



Article original

Pronostic des grossesses à un âge maternel avancé : Une étude cas témoins en Tunisie

Prognosis of pregnancies at an advanced maternal age: A case-control study in Tunisia

S Houda*¹, D Kawther¹, A Haythem¹, T Amel¹

Résumé

Introduction : De nos jours, plusieurs femmes choisissent de différer le début de leur maternité. Ainsi, la population des parturientes âgées a évolué.

Le principal objectif était d'analyser les pathologies fœtales et maternelles pouvant être liées à un âge maternel supérieur ou égal à 40 ans dans le contexte socio-économique actuel.

Méthodologie : Il s'agissait d'une étude rétrospective comparative type cas – témoin, menée au service de gynécologie obstétrique de l'hôpital Mongi Slim la Marsa, sur une période de deux ans allant du 1er janvier 2016 au 31 décembre 2017. Nous avons constitué deux groupes de patientes :

Groupe 1 : groupe patientes ou cas : Toute femme enceinte à un âge ≥ 40 ans hospitalisée dans notre service au cours de cette période.

Groupe 2 : groupe témoins : Pour chaque patiente incluse dans G1 et qui a accouché dans notre service le témoin correspondant était la première femme âgée de moins de 40 ans et qui a accouché juste après; pour chaque patiente incluse dans G1 et qui a été prise en charge dans le service durant la période d'étude au premier ou au deuxième trimestre, le témoin était la femme enceinte âgée de moins de 40 ans hospitalisée juste après. Nous avons comparé les deux groupes ainsi constitués en termes de caractéristiques

épidémiologiques, de qualité du suivi prénatal, de l'issue de la grossesse, et de l'issue néonatale.

Résultats : Deux cent quatre-vingt parturientes âgées de 40 ans et plus ont été hospitalisées dans notre service. Nous n'avons pas observé de différence significative entre le taux de primipares dans les deux groupes de parturientes : 20,3% dans G1 contre 25,7% dans G2 ; $p=0,223$. Le taux des anomalies chromosomiques fœtales était significativement élevé en cas d'âge maternel élevé. Ainsi, les trois cas de trisomie 21 de notre étude étaient tous observés dans G1. Nous avons relevé que le taux de pathologies gravidiques était significativement plus élevé dans G1, soit 82,3% contre 54,1% dans G2 ; $p \leq 10^{-3}$. Des différences significatives ont principalement été observées au-delà du deuxième trimestre. Un taux de mort fœtale in utero de 2,5% dans G1 contre 0,7% dans G2 ($p = 0,178$) ; un taux de diabète gestationnel de 25,5% dans G1 contre 27,7% dans G2 ($p=0,681$) ; un taux des troubles hypertensifs de 11,8% dans G1 contre 6,6% dans G2 ($p = 0,077$) ; un taux de rupture prématurée des membranes de 40% dans G1 contre 18,06% dans G2 ($p \leq 0,001$) ; un taux de terme avancé de 11% dans G1 contre 30% dans G2 ($p \leq 0,001$). De même, la morbidité materno fœtale était significativement plus élevée chez les parturientes de plus de 40 ans. En effet, le taux de prématurité était

de 15,8% dans G1 contre 6,6% dans G2 ($p=0,003$) et le taux d'accouchement par césarienne était de 66,9% dans G1 avec comme principale indication la primiparité ; contre 55,5% dans G2 ($p=0,079$).

Conclusion : La grossesse à un âge supérieur ou égal à 40 ans doit continuer à être considérée comme une grossesse à risque élevé.

Mots-clés : Tunisie, Grossesse à haut risque, morbidité, âge maternel, issue grossesse.

Abstract

Background: Nowadays, many women choose to postpone the start of their motherhood. Thus, the population of elderly parturients has evolved.

The main objective was to analyze the fetal and maternal pathologies that may be related to a maternal age greater than or equal to 40 years in the current socio-economic context.

Methodology: This was a retrospective case-control study conducted in the Gynecology and Obstetrics Department of the Mongi Slim la Marsa Hospital over a two-year period from January 1, 2016 to December 31, 2017. We established two groups of patients:

Group 1: patient group or case: Any pregnant woman at age ≥ 40 years hospitalized in our service during this period.

