

Accouchement chez les gestantes de 35 ans et plus a la maternite de l'HFD de Kayes.

Ministère de L'Enseignement
Supérieur et de la Recherche Scientifique

République du Mali

Un Peuple-Un But-Une Foi



FACULTE DE MEDECINE ET D'ODONTO-STOMATOLOGIE

ANNEE UNIVERSITAIRE : 2018-2019

N°..... /

**PRONOSTIC DE L'ACCOUCHEMENT
CHEZ LES GESTANTES DE 35 ANS ET
PLUS A LA MATERNITE DE L'HOPITAL
FOUSSEYNI DAOU DE KAYES**

THESE

Présentée et soutenue publiquement le 09 / 10 / 2019 devant la
Faculté de Médecine et d'Odonto- stomatologie

Par :

M. Adama KONATE

Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine Diplôme d'état

Jury :

Président : Pr DIAKITE Abdoul Aziz

Membres : Dr BOCOUM Amadou
Dr BEYE Seydina Alioune

Co-directeur : Dr DIASSANA Mahamadou

Directeur : Pr TRAORE Youssouf

DEDICACES

Je dédie ce travail :

A ALLAH ; le tout puissant, le clément et le très miséricordieux. Nous implorons votre pardon et prions pour que vous nous assistiez dans nos actes quotidiens, que vous nous montriez le droit chemin et en nous éloignant du mal. Gloire à DIEU, l'omniscient, le maître des maîtres qui nous a permis de mener à bien ce travail et de voir ce grand jour. Que votre volonté soit faite.

Au Prophète Mohamed (paix et salut sur lui) ; que la paix et la bénédiction de DIEU soit sur toi et tous les membres de ta famille ainsi que tes fidèles compagnons

A mon père KONATE Ousmane : je ne saurai assez te remercier père. C'est grâce à l'importance que tu accordes aux études que nous en sommes là aujourd'hui. Tu nous as toujours enseigné le sens de l'honneur, du devoir, et de la dignité. Merci de m'avoir toujours soutenu.

Ce travail est le résultat de ton dévouement inconditionnel. Que DIEU te donne longue vie et une bonne santé. Amen !

A ma mère Yabé zoukouahou E. Agnès dite Aminata SANOGO : Nous t'appelons affectueusement **Balôgô** merci pour l'amour immense que tu nous as donné. Tes conseils et tes bénédictions nous accompagnent toujours dans la vie. Merci maman pour tous les sacrifices consentis à notre éducation. Puisse Allah te garder longtemps auprès de nous. Amen !

A la mémoire de ma grande sœur KONATE Fatoumata, de ma cousine TRAORE Assa et mon oncle KONATE Siaka : Pourquoi si tôt ?

Merci pour tous les soutiens. Vous resterez à jamais gravée dans nos mémoires. Puisse DIEU vous accueillir dans son paradis. Amen !

A toute la famille KONATE de la Côte d'Ivoire jusqu'au Mali : merci pour tout l'amour que vous m'avez donné sachez que je vous aime de tout mon cœur.

Accouchement chez les gestantes de 35 ans et plus à la maternité de l'HFD de Kayes.

A mon fils KONATE Djakaridja et sa petite sœur KONATE Salimata : ce travail est l'expression de toute mon affection.

REMERCIEMENTS

A la FMOS :

Plus qu'une faculté d'études médicales, tu as été pour nous une école de formation pour la vie. Nous ferons partout ta fierté. Remerciements infinis.

A mes encadreurs Dr Ballan MACALOU, Dr Sitapha DEMBELE : chers maitres vous êtes des modèles pour moi. Votre rigueur scientifique, votre humanisme, votre dévouement pour l'encadrement des étudiants ont fait du service de la gynéco-obstétrique de l'HFD de Kayes pôle d'excellence. Ce travail est le résultat de votre implication constante, je ne vous en remercierai jamais assez.

A Dr TRAORE Bréhima, Dr OUATTARA Dramane, Dr Yacouba SYLLA, Dr Oumarou TEME, Dr Djibril DIARRA, Dr Modibo DICKO : Votre contribution à ma formation a été capitale. Ce travail est aussi le fruit de votre assistance.

A mes camarades thésards du service de gynéco-obstétrique de l'HFD de Kayes : Issiaka T. DOLO, Mahamadou BALDE, Mamadou C. DIALLO.

A mes jeunes frères du service Falaye KEITA, Minata DOUMBIA, FOMBA Daouda, COULIBALY Ibrahim et KANOUTE Salif : pour tous ces moments scientifiques.

A mes aînés du service Dr TANGARA Adama, Dr N'DAO Kantara, Dr KONE Jean-Paul, Dr BAYE Souleymane : pour l'apprentissage à vos côtés.

A TrAORE Wassa, TEMBELY Djenebou, TOURE Fadièma, DIARRA Assan, MAIGA Kady, DOUMBIA Founè, KONATE Rokia : mon équipe de garde vous resterez pour moi une seconde famille.

A tous les étudiants de l'INFSS annexe Kayes : pour votre soutien.

Accouchement chez les gestantes de 35 ans et plus à la maternité de l'HFD de Kayes.

A l'ensemble du personnel médical et paramédical du service de gynécologie-obstétrique de l'HFD de Kayes.

A ma Dr DIASSANA Alima SIDIBE : Tu es un exemple à suivre chère ainée.

A ma tendre épouse KEITA Sakalé : être la femme d'un étudiant en médecine n'est pas chose facile mais tu as fait preuve de compréhension. Tu m'as soutenue malgré tous, je t'en serais toujours reconnaissant ma chérie. Que DIEU nous accorder longue vie conjugale pleine de santé.

A mes beaux-parents : pour tous l'estime à mon égard.

A mes frères KONATE Moussa et KONATE Yacouba : Que l'esprit de cohésion de nos parents nous anime tous, car notre force est dans l'union. Puisse la franchise, la spontanéité avec lesquelles nous nous sommes aidés rester inaltérables.

A mes frères Diakaridja, Lamine, Seydou, Souleymane, Soumaila... : pour votre soutien indéfectible. Ce travail est aussi le vôtre.

A mes sœurs Mariam, Sétou, Karidjata, Maimouna, Salimata, Momon : que Dieu consolide davantage notre fraternité.

A mes cousins et cousines de la Côte d'Ivoire et du Mali : restons unis, que Allah puisse raffermir chaque jour nos liens.

A mes neveux de la Côte d'Ivoire et du Mali : seul le travail paye.

A ma tante GBODO Beatrice : je ferai tout pour que tu sois fière de moi.

A ma tante KONATE Mariam et son mari Seydou SIDIBE : pour les différents conseils et le soutien moral et financier.

A ma grande sœur KONATE Ramata et son mari : pour tout le soutien indéfectible.

Accouchement chez les gestantes de 35 ans et plus à la maternité de l'HFD de Kayes.

A la famille CISSE du Point G : Je ne vous remercierai jamais assez.

A mes amis KEITA Jean-pierre, DIAKITE Moussa, FANE Adama, FOFANA Amara, COULIBALY Sanga, DIANE Arouna, BLAGONE Pherex, Dr SAGARA Soumaila, Dr OUATTARA Dramane : plus que des amis, vous êtes des frères. Que Dieu renforce davantage nos liens d'amitiés et vous récompense pour tous ce que vous avez pu faire pour moi.

**HOMMAGE AUX MEMBRES DU JURY
A NOTRE MAITRE ET PRESIDENT DU JURY**

Professeur DIAKITE Abdoul Aziz

- Professeur agrégé de Pédiatrie;
- Maître de conférences à la Faculté de Médecine et d'odontostomatologie(FMOS);
- Chef de service de la Pédiatrie Générale au CHU Gabriel Touré ;
- Spécialiste en hématologie pédiatrique;
- Responsable de l'Unité de Prise en charge des enfants atteint de la drépanocytose au CHU Gabriel Touré ;
- Diplômé en surveillance épidémiologique des maladies infectieuses et tropicales,

Cher maître

Vous nous faites un réel plaisir en acceptant de présider ce travail malgré vos multiples occupations. L'étendue de votre savoir, votre rigueur scientifique, vos qualités professionnelles, humaines et sociales font de vous un maître accompli, respecté et respectable, trouvez ici cher Maître, l'expression de notre gratitude et notre profonde reconnaissance. Qu'ALLAH vous donne longue vie.

Accouchement chez les gestantes de 35 ans et plus à la maternité de l'HFD de Kayes.

A NOTRE MAITRE ET MEMBRE DU JURY

Docteur BOCOUM Amadou

Maitre-assistant en gynécologie Obstétrique à la faculté de Médecine et d'Odontostomatologie(FMOS) ;

Praticien hospitalier au service de GO du CHU Gabriel Touré ;

Titulaire d'un diplôme Inter Universitaire d'échographie en gynécologie et Obstétrique en France ;

Titulaire d'un diplôme Inter Universitaire de cœlioscopie en gynécologie en France ;

Titulaire d'un Diplôme de formation médicale spécialisé en chirurgie gynécologie obstétrique en France ;

Membre de la Société Malienne de Gynécologie Obstétrique (SOMAGO).

Cher Maitre,

Nous avons pu apprécier vos qualités humaines qui nous ont permis de travailler à vos côtés.

Vos connaissances immenses et surtout votre maîtrise parfaite en la matière font de vous un formateur apprécié.

Qu'Allah le tout puissant, vous accorde santé et longévité afin que plusieurs générations d'apprenants puissent bénéficier de votre expérience.

Accouchement chez les gestantes de 35 ans et plus à la maternité de l'HFD de Kayes.

A NOTRE MAITRE ET MEMBRE DU JURY

Dr BEYE Seydina Alioune

- Anesthésiste-réanimateur ;
- Maître-assistant à la Faculté de Médecine et d'odontostomatologie(FMOS) ;
- Praticien hospitalier au CHU du Point G ;

Cher maître,

Vous nous faites un grand honneur en acceptant de siéger dans ce jury.

Votre contribution a permis d'améliorer la qualité de ce travail.

Votre disponibilité, votre faculté d'écoute et votre rigueur pour le travail bien fait, font de vous un encadreur particulier.

Veillez accepter cher maître, le témoignage de notre profonde reconnaissance.

Accouchement chez les gestantes de 35 ans et plus à la maternité de l'HFD de Kayes.

A NOTRE MAITRE ET CO-DIRECTEUR DE THESE

Docteur DIASSANA Mahamadou

- Spécialiste en gynécologie et obstétrique ;
- Praticien hospitalier à l'Hôpital Fousseyni Daou de Kayes ;
- Chef du service de gynécologie et d'obstétrique de l'Hôpital Fousseyni Daou de Kayes
- Chargé de cours d'obstétrique à l'institut nationale de formation en science de la santé de Kayes ;
- Chargé de recherche

Cher maître,

Vous nous avez fait un grand honneur en acceptant de diriger cette étude.

Homme de principe, d'humanisme, votre disponibilité, votre simplicité et votre abord facile sont autant de qualité que vous incarnez.

Respecté et respectable, vous resterez pour nous un miroir, un bon exemple à suivre

Permettez-nous de vous exprimer, le témoignage de notre profonde gratitude

Accouchement chez les gestantes de 35 ans et plus à la maternité de l'HFD de Kayes.

A NOTRE MAITRE ET DIRECTEUR DE THESE

Professeur TRAORE Youssouf

Professeur agrégé de gynécologie obstétrique à la FMOS

Praticien hospitalier au service de gynécologie obstétrique du CHU Gabriel TOURE,

Responsable de la Prévention de la Transmission Mère Enfant du VIH (PTME) au Mali

Président de la société malienne de gynécologie obstétrique (SOMAGO),

Vice-président de la société Africaine de gynécologie Obstétrique (SAGO),

Titulaire d'un diplôme universitaire de Méthodologie de recherche clinique de Bordeaux II,

Secrétaire adjoint à l'organisation de la société de chirurgie du Mali (SOCHIMA)

Enseignant chercheur,

Cher maître

Nous vous remercions de votre participation à l'encadrement de ce travail et à nos enseignements.

Veillez accepter, cher maître, dans ce travail nos sincères remerciements et toute la reconnaissance que nous vous témoignons.

Que Dieu vous accorde une longue vie.

