	%
Oui	32	66,66	100	92,59
Non	16	33,34	8	7,41
Total	48	100	108	100

**P=0,059**

**OR=0,41[0,14-1,15]**

Parmi les cas nous avons enregistré 21 épisiotomies pour périnée rigide soit 0,43%et 11 pour prématurité soit 0,22%

**5.20-Tableau XVIII : Répartition en fonction du type de césarienne.**

Type de césarienne	CAS		TEMOINS	
	E	%	E	%
Programmée	40	75,47	5	5,32
En urgence	13	27,1	89	94,68
Total	53	100	94	100

**P=0,0038**

**OR=5,53[2,21-14,02]**

**5.21-Tableau XIX : Répartition en fonction du score d’Apgar à la naissance.**

Score d’Apgar	CAS		TEMOINS		p	OR-IC
	E	%	E	%		
Mort-nés	4	3,81	8	3,88	0,434	1,1[0,13-2,38]
<8	36	34,28	47	22,81	0,027	2,1[0,34-1,18]
>8	65	61,91	151	73,31	0,0069	0,80[0,93-3,06]
Total	105	100	206	100		

**5.22-Tableau XX : Répartition des nouveau-nés en fonction du poids à la naissance.**

Poids(g)	CAS		TEMOINS		p	OR-IC
	E	%	E	%		
<2500	18	17,15	31	15,06	0,25	0,42[0,20-0,88]
2500-3999	85	80,95	171	83	0,0062	2,46[1,22-5,05]
≥ 4000	2	1,90	4	1,94	0,380	0,47[0,04-3,38]
Total	105	100	206	100		

4 accouchements gémellaires chez les cas (3,80%) contre 4(1,94%) chez les témoins.

**5.23-Tableau XXI : Répartition des nouveau-nés selon le motif de transfert en néonatalogie du CHU Gabriel Touré.**

Motif de transfert	CAS		TEMOINS		p	OR-IC
	E	%	E	%		
Fièvre	2	1,90	1	0,48	0,218	4,06[0,21-240,73]
Malformation	1	0,95	3	1,45		
Macrosomie	2	1,90	4	1,94		
Prématurité	3	2,85	2	0,97		
RPM	0	0	2	0,97		
Souffrance néonatale	36	34,31	26	12,62	0,0000036	3,75[2,02-6,99]
Non référé	61	58,09	168	81,58		
Total	105	100	206	100		

Nouveau-nés référés chez les cas sont 44 soit 41,90% contre 38(18,44%) ;

**5.24-Tableau XXII : Répartition des patientes selon les indications de césarienne d'urgence.**

Indication de césarienne	CAS		TEMOINS		p	OR-IC
	E	%	E	%		
Dystocie osseuse	2	15,38	40	44,94	0,060	0,05[1,21-3,44]
Dystocie dynamique	2	15,38	23	25,87		
Macrosomie	1	7,69	5	5,61		
H R P	1	7,69	7	7,86		
P P	1	7,69	0			
Souffrance fœtale	4	30,79	7	7,86	0,0030	6,93[0,46-1,82]
Pré éclampsie	2	15,69	7	7,86		
Total	13	100	89	100		

**Les indications de césarienne prophylactique :**

-Les cas :

- 30 pour primipare âgées +Pré-éclampsie soit 56,60% ;
- 7 pour primipares âgées+ATCD de traitement d'hypofertilité soit 13,20% ;
- 3 diabètes déséquilibrés soit 5,66% ;

-Les témoins :

- 3 pour bassin immature soit 3,20% ;
- 2 pour pré-éclampsie sévère soit 2,12% .

**5.25-Tableau XXIII : Répartition des patientes selon les complications des suites de couche.**

complications	CAS		TÉMOINS		p	OR-IC
	E	%	E	%		
Infectieuse	36	35,6	29	14,4	0,00002	3,30[1,80-6 06]
Éclampsie	11	10,9	4	1,9	0,0074	6,05[1,72-26 ,59]
Hémorragique	9	8,9	5	2,5	0,011	3,85[1,12, 14,89]
Néant	45	44,6	164	81,2	10-7	0,19[0,11-0,33]
Total	101	100	202	100		

## **6-COMMENTAIRES ET DISCUSSION :**

### **6.1- Fréquence :**

Durant la période d'étude nous avons enregistré 16060 accouchements dont 101 cas de primipares âgées soit une fréquence de 0,62%.

