



FACTEURS SOCIO-DEMOGRAPHIQUES ET CLINIQUES, PREDICTIFS DE LA PRIMIPARITE AGEE DANS LES PAYS EN VOIE DE DEVELOPPEMENT. (Cas de la Province du Kasai-Oriental en RD. Congo)

CONTENUE

RESUME

ABSTRACT

INTRODUCTION

METHODES ET MATERIELS

RESULTAT

DISCUTIONS

CONCLUSION

BIBLIOGRAPHIE

Par : ⁽¹⁾ KANIKI MBUEBUE J-M ; ^(1,2,4,5) MUMBA MUKANDILA A ; ⁽³⁾ TSHOWA TSHIYAMBA J ; ⁽⁴⁾ LUMBALA TSHIMPANGA T ; ⁽²⁾ KALOMBO MATIPA MUSHINGA G ; ⁽⁵⁾ KAZADI TUENGU J ; ⁽⁵⁾ KIKUAKUA NSAPU ; ⁽⁴⁾ KAMUANGA KAPAZA F ; ⁽⁶⁾ NTALA NGONGO PALUKU C ; ⁽⁵⁾ KALALA MAFUNKA D ; ⁽⁴⁾ KANDAYI MUDIMA A ; ⁽⁴⁾ KABEY DIAL LADIS ; ^(2,4,7) MBUYAMBA NTOBO L.

⁽¹⁾ Institut Supérieur des Techniques Médicales de Miabi (ISTM/Miabi) ; ⁽²⁾ Université de Kabinda (UNIKAB) ; ⁽³⁾ Programme National de Lutte contre la Trypanosomiase Humaine Africaine ; ⁽⁴⁾ Université de Mwene Ditu (UMD) ; ⁽⁵⁾ Institut Supérieur des Techniques Médicales/ISTM-Kabinda ; ⁽⁶⁾ Institut Supérieur Pédagogique de Kabinda (ISP/Kda) ; ⁽⁷⁾ Université Officielle de Mbujimayi (UOM/Mbujimayi).

Correspondance : Dr MUMBA MUKANDILA, Chef de Travaux à l'université de Kabinda dans la province de Lomami en RD. Congo, département de Gynécologie-Obstétrique, e-mail : docteurmumba@gmail.com ; Tél : (+243) 816818169 ; (+243) 992664906 ; (+243)854253778.

RESUME

Objectif :

Déterminer la prévalence et les différents facteurs socio-démographiques et cliniques, prédictifs de la primiparité âgée dans notre milieu.

Patientes et Méthodes :

Il s'agit d'une étude prospective et analytique, type cas-témoins réalisée sur une période allant du 1^{er} mars 2017 au 31 mars 2018 dans les différentes maternités de la ville de Mbujimayi qui a visé toutes les parturientes étant à leur première parturition.

Résultats :

La prévalence de l'accouchement des primipares âgées (≥ 35 ans) a été de

0,84% par rapport à l'ensemble d'accouchements réalisés. Ainsi, une période >4 ans dans le mariage sans la survenue d'un seul enfant pour raison de convenance (ORa : 77,5) et/ou infertilité du couple (ORa : 31,78) avec un âge maternel >28 ans à l'entrée dans le mariage (ORa : 36,86), la profession de Médecin ou de fonctionnaire (ORa : 14,59 et 6,75), les antécédents de diabète (ORa : 13,31) et d'avortements (ORa : 5,70) avec un BMI ≥ 25 kg/m² (ORa : 5,87) ainsi que la poursuite avec les études universitaires (ORa : 4,61) ont été les principaux facteurs socio-démographiques

et cliniques, explicatifs de cette première maternité tardive dans nos milieux.

Conclusion :

La primiparité âgée pourrait constituer un réel problème de santé publique de part sa morbidité materno-fœtale élevée mais, pourrait également le devenir devant la modernisation croissante de la population féminine (émancipation, besoin de réussite professionnelle). Ainsi, l'association nulliparité âgée et grossesse représente souvent une situation à risque dont la prise en charge nécessite une compétence pouvant détecter et prévenir les situations morbides et permettre une prise en charge adéquate.

Mots clés : Primiparité âgée - Facteurs socio-démographiques et cliniques prédictifs

ABSTRACT

Objective:

To determine the prevalence and the different socio-demographic and clinical factors, predictive of the elderly primiparity in our environment.

Patients and Methods:

This is a prospective and analytical case-control study carried out over a period from March 1, 2017 to March 31, 2018 in the different maternity clinics of the city of Mbujimayi, which targeted all parturients who are at their first parturition.

Results:

The prevalence of delivery of elderly primiparous women (≥ 35 years) was

0.84% compared to the total number of deliveries performed. Thus, a period > 4 years in the marriage without the occurrence of a single child for convenience (ORa: 77.5) and / or for infertility of the couple (ORa: 31.78) with a maternal age > 28 years at entry into marriage (ORa: 36.86), the profession of Physician or civil servant (ORa: 14.59 and 6.75), the history of diabetes (ORa: 13.31) and abortions (ORa: 5.70) with a BMI ≥ 25 kg / m² (ORa: 5.87) as well as continuation with university studies (ORa: 4.61) were the main socio-demographic and clinical

factors, explanatory of this first maternity late in our circles.

Conclusion:

Older primiparity could constitute a real public health problem because of its high maternal-fetal morbidity, but it could also become so in the face of the increasing modernization of the female population (emancipation, the need for professional success). Thus, the combination of elderly nulliparity and pregnancy is often a risky situation whose management requires a competence that can detect and prevent morbid situations and allow adequate care.

Keywords: *primiparity old - Socio demographics and clinical factors predictive.*

INTRODUCTION

Considérée, actuellement comme une grossesse à haut risque suite aux nombreuses complications obstétricales qu'elle offre, la grossesse chez la nullipare âgée nécessite une surveillance attentive et rigoureuse [1]. Ainsi, la fédération internationale de gynécologie-obstétrique (FIGO), définit la primipare âgée comme une femme âgée de 35 ans et plus qui accouche pour la première fois [2].

Normalement, la fréquence de la primiparité âgée est variable d'une société à l'autre en fonction de facteurs géographiques, socio-économiques et culturels d'une part et d'un auteur à l'autre en fonction de la limite d'âge choisie et du lieu d'étude d'autre part. Ainsi, en 2009, ce taux était de 15% au Japon en fixant 35 ans comme limite inférieure [3]. Toutefois, des fréquences similaires ont été également rapportées dans d'autres pays développés tels que les Etats Unis et la Suède [4]. En Europe, bien que ce taux ait varié de 7,5% à 11% en Wallonie de 1998 à 2008 [5], il est resté inférieur en France entre 1,1% et 3,7% de cas. En Asie, Allahbadia, cité par Belaisch-Allat. RJ rapporte une fréquence de 1,3% en Inde [2].