Abréviation :

- ATCD : Antécédent
- AVC : Accident vasculaire cérébral
- AMP : Assistance Médicale à la Procréation
- BGR : Bassin généralement rétréci
- CPN : Consultation prénatale
- CSCom : Centre de Santé Communautaire
- CSRef : Centre de Santé de Référence
- FIGO : Fédération Internationale de Gynécologie-Obstétrique
- FSH : Folliculo- stimulante hormone
- GEU : Grossesse extra-utérine
- GH : Growth hormone (hormone de la croissance)
- HCS : hormone chorionique somatotrope
- HFD : Hôpital Fouseyni Daou
- HTA : Hypertension artérielle
- HU : hauteur utérine
- IC : Intervalle de confiance
- MFIU : Mort foetale in-utero
- Mn : Minute
- Mmhg : Millimètre de mercure
- Odd= Ordre Ratio
- PF : Planning Familial
- PTME : Prévention de la Transmission mère-enfant du VIH
- RR : Risque relatif
- SA : Semaine d'aménorrhée

Table des matières

I – INTRODUCTION	12
II-OBJECTIFS	14
III-GENERALITES	15
IV- METHODOLOGIE	29
V-RESULTATS	37
VI-COMMENTAIRES ET DISCUSSION	65
VII- CONCLUSION	72
VIII- RECOMMANDATIONS	73
IX- REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES	74
X- ANNEXES	79

I – INTRODUCTION

L'âge de la maternité ne cesse de reculer ces dernières années. Plusieurs raisons expliquent ce phénomène à savoir : l'utilisation des méthodes contraceptives, le mariage tardif, la poursuite d'une carrière ou une seconde union, enfin le développement des techniques d'assistance médicale à la procréation (AMP) qui, avec le don d'ovocyte, ont reculé les limites de la maternité [1]. En 1958 la FIGO définissait une grossesse tardive comme la grossesse survenant au-delà de 35 ans. De nos jours, 40 ans est l'âge où l'on considère une grossesse comme tardive [6]. Deux populations de femme sont à différencier : les primipares qui ont repoussé l'âge de la première grossesse volontairement ou involontairement (infertilité tardive) et les grandes multipares. [1]

Dans notre contexte la faible adhésion à la planification familiale notamment dans nos milieux traditionnels ajoute au problème spécifique des grossesses tardives, la grande multiparité car les femmes ne cessent de procréer de la puberté à la ménopause.

Ces grossesses tardives font courir à la mère et au fœtus des risques [2]. Ces risques qui augmentent avec l'âge maternel avancé devraient être mieux connus, pris en compte dans le suivi des gestantes afin de ne pas banaliser ces grossesses tardives.

Accouché à un âge supérieur ou égal à trente-cinq ans expose à des risques obstétricaux à savoir l'HTA, l'HRP, la rupture utérine, le placenta prævia, le diabète, l'hémorragie du post-partum... [3]

Mais la grande multiparité en elle seule expose à des grossesses à risque et aux accouchements dystociques, sources de morbidité et de mortalité maternelle et infantile. Quant aux fœtus les risques sont généralement le retard de croissance intra utérin, la prématurité, la malformation, la macrosomie et la MFIU [48].

Bien que ces risques soient amoindris dans les pays développés avec le niveau du plateau technique adéquat, ce n'est pas le même constat en Afrique subsaharienne.

Quel que soit la gestité ou la parité ; ces grossesses tardives sont souvent associées à des pathologies chroniques telles que : le diabète, l'HTA et favorise la survenue des complications au cours de la grossesse. [3]

Plusieurs études ont été réalisées à ce sujet à travers le monde USA, Europe. Avec une prévalence entre 0,3 % et 11,6 % pour la grossesse et 1,8% et 2% pour l'accouchement. En Afrique de l'Ouest une étude béninoise [4] sur la grossesse et l'accouchement chez les femmes de 40 ans et plus a rapporté 308 cas entre 1995 et 1999 avec une fréquence de 1,2% d'accouchement.

Au Mali peu d'études sur la question dont celle réalisée en 2003 au CHU du point G avec une fréquence de 14,7% d'accouchement. Ainsi nous avons initié ce travail axé sur l'accouchement chez les gestantes de 35 ans et plus à l'Hôpital Fousseyni Daou de Kayes.

Accouchement chez les gestantes de 35 ans et plus à la maternité de l'HFD de Kayes.

II-OBJECTIFS

OBJECTIF GENERAL :

Etudier l'accouchement chez les gestantes de 35 ans et plus à l'Hôpital Fousseyni Daou de Kayes.

OBJECTIFS SPECIFIQUES :

- Déterminer la fréquence des accouchements chez les gestantes de 35 ans et plus à la maternité de l'HFD de Kayes.
- Identifier le profil de ces gestantes.
- Décrire le pronostic maternel et fœtal des femmes de 35 ans et plus.
- Déterminer les complications liées à ces accouchements.

III-GENERALITES

1-Définitions :

-La grossesse est l'état de la femme enceinte débutant le jour de la fécondation et se terminant le jour de l'accouchement. [4]

-L'accouchement est l'ensemble des phénomènes qui ont pour conséquence la sortie du fœtus et de ses annexes hors des voies génitales maternelles, à partir du moment où la grossesse a atteint le terme théorique de 6 mois (28 semaines d'aménorrhée) [5].

-Une grossesse tardive est une grossesse qui survient à 40 ans et au-delà. [6]

2-Les modifications physiologiques liées à l'âge :

Avec l'âge les capacités de chaque organe diminuent ; cela est lié à des modifications physiologiques. Ce phénomène s'appelle la sénescence. La GH (hormone de la Croissance) est produite par la glande hypophysaire, elle a pour cible les muscles et les os. A partir de 30 ans jusqu'à 40 ans, le niveau de la GH dans notre corps commence à diminuer. Notre métabolisme ralentit.

Entre 40 et 65 ans, la force musculaire commence à diminuer, ainsi que notre vision et l'audition. De même vers 60 ans commence un certain déclin cognitif notamment la mémoire.

De 60 ans et au-delà, la peau devient moins élastique, les articulations les os peuvent devenir cassants. Les conditions médicales comme les maladies cardiaques ou le cancer deviennent plus probable du moment que notre corps est incapable de réparer de lui-même les lésions comme il le faisait. A ce stade le niveau de la GH dans notre corps est seulement le 1/5 ou moins de ce qu'il était pendant la jeunesse. [7]

Tous les organes sont à leur meilleur niveau à un certain âge et commencent à perdre celui-ci au-delà de cet âge.

Accouchement chez les gestantes de 35 ans et plus à la maternité de l'HFD de Kayes.

-Après 30 ans [8], la force musculaire et de la coordination commence à diminuer. La graisse corporelle a tendance à s'accumuler autour des cuisses et des hanches. La peau devient moins élastique. Les blessures prennent plus de temps à guérir. L'efficacité du cœur est réduite de 30%. La capacité pulmonaire est réduite de 60%. La fonction rénale est réduite de 40%. Les cinq organes de sens commencent à s'affaiblir.

-Les vaisseaux sanguins perdent leur condition après l'âge de 40 ans.

Sur le plan de la reproduction, chez le fœtus de 6 mois, les ovaires contiennent environ 7 millions de cellules germinales ou ovogonies. A la naissance, il n'en subsiste plus qu'un million et demi et ce nombre, continuera à décroître jusqu'à l'âge nubile où il sera réduit à 300000. Cette réduction se poursuit jusqu'à la ménopause après être accélérée à partir de 38 ans. Ainsi, pendant la vie reproductive de la femme, il n'y aura que quelques centaines d'ovulations dont quelques-unes seulement donneront lieu à une grossesse. Il se produit donc un énorme gaspillage naturel d'ovocytes qui résulte d'un phénomène perpétuel d'atrésie folliculaire [9].

3-Impacts de l'âge sur la fertilité et la fécondité :

La fertilité : c'est la capacité de concevoir, c'est-à-dire d'avoir une grossesse.

Après un maximum atteint vers 25 ans, la fertilité féminine décroît rapidement.

Elle diminue de 50% à l'âge de 35 ans, de 75% à l'âge de 40 ans, et se trouve pratiquement réduite à 0 à partir de 45 ans. [9]

La fécondité : c'est la possibilité pour un couple d'avoir des enfants. La courbe de la fécondité qui représente le fait d'avoir donné naissance à un enfant, suit une évolution décroissante avec l'âge des femmes dans une population naturelle (c'est-à-dire sans recours à une contraception) [10].

Mais le fait à souligner est qu'avant 35 ans, les femmes fertiles ont une fécondité qui n'est pas supérieure à la population générale l'évolution des deux courbes est parallèle. Après 35 ans, la fécondité des femmes fertiles baisse plus vite que celle de la population générale, donc, outre l'augmentation du taux de femmes stériles, la fécondité des femmes fertiles chute rapidement.

La diminution de la fonction ovarienne avec des ovocytes de mauvaise qualité et la diminution du taux d'implantation sont les raisons essentielles de la diminution de la fertilité. Les autres facteurs à considérer sont : la fréquence des rapports sexuels, l'endométriose, l'anovulation, les facteurs mécaniques, les maladies inflammatoires, les anticorps anti-spermatozoïdes et les facteurs psychologiques.

Cette diminution de la fonction ovarienne s'explique par le fait que, l'instauration de la ménopause est souvent précédée de troubles des cycles patents au cours des quels les règles sont irrégulières, parfois anormales (anovulatoires) et souvent hémorragiques. Cette période de troubles qui précède immédiatement la ménopause est appelée péri ménopause. Elle dure en générale de quelques mois à 2 ans. On sait cependant aujourd'hui que l'instauration d'altération de la fonction ovarienne liée à son vieillissement précèdent très largement cette période de péri ménopause patente. En effet, il existe des altérations beaucoup plus discrètes de la fonction ovarienne, et notamment une diminution de production par l'ovaire de peptides tel que l'inhibine (fonction protéique de l'ovaire) qui débute plusieurs années (5 à 8) avant l'instauration des troubles du cycle.

La manifestation indirecte de cette altération de la fonction protéique de l'ovaire est une élévation discrète mais facilement décelable des taux de FSH de base, qui classiquement commence à être identifiable au début de la quarantaine (mais parfois avant). Cette élévation du taux de FSH apparait classiquement quelques 8 ans avant l'instauration de la ménopause et reflète une diminution parallèle de la fécondité.

Bien qu'une grossesse ne soit pas complètement impossible pendant cette période où s'instaurent les troubles de la fonction protéique de l'ovaire, elle devient de plus en plus improbable. En effet, on sait que la capacité de procréer diminue progressivement depuis l'âge de 35 ans et qu'il existe une accélération de ce phénomène vers 40 ans.

Au milieu de la quarantaine alors que les cycles menstruels sont de primes abords ovulatoires avec une courbe de température bi-phasique, il existe néanmoins des altérations importantes de la fonction ovarienne reflétées par l'augmentation des taux de FSH de base (+2 fois) et une diminution parallèle de la fécondité. L'importance de ce phénomène est telle et il est si largement répandu qu'on peut parler d'une véritable période de « stérilité relative physiologique ». [9]

La fécondabilité : De la notion de fécondité peut être calculée la probabilité de concevoir au cours d'un cycle. Comme la fécondité, l'évolution de la fécondabilité moyenne dans une population standard varie peu avant 30 ans puis baisse rapidement à partir de 35ans. [10]

4- Problématique de la grossesse à partir de 35 ans :

Il est bien connu qu'une grossesse à partir 35ans est une grossesse à risque [2].

Et cela s'explique par une plus grande fréquence des pathologies (au cours de ces grossesses, au moment de l'accouchement et même dans le post-partum) par rapport aux grossesses entre 20 à 35 ans.

4-1 Les pathologies obstétricales favorisées par l'âge

Au cours de la grossesse, la femme subit des modifications et des réactions physiologiques. [11] Tous les éléments nutritifs nécessaires au développement de l'œuf proviennent de la mère. Le placenta les transforme pour les rendre directement assimilables par le fœtus. C'est 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 les fonctions endocriniennes.

Cependant le vieillissement s'accompagne d'une diminution des capacités fonctionnelles de l'organisme. D'une façon générale, cette altération est la plus manifeste dans les situations qui mettent en jeu les réserves fonctionnelles (effort, grossesse, stress, maladies aiguës). Cette diminution des réserves fonctionnelles induit une réduction de la capacité de l'organisme à s'adapter aux situations d'agression. De même, plusieurs systèmes de régulation de paramètres physiologiques s'avèrent moins efficaces chez le sujet âgé. [12]

L'inefficacité de ces phénomènes d'adaptation physiologique au cours de la grossesse due à la répercussion de l'âge avancé, se manifeste par une plus grande fréquence des pathologies (l'hypertension artérielle, le diabète, les maladies cardiovasculaires, les maladies trophoblastiques, les anomalies placentaires, les anomalies utérines et les grossesses multiples avec un taux élevé de grossesse gémellaire dizygote) et avec plus de complications.

Hypertension artérielle :

La pression artérielle est fonction du débit cardiaque et des résistances périphériques. Les œstrogènes augmentent la fréquence et le débit cardiaque ainsi que des débits circulatoires et la contractilité du myocarde. En parallèle, la progestérone permet l'adaptation vasculaire à cette hyper volémie par un relâchement des parois veineuses et des sphincters capillaires en augmentant la capacité du lit vasculaire. Ainsi le débit cardiaque croît de 30 à 50% environ et la fréquence cardiaque augmente de 10-15 battements par minute [13]. Alors que, le vieillissement cardiaque s'accompagne des modifications anatomiques : augmentation de la masse cardiaque et de l'épaisseur pariétale du ventricule gauche à l'origine du moins bon remplissage ventriculaire par défaut de la relaxation ventriculaire.

Quant à la paroi artérielle, le vieillissement se caractérise par des modifications structurales de l'élastine, la rigidification du collagène et l'altération de la vasomotricité artérielle. La diminution de la compliance artérielle en résultant rend compte de l'augmentation de la pression artérielle systolique avec l'âge [12]. Le taux d'hypertension artérielle double après 40 ans (8,5% avant 35 ans et 15,3% après 40 ans) [10].

Ces changements liés à la sénescence paraissent être opposés à ceux physiologiques de la grossesse. En général cela augmente de 2 à 4 fois le taux des deux hypertensions (chronique et gravidique), comprenant la pré-éclampsie [14].

