

Ministère de l'Enseignement Supérieur  
et de la Recherche Scientifique

République du Mali

Un Peuple-Un But-Une Foi



ANNEE UNIVERSITAIRE : 2020-2021

N° 106/

GROSSESSE ET ACCOUCHEMENT CHEZ LES FEMMES  
DE 40 ANS ET PLUS AU CSREF DE LA COMMUNE VI DU  
DISTRICT DE BAMAKO

THÈSE

Présentée et soutenue publiquement le 15/06/2021

Devant la Faculté de Médecine et d'Odontostomatologie

Par M. Brahima DOUMBIA

Pour obtenir le Grade de Docteur en Médecine  
(DIPLOME D'ETAT)

JURY

PRESIDENT:

Pr DEMBELE Bakary T.

MEMBRE :

Dr TRAORE Soumana O.

CO-DIRECTEUR :

Dr SAMAKE Alou

DIRECTEUR :

Pr THERA Tioukani

## ADMINISTRATION

DOYEN : **M. Seydou DOUMBIA**-Professeur

VICE-DOYEN : **Mme Mariam SYLLA**-Professeur

SECRÉTAIRE PRINCIPAL : **M. Mozon TRAORÉ**-Maitre de Conférences

AGENT COMPTABLE : **M. Yaya Cisse** -Inspecteur du trésor



## LES ENSEIGNANTS A LA RETRAITE

1. Mr. Yaya FOFANA	Hématologie
2. Mr. Mamadou L. TRAORÉ	Chirurgie Générale
3. Mr. Mamadou KOUMARÉ	Pharmacologie
4. Mr. Ali Nouhoum DIALLO	Médecine Interne
5. Mr. Aly GUINDO	Gastro-entérologie
6. Mr. Mamadou M. KEITA	Pédiatrie
7. Mr. Sinè BAYO	Anatomie-pathologie et Histo-Embryologie
8. Mr. Sidi Yaya SIMAGA	Santé-Publique
9. Mr. Abdoulaye Ag RHALLY	Medicine interne
10. Mr. Boulkassoum HAIDARA	Legislation
11. Mr. Boubacar Sidiki CISSÉ	Toxicologie
12. Mr. Massa SANOGO	Chimie Analytique
13. Mr. Sambou SOUMARÉ	Chirurgie Générale
14. Mr. Abdou Alassane TOURÉ	Orthopédie-Traumatologie
15. Mr. Daouda DIALLO	Chimie-générale et Minérale
16. Mr. Issa TRAORÉ	Radiologie
17. Mr. Mamadou K. TOURÉ	Cardiologie
18. Mme. Sy Assitan SOW	Gynéco-Obstétrique
19. Mr. Salif DIAKITÉ	Gynéco-Obstétrique
20. Mr. Abdourahmane S. MAIGA	Parasitologie
21. Mr. Abdel Karim KOUMARÉ	Chirurgie générale
22. Mr. Amadou DIALLO	Zoologie-biologiste
23. Mr. Mamadou L. DIOMBANA	Stomatologie
24. Mr. Kalilou OUATTARA	Urologie
25. Mr. Amadou DOLO	Gynéco-Obstétrique
26. Mr. Baba KOUMARÉ	Psychiatrie
27. Mr. Bouba DIARRA	Bactériologie
28. Mr. Brehima KOUMARÉ	Bactériologie-Virologie
29. Mr. Toumani SIDIBÉ	Pédiatrie
30. Mr. Souleymane DIALLO	Pneumologie
31. Mr. Bakoroba COULIBALY	Psychiatrie
32. Mr. Seydou DIAKITÉ	Cardiologie
33. Mr. Amadou TOURÉ	Histo-Embryologie
34. Mr. Mahamane Kalilou MAIGA	Néphrologue
35. Mr. Filifing SISSOKO	Chirurgie générale
36. Mr. Djibril SANGARÉ	Chirurgie générale
37. Mr. Somita KEITA	Dermato-Léprologie
38. Mr. Bougouzié SANOGO	Gastro-entérologue
39. Mr. Alhousseini AG MOHAMED	O.R.L
40. Mme. Traoré J. THOMAS	Ophtalmologie
41. Mr. Issa DIARRA	Gynéco-Obstétrique
42. Mme. Habibatu DIAWARA	Dermatologie
43. Mr. Yéya Tiémoko TOURÉ	Entomologie-Médicale Biologie Cellulaire,
44. Mr. Sékou SIDIBE	Orthopédie Traumatologie
45. Mr Adama SANGARE	Orthopédie Traumatologie
46. Mr Sanoussi BAMANI	Ophtalmologie
47. Mme SIDIBE Assa TRAORE	Endocrinologie-Diabétologie
48. Mr. Adama DIAWARA	Santé Publique
49. Mme. Fatimata Sambou DIABATE	Gynéco-obstétrique
50. Mr. Bokary Y SACKO	Biochimie
51. Mr. Moustapha	Gynéco-obstétrique
52. Mr. Boubakar DIALLO	Cardiologie
53. Mr. Dapa Aly DIALLO	Hématologie

54. Mr. Mamady KANE
55. Mr. Hamar A. TRAORE
56. Mr. Mamadou TRAORE
57. Mr. MamadouSounalo TRAORE
58. Mr. Mamadou DEMBELE
59. Moussa Issa DIARRA
60. Mr. Kassoum Sanogo
61. Mr. Arouna TOGORA
62. Mr. Souleymane TOGORA
63. Mr. Oumar WANE
64. Mr. Abdoulaye DIALLO
65. Saharé FONGORO
66. Mr. Ibrahim I MAIGA
67. Mr. Moussa Y. MAIGA
68. Mr. Siaka SIDIBE
69. Mr. Aly TEMBELY
70. Mr. Tiéman COULIBALY
71. Mr. Zanafon OUATTARA
72. Mr. Abdel Kader TRAORE
73. Mr. Bah KEITA

Radiologie et Imagerie Médicale  
 Médecine Interne  
 Gynéco-obstétrique  
 Santé Publique  
 Médecine Interne  
 Biophysique  
 Cardiologie  
 Psychiatrie  
 Odontologie  
 Chirurgie Dentaire  
 Anesthésie-Réanimation  
 Néphrologie  
 Bactériologie- Virologie  
 Gastro-entérologie-Hépatologie  
 Radiologie et Imagerie Médicale  
 Urologie  
 Orthopédie Traumatologie  
 Urologie  
 Médecine Interne  
 Pneumo-Phtisiologie



### LES ENSEIGNANTS DÉCÉDÉS

1. Mr. Mahamed TOURÉ
2. Mr. Alou BA
3. Mr. Bocar SALL
4. Mr. Balla COULIBALY
5. Mr. Abdel Kader TRAORÉ DIT DIOP
6. Mr. Moussa TRAORÉ
7. Mr Yéminégué Albert DEMBÉLÉ
8. Mr. Anatole TOUNKARA
9. Mr. Bou DIAKITÉ
10. Mr. Boubacar dit Fassara SISSOKO
11. Mr. Modibo SISSOKO
12. Mr. Ibrahim ALWATA
13. Mme. TOGOLA Fanta KONIPO
14. Mr. Boureïma MAIGA
15. Mr. Mady MACALOU
16. Mr. Tiémoko D. COULIBALY
17. Mr. Mahamadou TOURÉ
18. Mr. Gangaly DIALLO
19. Mr. Ogobara DOUMBO
20. Mr. Mamadou DEMBÉLÉ
21. Mr. Sanoussi KONATÉ
22. Mr. Abdoulaye DIALLO
23. Mr. Ibrahim ONGOIBA
24. Mr. Adama DIARRA
25. Mr. Massambou SACKO

Pédiatrie  
 Ophtalmologie  
 Orthopédie-Taumatologie-Secouriste  
 Pédiatrie  
 Chirurgie générale  
 Neurologie  
 Chimie Organique  
 Immunologie  
 Psychiatrie  
 Pneumologie  
 Psychiatrie  
 Orthopédie-Traumatologie  
 O.R.L  
 Gynéco-Obstétrique  
 Orthopédie-Traumatologie  
 Odontologie  
 Radiologie  
 Chirurgie Viscérale  
 Parasitologie-Mycologie  
 Chirurgie-générale  
 Santé Publique  
 Ophtalmologie  
 Gynécologie-Obstétrique  
 Physiologie  
 Santé Publique

**LISTE DU PERSONNEL ENSEIGNANT PAR D.E.R ET PAR GRADE  
D.E.R CHIRURGIE ET SPÉCIALITÉS CHIRURGICALES  
PROFESSEURS ET DIRECTEURS DE RECHERCHE**



1. Mr. Nouhoum ONGOIBA	Anatomie et Chirurgie générale
2. Mr. Abdoulaye DIALLO	Anesthésie-Réanimation
3. Mr. Youssef COULIBALY	Anesthésie-Réanimation
4. Mr. Djibo Mahamane DIANGO	Anesthésie-Réanimation
5. Mr. Sadio YÉNA	Chirurgie cardio-Thoracique
6. Mr. Mohamed Amadou KEITA	O.R.L
7. Mr. Adégné TOGO	Chirurgie générale
8. Mr. Samba Karim TIMBO	O.R. L Chirurgie maxillofaciale
9. Mr. Bakary Tientigui DEMBELE	Chirurgie Générale
10. Mr. Alhassane TRAORE	Chirurgie Générale
11. Mr. Yacaria COULIBALY	Chirurgie Pédiatrique
12. Mr. Drissa KANIKOMO	Neurochirurgien
13. Mr. Oumar DIALLO	Neurochirurgien
14. Mr. Mohamed KEITA	Anesthésie Réanimation
15. Mr. Niani MOUNKORO	Gynéco-Obstétrique
16. Mr. Drissa TRAORE	Chirurgie Générale
17. Mr. Hamady TRAORE	Stomatologie et Chirurgie Maxillofaciale
18. Mr. Mamadou TRAORÉ	Gynéco-Obstétrique
19. Mr. ZimogoZié SANOGO	Chirurgie générale

**MAITRES DE CONFÉRENCES AGRÉGÉS/ MAITRES DE RECHERCHE**

1. Mr. Ibrahim TÉGUÉTÉ	Gynéco-Obstétrique
2. Mr. Youssef TRAORÉ	Gynéco-obstétrique
3. Mr. Tioukany THERA	Gynéco-obstétrique
4. Mr. Lassana KANTÉ	Chirurgie générale
5. Mr. Birama TOGOLA	Chirurgie générale
6. Mr. Adama Konoba KOITA	Chirurgie générale
7. Mr. Bréhima COULIBALY	Chirurgie générale
8. Mr soumaila KEITA	Chirurgie générale
9. Mr Mamby KEITA	Chirurgie Pédiatrique
10. Mme. Dombia Kadiatou SINGARÉ	O.R. L
11. Mr. Hamidou Baba SACKO	O.R.L
12. Mr Siaka SOUMAORO	O.R.L
13. Mr Lamine TRAORÉ	Ophthalmologie
14. Mr. Moussa Abdoulaye OUATTARA	Chirurgie cardio-thoracique
15. Mme Djénéba DOUMBIA	Anesthésie-Réanimation
16. Mr. Broulaye Massaoulé SAMAKÉ	Anesthésie-Réanimation
17. Mr. Aladji Saïdou DEMBÉLÉ	Anesthésie-Réanimation
18. Mr. Nouhoum DIANI	Anesthésie-Réanimation
19. Mr. Mamadou Lamine DIAKITÉ	Urologie
20. Mr. Honoré Jean Gabriel BERTHÉ	Urologie
21. Mr. Seydou TOGO	Chirurgie Thoracique et Cardio-vasculaire
22. Mr. Nouhoum DIANI	Anesthésie-Réanimation
23. Mme. Fatoumata SYLLA	Ophthalmologie

**MAITRES ASSISTANTS/ CHARGES DE RECHERCHES**

1. Mr. Youssef SOW	Chirurgie Générale
2. Mr. Koniba KEITA	Chirurgie Générale
3. Mr. Sidiki KEITA	Chirurgie Générale
4. Mr. Amadou TRAORÉ	Chirurgie Générale
5. Mr. Bréhima BENGALY	Chirurgie Générale
6. Mr. Madiassa KONATÉ	Chirurgie Générale
7. Mr. Sékou Bréhima KOUMARÉ	Chirurgie Générale
8. Mr. Boubacar KAREMBÉ	Chirurgie Générale
9. Mr. Abdoulaye DIARRA	Chirurgie Générale
10. Mr. Idriss TOUNKARA	Chirurgie Générale
11. Mr. Ibrahim SANKARÉ	Chirurgie Thoracique et Cardio-vasculaire

12. Mr. Abdoul Aziz MAIGA	Chirurgie Thoracique
13. Mr. Amed BAH	Chirurgie-Dentaire
14. Mr. Seydou GUEYE	Chirurgie-Buccale
15. Mr. Issa AMADOU	Chirurgie-Pédiatrique
16. Mr. Mohamed Kassoum DJIRÉ	Chirurgie-Pédiatrique
17. Mr. Boubacary GUINDO	O.R.L.-C.C. F
18. Mr. Youssouf SIDIBÉ	O.R.L
19. Mr. FatogomaIssa KONÉ	O.R.L
20. Mme. FadimaKoreissy TALL	Anesthésie-Réanimation
21. Mr. Seydina Alioune BEYE	Anesthésie-Réanimation
22. Mr. Hamadoun DICKO	Anesthésie-Réanimation
23. Mr. Moustapha Issa MANGANÉ	Anesthésie-Réanimation
24. Mr. ThiernoMadane DIOP	Anesthésie-Réanimation
25. Mr. Mamadou Karim TOURÉ	Anesthésie-Réanimation
26. Mr. Abdoul Hamidou ALMEIMOUNE	Anesthésie-Réanimation
27. Mr. Daouda DIALLO	Anesthésie-Réanimation
28. Mr. Abdoulaye TRAORE	Anesthésie-Réanimation
29. Mr. Siriman Abdoulaye KOITA	Anesthésie-Réanimation
30. Mr. Mahamadou COULIBALY	Anesthésie-Réanimation
31. Mr. Aboulaye KASSAMBARA	Odontostomatologie
32. Mr. Mamadou DIARRA	Ophthalmologie
33. Mme. Aissatou SIMAGA	Ophthalmologie
34. Mr. Seydou BAGAYOGO	Ophthalmologie
35. Mr. Sidi Mohamed COULIBALY	Ophthalmologie
36. Mr. Adama GUINDO	Ophthalmologie
37. Mme. Fatimata KONANDJI	Ophthalmologie
38. Mr. Addoulay NAPO	Ophthalmologie
39. Mr. Nouhoum GUIROU	Ophthalmologie
40. Mr. Bougady COULIBALY	ProtèseScellée
41. Mme. KadidiaOumar TOURE	Orthopédie-Dento-Faciale
42. Mr. Oumar COULIBALY	Neurochirurgie
43. Mr. Mahamadou DAMA	Neurochirurgie
44. MrYoussof SOGOBA	Neurochirurgie
45. Mr. Mamadou Salia DIARRE	Neurochirurgie
46. Mr. Moussa DIALLO	Neurochirurgie
47. Mr. Abdoul Kadri MOUSSA	Orthopédie-Traumatologie
48. Mr. Layes TOURE	Orthopédie-Traumatologie
49. Mr. Mahamdou DIALLO	Orthopédie-Traumatologie
50. Mr. Louis TRAORE	Orthopédie-Traumatologie
51. Mme. Hapssa KOITA	Stomatologie/Chirurgie maxillo-faciale
52. Mr. Alfousseiny TOURE	Stomatologie/ Chirurgie maxillo-faciale
53. Mr. Amady COULIBALY	Stomatologie/Chirurgie maxillo-faciale
54. Mr. Amadou KASSOGUE	Urologie
55. Mr. Dramane Nafou CISSE	Urologie
56. Mr. Mamadou Tidiane COULIBALY	Urologie
57. Mr. Moussa Salifou DIALLO	Urologie
58. Mr. Alkadri DIARRA	Urologie
59. Mr. Soumana Oumar TRAORE	Gynéco-Obstétrique
60. Mr. Abdoulaye SISSOKO	Gynéco-Obstétrique
61. Mr. Mamadou SIMA	Gynéco-Obstétrique
62. Mme. Aminata KOUMA	Gynéco-Obstétrique
63. Mr. Seydou FANÉ	Gynéco-Obstétrique
64. Mr. Amadou Bocoum	Gynéco-Obstétrique
65. Mr. Ibrahima Ousmane Kanté	Gynéco-Obstétrique
66. Mr. Alassane TRAORE	Gynéco-Obstétrique



**ASSISTANTS/ATTACHES DE RECHERCHE**

Mme. Lydia B. SITA

Stomatologie

**D.E.R DE SCIENCES FONDAMENTALES****PROFESSEURS / DIRECTEURS DE RECHERCHE**

- |                                |                                 |
|--------------------------------|---------------------------------|
| 1. Mr. Cheick Bougadari TRAORE | Anatomie-Pathologie chef de DER |
| 2. Mr. Bakarou KAMATE          | Anatomie-Pathologie             |
| 3. Mahamadou A THERA           | Parasitologie-Mycologie         |

