GROSSESSES APRÈS 40 ANS

Objectif : dépister les situations à risque pour une surveillance adaptée des grossesses chez les patientes de plus de 40 ans.

RAPPELS ET SITUATIONS POUR LES GROSSESSES TARDIVES :

L'âge des femmes à la maternité augmente de manière continue dans la plupart des pays occidentaux. L'impact de l'élévation de l'âge se fait sentir dès 35 ans et devient important à 40 ans et plus.

L'augmentation de l'âge maternel a des effets marqués surtout sur la baisse de la fécondité et sur l'augmentation du risque d'avortements spontanés : risque d'avortement doublé entre 20–24 ans et 40–44 ans.

Les autres effets portent, d'une part sur la santé maternelle (morts maternelles et pathologies graves) et d'autre part, sur l'issue des grossesses. (naissances multiples, prématurité, hypotrophie et anomalies congénitales) (cf. annexe 1)

DÉPISTAGE DES PATIENTES AVEC UNE PATHOLOGIE SOUS-JACENTE

En l'absence de toute co-morbidité, la grossesse chez la femme de plus de 40 ans ne présente pas de risque spécifique significatif. L'évolution favorable des grossesses avec don d'ovocytes chez la femme ménopausée sans co-morbidité en est une illustration.

▲ Cependant l'incidence de certaines pathologies présentant un risque maternel ou fœto-maternel augmente avec l'âge :

- Diabète : dépistage++
- Hypertension
- Cardiomyopathie de la grossesse
- Syndrome coronarien aigu (y penser), dépistage de l'athérosclérose (Incidence globale estimée à 1/10.000)

1. LES PATHOLOGIES MATERNELLES AUGMENTANT AVEC L'AGE MATERNEL ET NÉCESSITANT UNE SURVEILLANCE PARTICULIÈRE SONT :

- **en cours de grossesse :**
  - Augmentation des GEU et des avortements du premier trimestre
  - Diabète (risque multiplié par trois après 40 ans)
  - HTA chronique et gravidique, augmentant le risque de pré-éclampsie et d'éclampsie (risque multiplié par deux)
  - Augmentation du risque thromboembolique
  - Augmentation des placentas prævia

- Augmentation du risque hémorragique

- **au moment de l'accouchement :**
  - Augmentation du taux de césarienne (césariennes en urgence ou de principe)
  - Augmentation du risque hémorragique.

- **dans le post-partum** :
  - Augmentation du risque thromboembolique
  - Cardiomyopathie puerpérale
  - Augmentation d'accidents vasculaires cérébraux (indépendants des conséquences de l'éclampsie)
  - Etat de vulnérabilité psychologique maternelle

2. IMPACT DE L'AGE MATERNEL SUR LE FŒTUS ET SUR LA SANTE DE L'ENFANT A LA NAISSANCE :

- **Les pathologies fœtales en rapport avec l'âge maternel :**
  - Risques plus élevées d'anomalies congénitales (T21, T13, T18, syndrome de Klinefelter)
  - Grossesses multiples plus fréquentes donc risque de prématurité et de RCIU,
  - Augmentation des MFIU (dysgravidies, placenta prævia, décollement prématuré du placenta, modification de la fonction utérine)
  - Augmentation des MAP
  - Augmentation des RCIU (dysgravidies)
  - Augmentation des macrosomies (multipares et diabétiques)
  - Augmentation des anomalies non congénitales (hypospadias, crâniocynostosis et anomalies cardiaques)

- **Les risques sur la santé de l'enfant à la naissance** : en rapport avec prématurité, asphyxie per-partum, souffrance fœtale chronique avec hypotrophie, ou à l'inverse macrosomie …

  ⇨ **Une augmentation :**
  - Des scores d'Apgar bas
  - Des détresses respiratoires
  - Des broncho dysplasies pulmonaires
  - Des hémorragies intra ventriculaires
  - Des rétinopathies
  - Des leuco malacies péri ventriculaires
  - Des entérocolites ulcéro-nécrosantes

SURVEILLANCE SPÉCIFIQUE EN PER ET POST PARTUM

- Ne pas réaliser d'amniocentèse systématique (dépistage de la trisomie 21 par échographie et marqueurs sériques, cf. protocole spécifique)
- Echographie obstétricale (au moins unes des 3) réalisée par un référent. Réalisation de la mesure des dopplers utérins à l'écho du 2ème trimestre
- Dépistage du diabète +++ dès le 1er trimestre de la grossesse et suivi strict de son équilibre (selon les recommandations actuelles)