L'association hypertension artérielle et grossesse peut avoir des complications pour la mère (éclampsie, hématome rétro-placentaire, le Hellp syndrome, les AVC) et pour le fœtus (le retard de croissance in utero, la prématurité, la mort foetale in utero).

Le diabète :

Le diabète est un état d'hyperglycémie permanente résultant d'une anomalie de la sécrétion et /ou d'action de l'insuline ». Il se classe en :

-Type I : caractérisé par une insuffisance absolue en insuline, développé dans l'enfance ou dans l'adolescence.

-Type II : il y a une carence relative en insuline soit à cause d'une réduction de la sensibilité périphérique à l'insuline, soit d'une diminution de la capacité pancréatique de libérer une quantité suffisante d'insuline en réponse au pic. La prévalence du diabète de type II augmente avec l'âge [15].

-Le diabète gestationnel : est un trouble de la tolérance au glucose, diagnostiqué pour la première fois au cours d'une grossesse. L'âge constitue un facteur favorisant (à partir 35 ans), de même que l'obésité, un diabète gestationnel préexistant (type I, type II) [16].

Le surpoids ou l'obésité qui s'installe au fil des années favorise une surcharge graisseuse. Les tissus adipeux diminuent l'affinité des récepteurs insuliniques à l'insuline. Cela serait à la base d'une insuffisance de la capacité du pancréas endocrine à faire face à un état d'insulinorésistance, d'où l'hyperglycémie.

La fibrose des îlots des cellules β de Langerhans qui se vit avec l'âge, affecte aussi la capacité de production d'insuline du pancréas qui diminue.

Pendant la grossesse normale l'équilibre glycémique est modifié sous l'effet des œstrogènes, de la progestérone et de l'HCS, les îlots de Langerhans s'hypertrophient, entraînant une augmentation de la production d'insuline, avec comme conséquence une glycémie souvent abaissée pendant le premier trimestre. Après 22 semaines, l'augmentation importante de l'HCS est responsable d'une résistance périphérique à l'insuline, d'où une élévation progressive des besoins en insuline [15]. Mais avec la réduction des capacités d'action et /ou de production de l'insuline due à l'âge et /ou à un diabète de type II asymptomatique préexistant avant la grossesse, l'adaptation à cette nouvelle épreuve supplémentaire et dure qui est la grossesse devient inefficace et le diabète gestationnel peut apparaître. Ses conséquences pour la mère peuvent être la pré éclampsie, l'infection urinaire, l'accouchement dystocique, l'infection puerpérale, une sécrétion lactée médiocre [17].

Pour l'embryon c'est la fausse couche, une malformation ; pour le fœtus la macrosomie, les troubles de la maturité respiratoire et pour le nouveau-né la mortalité néonatale, l'hypoglycémie, l'hypocalcémie [16]. Ainsi la fréquence du diabète au cours de la grossesse augmente avec l'âge.

Le placenta prævia :

Normalement, le placenta s'insère sur le fond et l'une des faces du corps de l'utérus [17]. Mais avec la multiparité dont les parturientes âgées sont généralement sujettes, il peut être bas inséré ; d'où la notion de risque de placenta prævia élevé avec la multiparité. Cela s'explique par une détérioration de la qualité de la muqueuse utérine avec les accouchements. Par conséquent cette atteinte de la qualité de la muqueuse provoque une localisation du placenta hors du fond utérin ou une diffusion du placenta au-delà de sa zone d'insertion normale à la recherche d'une muqueuse de bonne qualité.

Cependant certains auteurs affirment aussi une augmentation de placenta prævia après 40 ans, quelle que soit la parité ; et d'autres affirment même un taux de placenta prævia huit fois plus élevé chez les nullipares âgées que chez les nullipares de 20 à 29 ans [3]. Cela s'explique probablement par les anomalies de vascularisation de l'endomètre

4-2 Issue de la grossesse :

- Avortement spontané

La qualité du conceptus baisse avec l'âge de la mère. Cela est bien démontré par le taux des avortements qui augmentent avec l'âge. Le risque d'avortement est élevé dans la population des femmes de 40 ans et plus [10]. A 35 ans 1/5e des grossesses connaît une issue défavorable ; à 42 ans ce taux est augmenté de moitié et indépendamment de leurs antécédents obstétricaux.

A 21 ans le taux de grossesses ectopiques est de 1,4 %, ce taux atteint 6,9 % à 44 ans. Le risque élevé d'avortement spontané avec l'âge a été retrouvé par plusieurs auteurs [14,2]. Cela est principalement dû à l'augmentation des aberrations chromosomiques. En effet, jusqu'à 60 % des produits d'avortement présentent une anomalie. Cependant, il y a aussi des avortements avec des embryons génétiquement normaux.

Ces avortements peuvent être dus à des pathologies dont la fréquence augmente avec l'âge (le diabète, l'hypertension artérielle, les myomes).

- Mort fœtale in utero (MFIU)

Le risque de MFIU est accru chez les gestantes âgées et peut s'expliquer de façon logique par l'augmentation des complications obstétricales observées dans cette population [10].

-Malformation congénitale

A ce sujet certains auteurs ne trouvent pas une grande différence en dehors des aberrations chromosomiques entre les grossesses tardives et celles entre 20 et 30 ans. Par contre d'autres à caryotype normal trouvent une augmentation passant de 3,5% vers 20 ans à 5% au-delà de 40 ans notamment les cardiopathies, les hernies diaphragmatiques et pied-bot [6].

-Anomalies chromosomiques

L'élévation du taux d'aberration chromosomique avec l'âge est bien connue. Le risque de survenue d'anomalie chromosomique est estimé à 1,6% à 38 ans ; 2,21% à 40 ans et 4% à 42 ans. La fréquence des atteintes chromosomiques entre 40 et 45 ans est de 3% des naissances vivants ; la trisomie 21 représente la moitié des atteintes chromosomiques imputables à l'âge maternel. La prévalence des anomalies chromosomiques est bien sûr plus grande au terme du diagnostic prénatal qu'à terme, et d'autant plus grande que le diagnostic est réalisé tôt, un fœtus trisomique risquant beaucoup plus la mort in utero qu'un fœtus normal. Les trisomies 13 et 18 augmentant également avec l'âge maternel, de même que les anomalies des chromosomes sexuels, 47 xxx et 47 xxy. [3]

4-3 Déroulement du travail et le mode d'accouchement :

-La durée du travail

Les études avaient démontré un allongement du temps de travail chez les gestantes âgées, notamment chez les primipares âgées comme le montre l'étude de Berkowitz [18].

Mais chez les multipares âgées, cette affirmation se discute car des auteurs comme Belaisch. et al. [19] affirment que l'âge ne semble pas prolonger la durée du travail chez les multipares par rapport aux femmes plus jeunes. En effet cela peut être expliqué par la détérioration de la fonction myométriale avec l'âge, due à une perte de la sensibilité des récepteurs de l'ocytocine ou le remplacement progressif du muscle utérin par du collagène.

-Le mode d'accouchement :

Chez les parturientes plus âgées, le mode d'accouchement est marqué par un taux très important de césarienne comparé aux plus jeunes. Ce fait significatif (risque moyen multiplié par 2) touche évidemment les primipares [20] mais aussi les multipares, et portent autant sur les césariennes programmées que sur celles réalisées en urgence [21].

Les causes permettant d'expliquer ce taux élevé de césariennes chez les femmes de 35 ans et plus sont multiples : les utérus fibromateux, les antécédents de myomectomie, les pathologies gravidiques, les anomalies de présentation, la macrosomie, le déclenchement, le travail long et dystocique [22], la procréation assistée [23] mais l'âge lui-même est un facteur de risque indépendant pour Peipert [24] ; le comportement de l'obstétricien et l'anxiété de la gestante jouent certainement un rôle non négligeable [22].

Les extractions instrumentales (forceps, ventouse ou spatules) sont augmentées dans certaines séries en particulier chez les primipares [25, 26,20].

Accouchement chez les gestantes de 35 ans et plus à la maternité de l'HFD de Kayes.

Le nombre de lésions périnéales n'est en généralement pas précisé. Seul Jacobson [25] note une augmentation des déchirures graves (OR 1,3 et 1,8 selon les seuils 40 et 45 ans).

4-4 Issue néonatale :

-Un taux plus important de macrosomes ou de nouveau-nés de poids supérieurs au 900 percentile est retrouvé par plusieurs auteurs.

-La mortalité néonatale est augmentée chez les femmes de 35 ans et plus dans quelques séries anciennes et récentes [27].

La pathologie maternelle joue un rôle dans ces issues défavorables [22]; mais l'âge seul est un facteur de risque de mortalité et de morbidité périnatale (malformations exclues) [28].

Mode d'accouchement

-Instrument ou manœuvre

-Césarienne programmé faite avant travail

-Césarienne programmé faite pendant le travail

-Césarienne en urgence avant travail

-Césarienne pendant le travail

4-5 Le pronostic maternel :

La mort maternelle est définie par la classification internationale des maladies comme « le décès d'une femme survenu au cours de la grossesse ou dans un délai de 42 jours après sa terminaison, quel que soit la durée ou la localisation, pour une cause quelconque déterminée ou aggravée par la grossesse ou les soins qu'elle a motivé mais ni accidentel ni fortuit » [10].

Cette mortalité maternelle est liée aux pathologies obstétricales et médicales préexistantes à la grossesse dont les risques de survenu augmente avec l'âge.

Les principales causes sont : les hémorragies obstétricales, les accidents cérébro-vasculaires, les autres affections liées à hypertension artérielle ; les embolies amniotiques et cruoriques ; les infections et les myocardiopathies [29].

Le risque de décès maternel est corrélé à l'âge : il est minime entre 20-24 ans reste faible jusqu'à 29 ans ; augmente ensuite très fortement et est 3 à 4 fois plus élevé à 35-39 ans, 12 fois plus élevé après 45 ans [10].

5- Problématique de la grossesse à partir de 45 ans :

A partir de 45 ans, les grossesses sont qualifiées de très tardives. La grossesse peut être « accidentellement » spontanée, médicalement assistée avec ou sans don d'ovocytes [30]. Sa fréquence est faible mais en progression : 1,3 pour 1000 naissances aux USA en 2002 soit 5487 naissances entre 45 et 54 ans.

Les risques précédemment évoqués sont augmentés par rapport aux femmes jeunes : avortement spontané [31], MFIU [25], malformation congénitale [32], HTA et pré-éclampsie, hypothyroïdie, cardiopathies, diabète, anémie [25,30].

Le placenta prævia et l'hématome retro-placentaire sont significativement augmentés pour Abu-Heija. [33] et Safiku. [34] et non pour Jacobsson. [25] (à l'inverse du groupe 40-44 ans) mais son taux de césarienne est d'avantage élevé, de même que la mortalité maternelle [15].

6-Modifications physiologiques au cours de la grossesse :

-Fonction digestive

La fonction gastrique est ralentie : l'activité sécrétoire de l'estomac est réduite, sa tonicité et mobilité sont affaiblies. L'atonie intestinale atteint le grêle et le colon. La constipation est donc fréquente.

Le foie subit de nombreuses modifications. La rétention biliaire intrahépatique est fréquente et disparaît après l'accouchement. La vésicule biliaire participe à l'atonie de la musculature lisse intestinale et se vide lentement. [17]

-Fonction pulmonaire

Au point de vue fonctionnel

- La fréquence respiratoire n'est pas modifiée
- Le volume courant augmente progressivement au dépens du volume de réserve expiratoire
- Le volume résiduel est abaissé de 20%
- Le débit ventilatoire est augmenté d'environ 40%
- La consommation d'oxygène augmente d'environ 15% chez les femmes enceintes, L'accroissement de la ventilation entraîne une diminution de la concentration absolue en gaz carbonique, la valeur de la PCO₂ est de 30 mmHg pendant la grossesse. [17]

Fonction cardio vasculaire

La position se modifie ; il est refoulé vers le haut et subit une rotation en avant sur son axe transversal. Le débit cardiaque augmente au cours des 10 premières semaines de la grossesse de 1,5l/mn. Cette augmentation se maintient jusqu'au terme de la grossesse. Le volume d'éjection systolique passe de 65 à 70 ml. La fréquence cardiaque est légèrement augmenté de 15 à 20 battements /mn. Classiquement on accepte comme limite de la normale 80 mmhg pour la pression diastolique et 130 mmhg pour la pression systolique. Les résistances périphériques sont considérablement diminuées comme le prouve l'augmentation du débit cardiaque et le maintien de la pression artérielle moyenne. Les pressions veineuses périphériques sont relativement fortes dans les membres inférieurs, conséquence de la compression des gros troncs veineux par l'utérus gravide. [17]

Fonction rénale

Le débit sanguin rénal est augmenté dès le début de la grossesse de 200 à 250ml/mn et cesse de l'être à l'approche du terme en décubitus dorsal strict en raison de la compression de la veine cave inférieure par l'utérus gravide. [17]

Hormonologie de la grossesse

Les hormones de la grossesse sont semblables à celles du cycle menstruel, mais leur origine est différente. L'équilibre hormonal de la grossesse est marqué par deux faits :

- la persistance du corps jaune qui s'hypertrophie ;
- l'apparition d'une nouvelle glande à sécrétion interne, le placenta.