Youmbi [2] dans une étude réalisée à l'hôpital Gabriel Touré en 1997 avait noté 1,16%. Ballo AB [6]. dans une étude réalisée à l'hôpital Gabriel Touré et l'hôpital du Point <<G>> en 2005 avait retrouvé une fréquence de 1,43% de primipares âgées .

Tulsane [44], Parkez J. [36], Vermelin et Conquery [45] avaient retrouvé des taux respectifs de 0,82% ; 0,81% et 0,31%

Selon que l'âge considéré de la primipare est élevé (exemple plus de 34 ans), la fréquence varie et la tendance de cette fréquence est à la baisse.

### **6.2- Caractéristiques sociodémographiques :**

#### **6.2.1- Age :**

75,24% de nos parturientes avaient entre 35-37ans alors que 4,96% étaient âgées de 40ans et plus.

Ballo AB [6] avait noté 78,1% d'âge compris entre 35 et 36 ans.

#### **6.2.2 -Statut matrimonial:**

92,1% des cas étaient mariées contre 51,48% avec une différence statistiquement significative ( $p=10^{-8}$ ; OR=10,25 ; IC95%= [4,95-27,31] ;

$\chi^2=48,78$ ). Les primipares âgées étaient les plus mariées.

#### **6.2.3- Profession :**

29,70% des primipares âgées étaient des médecins . Cette fréquence est hautement significative ( $p<0,0000$  ; OR= 21,45 ; IC95%= [8,50-63,68]). Ballo AB. [6] dans son étude a noté 49,5%;

28,71% des primipares âgées étaient des ingénieurs. Cette différence est hautement significative ( $P<0,0000$  ; OR=18,23 ; IC95%= [5,4-33,1])



Etudiante : 23,73% ;  $p < 0,0000$  ;  $OR = 2,5 [0,08-0,28]$

Les étudiantes ont un risque multiplié par 2,5 d'être primipare âgées

#### **6.2.4- Niveau d'instruction :**

69,30% de nos primipares âgées avaient un niveau d'instruction supérieur.

Nous avons noté une différence statistiquement significative entre la primiparité âgée et le niveau d'instruction. Les patientes instruites avaient un risque plus élevé d'être primipares âgées ( $p < 0,0000$  ;  $OR = 10,95$  ;  $IC_{95\%} = [4,95-27,31]$ ). Ballo AB. [47] dans son travail avait retrouvé un taux de 65,8%.

#### **6.3 -Caractéristiques cliniques :**

**6.3.1- Antécédent gynécologique :** 10,9% des primipares âgées avaient fait un traitement de stérilité primaire contre 0,99% chez les Témoins.

( $p < 0,00006$  ;  $OR = 12,22$  ;  $IC_{95\%} = [2,57-11,76]$ ). Cette différence est hautement significative. Ceci pourrait être en rapport avec les difficultés de conception à un âge avancé dont ces patientes ont tendance à recourir à des traitements d'hypofertilité.

Nous avons enregistré 27,7% d'avortements spontanés chez les cas contre 19,31% ( $P = 0,096$  ;  $OR = 1,60$  ;  $Ic_{95\%} = [0,88-2,90]$ )

Il n'y a pas de différence significative statistiquement. L'absence de documentation de ces cas d'avortements ne nous a pas permis de préciser la qualité de l'œuf ni de préciser le type d'avortement provoqué clandestin ou spontané.

### **6.3.2- Etat clinique du bassin :**

88,11% des primipares âgées avaient un bassin cliniquement normal contre 59,40%(témoins) soit  $p < 0,0000$  ;  $OR = 5,07$  ;  $IC_{95\%} = [2,54-10,79]$ . L'évolution du bassin est proportionnel à l'âge d'où cette différence significative.

### **6.3.3- Présentation foetale :**

La présentation la plus fréquente était la présentation céphalique chez les cas 92,1% contre 90% ( $p = 0,574$  ;  $OR = 1,28$  ;  $IC_{95\%} = [0,51-3,48]$ ). Il n'y avait pas de différence statistiquement significative quant à la présentation au sein des 2 groupes d'étude.

### **6.3.4- Mode d'accouchement :**

Le mode d'accouchement le plus fréquent a été la voie haute dans les 2 Catégories avec 52,5% des cas contre 46,53%(témoins).