Group 2: control group: For each patient included in group 1 and who gave birth in our department, the corresponding control is the first woman under 40 years of age who gave birth just after and for each patient included in group 1 and who was cared for in the service during the study period in the first or second trimester, the witness is the pregnant woman aged under 40 who was hospitalized immediately thereafter.

We compared the two groups thus constituted in terms of epidemiological characteristics, quality of prenatal follow-up, outcome of pregnancy, and neonatal outcome.

Results: Two hundred and eighty women aged 40 and over were hospitalized in our ward. We did not observe a significant difference between the

primiparous rate in the two groups of parturients: 20.3% in G1 against 25.7% in G2; $p = 0.223$. The rate of fetal chromosomal abnormalities was significantly elevated in the case of a high maternal age. Thus, the three trisomy 21 cases in our study were all observed in G1. We observed that the rate of pregnancy-related diseases was significantly higher in G1, ie 82.3% versus 54.1% in G2; $p \leq 10^{-3}$. Significant differences were mainly observed after the second quarter. A fetal death rate in utero of 2.5% in G1 versus 0.7% in G2 ($p = 0.178$); a gestational diabetes rate of 25.5% in G1 versus 27.7% in G2

($p = 0.681$); a rate of hypertensive disorders of 11.8% in G1 against 6.6% in G2

($p = 0.077$), a premature membrane rupture rate of 40% in G1 versus 18.06% in G2 ($p \leq 0.001$), an advanced term rate of 11% in G1 versus 30% in G2 ($p \leq 0.001$) Similarly, fetal maternal morbidity was significantly higher among parturients over 40 years of age. In fact, the rate of prematurity was 15.8% in G1 against 6.6% in G2 ($p = 0.003$) and the rate of delivery by caesarean section was 66.9% in G1 with the main indication primiparity; against 55.5% in G2 ($p = 0.079$).

Conclusion: Pregnancy at age 40 or older should continue to be considered a high-risk pregnancy.

Keywords: Tunisia, High risk- pregnancy, morbidity, maternal age, pregnancy outcome.

Introduction

Le terme de grossesse tardive s'applique à toute grossesse survenant après 35 ans et à fortiori après 40 ans [1]. Malgré la baisse de la fécondité observée à partir de l'âge de 35 ans, le nombre de grossesses survenant après 40 ans ne cesse d'augmenter [2], au point de représenter actuellement un phénomène social mondial [3].

L'augmentation de l'âge des parturientes a longtemps été jugée comme préoccupante et est qualifiée de « véritable problème » de santé publique. En effet, les premières études portant sur le sujet datent des

années soixante-dix [4] et s'accordent sur le fait que les grossesses tardives s'individualisent par l'augmentation des divers risques maternels et fœtaux [3].

De nos jours, nombreuses femmes choisissent de différer le début de leur maternité pour des raisons professionnelles, éducationnelles ou sociales. Ainsi, la population des parturientes âgées a évolué : autrefois plutôt multipares de bas niveau socio-économique, maintenant de plus en plus, des primipares de niveau social et culturel assez élevé [5]. En conséquence, les données publiées dans les années soixante-dix et quatre-vingt sont peu superposables au contexte actuel.

Dans ce sens, nous avons mené ce travail dont l'objectif principal était d'analyser le pronostic materno-foetal des grossesses à un âge supérieur ou égal à 40 ans dans le contexte socioéconomique actuel.

Méthodologie

Il s'agissait d'une étude rétrospective comparative type cas – témoin menée dans le service de gynécologie obstétrique du centre hospitalo-universitaire Mongi Slim la Marsa, sur une période de deux ans allant du 1er janvier 2018 au 31 décembre 2019.

Dans ce travail nous avons comparé deux groupes de patientes :

- Groupe 1 : groupe patientes ou cas
- Groupe 2 : groupe témoins

Pour constituer le premier groupe de patientes nous avons adopté les critères suivants :

Critères d'inclusion :

Toute femme enceinte à un âge ≥ 40 ans hospitalisée dans notre service entre le 1er janvier 2016 et le 31 décembre 2017.

