

Particularités de la grossesse et de l'accouchement chez la femme de 40 ans et plus : À propos de 300 cas

Asma Jnifen, Anis Fadhlou, Anis Chaker, Fethi Zhioua

Service de Gynécologie Obstétrique et de Médecine de la reproduction de l'hôpital Aziza

A. Jnifen, A. Fadhlou, A. Chaker, F. Zhioua

A. Jnifen, A. Fadhlou, A. Chaker, F. Zhioua

Particularités de la grossesse et de l'accouchement chez la femme de 40 ans et plus : À propos de 300 cas

Particularities of pregnancy and labor in 40 -year-old women About 300 cases

LA TUNISIE MEDICALE - 2010 ; Vol 88 (n°11) : 829 - 833

LA TUNISIE MEDICALE - 2010 ; Vol 88 (n°11) : 829 - 833

RÉSUMÉ

Prérequis: La grossesse chez la femme de 40 ans et plus constitue pour les obstétriciens une grossesse à haut risque, du fait des risques materno-fœtaux qu'elle comporte.

But : Analyser les particularités de la grossesse et de l'accouchement et évaluer la prévalence des complications obstétricales et néonatales chez les parturientes de plus de 40 ans.

Méthodes : étude rétrospective comparative entre deux groupes de 300 patientes chacun, le 1er constitué de femmes de 40 ans et plus, le second constituant le groupe témoin et incluant celles de moins de 40 ans.

Résultats : L'âge moyen de nos patientes était de 41 ans. Le taux de primiparité était de 10.3% dans le groupe étudié contre 26.7% dans le groupe témoin ($p < 0.001$). La qualité du suivi prénatal était meilleure dans le groupe témoin. L'échographie morphologique était pratiquée dans 73% des cas chez les femmes de plus de 40 ans contre 90% dans le groupe témoin ($p < 0.001$). Un diabète gestationnel était plus fréquemment observé chez la parturiente âgée (6.4% versus 1.7%, $p < 0.001$). La rupture prématurée de la poche des eaux était plus fréquente au cours de la grossesse tardive (25.7% versus 11.7% $p < 0.001$), ainsi que le liquide amniotique teinté à la rupture de la poche des eaux (16.3% versus 6.7%, $p < 0.001$). Le taux de césarienne était plus élevé dans le groupe des femmes de plus de 40 ans (25.7% versus 14% avec $p < 0.001$). Aucune différence entre les deux groupes en matière de score d'Apgar, de poids de naissance et de mortalité néonatale n'a été notée.

Conclusion : L'analyse de nos résultats et la revue de la littérature nous ont permis de dégager les problèmes posés par la grossesse au delà de 40 ans et de proposer certaines recommandations qui nous paraissent utiles pour en améliorer la prise en charge

SUMMARY

Background: Pregnancy beyond age 40 is considered as a high risk pregnancy associated with high rates of maternal and fetal complications.

Aim: To analyze particularities of pregnancy and labor and to examine obstetrical and neonatal outcomes among women age 40 years and older.

Methods : There was a retrospective study including two groups of 300 patients, the first including the 40 -year- old and over women (case group), and the second including 20-to 39 -year -old mothers (control group).

Results: The mean age for the case group was 41 years. Ten (10.6%) of the women in the case group were primiparous as compared with twenty-seven (27.5%) in the control one ($p=0.001$). The antenatal surveillance was better in the control group. The morphologic sonography was performed in 73% of cases of 40-year -old -women versus 90% in the control group ($p < 0.001$). Maternal age 40 and over was associated with an increased risk for gestational diabetes (6.4% versus 1.7%, $p < 0.001$). The premature rupture of membranes was frequent in the case group (25.7% versus 11.7% $p < 0.001$), and the amniotic fluid meconium (16.3% versus 6.7%, $p < 0.001$). The risk for cesarean section was higher in older women (25.7% versus 14% avec $p < 0.001$). Neonatal outcomes (Apgar score, birth weight, perinatal mortality) were similar to those in the younger age group.

Conclusion: The analysis of our results and the review of the literature have proven that advanced-maternal-age-pregnancy is associated with increased complications. So some recommendations' are necessary to ameliorate the management of this pregnancy.