En Afrique, par contre, l'évolution de cette fréquence vers une hausse considérable dans certaines contrées serait expliquée par une scolarisation sans cesse et croissante de la population féminine : « c'est le cas d'une étude réalisée en Tunisie qui a révélé une fréquence

comprise entre 14,7% et 17,7% » [6]. Ailleurs, toujours en Afrique, la primiparité âgée demeure une entité extrêmement rare : 1,9% à Rabat au Maroc [7] ; 0,24% à Brazzaville au Congo [8].

En RDC, peu d'études existent sur ce sujet. Une étude de Mumba A. et al rapporte 0,9% à Mbujimayi au Kasai-Oriental [9].

La fréquence de la grossesse et de l'accouchement chez la primipare âgée qui a considérablement augmenté aussi bien dans les pays industrialisés qu'en voie de développement pourrait s'expliquer par une modification du mode de vie de la population féminine [2,6], une modernisation croissante de la population, l'émancipation et le besoin de réussite professionnelle de la population féminine retardant souvent l'âge de la première grossesse. La place de la contraception n'est pas négligeable non plus [7].

Le déroulement de l'accouchement chez cette catégorie de femmes, expose à plusieurs complications, aussi bien maternelles que fœtales : recours à la césarienne et aux extractions instrumentales, les déchirures des parties molles, les hémorragies de la délivrance, la souffrance fœtale et retard de croissance intra-utérine. Toutefois, ces complications devraient être mieux connues, prises en compte dans le suivi de ces grossesses et diffusées aux patientes afin de ne pas banaliser excessivement ces grossesses tardives. Ainsi, en regard de ces différents

préjudices possibles durant la période gravido-puerpérale chez la femme âgée qui doit accoucher pour la première fois tels que rapportés par divers auteurs: Quelle serait alors la fréquence de cette première parturition âgée ainsi que ses facteurs y associés dans les pays en voie de développement, comme le nôtre ?

Sachant que de nos jours, la grossesse chez la femme âgée de 35 ans et plus est devenue un réel phénomène de société de par sa fréquence accrue dans le monde ainsi que ces particularités et risques ou/et complications qui l'entourent, une telle étude, permettrait non seulement de définir son profil socio-démographique et clinique dans notre milieu mais et surtout de doter ce dernier de nouvelles données afin d'améliorer la prise en charge de cette primiparité au delà d'âge normal sexuellement actif.

Tout en pensant que la prévalence de primipares âgées serait faible chez nous, vu le bas niveau d'instruction et les hautes considérations socio-démographiques réservées au mariage par la femme Kasaienne favorisant ainsi le mariage précoce, nous nous sommes assignés comme objectifs de mettre sur pied une modélisation valide de prédilection de la primiparité âgée dans notre milieu à travers les caractéristiques socio-démographiques et cliniques ainsi que au regard de ses antécédents gynéco-obstétricaux susceptibles d'influencer cette première parturition tardive.

MATÉRIELS ET MÉTHODES

1. MATERIEL

Notre étude s'est déroulée dans les maternités de différents hôpitaux de référence de la ville de Mbuji-Mayi (Hôpital Dipumba, Kansele, Christ-Roi, Notre Dame et Bonzola) au Kasai-Oriental en République Démocratique du Congo.

Les données relatives aux patientes ont été obtenues à partir de :

- Fiche de consultation ;
- Partogramme ;
- Registre de la salle d'accouchement ;
- Registre du compte-rendu opératoire ;
- Dans la plupart de cas, une interview a été nécessaire pour compléter certains paramètres de notre étude.

2. METHODES

2.1 Nature et durée de l'étude

Il s'agit d'une étude prospective, analytique type cas-témoins et multicentrique réalisée sur une période d'une année (entre le 1^{er} mars 2017 et le 31 mars 2018).

2.2 Critères de sélection

Les critères de sélection suivant ont été utilisés :

2.2.1 Critère d'inclusion

A été inclus dans le groupe d'étude (cas) tout couple primipare âgée (35 ans et plus)-nouveau-né dont la parturiente a accouché dans les maternités de différents hôpitaux retenus durant la période de notre étude et ayant consenti librement à participer dans la présente étude. Les primipares de moins de 35 ans ainsi que leurs nouveau-nés respectifs ont constitué le groupe de référence (témoins).

2.2.2 Critère d'exclusion

Sera exclue de la présente étude :

Toute parturiente portant une grossesse multiple quel que soit son âge ainsi que tout couple primipare âgée-nouveau-né de plus de 35 ans-nouveau-né ayant accouché en dehors de la période définie par notre étude.

2.3 Taille de l'échantillon

En considérant la fréquence de 1,9% observée au Maroc [7], par rareté de données fiables dans notre milieu, la taille « n » minimale de notre échantillon devrait être de :

$$n = \frac{1 + \frac{1}{c} (Z_{\alpha} + Z_{1-\beta})^2 \times p(1-p)}{(p_0 + p_1)^2}$$

Avec :

- n : taille attendue de cas de l'échantillon ;
- c : nombre de témoins par cas (soit 2 souhaité) ;
- p₀ : proportion attendue de témoins exposés (0,037) ;
- p₁ : proportion attendue d'exposés dans les deux groupes ;
- Z = Valeur de Z pour le risque de première espèce (1,65 pour un test unilatéral) ;
- Z_{1-β} = Valeur de Z pour une puissance 1-β (1,28 pour un test unilatéral) ;
- p = proportion de sujets exposés dans les deux groupes (cas et témoins).

$$p_1 = \frac{p_0 + OR}{1 + p_0(OR - 1)} = \frac{(0,019)(2)}{1 + [0,019(2 - 1)]} = 0,037 \text{ et}$$

$$p = \frac{p_0 + p_1}{2} = \frac{0,019 + 0,028(1 - 0,028)}{2} = 0,028$$

$$n = \frac{\left(1 + \frac{1}{2}\right)(1,65 + 1,28)^2 \times 0,028(1 - 0,028)}{(0,019 + 0,037)^2} = 11,3$$

En tenant compte de 10% dûs aux différents biais de l'étude et autres type d'erreur, cette taille minimale de notre échantillon devrait être supérieure ou égale à 13 pour être représentatif.