Critères de non inclusion :

Femme enceinte à un âge ≥ 40 ans non hospitalisée dans le service durant la période de l'étude (exemple : prise en charge en externe uniquement soit aux urgences ou aux consultations prénatales ou à l'unité de diagnostic anténatal...)

Femme âgée de 40 ans et plus, hospitalisée dans

notre service durant la période d'étude en dehors de la grossesse ou au delà du 42ème jour post partum ou abortum.

Critères d'exclusion :

Femme enceinte à un âge ≥ 40 ans, hospitalisée dans le service durant la période d'étude mais sortie contre avis médical ou évadée.

Pour constituer le groupe témoin nous avons adopté la méthodologie suivante :

- Pour chaque patiente incluse dans G1 et qui a accouché dans notre service le témoin correspondant est la première femme âgée de moins de 40 ans et qui a accouché juste après.
- Pour chaque patiente incluse dans G1 et qui a été prise en charge dans le service durant la période d'étude au premier ou au deuxième trimestre, le témoin est la femme enceinte âgée de moins de 40 ans hospitalisée juste après.

Nous avons comparé nos résultats à ceux publiés dans la littérature.

Les données recueillies ont été transcrits sur un fichier Excel puis analysées à l'aide du logiciel XLSTAT, Addinsoft version 2018.

Résultats

Au cours de la période d'étude, 280 parturientes âgées de 40 ans et plus ont été hospitalisées dans notre service, dont 227 accouchements. Ces parturientes de G1 ont été comparées à un même nombre de G2.

Le nombre d'accouchement de G1 était de 227/5062 soit 4,4% du total d'accouchements pris en charge dans notre service.

L'âge moyen des patientes de G1 était de 41,44 [40-47] ans contre 28,45 [18-39] ans dans G2. Cette différence était significative ; $p \leq 0,001$.

La gestité moyenne dans G1 était de 4 [1-11] contre 3 [1-8] dans G2. Cette différence était significative ; $p \leq 0,001$.

La parité moyenne dans G1 était de 3 [0-7] contre 2 [0-5] dans G2. Cette différence était

Le taux de suivi prénatal (au moins 2 consultations) était de 79,6% dans G1 contre 80,7% dans G2. Cette

différence n'était pas significative ; $p=0,832$.

L'échographie du premier trimestre était réalisée dans 77,5 % des cas dans G1 contre 87,4% dans G2. Cette différence était significative avec $p=0,003$.

Le dépistage de diabète gestationnel était réalisé uniquement dans 59% des cas dans G1 contre 75% dans G2. Cette différence était significative avec $p=0,002$.

Nous avons mis en évidence 3 cas d'anomalies morphologiques dépistées lors de l'échographie T2 dans G1 contre aucun cas dans G2.

Un cas d'anomalie de la fosse postérieure avec hypoplasie du cervelet, un cas d'une agénésie rénale unilatérale et un cas de lisencéphalie.

Nous avons étudié les complications survenues au cours du premier trimestre, elles sont détaillées dans le tableau I.

Les complications du premier trimestre étaient plus fréquentes dans G1 par rapport à G2

Cette différence n'était pas significative avec $p=0,931$.

Concernant les complications survenues au cours du deuxième et troisième trimestre, elles sont détaillées dans le tableau II.

Nous avons noté 187 grossesses pathologiques dans G1 contre 123 dans G2.

Ainsi, le taux global de grossesses pathologiques était plus important dans G1 avec une différence significative $p \leq 0,001$.

Le terme gestationnel moyen à l'accouchement était de 39 [28-42] SA dans G1 contre 39 [28-42] SA dans G2. Cette différence n'était pas significative avec $p=0,826$.

Le taux global de prématurité était significativement plus important dans G1 avec $p=0,003$.

Le taux de terme avancé était de 11% dans G1 contre 30% dans G2. Cette différence était significative $p \leq 0,001$.

Nous avons par ailleurs étudié la voie d'accouchement des parturientes de notre étude.