Mots-clés

Grossesse haut risque - Age supérieur ou égal à 40 ans - césarienne

Key- words

High risk pregnancy -Age 40 and over-cesarean section

خصوصيات الحمل والولادة عند المرأة التي يناهز سنها الأربعين- دراسة حول 300 حالة

الباحثون : أسماء جنيقان - أنيس فضلاوي - أنيس شاكور - فتحي زهيو

الهدف من هذه الدراسة هو استعراض خصائص الحمل والولادة عند المرأة ما فوق الأربعين وتقييم المضاعفات التي تتعرض لها الأم والجنين. اشتملت دراستنا على 300 امرأة. استنتجنا أن أهم المخاطر الخاصة بهؤلاء المرض هي مرض السكري والتمزق المبكر للكيس المائي ونسبة أكبر في إجراء العملية القيصرية. من خلال هذه الدراسة أردنا أن نتصرف على المضاعفات الخاصة لهذا الحمل واتخاذ مجموعة من التوصيات لتحسين الإحاطة به

الكلمات الأساسية : حمل خطير - سن ما فوق الأربعين - قيصرية

Le terme de grossesse tardive s'applique à toute grossesse survenant après 35 ans et à fortiori après 40 ans. Ces grossesses constituent, et ce depuis plus de 20 ans environ, un sujet de préoccupation, tant par leur fréquence en constante augmentation que par les risques qu'elles comportent. En effet, le déroulement des grossesses tardives est grevé d'une morbidité materno-fœtale avec risque malformatif à caryotype normal passant de 3.5% vers l'âge de 20 ans à 5% au delà de 40 ans, d'aberration chromosomique pouvant atteindre 2 à 3% à 40 ans, de mort fœtale-in-utero multiplié par 2 dans les différentes séries publiées, de toxémie gravidique, de diabète gestationnel touchant 7% de la population âgée de plus de 40 ans et par une mortalité maternelle qui demeure préoccupante car importante par rapport aux femmes jeunes de 20 à 30 ans.

Nous nous proposons à travers cette étude, d'analyser le cours et l'issue des grossesses tardives et d'évaluer le pronostic materno-fœtal afin de dégager une conduite à tenir pratique à l'égard de ces grossesses.

PATIENTES ET MÉTHODES

Notre étude est rétrospective comparative entre deux groupes de 300 patientes chacun, le 1er constitué de femmes enceintes de 40 ans et plus, le second constituant le groupe témoin, incluant celles de moins de 40 ans. Ont été exclues de l'étude, toutes les patientes âgées de moins de 20 ans pour le groupe témoin (les pathologies associées à un âge inférieur à 20 ans peuvent constituer un biais de sélection).

Les paramètres recueillis étaient les caractéristiques générales et obstétricales des 2 groupes, les paramètres liés au travail et l'accouchement et finalement les paramètres néonataux.

Au cours de l'analyse statistique nous avons eu recours au test de Chi-deux pour la comparaison des pourcentages, au test de Student pour la comparaison de moyennes. Nous avons choisi une valeur de $p < 0.05$ comme seuil de signification.

RÉSULTATS

L'âge moyen des patientes était de 41 ans. La parité moyenne était de 3. Le taux de primiparité était de 10.3% contre 26.7% dans le groupe témoin ($p < 0.001$).

Pour le suivi de la grossesse, 52% des femmes de 40 ans et plus ont consulté au 1er trimestre. Certes ce taux est significativement supérieur à celui de la population témoin (46.3%) mais 13% des patientes âgées n'ont eu aucune consultation durant toute la grossesse. Le suivi échographique était significativement meilleur dans le groupe de femmes de moins de 40 ans. Une échographie morphologique a été réalisée chez 73% des femmes de 40 ans et plus contre 90% des cas dans le groupe témoin ($p < 0.05$). Paradoxalement dans le sous groupe des primipares âgées, le suivi semble meilleur (81% d'entre elles ont eu 3 consultations prénatales, 80% ont consulté au 1er trimestre, 87% ont eu au moins 2 échographies dont une morphologique) que celui des multipares âgées. L'amniocentèse était pratiquée dans 5.7% des cas dans le groupe de femmes âgées de 40 ans et plus contre 0.7% des cas