Le placenta est peut-être considéré comme une volumineuse glande endocrine produisant des hormones stéroïdes.

- La progestérone : son taux est le double de celui de la phase lutéale du cycle menstruel puis il augmente progressivement jusqu'au terme. Il s'effondre au moment de l'accouchement. Elle inhibe les possibilités contractiles de l'utérus.
- Les œstrogènes : ils accroissent la contractilité des fibres utérines et jouent un rôle important dans le développement du myomètre. Ils augmentent la concentration des récepteurs utérins à l'ocytocine. Ils interviennent également dans la synthèse des prostaglandines, mais leur taux ne s'élève pas à la fin de la grossesse.
- L'hormone chorionique somatomammotrophique(HCS) : est une hormone peptidique sécrété par le placenta. Elle favorise le développement du fœtus en potentialisant l'hormone de croissance hypophysaire. Elle a une action lactogénique et mammotrophique. Ses activités métaboliques sont lipolytique, glucidique et diabétogène, protidique. [17]

IV- METHODOLOGIE

1-Cadre et lieu d'étude :

L'étude s'est déroulée dans le service de gynécologie et d'obstétrique de l'Hôpital Fousseyni Daou de Kayes.

L'HFD est l'une des structures sanitaires les plus anciennes du Mali ; créée en 1883 par les militaires français en mission en Afrique de l'ouest. Elle avait pour vocation de prodiguer les premiers soins aux blessés de guerre des conquêtes coloniales.

En 1959 il devient Hôpital secondaire, avec la réorganisation des centres hospitaliers en 1969 il fut érigé en Hôpital régional devenant ainsi une structure sanitaire de référence au niveau régional.

Il a été entièrement rénové en 1987 dans le cadre des accords d'assistance technique sanitaire entre les gouvernements du Mali et d'Italie.

En 1991, il a été baptisé Hôpital Fousseyni Daou ; un des médecins directeurs qui fut assassiné la même année.

Il est situé au Sud-est de la ville de Kayes au Quartier Plateau au voisinage de la gare ferroviaire.

L'HFD prend en charge les malades provenant des structures sanitaires du cercle de Kayes, de certains cercles de la région et des localités frontalières du Sénégal, de la Mauritanie et de la Guinée Conakry.

Il comprend :

- Un service de médecine ;
- Un service de gynéco obstétrique ;
- Un service de chirurgie divisé en 5 unités (chirurgie A, chirurgie B, chirurgie pédiatrique, Urologie, Traumatologie) ;
- Un service de pédiatrie ;
- Un service de laboratoire et une pharmacie ;
- Un service d'ophtalmologie ;

Accouchement chez les gestantes de 35 ans et plus à la maternité de l'HFD de Kayes.

- Un service des urgences et soins intensifs ;
- Un service d'Odontostomatologie ;
- Un service d'Oto-rhino-laryngologie (ORL) ;
- Un service de dermatologie ;
- Un service de kinésithérapie-rééducation ;
- Le service d'imagerie médicale et radiologique ;
- Un service d'administration ;
- La morgue ;

- Une buanderie.

-Service de gynécologie et d'obstétrique :

C'est un bâtiment construit en 2015. Il comprend :

- Une salle d'accouchement et de soins des nouveaux nés comportant : trois tables d'accouchement, une toilette pour les femmes en travail et la salle de garde
- Une salle de réveil
- Une salle de soins pour les cas d'éclampsie
- Une salle de suites de couches
- Un bureau pour le major de la salle d'accouchement
- Une salle de pansement des malades opérées
- Une salle pour les étudiants en année de thèse
- Une salle pour les manœuvres
- Quatre toilettes dont (2) pour le personnel et (2) pour les malades
- Une salle de staff
- Une salle de dépistage du cancer du col utérin
- Une salle des soins après avortement (SAA)

Accouchement chez les gestantes de 35 ans et plus à la maternité de l'HFD de Kayes.

- Un bureau pour le major de la consultation
- Un bureau pour le major d'hospitalisation
- Une salle de consultation pré natale
- Une salle de planification familiale (P F)
- Une salle d'archivage
- Trois bureaux pour les consultations externes
- Deux salles V I P avec un lit chacune
- Une salle V I P avec quatre lits
- Trois salles d'hospitalisation d'une capacité de six lits
- Une salle réservée pour la néonatalogie (non fonctionnelle)
- Un bloc opératoire non fonctionnel

Le personnel est composé de :

- Trois médecins gynécologues obstétriciens,
- Quatre étudiants de la faculté de Médecine et d'Odontostomatologie en année de thèse,
- Dix sages-femmes,
- Cinq infirmières obstétriciennes,
- Quatre matrones et trois manœuvres.

Les activités du service sont programmées comme suite :

- Quatre jours de consultations externes,
- Trois jours de consultations prénatales,
- Une visite journalière des malades hospitalisées, après le staff quotidien,
- Une journée opératoire (jeudi).

Au niveau organisationnel du service de garde :

La permanence est assurée par l'équipe de garde composée du gynécologue-obstétricien, un étudiant en année de thèse, une sage-femme, une infirmière obstétricienne, une matrone et un manoeuvre.

L'équipe dispose de :

Trois salles d'opérations fonctionnelles

Un kit de médicaments d'urgence permettant une prise en charge rapide de toutes les urgences obstétricales.

Un staff quotidien se tient tous les jours ouvrables à 8 heures 30 minutes réunissant le personnel du service dirigé par le chef de service. Au cours de ce staff, l'équipe de garde fait le compte rendu des activités et des événements qui se sont déroulés les 24 heures durant la garde.

Une visite est faite tous les jours et la visite générale chaque lundi après le staff.

Le service reçoit toutes les urgences obstétricales et gynécologiques provenant des structures de santé situées dans un rayon de 250 km et prend en charge les évacuations du CSRéf de Kayes, de certains cercles de la région et des localités frontalières du Sénégal, de la Mauritanie et de la Guinée Conakry.

2-Type d'étude :

Il s'agissait d'une étude descriptive et analytique à collecte prospective cas-témoin sur 1 an.

3-Période d'étude :

Elle s'est déroulée sur la période du 01/01 /2018 au 31/12/ 2018 soit 1ans.

4- Population d'étude :

Elle a concerné les parturientes ayant accouché dans le service.

-Echantillonnage :

Nous avons procédé à un échantillonnage systématique de tous les cas et de tous les témoins. Ainsi au total 260 gestantes de 35 ans et plus ont été répertoriées et apparié à 260 gestantes de 20-30 ans. Le choix de l'âge des témoins s'est porté sur les gestantes de 20 à 30 ans car cet âge est considéré comme optimal pour la grossesse et l'accouchement. [9]

-Critères d'inclusion :

- Cas :
 - Avoir au moins 35 ans à la conception
 - Avoir terminé sa grossesse dans le service de gynécologie- obstétrique de l'hôpital Fousseyni Daou de Kayes.

- Témoins :
 - Avoir 20 ans au moins et 30 ans au plus à la conception,
 - Avoir terminé sa grossesse à la maternité de l'hôpital Fousseyni Daou de Kayes

-Critères de non inclusion :

- Cas :
 - Etre reçue en consultation prénatale uniquement
 - Etre reçue dans le post partum
 - Avoir moins de 35 ans

- Témoins :
 - Etre vue en consultation prénatale uniquement
 - Etre reçue dans le post partum
 - Avoir moins de 20 ans ou plus de 30 ans.

-Taille de l'échantillon

Accouchement chez les gestantes de 35 ans et plus à la maternité de l'HFD de Kayes.

Le groupe des cas a été choisi de façon systématique, constitué par l'ensemble des parturientes ayant accouché dans le service dont l'âge était supérieur ou égal à 35 ans soit 260 femmes.

Le groupe des témoins a été choisi par appariement en raison d'un cas pour un témoin, soit 260 parturientes dont l'âge est compris entre 20 et 30 ans.

5-Collecte des données :

Le recueil des données a été fait sur une fiche d'enquête individuelle, les dossiers obstétricaux, des registres d'accouchement, de compte rendu opératoire.

6-Variable :

Les variables utilisées étaient : l'âge, le statut socioprofessionnel, le mode d'admission, la résidence, la profession du procréateur, le mode d'accouchement, les antécédents, la CPN, le pronostic maternel, la parité, la taille, l'état et le poids du nouveau-né, la hauteur utérine, le type de présentation...

7-Plan d'analyse :

La saisie des données a été effectuée sur le logiciel Microsoft office Word 2016. Le traitement et l'analyse des données statistiques ont été faites sur le logiciel SPSS statistics version 20.

Les données qualitatives ont été présentées sous forme de fréquences exprimées en pourcentage et les variables quantitative sous forme de moyenne.

Le test statistique utilisé pour la comparaison a été le Khi2 de Pearson. Le test Exact de Fisher a été utilisé pour les valeurs inférieures à 5. Les différences sont significatives si $p < 0,05$.

8-Considérations éthiques :

L'anonymat et le consentement éclairé des patientes ont été respectés.

9-Définitions opérationnelles :

Accouchement chez les gestantes de 35 ans et plus à la maternité de l'HFD de Kayes.

Terme de la grossesse : la détermination du terme a été parfois difficile car la date des dernières règles n'était pas toujours connue, ce qui nous a amenés à privilégier le résultat de l'échographie précoce chaque fois que cela était disponible. Il a été estimé en semaines d'aménorrhée

Hauteur utérine excessive : Il s'agit des gestantes dont la HU est ≥ 36 cm.

Age élevé sur le plan obstétrical : toute gestante dont l'âge est supérieur ou égal à 40 ans à l'admission.

Mort fœtale in utero : Il s'agit des fœtus décédés avant le travail d'accouchement dans l'utérus.

La prématurité a été définie par l'âge de la grossesse compris entre 28 et 36SA + 6 jours, par la taille du nouveau-né à la naissance inférieure à 47cm associée à un poids supérieur à 1000g et inférieur à 2500g.

Accouchement par voie basse : regroupe l'ensemble des accouchements par les voies naturelles y compris les extractions instrumentales et les manœuvres.

Dépassement de terme : Chaque fois que le terme théorique était supérieur à 42 SA.

Mode d'admission :

Venue d'elle-même : gestante, parturiente ou accouchée admise directement dans le service sans passer par un autre centre.

Référée : toute gestante, parturiente ou accouchée adressée par un personnel ou une structure de santé sans notion d'urgence.

Evacuée : toute gestante, parturiente ou accouchée adressée par un personnel ou une structure de santé dans un contexte d'urgence.

HTA : tension artérielle systolique supérieure ou égale à 140 mmHg et ou diastolique supérieure ou égale à 90 mmHg.

Mort-né : tout nouveau-né dont le score d'Apgar est zéro à la naissance.

Accouchement chez les gestantes de 35 ans et plus à la maternité de l'HFD de Kayes.

Primigeste : il s'agit d'une femme qui est à sa première grossesse

Paucigeste : une femme qui a fait entre 2 et 3 grossesses

Multigeste : une femme qui a fait entre 4 et 5 grossesses

Grande multigeste : une femme qui a fait plus de 5 grossesses

Nullipare : une femme qui n'a jamais accouché

Primipare : une femme qui a accouché une fois

Paucipare : une femme qui a fait entre 2 et 3 accouchements

Multipare : une femme qui a fait entre 4 et 5 accouchements

Grande multipare : une femme qui a fait plus de 5 accouchement

V-RESULTATS

1- Fréquence :

Durant la période d'étude nous avons colligés 260 accouchements chez les femmes ayant un âge supérieur ou égale à 35 ans soit 6,3%.

2-Données sociodémographiques

-L'âge :

Tableau I: répartition des cas selon la tranche d'âge

Tranches d'âges	Effectif	%
[35-39]	203	78,1
[40-46[57	21,9
Total	260	100

L'âge moyen chez les cas était de 38 ans \pm 10,3 avec des extrêmes de 35 à 46.

Tableau II: Répartition des témoins selon la tranche d'âge

Tranches d'âges	Effectif	%
[20-25]	168	64,6
[26-30]	92	35,4
Total	260	100

L'âge moyen chez les témoins était de 24 ans \pm 9 avec des extrêmes de 20 et 30.