Les résultats sont illustrés dans le tableau III.

Dans le premier groupe, le taux d'accouchement par césarienne itérative était significativement plus important que dans G2. Par contre, le taux

d'accouchement par césarienne en urgence était significativement plus élevé dans le deuxième groupe de l'étude.

Tableau I : Répartition des complications du premier trimestre entre les deux groupes de notre étude.

	G1	G2	p
Avortement en cours	11 (3,9%)	9 (3,2%)	0,820
Grossesse arrêtée	19 (6,7%)	10 (3,5%)	0,126
Grossesse sur cicatrice	1 (0,3%)	0	
GEU	11 (3,9%)	10 (3,5%)	1
Traitement médical	7	4	0,507
Traitement chirurgical	4	6	0,507
Total	42 (15%)	29 (10,3%)	0,931

Tableau II : Relation entre les complications du deuxième et du troisième trimestre et l'âge avancé :

	G1	G2	P
ITG	4 (1,4%)	2 (0,7%)	0,681
Indication :	3T21 lisencéphalie	2 RPM avant 26 SA	
MFIU	7 (2,5%)	2 (0,7%)	0,178
DG	58 (25,5%)	63 (27,7%)	0,681
-Sous régime	20	39	0,003
-Sous insuline	38	24	0,003
-Sans retentissement	26	48	$\leq 0,001$
-Avec retentissement	32	15	$\leq 0,001$
Pré éclampsie	27 (11,8%)	15 (6,6%)	0,077
RPM	91 (40%)	41 (18%)	$\leq 0,001$
Total	187 (82,3%)	123 (54,1%)	$\leq 0,001$

ITG : interruption thérapeutique de la grossesse, DG : diabète gestationnel, RPM : rupture prématurée des membranes.

Tableau III : Répartition des parturientes de l'étude en fonction de la voie d'accouchement

	G1	G2	P
Accouchement par césarienne :	152 (66,96%)	133 (58,59%)	0,079
-En dehors du travail	111	55	$\leq 0,001$
-Au cours du travail	41	78	$\leq 0,001$
Voie basse	75 (33,03%)	94 (41,4%)	0,079
Total	227	227	

Discussion

Dans notre étude, nous avons observé un taux élevé de primiparité au-delà de l'âge de 40 ans. D'ailleurs, nous n'avons pas observé de différence significative entre le taux de primipares dans les deux groupes de parturientes : 20,3% dans G1 contre 25,7% dans G2 ; $p=0,223$. Ceci est en accord avec l'évolution démographique et socio-économique du pays.

Dans notre étude, le taux d'anomalies chromosomiques fœtales était significativement élevé en cas d'âge maternel élevé. Ainsi, les trois cas de trisomie 21 de notre étude étaient tous observés dans G1.

Nous avons observé que le taux de pathologies gravidiques était significativement plus élevé chez le groupe de parturientes âgées de 40 ans et plus : 82,3% dans G1 contre 54,1% dans G2 avec $p \leq 0,001$.

Des différences significatives ont principalement été observées au-delà du deuxième trimestre :

- Un taux de mort fœtale in utero de 2,5% dans G1 contre 0,7% dans G2 ;
- $p = 0,178$
- Un taux de diabète gestationnel de 25,5% dans G1 contre 27,7% dans G2 ; $p = 0,681$.
- Un taux des troubles hypertensifs de 11,8% dans G1 contre 6,6% dans G2 ;
- $p = 0,077$.
- Un taux de rupture prématurée des membranes de 40% dans G1 contre 18% dans G2 ; avec une différence significative $p \leq 0,001$.
- Un taux de terme avancé de 11 % dans G1 contre 30% dans G2 ; avec une différence significative $p \leq 0,001$.

De même, la morbidité maternelle et fœtale était significativement plus élevée dans le groupe des parturientes âgées (G1) :

- Le caractère comparatif avec une étude type cas-témoin
- Le nombre conséquent de cas avec un total de 560 parturientes réparties entre deux groupes (280 cas par groupe).