2.4 Variables d'étude

Ce sont celles liées aux données maternelles socio-démographiques et aux antécédents :

- a) Le taux de prévalence ;
- b) Données socio-démographiques : âges maternel actuel et d'entrée en mariage, profession, ancienneté dans le mariage à la première parturition et le niveau d'instruction.
- c) Antécédents : Médicaux, chirurgicaux et gynéco-obstétricaux.

2.5 Analyse des données

Les résultats ont été présentés sous forme de tableaux comportant les effectifs observés, les proportions et les moyennes, leurs écart-types ainsi que les Odds Ratios (OR). La comparaison des proportions a été faite au moyen du test de khi carré de Pearson ou corrigé de Yates. Parfois, le test de Fisher exacte a été nécessaire. Leur seuil de significativité était α = 0,05.

Les données recueillies ont été encodées sur un tableur du logiciel Excel (Microsoft, USA, 2007) puis importées pour traitement sur le logiciel informatique Epi Info, version de 2008. Ainsi, un modèle de régression logistique bi et multivariée a été conçu pour construire le modèle de la primiparité âgée dans notre milieu (Mbuji-Mayi).

RESULTAT

1. Prévalence

Sur un ensemble de 4168 accouchements observés dans nos différentes maternités des hôpitaux retenus pour cadre d'étude, nous avons colligé 178 accouchements des primipares (4,27%) dont 35 parmi eux, concernaient les primipares âgées (âge ≥35 ans) soit 0,84% de l'ensemble d'accouchement et 19,66% des primipares en général.

2. Caractéristiques socio-démographiques des parturientes.

Tableau I: Primipares âgées et leurs caractéristiques socio-démographiques.

Le tableau I, montre que les primipares âgées ayant franchi le cap universitaire (42,9% vs 14,0%), ménagères (28,6% vs 75,5%) ou fonctionnaires de l'Etat (28,6% vs 5,6%), d'âge d'entrée en mariage compris entre 30-34 ans (60,0% vs 4,9%) et ayant déjà réalisé au moins 5-6 ans d'infertilité (22,9% vs 4,2%) ont été majoritaires dans la présente étude. Malgré ces caractéristiques, seuls la poursuite des études universitaires : OR=4,61[2,03-10,47], la profession de fonctionnaire : OR=6,75[2,43-18,77] ou de médecin OR=14,58[2,80-75,9], une infertilité de 5-6 ans : OR=6,76[2,17-21,07] corrélée à une entrée tardive dans le

mariage : OR=29,2[9,57-92,75] ont été associés significativement à cette primiparité tardive dans notre milieu (p<0,05).

3. Comparaisons des caractéristiques socio-démographiques des primipares.

Tableau II: Paramètres de tendance centrale et de dispersion des âges à l'entrée au mariage et à la première parturition.

Le tableau II révèle que la primipare de moins de 35 ans (témoins) est entrée en mariage à 21,18 ans (Sdv : 4,38), tandis que son homologue de 35 ans et plus

(Cas), environ 7 ans après ($28,77 \pm 4,92$ ans). Dans ce contexte, elles ont respectivement 24,94 ans (Sdv : 4,92) et 36,11 ans (Sdv : 0,83) à leur première parturition, après une ancienneté de 1,76 an (Sdv : 0,93) et 7,34 ans (Sdv : 4,93) sans aucun enfant. Ces différences ont été jugées toutes significatives ($p < 0,05$).

Figures 1 et 1 bis : Coefficient de corrélation (R²) entre âge maternel à l'entrée au mariage et l'âge maternel à la 1^{ère} parturition dans les deux groupes (âge < 35 ans et ≥ 35 ans)

Les deux figures 1 et 2 montrent respectivement une forte concentration de l'âge maternel à la première parturition au tour de l'âge à l'entrée au mariage ($R^2 = 84,3\%$) chez les primipares de moins de 35 ans et une forte dispersion ($R^2 = 0,5\%$) chez celles de 35 ans et plus.

4. Caractéristiques cliniques des

DISCUSSION

Nous nous sommes assigné comme objectif dans la présente étude de mettre sur pied une modélisation valide de prédilection de la primiparité âgée dans notre milieu à travers les caractéristiques socio-démographiques et gynéco-obstétricales de la femme, susceptibles d'influencer cette dernière. Ainsi, à l'issue de l'étude, on retiendra que :

1. Prévalence de la primiparité âgée

Les anglo-saxons scindant le terme de primiparité âgée en deux sous parties en parlant d'elderly gravidas pour les grossesses menées à partir de trente-cinq ans voire quarante ans, et de very advanced maternal age pour celles au-delà de 45 ans, nous avons adopté la définition coïncidant avec celle de la Fédération Internationale de Gynécologie Obstétrique (FIGO) qui définit la primipare âgée comme toute femme âgée de 35 ans et plus qui accouche pour la première fois [2,11,12],

Ainsi, en accord avec cette dernière, nous avons colligé 178 accouchements chez la primipare dont 35 cas avancés en âge sur un ensemble de 4168 accouchements réalisés durant la période de notre étude soit une prévalence de 0,84% (35/4168) représentant 19,66% (35/178) de toutes les primipares. Notre fréquence de 0,84%, bien qu'étant relativement basse de part son chiffre, elle est légèrement supérieure aux taux français de 0,69% [12,14] et Malien de 0,62% [14]. En RDC, Mumba A. et al rapportent 0,90% à Mbujimayi au Kasai-Oriental [9] ce qui corrobore

primipares.

Tableau III : Primipares âgées et leur profil clinique

Le tableau III, montre que les parturientes de BMI normal (48,6% vs 79,0%) sans notion d'avortement (65,7% vs 91,6%) avec antécédent d'infertilité (65,7% vs 105%) étaient majoritaires parmi nos primipares âgées. Ainsi, seuls le surpoids : OR=5,14[24-11,6], l'infertilité OR=16,36[6,79-39,41] ainsi que les antécédents de IST OR=18,32[1,97-169,64], de diabète : OR=13,31[1,34-132,18] et de HTA : OR=14,59[2,80-75,91] ont été associés significativement à cette primiparité tardive dans notre milieu ($p < 0,05$).

5. Les facteurs prédictifs de la première parturition âgée.

Tableau IV: Analyse bivariée par régression logistique des différentes

variables explicatives de la primiparité âgée.

