

DEVENIR DE L'ACCOUCHEMENT AUX ÂGES EXTRÊMES DE LA VIE REPRODUCTIVE

P.M. TEBEU (1,2), A.L. MAJOR (2,3), F. LUDICKE (3), M.T. OBAMA (4), L. KOUAM (1), A.S. DOH (1)

RÉSUMÉ : Objectif : Les accouchements chez les adolescentes et chez les femmes âgées sont associés à un taux de risques élevé. L'objectif de cette étude fut de tester l'hypothèse selon laquelle l'issue de l'accouchement serait comparable aux âges extrêmes de la vie reproductive.

Méthodologie : Les accouchements de 99 adolescentes âgées de 16 ans et moins et ceux de 183 femmes âgées de 40 ans et plus, reçues au CHU de Yaoundé du 01/01/1991 au 31/12/2000, ont été analysés en ce qui concerne les complications.

Résultats : Certains risques sont comparables chez les adolescentes et chez les femmes de la quarantaine, par exemple, l'accouchement par césarienne, la mortinatalité, et le retard de croissance intra-utérine. D'autres risques sont significativement plus élevés chez les adolescentes, à savoir : le post-terme, la prématurité, et la souffrance fœtale néo-natale. Le risque de macrosomie est par contre, très majoré chez la parturiente âgée par rapport à l'adolescente.

Conclusion : Pour certains risques, les parturientes adolescentes et celles de la quarantaine sont entièrement comparables. D'autres risques sont significativement majorés par l'âge avancé ou l'adolescence seule. Des unités communes de suivi spécialisé pourraient être envisagées pour ces deux catégories de la population en insistant particulièrement sur certains aspects spécifiques à chaque groupe.

OUTCOME OF DELIVERY AT EXTREME AGES OF REPRODUCTIVE LIFE

SUMMARY : Background: Deliveries in adolescents and in elderly are separately known as associated with high fetal and maternal risks. The purpose of this study was to test the hypothesis that the outcome of deliveries might be comparable in these distinct age groups.

Population and methods : The deliveries of 99 adolescents aged 16 and under were compared with that of 183 women aged 40 years and above with respect to complications of the delivery and the outcome of pregnancy. Data collection was retrospective using delivery room registers from 01/01/1991 to 31/12/2000.

Results : Some risks were comparable in both groups as delivery by caesarean section, intra uterine growth retardation, and stillbirth. Other risks were significantly higher in teenagers as post-term delivery, premature delivery, and neonatal fetal distress. The risk of macrosomia was significantly higher in aged women.

Conclusion : There are risks that are similar in both extremes of age. Other risks are higher particularly in teenagers or in aged women. A common prenatal care unit can be used for these two categories of population, but a few different practices will have to be considered according to the specific age group.

KEYWORDS : *Extreme age – Delivery – Risk.*

INTRODUCTION

Les grossesses chez les femmes aux âges extrêmes de la vie reproductive sont considérées comme des grossesses à hauts risques (1, 2, 3, 4). La littérature rapporte des taux élevés de complications de l'accouchement et du devenir de la grossesse pour ces deux groupes de femmes par rapport à celles âgées d'une vingtaine d'années (3, 5, 6). Théoriquement sur la base des préjudices vasculaires marqués par l'hypoartérialisation évoquée chez l'adolescente (7), et la baisse du flux sanguin utéroplacentaire observé chez la femme âgée (8), on pourrait s'attendre à des risques comparables aux deux extrêmes. Une appréciation de l'importance du risque entre les deux groupes peut contribuer à la planification des soins obstétricaux communs dans le but de prévenir les risques et de réduire les coûts. Même si des études ont été faites sur les accouchements aux âges extrêmes de la vie reproductive, elles sont toutes isolées et aucune ne compare simultanément les deux catégories de la population. Dès lors, en s'appuyant sur le

fondement théorique et sur la base des études isolées chez les adolescentes et chez les femmes âgées, on peut exprimer le besoin d'une étude comparative sur le devenir de l'accouchement aux âges extrêmes de la vie reproductive.