**MAITRES DE CONFÉRENCES/MAITRES DE RECHERCHES**

- |                               |                         |
|-------------------------------|-------------------------|
| 2. Mme. Safiatou NIARE DOUMBO | Parasitologie-Mycologie |
| 3. Mr. Djibril SANGARE        | Entomologie Moléculaire |
| 4. Mr. Guimogo DOLO           | Entomologie Moléculaire |
| 6. Mr. Bakary MAIGA           | Immunologie             |

**MAITRES ASSISTANTS/ CHARGES DE RECHERCHE**

- |   |  |
|---|--|
| 1. Mr. Abdoulaye KONE                   | Parasitologie-Mycologie                                |
| 2. Mr. SanouKho COULIBALY               | Toxicologie  |
| 3. Mr. Mamadou MAIGA                    | Bactériologie-Virologie                                |
| 4. Mr. Aminata MAIGA                    | Bactériologie-Virologie                                |
| 5. Mme. DjenebaBocar MAIGA              | Bactériologie-Virologie                                |
| 6. Mr. Sidi Boula SISSOKO               | Histologie Embryologie et Cytogénétique                |
| 7. Mr. Bréhima DIAKITE                  | Génétique et Pathologie Moléculaire                    |
| 8. Mr. Yaya KASSOGUE                    | Génétique et Pathologie Moléculaire                    |
| 9. Mr. Bourama COULIBALY                | Anatomie Pathologie                                    |
| 10. Mr. Boubacar Sidiki Ibrahim DIAKITE | Biologie-Médicale/Biochimie Clinique                   |
| 11. Mr. Mamadou BA                      | Biologie/Parasitologie Entomologie-Médicale            |
| 12. Mr. Aboubacar Alassane OUMAR        | Pharmacologie  |
| 13. Mr Bamodi SIMAGA                    | Physiologie  |
| 14. Mr. Oumar SAMASSEKOU                | Génétique/Génomique                                    |
| 15. Mr. Nouhoum SACKO                   | Hématologie/Oncologie/Cancérologie                     |
| 16. Mme. Mariam TRAORE                  | Pharmacologie  |
| 17. Mr. Saidou BALAM                    | Immunologie  |
| 18. Mme Arhamatoulaye MAIGA             | Biochimie  |
| 19. Mr. Modibo SANGARE                  | Pédagogie en Anglais adapté à la recherche Biomédicale |
| 20. Mr. Hama Abdoulaye DIALLO           | Immunologie  |
| 21. Mr. Bassirou DIARRA                 | Science Biomédicale                                    |

**ASSISTANTS/ATTACHES DE RECHERCHE**

- |                        |                           |
|------------------------|---------------------------|
| 1. Mr. Harouna BAMBA   | Anatomie Pathologie       |
| 2. Mr. Moussa KEITA    | Entomologie-Parasitologie |
| 3. Mme Assitan DIAKITE | Biologie                  |
| 4. Mr. Ibrahim KEITA   | Biologie médicale         |

**D.E.R DE MÉDECINE ET SPÉCIALITÉS MÉDICALES****PROFESSEURS/DIRECTEURS DE RECHERCHE**

- |                                 |                                     |
|---------------------------------|-------------------------------------|
| 1. Mr. Adama Diaman Keita       | Radiologie et Imagerie Médicale     |
| 2. Mr. Soukalo DAO              | Maladies Infectieuses et Tropicales |
| 3. Mr. Daouda K. MINTA          | Maladies Infectieuses et Tropicales |
| 4. Mr. Boubacar TOGO            | Pédiatrie                           |
| 5. Mr. Moussa T. DIARRA         | Hépto-Gastro-Entérologie            |
| 6. Mr. Cheick Oumar GUINTO      | Neurologie                          |
| 7. Mr. Ousmane FAYE             | Dermatologie                        |
| 8. Mr. Yacouba TOLOBA           | Pneumo-Phtisiologie                 |
| 9. Mme. Mariam SYLLA            | Pédiatrie                           |
| 10. Mr. Youssoufa Mamadou MAIGA | Neurologie                          |
| 11. Mme. Fatoumata DICKO        | Pédiatrie                           |
| 12. Mr. Souleymane COULIBALY    | Psychiatrie                         |
| 13. Mr. Mahamadou DIALLO        | Radiologie et Imagerie Médicale     |
| 14. Mr. Ichiaka MENTA           | Cardiologie                         |



### MAITRES DE CONFÉRENCES / MAITRES DE RECHERCHE

1. Mr. Abdel Kader TRAORE	Medicine interne
2. Mr. Mamadou DEMBELE	Médecine Interne
3. Mme. KAYA Assétou SOUKHO	Médecine Interne
4. Mr. Abdoul Aziz DIAKITE	Pédiatrie
5. Mr. Idrissa Ah. CISSE	Rhumatologie
6. Mr. Mamadou B. DIARRA	Cardiologie
7. Mr. Kassoum SANOGO	Cardiologie
8. Mr. Ilo Bella DIALLO	Cadiologie
9. Mr. Souleymane COULIBALY	Cardiologie
10. Mr. Anselme KONATE	Hépto-Gastro-Entérologie
11. Mr. Japhet Pobanou THERA	Médecine Légale/ Ophtalmologie
12. Mr. Adama Aguisa DICKO	Dermatologie

### MAITRE ASSISTANTS / CHARGES DE RECHERCHE

1. Mr. Mahamadoun GUINDO	Radiologie et Imagerie Médicale
2. Mr. Salia COULIBALY	Radiologie et Imagerie Médicale
3. Mr. Konimba DIABATE	Radiologie et Thérapie
4. Mr. Adama DIAKITE	Radiologie et Imagerie Médicale
5. Mr. Aphou Sallé KONE	Radiologie et Thérapie
6. Mr. Mody Abdoulaye CAMARA	Radiologie et Imagerie Médicale
7. Mr. Mamadou N'DIAYE	Radiologie et Imagerie Médicale
8. Mme. Hawa DIARRA	Radiologie et Imagerie Médicale
9. Mr. Issa CISSÉ	Radiologie et Imagerie Médicale
10. Mr. Mamadou DEMBELE	Radiologie et Imagerie Médicale
11. Mr. Ouncoumba DIARRA	Radiologie et Imagerie Médicale
12. Mr. Ilias GUINDO	Radiologie et Imagerie Médicale
13. Mr. Abdoulaye KONE	Radiologie et Imagerie Médicale
14. Mr. Alassane KOUMA	Radiologie et Imagerie Médicale
15. Mr. Aboubacar Sidiki N'DIAYE	Radiologie et Imagerie Médicale
16. Mr. Souleymane SANOGO	Radiologie et Imagerie Médicale
17. Mr. Ousmane TRAORE	Radiologie et Imagerie Médicale
18. Mr. Boubacar DIALLO	Médecine Interne
19. Mme. Djenebou TRAORE	Médecine Interne
20. Mr. Djibril SY	Médecine Interne
21. Mme. Djéneba DIALLO	Néphrologie
22. Mr. Hamadou YATTARA	Néphrologie
23. Mr. Seydou SY	Néphrologie
24. Mr. Hamidou Oumar BA	Cardiologie
25. Mr. Massama KONATE	Cardiologie
26. Mr. Ibrahim SANGARE	Cardiologie
27. Mr. Youssouf CAMARA	Cardiologie
28. Mr. Samba SIDIBE	Cardiologie
29. Mme. Asmaou KEITA	Cardiologie
30. Mr. Mamadou TOURE	Cardiologie
31. Mr. Mamadou DIAKITE	Cardiologie
32. Mme Adiaratou Coumba THIAM	Cardiologie
33. Mr. Boubacar SONFO	Cardiologie
34. Mme. Mariam SAKO	Cardiologie
35. Mme. Kadiatou DOUMBIA	Hépto-Gastro-entérologie
36. Mme. Hourouna SOW	Hépto-Gastro-entérologie
37. Mme. SanraDébora SANOGO	Hépto-Gastro-entérologie
38. Mr. Issa KONATE	Maladies Infectieuses et Tropicale
39. Mr. Abdoulaye M. TRAORE	Maladies Infectieuses et Tropicale
40. Mr. Yacouba CISSOKO	Maladies Infectieuses et Tropicale
41. Mr. Garan DABO	Maladies Infectieuses et Tropicale
42. Mr. Jean Paul DEMBELE	Maladies Infectieuses et Tropicale
43. Mr. Mamadou AC. CISSE	Médecine d'Urgence
44. Mr. Seydou HASSANE	Neurologie
45. Mr. Guida LANDOURE	Neurologie
46. Mr. Thomas COULIBALY	Neurologie





47. Mr. Adama Seydou SOSSOKO	Neurologie-Neurophysiologie
48. Mr. Dianguina dit Noumou SOUMARE	Pneumologie
49. Mme. Khadidia OUATTARA	Pneumologie
50. Mr. Pakuy Pierre MOUNKORO	Psychiatrie
51. Mr. Souleymane dit Papa COULIBALY	Psychiatrie
52. Mme. Siritio BERTHE	Dermatologie
53. Mme. N'DIAYE Hawa THIAM	Dermatologie
54. Mme. Yamoussa KARABINTA	Dermatologie
55. Mme. Mamadou GASSAMA	Dermatologie
56. Mr. Belco MAIGA	Pédiatrie
57. Mme. Djeneba KONATE	Pédiatrie
58. Mr. Fousseyni TRAORE	Pédiatrie
59. Mr. Karamoko SANOGO	Pédiatrie
60. Mme. Fatoumata Léoni DIAKITE	Pédiatrie
61. Mme Lala N'Drainy SIDIBE	Pédiatrie
62. Mme SOW Djénéba SYLLA	Pédiatrie
63. Mr. Djigui KEITA	Rhumatologie
64. Mr. Souleymane SIDIBE	Médecine de la Famille/Communautaire
65. Mr. Drissa Massa SIDIBE	Médecine de la Famille/Communautaire
66. Mr. Salia KEITA	Médecine de la Famille/Communautaire
67. Mr. Issa Souleymane GOITA	Médecine de la Famille/Communautaire

#### **ASSISTANTS/ATTACHES DE RECHERCHE**

Mr. Boubacari Ali TOURE	Hématologie Clinique
-------------------------	----------------------

#### **D.E.R DE SANTE PUBLIQUE**

#### **PROFESSEURS/DIRECTEUR DE RECHERCHE**

1. Mr. Seydou DOUMBIA	Épidémiologie
2. Mr. Hamadoun SANGHO	Santé Publique
3. Mr. Samba DIOP	Anthropologie Médicale et Éthique en Santé

#### **MAITRES DE CONFÉRENCES/ MAITRE DE RECHERCHE**

Mr. Cheick Oumar BAGAYOKO	Information Médicale
---------------------------	----------------------

#### **MAÎTRES ASSISTANTS /CHARGES DE RECHERCHE**

1. Mr. Hammadoun Aly SANGO	Santé Publique
2. Mr. Ousmane LY	Santé Publique
3. Mr. Ogobara KODIO	Santé Publique
4. Mr. Oumar THIERO	Bio statistique/Bio-informatique
5. Mr. Cheick Abou COULIBALY	Épidémiologie
6. Mr. Moctar TOUNKARA	Épidémiologie
7. Mr. Nouhoum TELLY	Épidémiologie

#### **ASSISTANTS/ ATTACHES DE RECHERCHE**

1. Mr. Seydou DIARRA	Anthropologie Médicale
2. Mr. Abdrahamane ANNE	Bibliothéconomie-Bibliographie
3. Mr. Mohamed Moumine TRAORE	Santé Communautaire
4. Mr. Housseini DOLO	Épidémiologie
5. Mr. Souleymane Sékou DIARRA	Épidémiologie
6. Mr. Yéya dit Sadio SARRO	Épidémiologie
7. Mr. Bassirou DIARRA	Recherche-Opérationnelle
8. Mme. Fatoumata KONATE	Nutrition-Diététique
9. Mr. Bakary DIARRA	Santé-Publique

#### **CHARGES DE COURS ET ENSEIGNANTS VACATAIRES**

1. Mr. Osseynou Diawara	Parodontologie
2. Mr. Amsalah NIANG	Odonto Préventive et Sociale
3. Mr. Souleymane GUINDO	Gestion
4. Mme. MAIGA Fatoumata SOKONA	Hygiène du Milieu
5. Mr. Rouillah DIAKITE	Biophysique et Médecine Nucléaire
6. Mr. Alou DIARRA	Cardiologie
7. Mme. Assétou FOFANA	Maladies Infectieuses
8. Mr. Abdoulaye KALLE	Gastroentérologie



9. Mr. Mamadou KARAMBE	Neurologie
10. Mme. FatoumaSirifi GUINDO	Médecine de Famille
11. Mr. Alassane PEROU	Radiologie
12. Mr. Boubacar ZIBEIROU	Physique
13. Mr. BoubakarySidiki MAIGA	Chimie-Organique
14. Mme. Doulata MARIKO	Stomatologie
15. Mr. Issa COULIBALY	Gestion
16. Mr KlétiguiCasmir DEMBELE	Biochimie
17. Mr. Souleymane SAWADOGO	Informatique
18. Mr. Brahima Dicko	Médecine Légale
19. Mme Tenin KANOUE	Pneumo-Phtisiologie
20. Mr. Bah TRAORE	Endocrinologie
21. Mr. Modibo Mariko	Endocrinologie
22. Mme. Aminata Hamar TRAORE	Endocrinologie
23. Mr. Ibrahim NIENTAO	Endocrinologie
24. Mr. Aboubacar Sidiki Tissé KANE	OCE
25. Mme Rokia SANOGO	Médecine Traditionnelle
26. Mr. Benoît Y KOUMARE	Chimie Générale
27. Mr. Oumar KOITA	Chirurgie Buccale
28. Mr. Mamadou BAH	Chirurgie Buccale
29. Mr. Baba DIALLO	Epidémiologie
30. Mr. Mamadou WELE	Biochimie
31. Mr. Djibril Mamadou COULIBALY	Biochimie
32. Mr. Tietie BISSAN	Biochimie
33. Mr. Kassoum KAYENTA	Méthodologie de la Recherche
34. Mr. Babou BAH	Anatomie
15. <b><u>ENSEIGNANTS EN MISSION</u></b>	
Mr. Lamine GAYE	Physiologie

**Bamako, le 28/01/2021**

**Le Secrétaire Principal**



**Dr Monzon TRAORE**

## **DEDICACE**

*Je dédie ce travail :*

*A mon père feu Sidiki DOUMBIA, je suis très fier d'être compté parmi vos fils, vous vous êtes battus, afin que je puisse aller à l'école et vous avez su inculquer en nous les règles de la bonne conduite, de la dignité, du respect de l'être humain et de la sagesse. J'aurais voulu que tout se passe en votre présence mais le Dieu a décidé autrement, repose en paix cher papa.*

*A ma mère feuë Mariam SYLLA, Courageuse et dévouée, vous nous avez entouré d'une attention et d'une affection qui nous ont toujours apporté réconfort et consolation. Tu n'as jamais cessé de te soucier de notre avenir. Les mots me manquent aujourd'hui pour vous exprimer toute ma gratitude pour vos sacrifices et le labeur que tu as enduré pour nous élever.*

*Je ne saurai jamais te remercier assez. J'aurais voulu que tous se passe en votre présence, mais Dieu a décidé autrement repose en paix chère maman.*

*A mes frères, sœurs, cousins et cousines que je ne citerais pas ici de peur de ne pas omettre quelqu'un. L'unité familiale n'a pas de prix; qu'elle demeure pour nous tous l'objectif premier.*

*Pour tout votre soutien et en témoignage de votre amour, je vous dédie ce travail.*

*A mon oncle Colonel Mohamed Sékou SYLLA et mes tantes Oumou SYLLA, Waraba SYLLA, Saran SYLLA et Korotoumou KANTE et à toutes les autres membres de la famille; merci pour votre présence, votre patience et votre soutien. Vous avez toute mon affection et ma gratitude.*

*A ma femme Assanatou COULIBALY et mon fils Mohamed Sékou DOUMBIA, c'est grâce à vous que je suis ainsi aujourd'hui, Jamais, je n'ai manqué de soutien et d'affection dans la famille. Les mots ne suffiront jamais pour exprimer ce que vous représentez pour moi. Je ne saurai que remercier humblement.*

*Je vous serai reconnaissant, Que DIEU vous bénisse et vous garde le plus longtemps possible à nos côtés pour que nous puissions vous témoigner toute notre gratitude.*

## REMERCIEMENTS

*Je remercie ALLAH, le tout puissant, le très miséricordieux, qui m'a donné la chance de vivre cet instant, la force et la volonté d'accomplir ce travail, pour tant d'amour, tant de grâce et ta miséricorde envers moi qui ne suis qu'un pauvre pécheur.*

*A mes maîtres, Docteurs : Alou SAMAKE, Mamadou KEITA, Dramane HAIDARA, Mama DIASSANA, Boubacar DIASSANA, vos connaissances, gynécologie-obstétrique en particulier, votre qualité de savoir transmettre le savoir m'ont servi un exemple et me former à vos côtés sont un honneur. Veuillez trouver ici l'expression de mon profond respect et de mes sincères remerciements.*

*A tous les personnels de l'unité de gynécologie-obstétrique du CSRéf CVI de Bamako.*

*A tous les internes du centre de santé de référence de la commune VI de Bamako.*

*A tous les personnels et stagiaires de l'ASACOBABA, de la clinique médicale IDI Sarl et du Cabinet Médical BINKY.*

*A mes amis et promotionnaires : Dr Seydou COULIBALY, Ingénieur Abdramane MORO et Salif DIARRA.*

*A toute la 9<sup>ème</sup> promotion du numérus clausus nommée Promotion Feu Pr. Ibrahima ALWATA.*

*A nos maîtres et guides, de même que tous les enseignants de la FMOS.*

*Je suis le produit de votre investissement ; toute ma gratitude.*

*A tous ceux qui m'ont aidé de près ou de loin, d'une façon ou d'une autre.*

*A tous ceux que j'aurais oubliés : je vous souhaite tout ce que vous me souhaitez sans rancune.*

*Vous m'avez tous soutenu d'une manière ou d'une autre, je ne peux que résumer tous cela à un seul mot, merci qu'Allah vous récompense.*

## **HOMMAGES AUX MEMBRES DU JURY**

### **A NOTRE MAÎTRE ET PRÉSIDENT DU JURY,**

#### **Professeur Bakary Tientigui DEMBELE**

- ➔ Professeur agrégé en chirurgie digestive à la FMOS.
- ➔ Chirurgien généraliste au CHU Gabriel Touré.
- ➔ Praticien hospitalier au CHU Gabriel Touré.
- ➔ Chargé de cours à l'INFSS
- ➔ Membre de la SO.CHI.MA
- ➔ Membre de l'A.C.A. F

Cher maître,

Vous nous faites un grand honneur en acceptant de présider ce travail malgré vos multiples occupations.