Le tableau IV, montre que l'ancienneté >4 ans dans le mariage sans enfant (ORa : 77,5), le BMI ≥ 25 Kg/m² (ORa : 5,87), l'antécédent d'avortement (ORa : 5,70), la poursuite avec les études universitaires (ORa : 4,61), la profession de fonctionnaire de l'Etat (ORa : 6,75), le diabète préexistant à la grossesse (ORa : 13,31), la profession de Médecin (ORa : 14,59), l'antécédent de stérilité de couple (ORa : 31,78) et l'âge maternel >28 ans à l'entrée au mariage (ORa : 36,86) ont été les facteurs explicatifs de cette première maternité tardive. Par contre, l'âge à la ménarche >14 ans (ORa : 0,65) et l'antécédent d'appendicectomie (ORa : 1,77) en ont été plus les facteurs protecteurs.

franchement nos résultats. Toutefois, des taux, aussi élevés au notre ont été observés dans d'autres contrées maliennes : 1,16% à l'hôpital Gabriel Touré en 1997 et 1,43% à l'hôpital Gabriel Touré et l'hôpital du Point " G " en 2005 [14].

Comme on peut le remarquer, la fréquence de la primiparité âgée est variable d'une société à l'autre en fonction de facteurs géographiques, socio-économiques et culturels d'une part et des auteurs selon la limite d'âge choisie (≥ 35 ans ou ≥ 40 ans) et le type de milieu d'étude d'autre part. C'est pourquoi, en 2009, ce taux était de 15% au Japon en fixant 35 ans comme limite inférieure [3]. Toutefois, des fréquences similaires aux données japonaises ont été également rapportées dans d'autres pays développés comme les Etats Unis et la Suède [4]. En Europe, bien que ce taux ait varié de 7,5% à 11% en Wallonie de 1998 à 2008 [5], il est resté inférieur en France entre 1,1% et 3,7% de cas. En Asie, Allahbadia, cité par Belaisch-Allat. RJ, rapporte une fréquence de 1,3% en Inde [2].

En Afrique, par contre, l'évolution de cette fréquence vers une hausse considérable dans certaines contrées serait expliquée par une scolarisation sans cesse et croissante de la population féminine : « c'est le cas d'une étude réalisée en Tunisie qui a révélé une fréquence comprise entre 14,7% et 17,7% » [6]. Ailleurs, toujours en Afrique, cette primiparité âgée demeure une entité

extrêmement rare : 1,9% à Rabat au Maroc [7]; 0,24% à Brazzaville au Congo [8]. Une autre explication de cette divergence dans la variation de la fréquence est la suivante : les primipares âgées étant définies comme des femmes ayant leur premier enfant à un âge supérieur ou égal à trente-cinq ans, cette limite inférieure d'âge considérée dans notre série n'est pas unanime dans la littérature bien qu'il existerait déjà une baisse physiologique de la fertilité à partir de trente-cinq ans, s'accroissant fortement après quarante ans [12].

La fréquence de la grossesse et de l'accouchement chez la primipare âgée augmente donc considérablement dans les pays industrialisés tout comme dans le pays en voie de développement suite à une modification du mode de vie de la population féminine [2,6], une modernisation croissante de la population, l'émancipation et le besoin de réussite professionnelle de la population féminine retardant souvent l'âge de la première grossesse. La place de la contraception n'est pas négligeable non plus [7]. Dans la l'étude de Zongo G, cette fréquence a été de 2,81% sur l'ensemble d'accouchements. Au Maroc, Jolly M et al. [15] rapportent un taux de 2,36% en 2009. Au Japon, le taux de la première parturition à un âge avancé (35 ans et plus) a été de 15% durant la même période. En France Blondel B et al. notent un taux de 3,6% en 2010 [16].

2. Facteurs prédictifs de la primiparité âgée par régression logistique bivariée

Dans ce paragraphe, point clé de nos recherches, il s'agit des facteurs et/ou causes favorisant la primiparité âgée dans notre milieu. Ainsi, le modèle suivant a expliqué cette éventualité d'accouchement:

L'ancienneté >4 ans dans le mariage sans enfant (ORa : 77,5), le BMI \geq 25 Kg/m² (ORa : 5,87), l'antécédent d'avortement (ORa : 5,70), la poursuite avec les études universitaires (OR ajusté : 4,61), la profession de fonctionnaire de l'Etat (ORa : 6,75), le diabète préexistant à la grossesse (ORa : 13,31), la profession de Médecin (ORa : 14,59), HTA chronique (ORa : 2,75), l'antécédent d'infertilité de couple (ORa : 31,78) et l'âge maternel >28 ans à l'entrée au mariage (ORa : 36,36) ont été les facteurs explicatifs de cette première maternité tardive. Par contre l'âge à la ménarche >14 ans (ORa : 0,65) et l'antécédent d'appendicectomie (ORa : 1,77) en ont été les facteurs protecteurs.

2.1 Facteurs explicatifs du mariage tardif

Dans notre série, près de la moitié de parturientes concernées, s'était engagée dans le mariage à l'âge de 29-31 ans (54,3%) soit en moyenne à 28,77 ans (Sdv :4,92) Vs 21,18 ans (Sdv :4,38) leurs homologues d'âge normal soit un risque multiplié par 23 (OR=23,08[8,41-63,3]) d'être primipare âgée. Dans ce contexte, la majorité d'entre-elles avait déjà une ancienneté de 1-2 ans dans le mariage à leur première parturition (25,7%) suivies de celles ayant 5-6 ans (22,9%) soit une durée moyenne de 7,34 ans (Sdv :4,93). La corrélation entre les deux variables étant de 50% (Coefficient de corrélation = 0,50).

Le mariage retardé demeurant un phénomène répandu dans le monde entier, il pourrait être expliqué par l'augmentation du taux de femmes scolarisées et leur désir de développer une carrière professionnelle. C'est ainsi, par exemple, au pays de Maghreb, l'âge moyen de mariage est passé de 20 ans en 1966 à 28 ans en 2000 [17], ce qui

corrobore l'âge d'entrée en mariage des sujets de notre série. D'ailleurs, près de la moitié des primipares âgées de notre échantillon pour lesquelles ce critère était renseigné a un niveau d'instruction au delà du secondaire c'est-à-dire jusqu'au moins à l'université (42,9%) avec un risque 5 fois élevé d'une première parturition à un âge \geq 35 ans : OR=4,61[2,03-10,47]. Toutefois, parmi elles, 28,6% étaient des fonctionnaires de l'Etat, 17,1% des médecins avec des risques respectifs de primiparité âgée multiplié par 7 (OR=6,75) et 15 (OR=14,58).