Par ailleurs, le principal point faible du point de vue méthodologique était directement lié au caractère

rétrospectif. Ainsi, au cours de la collecte des données, nous avons été mis en difficulté par l'insuffisance des informations figurant sur les dossiers cliniques. En particulier, et ayant comme seule source de données, les dossiers d'hospitalisation ou d'accouchement, beaucoup d'informations concernant les résultats des examens réalisés en externe, au cours du suivi prénatal (comme les sérologies, les marqueurs sériques, le calcul de risque des aneuploïdies...). Nous sommes conscients que ces informations manquantes, ont limité certains aspects de l'étude et occasionné des biais dans l'analyse.

Ceci dit, la majorité des études portant sur le sujet, même les plus récentes sont rétrospectives. Citons comme exemple, l'étude canadienne publiée en 2017 [6] : une méta analyse avec une revue systématique de la littérature des effets de l'âge maternel sur l'issue de la grossesse. Toutes les études incluses par les auteurs sont rétrospectives : 63 études de cohorte et 12 études cas-témoins. Les rares études prospectives publiées [7] sont à faible nombre de cas.

Le terme de grossesse tardive ne fait pas consensus : 40 ans en France, plutôt après 35 ans pour les anglo-saxons [1]. La fédération internationale de gynécologie obstétrique, définit en 1958 la primipare âgée comme une femme âgée de 35 ans et plus, cette définition n'a eu de cesse d'évoluer avec le recul de l'âge à la maternité. Alors où et comment situer la limite d'âge qui donnerait à la grossesse son caractère tardif ?

Dans la littérature, les seuils récemment utilisés pour définir un âge maternel avancé sont différents. Wang Z et al. en Chine [8] fixent le seuil à 40 ans. Phadungkiatwattana P et al. en Thaïlande [9], élèvent le seuil à 45 ans. Pour notre travail, nous avons opté pour le seuil de 40 ans. En effet, la population tunisienne connaît comme partout dans le monde un recul de l'âge de la femme au mariage.

Durant la période de l'étude, nous avons pris en charge 227 accouchements de femmes âgées de plus de 40 ans. Ainsi, dans notre maternité, le taux de l'accouchement à un âge avancé était de 4,4%. Ce taux est équivalent aux taux publiés dans la littérature

[2,8].

Durant la période d'étude, 79,6% des patientes de plus de 40 ans ont eu au moins 2 consultations prénatales contre 80,7% des patientes de G2 . Ces constatations sont contradictoires avec d'autres études plus anciennes tel que celle de Ferchichi K et al. [4]. L'amélioration de la qualité du suivi prénatal observée dans notre étude peut s'expliquer de plusieurs manières :

- L'amélioration des taux de couverture sociale avec accès plus généralisé à l'activité professionnelle.
- L'accès plus facile aux structures de soins.
- L'amélioration du niveau socio culturel des femmes et la connaissance de l'importance du suivi prénatal et les risques de la grossesse à un âge avancé.

La qualité du suivi prénatal était cependant jugée meilleure dans le groupe témoin et ceci peut être expliqué par le fait que le nombre de primipares y était plus important.

D'une manière générale, le fait que la qualité du suivi prénatal soit meilleure chez les jeunes parturientes est une constatation régulièrement rapportée dans la littérature [10].

Le taux de fausses couches spontanées objectivé dans notre étude était de 3,9% dans G1 et de 3,2% dans G2 ; $p=0,821$.

Il est reconnu dans la littérature que la fréquence des avortements augmente avec l'âge. Selon Beguéri F et al. [11], après 40 ans, l'équilibre hormonal se modifie. Les perturbations endocriniennes mises en évidence par les explorations hormonales montrent un degré d'insuffisance lutéale, facteur d'un mauvais équilibre hormonal gravidique.

Dans notre série, le taux de grossesse extra utérine était de 3,9% dans G1 contre 3,5% dans G2 sans différence significative ; $p=1$.