Votre abord facile, votre esprit critique et votre rigueur scientifique font de vous un maître respecté et admiré.

Vous êtes un modèle à suivre pour nous les étudiants.

Veillez agréer cher maître, l'expression de notre profonde gratitude et de notre attachement indéfectible.

**A notre Maître et Membre du jury,**

**Docteur Soumana Oumar TRAORE**

- Maître-Assistant de Gynécologie-obstétrique à la FMOS
- Gynécologue-obstétricien au CS Réf CV
- Certifié formateur du programme GESTA International
- animateur des activités d’audits de décès maternels au CS Réf CV
- Détenteur d’une attestation de reconnaissance pour son rôle dans la réduction de la mortalité maternelle et néonatale dans le district de Bamako, délivrée par le gouverneur du dit district en 2009.

Cher Maître,

Vous avez accepté malgré vos multiples sollicitations d’évaluer ce travail et de l’améliorer par votre contribution;

Vos critiques ne feront qu’améliorer la qualité de ce travail;

Nous savons le sérieux que vous attachez à notre formation et les efforts que vous déployez dans ce sens;

Veillez recevoir cher maître toute notre considération et profonde gratitude

**A notre Maitre et Co-Directeur de thèse,  
Docteur Alou SAMAKE**

- Spécialiste en gynécologie obstétrique;
- Spécialiste en santé publique;
- Chef de service de gynécologie obstétrique du CS Réf CVI ;
- Maître de recherche ;
- Enseignant vacataire à l'INFSS ;
- Chargé de cours d'anatomie physiologie gynécologique obstétricale et de pathologie obstétricale à l'INFSS;
- Chargé de cours des urgences gynécologique obstétricale au cycle de master à l'INFSS;
- Enseignant chercheur à l'Enseignement Supérieur.

Cher maître,

Transmettre sa connaissance aux autres est un acte de foi

En vous, nous avons trouvé l'amour du travail bien fait et le sens élevé du devoir. Ce travail est le fruit de votre volonté parfaite et de votre savoir-faire.

Votre caractère social hautement apprécié fait de vous un personnage de classe exceptionnelle. Comptez sur notre disponibilité et notre profonde gratitude.

**A notre Maître et Directeur de thèse,  
Professeur Tioukani Augustin THERA**

- Maître de conférence à la FMOS
- Professeur agrégé en gyneco-obstétrique du C. A.M.E.S
- Chef de service de gynécologie obstétrique du CHU du Point-G
- Ancien chef de service de l'Hôpital NianankoroFomba de Ségou

Cher maître,

C'est un grand privilège pour nous d'être parmi vos élèves.

Nous reconnaissons en vous les qualités d'enseignant juste et rigoureux. Votre disponibilité et abord facile joint à vos connaissances scientifiques font de vous un maître hautement apprécié.

Trouvez ici l'expression de notre plus haute considération

## TABLE DES MATIÈRES

I. INTRODUCTION .....	1
II. OBJECTIFS .....	3
2.1. Objectif général : .....	3
2.2. Objectifs spécifiques : .....	3
III. GENERALITES : .....	4
3.1. Historique : .....	4
3.2. Problématique de la grossesse à partir de 35 ans .....	5
3.3. Pathologies gynécologiques : .....	8
3.4. Issue de la grossesse : .....	9
3.5. Le travail d'accouchement : .....	10
3.6. Pronostic maternel : .....	11
IV. METHODOLOGIE : .....	12
4.1. Cadre d'étude : .....	12
4.2. Type et période d'étude : .....	18
4.3. Lieu d'étude : .....	19
4.4. Les variables d'études : .....	19
4.5. Population d'étude : .....	20
4.6. Echantillonnage : .....	20
4.7. Saisie et analyse des données : .....	20
V. RESULTATS : .....	21
VI. COMMENTAIRES ET DISCUSSION .....	37
VII. RECOMMANDATIONS : .....	45
VIII. REFERENCES : .....	46
IX. FICHE D'ENQUÊTE .....	49



## LISTES DES TABLEAUX

Tableau I: Listes des personnels du centre : .....	16
Tableau II: Fréquences relatives des femmes de 40 ans et plus de 2007 à 2017 parmi les admissions en obstétrique.....	21
Tableau III: Répartition des femmes en fonction de la profession et l'âge.....	22
Tableau IV: Relation entre statut matrimonial et l'âge maternel. ....	23
Tableau V: Répartition des patientes selon les antécédents gynéco-obstétricaux et l'âge.....	23
Tableau VI: Répartition des parturientes selon le mode d'admission. ....	24
Tableau VII: Répartition des patientes selon le terme de la grossesse lors de la dernière CPN.....	24
Tableau VIII: Relation entre antécédents médicaux et âge.....	25
Tableau IX: Répartition des patientes selon la gestité et l'âge.....	25
Tableau X: Répartition des patientes selon la parité et l'âge.....	26
Tableau XI: répartition des patientes selon le nombre de CPN.....	26
Tableau XII: Les incidents survenus au cours du 1er trimestre.....	27
Tableau XIII: Relation entre antécédents familiaux et âge.....	27
Tableau XIV: Les incidents survenus au cours du 2ième trimestre. ....	28
Tableau XV: Répartition des femmes en fonction de l'âge maternel et du terme de la grossesse. ....	28
Tableau XVI: Les incidents survenus au cours du 03ième trimestre. ....	29
Tableau XVII: Relation entre le bassin et l'âge maternel .....	30
Tableau XVIII: Répartition des parturientes selon le type d'accouchement. ....	31
Tableau XIX: Répartition des parturientes selon les bruits du cœur fœtal.....	31
Tableau XX: Répartitions des parturientes en fonction de la présentation fœtale au 3ième trimestre. ....	32
Tableau XXI: Complications de l'accouchement par voie basse en fonction des tranches d'âge.....	33
Tableau XXII: les indications de la césarienne selon l'âge maternel.....	34
Tableau XXIII: Répartitions des femmes en fonctions de l'Apgar à la 1ere minute .....	35
Tableau XXIV: Répartitions des femmes en fonctions de l'Apgar à la 5ième minute.....	35
Tableau XXV: Les différents types de malformations chez les parturientes.....	36
Tableau XXVI: risques de placenta prævia selon les auteurs .....	41
Tableau XXVII: Fréquence des RPM en fonction des auteurs.....	41
Tableau XXVIII: Fréquence de l'accouchement prématuré en fonction des auteurs. ....	42
Tableau XXIX: Fréquence du diabète après 34 ans en fonction des auteurs. ....	42
Tableau XXX: prévalence de l'HTA en fonction des auteurs .....	43
Tableau XXXI: Fréquence de la césarienne selon les auteurs.....	43
Tableau XXXII: malformation fœtale selon auteurs .....	44

## LISTE DES FIGURES

Figure 1:carte sanitaire de la commune VI de Bamako.....	12
Figure 2: Evolution de la fréquence relative des femmes de 40 ans et plus de 2007 à 2017 parmi les accouchées.....	22
Figure 3: Mode de terminaison de la grossesse selon les tranches d'âge. ....	30
Figure 4: Couleur du liquide amniotique en fonction des tranches d'âge .....	32

**Liste des abréviations :**

**CPN** : Consultation prénatale.

**SA** : Semaine d'aménorrhée.

**OMS** : Organisation mondiale de la santé.

**MFIU** : Mort fœtale in utero.

**CSREF CVI** : centre de santé de référence de la commune VI.

**USAC** : Unité de soins, Accompagnement et de Conseils.

**SAA** : Soins Après Avortement.

**SISL** : Le système d'information sanitaire local.

**SAA** : Soins Après Avortement.

**HTA** : hypertension artérielle.

**HELLP** : Haemolysis, elevated liver enzymes and low platelet count.

**ORL** : oto-rhino-laryngologie.

**URENI** : unité de rétablissement et de l'éducation nutritionnelle intensive

**VAT** : vaccin anti tétanique

**VIH** : virus immunodéficience humaine

**BCG** : bacille de Calmette et Guérin

**PTME** : prévention de la transmission mère enfant

**HRP** : Hématome retro-placentaire

**CRO** : compte rendu opératoire

**p** : probabilité

**dl** : degré de liberté

**RPM** : rupture prématurée de la membrane

**BGR** : bassin généralement rétréci

**GEU** : grossesse extra utérine.

# **INTRODUCTION**

## I. INTRODUCTION

Les grossesses tardives sont devenues un sujet de préoccupation dans les pays occidentaux, et ce depuis plus de 20 ans, en raison de leur constante augmentation et des risques qu'elles peuvent comporter [1].

Aux Etats-Unis, le taux de naissances vivantes est de 2,5% en 2002 chez les femmes dans la tranche d'âge 40-50ans [2].

Au Canada, le taux est passé de 0,6 % à 2,6 % entre 1982 et 2002 [3].

En France l'âge moyen à la maternité augmente progressivement depuis les années 70, et a atteint 30 ans en 2009 [4]. Selon l'enquête périnatale 2010 les femmes qui accouchent après 40 ans représentent 5% des naissances totales [5]. En Afrique de l'Ouest une étude béninoise sur la grossesse et l'accouchement chez les femmes de 40 ans et plus a rapporté 308 cas entre 1995 et 1999[6].

Une étude réalisée au Mali, au CHU du point G en 2006, a trouvé une fréquence relative de la grossesse après 35ans à 15,08% avec comme fréquence relative de complications 20,1% de taux d'avortements et 17,9% de grossesse extra utérine [7].

L'âge maternel est un facteur de risque aggravant à la plupart des pathologies. En effet les risques materno-fœtaux augmentent singulièrement après 40 ans. La prévalence des anomalies du caryotype fœtal, des complications obstétricales comme l'hypertension gravidique ou le diabète gestationnel, la césarienne, le placenta prævia, une augmentation de mortalité néonatale sont liés à l'âge maternel[8 ,9].

Le taux de césariennes chez la femme de plus de 40 ans est de 30 %, voire 43 %, contre 11 % pour la moyenne nationale. [10].

En moyenne, le taux d'HTA double après 40 ans 15,3 % après 40 ans [8]. Gilbert note huit fois plus de placentas prævia chez les nullipares âgées que chez les nullipares de 20-29 ans [11].

La majorité des auteurs retrouvent une augmentation des morts in utero et de la mortalité périnatale, jusqu'à 2,5 fois plus élevées dans les grossesses tardives, surtout

GROSSESSE ET ACCOUCHEMENT CHEZ LES FEMMES DE 40 ANS ET PLUS AU CSREF DE LA  
COMMUNE VI DU DISTRICT DE BAMAKO

chez les multipares. Le taux de mortalité maternelle, malgré sa nette diminution, augmente parallèlement à l'âge [12]

L'absence d'étude récente plus particulièrement dans la commune VI est la raison principale de ce choix, afin de contribuer à l'amélioration de la surveillance de la grossesse et la prise en charge de l'accouchement chez les femmes âgées de 40 ans et plus.

Nos objectifs sont les suivants :

# **OBJECTIFS**

## **II. OBJECTIFS**

### **2.1.Objectif général :**

- Évaluer les répercussions de l'âge sur la prévalence des complications obstétricales et néo-natales chez les parturientes de 40 ans et plus.

### **2.2.Objectifs spécifiques :**

- Déterminer la fréquence de la grossesse et de l'accouchement chez les femmes de 40 ans et plus.
- Définir le profil sociodémographique et clinique de ces femmes.
- Préciser les risques de complications durant la grossesse et le travail chez les femmes de 40 ans et plus.
- Définir le pronostic de la grossesse et de l'accouchement chez les femmes de 40 ans et plus.

# **GENERALITES**



### III. GENERALITES :

#### 3.1. Historique :

**Définition de la grossesse :** Selon l'OMS, la grossesse est la période qui s'écoule depuis la conception jusqu'à la naissance du bébé. Elle dure environ 9 mois, au cours desquels la femme ressent différents symptômes qui évoluent à mesure que le fœtus se développe [13].

**Définition de l'accouchement** selon l'OMS : c'est l'ensemble des phénomènes qui aboutissent à l'expulsion, par les voies naturelles, d'un fœtus naturel, d'un ou de plusieurs fœtus, parvenus à maturité ou à l'âge de la vitalité [13].

**Définition de décès maternel :** Le décès maternel ou mort liée à la grossesse (décès survenant pendant la grossesse, l'accouchement ou la puerpéralité) est le décès d'une femme pendant la grossesse ou dans un délai de 42 jours après la fin de la grossesse, quel que soit la cause de la mort (obstétricale ou non obstétricale) [13].

Les grossesses tardives ou pré- ménopausiques datent du temps de la Bible [14].

Ainsi Sarah avait 90 ans quand elle donnait naissance à Isaac, rapporte ce livresaint. Obtenir une grossesse chez une femme post ménopausique avec les progrès modernes de la fécondation in vitro, en particulier le don d'ovocyte, avait attiré l'attention des médias.

Dans la période contemporaine, la plus vieille femme qui à donner naissance, s'appella Rosana C., elle accoucha à l'âge de 63 ans et 3 mois par dond'ovocyte

La plus vieille à porter spontanément une grossesse est une Brésilienne ; elle aaccouché à l'âge de 56 ans [15].

Le couple qui aurait le plus procréé semble avoir vécu en Sibérie au 18<sup>e</sup>siècle. L'église rapporte 67 de leurs enfants et la mère a accouché de son dernier enfant à l'âge de 47 ans 8 mois. [16].

Devant les progrès de la fécondation se pose la question d'éthique. L'âgepeut-il être une barrière à la maternité ?

Le taux de femmes sans enfants à l'âge de 35 ans a doublé aux USA depuis 1925 et en 1994 un tiers des naissances était issue des femmes de 35 ans et plus.

\*Aspects scientifiques de la fécondité

Une précision mérite d'être portée sur certains concepts.

-Fécondité : c'est la possibilité pour un couple d'avoir des enfants [17, 18,19].

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) [20]. 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 et 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.

-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 35 ans [20].

### **3.2.Problématique de la grossesse à partir de 35 ans**

#### **3.2.1. Les problèmes obstétricaux**

Il est généralement supposé que les femmes de 35 ans et plus ont un risque accru de complications durant la grossesse [21]. Pendant des années plusieurs études sont examinées les pathologies médicales survenant chez les femmes d'âge avancé, mais il y a peu de faits établis. Les complications habituelles de la grossesse après 35 ans sont

le diabète, l'hypertension artérielle, les maladies cardiovasculaires, les maladies trophoblastiques, les anomalies placentaires, les anomalies utérines et les grossesses multiples avec un taux élevé de grossesse gémellaire dizygote.

### **3.2.2. Les pathologies vasculaires gravidiques**

Il est bien connu que les maladies cardio-vasculaires augmentent avec l'âge [21]. Le plus important effet de l'âge avancé sur le système cardio-vasculaire est la perte progressive de la conformité.