Les études avancées corrélées à leur durée et l'exercice d'une profession paraissent donc susceptibles d'influencer le décalage des grossesses dans le temps. Les données sur l'exercice de la profession pendant la grossesse et la prescription des arrêts de travail et congés pathologiques auraient été intéressant ici, pour évaluer l'impact de l'activité professionnelle sur les primipares âgées pendant leur grossesse. Malheureusement ces items étaient insuffisamment renseignés dans les dossiers pour pouvoir conclure à ce sujet [12].

2.2 Facteurs explicatifs d'une grande ancienneté dans le mariage sans enfant

Bien que dans notre étude, une ancienneté supérieure ou égale à 4 ans sans enfants dans le mariage ait été expliquée par les faits suivants : Antécédents d'avortement (34,3%) : ORa=5,7[2,28-14,22] ; Diabète préexistant à la grossesse (8,6%) : ORa=13,31[1,34-131,18] ; hypertension chronique (17,1%) : ORa=14,59[2,80-75,91] et BMI \geq 25 kg/m² (51,4%) : ORa=5,87[2,66-12,94], l'infertilité primaire du couple en a été le facteur le plus déterminant dans la primiparité âgée de par son incidence (65,7%) et son risque potentiellement élevé et très significatif selon le modèle de la régression logistique bivariée : ORa=31,78[7,73-175,13].

Les antécédents obstétricaux ont été aussi non négligeables parmi les primipares âgées par rapport à la population de

référence : L'interruption volontaire de grossesse, qui représentait 8,7% des antécédents, a été pratiquée à un âge moyen de 25,2 ans. Ainsi, les primipares de 35 ans et plus par l'IVG ont eu l'opportunité d'être mère plus tôt et nous pouvons affirmer ici que la grossesse tardive est leur choix sans pouvoir conclure sur les motivations de ce choix du fait de données peu disponibles.

Les Fausses-Couches Spontanées après 35 ans d'âge sont l'un des témoins de la diminution de la fertilité et de la difficulté à maintenir une grossesse avec l'âge. Dans notre échantillon, 26,8% de patientes ont été concernées par cet antécédent contre 10% chez les patientes de moins de 35 ans. Ces chiffres concordent avec les données de la littérature selon lesquelles le taux de fausses-couches, 12% entre 30 et 34 ans, atteint 18% entre 35 et 39 ans pour arriver à 34% au-delà de 40 ans [11].

La proportion d'antécédents gynécologiques a été plus importante chez les primipares âgées que dans la population de référence. Chez les primipares de 35 ans et plus, les antécédents d'avortement spontané et/ou provoqués (34,3%) et la stérilité du couple (65,7%) ont été les plus représentés comme entités. Ces taux restant inférieurs à celui de 20% donné dans la littérature pour les femmes de plus de 35 ans.

En outre, les primipares âgées de notre étude étaient globalement de corpulence tendant vers le surpoids avec un IMC \geq 25 kg/m² alors que dans l'étude nationale Obepi de 2009, la prévalence de l'obésité des femmes de 35 à 44 ans en France était au tour de 14% [18]. L'obésité ou la prise de poids excessive avant ou pendant la grossesse constitue pourtant un facteur de risque des complications rencontrées chez les femmes de 35 ans et plus, notamment : le diabète gestationnel. D'ailleurs, l'association âge maternel et obésité a été évoquée par certains auteurs pour justifier un dépistage très précoce d'un diabète non connu avant la grossesse et la réalisation de glycémies capillaires dès le premier trimestre [11].

CONCLUSION

La primiparité âgée pourrait constituer un réel problème de santé publique de part sa morbidité materno-fœtale élevée mais, pourrait également le devenir devant la modernisation croissante de la population

féminine (émancipation, besoin de réussite professionnelle).

Ainsi, l'association primiparité âgée et grossesse représente souvent une situation à risque dont la prise en charge

nécessite une compétence pouvant détecter et prévenir les situations morbides et permettre une prise en charge adéquate.

CONFLITS D'INTERETS

Nous ne déclarons aucun conflit d'intérêt.

CONTRIBUTION DES AUTEURS

- (1) KANYIKI MBUEBUE J-M : contribution substantielle à la conception et à la configuration, à l'acquisition de données, à l'analyse et interprétation des données ;
- (2) MUMBA MUKANDILA A: contribution substantielle à la conception et à la configuration, à l'acquisition de données, à l'analyse et interprétation des données ;
- (3) TSHOWA TSHIYAMBA J : contribution substantielle à la conception et à la configuration, à l'acquisition de données, à l'analyse et interprétation des données ;
- (4) LUMBALA TSHIMPANGA T: contribution substantielle à la conception et à la configuration, à l'acquisition de données, à l'analyse et interprétation des données ;
- (5) KALOMBO MATIPA MUSHINGA G : contribution substantielle à la conception et à la configuration, à l'acquisition de données, à l'analyse et interprétation des données ;
- (6) KAZADI TUENGU J : contribution à la conception, à l'analyse et interprétation des données ;
- (7) KIKUAKUA NSAPU P: contribution substantielle à la conception et à la configuration, à l'acquisition de données, à l'analyse et interprétation des données ;
- (8) KAMUANGA KAPAZA F : contribution à la conception, à l'analyse et interprétation des données ;
- (9) NTALA NGONGO PALUKU C : contribution substantielle à la conception, à l'analyse et interprétation des données ;
- (10) KALALA MAFUNKA D : contribution à l'acquisition de données, à l'analyse et interprétation des données ;
- (11) KANDAYI MUDIMA A : contribution à la conception, à l'analyse et interprétation des données ;
- (12) KABEY DIYAL LADIS : contribution à l'acquisition de données, à l'analyse et interprétation des données ;
- (13) MBUYAMBA NTOBO L : contribution substantielle à la conception et à la configuration, à l'analyse, interprétation des données et à la supervision de tout le travail ;