MÉTHODOLOGIE

Les accouchements de 99 adolescentes âgées de 16 ans et moins furent comparés avec ceux de 183 femmes âgées de 40 ans et plus, en ce qui concerne les complications de l'accouchement et le devenir de la grossesse. Les femmes ont toutes été accouchées dans notre maternité et aucun compte n'est tenu du lieu où le suivi prénatal a été fait. La collecte des données fut rétrospective à partir des registres de la salle d'accouchement du 01/01/1991 au 31/12/2000. Les principaux risques maternels pris en compte dans cette étude étaient le recours à la césarienne; la survenue d'une déchirure du col ou du périnée, ou d'une hémorragie de postpartum. Les principaux risques fœtaux étaient : l'accouchement prématuré, le post-terme, la survenue de macrosomie, de souffrance fœtale néonatale, de mort fœtale intrautérine (RCIU) à terme avec moins de 2500 grammes à plus de 37 semaines de gestation. Le test de Chi² fut utilisé pour la comparaison des taux, une correction de Yates

(1) Département de Gynécologie-Obstétrique, Hôpitaux Universitaires Yaoundé (CHU). (2) Département de Gynécologie-Obstétrique, Hôpitaux Universitaires Genève (HUG). (3) Fondations pour Recherches Médicales - Genève. (4) Département de Pédiatrie, Hôpitaux Universitaires Yaoundé-Cameroun(CHU).

étant effectuée pour les petits nombres. Le test t de Student fut utilisé pour la comparaison des moyennes. Une différence était considérée comme significative pour une valeur de p inférieure à 0,05.

RÉSULTATS

Les adolescentes ont un âge qui varie entre 12 et 16 ans, avec une moyenne à 15,5 (DS : 0,9) ans. Elles viennent à 95 % pour leur premier accouchement. Les femmes de la quarantaine ont un âge qui varie entre 40 et 46 ans avec une moyenne de 41,1 (DS : 1,5) ans. 84 % des femmes âgées sont des grandes multipares, avec une parité moyenne de 7 et un maximum de 12.

RISQUES COMPARABLES AUX DEUX EXTRÊMES DE LA VIE REPRODUCTIVE

Risque absolument identique

Nous avons trouvé que la mortalité est absolument identique pour les deux groupes de femmes avec un taux de 11,88 %.

Risques peu majorés chez les ≤ 16 ans

Le tableau I nous montre des risques fœtaux et maternels comparables aux deux extrêmes de la vie reproductive ou peu majorés chez les adolescentes. En effet, les taux de gémellité, de retard de croissance intra-utérine, d'accouchement par césarienne, de recours au forceps, de survenue d'une hémorragie du post-partum ou d'une déchirure du col, même s'ils sont trois à cinq fois plus élevés chez les adolescentes, ne sont pas significativement différents des taux retrouvés chez les femmes de la quarantaine.

Risques peu majorés chez les 40 ans et plus

Le tableau II présente le recours aux ocytociques chez les parturientes aux âges extrêmes de la vie reproductive indépendamment de l'indication qui pourrait être à but d'une induction, d'une stimulation ou de contrôle d'une hémorragie du post-partum. Les risques de recours aux ocytociques sont comparables aux deux extrêmes, mais légèrement plus élevés chez les femmes âgées. Il n'y a pas eu d'utilisation de Misoprostol chez les parturientes adolescentes.

RISQUES MAJORÉS DE FAÇON SIGNIFICATIVE CHEZ LES ADOLESCENTES

Le tableau III présente des risques significativement majorés chez les adolescentes par rapport aux femmes âgées. Les risques fœtaux comme l'accouchement post-terme, l'accouchement prématuré et la souffrance fœtale néonatale sont, de façon significative, plus élevés chez les adolescentes par rapport aux parturientes de la quarantaine. Les risques maternels, en l'occurrence, le recours à l'épisiotomie et la survenue d'une déchirure du périnée sont aussi significativement élevés.

Le tableau IV montre que le poids moyen de naissance et l'âge de la grossesse sont réduits chez l'adolescente en comparaison aux parturientes de la quarantaine avec une différence statistiquement significative.

RISQUES ÉLEVÉS DE FAÇON SIGNIFICATIVE CHEZ LES PARTURIENTES ÂGÉES

Le tableau V présente, le risque de macrosomie qui est très élevé chez la parturiente âgée. Le taux d'accouchement d'un fœtus par une parturiente de la quarantaine est de neuf fois celui de la parturiente adolescente.

TABLEAU I : RISQUES PEU MAJORÉS CHEZ LES ≤ 16 ANS

Risques	≤ 16 ans		Valeur relative à ≥ 40 ans	
	Ratios	%		
Foetaux	Gémellité	3/99	3,03	1,848
	RCIU	8/88	9,091	1,388
Maternels	César.	18/99	18,182	1,141
	Ventouse	5/98	5,102	4,668
	Forceps	3/98	3,061	-
	Déch. col	3/98	3,061	2,801
	HPP	5/99	5,051	2,186

HPP = hémorragie post partum ; RCIU = Retard de croissance intra utérine; César = césarienne; Déch. Col = Déchirure du col;
% = pourcentage de la survenue du risque.