dans le groupe témoin. Elle a permis le diagnostic de 3 cas de trisomie 21 alors qu'aucun cas n'a été retrouvé dans le groupe témoin. Ce taux faible de pratique de l'amniocentèse s'explique par le mauvais suivi de la grossesse, par les réticences et le refus des patientes (crainte de pertes fœtales, croyance...) et probablement par l'absence d'information adéquate. On n'a pas constaté de différence entre les deux groupes d'étude en matière de survenue d'HTA gravidique. Cependant, le diabète gestationnel était plus fréquemment observé dans la population âgée de 40 ans et plus. (Tableau 1)

Tableau 1 : Caractéristiques épidémiologiques et suivi prénatal des deux populations d'étude

	Groupe étudié (≥40 ans)	Groupe témoin (<40 ans)	p
Age moyen	41 ans [40 à 51 ans]	30 ans [20 à 39 ans]	-
5Primiparité	10.3%	26.7%	<0.001
Multiparité	64.4%	67.7%	<0.001
Grande multiparité (>5)	25.3%	5.6%	<0.001
Mariage non consanguin	82.7%	17.3%	0.09
Stérilité I aire	3.7%	2.4%	0.23
Stérilité II aire	4%	0.3%	0.002
< 3 consultations			
prénatales (CPN)	27.3	18	0.06
> 3 CPN	72.7	82	0.06
Réalisation des sérologies	67.3	85.7	<0.001
infectieuses			
Réalisation Echo morpho	73	90	<0.001
Diabète gestationnel	6.4%	1.7%	<0.001
Toxémie gravidique	5.3	6.3	0.36
Menace d'accouchement		2.7	0.5
prématurée	2.4		
Placenta preavia	1.3	1	0,5
Mort fœtale -in- utero	0.7	1.7	0.56
Hématome retro	0.3	0.3	1
placentaire			

L'entrée en travail était spontanée dans la majorité des cas (94.7% versus 95.7%, $p=0.56$). On n'a pas trouvé de différence significative entre les deux groupes en matière de durée du travail, quoique la durée de la phase de latence fût significativement plus longue chez les primipares âgées par rapport aux multipares. La fréquence de la présentation de siège était significativement plus élevée dans la population âgée. Une rupture prématurée de la poche des eaux a été constaté dans 25.7% des cas dans le groupe de femmes âgées de 40 ans et plus contre 11.7% des cas dans le groupe témoin ($p < 0.001$).

Le liquide amniotique était teinté dans 16.3% des cas dans le groupe des femmes âgées de 40 ans et plus contre 6.7% des cas dans le groupe témoin ($p<0.001$).

Le taux d'extraction par césarienne était significativement plus élevé dans le groupe de femmes âgées de 40 ans et plus (25.7% vs 14%, $p<0.001$). Les indications étaient dominées par les utérus multi cicatriciels.

Dans le post-partum, nous avons relevé 9 cas d'atonie utérine dans le groupe des 40 ans et plus, contre deux cas dans le groupe témoin. La durée d'hospitalisation était supérieure à deux jours dans 30% des cas dans le groupe étudié (14.3% dans le groupe témoin, $p<0.001$).

En ce qui concerne les nouveaux-nés, un score d'Apgar inférieur à 6 a été retrouvé dans 3% des cas dans le groupe étudié contre 1% dans le groupe témoin sans que la différence ne soit significative.

Il n'y avait pas de différence significative entre les deux groupes en matière d'accouchement prématuré. Nous n'avons pas trouvé de différence en ce qui concerne les poids de naissance ou la mortalité néonatale (tableau 2).