Les études histologiques de la paroi des vaisseaux supportent que l'âge diminue les réactions de l'endothélium vasculaire. Une adaptation importante de la grossesse est l'établissement d'une élévation du flux et une baisse de la résistance circulatoire appelée circulation hyper dynamique. Ces changements normaux de la grossesse paraissent être opposés à celles connues pour l'âge avancé. Les données actuelles montrent que les niveaux de la pression diastolique et systolique augmentent avec l'âge. En général cela augmente de 2 à 4 fois le taux des deux hypertension (chronique et gravidique), comprenant la pré-éclampsie [21].

La principale complication dans l'association hypertension artérielle et grossesse est la toxémie gravidique avec ses complications : élévation du taux de retard de croissance in utero, de prématurité, mort fœtale in utero, hématome rétro-placentaire. Le taux d'hypertension artérielle double après 40 ans (8,5% avant 35 ans et 15,3% après 40 ans) [20].

### **3.2.3. Malade Diabétique :**

Le diabète est une maladie métabolique chronique dans laquelle nous avons deux (2) types :

- 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 une diminution de la capacité pancréatique de libérer une quantité suffisante d'insuline en réponse au pic. Cette diminution serait

relative à une augmentation de la fibrose des îlots de Langerhans du pancréas. L'obésité est un facteur de risque très important pour l'incidence du diabète.

Dans les conditions de stress comme la grossesse, les diabètes de type asymptomatiques peuvent devenir symptomatiques. Dans la seconde moitié de la grossesse, la résistance à l'insuline augmente de 2 à 3 fois. Quand la réserve limitée d'insuline est déjà insuffisante, le diabète gestationnel peut apparaître. Dans la plupart des cas les conséquences cliniques se limitent à la macrosomie. Cependant quand, la grossesse a été longtemps précédée par une hyperinsulinémie, cela peut augmenter le risque de complications vasculaires comprenant l'hypertension artérielle gestationnelle, la pré-éclampsie et le retard de croissance in utero.

#### **3.2.4. Prise de poids :**

La prévalence de l'obésité est en augmentation progressive dans les pays occidentaux, et la surcharge pondérale de la grossesse est donc une situation fréquente.

La grossesse s'accompagne d'une prise pondérale moyenne de 12,5kg. Il serait illusoire et néfaste de conseiller systématiquement cette évolution à chaque femme : en fonction de la corpulence de départ, la prise pondérale tant pour la croissance du fœtus que pour l'évolution du corps maternel, s'échelonne entre 6 et 18kg. Ainsi la surveillance se doit d'être précoce notamment en présence « des facteurs de risque pondéral » : surpoids préexistant à la conception, l'âge supérieur à 35 ans, sédentarité, troubles du comportement alimentaire, antécédent de prise de poids majeur pendant une grossesse précédente chez la patiente ou une de ses proches parentes, absence prévisionnelle d'allaitement [22].

Une prise excessive de poids au cours de la grossesse a des effets délétères sur le déroulement de la grossesse et de l'accouchement [23].

Les grossesses chez les femmes obèses sont marquées par une incidence élevée de complications maternelles (diabète gestationnel, HTA, toxémie) et fœtales (macrosomie, anomalie de la fermeture du tube neural, mortalité périnatale). Le taux

de césarienne est également plus élevé, essentiellement en raison des complications de la grossesse. Ces risques sont significativement accrus même pour des surcharges pondérales modérées et augmentent avec le niveau d'obésité. A long terme, on observe une augmentation du risque d'obésité et de diabète de type 2 chez la mère, ainsi qu'une plus grande fréquence de l'obésité chez l'enfant [24].

### **3.2.5. Anomalies du placenta :**

Le risque de placenta prævia est corrélé à la multiparité. L'augmentation du risque de placenta prævia, régulièrement retrouvé après 35 ans, n'était pas toujours retrouvée chez la nullipare dans les publications. Bien qu'il ait été déclaré que le décollement placentaire et le placenta prævia sont plus courants chez les femmes âgées, cette association n'est plus attestée par les études récentes [21].

### **3.3. Pathologies gynécologiques :**

En dehors du simple vieillissement, il est clair que plus le temps passe, plus le risque d'avoir une pathologie gynécologique augmente, de même que le temps qui passe permet l'aggravation de l'affection : c'est le cas de l'endométriose et des fibromes. L'endométriose s'aggrave avec le temps et une femme sur trois aura un fibrome après 35 ans. [8]

La coexistence d'un fibrome et d'une grossesse peut entraîner des troubles de gravité inégale.

- Au cours des premiers mois de la grossesse :

L'avortement représente le risque majeur. Il est en général précoce, hémorragique et compliqué de rétention placentaire.

L'existence d'une grossesse pourra avoir des conséquences sur le fibrome (avec poussée passagère d'hypertrophie douloureuse, risque de nécrobiose aseptique, accident de compression). de même, le fibrome a des conséquences sur la grossesse : causes de présentation anormale.

- Lors de l'accouchement qui est souvent prématuré, et surtout gêné dans son déroulement par l'insuffisance fonctionnelle de l'utérus fibromateux, il y a fréquemment une dystocie dynamique.
  - En présence d'un fibrome pelvien, la grossesse évolue en général sans trop de trouble, le fibrome ne se complique pas mais l'accouchement par les voies naturelles est impossible. Le fibrome constitue un obstacle prævia irréductible qui impose la césarienne.
  - Lors de la délivrance il faudra se méfier d'une hémorragie de la délivrance par décollement placentaire incomplet.
  - Les suites de couches sont souvent compliquées d'accidents thromboemboliques.
- Une maladie sexuellement transmissible multiplie le risque de stérilité par 7,5 et en cas de salpingite par 32 ; de même les antécédents chirurgicaux (l'appendicectomie) multiplient le risque d'infertilité par 4,7[8].

### **3.4. Issue de la grossesse :**

L'âge avancé expose la femme à au moins 3 fâcheux risques qui sont la fausse couche spontanée, la grossesse ectopique et la morti-naissance.

#### **3.4.1. Fausse couche spontanée :**

La qualité du conceptus baisse avec l'âge de la mère. Cela est bien démontré par le taux des fausses couches qui augmentent avec l'âge. Le risque de fausse couche est élevé dans la population des femmes de 40 ans et plus [20].

La fausse couche précoce est plus élevée chez les femmes de 30 ans et plus indépendamment de leurs antécédents obstétricaux. A 35 ans 1/5e des grossesses connaît une issue défavorable ; à 42 ans ce taux est augmenté de moitié. A 21 ans le taux de grossesses ectopiques est de 1,4 %, ce taux atteint 6,9 % à 44 ans.

L'augmentation du risque de fausse couche spontanée en fonction de l'âge a été retrouvée par plusieurs auteurs [13, 21, 25]. 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 fausses couches avec des embryons génétiquement normaux.

Toutefois il y a une association croissante du risque d'achondroplasie, schizophrénie, syndrome de Marfan, syndrome d'Apert et des anomalies du système nerveux central.

### **3.4.2. 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 [20].

### **3.4.3. Les anomalies chromosomiques**

La plupart des anomalies chromosomiques fœtales et en particulier la trisomie 21 ont un risque de survenue qui s'élève avec l'âge maternel [20].

L'incidence de ces anomalies est de 1,2% à 38 ans jusqu'à 6,9% à 45 ans. La probabilité de trouver une trisomie 21 est de 0,5% entre 35 et 37 ans, et de 1,5% après 38 ans [26].

Le taux de trisomie 21 en procréation naturelle passe de 1 /1600 naissances vivantes à 20 ans à 1/64 naissances à 42 ans. Cette notion est retrouvée en insémination artificielle avec sperme du donneur (IAD), le taux de trisomie 21 passe de 1,5‰ avant 38 ans à 44‰ après 38 ans [8].

\*Petit poids de naissance : le risque d'avoir un enfant de moins de 2500g passe de 1,1 à 20 ans à 2,3 après 40 ans, et celui d'avoir un enfant de moins de 1500g passe à 1,8% [8].

3.4.4. \*L'état du nouveau-né à la naissance est moins bon chez les femmes de plus de 40 ans [8].

\*Le taux de prématurité double (5,7% avant 35 ans vs 8,2% après) [8].

### **3.5. Le travail d'accouchement :**

Les études avaient démontré une augmentation de travail prolongé parmi les gestantes âgées. 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.

### **3.6. 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 motivés mais ni accidentel ni fortuit » [20].

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 [20].



# **METHODOLOGIE**

## IV. METHODOLOGIE :

### 4.1. Cadre d'étude :

Notre étude a eu lieu dans le service de gynécologie obstétrique du centre de santé de référence de la commune VI du district de Bamako.

Le Centre de Santé de Référence de la Commune VI a été créé en 1981 comme maternité puis érigé en centre de santé de référence en 1999. Ce centre est l'un des six (6) centres de référence du District de Bamako. Il faut signaler que le système de référence n'a débuté qu'en juin 2004.

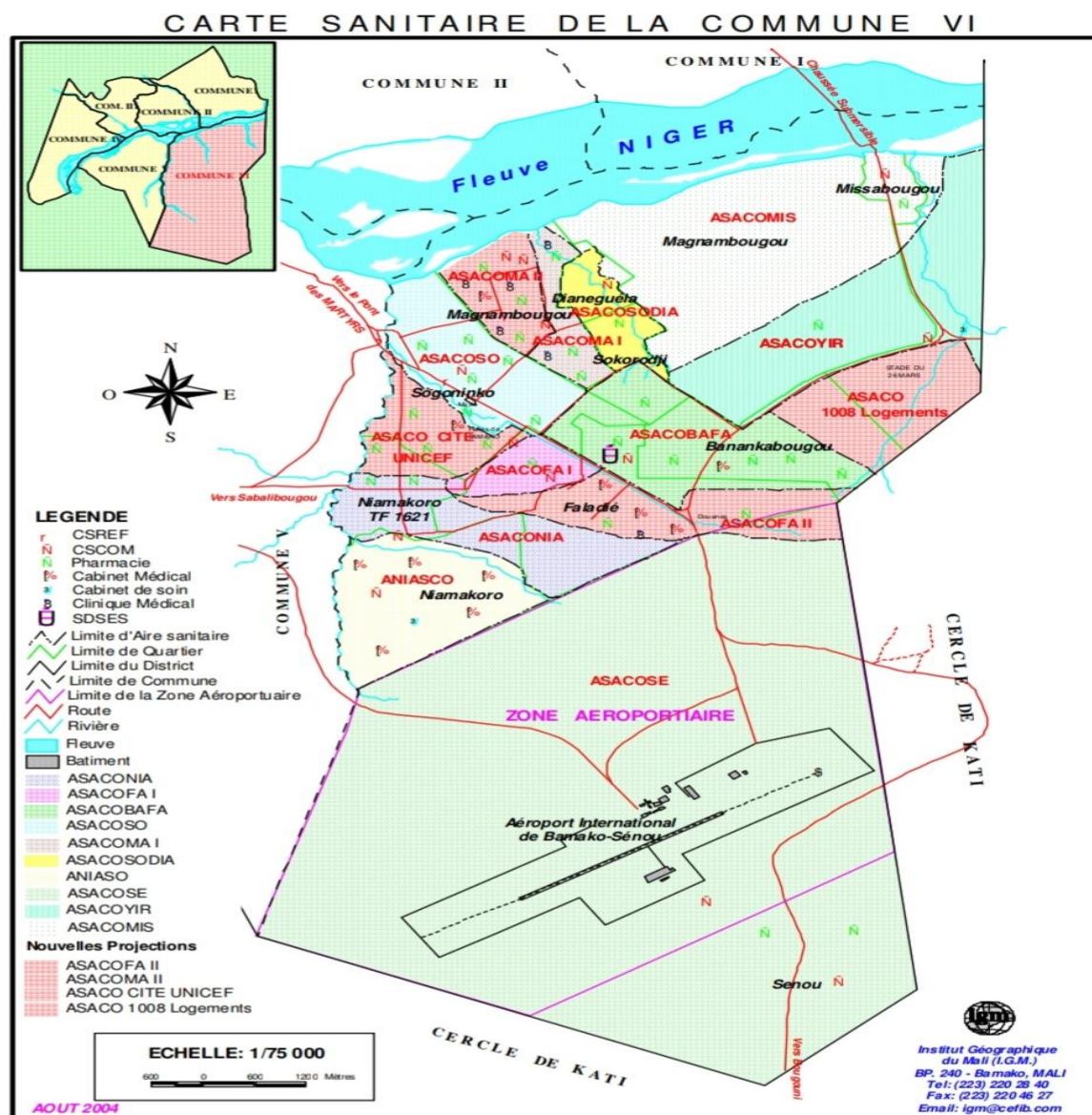


Figure 1:carte sanitaire de la commune VI de Bamako.

**a) Les infrastructures**

Le service se compose de huit bâtiments :

✓ Le premier bâtiment abrite le bloc opératoire composé de :

- Deux salles d'opérations,
- Une salle de réveil,
- Une salle de préparation pour chirurgiens,
- Une salle de consultation pré-anesthésique,
- Une salle de nettoyage des instruments,
- Et 3 salles VIP pour l'hospitalisation.

✓ Le deuxième bâtiment : La maternité composée de :

• Au rez-de-chaussée :

- La salle d'accouchements qui contient cinq (5) tables d'accouchements et dix (10) lits ;
  - Une salle des nouveau- nés ;
  - Une salle d'observation des accouchées ;
  - Une grande salle d'hospitalisation des femmes césarisées ;
  - Une salle de garde pour sages- femmes ;
  - Une salle de garde pour Médecins ;
  - Une salle de garde pour les internes ;
  - Une salle de garde pour les infirmières ;
  - Une salle de consultations gynécologiques ;
- Trois (3) salles de consultations prénatales ;

GROSSESSE ET ACCOUCHEMENT CHEZ LES FEMMES DE 40 ANS ET PLUS AU CSREF DE LA  
COMMUNE VI DU DISTRICT DE BAMAKO

- Une salle de consultations planning familial ;
- Une salle de SAA (Soins Après Avortement)
- Six toilettes.
- ✓ Les troisième, quatrième, cinquième bâtiment :
  - Au rez-de-chaussée :
    - Bureau des entrées,
    - Unité de chirurgie, comportant :
      - Une salle d'hospitalisations de la chirurgie
      - Une salle d'injections et salle de pansements,
      - L'unité de consultations pédiatriques,
      - Deux salles de consultations pour les médecins généralistes,
      - Unité pour les suites de couche,
      - L'unité de vaccinations (PEV),
      - Une pharmacie et un magasin,
      - Deux salles pour la prise en charge de la tuberculose et de la lèpre,
      - Une salle de consultations de médecins cardiologues,
      - Unité pour imagerie médicale (Echographie et Radiographie),
      - Un laboratoire ;
      - Une unité d'USAC (Unité de soins, Accompagnement et de Conseils) qui comprend :
      - Une salle d'accueil ;

GROSSESSE ET ACCOUCHEMENT CHEZ LES FEMMES DE 40 ANS ET PLUS AU CSREF DE LA  
COMMUNE VI DU DISTRICT DE BAMAKO

- Une salle pour consultations ;

- Une pharmacie.

• Sixième bâtiment :

- Au rez-de-chaussée :

Une unité pour la prise en charge des malnutris (URENI)

✓ Septième bâtiment comportant deux (2) Bâtiments à l'étage :

**1<sup>er</sup> étage :**

Le service d'administration comprenant : un bureau pour le Médecin-chef, et un bureau pour le médecin-chef adjoint, un secrétariat, la comptabilité, le service d'hygiène, les ressources humaines, le service social

- Une salle de réunion,

- Le système d'information sanitaire local (SISL),

- Des toilettes.

**2<sup>ème</sup> étage :**

- Une salle pour consultations ORL ;

- Une salle pour consultations ophtalmologiques ;

- Une salle pour consultations d'odontostomatologie ;

- Une salle pour consultations de dermatologie ;

- Une salle pour consultations d'endocrinologie ;

- Huitième bâtiment pour la néonatalogie ;

- Le centre comprend également :

- une maison pour le gardien ;

GROSSESSE ET ACCOUCHEMENT CHEZ LES FEMMES DE 40 ANS ET PLUS AU CSREF DE LA  
COMMUNE VI DU DISTRICT DE BAMAKO

- une maison pour le médecin chef ;
- Des toilettes.
- Une morgue fonctionnelle.