$p = 0,329$  ;  $OR = 0,79$  ;  $IC_{95\%} = [0,47-1,31]$ . Cette différence non significative s'explique par l'âge extrême qui est un facteur de risque de complication et qui oblige souvent le praticien à recourir à la césarienne surtout en cas de facteur de risque associé (traitement d'hypofertilité, la pré-éclampsie).

Parmi les accouchements par césarienne, deux modalités chirurgicales ont été adoptées : la césarienne programmée (75,47% des Cas contre 5,32% des Témoins )et la césarienne faite en urgence (27,1% des Cas contre 94,68% des Témoins).

Statistiquement cette différence est hautement significative ( $P < 0,05$ ;  $OR = 5,53$ ;  $IC_{95\%} = [2,21-14,02]$ ).

La primiparité âgée multiplie par 5,53 le risque de césarienne prophylactique.

### **6.3.5- Type d'accouchement par voie basse :**

Nous avons enregistré 71,7% d'accouchement eutocique chez les Cas contre 76,85% chez les Témoins ( $P=0,610$  ;  $OR = 1,23$  ;  $Ic95\% = [0,51-3,02]$ ). Nous n'avons pas retrouvé une différence statistique dans cette étude.

### **6.3.6- Durée d'expulsion (voie basse) :**

La durée d'expulsion supérieure à 45 minutes au cours de l'accouchement par voie basse a été de 59,41% chez les Cas contre 29,70% chez les Témoins.  $P < 0,0000$  ;  $OR = 1,37$  ;  $Ic95\% = [0,94-8,14]$ . Cette différence est hautement significative. Ceci pourrait s'expliquer par la rigidité du périnée des primipares âgées.

### **6.3.7-Épisiotomie :**

Dans notre série d'étude nous avons enregistré 66,66% chez les Cas contre 92,59% chez les Témoins ( $P=0,059\%$  ;  $OR = 0,41$  ;  $Ic95\% = [0,14-1,15]$ ). Cette différence n'est pas significative.

### **6.3.8- Contexte de césarienne :**

La césarienne programmée a été 75,47% chez les Cas contre 5,32% chez les Témoins.  $P < 0,0000$  ;  $OR = 5,53$  ;  $Ic95\% = [2,21-14,02]$ . Cette différence est hautement significative, cela pourrait s'expliquer par le fait que certaines femmes aient été traitées pour hypofertilité, une pathologie maternelle associée (pré éclampsie, présentation de siège) ou alors une césarienne de convenance.

### **6.3.9- Indications de Césariennes :**

#### ➤ Césarienne prophylactique :

Les étiologies ont été dominées chez les cas par la primiparité âgée + pré éclampsie et la primiparité âgée + traitement d'hypofertilité avec des taux respectifs de 56,60% et de 13,20%.

➤ Césarienne d'urgence :

La souffrance fœtale a représenté 30,79% chez les Cas contre 7,86% chez les Témoins ( $P < 0,05$  ;  $OR = 6,93$  ;  $IC_{95\%} = [0,46-11,82]$ ). Cette différence est hautement significative.

### 6.3.10- Pronostic

➤ Pronostic maternel :

Nous avons fait l'évaluation dans les suites de couches immédiates. Elles étaient simples chez 44,6% des Cas contre 81,2% des Témoins avec une différence hautement significative ( $P = 10^{-7}$  ;  $OR = 1,19$  ;  $IC_{95\%} = [0,11-0,33]$ ).

Les suites de couches ont été compliquées par l'infection chez 35,6% des Cas Contre 14,4 % des Témoins soit une différence hautement significative.

( $P < 0,0000$  ;  $OR = 3,30$  ;  $IC_{95\%} = [1,80-6,06]$ ).

L'éclampsie a représenté 10,9% chez les Cas contre 1,9% chez les Témoins. Cette différence est statistiquement significative ( $P = 0,0074$  ;  $OR = 6,05$  ;  $IC_{95\%} = [1,72-26,59]$ )

Les hémorragies ont représenté 8,9% chez les Cas contre 2,5% chez les Témoins ( $P = 0,011$  ;  $OR = 3,85$  ;  $IC_{95\%} = [1,12-14,89]$ ). Cela pourrait être en rapport avec le vieillissement des tissus du muscle utérin à l'origine des atonies utérines.