Informations sur les auteurs

- **K.M.J-M** : Secrétaire Général Académique ISTM/Miabi, Assistant Sénior à l'ISTM/ St Luc de Mbujimayi et à l'Université Protestante au Cœur du Congo (UPCC/Mbujimayi), MD, MPH, HE au programme de la Lèpre et Tuberculose/Kasaï-Oriental ;
- **M.M.A** : Médecin traitant à l'Hôpital Général de Référence Saint Sauveur de Mbujimayi et Chef de travaux, Département de Gynécologie-Obstétrique/Université de Kabinda (UNIKAB) ;
- **TTJ** : Médecin Coordonnateur Provincial/P.N.L.T.H.A/Kasaï-Oriental, MD, MPH
- **LTT** : Assistant premier mandat, Université de Muene Ditu (UMD) et Ministre Provincial de la santé Publique ; Affaires sociales, Genre, Famille et Enfant/Province de Lomami ;
- **KMMG** : Assistant Junior à l'Université de Kabinda (UNIKAB) ;
- **KTJ** : Assistant premier mandat, Université de Muene Ditu (UMD) ;
- **KNP** : Assistant premier mandat à l'Institut Supérieur de Techniques Médicales de Kabinda (ISTM/Kabinda) ;
- **KKF** : Assistant Junior, Département de Santé Publique/ l'Université Muene Ditu (UMD) et Superviseur/ALIMA ;
- **NNPC** : Assistant premier manda/Institut Supérieur Pédagogique de Kabinda (ISP/Kda) ; Analyste en charge de l'encadrement et accompagnement technique des Zones de santé/DPS Lomami ;
- **KMD** : Assistant premier mandat à l'Institut Supérieur de Techniques Médicales de Kabinda (ISTM/Kabinda) ;
- **KMA** : Assistante Juniore/ Département de Santé Publique/Université de Muene Ditu (UMD) ;
- **K.D.L** : Assistant premier mandat/Département de Santé Publique/Université de Muene Ditu (UMD) ;
- **M.N.L** : Professeur/Département de Gynécologie-Obstétrique/Universités Officielle de Mbujimayi (UOM), Muene Ditu (UMD), Kabinda (UNIKAB) et de Mbujimayi (UM).

TABLEAUX ET FIGURES

1. Caractéristiques socio-démographiques des parturientes.

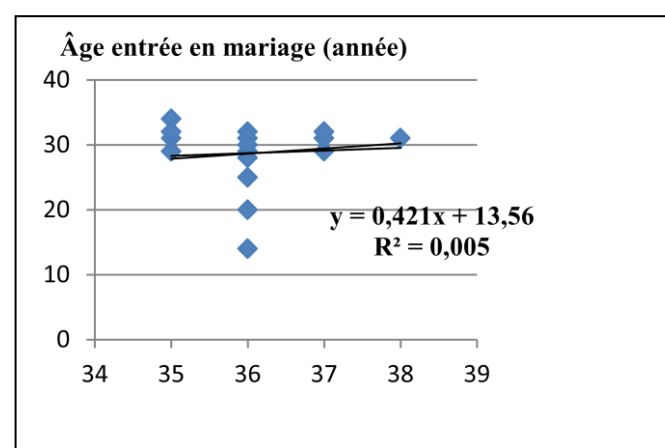
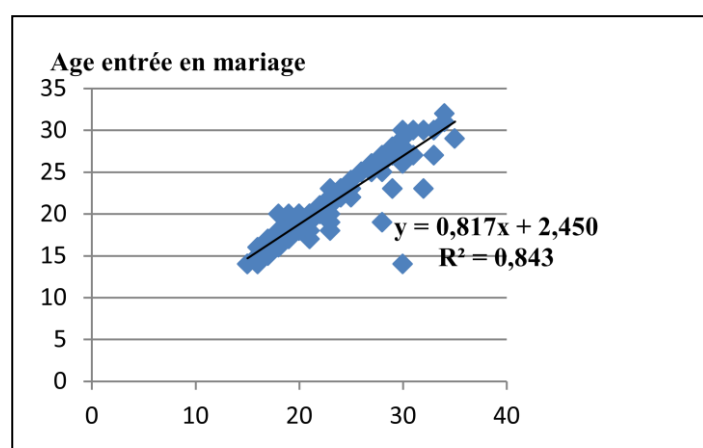
Tableau I: Primipares âgées et caractéristiques socio-démographiques des parturientes.

Variables étudiées	Type de primipares		n=35	Age ≥ 35 ans % [ICà95%]	OR [ICà95%]	P-value
	Age < 35 ans n=143	% [ICà95%]				
Niveau d'instruction						
Analphabète	72	50,3[41,9-58,8]	13	37,1[21,5-55,1]	0,58[0,27-1,25]	0,161
Primaire	6	4,2[1,1-11,8]	0	0,0[0,0-10,0]	0,00[-]	0,218
Secondaire	45	31,5[24,0-39,8]	7	20,0[8,40-36,9]	0,54[0,22-1,34]	0,180
Universitaire	20	14,0[8,8-23,4]	15	42,9[24,0-72,8]	4,61[2,03-10,47]	0,000
Profession						
Avocat	0	0,0[0,0-2,5]	2	5,7[0,7-19,2]	Indéfini	0,048
Commerçante	10	7,0[3,4-12,5]	4	11,4[3,2-26,7]	1,72[0,50-5,83]	0,600
Couturière	5	3,5[1,1-8,0]	0	0,0[0,0-10,0]	0,00[Indéfini]	0,581
Enseignante	4	2,8[0,8-7,0]	0	0,0[0,0-10,0]	0,00[Indéfini]	0,717
Fonctionnaire	8	5,6[2,4-10,7]	10	28,6[14,6-46,3]	6,75[2,43-18,77]	0,000
Infirmière	6	4,2[1,8-8,0]	0	0,0[0,0-10,0]	0,00[Indéfini]	0,478
Journaliste	0	0,0[0,0-2,5]	3	8,6[1,8-23,1]	Indéfini	0,005
Médecin	2	1,4[0,2-5,0]	6	17,1[6,6-33,6]	14,58[2,80-75,9]	0,000
Ménagère	108	75,5[67,6-82,5]	10	28,6[14,6-46,3]	0,13[0,06-0,29]	0,000
Age d'entrée en mariage						
≤19	75	52,4[24,1-72,3]	4	11,3[5,9-29,5]	0,12[0,03-0,37]	0,00001
20-24	45	31,5[15,4-56,0]	3	8,6[1,8-23,1]	0,20[0,05-0,75]	0,00622
25-29	16	11,2[6,5-17,5]	7	20,0[8,4-36,9]	1,98[0,67-5,77]	0,16365
30-34	7	4,9[2,0-9,8]	21	60,0[27,3-85,9]	29,2[9,57-92,75]	0,00000
Age moyen d'entrée en mariage	21,18±4,38 ans		28,77±4,92 ans		-----	0,0000
Ancienneté dans le mariage						
1-2	124	86,7[42,5-99,1]	9	25,7[12,3-43,1]	0,05[0,2-0,13]	0,000
3-4	10	7,0[3,6-11,2]	5	14,3[4,8-32,3]	2,2[0,71-6,96]	0,16
5-6	6	4,2[2,1-9,0]	8	22,9[10,4-40,1]	6,76[2,17-21,07]	0,000
7-8	0	0,7[0,0-2,5]	6	17,1[6,6-33,6]	Indéfini	0,000
9-10	2	0,0[0,0-2,7]	0	0,0[0,0-0,10]	Indéfini	0,849
11-12	0	0,0[0,0-2,5]	4	11,4[1,9-23,1]	Indéfini	0,000
13-14	0	0,0[0,0-2,5]	0	0,0[0,0-0,10]	Indéfini	0,000
15-16	1	0,7[0,0-1,8]	2	5,7[0,7-19,2]	8,69[0,76-97,8]	0,182
17-18	0	0,0[0,0-2,5]	0	0,0[0,0-0,10]	Indéfini	0,444
19-20	0	0,0[0,0-2,5]	0	0,0[0,0-0,10]	Indéfini	0,444
21-22	0	0,0[0,0-2,5]	1	2,9[0,1-14,9]	Indéfini	0,444
Ancienneté moyenne	1,76±0,93 ans		7,34±4,93 ans		-----	0,000