**Tableau I: Listes des personnels du centre :**

Médecins gynécologue-obstétriciens	5	
Médecins généralistes	5	
Médecins chirurgiens	3	
Médecin pédiatre	1	
Techniciens de laboratoires	5	
Médecins anesthésistes-réanimateurs	2	
Infirmiers de premier cycle	10	
Sages-femmes		28
Infirmières obstétriciennes		09
Assistants médicaux	Techniciens spécialisés en soins dentaires	2
	Techniciens spécialisés en Ophtalmologie	1
	Techniciens spécialisés en ORL	4

GROSSESSE ET ACCOUCHEMENT CHEZ LES FEMMES DE 40 ANS ET PLUS AU CSREF DE LA  
COMMUNE VI DU DISTRICT DE BAMAKO

	Techniciens spécialisés en santé publique	3
	Techniciens sanitaires	3
Secrétaires		3
Gestionnaire		1
Comptables		2
Adjoint administratif		1
Gardien		1
Chauffeurs		4
Aides-soignants		5
Manœuvres		6
Portiers		3
<b>Total</b>		<b>95</b>

**b) L'organisation et fonctionnement du service :**

**Au plan technique :**

Un staff technique se tient chaque jour afin d'échanger sur les modalités de prise en charge des urgences admises la veille dans le service.

Des consultations gynécologiques et obstétricales sont réalisées chaque Lundi, Mardi, Mercredi, jeudi et Vendredi

Les échographies et les radiographies sont réalisées tous les jours ouvrables

Le programme opératoire est exécuté chaque Mardi, Mercredi, Jeudi et vendredi

- Les consultations pédiatriques sont réalisées tous les jours ouvrables,
- Une équipe de garde assure la permanence au niveau du centre 24 heures/24,
- Les consultations prénatales, post-natales, de planning-familial et les accouchements se font tous les jours,
- Le dépistage du cancer du col de l'utérus et du sein est réalisé tous les jours,
- Une équipe de PTME assure la permanence tous les jours ouvrables,
- Les activités de santé publique sont menées,
- Les consultations dermatologiques sont réalisées tous les jours ouvrables,
- Les consultations chirurgicales sont réalisées tous les jours ouvrables,
- Les consultations cardiologiques sont réalisées chaque lundi, Mercredi et Vendredi,
- Les consultations d'endocrinologies sont faites tous les jours ouvrables
- Les consultations ORL, Ophtalmologie et Odontostomatologie sont réalisées tous les jours ouvrables
- Les activités de vaccination VAT des femmes enceintes et des enfants de moins d'un an tous les jours et le BCG réservé au lundi et vendredi,
- Les consultations de médecine générale sont réalisées tous les jours ouvrables,
- La prise en charge des malades tuberculeux, les malades infectés par le VIH

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

Il s'agissait d'une étude rétrospective analytique de cas témoin de 11 ans allant du 1er janvier 2007 au 31 décembre 2017.



#### **4.3. Lieu d'étude :**

Notre étude s'était déroulée dans le service de gynécologie-obstétrique du centre de santé de référence de la commune VI du district de Bamako. La maternité du centre de santé de référence de la commune VI est une maternité de niveau II.

#### **4.4. Les variables d'études :**

##### **❖ Les principaux éléments de la fiche individuelle des données étaient :**

- L'âge,
- L'ethnie,
- Le niveau socio-professionnel,
- Le mode d'admission.

##### **❖ Les facteurs Eetion-pathogéniques :**

- Les antécédents obstétricaux : gestité, Parité, vivant, avortements,
- La pathologie médicale associée : HTA, diabète,
- L'âge gestationnel,
- La pathologie liée à la grossesse,
- Evolution de la grossesse,
- Les accidents lors du travail : éclampsie, HRP, placenta prævia, dystocie dynamique, dystocie mécanique, hémorragie,
- La présentation foetale,
- Le mode d'accouchement,
- La délivrance,
- Les caractéristiques du nouveau-né,
- La morbi-mortalité maternelle et infantile.

#### **4.5. Population d'étude :**

Le recrutement des dossiers était fait à partir :

- des registres d'accouchement,
- des dossiers médicaux,
- des registres des comptes rendus opératoires (C.R.O).

Une fiche individuelle va permettre de recueillir les données pour chaque patiente retenue.

#### **4.6. Echantillonnage :**

##### **✓ Les critères d'inclusion :**

Était inclus dans l'étude :

- Les patientes âgées de 40 ans ou plus ;
- Les patientes de cas témoin (d'âge inférieur à 40ans).
- Les patientes ayant accouché dans notre période d'étude (1er janvier 2007 et le 31 décembre 2017) ;
- Et les patientes ayant un dossier obstétrical complet aux archives.

##### **✓ Le critère de non inclusion :**

- L'absence de dossier médical ou de dossier obstétrical complet aux archives.

#### **4.7. Saisie et analyse des données :**

Les données ont été recueillies sur une fiche d'enquête ; saisie sur un logiciel Microsoft Word 2016 et Excel 2016 et analysées à l'aide d'un logiciel « Epi info 6 ».

Les tests statistiques utilisés pour la comparaison des variables étaient le test du Chi<sup>2</sup>, ainsi que le test exact de Fisher (bilatéral) lorsque l'une des valeurs attendues était inférieure à 5. Le caractère significatif a été retenu pour une valeur du « *p* » inférieure à 5% ( $p < 0,05$ ).

# **RESULTATS**

## V. RESULTATS :

### 5.1. Fréquences :

**Tableau II: Fréquences relatives des femmes de 40 ans et plus de 2007 à 2017 parmi les admissions en obstétrique.**

<b>Année</b>	<b>Nombre total de femme</b>	<b>Nombre de femmes de 40ans et plus</b>	<b>Fréquence</b>
<b>2007</b>	7508	71	11 ,09
<b>2008</b>	8220	66	10 ,31
<b>2009</b>	7048	66	10,31
<b>2010</b>	7520	54	<b>8,90</b>
<b>2011</b>	6982	52	<b>8 ,90</b>
<b>2012</b>	7462	54	8,44
<b>2013</b>	8204	59	9 ,22
<b>2014</b>	7823	57	8 ,90
<b>2015</b>	7623	49	7,65
<b>2016</b>	7742	55	8,59
<b>2017</b>	8102	57	10,31
<b>Total</b>	<b>84234</b>	<b>640</b>	<b>100</b>

GROSSESSE ET ACCOUCHEMENT CHEZ LES FEMMES DE 40 ANS ET PLUS AU CSREF DE LA COMMUNE VI DU DISTRICT DE BAMAKO

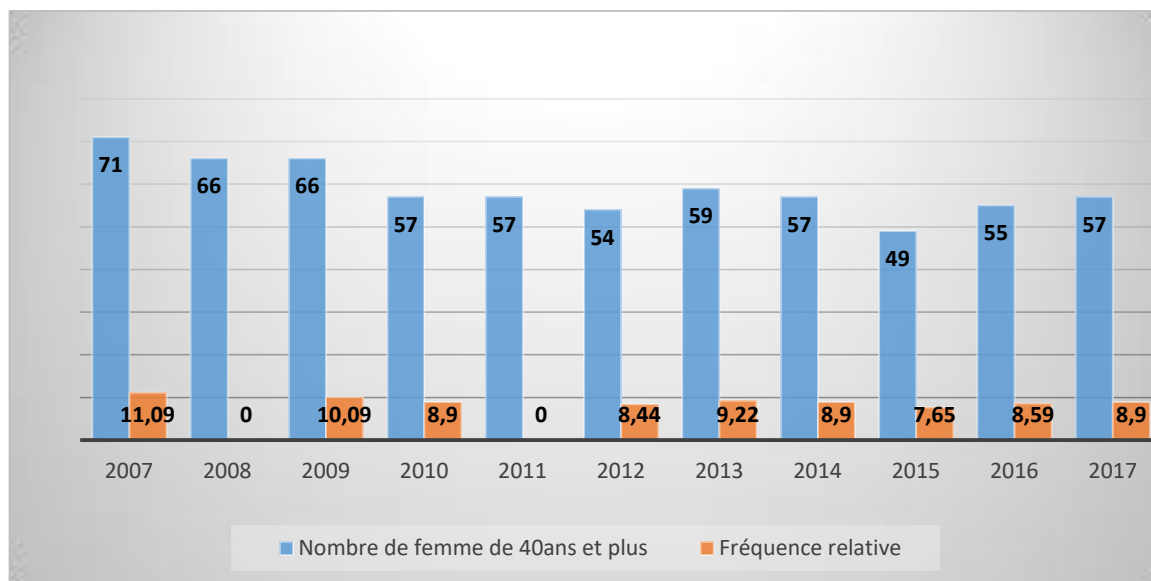


Figure 2: Evolution de la fréquence relative des femmes de 40 ans et plus de 2007 à 2017 parmi les accouchées.

## 5.2. Caractères sociodémographiques :

Tableau III: Répartition des femmes en fonction de la profession et l'âge.

Profession	15-39 ans		40 ans et plus	
	Nombre	Fréquence (%)	Nombre	Fréquence (%)
Ménagère	61224	73,24	520	81,25
Fonctionnaire	760	0,91	102	15,94
Elève/Etudiante	20020	23,95	00	00
Aide-ménagère	998	1,19	00	00
Autres	592	0,71	18	2,81
Total	83594	100	640	100

$\text{Khi}^2 = 1607,061$  ; ddl = 4 ;  $\mathbf{p} < 10^{-3}$

Autres : étrangère, commerçante, ouvrière.

La majorité des parturientes des deux côtés étaient des ménagères soit 73,24% contre 81,25%. une majoration au niveau des élevés /étudiantes soit 23,95% contre 00%.

**Tableau IV: Relation entre statut matrimonial et l'âge maternel.**

Statut matrimonial	15-39 ans		40 ans et plus	
	Nombre	Fréquence (%)	Nombre	Fréquence (%)
Mariée	81589	97,60	591	92,35
Célibataire	1833	2,19	26	4,06
Divorcée	105	0,13	05	0,78
Veuve	67	0,08	18	2,81
<b>Total</b>	<b>83594</b>	<b>100</b>	<b>640</b>	<b>100</b>

$\text{Khi}^2 = 502,672$  ; ddl = 3 ;  $p < 10^{-3}$

97,60% contre 92,35% soit une majorité des deux populations sont mariées.

### 5.1.Caractéristiques des femmes de 40ans et plus.

**Tableau V: Répartition des patientes selon les antécédents gynéco-obstétricaux et l'âge.**

Antécédent	15-39 ans		40 ans et plus		Odds	P
	Nombre	Fréquence (%)	Nombre	Fréquence (%)		
Avortement provoqué	998	1,19	8	1,25	0,9[0,4-1,9]	0,896
Avortement spontané	3198	3,82	53	8,28	0,4[0,3 - 0,6]	$p < 10^{-3}$
Kystectomie	467	0,56	56	8,75	0,05 [0,04–0,07]	$p < 10^{-3}$
Myomectomie	1476	1,76	88	13,75	0,1[0,08-0,14]	$p < 10^{-3}$
Placenta prævia	1453	1,74	95	14,84	0,1[0,08–0,13]	$p < 10^{-3}$
HRP	1203	1,44	65	10,16	0,1[0,1–0,17]	$p < 10^{-3}$
GEU	641	0,77	23	3,59	0,2[0,1–0,31]	$p < 10^{-3}$
Grossesse pathologique	5341	6,39	171	26,72	0,2[0,1–0,2]	$p < 10^{-3}$
Pelvipéritonite	55	0,06	03	0,47	0,1[0,04–0,44]	$p < 10^{-3}$
Aucun	68762	82,26	78	12,19	33,4[26,3–42,3]	$p < 10^{-3}$
<b>Total</b>	<b>83594</b>	<b>100</b>	<b>640</b>	<b>100</b>		

L'avortement spontané signait une majoration chez les patientes de 40ans et plus avec 8 ,28% contre 3,82% chez les moins de 40ans.

**Tableau VI: Répartition des parturientes selon le mode d'admission.**

Mode d'admission	15-39ans		40 ans et plus		Odds	P
	Effectifs	Fréquence	Effectif	Fréquence		
Elle-même	72643	86 ,89	278	43 ,44	8,6[7,3-10,1]	$p < 10^{-3}$
Référée	9256	11 ,08	352	55	0,1[0,09-0,11]	$p < 10^{-3}$
Evacuée	1695	2,03	10	1 ,56	1,2[0,6-2,3]	0,485
<b>Total</b>	<b>83594</b>	<b>100</b>	<b>640</b>	<b>100</b>		

55% des parturientes de 40ans et plus étaient des références contre 11,08% des cas témoins.

**Tableau VII: Répartition des patientes selon le terme de la grossesse lors de la dernière CPN.**

Termes de la grossesse	15-39ans		40 ans et plus		Odds	P
	Effectifs	Fréquence	Effectif	Fréquence		
06sa-12SA	9392	11.23	89	13.90	0,7[0,6 – 0,9]	$P < 0,03$
13sa-20SA	1792	2.14	79	12.34	0,15[0,12 – 0,2]	$p < 10^{-3}$
21sa-28SA	4921	5.88	98	15.31	0,3[0,2-0,4]	$p < 10^{-3}$
29sa-36SA	1204	1.45	108	16.87	0,07[0,06 – 0,09]	$p < 10^{-3}$
37SA et plus	61012	73	83	12.96	18,1[14,4-22,8]	$p < 10^{-3}$
avant 06sa	5273	6.30	183	28.62	0,17[0,14-0,2]	$p < 10^{-3}$
<b>Total</b>	<b>83594</b>	<b>100</b>	<b>640</b>	<b>100</b>		

La majorité des cas témoins atteint 37SA et plus contrairement à nos cas soit 73% contre 12 ,96%.

## 5.2. Caractéristique de la grossesse chez les femmes de 40 ans et plus.

**Tableau VIII: Relation entre antécédents médicaux et âge.**

Antécédent	15-39 ans		40 ans et plus		Odds	P
	Nombre	Fréquence (%)	Nombre	Fréquence (%)		
Asthme	216	0,26	22	3,44	0,07[0,04 – 0,11]	$p < 10^{-3}$
Drépanocytose	345	0,41	37	5,78	0,06[0,04 – 0,09]	$p < 10^{-3}$
Diabète	432	0,52	137	21,41	0,02[0,01 – 0,02]	$p < 10^{-3}$
HTA	1342	1,60	337	52,65	0,01[0,01 – 0,017]	$p < 10^{-3}$
Aucun	81259	97,21	107	16,72	173,[140,3–214,2]	$p < 10^{-3}$
<b>Total</b>	<b>83594</b>	<b>100</b>	<b>640</b>	<b>100</b>		

L'HTA et le diabète étaient plus majorés soit des fréquences respectives de 52,65% et 21,41% chez les femmes de 40 ans et plus contre 1,60% et 0,52% chez les moins de 40ans.

**Tableau IX: Répartition des patientes selon la gestité et l'âge**

Gestités	15-39 ans		40 ans et plus	
	Nombre	Fréquence (%)	Nombre	Fréquence (%)
<b>Primigeste</b>	15132	18,10	98	15,31
<b>Multigeste</b>	57461	<b>68,74</b>	188	29,38
<b>Grande multigeste</b>	11001	13,16	354	<b>55,31</b>
<b>Total</b>	<b>83594</b>	<b>100</b>	<b>640</b>	<b>100</b>

$\text{Khi}^2 = 983,699$  ; ddl = 2 ;  $p < 10^{-3}$

La majorité des grandes multi gestes étaient les 40 ans et plus soit 55,31% contre 13,16%.



**Tableau X: Répartition des patientes selon la parité et l'âge.**

Parité	15-39 ans		40 ans et plus	
	Nombre	Fréquence (%)	Nombre	Fréquence (%)
<b>Primipare</b>	14521	17,37	82	12,81
<b>Multipare</b>	50121	<b>59,96</b>	172	26,88
<b>Grande multipare</b>	18952	22,67	386	<b>60,31</b>
<b>Total</b>	<b>83594</b>	<b>100</b>	<b>640</b>	<b>100</b>

Khi<sup>2</sup> = 516,021 ; ddl = 2 ; p < 10<sup>-3</sup>

60,31% étaient des grandes multipares contrairement au cas témoins qui est de 22,67%.

**Tableau XI: répartition des patientes selon le nombre de CPN.**

Nombre de CPN	15-39ans		40 ans et plus		Odds	P
	Effectifs	Fréquence	Effectif	Fréquence		
<b>0 CPN</b>	3440	4,11	156	24,38	0,1[0,11 – 0,16]	p < 10 <sup>-3</sup>
<b>01 CPN</b>	3212	3,84	128	20,00	0,16[0,13 – 0,2]	p < 10 <sup>-3</sup>
<b>02 CPN</b>	10210	12,21	15 6	24,38	0,4[0,3 – 0,5]	p < 10 <sup>-3</sup>
<b>03 CPN</b>	60210	<b>72,03</b>	145	<b>22,65</b>	8,8[7,3 – 10,6]	p < 10 <sup>-3</sup>
<b>04CPN</b>	6522	7,81	55	8,59	0,9[0,7 – 1,2]	<b>0,45</b>
<b>Total</b>	<b>83594</b>	<b>100</b>	<b>640</b>	<b>100</b>		

Le nombre de CPN était élevé chez les patientes de moins de 40 ans avec 3 CPN en moyenne que chez les femmes de 40 ans et plus soit 72,03% contre 22,65%.