➤ **Pronostic périnatal:**

✓ **Répartition des nouveau-nés selon le poids:**

Les nouveau-nés de poids normal c'est-à-dire compris entre 2500 et 3999 grammes ont été les plus nombreux avec 80,95% chez les Cas contre 83% chez les Témoins avec une différence statistiquement significative ( $P = 0,0062$  ;  $OR = 2,46$  ;  $IC_{95\%} = [1,22-5,05]$ ).

Les poids de naissance inférieurs à 2500g ont représenté 17,15% chez les Cas contre 15,06% chez les Témoins. ( $P=0,25$ ;  $OR = 6,42$ ;  $Ic_{95\%} = [0,20-0,88]$ ). Cette différence n'est pas significative ( $P>0,05$ ).

✓ **Répartition des nouveau-nés selon le score d'Apgar :**

La majorité des nouveau-nés dans notre série d'étude avaient un score d'Apgar  $>8$  ; ils ont constitué respectivement 61,91% chez les Cas contre 73,31% chez les Témoins ( $P=0,0069$ ;  $OR = 0,80$ ;  $Ic_{95\%} = [0,93-3,06]$ ) avec une différence statistiquement significative. Nous avons retrouvé l'influence de l'âge dans notre série d'étude sur le score d'Apgar.

34,28% des cas avaient un score d'Apgar morbide (Apgar  $<8$ ) contre 22,81% chez les témoins. ( $P=0,027$ ;  $OR = 2,1$ ;  $Ic_{95\%} = [0,34-1,18]$ ). La différence statistique était significative.

Youmbi [2] dans son étude a rapporté 20,12% des cas contre 18,13% Nous avons enregistré 3,81% de mort-nés chez les cas contre 3,88% chez les témoins ( $P=0,434$ ;  $OR = 0,61$ ;  $Ic_{95\%} = [0,13-2,38]$ ). La différence statistique observée était non significative.

✓ **Causes des références des nouveau-nés :**

Nous avons référé 41,90% des nouveau-nés chez les cas contre 18,44%(témoins). Les causes des références des nouveau-nés en néonatalogie ont été dominées par la souffrance néonatale avec 34,31% chez les Cas contre 12,62% chez les Témoins ( $P=0,0000$ ;  $OR = 3,75$  ;  $Ic_{95\%} = [2,02-6,99]$ ). Cette grande différence de taux de référence en néonatalogie s'expliquerait par plusieurs facteurs de risque associés à la primiparité âgée.

## **7-CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS :**

### **7.1-CONCLUSION :**

De notre étude il ressort que la primiparité âgée ne constitue pas un problème de santé publique, mais peut le devenir devant la modernisation croissante de la population féminine (émancipation, besoin de réussite professionnelle).

La grossesse et l'accouchement chez la primipare âgée constituent des situations à risque dans certains cas et ce risque est essentiellement foetal.

Le pronostic maternel a été bon dans notre étude.

Nous n'avons pas enregistré de cas de décès maternel.

L'association primiparité âgée et grossesse représentent souvent une situation à risque dont la prise en charge nécessite une compétence pouvant détecter et prévenir les situations morbides et permettre une prise en charge adéquate.

## **7.2-Recommandations :**

Au terme de notre étude nous faisons des recommandations suivantes :

➤ **A la population :**

- Consulter pour une prise en charge précoce de tous les cas d'hypofertilité.
- Privilégier la maternité entre 20 et 30 ans et ceci même au cours de la vie professionnelle.

➤ **Aux agents de santé :**

- Référer toutes les primipares âgées dès le premier contact dans la structure la plus adéquate.
- Faire un suivi rigoureux et attentif de la grossesse chez la primipare âgée car elle constitue d' autre part une grossesse a risque.
- Organiser des séances de sensibilisation sur l'intérêt des CPN et l'accouchement en milieu hospitalier.

➤ **Aux autorités :**

- Equiper les hôpitaux de référence et les laboratoires en matériels pour la meilleure prise en charge à moindre coût.
- Faire des études comparatives entre les primipares âgées afin de retenir dans le cadre malien un âge critique de la primipare âgée.
- Porter une attention particulière à la grossesse et l'accouchement chez les primipares âgées pour la réalisation du reste de leur projet.