Tableau 2 : Caractéristiques du travail et de l'accouchement et paramètres néonataux

	Groupe étudié (≥40 ans)	Groupe témoin (<40 ans)	p
Présentation de sommet	93.7	98.3	0.005
Présentation de siège	4.8	1.7	0.03
Rupture prématurée des Membranes	25.7	11.7	<0.001
Liquide amniotique teinté	16.3	6.7	<0.001
Taux de césarienne	25.7	14	<0.001
Score d'Apgar 0	1.7	2	0.61
Score d'Apgar 1-6	3	1	0.07
Hypotrophie fœtale	19	18.3	0.45
Macrosomie fœtale	18	12	0.06
Hypoglycémie néonatale	4.7	-	<0.001
Cardiopathie	0.3	-	0.5
Malformations	0.3	-	0.5
Trisomie 21	1	-	0.12
Infection néonatale	0.3	0.3	1
Détresse respiratoire	2.7	1.3	0.11

DISCUSSION

Le désir de grossesse à 40 ans et au-delà est un phénomène social actuel comme l'atteste l'augmentation du nombre d'accouchements de femmes de plus de 40 ans. Actuellement, nombreuses sont les femmes qui consultent pour un désir de grossesse après 40 ans et la situation du gynécologue interrogé n'est pas très confortable, il est donc intéressant d'essayer de

savoir si une grossesse après 40 ans, de nos jours, est à haut risque maternel et fœtal ou pas.

La quasi-totalité des études mettent en évidence une augmentation de la fréquence du diabète gestationnel au cours des grossesses tardives. Sa prévalence est globalement 3 fois plus élevée chez la femme âgée selon les différentes séries publiées dans la littérature [1, 2, 11, 13, 19]. Dans notre étude, on a constaté, significativement, plus de diabète gestationnel chez les patientes de 40 ans et plus. Il a été également constaté que dès 40 ans, et contrairement à nos résultats, la fréquence d'HTA (hypertension artérielle) gravidique, était augmentée dans la majorité des séries [1, 18, 19]. Cependant l'analyse des 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. Concernant la pathologie placentaire, il s'est avéré dans notre série que la différence de fréquence du placenta prævia entre les deux groupes d'étude n'était pas significative. Plusieurs études [1, 18, 19] rapportent des fréquences similaires, alors que Gilbert et al [2] et Ananth [8] ont constaté respectivement un risque relatif de placenta prævia multiplié par 8 et par 9 chez les primipares âgées de 40 ans et plus par rapport aux plus jeunes. Pour le déroulement du travail, notre étude tout comme celle de Kirz [3] et Adashek [11], ne trouvait pas de différence significative, concernant la durée du travail, entre les deux groupes d'étude. Cependant, la durée de la phase de latence était significativement plus longue (>12 heures) dans le sous groupe des primipares âgées. Cette notion a été rapportée par plusieurs études [6, 7].

Une rupture prématurée de la poche des eaux est survenue dans 25.7% des cas dans le groupe de femmes âgées de 40 ans et plus contre 11.7% des cas dans le groupe témoin ($p<0.001$) et le liquide amniotique était teinté à la rupture de la poche des eaux dans 16.3% des cas dans le groupe étudié contre 6.7% des cas dans le groupe témoin ($p<0.001$). Selon Roman [14], le liquide amniotique teinté était retrouvé dans 29.4% des cas dans le groupe de patientes de plus de 40 ans versus 16.7% dans le groupe témoin sans que la différence ne soit significative. Aucun lien de causalité n'a été établi entre l'âge et une prévalence plus élevée de liquide amniotique teinté.

Pour le type de présentation au cours du travail, nos résultats rejoignent ceux de Kirz [3] qui a constaté plus de présentation de siège chez les parturientes âgées et une différence significative comparativement au groupe témoin, alors que Roman [14] ne trouvait pas de différence significative quand à la fréquence de la présentation de siège entre le groupe de patientes âgées par rapport aux plus jeunes.

Toutes les études s'accordent sur le fait que le taux de césarienne chez les femmes de plus de 40 ans était supérieur à celle des femmes plus jeunes. Celui-ci était de 25% dans notre étude, il est estimé à 30% en France et 43% aux USA.

Ces taux plus élevés intéressaient et selon la majorité des auteurs, aussi bien les césariennes à froid que celles faites au cours du travail [1, 14, 15, 16, 18].

Dans l'étude de Roman [14], le taux de césariennes en urgence passait de 10.6% chez les patientes de 40 ans et plus à 5.6%

chez les femmes jeunes avec une différence significative. Dans l'étude récente de Jahromi et al [19], le taux d'extraction par césarienne en urgence était de 60.7% contre 32.3% dans le groupe témoin, la différence était significative.