TABLEAU II : RISQUES PEU MAJORÉS CHEZ LES 40 ANS ET PLUS

Risques	≥ 40 ans		Valeur relative à ≤ 16 ans
	Ratios	%	
Misoprostol	3/183	1, 64	-
Ocytocine	51/183	27, 869	1, 20

% = pourcentage de recours aux ocytociques

TABLEAU III : RISQUES ÉLEVÉS DE FAÇON SIGNIFICATIVE CHEZ LES ADOLESCENTS

Risques	≤ 16 ans		≥ 40 ans		Signification		
	Ratios	%	Ratios	%	Chi²	P	
Foet	SA>42	6/90	6, 667	2/170	1, 176	4, 25	= 0, 039
	SA<37	30/90	33, 333	18/170	10, 585	88, 12	< 0, 001
	Apgar1':1-6	14/101	13, 861	10/179	5, 87	5, 64	= 0, 017
Mater	Episio	26/98	26, 531	4/183	2, 186	39, 66	< 0, 001
	Déch péri	21/99	21, 212	12/183	6, 557	13, 35	< 0, 001

SA = semaines d'aménorrhée; Déch. Péri. = déchirure du périnée; Foet = Foetaux; Mater = maternels; % = pourcentage des différents risques

TABLEAU IV : AUTRES RISQUES ALTÉRÉS DE FAÇON SIGNIFICATIVE CHEZ LES ADOLESCENTES

Risques	≤ 16 ans		≥ 40 ans		Signification	
	N	M	N	M	t	P
SA	90	37, 36	170	39, 03	3, 7659	< 0, 046
Poids Foetal	100	2836, 52	183	3217, 83	4, 5192	< 0, 001

SA = semaines de grossesse; N = nombre; M = moyenne

TABLEAU V : RISQUES ÉLEVÉS DE FAÇONS SIGNIFICATIVE CHEZ LES PARTURIENTES ÂGÉES

Risques	≤ 16 ans		≥ 40 ans		Signification	
	N	M	N	M	t	P
PF ≥ 4000 g	1/100	1, 00	16/183	8, 743	5, 56	= 0, 018

PF = Poids foetal, % = pourcentage de foetus macrosomes

DISCUSSION

Nous avons réalisé une étude rétrospective des complications des accouchements dans une série d'adolescentes de 16 ans ou moins et une série de 183 parturientes de 40 ans ou plus. Cette étude nous permet de retrouver des complications dont certaines sont similaires, d'autres légèrement ou significativement majorées dans

une des séries de la population de l'étude. Certaines sources de biais sont présentes. D'abord, les parturientes de la quarantaine sont à 84 % des grandes multipares alors que les adolescentes sont à 95 % des nullipares à l'admission; ensuite, les complications n'ont pas été stratifiées par l'âge à l'accouchement, ou les paramètres anthropométriques comme l'âge, la

taille, le poids de la parturiente. De plus, le caractère rétrospectif nous empêche de disposer des données obstétricales comme la menace d'accouchement prématurée avec le recours éventuel aux tocolytiques, et, enfin, les contributions évoquées sur les mécanismes de survenue et les attitudes de prise en charge des différents vices ne sont que des hypothèses. Cette étude n'a pas la prétention de couvrir tous les aspects de ce sujet, mais, étant rétrospective, son mérite est de dégager le profil des différents risques obstétricaux aux âges extrêmes de la vie reproductive. Elle ouvre la piste à des recherches prospectives afin de mieux préciser ces risques et leurs causes et de déterminer les mesures à adopter devant les différents phénomènes observés.

Les résultats de cette étude nous montrent que le taux de mortinatalité de 11,88 % est comparable dans les deux groupes. Ce taux est nettement supérieur au taux général de 5 pour 1000 naissances rapporté dans la littérature (9). Le taux de souffrance fœtale, le taux d'accouchement en post-terme, et de prématurité, sont majorés de manière significative chez les adolescentes de notre série, et peuvent expliquer le risque élevé de mortinatalité à l'adolescence. D'après la littérature, l'étiologie de la mortinatalité reste obscure dans 12 à 50 % des cas (10, 11, 12). Toutefois, le pauvre statut socio-économique, les possibilités d'anémie nutritionnelle, le suivi pré-natal inadéquat, les infestations parasitaires et bactériennes sont communs dans les pays en voie de développement et peuvent être des co facteurs de mortinatalité (13, 14, 15).