**Références :**

- 1-Ballo AB.** Grossesse et accouchement chez la primipare âgée dans les services de gynécologie-obstétrique de l'hôpital Gabriel Touré et du Point <<G>>Thèse BAMAKO 2004-2005. n°136
- 2-Belaisch-Allart J.** , Grossesse et accouchement après 40 ans.EMC (Elsevier Masson SAS,Paris),Gynecologie et Obstétrique 5-016-B-10,2008.
- 3-Bruneton J.F.**Primiparité précoce et primiparité tardive.Thèse Med Clermont Ferrand. 1964, n°24.
- 4-Buambo-Bamanga S.F,Gnekoumou A.L.,Nkihouabonga G,Oyere-Moke P.,Ekoundzola J.R.** Les problèmes posés par un accouchement chez une primipare agée au CHU de Brazzaville.Médecine d'Afrique noire Tome 51-n°12 Décembre 2004 pages 637-642
- 5-Coulibaly M.**Episiotomie dans le service de Gynécologie Obstétrique de l'hopital Gabriel TOURE. A propos 625 cas.Thèse Med Bamako 2004, 48-49, n°7.
- 6-Davas E., Seskia.**La maternité au crépuscule de la période de la fécondité. Surg gyn obstet 1948, 2 (87) :145-152.
- 7-Davidesco A.** Considération sur la marche du travail chez la primipare âgée.Rev gyn obstet 1939, 19 :97-100.
- 8-Diallo C H.**Contribution à l'étude de la césarienne : à propos d'une série continue de 169 cas au service de gynécologie-obstétrique de l'HGT du 1 octobre 1983 au 30 septembre 1990.Thèse de médecine n°45
- 9-Egan K.**Accouchement par ventouse dans le service de Gynécologie-obstétrique de l'hôpital Gabriel TOURE. Thèse Med Bamako 2005,85, n°115.
- 10-Ewing H.W. , Powersa A.**La primipare âgée.Gyn Obst 1937 ; 35 :7477.
- 11-Fané S.** Les accouchements par forceps dans le service Gynécologie-Obstétrique de l'hôpital du point G. A propos de 158 cas.These Med Bamako 2003, n°51.
- 12- Gannerre M. , Adrai J. , Merger R.** La primipare âgée.Rev Fr gyn-obstet 1984 ; 79 : 109-114
- 13-Gautray J.P. , Huraux-Rendu Ch.**Amniocentèse en fin de gestation : intérêt, appréciation du risque. Nouv presse Med 1980, 13(9) : 929-932.
- 14-Goldman J.A., Peleg D.**Massive extra peritoneal bleeding Arare complication of amniocentesis.Acta obst gyn Scand 1980,3 (59) 283-284.
- 15-Hay S.; Sarbano H.**Independent effects of maternal age and birth order the incidence of selected congenital malformations. Teratology 1972, 6: 271-279.



**16-Heyrion R. , Rouvillois J.L., Papa F. , Aubry J.P.**

Amniocentèse , techniques indications, incidents et accidents.

EMC (paris) obst 5-1974, 5012 D10 : 14P.

**17-Heyrion R. , Rouvillois J.L., AUBRY J.P.**L'amniocentèse précoce en cas de grossesse gémellaire. Nouv. presse Med 1978, 3 : 4119-4121

**18-Jund T.** Primipare âgée. Thèse de med. Toulouse 1931, n°3.

**19-Kouaté A.S.** Les aspects démographiques et obstétricaux des complications infectieuses post-césarienne dans le service de gynécologie-obstétrique de l'hôpital Gabriel Touré THESE MED 1995, n°21

**20-Lacomme M.** Les particularités de l'accouchement suivant l'âge. Maternité Thèse de médecine Montpellier , 1957 : , n°1.

**21-Lamb M.P.** Gangrene of fetal limb due to amniocentesis.

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

**22-Lansac J., Body G.** Pratique de l'accouchement. 1988: 142-174.

**23-Latiers P.** L'accouchement chez les vieilles primipares.

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

**24-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.

**25-Lewin D.** Pronostic de l'accouchement chez les primipares âgées. Acta obst scard 1929, 18 : 1-35

**26-Lewin D.** Particularité de la grossesse et de l'accouchement en rapport avec l'âge et la parité. Obstet gynéco EMC 1965, 5-5049 :10, 3-6.

