

Mère à quarante ans

Autor(en): **Bourquin, Madeleine**

Objektyp: **Article**

Zeitschrift: **Schweizer Hebamme : offizielle Zeitschrift des Schweizerischen Hebammenverbandes = Sage-femme suisse : journal officiel de l'Association suisse des sages-femmes = Levatrice svizzera : giornale ufficiale dell'Associazione svizzera delle levatrici**

Band (Jahr): **83 (1985)**

Heft 2

PDF erstellt am: **14.09.2024**

Persistenter Link: <https://doi.org/10.5169/seals-950378>

Nutzungsbedingungen

Die ETH-Bibliothek ist Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Inhalten der Zeitschriften. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern.

Die auf der Plattform e-periodica veröffentlichten Dokumente stehen für nicht-kommerzielle Zwecke in Lehre und Forschung sowie für die private Nutzung frei zur Verfügung. Einzelne Dateien oder Ausdrucke aus diesem Angebot können zusammen mit diesen Nutzungsbedingungen und den korrekten Herkunftsbezeichnungen weitergegeben werden.

Das Veröffentlichen von Bildern in Print- und Online-Publikationen ist nur mit vorheriger Genehmigung der Rechteinhaber erlaubt. Die systematische Speicherung von Teilen des elektronischen Angebots auf anderen Servern bedarf ebenfalls des schriftlichen Einverständnisses der Rechteinhaber.

Haftungsausschluss

Alle Angaben erfolgen ohne Gewähr für Vollständigkeit oder Richtigkeit. Es wird keine Haftung übernommen für Schäden durch die Verwendung von Informationen aus diesem Online-Angebot oder durch das Fehlen von Informationen. Dies gilt auch für Inhalte Dritter, die über dieses Angebot zugänglich sind.

Mère à quarante ans

par Madeleine Bourquin, gynécologue obstétricienne à Versoix

En 1958, la fédération internationale de gynécologie et d'obstétrique a fixé à 35 ans l'âge au-delà duquel une première grossesse devait être considérée comme «à risque», aussi bien pour la mère que pour le nouveau-né.

La femme de quarante ans, qu'elle soit primipare ou multipare, présente, d'après les données de la littérature, des risques augmentés: pendant la grossesse, diabète, fibromes utérins, menace d'accouchement prématuré; au moment de l'accouchement, le travail peut être plus long et plus difficile, les interventions sont plus fréquentes; dans la période des suites de couches, on décrit une morbidité maternelle plus grande, due à une augmentation des risques thromboemboliques et infectieux.

En ce qui concerne l'enfant, l'augmentation des anomalies chromosomiques (trisomies 21, 18) est nettement corrélée à l'âge maternel. Il existe aussi une augmentation des malformations cardiaques, rénales, et des polymalformations, une proportion plus grande d'enfants prématurés, ou petits pour l'âge gestationnel; on décrit également une plus grande proportion de problèmes d'adaptation à la vie néonatale.

Ces données nous ont poussés à mener une étude locale sur la grossesse et l'accouchement des femmes de quarante ans et plus. De 1977 à 1979, 126 femmes de quarante ans et plus ont accouché à la Maternité de Genève, soit 1,83% de nos accouchées, proportion qui correspond à celle d'autres centres (1,3% à 2,4%). Les données recueillies ont été comparées à celles d'un groupe de 178 femmes de dix-neuf à trente-cinq ans, d'un âge moyen de 27,2 ans. L'âge moyen du groupe étudié est de 41,4 ans, 88% des femmes sont âgées de 40 à 43 ans, la femme la plus âgée a 51 ans.

Dans les deux groupes, la majorité des femmes sont mariées, et le fait de devoir assumer seule une grossesse ne représente pas un risque supplémentaire dans le groupe des femmes dites âgées. Les grossesses sont surveillées également dans les deux groupes. Nous avons passé en revue les divers évé-



ments de la grossesse, et nous avons pu mettre en évidence dans le groupe des femmes «âgées», une augmentation, non significative statistiquement, des hypertensions ainsi que des fibromes utérins.

L'amniocentèse, qui permet de déceler les anomalies chromosomiques associées à l'âge maternel, a été rarement pratiquée dans notre groupe à risque élevé, puisque de 1977 à 1979, seules 35% des femmes l'ont subie. Nous n'avons pas pu déterminer les raisons de cette faible proportion, s'il s'agissait d'un oubli ou d'un manque d'information, soit de la patiente soit des praticiens.

En ce qui concerne l'accouchement, on remarque dans le groupe des femmes «âgées», une augmentation des accouchements prématurés, un accouchement de plus longue durée chez les primipares, des interventions plus fréquentes (forceps, extracteurs, césarienne); la «souffrance fœtale», détectée par le monitoring en cours de travail, est une indication de ces interventions significativement plus fréquentes dans le groupe étudié.

Ceci est confirmé par l'étude du score d'Apgar, pratiqué à une, cinq et dix minutes de vie chez l'enfant, et qui est significativement plus bas à une et cinq minutes de vie, chez les enfants des femmes de quarante ans et plus.

En ce qui concerne la période du postpartum, nous n'avons pas relevé de différence significative entre les deux

groupes, au niveau des pathologies; en revanche, l'allaitement maternel est pratiqué moins fréquemment (74%) dans le groupe des femmes «âgées» que dans notre groupe de contrôle (97%). D'autre part, les femmes du groupe étudié demandent fréquemment une stérilisation tubaire pendant la durée de leur séjour (29%), alors que cette contraception est très peu utilisée dans le groupe de contrôle (1,7%).

Pour en venir aux nouveau-nés, notre étude a confirmé les données statistiques, puisque 3 enfants étaient atteints du syndrome de Down, sur les 87 enfants nés de mères non «dépistées». Cette proportion importante (1/29) pourrait certainement être diminuée par un usage plus systématique de l'amniocentèse dans ce groupe à risque élevé. Nous tendons actuellement vers ce but, puisque la proportion des femmes «dépistées» est de 72% pour l'année 1981. Quelle influence ces données peuvent-elles avoir sur «la relation mère-enfant»? Lors de notre étude, retrospective et basée sur des dossiers médicaux, nous ne nous étions pas penchés sur cet aspect de la situation; nous nous permettrons donc d'ébaucher certaines hypothèses.

En ce qui concerne la grossesse, la légère augmentation des risques médicaux pour la mère, la connaissance des risques malformatifs et de prématurité pour l'enfant peuvent augmenter l'anxiété de la mère et du médecin; nos moyens techniques (ultrasons, amniocentèse) devraient alors être à même de l'aider, de la rassurer.

L'accouchement, plus souvent technique, médical et aseptisé, nous permet d'obtenir un nouveau-né en bon état physique; mais ne rend-il pas un peu plus difficile l'établissement du lien mère-enfant?

En ce qui concerne les suites de couches, il n'existe pas, à ma connaissance, d'explication technique de la grande différence des proportions d'allaitement entre les deux groupes. Le lien pourrait-il alors devenir différent?

Autant de questions qui restent à élucider, quand d'autres modes de vie, le travail, la contraception, mènent de plus en plus de femmes à envisager une grossesse tardive dans des conditions se-

92^e congrès suisse des sages-femmes
les 29, 30 et 31 mai 1985 à Sierre