- Entretien prénatal précoce avec une sage-femme pendant la grossesse (cibler une orientation pédopsychiatre si facteur de vulnérabilité)
- Suivi sage-femme par ERCF et ERTA
- Recherche d'une protéinurie régulièrement dès le début du troisième trimestre

- ▲ Consultation anesthésique plus précoce (aux alentours du 7ème mois) avec +/- consultation avec un cardiologue
- ▲ Distinguer les grossesses après 45 ans, où les risques sont encore majorés

PROPOSITION DE CONDUITE A TENIR

Existence d'une pathologie sous-jacente à la grossesse
(Diabète, HTA, cardiomyopathie, syndrome coronarien….)

↓

Proposer un bilan d'exploration de la pathologie :
Grossesse compatible avec une surveillance normale ?

non → Patiente adressée en maternité **type III**

oui →
- Surveillance normale jusqu'au 3eme trimestre
- Echographie T2 et T3 avec un référent
- Bilan avec fonction rénale début du T3
- Cs anesthésie anticipée
- Surveillance monitoring fin de grossesse

↓

Découverte d'une complication « grave » de la grossesse

↓

Bilan réalisé par le gynécologue ou la maternité où la patiente est suivie :
Nécessité d'une surveillance particulière ?

oui → Patiente adressée en maternité **type III**

NON → Accouchement **en maternité type I ou II**

ANNEXE 1

Le tableau ci-dessous donne un état des situations par tranche d'âge pour les problèmes de fertilité, de FCS, de GEU, de la prématurité, des nouveau-nés hypotrophes et de la mortalité-morbidité néo-natale. (B. Khoshnood, J Gynecol Obstet Biol Reprod)

Tableau 2 - Variations de la fertilité, de la santé à la naissance et de certaines interventions médicales suivant l'âge maternel (données françaises en population, chaque fois que possible).
Relation between maternal age and fertility, birth outcomes and certain medical procedures (population-based French data to the extent possible, see table references).

	Âge maternel (années)					Source	Référence
	20–24	25–29	30–34	35–39	40–44 (ou ≥ 40)		
Stérilité (pour 100 naissances vivantes)	5–6		16	30	64	Synthèse [f]	[10,16]
Avortements spontanés %	11	12	14	15	23	Synthèse [f]	[2]
Grossesses extra-utérines hospitalisées (pour 100 naissances vivantes)	1,42	1,31	1,56	2,13	2,58	PMSI 2005 [g]	[39]
Accouchement gémellaire pour 1000	7,7	9,6	11,6	14,3	11,7	État civil 1970	[1]
Naissance prématurée (< 37 semaines) %	5,8	6,4	5,8	6,1	9,8	ENP [a] 2003	
Faible poids de naissance (< 2500 g) %	7,2	6,7	6,7	7,3	11,3	ENP [a] 2003	
Hypotrophie (< 10e percentile) %	9,8	8,5	8,7	10,1	10,7	ENP [a] 2003	
Syndrome de Down pour 10 000	8,7	9,8	17,6	77,8		Registre (Paris)	
Mortalité [b] pour 1000	5,9	4,8	4,1	6,6	11,0	Canada	[73]
Ratio de mortalité ajusté [c]	1,0	1,2	1,2	1,6	2,8	Canada	[73]
Ratio de mortalité ou morbidité [d] ajusté [c]	1,0	1,1	1,1	1,5	2,0	Canada	[73]
Amniocentèse %	4,8		8,6	29,4	68,1	ENP [a] 2003	
				18,1 [e]	61,4 [e]		

[a] Enquête nationale périnatale [66].
[b] Mortalité fœtale et néonatale ; après exclusion des anomalies congénitales.
[c] Groupe de référence : 20–24 ans ; après prise en compte des différences de statut matrimonial, tabac, poids avant grossesse, parité surveillance prénatale, préparation à la naissance, antécédents de césarienne, antécédents obstétricaux et période.
[d] Score d'Apgar < 3 à 5 mn, syndrome de détresse respiratoire sévère, dysplasie bronchopulmonaire, hémorragies intraventriculaires de degré 3 ou 4, leucomalacies périventriculaires, rétinopathie sévère du prématuré, entérocolite ulcéronécrosante.
[e] Respectivement pour les groupes d'âges 35–37 et ≥ 38 ans.
[f] Estimation à partir de séries ou de synthèse de la littérature.
[g] Base nationale hospitalière du PMSI.