Dans la littérature, les résultats diffèrent beaucoup selon les auteurs, dans le registre Danois [12] le risque de grossesse extra utérine est plus important après 40 ans de l'ordre de 7% contre 1,7% entre 20 et 24 ans, par contre l'étude de Cissé M et al. [13] ne retrouve pas d'association entre la survenue de grossesse extra-utérine et l'âge maternel.

Rappelons que les facteurs de risques de grossesse extra utérine sont multiples et que l'âge seul est loin d'être le facteur le plus important. De même, nous sommes conscients du biais de sélection dans notre étude, impliquant la non inclusion des cas de GEU traitées médicalement et prises en charge en externe.

Le risque d'aberrations chromosomiques fœtales augmente considérablement dès l'âge de 35 ans pour atteindre 2 à 3% à 40 ans ; la trisomie 21 en représente la moitié. Selon l'étude de Roman H et al. [14], les aberrations chromosomiques sont mises en évidence dans 1,1% dans le groupe des patientes âgées de 40 ans et plus contre 0,2% dans le groupe des patientes de moins de 40 ans et la différence était significative. En Tunisie, comme ailleurs (notamment en France) l'amniocentèse est proposée dans certaines circonstances bien précises notamment en cas d'un calcul de risque d'aneuploïdie qui s'avère élevé.

En ce qui concerne notre étude, nous n'avons pas pu récupérer les résultats détaillés des marqueurs sériques T1 et T2 et du coup nous n'avons pas pu étudier le risque prénatal d'aneuploïdie. Par contre à travers les dossiers d'interruption thérapeutique de grossesse nous avons trouvé 3 cas (1%) de trisomie 21 dans G1 et aucun cas dans G2 avec une différence significative ; $p<0,050$.

La quasi- totalité des études mettent en évidence une augmentation de la fréquence du diabète gestationnel au cours des grossesses tardives. La prévalence du diabète gestationnel était globalement 3 fois plus élevée chez les femmes âgées selon les différentes séries publiées dans la littérature [15 ,16]. Dans notre étude, et contrairement aux auteurs, nous n'avons pas objectivé un sur- risque de diabète chez les femmes de 40 ans et plus.

La plupart des études rapportent une augmentation significative de la survenue d' HTA gravidique dès l'âge de 40 ans [5 ,17].

L'analyse de ces résultats est rendue difficile par le manque de précision des critères relevés (inclusion des HTA préexistantes, HTA comprises dans la pré-éclampsie et parités non séparées), expliquant probablement autant d'écarts entre les auteurs.

Dans notre étude, 11,8 % de cas de troubles hypertensifs de la grossesse ont été mis en évidence dans le groupe des femmes âgées contre 6,3% dans le groupe des femmes jeunes. A noter que dans notre étude, nous avons défini les troubles hypertensifs comme tout chiffre tensionnel élevé découvert au cours de la grossesse ceci dit nous avons inclus l'HTA chronique et la pré éclampsie.

La rupture prématurée de la poche des eaux est survenue dans 40% des cas dans G1 contre 18,06% des cas dans G2 et la différence était significative ; $p \leq 0,001$.

La fréquence des ruptures prématurées des membranes reste élevée chez les femmes d'âge avancé pour la majorité des auteurs [10,18].

Ceci nous semble logique étant donné que dans la physiopathologie de la rupture prématurée des membranes nous trouvons des facteurs idiopathiques dont essentiellement l'âge avancé et des facteurs locaux concernant l'état des membranes qui se fragilisent par des causes directement liées à l'âge (avitaminoses, ischémie...).

Au total, dans notre étude, 82,3% des parturientes âgées avaient présenté des complications gravidiques (toute pathologie confondue) contre 54,1% chez les parturientes plus jeunes avec une différence significative ; $p \leq 0,001$.

Ce taux de dysgravidie global observé dans cette étude demeure cependant très élevé ce qui dénote d'un important biais de sélection encore une fois lié au fait que cette étude soit menée dans une structure de référence de deuxième niveau.

Afin, d'évaluer au mieux si l'âge représente un facteur de risque de survenue de dysgravidie il faudrait compléter par une étude type régression logistique permettant d'éliminer les facteurs confondants.