Ecker J.L [18] a rapporté un taux de césariennes "prophylactiques" après 40 ans de 21.1% contre 3.6 % avant 25 ans. L'augmentation du taux de césariennes en urgence pouvait être expliquée par une incidence supérieure d'anomalies du rythme cardiaque fœtal pendant le travail, par une incidence élevée de présentation de siège chez les grandes multipares âgées [1, 3, 17, 18].

Alors que l'augmentation du taux de césariennes prophylactiques était expliquée par les présentations dystociques (siège et autres), la macrosomie fœtale, les antécédents chirurgicaux (myomectomie), le placenta prævia et les pathologies médicales associées et les utérus multicatriciels.

Les hémorragies de la délivrance seraient plus fréquentes dès l'âge de 35 ans, en particulier chez la primipare, en raison d'une tendance à l'atonie utérine. Selon Prysak [6], cette fréquence était de 1.1 % chez les femmes de 40 ans et plus contre 0.2 % chez les femmes de moins de 30 ans. Nous avons recensé 9 cas d'inertie utérine dans le groupe étudié contre seulement 2 cas dans le groupe témoin sans que la différence ne soit significative. Concernant le volet néonatal, il a été constaté que les aberrations chromosomiques fœtales augmentent 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 [14], les aberrations chromosomiques étaient retrouvées dans 1.1% dans le groupe des patientes âgées de 40 ans et plus contre 0.2% dans le groupe témoin et la différence était significative. Une relation a été également évoquée entre l'âge et d'autres anomalies chromosomiques (trisomies 13 et 18, anomalies des chromosomes sexuels) [9]. L'augmentation progressive de l'âge des parturientes a eu comme résultat l'augmentation de la prévalence de la trisomie 21, d'environ 35% entre 1981 et 1995 [12].

Ceci étant, seulement trois cas de trisomie 21 étaient retrouvés dans la population étudiée et aucun cas dans la population témoin.

La prématurité semble également plus fréquente chez les primipares âgées mais les résultats des études publiées sont variables. Dans notre étude, il n'y avait pas de différence significative entre les deux groupes en matière d'accouchement prématuré. Yasin et Beydoun [7] montraient qu'après 40 ans le taux de prématurité était plus élevé chez les primipares (36.8 %)

par rapport aux multipares (13.6 % ; $p < 0.02$), mais que dans les deux cas, il était plus élevé que chez les femmes de moins de 40 ans. L'étude de Gilbert et al [2] qui comportait l'effectif le plus important (24 032 femmes de 40 ans et plus) confirmait cette augmentation de la prématurité par rapport à un groupe contrôle de 20-29 ans, aussi bien chez les primipares (14.1 % de naissances avant 37 SA contre 9.1 % dans le groupe témoin) que chez les multipares (13.7 versus 10.3 %).

Les scores d'Apgar étaient légèrement inférieurs et le taux de transfert en pédiatrie en particulier en unité de soins intensifs était plus élevé chez les primipares âgées. Jahromi et al [19], retrouvaient un Apgar <7 dans 17.3% dans le groupe des patientes âgées de plus de 40 ans versus 11% dans le groupe témoin et la différence était significative. Alors que Bianco [1] ne trouvait pas de différence significative avec un taux de 0.9%. Le taux de détresse respiratoire néonatale était multiplié par deux chez les femmes de plus de 40 ans dans notre série et la différence était significative entre les deux groupes. La fréquence d'admission en unité de réanimation néonatale était de 8,42% pour Bianco [1] et de 12% pour Kirz [3], fréquence significativement plus élevée par rapport au groupe témoin.

Le taux de mortalité néonatale était variable en fonction des séries avec une tendance à l'augmentation mais sans significativité statistique; la meilleure prise en charge des grossesses et des nouveau-nés a sans doute permis une amélioration des résultats. Dans notre étude, on n'a pas relevé de différence significative pour le taux de mortalité entre les deux groupes d'étude. Darbois et Boulanger [10] rapportaient une mortalité périnatale de 30/1 000, après 40 ans soit 2.5 fois plus élevée que chez l'ensemble des accouchées.