2. Comparaisons des caractéristiques socio-démographiques des primipares

Tableau II: Paramètres de tendance centrale et de dispersion des âges à l'entrée au mariage et à la première parturition

Variables étudiées	Minimum	Maximum	Mode	Médian	Q ₃	M ± ET
Age maternel à la 1^{ère} parturition (an)						
• Primipares d'âge ≥ 35 ans	35	38	36	36	37	36,11±0,83
• Primipares d'âge < 35 ans	15	34	20	22	34	24,94±4,92
Age maternel à l'entrée au mariage (an)						
• Primipares d'âge ≥ 35 ans	14	34	32	31	32	28,77±4,92
• Primipares d'âge < 35 ans	14	32	20	20	25	21,18±4,38
Ancienneté dans le mariage à la première parturition (an)						
• Primipares d'âge ≥ 35 ans	1	22	6	6	8	7,34±4,93
• Primipares d'âge < 35 ans	1	16	1	1	2	1,76±0,93

Figures 1 et 1 bis : Coefficient de corrélation (R^2) entre âge maternel à l'entrée au mariage et l'âge maternel à la 1^{ère} parturition des primipares dans les deux groupes (âge < 35 ans et ≥ 35 ans)


3. Caractéristiques cliniques des primipares

Tableau III : Primipares âgées et le profil clinique des parturientes

Variables cliniques	Type de primipares		OR [ICà95%]	P-value		
	Age < 35 ans n=143	Age ≥ 35 ans n=35				
BMI (Kg/m²)						
Maigreur	1	0,7[0,0-3,8]	0	0,0[0,0-10,0]	0,00[Indéfini]	0,444
Normal	113	79,0[71,4-85,4]	17	48,6[31,4-66,0]	0,25[0,12-0,55]	0,0002
Surpoids	2	1,4[0,2-5,0]	2	5,7[0,7-11,2]	4,27[0,58-31,46]	0,364
Obésité	27	18,9[12,8-26,3]	16	45,7[28,8-63,4]	3,62[1,65-7,94]	0,0009
BMI moyen	23,86±2,21 kg/m ²		24,91±2,36 kg/m ²		-----	0,002
Antécédents morbides						
Appendicectomie	15	10,5[5,2-20,1]	7	20,0[8,4-36,9]	2,13[0,80-5,72]	0,125
Kystéctomie ovarien	2	1,4[0,2-5,0]	3	8,6[1,8-23,1]	6,61[1,06-41,20]	0,083
Traumatisme du bassin	1	0,7[0,0-1,8]	2	5,7[0,7-19,2]	8,61[0,76-97,77]	0,182
Avortement	12	8,4[4,2-17,3]	12	34,3[21,5-55,1]	5,70[2,28-14,22]	0,000
MST	1	0,7[0,0-1,8]	4	11,4[1,7-23,1]	18,32[1,97-169,64]	0,004
Stérilité du couple	15	10,5[5,2-20,1]	23	65,7[32,1-70,6]	16,36[6,79-39,41]	0,000
Diabète	1	0,7[0,0-1,8]	3	8,6[1,8-23,1]	13,31[1,34-132,18]	0,029
HTA	2	1,4[0,2-5,0]	6	17,1[6,6-33,6]	14,59[2,80-75,91]	0,000
Drépanocytose	1	0,7[0,0-1,8]	0	0,0[0,0-10,0]	0,00[Indéfini]	0,000
Age de ménarche (ans)						
11	20	14,0[8,8-20,8]	2	0,0[0,0-10,0]	0,37[0,08-1,68]	0,295
12	45	31,5[24,0-39,8]	5	14,3[4,8-30,3]	0,36[0,13-0,99]	0,069
13	35	24,5[17,7-32,4]	16	45,7[28,8-63,4]	2,60[1,21-5,59]	0,013
14	35	24,5[17,7-32,4]	13	37,1[21,5-55,1]	1,82[0,83-3,99]	0,130
15	5	3,5[1,1-8,0]	0	0,0[0,0-10,0]	0,00[-]	0,581
16	1	0,7[0,0-3,8]	0	0,0[0,0-10,0]	0,00[-]	0,444
17	2	1,4[0,0-7,6]	1	2,9[0,1-24,9]	2,07[0,18-23,54]	0,895
Age moyen de ménarche	12,88±1,37 ans		13,34±0,94 ans		-----	0,018
Nombre d'avortement						
0	131	91,6[85,8-95,6]	23	65,7[47,8-80,9]	0,17[0,70-0,44]	0,000
1	9	6,3[2,9-11,6]	8	22,9[10,4-40,1]	4,41[1,56-12,46]	0,003
2	3	2,15[0,4-6,0]	3	8,6[1,8-23,1]	4,37[0,84-22,68]	0,168
3	0	0,0[0,0-2,5]	1	2,9[0,1-14,9]	0[Indéfini]	0,444
Nombre d'avortement moyen	0,11±0,37		0,49±0,78 ans		-----	0,0005

Tableau IV: Analyse bivariée par régression logistique des différentes variables explicatives de la primiparité âgée