- Le statut matrimonial

Tableau III: répartition des gestantes selon le statut matrimonial

Statut Matrimonial	Cas		Témoins	
	Effectif	%	Effectif	%
Mariée	258	99,2	251	96,5
Célibataire	0	0	9	3,5
Veuve	1	0,4	0	0
Divorcée	1	0,4	0	0
TOTAL	260	100	260	100

Khi2=11,124 ddl=3 P= 0,011

Les mariés représentaient 99,2% des cas contre 96,5% des témoins. P= 0,011

- La profession des patientes

Tableau IV: répartition des gestantes selon la profession

Profession	Cas		Témoins	
	Effectif	%	Effectif	%
Femme au foyer	233	89,6	217	83,5
Fonctionnaire	17	6,5	12	4,6
Commerçante	10	4	9	3,5
Elève/Étudiante	0	0	22	8,5
TOTAL	260	100	260	100

Khi2=22,670 ddl=4 P=0,004

Les femmes au foyer étaient plus représentées avec 89,6% des cas contre 83,5% des témoins. Différences significative P=0,004

- Le niveau d'instruction

Tableau V: répartition des gestantes selon le niveau d'instruction

Niveau d'instruction	Cas		Témoins	
	Effectif	%	Effectif	%
Non Scolarisée	221	85	173	66,5
Primaire	15	5,8	45	17,3
Secondaire	16	6,2	32	12,3
Supérieur	8	3,1	10	3,8
TOTAL	260	100	260	100

Chi2=26,663

ddl=3

P=0,001

Les non scolarisées étaient majoritaires chez les cas avec 85%, alors qu'elles ne représentaient que 66,5% des témoins

- Ethnie

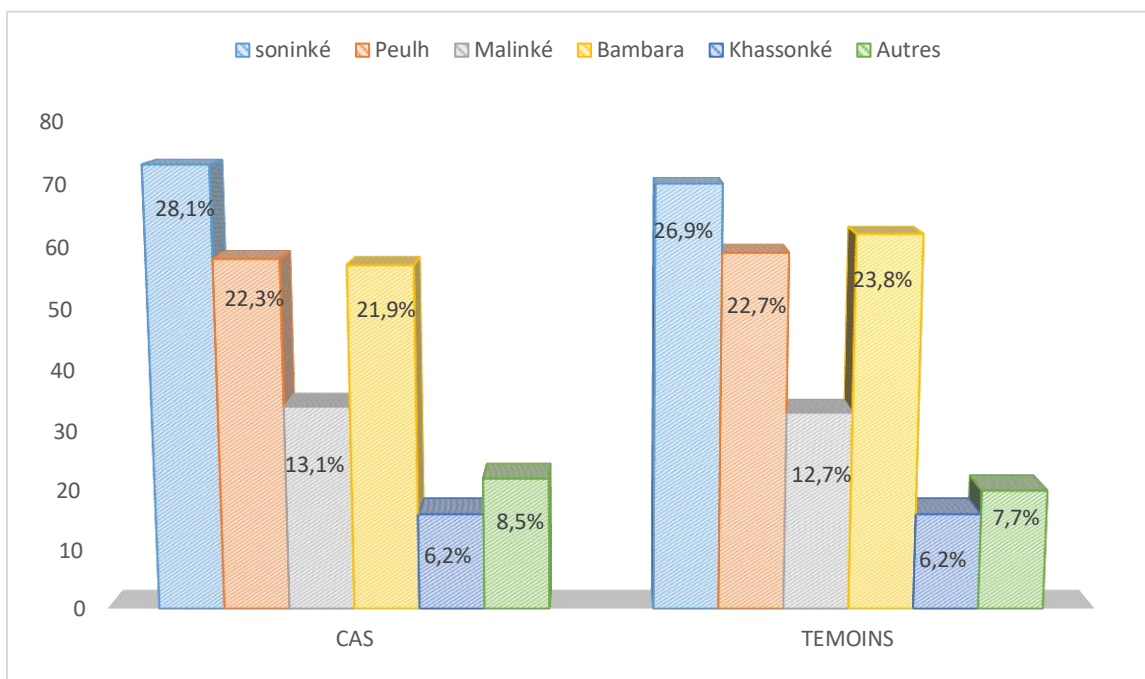


Figure 1: répartition des cas et des témoins selon l'ethnie

Khi2=0,392

ddl=5

P=0,99

Le soninké était l'ethnie la plus représentée dans les deux groupes avec 28,1% des cas contre 26,9% des témoins.

- Profession des conjoints

Tableau VI: répartition des gestantes selon la profession des conjoints

Profession des conjoints	Cas		Témoins	
	Effectif	%	Effectif	%
Cultivateur	112	43,1	95	36,5
Commerçant	59	22,7	56	21,5
Fonctionnaire	28	10,7	43	16,5
Ouvrier	36	13,8	33	12,7
Chauffeur	9	3,5	18	6,9
Autres	16	6,2	15	5,8
TOTAL	260	100	260	100

Chi2=26,634

ddl=5

P=0,00

Les cultivateurs étaient les plus représentés 43,1% des cas contre 36,5% des témoins. P=0,000

3-Antécédents

- Antécédents médicaux

Tableau VII : Répartition des cas et des témoins selon les antécédents médicaux

Antécédents Médicaux	Cas		Témoins	
	Effectif	%	Effectif	%
HTA	20	7,7	8	3,1
Diabète	8	3,1	0	0
Asthme	5	1,9	7	2,7
Cardiopathie	1	0,4	0	0
Drépanocytose	0	0	3	1,2
Aucun	226	86,9	242	93,1
TOTAL	260	100	260	100

Test de Fisher : 18,023 ddl=5 P=0,003

L'HTA représentait la pathologie la plus fréquente dans les antécédents médicaux des patientes avec 8% chez les cas contre 3% chez les témoins. P= 0,003

- Antécédents chirurgicaux

Tableau VIII: Répartition des cas et des témoins selon les antécédents chirurgicaux

Antécédents Chirurgicaux	Cas		Témoins	
	Effectif	%	Effectif	%
aucun	184	70,8	191	73,5
GEU	6	2,3	3	1,2
Myomectomie	9	3,5	1	0,4
Kystectomie	5	1,9	1	0,4
Césarienne	53	20,4	60	23,1
autres	3	1,2	4	1,5
TOTAL	260	100	260	100

Chi2=10,611

ddl=5

P=0,031

La césarienne était la plus représentée 20,4% des cas contre 23,1% des témoins, P=0,031

Autres : appendicectomie, péritonite, occlusion intestinale.

-Nombre de cicatrice de césarienne

Tableau IX: Répartition des cas et des témoins selon le nombre de cicatrice de césarienne

Nombre de cicatrice de Césarienne	Cas		Témoins	
	Effectif	%	Effectif	%
un	34	64,2	45	75
deux	13	24,5	8	13,3
sup ou égale à trois	6	11,3	7	11,7
TOTAL	53	100	60	100

Khi2=1,195

ddl=2

P=0,55

Les utérus uni-cicatriciels étaient les plus représentés parmi le nombre de cicatrice de césarienne avec 64,2% des cas contre 75% des témoins. P=0,55

4-Antécédents obstétricaux

-La gestité

Tableau X: Répartition des cas et des témoins selon la gestité

Gestité	Cas		Témoins	
	Effectif	%	Effectif	%
primigeste	6	2,3	52	20,0
paucigeste	25	9,6	118	45,4
multigeste	56	21,5	77	29,6
grande multigeste	173	66,5	13	5,0
TOTAL	260	100	260	100

Khi2=237,038

ddl= 3

P=0,000

Les grandes multigestes étaient de 66,5% chez les cas contre 13% des témoins.

Différence est significative P=0,000.

-La parité

Tableau XI: Répartition des cas et des témoins selon la parité

Parité	Cas		Témoins	
	Effectif	%	Effectif	%
nullipare	6	2,3	59	22,7
primipare	11	4,2	57	21,9
paucipare	35	13,5	97	37,3
multipare	73	28,1	42	16,2
grande multipare	135	51,9	5	1,9
TOTAL	260	100	260	100

Khi2=314,414 ddl=4 P=0,000

Les cas étaient à majorité des grandes multipares 51,9% contre 1,9% des témoins et la différence est significative P=0,000

Les témoins étaient à majorité des paucipares 37,3% contre 13,5% des cas et la différence est significative P=0,0002

Notion de traitement de stérilité

Tableau XII: Répartition des cas et des témoins selon la notion de traitement de stérilité

Traitement de stérilité	Cas		Témoins	
	Effectif	%	Effectif	%
oui	25	9,6	13	5,0
non	235	90,4	247	95,0
TOTAL	260	100	260	100

Khi2 : 4,039 ddl=1 P=0,044 OR=2,01 IC à 95% [1,006-4,028]

La notion de traitement de stérilité était 2 fois plus fréquente chez les cas 9,6% contre 5% des témoins et la différence est significative P=0,044

5-Le déroulement de la grossesse

-Le nombre de CPN

Tableau XIII: Répartition des cas et des témoins selon le nombre CPN

Nombre de CPN	Cas		Témoins	
	Effectif	%	Effectif	%
0	48	18,5	20	7,7
1-3	100	38,5	100	38,5
4 et plus	112	43,1	140	53,8
TOTAL	260	100	260	100

Khi2=14,432

ddl=2

P=0,001

Les grossesses non suivies étaient de 18,5% chez les cas contre 7,7% chez les témoins.

Cependant 53,8% des témoins avaient réalisés au moins 4 CPN contre 43,1% des cas. P=0,001

-Pathologie associée à la grossesse

Tableau XIV: Répartition des cas et des témoins selon la pathologie associée à la grossesse

Pathologie associée à la grossesse	Cas		Témoins	
	Effectif	%	Effectif	%
Diabète	4	1,5	1	0,4
HTA	17	6,5	5	1,9
Drépanocytose	0	0	1	0,4
Asthme	0	0	2	0,8
VIH	1	0,4	8	3,1
Anémie	28	10,8	22	8,5
Placenta prævia	7	2,7	4	1,5
Aucun	210	80,8	226	86,9
TOTAL	260	100	260	100

Khi²=11,377

ddl=7

P=0,044

L'anémie est la pathologie la plus fréquente 10,8% chez les cas contre 8,5% chez les témoins et la différence est significative P=0,044

Mode d'admission

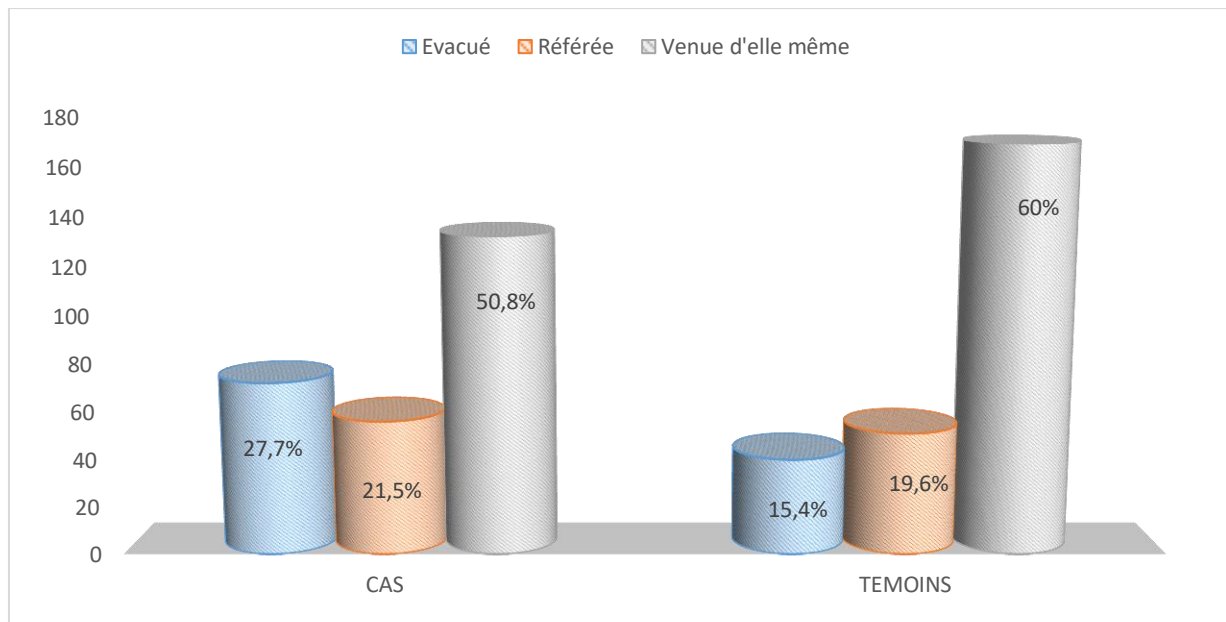


Figure 2: Répartition des cas et des témoins selon le mode d'admission

$\text{Khi}^2=10,570$

$\text{ddl}=2$

$P=0,005$

La fréquence de l'évacuation est plus élevée chez les cas avec 27,7% contre 15,4% chez les témoins, différence statistiquement significative $P=0,005$

La majorité des patientes des deux groupes étaient venues d'elle-même soit 50,8% des cas contre 60% des témoins.

Motif d'admission

Tableau XV: Répartition des cas et des témoins selon le motif d'admission

Motif d'admission	Cas		Témoins	
	Effectif	%	Effectif	%
Hémorragie du 3^e trimestre	28	10,8	20	7,7
anémie	11	4,2	8	3,1
CUD	100	38,5	133	51,2
ATCD de césarienne	10	3,8	10	3,8
Dystocie	23	8,8	15	5,8
grande multipare	15	5,8	0	0
HTA et pré éclampsie	26	10,0	19	7,3
RPM	6	2,3	6	2,3
Césarienne prophylactique	22	8,5	34	13,1
Procidence du cordon battant	3	1,2	4	1,5
SFA	7	2,7	6	2,3
MFIU	9	3,5	5	1,9
TOTAL	260	100	260	100

Test de Fisher : 63,672

ddl=11

P=0,14

6-Examen à l'admission

-L'état général

Tableau XVI: Répartition des cas et des témoins selon l'état général

Etat général	Cas		Témoins	
	Effectif	%	Effectif	%
bon	250	96,2	253	97,3
mauvais	10	3,8	7	2,7
TOTAL	260	100	260	100

Test de Fisher=0,524 ddl=1 P=0,469

OR=0,697 IC à 95% [0,261-1,861]

La majorité des patientes avaient un bon état général à l'admission soit 96,2% chez les cas contre 97, 3% chez les témoins, différence non significative P=0,469

-La hauteur utérine

Tableau XVII: Répartition des cas et des témoins selon la hauteur utérine

Hauteur utérine	Cas		Témoins	
	Effectif	%	Effectif	%
< 36	213	81,9	237	91,2
≥36	47	18,1	23	8,8
TOTAL	260	100	260	100

Khi2=10828,5 ddl=1 P=0,028

-L'âge de la grossesse

Tableau XVIII: Répartition des cas et des témoins selon l'âge de la grossesse

Semaines d'aménorrhée	Cas		Témoins	
	Effectif	%	Effectif	%
< 37SA	27	10,4	24	9,2
37-42 SA	225	86,5	235	90,4
≥42 SA	8	3,1	1	0,4
TOTAL	260	100	260	100

Khi2=0,403 ddl=2 P=0,0316

La majorité des grossesses étaient à terme 86,5% des cas contre 90,4% des témoins.