CONCLUSION

La grossesse tardive exige un suivi obstétrical rigoureux et, en cas de pathologies associées, une prise en charge pluridisciplinaire, bien que certaines patientes (surtout parmi les grandes multipares) soient susceptibles de ne pas respecter le programme de surveillance anténatale.

Une grossesse tardive est peut être difficile mais n'est ni une catastrophe ni une aventure périlleuse sous réserve d'une information éclairée des patientes, d'un dépistage précoce des pathologies associées et d'une surveillance rigoureuse de la grossesse et du travail.

Les patientes doivent bénéficier d'une information précise et d'un suivi médical et obstétrical attentif pour mener à bien un tel projet

Références

1. Bianco A, Stone J, Lynch L, Lapinski R, Berkowitz G, Berkowitz R. Pregnancy outcome at age 40 and older. *Obstet Gynecol* 1996; 87: 917-922.
2. Gilbert W, Nesbitt T, Danielson B. Childbearing beyond Age 40 pregnancy outcome in 24032 cases. *Obstet Gynecol* 1999; 93: 9-14.
3. Kirz DS, Dorchester W, Freeman RK. Advanced maternal age:

the mature gravida. *Am J Obstet Gynecol* 1985; 152: 7-12.

4. Tuck R, Yudking P, Turnbull L. Pregnancy outcome in elderly primigravida with and without a history of infertility. *Br J Obstet Gynaecol* 1988; 95: 230-237.
5. Flierh R. Management of the elderly primigravida. *Obstet Gynecol* 1956; 8: 494-499.
6. Prysak M., Lorenz RP., Kisly A. Pregnancy outcome in

- nulliparous women 35 years and older. *Obstet. Gynecol* 1995; 85: 65-70.
7. Yasin S, Beydoun S. Pregnancy outcome at 20 weeks gestation in women in their 40: case control study. *J Reprod Med* 1988; 33: 209-213.
8. Ananth CV, Wilcox AJ., Avitz DA et al. Effect of maternal age and parity on the risk of uteroplacental bleeding disorders in pregnancy. *Obstet Gynecol* 1996; 88: 511-6.
9. Belaisch-Allart J, Lafay-Pillet MC, Taurelle R. Les grossesses après 40 ans. *Reprod Hum Horm* 1991; 4: 176-180
10. Darbois Y, Boulanger MC. Les grossesses survenant après 40ans sont-elles à haut risque. *Rev Fr Gynecol Obstet* 1990; 85: 158-160.
11. Adashek JA, Peaceman AM Lopez JA, Minog JP, Min D, Socol ML. Factors contributing to the increased cesarean birth rate in older parturient women. *Am J Obstet Gynecol* 1993; 168 : 936-40.
12. Edge VL, Laros RK. Pregnancy outcome in nulliparous women aged 35 or older. *Am J Obstet Gynecol* 1993; 168: 1881-5.
13. Bréart G. Delayed childbearing. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 1997; 75: 71-3.
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. *Gynecol Obstet Biol Reprod* 2004; 33: 615-622.
15. Ziadeh S, Yahaya A. Pregnancy outcome at age 40 and older. *Arch Gynecol Obstet* 2001; 265: 30-3.
16. Gareen IF, Morgenstern H, Greenland S, Gifford DS. Explaining the association of maternal age with Cesarean delivery for nulliparous and multiparous women. *J Clin Epidemiol* 2003; 56: 1100-10.
17. Heffner LJ, Elkin E, Fretts RC. Impact of labor induction, gestational age, and maternal age on cesarean delivery rates. *Obstet Gynecol* 2003; 102: 287-93.
18. Ecker JL, Chen KT, Cohen AP, Riley LE, Lieberman ES. Increased risk of cesarean delivery with advancing maternal age: indications and associated factors in nulliparous women. *Am J Obstet Gynecol* 2001; 185: 883-7.
19. Jahromi BN, Hussein Z. Pregnancy outcome at maternal age 40 and older. *Taiwan J Obstet Gynecol* 2008; 47 -3.