**27-Lundh G.** Le problème de l'âge et de la prématurité. Acta obst gyn scard 1926, 4.

**28-Luke B., Brown M.** Elevated risks of pregnancy complications and adverse outcome with increasing maternal age. Hum Repord 2007;22:1264-72.

**29-Marcel G. , Valery D. , Thérèse D.** Dictionnaire des termes de médecine. 24eme édit. Maloine (Paris) 1995, 755P.

**30-Mauriceau** Les maladies des femmes grosses et des accouchées. Edition Henault Jean, 1668.

**31-Merger R., Levy J. , Melchior J.** Précis d' obstétrique. 6eme édit Masson Paris 1989:37-139.

**32-Morer I., Laisney V., Bou E.** Diagnostic anténatal: résultat de 1537 ponctions amniotiques et étude prospective de 1023 cas. Nouv presse Med 1979, 8(37) : 2949-2953.

**33-Parkez J.** 04 Observations de grossesses chez les primipares de plus de 35 ans. Thèse Med Lyon 1960, n°8.

**34-Pinson G. , INED, France 2009 :** L'âge moyen de la première maternité atteint 30 ans .Bulletin mensuel de l'institut national d'études démographiques(INED). Population et Société . 2010 ;465 :4P.

**35-Portes M. .**Place de la césarienne dans les présentations du siège chez les primipares âgées.La médecine 1937,283.

**36-Randall LAC.** primigravid women.Am J gyn obst 1949, 5-7 (6) : 1210-1221.

**37-Roman,Robillard P., Laffite A. , Gabriel M. Et Al.** La grossesse après 40 ans : une étude rétrospective à l' Ile de la Réunion. J Gynecol Obstet Biol Reprod.2004 ; 33 : 615-22.

**38-Sitter .**L'accouchement chez les primipares âgées de plus de 30 ans.Thèse Strasbourg 1957, n°15.

**39-Spellacy W.N., Miuer S.J., Winegare M.** Pregnancy after 40 years age. OBST gyn 1986, 68 : 452-454.

**40-Tabaste J., Denax A.** Grossesse et accouchement après 40 ans

**41-The frequency and fate of pregnancy after 45 years old.**Med Amn of district of Columbia Med Amn Dc 1974, 43: 491-492.

**42-Thoulon J.M. .**Le conseil pré-conceptionnel et le diagnostic anténatal chez la femme de 40 ans ;Rev Fr gyn obst 1989, 84 : 865-867.

**43-Tew C.R., Kuder K .**Primipares âgées.Am J obst gyn 1938, 35 :773-781.

**44-Tulsane G.**Primipare âgée, grossesse et accouchement à la maternité de l'hôpital de Bichat. Thèse Med Paris 1974, n°44.

**45-Vermelin , Conguery .**La primipare âgée de 40 ans. Gaz de France 1946, 8 (59) : 13-216.

**46-Youmbi I.C.** Suivi et accouchement des primipares âgées dans le service de gynéco-obstétrique de l'hôpital Gabriel Touré.Thèse Med (Bamako) 1997, n°30.

**47Zinsou R.D.**La césarienne : étude rétrospective de 274 cas.Noire 1986, 3(33) : 180-182.

.  
. .

## **FICHE D'ENQUETE**

### Identité de la femme :

Q1. Date d'entrée : .....

Q2. Numéro du dossier : .....

Q3. Nom et Prénom : .....

Q4. Age (année) :

1.  $\leq 19$  ans  2. 20 ans  3.  $\geq 35$  ans

Q5. Résidence :

1. Urbaine :  2. Périurbaine :

3. Rural :

Q7. Etat Matrimonial :

1. Mariée  2. Célibataire

Q9. Profession de la femme :

1. Sans profession  2. Secrétaire/Employée de Bureau

3. Commerçante

4. Elève/étudiante  5. Policière  6. Teinturière  7. Juriste

8. Enseignante  9. Vendeuse

Q10. Niveau d'instruction :

1. Non instruite  2. Primaire  3. Secondaire  4. Supérieure

Q11. Mode d'admission :

1. Transférée  2. Non transférée

3. Provenance : .....

4. Motif de consultation : .....

.....