Dans notre étude, le taux de prématurité était plus important dans G1 (15,8% Vs 6,6%) avec une différence significative $p \leq 0,001$. Cependant les résultats des études publiées sont différents. Une étude récente publiée en 2018 [19] montre que même après ajustement pour tenir compte des facteurs de confusion, l'âge maternel avancé (40 ans et plus)

était associé à la prématurité et qu'un âge maternel de 30 à 34 ans était associé au plus faible risque de prématurité. Cette étude prend en considération la prématurité induite et spontanée.

Par contre une étude publiée en 2016 [20] montre que l'âge maternel avancé n'est pas associé à une morbidité majeure chez les nouveau-nés prématurés à la sortie des unités de soins intensifs néonataux.

Le taux d'accouchement par voie basse dans notre étude était significativement abaissé dans le groupe des femmes âgées (33,3% contre 41,4 % dans G2). Ce fait est confirmé par les différentes publications et ce quelle que soit la parité [14,15, 21].

Toutes les études s'accordent sur le fait que le taux d'accouchement par césarienne chez les femmes âgées est supérieur à celui des femmes plus jeunes. Celui-ci était de 66,96% dans notre étude, il est estimé de 30% en France et de 43% aux USA.

Ce taux semblait encore plus élevé chez les primipares (58,8 % versus 20,8% chez les multipares) [2]. Les causes permettant d'expliquer ce taux de césarienne chez les femmes de 40 ans et plus étaient multiples : utérus fibromateux, antécédents de myomectomie, une pathologie gravidique, anomalies de la présentation, macrosomie, travail long et dystocique, mais l'âge lui-même est cité comme facteur de risque indépendant. Le comportement de l'obstétricien et l'anxiété de la gestante jouaient certainement un rôle non négligeable selon les constatations de Peipert J et al. [22].

Indépendamment du facteur âge nous devons discuter le taux important de césarienne mis en évidence dans les deux groupes de notre étude. Il s'agit d'une épidémie nationale et aussi mondiale. Rappelons que depuis 2003, la tendance est à la stabilisation, autour de 21%, comme le montre l'enquête nationale périnatale de 2010) [17] : «le taux de césarienne (21%) n'a pas augmenté de manière significative entre les deux enquêtes [de 2003 et 2010], que ce soit dans la population entière, comme dans des groupes particuliers, ce qui suggère une attitude générale de contrôle, pour limiter le nombre de césariennes.»

Même si notre structure est une structure de référence de deuxième niveau avec un taux de grossesses à

haut risque élevé ; théoriquement nous ne pouvons pas justifier d'un taux aussi élevé de césarienne. Beaucoup d'indications retrouvées devraient être revues comme la notion de primipare âgée. De même, nous devons travailler à mettre en place les moyens nécessaires pour la maturation cervicale comme les prostaglandines.

Conclusion

L'analyse de nos résultats et la revue de la littérature nous ont permis de conclure que la grossesse à un âge supérieur ou égal à 40 ans doit continuer à être considérée comme une grossesse à risque maternel et fœtal. Ainsi, nous recommandons de planifier les grossesses chez ces femmes en insistant sur un bilan préconceptionnel afin de détecter les pathologies médicales ou gynécologiques associées à cet âge ou de pouvoir équilibrer une pathologie préexistante.