Cette étude nous montre que le taux de césarienne de 15 à 18 % est comparable dans les deux groupes. Lui aussi est nettement supérieur à celui de 7 à 10 % couramment rapporté par les auteurs dans les accouchements en général (16, 17). Le post-terme, la prématurité, et la souffrance fœtale sont des facteurs de risque d'accouchement par césarienne chez l'adolescente. Cependant, la nulliparité, l'immaturité utérine et ostéo-articulaire restent des cofacteurs plausibles de risque d'accouchement par césarienne. Chez la parturiente âgée, la macrosomie est rencontrée, de manière significative, plus fréquemment par rapport aux adolescentes. Bien que le taux de 8,74 % soit comparable, voire inférieur à celui de 10 % rapporté par la littérature, il n'en demeure pas moins qu'elle est une cause connue de césarienne, ce que l'on observe dans 24 % de cas (18, 19).

Quelle que soit l'indication de la césarienne, le problème qu'elle pose reste particulièrement préoccupant dans la mesure où la récurrence reste

élevée même en Europe et aux Etats Unis avec des taux de 40 à 60 % parmi les 60 % des femmes avec utérus cicatriciel qui sont éligibles pour une épreuve de cicatrice (20, 21).

Nous trouvons que la fréquence de retard de croissance intra-utérine de 6,5 à 9 %, est comparable dans les deux groupes étudiés. Des auteurs rapportent des taux de 13 % dans la population générale en absence d'obésité chez la parturiente (22).

La fréquence d'hémorragie du post-partum est relativement plus élevée chez les parturientes adolescentes alors qu'on se serait attendu à l'inverse, car les femmes âgées sont à 84 % des grandes multipares. Il est possible que le recours à l'ocytocine et au misoprostol plus fréquemment retrouvé chez les parturientes âgées agisse comme prophylaxie anti-hémorragique efficace dans ces cas. La fréquence élevée d'accouchement prématuré chez les adolescentes suppose le recours fréquent aux tocolytiques qui non seulement inhibent le travail prématuré, mais exposent aussi la patiente aux hémorragies de délivrance par l'atonie utérine et la rétention du placenta qu'ils engendrent (23).

Nous avons trouvé qu'une parturiente sur trois accouche prématurément si elle est adolescente contre une sur dix lorsqu'elle a atteint l'âge de 40 ans. D'autres auteurs avaient déjà rapporté ce risque élevé chez l'adolescente (24). La survenue du risque particulièrement à l'adolescence amène à évoquer l'hypothèse selon laquelle l'immaturité dont les adolescentes font état soit un facteur de risque biologique pour l'accouchement prématuré (25).

Le taux d'accouchement post-terme de 6,67 % chez les adolescentes est de loin supérieur au taux de 1,17 % retrouvé chez les parturientes âgées. L'hypoartérialisation utérine chez l'adolescente évoquée par certains auteurs (7), peut contribuer à la survenue du retard de croissance intra-utérine, du post-terme, et même, de la prématurité.

CONCLUSION

Les parturientes adolescentes et celles de la quarantaine ont un taux absolument identique de mortinatalité. D'autres risques sont aussi comparables dans les deux groupes d'âge. Certains risques sont significativement majorés à l'adolescence. Seule, la macrosomie est majorée de manière isolée à l'âge avancé par rapport à l'adolescence. Des unités communes de suivi obstétrical pourraient être envisagées pour ces deux catégories de la population avec une insistance particulière sur certains aspects spécifiques à chaque groupe.