GROSSESSE ET ACCOUCHEMENT CHEZ LES FEMMES DE 40 ANS ET PLUS AU CSREF DE LA COMMUNE VI DU DISTRICT DE BAMAKO

**Tableau XII: Les incidents survenus au cours du 1er trimestre.**

Pathologies	15-39ans		40 ans et plus		Odds	P
	Effectifs	Fréquence	Effectif	Fréquence		
Œuf clair	302	0,36	26	4,06	0,084[0,06 – 0,13]	$p < 10^{-3}$
Grossesse Molaire	134	0,16	08	1,25	0,1[0,06 – 0,26]	$p < 10^{-3}$
Vomissement gravidique	1321	1,58	06	0,94	1,7[0,7 – 3,8]	p=0,193
Décollement ovulaire	540	0,65	49	7,66	0,08[0,05 – 0,11]	$p < 10^{-3}$
G E U	55	0,07	05	0,78	0,08[0,03 – 0,21]	$p < 10^{-3}$
Avortement spontané	51	0,06	11	1,72	0,03[0,01- 0,07]	$p < 10^{-3}$
Avortement provoqué	745	0,89	00	00,00	-	p=0,016
Béance cervico-Isthmique	723	0,86	38	5,94	0,14[0,1 – 0,2]	$p < 10^{-3}$
Aucune	79723	95,37	499	77,97	5,8[4,8 – 7,03]	$p < 10^{-3}$
<b>Total</b>	<b>83594</b>	<b>100</b>	<b>640</b>	<b>100</b>		

Les incidents survenus au cours du 1<sup>er</sup> trimestre chez les femmes de 40 ans et plus, étaient plus accentués que dans les cas témoins.

**Tableau XIII: Relation entre antécédents familiaux et âge.**

Antécédent	15-39 ans		40 ans et plus		Odds	P
	Nombre	Fréquence (%)	Nombr e	Fréquence (%)		
Gémellité	954	1,14	91	14,22	0,07[0,05 – 0,1]	$p < 10^{-3}$
HTA	15420	18,44	302	47,19	0,2[0,2 – 0,3]	$p < 10^{-3}$
Diabète	956	1,15	111	17,34	0,05[0,04 – 0,07]	$p < 10^{-3}$
Drépanocytose	236	0,28	53	8,28	0,03[0,02 – 0,04]	$p < 10^{-3}$
Autres	66028	78,99	83	12,97	25,2[20,01– 31,8]	$p < 10^{-3}$
<b>Total</b>	<b>83594</b>	<b>100</b>	<b>640</b>	<b>100</b>		

Autres : tumeur, pathologie mammaire, épilepsie et allergies.

Les antécédents familiaux (le diabète et HTA) étaient les plus fréquents dans notre cas soit 17,34 % et 47,19% contre 1,15% et 18,44% pour le cas témoin.

**Tableau XIV: Les incidents survenus au cours du 2<sup>ième</sup> trimestre.**

Pathologies	15-39ans		40 ans et plus		Odds	P
	Effectif	Fréquence	Effectif	Fréquence		
Infection urinaire	942	1,13	33	5,16	0,2[0,1 – 0,3]	$p < 10^{-3}$
Béance cervicale	356	0,42	36	5,63	0,07[0,05 – 0,1]	$p < 10^{-3}$
Menace d'avortement	188	0,22	23	3,59	0,06[0,03- 0,9]	$p < 10^{-3}$
Menace d'accouchement prématuré	266	0,32	39	6,09	0,05[0,03- 0,07]	$p < 10^{-3}$
Anémie	156	0,19	16	2,50	0,07[0,04- 0,12]	$p < 10^{-3}$
Vomissement gravidique	398	0,48	05	0,78	0,6[0,25 – 1,47]	0,265
Diabète	81	0,10	46	7,19	0,01[0,01- 0,01]	$p < 10^{-3}$
Métrorragie	1054	1,26	75	11,72	0,1[0,07–0,12]	$p < 10^{-3}$
Aucune	80153	95,88	367	57,34	17,3[14,8 – 20,3]	$p < 10^{-3}$
<b>Total</b>	<b>83594</b>	<b>100</b>	<b>640</b>	<b>100</b>		

De même au cours du 2<sup>ième</sup> trimestre, les incidents étaient énormes chez les femmes de 40ans et plus que les cas témoins.

**Tableau XV: Répartition des femmes en fonction de l'âge maternel et du terme de la grossesse.**

L'âge de la grossesse	15-39ans		40 ans et plus		Odds	P
	Effectifs	Fréquence	Effectif	Fréquence		
<37SA	7523	8.99	406	63.43	0,05[0,05-0,06]	$p < 10^{-3}$
37SA-41SA	72896	87.20	145	22.65	23,3[19,3- 28,02]	$p < 10^{-3}$
>= 42SA	3175	3.81	89	13.92	0,2[0,2-0,3]	$p < 10^{-3}$
<b>Total</b>	<b>83594</b>	<b>100</b>	<b>640</b>	<b>100</b>		

La majorité de nos parturientes de 40ans et plus n'atteignaient pas 37SA soit 63,43% contre 8,99%.

**Tableau XVI: Les incidents survenus au cours du 03ième trimestre.**

Pathologies	15-39ans		40 ans et plus		Odds	P
	Effectifs	Fréquence	Effectif	Fréquence		
Placenta prævia	745	0,89	46	7,19	0,1[0,08 - 0,15]	$p < 10^{-3}$
HRP	350	0,42	58	9,06	0,04[0,03 – 0,05]	$p < 10^{-3}$
MAP	410	0,49	39	6,09	0,08[0,05- 0,1]	$p < 10^{-3}$
Infection urinaire	741	0,89	33	5,16	0,16[0,11 – 0,2]	$p < 10^{-3}$
Métrorragie	928	1,11	75	11,72	0,08[0,07 – 0,11]	$p < 10^{-3}$
Diabète	45	0,05	46	7,19	0,00[0,00 – 0,01]	$p < 10^{-3}$
Pré-éclampsie	356	0,43	11	1,72	0,2[0,1 – 0,4]	$p < 10^{-3}$
Eclampsie	213	0,25	01	0,15	1,6[0,2 – 11,6]	0,62
Accouchement prématuré	2250	2,69	123	19,22	0,12[0,1 – 0,14]	$p < 10^{-3}$
Aucune	77556	9278	208	32,50	26,7[22,5 – 31,5]	$p < 10^{-3}$
<b>Total</b>	<b>83594</b>	<b>100</b>	<b>640</b>	<b>100</b>		

Aucune : les avortements, grossesses arrêtées.

Tous les incidents survenus aux cours du 3<sup>ième</sup> trimestre répondez à nos cas, contrairement au cas tenions.

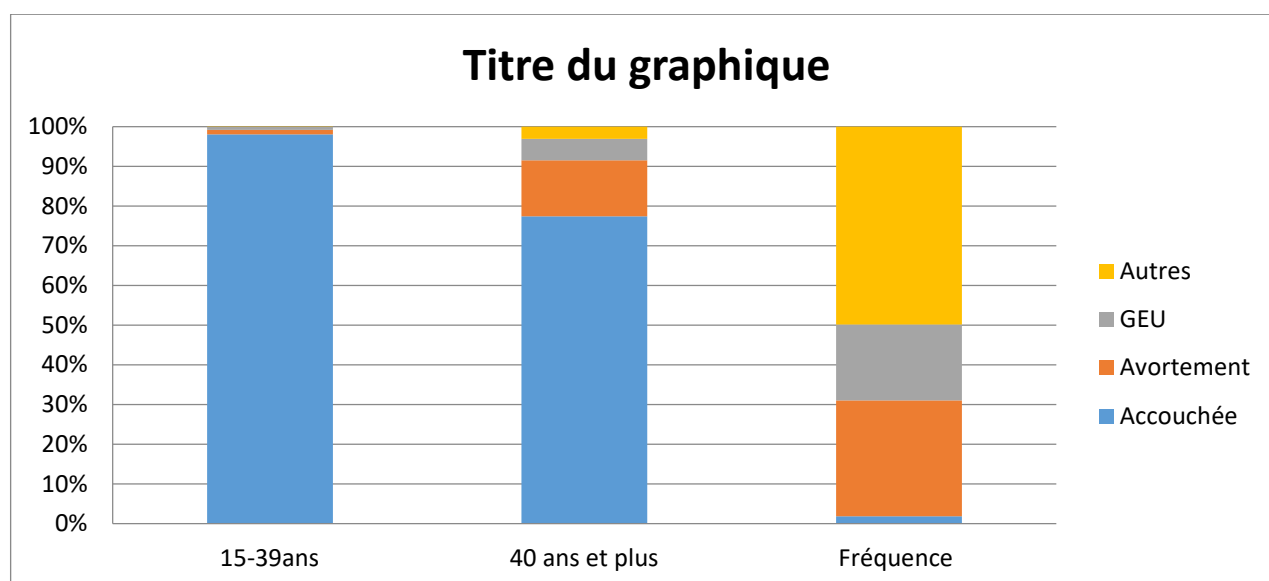
### 5.3. Déroulement de l'accouchement :

**Tableau XVII: Relation entre le bassin et l'âge maternel**

Types de bassins	15-39ans		40 ans et plus		Odds	P
	Effectifs	Fréquence	Effectif	Fréquence		
Normal	69862	83.57	440	68.75	2,3[1,9-2,7]	$p < 10^{-3}$
Limite	5589	6.68	11	1.71	4,1[2,2-7,4]	$p < 10^{-3}$
BGR	2791	3.33	3	0.46	7,3[2,3-22,8]	$p < 10^{-3}$
Asymétrique	56	0.06	2	0.31	0,2[0,05-0,8]	0,018
Aplati	23	0.02	1	0.15	0,2[0,02-1,3]	0,054
Autres	5273	6.34	183	28.62	0,23[0,2-0,27]	$p < 10^{-3}$
<b>Total</b>	<b>83594</b>	<b>100</b>	<b>640</b>	<b>100</b>		

Autres : bassin transversalement rétréci, bassin généralement rétréci-aplati.

Le bassin était normal dans les deux côtes soit 83,57% contre 68,75%.



**Figure 3: Mode de terminaison de la grossesse selon les tranches d'âge.**

$\text{Khi}^2 = 1423,956$  ; ddl = 3 ;  $p < 10^{-3}$

Autres : abandon de suivi, voyage et décès.

**Tableau XVIII: Répartition des parturientes selon le type d'accouchement.**

Type d'accouchement	15-39ans		40 ans et plus		Odds	P
	Effectifs	Fréquence	Effectif	Fréquence		
Voie basse	67323	80,53	94	14,69	24,0[19,3-29,9]	$p < 10^{-3}$
Césarienne	10231	12,24	347	54,22	0,11[0,1-0,13]	$p < 10^{-3}$
Autres	6040	7,23	199	31,09	0,17[0,14-0,2]	$p < 10^{-3}$
<b>Total</b>	<b>83594</b>	<b>100</b>	<b>640</b>	<b>100</b>		

Le taux de césarienne était beaucoup plus élevé chez les femmes de 40ans et plus que chez les cas témoins soit 54 ,22% contre 12,24%.

**Tableau XIX: Répartition des parturientes selon les bruits du cœur fœtal.**

Bruits du cœur fœtaux	15-39ans		40 ans et plus		Odds	P
	Effectifs	Fréquence	Effectif	Fréquence		
0	78	12,19	347	0,41	0,03[0,02-0,04]	$p < 10^{-3}$
<120bpm	467	0,56	76	11,88	0,04[0,03-0,05]	$p < 10^{-3}$
120-160bpm	76398	91,39	208	32,50	22,05[18,7-26,1]	$p < 10^{-3}$
>160bpm	342	0,41	79	12,34	0,03[0,02 – 0,04]	$p < 10^{-3}$
Autre	6040	7,23	199	31,09	0,17[0,14-0,2]	$p < 10^{-3}$
<b>Total</b>	<b>83594</b>	<b>100</b>	<b>640</b>	<b>100</b>		

Autre : rythmes cardiaques irrégulières.

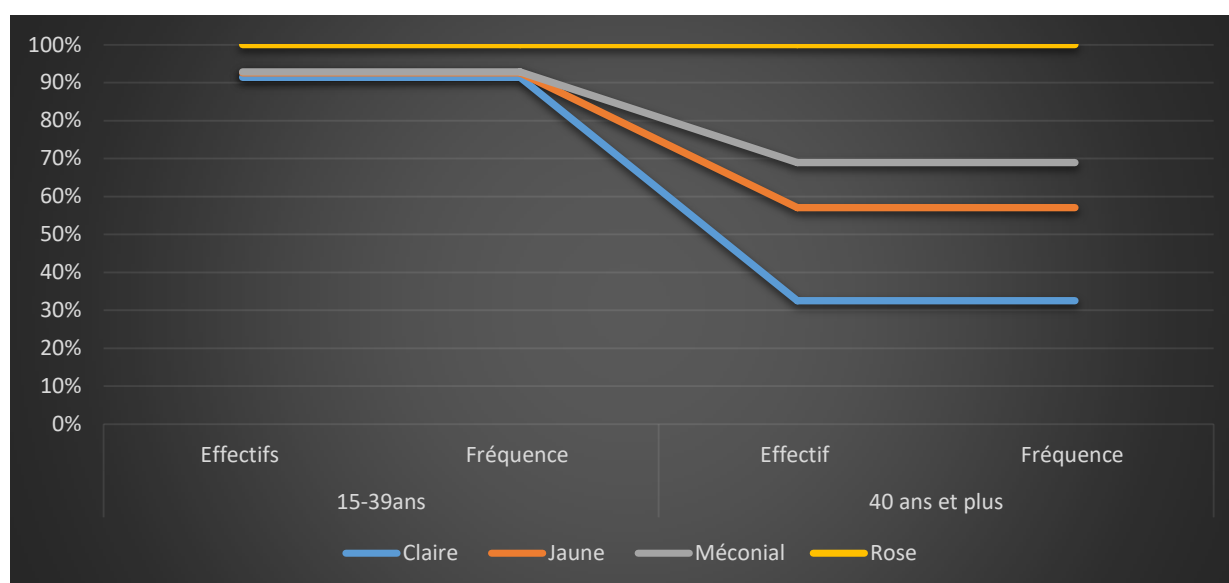
L'absence des bruits du cœur fœtal chez les femmes de 40ans et plus était plus élevé que celui des cas témoins soit 0,41% contre 12,19%.

**Tableau XX: Répartitions des parturientes en fonction de la présentation fœtale au 3<sup>ème</sup> trimestre.**

Type de la présentation	15-39ans		40 ans et plus		Odds	P
	Effectifs	Fréquence	Effectif	Fréquence		
Sommet	76398	91,39	163	25,47	22,0[18,7-26,0]	$p < 10^{-3}$
Siège	835	1,00	141	22,03	0,03[0,02-0,04]	$p < 10^{-3}$
Transversale	77	0,09	68	10,63	0,0[0,00- 0,01]	$p < 10^{-3}$
Face /front	244	0,29	67	10,47	0,02[0,01-0,03]	$p < 10^{-3}$
Autres	6040	7,23	199	31,09	0,17[0,1-0,2]	$p < 10^{-3}$
<b>Total</b>	<b>83594</b>	<b>100</b>	<b>640</b>	<b>100</b>		

Autres : présentation de l'épaule et dubregma.

La présentation de sommet était la plus représentée soit 25,47% dans notre cas et 91,39% des cas témoins.



**Figure 4: Couleur du liquide amniotique en fonction des tranches d'âge**

La couleur du liquide amniotique jaune et méconial étaient plus fréquentes chez les femmes de 40ans et plus soit 24,53% ; 11 ,88% contre 1,14% et 0,24%.

**Tableau XXI: Complications de l'accouchement par voie basse en fonction des tranches d'âge.**

Complication	15-39ans		40 ans et plus		Odds	P
	Effectifs	Fréquence	Effectif	Fréquence		
Déchirure cervicale	466	0,56	76	11,88	0,04[0,03-0,05]	$p < 10^{-3}$
Déchirure du périnée	587	0,70	23	3,59	0,2[0,1-0,3]	$p < 10^{-3}$
Déhiscence utérine	56	0,07	14	2,19	0,03[0,02-0,05]	$p < 10^{-3}$
Rupture utérine	47	0,06	17	2,66	0,02[0,01-0,04]	$p < 10^{-3}$
Aucune	82438	98,62	507	79,22	18,7[15,3-22,8]	$p < 10^{-3}$
<b>Total</b>	<b>83594</b>	<b>100</b>	<b>640</b>	<b>100</b>		

Déchirure cervicale, déchirure du périnée déhiscence utérine et rupture utérine sont d'un pique élevé dans nos cas soit 11,88% ; 3,59% ; 2,19% ; 2 ,66% contre 0,56% ; 0,70% ; 0,07% ; 0,06% des cas témoins.