Facteurs explicatifs de la primiparité âgée	A	E.S	Z statis	p	OR ajusté	IC pour OR à 95%	
						Inférieur	Supérieur
Age à la ménarche >14 ans (x4)	0,439	0,390	1,124	0,2599	0,65	0,30	1,30
Ancienneté dans le mariage >4 ans sans enfant (x6)	4,350	0,606	7,1350	0,0000	77,5	23,64	254,03
ATCD appendicectomie (x4)	0,568	0,525	1,0860	0,2788	1,77	0,63	4,94
BMI maternel ≥25 (x5)	1,769	0,4033	4,3887	0,0000	5,87	2,66	12,94
ATCD Avortement (x5)	1,739	0,461	3,7279	0,0002	5,70	2,28	14,22
Poursuite avec études universitaire (x5)	1,529	0,4181	3,6566	0,0003	4,61	2,03	10,47
Profession de fonctionnaire (x5)	1,909	0,5319	3,6587	0,0030	6,75	2,43	18,77
Diabète préexistant (x8)	2,796	0,569	41,231	0,02924	13,3125	1,3407	132,1827
Profession de Médecin (x5)	2,680	0,8415	3,1848	0,00035	14,59	2,80	75,91
HTA chronique (x5)	1,012	0,556	1,82	0,12065	2,75	0,93	8,18
ATCD de stérilité du couple (x6)	3,602	0,7956	4,5312	0,0000	31,78	7,73	175,13
Age entrée mariage >28 ans (x12)	3,307	0,5077	7,10418	0,0000	36,86	13,63	99,69
Constante	-	-	7,123	2,698	8,155	0,000523	102,235

Légende :

A : Coefficient de régression

Z statistique : test Z

Exp(B) : Odds Ratio ajusté

E.S : Erreur du coefficient de régression

p : p-valeur ajusté

IC : Intervalle de confiance de Exp(B)

REFERENCES

- TEBEU P.M., MAJOR A.L., LUDICKE F., OBAMA M.T., KOUAM L., DOH A.S. Devenir de l'accouchement aux âges extrêmes de la vie reproductive. *Rév Méd. Liège* 2004 ; 59 (7-8) :455-459
- BELAISCH-ALLAT. R.J. Désire d'enfant après 38 ans et spécificité des grossesses tardives, entretien de Bichat, chirurgie, spécialité, expansion scientifique France, 2004 :109-115,
- HIRONORI T, NORIYOSHI W, RIKA S, HOROAKI A, MAKIKO E, AIKO S, YUKI T, TAKAHIKO K, HARUHIKO S. Increased rate of cesarean section in primiparous-women aged 40 years or more: a singlecenter study in Japan. *Arch Gynecology Obstetric* 2012; 285:937-941
- MONTAN S: Increased risk in the elderly parturient. *Obstetrics and Gynecology* 2007; 19:110-112.
- BELAISCH-ALLAT R.J. Grossesse et accouchement après 40 ans, entretien de Bichat, chirurgie/spécialité, expansion scientifique France 2005: 102-105. Wallonie.
- KAMEL BEN SALEM, SANA EL MHAMDI, IMEN IBEN AMOR, ASMA SRIHA, MONDHER LETAIEF, MOHAMED SOUSSI SOLTANI. Caractéristiques épidémiologiques et chronologiques des parturientes aux âges extrêmes dans la région de Monastir entre 1994-2003. *Tunisie médicale* 2010 ; 88 (09) :563-568)
- MOUNZIL C, TAZI Z, EL BARNOUSSI L, BENSALID F, EL FEHRIS, ALAOUI MT. La grossesse après 40ans : grossesse à risque ? *Rev. fr.gynécol. obstét.* 1998 ; 93(6) : 464-468 5
- BUAMBO S., GNEKOUMOU A.L., NKIHOUABONGA G., OYERE-MOKE P., EKOUNDZOLA J.R Les problèmes posés par un accouchement chez une primipare âgée au CHU de Brazzaville. *Médecine d'Afrique Noire - N° 5112 - Décembre 2004 - pages 637-642*
- MUMBA A., KADIMA C., TSHIBANGU E., MBUYI M.P., BIAYI J. Profil des parturientes aux âges extrêmes à Mbuji mayi en République Démocratique du Congo. *Rev. Méd. Gd. Lacs* 2013; 3(1) : 42-52.
- MARIE-GAELLE BRUNELLIÈRE. Le suivi de grossesse et l'accouchement chez les femmes de 43 ans et plus : étude rétrospective cas-témoin réalisée à la maternité du CHI de Sèvres du 1^{er} janvier 2004 au 31 décembre 2011 : à propos de 114 cas. *Gynecology and obstetrics.* 2013. <dumas- 00875247> HAL Id: dumas-00875247 <http://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-00875247> Submitted on 21 Oct 2013. Lu ce 12 janvier 2016.
- FATIMA ZOHRA C. Grossesse et accouchement chez la primipare âgée (A propos de 200 cas). Thèse n°172. Faculté de Médecine et Pharmacie, Université Mohammed V-Soussi, 2013 :140p, inédit.
- MARIE AUSSE DAT. La place de la sage femme dans le suivi de grossesse des primipares âgées. Mémoire, Université Henri Poincaré, Nancy I, Ecole de sages femmes Albert Fruhinsholz, 2011 :86p, inédit.
- BELAISCH-J, ALLART J : Grossesse et accouchement après 40 ans. EMC (Elsevier Masson SAS, Paris), Gynécologie/Obstétrique, 5-016-B-10, 2008.
- SIDIBE DRISSA. Accouchement chez les primipares âgées au centre de santé de Référence (CSREF) de la Commune V du district de Bamako. Thèse, Faculté de Médecine, Ondoto-Stomatologie et Pharmacie. Université de Bamako, République du Mali, 2013, inédit.
- JOLLY M., SEBIRE N., HARRIS J. et al: The risks associated with pregnancy in Women aged 35 years or older *Hum. Reproduction*, 2000, 15: 243 3-7.
- BLONDEL B, SUPERNANT K, KERMARREC M: Les maternités en 2010 et leur évolution depuis 2003 - Enquête nationale périnatale 2010, consulté en janvier 2016.
- GRALL F. La grossesse et l'accouchement chez la femme âgée. *La femme et l'enfant*, Sept. 1972 6, 4,237-251
- C.PONTE, F.NGUYEN, M-A POULAIN. 40 questions sur le métier de sage femme, avril 2007, éditions Masson, ISBN : 978-2-294-07467-7.