-Les bruits du cœur fœtal

Tableau XIX: Répartition des cas et des témoins selon les bruits du cœur fœtal

BCF	Cas		Témoins	
	Effectif	%	Effectif	%
Altéré(<120bt /mn)	6	2,3	8	3,1
normal	215	82,7	230	88,5
absent	39	15	22	8,5
TOTAL	260	100	260	100

Khi2=6,449 ddl=2 P=0,04

-La phase du travail

Tableau XX: Répartition des cas et des témoins selon la phase du travail à l'admission

Phase du travail	Cas		Témoins	
	Effectif	%	Effectif	%
latence	62	26,7	84	39,1
active	134	57,8	112	52,1
expulsive	36	15,5	19	8,8
TOTAL	232	100	215	100

Khi 2 : 14,220 dl :2 P : 0,003

La majorité des patientes était à la phase active du travail à l'entrée soit 57,8% des cas contre 52,1% des témoins. P=0,003

Accouchement chez les gestantes de 35 ans et plus à la maternité de l'HFD de Kayes.

-La poche des eaux

Tableau XXI: Répartition des cas et des témoins selon l'état de la poche des eaux

Membranes	Cas		Témoins	
	Effectif	%	Effectif	%
intactes	212	83,5	168	64,6
rompues	48	18,5	92	35,4
TOTAL	260	100	260	100

Khi 2 : 269,360 dl : 1 P : 0,000

-Le type présentation

Tableau XXII: Répartition des cas et des témoins selon le type de présentation fœtale

Type de présentation	Cas		Témoins	
	Effectif	%	Effectif	%
céphalique	219	84,2	239	92
siège	35	13,5	18	6,7
transverse	6	2,3	3	1,2
TOTAL	260	100	260	100

Test de Fisher : 7,139 dl : 2 P : 0,129

Accouchement chez les gestantes de 35 ans et plus à la maternité de l'HFD de Kayes.

Tableau XXIII: Répartition selon le type de grossesse

Type de grossesse	Cas		Témoins	
	Effectif	%	Effectif	%
Mono fœtale	250	96,15	252	96,92
Gémellaire	9	3,46	8	3,07
Triple	1	0,38	0	0
Total	260	100	260	100

Khi2= 0,06 ddl= 2 P=0,08

-Le diagnostic à l'entrée

Tableau XXIV: Répartition des cas et des témoins selon le diagnostic à l'entrée

Diagnostic	Cas		Témoins	
	Effectif	%	Effectif	%
Travail	129	49,6	141	54,2
d'accouchement				
Anémie sévère	8	3,1	4	1,5
HTA et ses complications	20	7,7	23	8,8
HRP	24	9,2	16	6,2
Dystocie	21	8,1	20	7,7
Macrosomie	4	1,5	2	0,8
MFIU	8	3,1	4	1,5
Placenta prævia	7	2,7	4	1,5
SFA	6	2,3	11	4,2
Pathologie/utérus unicatriciel	8	2,7	17	6,5
Utérus	21	8,1	15	5,8
Multicatriciel				
RPM >12H	4	1,5	3	1,2
TOTAL	260	100	260	100
Test de Fisher : 58,066	ddl = 11		P : 0,0015	

7-L'accouchement

-Voie d'accouchement

Tableau XXV: Répartition des cas et des témoins selon la voie d'accouchement

Voie d'accouchement	Cas		Témoins	
	Effectif	%	Effectif	%
Voie basse	170	65,4	179	68,8
Césarienne	84	32,3	78	30
Laparotomie pour rupture utérine	6	2,3	2	0,8
TOTAL	260	100	260	100
Test de Fisher : 13,478	dl : 2		P : 0,002	

Accouchement chez les gestantes de 35 ans et plus à la maternité de l'HFD de Kayes.

-Mode d'expulsion

Tableau XXVI: Répartition des cas et des témoins selon le mode d'expulsion

Mode d'expulsion	Cas		Témoins	
	Effectif	%	Effectif	%
Spontané	127	74,7	154	86
Instrumental	25	14,7	16	9
Manœuvre (Mauriceau)	18	10,6	9	5
TOTAL	170	100	179	100

Khi 2 : 104,327 dl : 2 P : 0,000

Accouchement chez les gestantes de 35 ans et plus à la maternité de l'HFD de Kayes.

-Complications accouchement

Tableau XXVII: Répartition des cas et des témoins selon les complications de la voie basse

Complications voie basse	Cas		Témoins	
	Effectif	%	Effectif	%
Déchirure cervicale	2	22,2	3	27,3
Déchirure périnéale	3	33,3	6	54,5
Hémorragie post partum	4	44,4	2	18,2
TOTAL	9	100	11	100
Test de Fisher : 2,396		dl= 2	P= 0,171	

-Les indications de la césarienne

Tableau XXVIII: Répartition des cas et des témoins selon l'indication de la césarienne

Indication de césarienne	Cas		Témoins	
	Effectif	%	Effectif	%
Dystocie	24	28,5	32	41
ATCD obstétrical chargé	6	7,1	7	9
HRP	17	20,2	4	5,1
SFA	6	7,1	10	12,8
Eclampsie	0	0	4	5,1
Macrosomie foétale	4	4,8	2	2,3
Placenta prævia hémorragique	4	4,8	2	2,3
Procidence du cordon battant	2	2,4	2	2,3
Utérus multicatriciel	21	25	15	19,2
TOTAL	84	100	78	100
Test de Fisher : 103,811	dl=8		P=0,032	

8-Pronostic foetal

-Etat des nouveau-nés à la naissance

Tableau XXIX: Répartition selon l'état des nouveau-nés à la naissance

Etat des nouveau-nés	Cas		Témoins	
	Effectif	%	Effectif	%
Vivant	232	85,3	242	90,3
Mort-né	40	14,7	26	9,7
TOTAL	272	100	268	100

Khi2 : 3,098 dl=1 P=0,078

Tableau XXX: Répartition selon l'Apgar des nouveau-nés à la première minute

Apgar à la 1^{ère} minute	Cas		Témoins	
	Effectif	%	Effectif	%
0	40	14,7	26	9,7
1 à 3	5	1,8	3	1,1
4 à 6	12	4,4	9	3,4
7 à 10	215	79	230	85,8
TOTAL	272	100	268	100

Test de Fisher : 3,47 dl=3 P=0,06

Accouchement chez les gestantes de 35 ans et plus à la maternité de l'HFD de Kayes.

Tableau XXXI: Répartition des cas et des témoins selon le poids des nouveau-nés

Poids	Cas		Témoins	
	Effectif	%	Effectif	%
< 2500	52	19,1	45	16,8
[2500 - 4000 [198	72,8	215	80,2
≥ 4000	22	8,1	8	3
TOTAL	272	100	268	100
Khi2=8,186 ddl=2 P=0,007				

-La malformation

Tableau XXXII: Répartition des nouveau-nés selon le type de malformation

Malformation	Cas		Témoins	
	Effectif	%	Effectif	%
Hydrocéphalie	3	42,9	2	66,7
Laparochisis	1	14,3	1	33,4
Polymalformation	3	42,9	0	0
TOTAL	7	100	3	100
Test Fisher : 2,947 ddl= 2 P=0,084				

-Cause du décès maternels

Tableau XXXIII : Répartition selon la cause du décès

Cause du décès	Cas		Témoins	
	Effectif	%	Effectif	%
accident	1	25	0	0
anesthésie				
HRP	2	50	1	33,3
rupture utérine	1	25	0	0
Eclampsie	0	0	2	66,7
TOTAL	4	100	3	100

Test de Fisher : 4,331

dl :3

P : 0,363

HRP représentait 50% des causes de décès maternel chez les cas contre 33,3% chez les témoins.

L'éclampsie représentait 0% de décès maternel chez les cas contre 66,7% chez les témoins.

VI-COMMENTAIRES ET DISCUSSION

1-Approche méthodologique

Au cours de notre étude nous avons été confrontés à quelques difficultés notamment l'insuffisance du renseignement dans les supports.

2-La fréquence

La fréquence des accouchements chez les parturientes de 35 ans et plus dans notre étude était de 6,3%. Cette fréquence est supérieure à celle de **Guedjouma S** [47] **Koné A.** [35], **Zongo G.**[36] et de **Dufour PH.**[37]; qui ont trouvé respectivement 1,6% ; 2,7% ; 2,81% et 2,25%. Cette différence relative pourrait s'expliquer par le fait que notre étude portait sur les parturientes de 35 ans et plus et les leurs sur les 40 ans et plus.

Ces taux seraient liés à une baisse naturelle de la fécondité en rapport probablement avec les troubles de l'ovulation à cette période de la vie génitale.

3-caractéristique sociodémographique :

Nous avons enregistré 85% de patientes non scolarisées chez les cas contre 66,5% chez les témoins et seulement 6,2% d'entre elles, avaient atteint le niveau secondaire contre 12, 3% chez les témoins.

Ce bas niveau instruction de ces patientes dans les pays en développement, fait qu'elles sont sujettes à des grossesses tardives parce qu'elles ont moins d'information sur les dangers de la grossesse à cet âge de la vie et par rapport aux moyens de contraception. Sans oublier qu'un peu plus de la moitié de ces patientes vivent dans des zones rurales loin des structures sanitaires.

Dans notre étude il y a une prédominance des grandes multipares chez les cas (51,9%) contre 1,9% chez les témoins, la différence est statistiquement significative.

Accouchement chez les gestantes de 35 ans et plus à la maternité de l'HFD de Kayes.

Cela s'explique par le fait que nous appartenons à une société traditionaliste et les femmes ne cessant de procréer de la puberté à la ménopause. D'autres auteurs comme :

Guedjouma S. [47] a rapporté 60% pour les cas contre 13,3% chez les témoins

Koné A. [35] a rapporté 65,4% pour les cas contre 10,7% chez les témoins

Zongo G. [36] a rapporté 86,3% pour les cas contre 18% chez les témoins

Diarra A. [46] a rapporté 44,1% pour les cas contre 4,1% chez les témoins

Cette mentalité pro-nataliste explique aussi le nombre réduit de nullipare chez les cas avec 2,3% contre 22,7% chez les témoins.

Mais le taux de nullipare serait en légère hausse dans les pays développés. Ce phénomène serait lié à un changement de mode de vie de ces femmes et aux progrès de la médecine [40].

L'infertilité a été traitée chez 9,6% des cas contre 5% des témoins. Dans la littérature **ASMA J. et al** [39] et **Bianco A.** [22] ont rapporté respectivement 4% et 20,3% de cas de traitement d'infertilité chez des parturientes âgées de 40 ans et plus contre 0,4% et 3,6% chez les témoins. Ce qui reste comparable à notre étude malgré un échantillonnage différents (35 ans et plus).

Ce déclin de la fertilité s'explique par le vieillissement ovocytaire, la diminution du capital folliculaire, l'augmentation de la pathologie utérine (fibrome, adénomyose, troubles de la vascularisation) [43].

L'hypertension artérielle (HTA) était la pathologie la plus fréquente des antécédents médicaux chez les cas que chez les témoins avec respectivement 8% contre 3%. Ce taux est proche de ceux trouvés par **Guédjouma S.**[47] ; **Zongo G.** [36] et **Jolly M.**[42] qui ont respectivement rapporté 6,7% ; 7% et 8,9% d'HTA chez les cas contre 3,3% ; 2,64% et 4,7% chez les témoins.

L'antécédent de césarienne était le plus retrouvé chez les cas avec 20,4% contre 23,1% chez les témoins.

Ce taux est supérieur à celui de **Diarra A.** [46] et **Guedjouma S.** [47] qui ont respectivement rapporté 8,5% et 8,3% d'antécédent de césarienne chez les patientes âgées contre 9,9% et 5% chez les témoins. Cette différence peut s'expliquer par une augmentation du taux de césarienne dans notre pays ces dernières décennies avec la gratuité de la césarienne en république du Mali.

4-Etat clinique

Les patientes de 35 ans et plus font moins de CPN que celles de 20-30 ans dans notre étude. Le nombre de cas non suivies étaient plus fréquente que le nombre de témoins non suivies soit respectivement 18,5% contre 7,7% ; mais la différence n'est pas significative.

Dans la littérature **Asma J. et al** [39] a rapporté un taux de 13% de grossesses tardives non suivies.