**Tableau XXII: les indications de la césarienne selon l'âge maternel**

Indications De césarienne	15-39ans		40 ans et plus		Odds	P
	Effectifs	Fréquence	Effectif	Fréquence		
<b>Bassin limite</b>	5589	6,69	11	1,72	4,1[2,2-7,4]	<b>p &lt; 10<sup>-3</sup></b>
<b>BGR</b>	2791	3,22	03	0,47	7,6[2,4-23,6]	<b>p &lt; 10<sup>-3</sup></b>
	56	0,07	02	0,31	0,21[0,05-0,9]	<b>0,018</b>
<b>Bassin aplati</b>	23	0,03	01	0,15	0,1[0,02-1,3]	<b>0,054</b>
<b>Présentation du front</b>	128	0,15	33	5,16	0,03[0,02-0,04]	<b>p &lt; 10<sup>-3</sup></b>
<b>Présentation de face</b>	116	0,14	35	5,47	0,02[0,01-0,03]	<b>p &lt; 10<sup>-3</sup></b>
<b>Présentation siège</b>	835	1,00	101	15,78	0,05[0,04-0,06]	<b>p &lt; 10<sup>-3</sup></b>
<b>Présentation transversale</b>	77	0,09	67	10,47	0,0[0,0-0,01]	<b>p &lt; 10<sup>-3</sup></b>
<b>RPM</b>	1002	1,20	42	6,56	0,17[0,12-0,24]	<b>p &lt; 10<sup>-3</sup></b>
<b>PP hémorragique</b>	1453	1,74	67	10,47	0,15[0,11-0,2]	<b>p &lt; 10<sup>-3</sup></b>
<b>HRP</b>	350	0,42	38	5,94	0,07[0,04-0,1]	<b>p &lt; 10<sup>-3</sup></b>
<b>Procubitus du cordon</b>	677	0,81	23	3,59	0,2[0,1-0,3]	<b>p &lt; 10<sup>-3</sup></b>
<b>Normal</b>	64457	77,11	18	2,81	116,4[72,8-186,0]	<b>p &lt; 10<sup>-3</sup></b>
<b>Autres</b>	6040	7,23	199	31,09	0,2[0,1-0,2]	<b>p &lt; 10<sup>-3</sup></b>
<b>Total</b>	<b>83594</b>	<b>100</b>	<b>640</b>	<b>100</b>		

Autres : dilatation stationnaire, défaut d'engagement, souffrance fœtale aigue et syndrome de pré-rupture utérine.

Les hémorragies du 3ieme trimestres sont accentues chez les femmes des 40ans et plus soit 10,47% ; 5,94% contre 1,74% et 0,42%.

**Tableau XXIII: Répartitions des femmes en fonctions de l'Apgar à la 1ere minute**

Apgar 1 <sup>ère</sup> minute	15-39ans		40 ans et plus		Odds	P
	Effectifs	Fréquence	Effectif	Fréquence		
<b>0</b>	347	0,41	78	12,19	0,03[0,02-0,04]	<b>p &lt; 10<sup>-3</sup></b>
<b>1-3</b>	200	0,24	76	11,87	0,02[0,01-0,02]	<b>p &lt; 10<sup>-3</sup></b>
<b>4-7</b>	146	0,17	52	8,12	0,02[0,01-0,03]	<b>p &lt; 10<sup>-3</sup></b>
<b>8-10</b>	77153	92,29	235	36,72	20,6[17,5-24,3]	<b>p &lt; 10<sup>-3</sup></b>
<b>Autres</b>	6040	7,23	199	31,09	0,17[0,14-0,20]	<b>p &lt; 10<sup>-3</sup></b>
<b>Total</b>	<b>83594</b>	<b>100</b>	<b>640</b>	<b>100</b>		

Autres : GEU et avortement.

Apgar 0 à la 1<sup>ère</sup> minute est d'une fréquence élevée chez les 40ans et plus que les cas témoins soit 12,19% contre 0,41%.

**Tableau XXIV: Répartitions des femmes en fonctions de l'Apgar à la 5ième minute.**

Apgar 5 <sup>ème</sup> minute	15-39ans		40 ans et plus		Odds	P
	Effectifs	Fréquence	Effectif	Fréquence		
0	347	0,41	78	12,19	0,03[0,02-0,04]	<b>p &lt; 10<sup>-3</sup></b>
1-3	200	0,24	76	11,87	0,2[0,01-0,02]	<b>p &lt; 10<sup>-3</sup></b>
4-7	146	0,17	52	8,12	0,02[0,01-0,02]	<b>p &lt; 10<sup>-3</sup></b>
8-10	77153	92,29	235	36,72	20,6[17,5-24,3]	<b>p &lt; 10<sup>-3</sup></b>
Autres	6040	7,23	199	31,09	0,17[0,14-0,20]	<b>p &lt; 10<sup>-3</sup></b>
<b>Total</b>	<b>83594</b>	<b>100</b>	<b>640</b>	<b>100</b>		

Autres : les grossesses extra-utérines et avortements.

Idem à la 1<sup>ère</sup> minute

**Tableau XXV: Les différents types de malformations chez les parturientes.**

Malformation	15-39ans		40 ans et plus		Odds	P
	Effectifs	Fréquence	Effectif	Fréquence		
Hydrocéphalie	102	0,12	77	12,03	0,01[0,01-0,01]	$p < 10^{-3}$
Anencéphalie	4	0,004	13	2,03	0,002[0,001-0,01]	$p < 10^{-3}$
Omphalocèle	3	0,003	9	1,41	0,002[0,001-0,01]	$p < 10^{-3}$
Poly malformation	4	0,004	8	1,25	0,004[0,001-0,01]	$p < 10^{-3}$
Dysplasie rénale	21	0,03	7	1,09	0,02[0,01-0,05]	$p < 10^{-3}$
Chondrodyspl asie	2	0,002	8	1,25	0,02[0,004-0,1]	$p < 10^{-3}$
Laparoschisis	2	0,002	6	0,94	0,002[0,00-0,01]	$p < 10^{-3}$
Autres	6040	7,23	199	31,09	0,17[0,14-0,20]	$p < 10^{-3}$
Normale	77153	92,29	235	36,72	20,6[17,5-24,3]	$p < 10^{-3}$
Morts ne	343	0,41	78	12,19	0,03[0,02-0,04]	$p < 10^{-3}$
<b>Total</b>	<b>83594</b>	<b>100</b>	<b>640</b>	<b>100</b>		

Les femmes de moins 40ans ne faisaient pas de malformation dans 92,29%, par contre les malformations étaient plus fréquentes chez les patientes de 40ans et plus soit une fréquence de normalité à 36,72%.

**COMMENTAIRES  
ET  
DISCUSSION**

## VI. COMMENTAIRES ET DISCUSSION

Nous avons effectué une étude rétrospective, descriptive et transversale durant une période de **132** mois (**1er** janvier **2007** au **31** décembre **2017**) sur tous les cas de grossesse et accouchements chez les femmes de 40 ans et plus admises dans le service de gynécologie et obstétrique du centre de santé de référence de la commune VI du district de Bamako. Ce type d'étude permet de faire le point d'une question donnée dans un milieu donné, pendant une période donnée en tenant compte des réalités du terrain. En adoptant une collecte rétrospective des données notre étude résume l'essentiel des activités obstétricales effectuées dans notre service et fait une évaluation des prestations pendant cette période.

La collecte rétrospective pour un tel grand échantillon a été très contraignante et a nécessité la collaboration étroite entre plusieurs étudiants et un encadreur pendant 12 mois au moins pour cette phase de finalisation du fichier. Le système de numérotation pour la même femme diffère d'un registre à un autre au cours du même épisode d'admission dans le service, ce qui rendait difficile la collecte complète de l'information pour chaque cas.

En effet les âges extrêmes pour la procréation tels que définis par Adama F. Diarra[6] comportent un risque accru. Cependant nous constatons que l'essentiel des programmes s'orientent vers la santé de l'adolescente dont les caractéristiques sont :

- Mariage précoce
- Excision
- Grossesses non désirées
- Avortement clandestin etc.

La collecte des données a été effectuée de manière rétrospective durant le séjour hospitalier sur les dossiers d'hospitalisation et les fiches d'enquête.

Bien que notre méthodologie soit similaire, Diarra A. [6] a effectué une étude couvrant une période plus longue soit **228** mois.

Notre étude ne s'est pas déroulée sans difficultés, ainsi donc les principales sont les suivantes :

- La perte des dossiers de certaines parturientes
- Les informations incomplètes dans certains dossiers
- La déchirure et la vétusté de certains registres, ce qui complique notre étude.

## 6.1. FREQUENCE

### ➤ Fréquence de grossesse :

Durant la période de notre étude le nombre total de femmes en grossesse était de 84234(9,37%), parmi lesquelles 83594 avaient moins de 40 ans et 640 avaient 40ans et plus soit 0,76%.

Ces résultats étaient inférieurs (0,76%) de ceux retrouvés dans la littérature : Diarra A. [6] et Cissé [7] avaient trouvés respectivement 19,76% et 1,20%

Même si nos populations cibles étaient différentes, les fréquences pour les patientes de plus de 40 ans, restent comparables à la littérature et la fréquence élevée rencontrée chez Diarra A. est due au fait que la taille de son échantillon était plus grande et sur de longue période.

### ➤ Fréquence de l'accouchement :

Le nombre d'accouchement était 81944 chez les moins de 40 ans et 503 chez les femmes de plus de 40 ans soit une fréquence de 0,78%. Ce résultat était inférieur à ceux retrouvés par Diarra A. [6] et Ziadeh et al [14] soit des fréquences respectives de 3,46% et 1,80%. La fréquence de l'accouchement est variable selon les auteurs.

**a. Pronostics**

➤ **Fausse couche spontanée**

La fréquence de l'avortement est de 8,28% dans notre étude ; 7,8% pour Cissé [7] au Bénin, et elle est de 6,8% pour Diarra A. [6] au Mali.

Cette différence pourrait être liée aux tailles des échantillons. Dans notre étude, la fréquence de faussecouche précoce était de 8,28% soit  $OR=0,4[0,3 - 0,6]$ . Il est reconnu dans la littérature que la fréquence des fausses couches augmente après 35 ans. Cependant, que ce soit dans notre étude ou dans celle de Cissé [7], le risque de survenue de fausse couche était élevé après 35 ans. L'étude de Cissé au Bénin n'a pas mis en évidence d'association entre la fausse couche et l'âge supérieur ou égal à 40 ans soit un  $OR= (0,56[0,27-1,17])$ . Diarra A. [6] avait lui aussi trouvé un  $OR=1,72[1,30-2,29]$ .

**b. La grossesse molaire :**

La fréquence de grossesse molaire était de 1,25% dans notre étude. Celle-ci était supérieure à celle de Diarra A. [6] soit 0,40% ; mais supérieure à celle de Mazzanti et al. [15] qui avait retrouvé 17,70%. La revue de la littérature révèle que plus l'âge n'avance, plus la fréquence de la grossesse molaire s'élève. Ceci corrobore l'idée selon laquelle la qualité de l'œuf se détériore et les tares génétiques s'expriment plus après 35 ans.

**c. Grossesse extra- utérine :**

Dans notre étude, il n'y a de lien associatif entre la survenue de grossesse extra-utérine et l'âge maternel soit  $OR=0,08[0,03 - 0,21]$ .

Ce résultat serait une réalité reconnue selon la littérature :

- Cissé [7] avait retrouvé  $OR=1,41[0,39-5,22]$  de GEU rompue et  $OR=0,16[0,01-1,39]$  de GEU non rompue.

- Diarra A. avait retrouvé  $OR=1,19[0,94-1,51]$  de GEU.

GROSSESSE ET ACCOUCHEMENT CHEZ LES FEMMES DE 40 ANS ET PLUS AU CSREF DE LA  
COMMUNE VI DU DISTRICT DE BAMAKO



#### d. Placenta prævia

**Tableau XXVI: risques de placenta prævia selon les auteurs**

Auteurs	OR		
	Nullipare	Primipare	Multipare
Gilbert et Al [16]	10,5[5,4-20]	-	2, 7[1,8-3,6]
Diarra A. [6]	1,04[0,00-7,44]	-	1,66[1,19-2,31]
Notre étude	-	-	0,1[0,08-0,13]

Les risques de placenta prævia avaient un lien avec l'âge et la parité, dans notre étude soit un OR =0,1[0,08-0,13].

Après 35 ans, le risque de placenta prævia s'élève. Il reste significativement associé à l'âge quel que soit la parité.

#### e. Hématome rétro- placentaire

Dans notre étude, la fréquence des hématomes rétro-placentaires était de 9,04% avec un OR=0,04. Ce résultat est différent de ceux retrouvés par Diarra A. [6] (0,8%) et Cissé [7] (1,6%) avec des OR respectifs de 1,81 et 0,4%.

Ces auteurs ne trouvaient aucune association entre l'âge après 40 ans et la survenue d'HRP.

#### f. Rupture prématuré des membranes

**Tableau XXVII: Fréquence des RPM en fonction des auteurs.**

Auteurs	Tranche d'âge	Fréquence %	OR	P
Diarra A.	≥ 35ans	46,4% vs 41,3%	-	0,008
Cissé	≥ 40ans	19,2% vs 24%	0,75[0,48-1,16]	0,117
Notre étude	≥ 40ans	1,20% vs 6,56%	0,17[0,12-0,24]	P < 10 <sup>-3</sup>

La fréquence des ruptures prématurées des membranes reste élevée chez les femmes d'âge avancé pour la majorité des auteurs ; cependant cette fréquence élevée n'est pas toujours accompagnée par une élévation du risque sauf pour Cissé [7].

### g. Accouchement prématuré

**Tableau XXVIII: Fréquence de l'accouchement prématuré en fonction des auteurs.**

Auteurs	Tranche d'âge	Date et lieu	Fréquence	OR	P
Diarra A.	≥ 35ans	Bamako 2006	15,60%	1,19[1,00-1,42]	<0,001
Cissé	≥ 40ans	Bénin 2000	2,6% (≤32SA)	-	3,37
			6,2% [32SA-37SA]	-	0,11
Notre étude	≥ 40ans	Bamako 2019	19,22%	0,12[0,1 – 0,14]	P < 10 <sup>-3</sup>

L'accouchement prématuré semble être un facteur de risque indépendant de l'âge pour la majorité des auteurs. Cependant, l'étude de Cissé [7] avait montré qu'il existe une association positive de ces deux variables.

### h. Femmes de plus de 40 ans et diabète

**Tableau XXIX: Fréquence du diabète après 34 ans en fonction des auteurs.**

Auteurs	Tranche d'âge	Fréquence %	OR	P
Bianco et al [18]	≥ 40ans	10,80%	3,8 [2,7-5,4]	< 0,01
Seoud et Al [17]	≥ 40ans	5,30%	-	< 0,01
Notre étude	≥ 40ans	21,41%	0,02[0,01 – 0,02]	P < 10 <sup>-3</sup>

Contrairement aux auteurs, nous n'avons pas trouvé un risque plus élevé de diabète chez les femmes de 35 ans et plus. Dans notre étude nous n'avons pas spécifié les types de diabète (chronique et gestationnel) ; par ailleurs pendant longtemps la glycémie n'était pas spécifiée chez les femmes enceintes.

**Tableau XXX: prévalence de l'HTA en fonction des auteurs**

Auteurs	Nature	Tranche d'âge	Fréquence	OR	P
<b>Seoud et Al</b>					
[17]	Prééclampsie	≥ 40ans	4,40%	-	0,006
Diarra A.	Toute HTA	≥ 40ans	10,10%	1,78[1,54-2,07]	<0,001
Notre étude	Toute HTA	≥ 40ans	1,87%	1,8[0,3-12]	P > 10 <sup>-3</sup>

Dans notre série, les 40 ans et plus ont 1,8 fois plus de risque pour tous types HTA confondues.

Diarra A. [6] en comparant les mêmes tranches d'âge a trouvé 1,7 fois plus de risque chez les 40 ans et plus.

#### **i. La césarienne**

**Tableau XXXI: Fréquence de la césarienne selon les auteurs**

Auteurs	Année et lieu	Fréquence	OR	P
Seoud et Al [17]	New York 2002	32,10%	-	0,005
Diarra A.	Mali 2006	28,90%	1,26[1,16-1,38]	<0,001
Cissé M.	Bénin 2000	25,70%	0,41[0,26-0,64]	<0,001
Notre étude	Mali 2019	54,22%	0,11[0,1-0,13]	<0,001

La césarienne n'est pas significativement associée à l'âge ≥40 ans dans toutes les études ici sauf celle de Seoud [17].

#### **j. Nouveau-né**

##### **i. État à la naissance**

Le critère de jugement a été le score d'Apgar côté de 0 à 10. Ce score était systématiquement évalué dans notre service à la 1ère et à la 5e minute.

La littérature africaine donne quelques chiffres de la mortalité néonatale :

- Au Bénin Cissé [7] a trouvé 5,5% de mort-né
- Au Mali en 2000 Koné [19] a trouvé 17,4%
- Dans notre série il est de 36,72%.