*Correspondance

Salah Houda

houdasalah603@yahoo.fr

Disponible en ligne : 02 Janvier 2021

1 : Service de Gynécologie obstétrique de l'hôpital Mongi Slim La Marsa, Tunisie

© Journal of african clinical cases and reviews 2020

Conflit d'intérêt : Aucun

Références

- [1] Mosby's medical dictionary. 8 ème édition. Maryland Heights: Elsevier;2009.
- [2] Ehrmann DA. Polycysticovary syndrom. *N Engl J Med.* 2005;352:1223-36.
- [3] Murgia P, Rao-Camemi V, Cadili G, Pregnancy and delivery after 40 years of age. *Minerva Ginecol.* 1997;49:377-81.
- [4] Palliez R, Delecour M, Monnier J, Begueri Y, Dalage B, Roussek M. La grande multipare antécédents-évolution et complications de la gestation. *Arch Gynecol Obst.* 1971;70(3):317-32.
- [5] Guedes M, Canavarro MC. Characteristics of primiparous women of advanced age and their partners:a homogenous or heterogenous group? *Int J Childbirth.* 2014;41:46-55.
- [6] Lean SC, Derricott H, Jones RL, Heazell AP. Advanced maternal age and adverse pregnancy outcomes: a systematic review and meta-analysis. *PLoS One.* 2017;17:12-9.
- [7] McIntyre SH, Newburn-Cook CV, O'Brien B, Demianczuk NN. Effect of older maternal age on the risk of spontaneous preterm labor:a population-based study. *Health Care Women Int.* 2009;30(8):670-89.
- [8] Wang Z, Li L, Lei XY, Xue J, Mi HY. Effect of advanced maternal age on birth defects and postnatal complications of neonates. *Zhongguo Dang Dai Er Ke Za Zhi.* 2016;18(11):1084-9.
- [9] Phadungkiatwattana P, Rujivejpongsathron J, Tunsatit T, Yanase Y. Analyzing pregnancy outcomes in women of extremely advanced maternal age (> or = 45 years). *J Med Assoc Thai.* 2014;97(1):1-6.
- [10] Audipot B, Arnaud F. Accouchement et complications après 35 ans. *J Gynecol Res.* 2014;32(4)13-6.
- [11] Begueri F. La grossesse et l'accouchement après la quarantaine. [Thèse]. Lille: Médecine; 1973. 120p.
- [12] Andersen AM, Wohlfahrt J, Christens P, Olsen J. Maternal Age and fetal loss: population based register linkage study. *Br J Med Res.* 2000;320:1708-12.
- [13] Cissé M. Grossesse et accouchement après 40 ans. [Thèse]. Mali: Médecine; 2000. 180p.
- [14] Roman H, Robillard P, Julien C, Kaufmann E, Laffitte A, Gabriele M. Grossesse chez 382 femmes de plus de 40 ans: étude rétrospective dans la population de l'île de la réunion. *Arch Gynecol Obstet.* 2004;33:615-22.
- [15] Bianco A, Stone J, Lynch L, Lapinski R, Berkowitz G, Berkowitz R. Pregnancy outcome at age 40 and older. *Arch Obstet Gynecol.* 1996;87:917-22.
- [16] Vercellini P, Zuliani G, Rognoni MT, Trespidi L, Oldani L, Cardinal A. Pregnancy at 40 and over:a case control study. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* 1993;48:191-5.

- [17] Enquête Nationale Périnatale 2010, Tableaux de chiffres. Les naissances en 2010 et leur évolution depuis 2003. Paris: Elsevier;2011.
- [18] Buamo-Bamanga SF, Gnekoumou AL, Nki Houabonga G, Oyere Moke P, Ekoundzola JR. Les problèmes posés par un accouchement chez une primipare âgée au CHU de Brazaville. *Med Afr Noire*. 2004;51(12):637-42.
- [19] Fuchs F, Monet B, Ducruet T, Chaillet N, Audibert F. Effect of maternal age on the risk of preterm birth: A large cohort study. *PLoS One*. 2018;13(1):123-9 years and above . *J Human Reproduction*. 1999;14(3):833-7.
- [20] Eventov S, Zisk RY, Nosko S, Bar B. Maternal age and outcome of preterm infants at discharge from the neonatal intensive care unit. *Int J Gynaecol Obstet*. 2016;132(2):196-9.
- [21] Ben Khedher L. Le pronostic fœto-maternel des grossesses après 40 ans. [Thèse]. Tunis: Médecine; 1992. 210p.
- [22] Peipert JF, Bracken MB . Maternal age an independant risk factor for cesarean delivery. *Arch Gynecol Obstet*. 1993;81:200-5.

Pour citer cet article :

S Houda, D Kawther, A Haythem, T Amel. Pronostic des grossesses à un âge maternel avancé : Une étude cas témoins en Tunisie. *Jaccr Africa 2021; 5(1): 1-9*