Le nombre de cas ayant réalisé au minimum quatre CPN était inférieur au nombre de témoin soit respectivement 43,1% contre 53,8% avec une différence statistiquement significative $p=0,0083$. **Asma J. et al** [39] a rapporté un taux plus élevé de CPN soit 72% de CPN chez les gestantes âgées de 40 ans et plus contre 82% chez les gestantes témoins.

Ce mauvais suivi des grossesses chez les patientes âgées de 35 ans et plus pourrait s'expliquer dans notre contexte par le fait que ces gestantes se croient plus expérimentées et accordent moins d'importances aux CPN ou se gênent d'aller à la CPN.

Accouchement chez les gestantes de 35 ans et plus à la maternité de l'HFD de Kayes.

-L'anémie était présente chez 10,8% des cas contre 8,5% des témoins. Ces résultats sont différents de ceux trouvés par **Jacobsson B.** [25] et **Bianco A.** [22] qui ont respectivement rapporté 1% et 2,1% d'HTA chez les gestantes de 35 ans et plus contre 0,2% et 0,63% chez les gestantes de moins de 35 ans.

Dans notre contexte ce taux élevé d'anémie s'expliquerait la faible fréquentation des centres de santé par les gestantes âgées et aussi les facteurs nutritionnels.

-Le placenta prævia était présent dans les deux tranches d'âges avec 2,7% des cas contre 1,5% des témoins contrairement à **Guedjouma S.** [47] qui a rapporté 1,7% uniquement chez les patientes âgées de 40 ans et plus.

Dans la littérature **AUDIPOG** [20] a rapporté 0,82% de placenta prævia hémorragique entre 40-50 ans contre 0,41% entre 20-35 ans.

Zongo G. [36] a noté 4,95% de placenta prævia chez les parturientes âgées contre 2,64% chez les témoins.

Cette insertion pathologique du placenta peut s'expliquer par l'altération de la muqueuse utérine due à la grande multiparité et les cicatrices utérines.

Nous avons enregistré 3,1% de dépassement de terme chez les cas contre 0,4% chez les témoins dans notre étude.

Ce dépassement de terme s'explique par une diminution de la sensibilité myométriale aux hormones avec l'âge, mais aussi par un remplacement progressif des fibres myométriales par du tissu collagène sécrétant moins de prostaglandine au terme de la grossesse pour le déclenchement du travail.

5-Pronostic maternel et fœtal

La majeure partie des présentations étaient eutociques soit 84,2% chez les patientes de 35 ans et plus contre 92% chez les patientes 20-30 ans.

Les présentations dystociques notamment la présentation du siège était de 13,5% chez les parturientes de 35 ans et plus contre 6,9% chez les témoins et la présentation de l'épaule était de 2,3% chez les cas contre 1,2% chez les témoins. Dans la littérature, **AUDIPOG** [20] entre 2002-2003 a obtenu 7,6% de présentation non céphalique chez les patientes de 40 ans et plus et 5% entre 20-34 ans.

Asma J. et al [39] en 2010 ont obtenu 4,8% de présentation du siège à 40 ans et plus contre 1,7% entre 20-34 ans.

Guedjouna S. [47] a obtenu 8,4% de présentation non céphalique chez les patientes exposées contre 0,8% chez les patientes non exposées.

Cette augmentation du taux de présentation dystocique avec l'âge pourrait s'expliquer par l'atonie utérine chez les multipares, l'augmentation du poids fœtal avec la parité, l'hydramnios ou l'oligo-annios provoqué par les pathologies les plus fréquentes avec l'âge (HTA, diabète), les fibromes et le placenta prævia.

La voie basse a été la voie d'accouchement la plus fréquente dans notre étude.

Cependant le taux de césarienne chez les cas était de 32,3% contre 30% chez les témoins avec une différence statistiquement significative. Notre taux est nettement supérieur à celui trouvés par **Guedjouna S.** [47] 16,7% chez les patientes exposées contre 5,8% chez les patientes non exposées.

Diarra A. [46] a obtenu 28,9% chez les parturientes de 35ans et plus contre 24,4% chez les témoins.

Asma J. et al [39] a rapporté 25,7% de césariennes chez les parturientes âgées de 40 ans et plus contre 14% chez les témoins.

Accouchement chez les gestantes de 35 ans et plus à la maternité de l'HFD de Kayes.

Nous avons observé 2,3% d'hémorragie du post partum chez les cas contre 1,3% chez les témoins. Cette tendance des femmes âgées à faire des hémorragies au cours de l'accouchement et dans le post partum serait liée à la parité, l'âge et aux pathologies comme le fibrome et placenta prævia...

En outre nous n'avons enregistré aucune complication liée à la césarienne.

L'Apgar était supérieur à 7 à la première minute chez 79% des nouveau-nés des parturientes de 35 ans et plus contre 85,8% chez les témoins.

Cependant 14,7% des nouveau-nés des cas étaient des mort-nés contre 9,7% des témoins $P= 0,06$. Dans la littérature **Asma J. et al** [39] a rapporté un Apgar supérieur à 6 chez 95,3% des nouveau-nés chez des patientes âgées de 40 ans et plus contre 97% de nouveau-nés chez des patientes jeunes. Selon **AUDIPOG** [20] il n'y a pas une différence significative entre l'Apgar chez les nouveau-nés des parturientes âgées et des parturientes jeunes.

La majorité des nouveau-nés avait un poids normal soit 72,8% chez les cas contre 80,2% chez les témoins.

Les macrosomes étaient plus fréquentes chez les cas que chez les témoins avec 8,1% contre 3% la différence est statistiquement significative $P=0,007$. Dans la littérature cette macrosomie est retrouvée par **Asma J. et al** [39] avec 18% chez les parturientes âgées contre 12% chez les parturientes jeunes.

Guedjouma S. [47] a aussi retrouvé 6,7% chez les patientes exposées contre 2,6% chez les patientes non exposées.

Ce taux élevé de macrosomie fœtale chez les parturientes âgées peut s'expliquer par le nombre élevé de dépassement de terme, la grande multiparité et le diabète chez ces patientes

Accouchement chez les gestantes de 35 ans et plus à la maternité de l'HFD de Kayes.

Nous avons enregistré 42,9% d'hydrocéphalie et 42,9% de poly-malformation chez les cas contre 66,7% d'hydrocéphalie et aucun cas de poly-malformation chez les témoins. $P=0,084$

Dans la littérature certains auteurs notent une augmentation des malformations fœtales avec l'âge, **Hollier LM.** [6] a obtenu 3,5% de malformations fœtales vers 20 ans et 5% au-delà de 40 ans. Par contre le réseau sentinelle **AUDIPOG** [20] en France ne trouve pas de différence. Tout comme dans notre étude la différence n'est pas statistiquement significative.

VII- CONCLUSION

La grossesse à 35 ans et plus n'est pas rare à l'Hôpital Fouseyni Daou de Kayes, avec une fréquence de 6,3%. Elle comporte des complications comme l'HTA (6,5%), les malformations fœtales (1,1%) et est aussi liée à un taux élevé de césarienne (32,3%), de mort-né (14,7%), de macrosomie (8,1%). Ces complications sont autant liées à l'âge qu'à la multiparité. Les risques encourus durant la grossesse augmentent, comme le diabète, l'hypertension artérielle... Ces pathologies nécessitent une surveillance accrue pluridisciplinaire. La grossesse tardive est risquée mais n'est ni une catastrophe ni une aventure périlleuse sous réserve d'une surveillance rigoureuse de la grossesse et du travail. Les patientes doivent bénéficier d'une information précise et d'un suivi médical et obstétrical attentif pour mener à bien un tel projet. Mais il convient d'encourager la grossesse chez les femmes avant 35 ans pour anticiper sur l'infécondité naturelle et éviter le risque de complications encourues après cet âge.

VIII- RECOMMANDATIONS

Au terme de cette étude, des recommandations sont proposées et s'adressent :

☐ **Aux décideurs**

- De faire une large diffusion des méthodes contraceptives tout en mettant l'accent sur son importance à cet âge.
- Lutter contre la non scolarisation des filles.
- Organiser des campagnes d'information, d'éducation et de communication continue sur les complications liées à l'accouchement chez les femmes âgées et surtout chez les multipares.
- Doter l'Hôpital d'un service de réanimation fonctionnel avec des personnels qualifiés.

☐ **Aux prestataires**

- D'informer les femmes sur les risques des grossesses tardives.
- Améliorer la qualité des consultations prénatales

☐ **Aux femmes**

- De bien choisir la période de procréer pour ne pas être exposées aux risques liés à l'âge.
- De fréquenter les centres de planning familial pour éviter les grossesses à un âge tardif.
- De suivre régulièrement les CPN pour un diagnostic et une prise en charge précoce des complications.

IX- REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. Belaisch-Allart J. Grossesse et accouchement après 40 ans. EMC (Elsevier Masson SAS, Paris), Gynécologie/Obstétrique, 5-016-B-10, 2008
2. Lansac J., Berger C., Magnin G. Evaluation des facteurs de risque Obstétrique pour le patricien 3e édition Masson, 1997; 25-30 Rev fr Gynecol Obstet 1990 ; 85 :158-60
3. Jo-ann johnson, MD calgary, Suzanne T., PhD et col Report de la grossesse :Opinion de comité de la SOGC(société canadienne de gynéco-obstétrique) n°271, Janvier 2012 .
4. Cissé MI Grossesse et accouchement après 40 ans Thèse Méd Cotonou- Bénin; 2000 ; N0 907
4. Sauer Mr., Paulson RJ ., Lobo Ra. Pregnancy in women 50 or more years of age: out comes of 22 consecutively established pregnancies from oocyte donation. Fertility and sterility. juillet 1995; 64 (1):111-5
- .5. Garnier D. Dictionnaire illustré des termes de médecine 29e édition
6. Hollier LM, Lovenio KJ, Kelly MA, McIntire D et al. Maternal age and malformations in singleton births. Obstet Gynecol 2000; 96: 701-706
7. Découverte de la santé « Effets du vieillissement sur le corps» Health.Howstuffworks.Com/Wellness/aging /anti.../hgt.
8. Micheal D. Le Guide de la Bonne Mort. How To Books ltd, 2000, ISBN 1-85703-559 – 3
9. Rozenbaum H. Le déclin de la fertilité féminine avec l'âge. Reproduction humaine et hormones 2003, 16 :5-12
10. D'ercole C., Bretelle R., Shozai R., Boubli L :
La grossesse et ses risques en période de pré-menopause au cours de la 5e décennie
A22

11. Rapport d'activité du service de gynéco-obstétrique du Point G année 1995. La grossesse et l'accouchement chez la femme de 40 ans et plus.
12. Nisan I Aspects physiologiques du vieillissement. Université Médicale Virtuelle Francophone 2008-2009. <http://www.uvmat.org/liste-1.html> (consulté le 13/10/2019 à 13h00).
13. Fournier A., Laffitte A., Parant O., Ko-Kivok-Yun P. Modifications de l'organisme maternel au cours de la grossesse. Encyclopédie médicochirurgicale : gynécologie-obstétrique 5-008-A-10
14. Freeman-Wany T., Beski S. The older Obstetric patients. Current Obstetric Gynaecology 2002; 12: 41-46
15. Mounzil C, Tazi Z, El Barnoussi L, Bensaid F, El Fehris, Alaoui MT
La grossesse après 40ans : grossesse à risque ? Rev. fr. gynécol. obstét. 1998 ; 93(6) : 464-468
- 16 D'ercole C., Stein A., Raccah D Complications de la grossesse (17), Mai 2005, Faculté de Médecine de Marseille.
17. Merger R., Levy J., Melchior J. Diabète et grossesse Précis d'obstétrique 6e édition, 1997: 445-448
18. Berkowitz G., Skowron ML., Lapinski R., Berkowitz R. Delayed childbearing and the outcome of pregnancy. N. Engl J Med 1990-322-659-64
19. Belaisch-Allart J., Lafay-Pillet MC., Taurelle R. Les grossesses après 40 ans. Reprod Hum Horm 1991 ; 4 :176-80
20. AUDIPOG, indicateurs de santé périnatale de 1994 à 2003-[http:// audipog.inserm.fr](http://audipog.inserm.fr).
21. Jolly M., Sebire N., Harris J., Robinson S., Regan L. The risks associated with pregnancy in women aged 35 years or older. Human Reprod 2000; 15:2433-2437.