RÉFÉRENCES

1. Yoder BA, Young MK.— Neonatal outcomes of teenage pregnancy in a military population. *Obstet Gynecol*, 1997, **90**, 500-6
2. Grimes DA, Gross GK.— Pregnancy outcomes in black women aged 35 and older. *Obstet Gynecol*, 1981, **58**, 614, 20
3. Murgia P, Rao Cameni V, Cadili G.— Pregnancy and delivery after 40 years of age. *Minerva Gynecol*, 1997, **49**, 377-81
4. Tebeu PM, Kouam L, Obama AMT et al.— Quel serait l'âge de la parité précoce chez les adolescentes au Cameroun ? 5 années d'expérience / CHU-Yaoundé (Cameroun). *Med Afr N*. 2002, **49**, 417- 424
5. Wessel H, Cnattingus S, Bergstrom S et al.— Maternal risk factors for preterm birth and low birthweight in cape verde. *Acta Obstet Gynecol Scand*, 1996, **75**, 360-6
6. Reichman NE, Pagnini DL— Maternal age and birth outcomes : data from New Jersey. *Fam Plann Perspect*, 1997, **29**, 268-72
7. Unfer V, Piazzè Garnica J, Di Benedetto MR et al.— Pregnancy in adolescents. A case control study. *Clin Exp Obstet Gynecol*, 1995, **22**, 161-3
8. Abzug MJ.— Maternal factors affecting the integrity of the late gestational placental barrier to murine enterovirus infection. *J Infect Dis*, 1977, **176**, 41-9
9. Marc HI, David AM, Ramin S. et al. — Stillbirth evaluation : what tests are needed ? *Am J Obstet Gynecol*, 1988, **178**, 1121-5
10. Morrison I, Olsen J.— Weight-specific stillbirths and associate causes of death : an analysis of 765 stillbirths. *Am J Obstet Gynecol*, 1985, **152**, 975-80
11. Pitkin RM.— Fetal death : diagnosis and management. *Am J Obstet Gynecol*, 1987, **157**, 583-9
12. Fretts RC, Boyd ME, Usher RH et al.— The changing pattern of fetal death, 1961-1968. *Obstet Gynecol*, 1992, **79**, 35-9
13. Anthony V, Cande VA, John CS et al.— The impact of prenatal care on post -neonatal deaths in the presence and absence of ante natal high risk conditions. *Am J Obstet Gynecol*, 2002, **187**, 1258-62
14. Siriel NM, Ernest NW, Lennarth N et al.— Effectiveness of primary level ante-natal care in decreasing anaemia at term in Tanzania. *Acta Obstet Gynecol Scand*, 1999, **78**, 573-579
15. Leké RF, Djokam RR, Mbu R et al. — Detection of the plasmodium falciparum antigen histidine rich protein 2 in blood of pregnant women : implication for diagnosing placental malaria. *J Clin Microbiol*, 1999, **37**, 2992-6
16. Anate M, Akeredolu O.— Pregnancy outcome in elderly primigravidae at University of Ilorin Teaching Hospital. Nigeria. *East Afr J Med*, 1996, **73**, 548-51
17. Yeast JD, Jones A, Poskin M.— Induction of labor and the relationship to caesarean section delivery : A review of 7001 consecutive cases of inductions. *Am J Obstet Gynecol*, 1999, **180**, 628-633
18. William FR, Jun Z.— Rising rates of labor induction : present concerns and future strategies. *Obstet Gynecol*, 2002, **100**, 164-167
19. Kirk S, Christy K, Irvin E. et al.— Maternal birth weight and cesarean delivery in four race-ethnic groups. *Am J Obstet Gynecol*, 2002, **182**, 1363-70
20. Bensaid F, Filali A, Moussaoui.— Accouchement des utérus cicatriciels à la Maternité des Orangers. A propos de 200 cas. *Rev Fr Gynecol Obstet*, 1996, **91**, 217-222
21. Thomas JY, Thomas EN.— Vaginal birth after caesarean section : A reappraisal of risk. *Am J Obstet Gynecol*, 1989, **161**, 1119-23
22. Djoro F, Megnigbeto OA, De Souza J et al.— Influence of maternal weight on pregnancy outcome in Cotonou (Benin). *J Gynecol Obstet Biol Reprod*, 2002, **183**, 243-7
23. Roberto R, Yu Chiung H., Apostolos PA et al.— Preterm delivery : A risk factor for retained placenta. *Am J Obstet Gynecol*, 1990, **163**, 823-5
24. Marai W, Lakew Z.— Pregnancy outcome in elderly primigravidae at University of Ilorin Teaching Hospital, Nigeria. *East Afr J Med*, 1996, **73**, 548-51
25. Olausson PM, Cnattingus S, Goldenberg RL.— Determinants of poor pregnancy outcomes among teenagers in Sweden. *Obstet Gynecol*, 1997, **89**, 451-7

Les demandes de tirés à part sont à adresser au Docteur Pierre Marie Tebeu, Department of Obstetrics and Gynaecology, Geneva University Hospitals, 30, Boulevard de la Cluse, 1211 Genève 14, Suisse. Téléphone : +4179/5878622, Fax : +4122/3824424 Email : pmtebeu@yahoo.fr