Q12. Antécédents obstétricaux :

1. Gestité : a- Primigeste  b- Paucigeste  c- Multaipare

2. Parité : a- nullipare  b- Primipare  c- Paucipare  d- Multipare

3. Nombre d'enfant (s) vivant (s) : .....

4. Nombre d'avortement (s) : .....

5. Nombre d'enfant (s) décédé (s) : .....

6. Intervalle inter-génésique (mois) : a-  $< 2$  ans  ; b- 2-3 ans  c-  $> 3$  ans

Q13. Antécédents chirurgicaux :

1. Césarienne  2. Myomectomie  3. Salpingectomie

4. Néant  5. Autres

Q14. Antécédents Médicaux :

1. Cardiopathie  2. Asthme  3. Drépanocytose  4. HTA

5. Diabète  6. Séropositive au VIH et Sida  7. Néant  8. Autres

Q15. Profession du conjoint :

1. Cultivateur  2. Chauffeur  3. Commerçant  4. Militaire

5. Enseignant  6. Etudiant  7. Elève

8. Agent de Santé  9. Aucun

Renseignement sur la grossesse :

Q16. Consultation Périnatale :

1. Nombre  2. Lieu : ..... 3. Qualité du prestataire.....

Q17. Bilans sanguin et urinaire :

1. Albuminurie : a. Oui  b. Non

2. Glycosurie : a. Oui  b. Non

3. NFS : -Oui  -Non

4. Taux d'hémoglobine : .....

5. Groupes rhésus : .....

6. Test d'Emmel : .....

7. BW : .....

8. HIV : .....

9. Toxoplasmose : .....

10. Rubéole : .....

11. Autre (à préciser) : .....

Q18. Echographie

1. Non

2. Si Oui  Nombre : .....

3. Première échographie :

A. précoce  B. Tardive

Q19. Terme de la grossesse :

1. Estimée à terme  2. Pré-terme  3. Post-terme

Q20. Examen Général :

1. Coloration des conjonctives : a. colorées  ; b. pâles

2. Tension artérielle : a-  $\leq 130/80$ mmhg  ; b-  $\geq 140/90$ mmhg

3. Température : a-  $\leq 38^{\circ}\text{C}$   ; b-  $38-38,5^{\circ}\text{C}$   ; c-  $> 38,5$

5. Œdème : a- Non  b- Oui

6. Taille : a-  $< 1,50$ m  b-  $> 1,50$ m  ; c- Non mesurée

Poids : .....

Q21. Examen Obstétrical :

1. HU : a-  $\leq 36$ cm  b-  $> 36$ cm  ;

2. BDCF : a- Foetus mort a l'entrée  b- Foetus vivant

3. Col (dilatation) : .....

4. présentation :

a. sommet :  b. siège :  c. Transversale :  d. Front

e. Bregma  F. sommet mal fléchi

5. Etat du bassin : a- Normal  b- Limite  c- Flanchement rétréci

6. Membranes :

a. Intactes

b. Rompues

-moins de 6 heures  -entre 6 et 12 heures  - Plus de 12 heures   
-Coloration du liquide amniotique : ..... - Odeur du LA .....

Q- Présence d'une complication obstétricale à l'entrée :

1. Hémorragie 2. HTA sévère 3. Infection amniotique

Renseignement sur l'accouchement :

Q22. Mode d'accouchement :

1. Voie vaginale simple

2. Voie vaginale opératoire : a- Ventouse  b- Forceps

3. Voie Haute

Indications : .....  
.....

Q23. Épisiotomie :

1. Non

2. Si Oui

3. Indications : .....

Q24. Délivrance :

1. Artificielle  2. Active dirigée  3. Extemporaneé

Q25. Complications obstétricales :

1. Rupture utérine  2. Placenta prævia  3. Eclampsie

4. Hématome retro placentaire  5. Toxémie gravidique

6. Hémorragie du post partum immédiat

a. Non  b. Oui

7. Procidence du cordon : .....

8. Déchirure du périnée :

a. Non

b. Si oui : -Simple  -Complicquée

9. Déchirure du col :

a. Non  b. Oui

10. Déchirure du vagin :

a. Non  b. Oui

c- Supra vaginale  d- Intra vaginale

Q26. Suites de couches :

1. Simples

2. Compliquées : a- Anémie  b- Suppuration pariétale

c- Endométrite  d- Eviscération  e- Pelvipéritonite  f- péritonite

g- Eclampsie  h- Septicémie  i- Paludisme

j. Hémorragie du post partum immédiat  k. Décès maternel

Q27. Traitement Médical :