**ii. Malformation fœtale**

**Tableau XXXII: malformation fœtale selon auteurs**

<b>Auteurs</b>	<b>Lieu d'étude</b>	<b>Tranche d'âge</b>	<b>Fréquence</b>
<b>Cissé [7]</b>	<b>Bénin 2000</b>	<b>≥ 40ans</b>	<b>7%</b>
<b>Adama Diarra [6]</b>	<b>Bamako 2006</b>	<b>≥ 40ans</b>	<b>0,80%</b>
Notre étude	Bamako 2019	≥ 40ans	12,19%

Le taux de malformation reste partout supérieur à 2% sauf pour Adama[6]. Notre fréquence reste la plus élevée. Cela s'explique par le manque de suivi prénatal et le taux d'échantillonnage dans la population d'étude

**CONCLUSION  
ET  
RECOMMENDATIONS**

## VII. CONCLUSION

Une grossesse tardive est également une situation à risque autant pour le bébé que pour la mère :

-Pour la mère, on peut noter un risque accru de diabète gestationnel, une HTA et pré-éclampsie, un placenta prævia, un hématome retro placentaire, des hémorragies de délivrance et pour finir par une mortalité maternelle.

-De même pour le bébé, on peut noter des anomalies chromosomiques, des malformations congénitales, un retard de croissance intra utérin, une macrosomie et une prématurité.

Une consultation prénatale minutieuse et rigoureuse reste la seule option essentielle pour limiter donc les conséquences.

## **VIII.RECOMMANDATIONS :**

Au terme de cette étude, nous reformulons quelques recommandations :

### **\*A la population :**

- De bien choisir la période de procréation entre 18ans et 35ans.
- De fréquenter les centres de planning familial
- D'aller accoucher dans un centre de santé

### **\*Aux prescripteurs :**

- D'informer les femmes sur les risques des grossesses tardives.
- De conseiller un suivi rigoureux de ces grossesses en milieu spécialisé.

### **\* Aux autorités administratives :**

- Repositionner le système de planification familial
- Faire une large diffusion des méthodes contraceptives
- Former des agents de santé pour la bonne pratique du planning familial
- Mieux organiser le système de santé

# **REFERENCES**



## **IX. REFERENCES :**

- 1. Martin A., Maillet R.** Les grossesses après 40 ans extrait des mises à jour en gynécologie et obstétrique tome XXIX : vingt-neuvième journées nationales, Paris, 2005 : 65.
- 2. Joseph KS, Allen AC, Dodds L, Turner LA et al.** The perinatal effects of delayed childbearing. *Obstet. Gynecol.* 2005; 105: 1410-1418.
- 3. National Vital Statistics Report /CDC.** Preliminary data for 2002-2003; v51, n11.
- 4. Pinson G.** L'âge moyen à la maternité atteint 30 ans. *Population et Sociétés*, France, 2010 ; 465 :1-4.
- 5. Blondel B, Supernant K, Kermarrec M.** Les maternités en 2010 et leur évolution depuis 2003 - Enquête nationale périnatale 2010.
- 6. Adama F. Diarra.** Grossesse et accouchement chez les femmes de 35 ans et plus à la maternité de l'hôpital du point "G" entre 1985 et 2003 à propos d'une étude cas témoins de 2896 versus 12592, thèse médecine 2005-2006.
- 7. Cissé M I.** Grossesse et accouchement après 40 ans. Thèse de Médecine ; 2000 ; No 907 Cotonou- Bénin
- 8. Outin Charlene.** La primiparité après 40 ans entre phénomène social et enjeux médicaux étude rétrospective réalisée au chu d'Angers du 1er janvier 2007 au 31 décembre 2011, mémoire présenté en avril 2012
- 9. Trastou C., S. Fayad, A. Bongain.** Accoucher après 40 ans : La Lettre du Gynécologue - n° 279 - février 2003.
- 10. Lansac J.** Fertilité et infertilité. Faire des enfants tôt. Éditorial paru dans La Lettre du Gynécologue 1994 ; 196 ; 3-6.
- 11. Gilbert W, Nesbitt T, Danielsen B.** Childbearing beyond age 40 pregnancy outcome in 24 032 cases. *ObstetGynecol*1999;93: 9-14.
- 12. Beläisch-Allart J.** Grossesse et accouchement après 40 ans. *Encycl. Med Chir* (éditions scientifiques et médicales, Elsevier SAS, Paris, tous droits réservés), Gynécologie/Obstétrique 2000 ; 5-016-B-10 : 6.

- 13.OMS. Maternalestimates@who.int.definition 2013.
- 14.ZiadehSM. Maternal and Perinatal outcome in nulliparous women aged 35 and older.Gynecol. Obstet. Invest 2002; 54(1): 6-10.
- 15.Mazzanti P, La Vecchia C, Parazzini F, Bolis G. Frequency of hydatiform mole in Lombardy, northern Italy Gynecologic oncology 1986; 24: 337- 342.
- 16.Gilbert WM, Nesbitt TS, Danielsen B. Childbearing beyond Age 40: Pregnancy Outcome in 24, 032 Cases J Obstetrics Gynaecology 1999; 93(1) 9-14.
- 17.Seoud MA, Nassar AH, Usta IM, Meehem Z, Kazma A, Khalil AM. Impact of advanced Maternal Age on Pregnancy Outcome American Journal of Perinatology 2002; 19: 1-7.
- 18.Bianco Stones J, Lunch L, Lapinski R, Berkowitz G, Berkowitz RL. Pregnancy outcome at age 40 and older J ObstetricGynecology 1996; 87(7): 917-922.
- 19.Koné A. La grossesse et l'accouchement chez la femme de 40ans et plus à l'hôpital du Point « G » Thèse de médecine, Bamako 2002 : N2.
- 20.D'Ercole C, Bretelle R, Shozai R, Boubli L. La grossesse et ses risques en période de pré-ménopause au cours de la 5<sup>e</sup> décennie.
- 21.Freeman-Wany T, Beski S. The older Obstetric Patients Current Obstetric Gynaecology 2002; 12: 41-46.
- 22.Fricker J.Hormone et poids chez la femme : adolescence, grossesse, ménopause, traitement hormonal.Revue de médecine fonctionnelle 1997 ; 29 :87-111.
- 23.Derouelle P, Houfflin V, Vaast P, Deville N, Helou N, Subtil D.Effets maternels et fœtaux d'une prise de poids excessive maternelle pendant lagrossesse dans une population de patientes de poids normal avant lagrossesse.Revue gynécologie obstétrique et fertilité 2004 ; 32 :398-403.
- 24.Galtier F., Bringer J.Poids et grossesse : avant, pendant, aprèsFeuill. Biol. :(Paris) 2004 ; 45(258) :57-61.

- 25.Ozalp S, Tanier M, Sener T, Yasan S, KeskinAE.**Health risks for early ( $\leq 19$ ) and late ( $\geq 35$ ) childbearing. Arch Gynecol. Obstet. 2003; 268: 172-174.
- 26.Chan BCP and Lao TT.** Influence of parity on the obstetric performance of mothers aged 40 years and above; J Human Reproduction 1999; 14, No3: 833-837.

# **ANNEXES**

## X. FICHE D'ENQUÊTE

Date d'entrée /.... /.... /.... / Dossier no /..... /

### IDENTITE DE LA FEMME :

Nom ..... Prénom ..... âge (année) /..... /

Résidence actuelle à Bamako CI..... CII..... CIII..... CVI..... CV..... CVI.....

Hors Bamako..... Résidence habituelle/ Kayes Koulikoro Sikasso Ségou Mopti  
Tombouctou Gao Kidal, Ménaka, Taoudenit

Profession /..... / ménagère élève/étudiante fonctionnaire autres (à préciser)

Profession du conjoint /.... / Cultivateur commerçant fonctionnaire élève étudiant  
autres (à préciser)

Statut matrimonial /..... / mariée célibataire veuve divorcée

Ethnie /.... Soninké Peulh Malinké Bambara Senoufo Sonrhäi

Dogon Touareg Bozo Minianka Maure 1 Tamacheck Bobo autres (à préciser)

Mesures anthropométriques : Taille (cm) /..... / poids (kg) .....

IMC.....

### MODE D'ADMISSION :

Evacuation /.... / oui non

Référée /.... / Oui non

Venue d'elle-même /.... / Oui non

Motif d'évacuation .....

Lieu d'évacuation /..... / CSCom autre structure du district structure de santé  
intérieure autres (à préciser)

Traitement reçu avant évacuation /.... / oui non

### ANTECEDANTS :

Antécédents familiaux

Préciser .....

Antécédents médicaux

Préciser.....

Antécédent gynéco- obstétricaux

GROSSESSE ET ACCOUCHEMENT CHEZ LES FEMMES DE 40 ANS ET PLUS AU CSREF DE LA  
COMMUNE VI DU DISTRICT DE BAMAKO

Âge à la ménarche /..... /

Cycle /..... / régulier Irrégulier

Durée des règles (en jour) /..... /

Trouble des règles /..... oui non

Gestité /..... /

Parité /..... /

DDR /... / connue inconnue IIG (en mois) /.... /

**FACTEURS ETIOPATHOGENIQUES :**

Le mariage retardé :

Âge de mariage.....

Durée de mariage avant conception :.....

La stérilité :

Primaire .....

Secondaire :.....

Type du traitement :.....

Les avortements spontanés :

Oui non nombre

Les interruptions volontaires de grossesse :

Oui non nombre

Antécédents de chirurgie gynécologique :

Oui non type :.....

Pathologie générale :

Hypertension artérielle : Oui non type traitement:.....

Diabète : Oui non type traitement:.....

Fibromes utérins : Oui non type traitement :.....

Autres à préciser :

Les antécédents de chirurgie générale :

## EVOLUTION DE LA GROSSESSE :

Le suivi :

Secteur public :

Secteur privé :

Non suivie :

CPN faites /... / oui non Nombre /..... /

Auteur /... / spécialiste généraliste sage-femme matrone autre

Terme de la grossesse lors de la première consultation (SA) /..... /

Terme de la grossesse lors de la dernière consultation (SA) /..... /

Complications particulières de la grossesse :

Hypertension artérielle gravidique et ses complications :

Hématome retro placentaire :.....

Mort fœtale in utéro :.....

Hellp syndrome : .....

Eclampsie :.....

Retard de croissance intra utérin :.....

Métrorragies du troisième trimestre :

Oui non étiologie :.....

Menace d'accouchement prématuré :

Oui non âge gestationnel :.....

La grossesse prolongée :

Oui non durée de la grossesse :.....

La grossesse gémellaire

Pathologies générales :

Fibrome utérin :.....

Diabète :.....

Les cardiopathies :.....

Les anémies :.....

Hospitalisation /... / oui non

Durée d'hospitalisation (nombre de jour) /...../

**EXAMEN CLINIQUE :**

Mode d'admission /... / elle-même référée à froid évacuée déjà hospitalisée

Phase de travail /... / latence active

Durée du travail (en heure) /..... /

Taille /... / $\leq 150\text{cm}$   $> 150\text{cm}$

Poids (en kg) /..... /

Age grossesse (SA) /..... / (cm) /..... /

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

Température /..... /

TA systolique /.....

TA diastolique / b

**EVOLUTION DE L'ACCOUCHEMENT :**

Bassin et parties molles : Normal ..... Suspect..... chirurgical.....

**Types de présentation :**

Siège transverse céphalique

La rupture prématurée des membranes : Oui non

Les dystocies dynamiques : Oui non type :.....

La souffrance fœtale : Oui non type:.....

**Modalités d'accouchement :**

Accouchement normal

Mode de dégagement /... / OP OS MP NP SP

Extraction instrumentale :

Oui non type:.....

Césarienne indication :..... Complication.....

Complication per opératoire oui non

Si oui, préciser .....

Complication post opératoire oui non

Si oui, préciser .....



**LE PRONOSTIC MATERNEL ET FŒTAL :**

**La mère :**

La délivrance :.....

Les suites de couche :

Montée laiteuse /... / avant le troisième jour après le troisième jour

Pathologie des suites de couches oui non /... /

Si oui, préciser /... /

La mortalité : Oui " non " si oui étiologie :.....

**Le nouveau-né** Nombre /.... /

Etat à la naissance /... /vivante mort-né

Apgar

Apgar à la 1mn /.... Apgar à 1mn du deuxième enfant /... /

Apgar à 5mn /... / Apgar à 5mn du deuxième enfant /.... /

Poids en grammes /..... /

Poids du deuxième jumeau /..... /

Prématurité oui non

Sexe /... /masculin féminin

Sexe du deuxième jumeau /... / masculin féminin

Réanimation :.....

La prématurité :.....

Le poids de naissance:.....

La mortalité : Oui " non " si oui étiologie.....

Malformations congénitales et anomalies chromosomiques :.....

FICHE SIGNALÉTIQUE

**Nom : DOUMBIA**

**Prénom : Brahima**

**E-mail : [brahimdoumbia882@gmail.com](mailto:brahimdoumbia882@gmail.com) Tel : [78-72-25-24](tel:78-72-25-24)**

**Ville de soutenance : Bamako (Mali)**

**Pays d'Origine : Mali**

**Titre de Thèse : Grossesse et accouchement chez les femmes  
de 40 ans et plus au centre de sante de référence de la commune 6 (CSREF CVI)  
de Bamako**

**Lieu de dépôt : Bibliothèque de la Faculté de Médecine et d'Odonto-  
Stomatologie**

**Année Universitaire 2019-2020**

**Secteur d'intérêt: Gynécologie-obstétrique.**

**Résumé :**

Les grossesses tardives sont devenues un sujet de préoccupation dans les pays occidentaux, et ce depuis plus de 20 ans, en raison de leur constante augmentation et des risques qu'elles peuvent comporter. Le but de cette étude était d'évaluer les répercussions de l'âge sur la prévalence des complications obstétricales et néo-natales chez les parturientes de 40 ans et plus.

Il s'agissait d'une étude rétrospective descriptive de 11 ans allant du 1er janvier 2007 au 31 décembre 2017 dans le CS Réf CV de Bamako.

Durant la période de notre étude le nombre total de femmes en grossesse était de 84234(9,37%), parmi lesquelles 83594 avaient moins de 40 ans et 640 avaient 40ans et plus soit 0,76%.

Le nombre d'accouchement était 81944 chez les moins de 40 ans et 503 chez les femmes de plus de 40 ans soit une fréquence de 0,78%.

Les hémorragies du 3ieme trimestres sont accentuées chez les femmes des 40ans et plus soit 10,47% ; 5,94% contre 1,74% et 0,42%.

Une grossesse tardive est également une situation à risque autant pour le bébé que pour la mère.

Une consultation prénatale minutieuse et rigoureuse reste la seule option essentielle pour limiter donc les conséquences.

**Mots clés :** Grossesse, accouchement, femmes de 40 ans et plus.



## **SERMENT D'HIPPOCRATE**

*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'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 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 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 !**

## FICHE SIGNALÉTIQUE

**Nom : DOUMBIA**

**Prénom : Brahima**

**E-mail : [brahimdoumbia882@gmail.com](mailto:brahimdoumbia882@gmail.com) Tel : 78-72-25-24**

**Ville de soutenance : Bamako (Mali)**

**Pays d'Origine : Mali**

**Titre de Thèse : Grossesse et accouchement chez les femmes de 40 ans et plus au centre de sante de référence de la commune 6 (CSREF CUI) de Bamako**

**Lieu de dépôt : Bibliothèque de la Faculté de Médecine et d'Odonto-Stomatologie**

**Année Universitaire 2019-2020**

**Secteur d'intérêt: Gynécologie-obstétrique.**

### **Résumé :**

Les grossesses tardives sont devenues un sujet de préoccupation dans les pays occidentaux, et ce depuis plus de 20 ans, en raison de leur constante augmentation et des risques qu'elles peuvent comporter. Le but de cette étude était d'évaluer les répercussions de l'âge sur la prévalence des complications obstétricales et néo-natales chez les parturientes de 40 ans et plus.

Il s'agissait d'une étude rétrospective descriptive de 11 ans allant du 1er janvier 2007 au 31 décembre 2017 dans le CS Réf CV de Bamako.

Durant la période de notre étude le nombre total de femmes en grossesse était de 84234(9,37%), parmi lesquelles 83594 avaient moins de 40 ans et 640 avaient 40ans et plus soit 0,76%.

Le nombre d'accouchement était 81944 chez les moins de 40 ans et 503 chez les femmes de plus de 40 ans soit une fréquence de 0,78%.

Les hémorragies du 3ieme trimestres sont accentuées chez les femmes des 40ans et plus soit 10,47% ; 5,94% contre 1,74% et 0,42%.

Une grossesse tardive est également une situation à risque autant pour le bébé que pour la mère.

Une consultation prénatale minutieuse et rigoureuse reste la seule option essentielle pour limiter donc les conséquences.

**Mots clés :** Grossesse, accouchement, femmes de 40 ans et plus.