22. Bianco A., Stone J., Lynch L., Lapinski R., Berkowitz G. Pregnancy outcome at age 40 and older. *Obstet Gynecol* 1996;87:917-922.
23. Sheiner E., Shoham-Vardi I., Hershkovitz R., Katz M., Mazor M. Infertility treatment is an independent risk factor for cesarean section among nulliparous women aged 40 and above. *Am J Obstet Gynecol* 2001; 185: 888-892
24. Peipert JF., Bracken MB. Maternal age: an independent risk factor for cesarean delivery. *Obstet Gynecol* 1993; 81: 200-205.
25. Jacobsson B., Ladfors L., Milsom I. Advanced maternal age and adverse perinatal outcome. *Obstet Gynecol* 2004; 104:727-733.
26. Gilbert W.M, Nesbitt T.S, Danielson B. Childbearing beyond age 40. Pregnancy outcome in 24,032 cases. *Obstet Gynecol* 1999; 93:9-14
27. Cleary-Goldman J, Malone FD, Vidaver J et Al. Impact of maternal age on obstetric outcome. *Obstet Gynecol* 2005, 105:983-990.
28. Joseph KS, Allen AC, Dodds L, Turner LA et AL. The perinatal effects of delayed childbearing. *Obstet Gynecol* 2005; 105:1410-1418.
29. Ejnes L, Bfghi A, Bongain A . Impact de l'âge maternel sur la mortalité maternelle. *La lettre du gynécologue* 2003 ; 279 :20-27.
30. Porreco RP, Harden L, Gambotto M, Shapiro H. Expectation of pregnancy outcome among mature women. *Am J obstet gynecol.* 2003 ; 16 :5-12.
31. Laufer N, Simon A, Samueloff A, Yaffe H, Milwidsky A, Gielchinsky Y. Successful spontaneous pregnancies in women older than 45 years. *Fertil steril* 2004; 81: 1328-1332.
32. Calloway LK, Lust K , McIntyre HD . Pregnancy outcomes in woman of very advanced maternal age. *Aust NZ obstet gynecol* 2005;45: 12-16.
33. Abu-Heijja AT , Jallat MF, Abukteisch F. Maternal and perinatal outcome of pregnancies after the age of 45. *J obstet gynecol Res* 2000;26: 27-30.
34. Salihu HM, Shumpert MN, Slay M, Kirby RS, Alexander GR.

Childbearing beyond maternal age 50 and fetal outcomes in united states. *Obstet gynecol* 2003;102:1006-1014

35. Koné A. La grossesse et l'accouchement chez la femme de 35 ans et plus à l'hôpital du Point « G » Thèse méd Bamako-Mali 2006

36 .Zongo G Grossesse et accouchement chez les femmes de 40 ans et plus. Thèse méd Burkina Faso 1993 ;n024

37. Dufour PH. ,Haentjensk., Vinaters D., Subtil D., Puech F de Martinville., codaccionix B., Monnier Jc., L'accouchement chez les femmes de plus de 40 ans. Revue de la littérature à propos de 576 Observations. *Revue française de gyneco-obstetrique* 1997 : 92-1

38.Mutombo T. La gravido puerperalité chez les femmes âgées de 40 ans et plus Thèse méd Cotonou-Bénin 1984 ; n0209

39. Asma J., Anis F., Anis C. , Fethi Z. Particularité de la grossesse et de l'accouchement chez les femmes de 40 ans et plus : à propos de 300 cas *La Tunisie medicale-2010 : vol 88 (n0 011):829-833.*

40. Tabaste J., Denaxa L. Grossesse et accouchement après 40 ans. *E.M.C Obstétrique* 1991, 62, n0 103, 5016, B10 4p.

41. Jonas O., Chan-A., Roder E. Pregnancy an delivery in woman aged 40 and over *Obsted-Gynecol.*, 1978, 51, 47-51

42. Jolly M., Sebire N., Harris J, Robinson S., Regan L. The risks associad with pregnancy in woman aged 35 years or older. *Human repood* 2000; 15:2433-2437.

43.Wood JW. Fecundity and naturel fertility in humans. *Oxford Rev. Reprod Biol* 1989; 11:61-109

44. Belaisch-allart J., Lafay-Pillet MC., Taurelle R. Les grossesses après 40 ans. *Reprod hum horm* 1991 ; 4 :176-180

45. Berkowitz G., Skowron ML., Lapinski R. Delayed childbearing and the outcome of pregnancy. *N Engl J Med* 1990; 322:659-664.

Accouchement chez les gestantes de 35 ans et plus à la maternité de l'HFD de Kayes.

46. Diarra A. Grossesse et accouchement chez les femmes de 35ans et plus à la maternité de l'hôpital du Point G. Thèse méd Bamako-Mali 2006 ; N0226

47.Guedjouma S. Grossesse et accouchement chez les femmes de 40 et plus à la maternité du CSREF CII du district de Bamako. Thèse méd Bamako-Mali 2014.

48.Martin A . ;Maillot R. Les grossesses après 40 ans. Extrait des mises à jour en Gynécologie obstétrique du CNGOF-tome XXIX, 2005

X- ANNEXES

Fiche d'enquête

Caractères sociodémographiques

1-Age (année) /..... /

2- Statut matrimonial /..... /

1=mariée 2=célibataire 3=veuve 4=divorcée

3-Niveau d'instruction /...../

1=non scolarisée 2=primaire 3=secondaire 4=supérieur

4- Profession /..... /

1=ménagère 2=fonctionnaire 3=vendeuse/commerçante 4= autres

5- Profession du conjoint /..... /

1=cultivateur 2=commerçant 3=fonctionnaire 4=autre

7-Résidence/...../

1=urbain, 2=rural

8- Ethnie /...../

1=Soninké 2=Peulh 3=Malinké 4=Bambara 5= Khassonké 6=Autres

Antécédents

9-Antécédents médicaux /..... /

1= HTA;2= Drépanocytose;3= Diabète;4= Asthme ;5= Cardiopathie 6= Autre à préciser.....

10- Antécédents chirurgicaux

10a-Laparotomie/... /

1=OUI ;2=NON

Si oui type d'intervention :.....

10b-Césarienne /... /

1=oui 2=non

Accouchement chez les gestantes de 35 ans et plus à la maternité de l'HFD de Kayes.

Si oui nombre de cicatrice /... /

1=1 ; 2=2 ; 2= ≥ 3

11-Antécédents familiaux /.../

1= HTA ; 1= Diabète, 2= Drépanocytose ;4=Autre à préciser.....

12- Antécédents obstétricaux

12a- G.....P.....V.....D.....AV.....MN.....IIG.....

12b- Notion de grossesse après traitement d'infertilité /.../

1=oui 2=non

DEROULEMENT DE LA GROSSESSE

13-Grossesse actuelle est-elle désirée /...../

1=oui ; 2= non

13- CPN/...../

1=oui 2= non

Si oui Nombre de CPN /...../

1= 1 ; 2= 2 à 3 ; 3= 4 et plus

14-Qualité de la CPN /...../

1-Bonne 2- mauvaise

15-Pathologies associées à la grossesse /...../

1=oui ; 2=non

Si oui préciser.....

MODE D'ADMISSION

15-Patiente:/.../

1= Evacuée ; 2=Référée ; 3=Venue d'elle-même

Motif d'admission :.....

EXAMEN CLINIQUE A L'ADMISSION

16- Etat général /...../

1-bon 2- mauvais

17- TA à l'entrée (en cmHg) /.... /

1= inf. 14/9 ; 2= sup. ou égal à 14/9

Si HTA Protéinurie /...../

1=TRACES ; 2=SIGNIFICATIVE

18- Température /...../

1- inf ou égale à 37°5 2- sup à 37°5

Examen obstétrical

19- Age de la grossesse (SA) /...../

1= (28 - 36SA) ; 2= (37SA - 42) 3= sup à 42SA

20- HU (cm) /...../

1= < 32 ; 2= (32-35) ; 3= ≥36

21- BCF (bat par min) /..... /

1=inf à 120 ; 2=entre 120 et 160 ; 3=sup. à 160 ; 4= absents

22-Phase du travail /.../

1=latence ; 2=active ; 3=expulsive ; 4=non en travail

23- Présentation /...../

1=céphalique ; 2=siège ; 3=transversale

24- Bassin /...../

1=normal ; 2=BGR ; 3=limite ; 4=asymétrique

ACCOUCHEMENT

25 - Voie d'accouchement /...../

1= voie basse 2= voie haute

Si Voie basse Mode d'expulsion:/...../

Accouchement chez les gestantes de 35 ans et plus à la maternité de l'HFD de Kayes.

1=spontané ; 2=instrumentale ; 3= manoeuvre

26- Complication de la voie basse /... /

1-Oui ; 2-Non

Si Oui préciser :.....

27-Voie Haute :

1=oui ; 2=non

Si Oui Indication :.....

28-Complication voie Haute :

1-Oui ; 2-Non

Si Oui préciser :.....

PRONOSTIC MATERNEL

29-Morbidité /...../

1=oui ; 2=non

Si oui préciser

29-Parturiente:/...../

1= vivante ; 2= décédée

Si Décédée cause :.....

NOUVEAU NE

30-Nombre /...../

1=1 enfant ; 2=2 enfants ; 3=3 enfants et plus

31- Etat à la naissance /...../

1=vivante 2=mort né

32-Apgar à la 1mn :..... ;5mn :.....

33- Poids en grammes /... /

1= inf. à 2500 ; 2= 2500 à 3999 ; 3= \geq 4000

Si deuxième jumeau Poids /... /

1= < 2500 ; 2= 2500 à 3999 ; 3= \geq 4000

Accouchement chez les gestantes de 35 ans et plus à la maternité de l'HFD de Kayes.

34-Taille en centimètre /.../

1=inf à 46 cm ; 2= \geq 46 cm

35-Sexe /... /

1=féminin ; 2=masculin

36- Prématurité /.... /

1=oui 2=non

37- Malformation /...../

1=Oui 2=non

Si oui Type de malformation :.....

Fiche signalétique

Nom : KONATE **Prénom : Adama**

TITRE : Pronostic de l'accouchement chez les gestantes de 35 ans et plus à la maternité de l'Hôpital Fousseyni Daou de Kayes.

Année universitaire : 2018-2019

Ville de soutenance : BAMAKO

Lieu de dépôt : Bibliothèque de la faculté de médecine, de pharmacie et d'odontostomatologie

Secteur d'intérêt : obstétrique

Résumé :

Il s'agissait d'une étude descriptive et analytique à collecte prospective Cas-témoin qui s'est déroulée à la maternité de l'hôpital Fousseyni Daou de Kayes et a concerné la période du 1^{er} janvier 2018 au 31 décembre 2018 soit 12 mois. Elles ont été incluses dans notre échantillon comme Cas toutes les gestantes de 35 ans et plus ayant accouché à la maternité ; et comme Témoins les gestantes de 20-30 ans ayant accouché à la maternité de l'hôpital Fousseyni Daou de kayes.

L'objectif principal est d'étudier le pronostic de l'accouchement chez les gestantes de 35 ans et plus à la maternité de l'HFD de Kayes.

Résultat : avec une fréquence de 6,3%, l'accouchement à l'âge de 35 ans et plus était associé à un taux plus élevé de parturientes non scolarisées 85% (contre 66,5% chez les parturientes de 20 à 30 ans), à la grande multiparité 51,9% (contre 1,9%), d'anémie associée à la grossesse 10,8% (8,5%), à la césarienne 32,3% (contre 30%), l'HRP 9,2% (contre 6,2%), de présentation du siège 13,5% (contre 6,7%), de macrosomie 8,1% (contre 3%), de malformation 2,6% (contre 1,1%).

Conclusion : Les complications obstétricales augmentent avec l'âge maternel.

Mots clés : Accouchement- femmes âgées- complications obstétricales

SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence des maîtres de cette faculté et de mes chers condisciples, devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure au nom de l'Être 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 n'y 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.

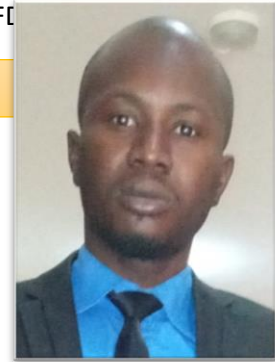
Respectueux et reconnaissant envers mes maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leur père.

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 !

FICHE SIGNALÉTIQUE



Nom : KONATE

Prénom : Adama

Année universitaire : 2018-2019

Ville de soutenance : BAMAKO

TITRE : Pronostic de l'accouchement chez les gestantes de 35 ans et plus à la maternité de l'Hôpital Fousseyni Daou de Kayes.

Lieu de dépôt : Bibliothèque de la faculté de médecine, de pharmacie et d'odontostomatologie

Secteur d'intérêt : obstétrique

Résumé :

Il s'agissait d'une étude descriptive et analytique à collecte prospective Cas-témoin qui s'est déroulée à la maternité de l'hôpital Fousseyni Daou de Kayes et a concerné la période du 1^{er} janvier 2018 au 31 décembre 2018 soit 12 mois. Elles ont été incluses dans notre échantillon comme Cas toutes les gestantes de 35 ans et plus ayant accouché à la maternité ; et comme Témoins les gestantes de 20-30 ans ayant accouché à la maternité de l'hôpital Fousseyni Daou de kayes.

L'objectif principal est d'étudier le pronostic de l'accouchement chez les gestantes de 35 ans et plus à la maternité de l'HFD de Kayes.

Résultats : avec une fréquence de 6,3%, l'accouchement à l'âge de 35 ans et plus était associé à un taux plus élevé de parturientes non scolarisées 85% (contre 66,5% chez les parturientes de 20 à 30 ans), à la grande multiparité 51,9% (contre 1,9%), d'anémie associée à la grossesse 10,8% (8,5%), à la césarienne 32,3% (contre 30%), l'HRP 9,2% (contre 6,2%), de présentation du siège 13,5% (contre 6,7%), de macrosomie 8,1% (contre 3%), de malformation 2,6% (contre 1,1%).

Conclusion : Les complications obstétricales augmentent avec l'âge maternel.

Mots clés : Accouchement- femmes âgées- complications obstétricales