1. Utéro-toniques  2. Antibiotiques  3. Antipaludéens

4. Fer  5. Antihypertenseurs  6. Antirétroviraux

7. Transfusions /Macromolécules  8. Digitalo-Diurétiques

9. Anticoagulants  10. Autres : .....

Q28. Collaboration interdisciplinaire :

1. Référée pour : .....

2. Service d'accueil : .....

3. Diagnostic retenu : .....

Q29. Pronostic vital Maternel :

1. Vivante

2. Décédé

Q30. Score d'Apgar :

1.0=Mort-né  2. 1-3= Mort apparent

3. 4-7=Morbide  4.  $\geq 8$ = Bon Score

Q31. Morbidité foetale :

1. Nombre de foetus : .....

2. Prématurité

3. Infection néonatale précoce  ;

4. Macrosomie foetale

5. Nouveau-né hypotrophique à terme

6. Malformations

Q32. Pronostic vital foetal :

1. Vivant

2. référée pour : .....

3. Décédé (cause) : .....

4. Mort-né :

a. Frais

b. Macéré

Q33. Durée totale du travail : .....

## FICHE SIGNALÉTIQUE

**Nom** :SIDIBE

**Prénom** : Drissa

**Titre de thèse** : Accouchements chez les primipares âgées au centre de santé de référence de la commune v du District de Bamako.

**Année universitaire** : 2012-2013

**Ville de soutenance** : Bamako

**Pays d'origine** : République du Mali

Lieu de dépôt : Faculté de Médecine et d'Odonto-Stomatologie du Bamako-Mali.

**Secteur d'intérêt** : Gynécologie-Obstétrique

### Résumé de thèse :

Notre étude de type rétrospective cas/témoins effectuée dans le service de gynécologie-obstétrique du Centre de Santé de Référence de la Commune V du District de Bamako avait pour objectif général d'étudier l'accouchement chez la primipare âgée. Cette étude a aboutit à ces résultats pertinents :

-La prévalence des accouchements chez les primipares âgées au cours de la période d'étude a été de **0,62%**.

- La recherche de l'instruction, la situation professionnelle ont une incidence marquée sur la primiparité âgée à hauteur respective de : étudiante **23,73%**(  $P<0,0000$  ; **OR=2,5**), médecin **29,70%**(  $p<0,0000$  ;**OR=21,45**),ingénieur **28,71%**( $P<0,0000$  ; **OR=18,23**).

-La dystocie dynamique a été 3 fois plus fréquente chez les cas par rapport au témoins(  $P=0,0008$  et **OR=3,88** ) .

-Le taux de mortinatalité a été de **3,81%**.

-La morbidité périnatale a été dominée par la souffrance néonatale avec **34,31%** (  $P<0,0000$  et **OR=3,75** ).

Le score d'Apgar a été supérieur à 8 dans **61,91%** des cas contre **73,31%** des témoins.

-Il n'y a pas eu de décès maternel. Le pronostic maternel a été bon dans notre étude.

**Mots clés** :primipare âgée, accouchement, pronostic, adolescente

## **SERMENT D' HYPPOCRATE**

**En présence des Maîtres de cette faculté, de mes chers condisciples, devant l' effigie d' Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l' Etre Suprême, d' être fidèle aux lois de l' honneur et de la probité dans l' exercice de la médecine.**

**Je donnerai mes soins gratuits à l' indigent et n' exigerai jamais un salaire au dessus de mon travail.**

**Je ne participerai à aucun partage clandestin d' honoraires.**

**Admis à l' intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s' y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs, ni à favoriser le crime.**

**Je ne permettrai pas que des considérations de religion, de nation, de race, de parti ou de classe sociale viennent s' interposer entre mon devoir et mon patient.**

**Je garderai le respect absolu de la vie humaine dès la conception.**

**Même sous la menace, je n' admettrai pas de faire usage de mes connaissances médicales contre les lois de l' humanité.**

**Respectueux et reconnaissant envers mes maîtres, je rendrai à leurs enfants l' instruction que j' ai reçue de leurs pères.**

**Que les hommes m' accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses.**

**Que je sois couvert d' opprobre et méprisé de mes confrères si j' y manque.**

**Je le jure.**