

Prévalence, profil clinique et pronostic des patientes avec maternité tardive à Kisangani, en République Démocratique du Congo

Bunama Mosolo Patrick^{1,2}, Maindo Alongo Mike-Antoine^{1,2}, Matega Habiragi Teddy¹, Labama Otuli Noël¹, Katenga Bosunga Gédéon¹, Komanda Likwekwe Emmanuel¹

1. Département de Gynécologie et Obstétrique, Faculté de Médecine et Pharmacie, Université de Kisangani, Kisangani, République Démocratique du Congo

2. Hôpital du Cinquantenaire de Kisangani, Kisangani, Provincial de la Tshopo, République Démocratique du Congo

Citez cet article : Bunama MP, Maindo AMA, Matega HT, Labama ON, Katenga BG, Komanda LE. *Prévalence, profil clinique et pronostic des patientes avec maternité tardive à Kisangani, en République Démocratique du Congo.* KisMed Mars 2023, Vol 13(1) : 584-591

RESUME

Introduction : La maternité tardive (âge \geq 35ans) constitue un problème majeur de santé publique du fait de sa corrélation avec la morbidité maternelle et périnatale. Cette étude a été menée pour déterminer la prévalence, le profil clinique, et les facteurs de risque maternels et périnatals liés à la maternité tardive à Kisangani.

Méthodologie : Il s'est agi d'une étude descriptive transversale, multi sites, menée à Kisangani du 1er Janvier 2017 au 31 Décembre 2021. La collecte des données était prospective sur un protocole standard. L'échantillon était constitué des patientes âgées de 35ans ou plus qui avaient accouché pendant la période d'étude. Les données collectées étaient encodées sur une feuille d'Excel 2016 et analysées à l'aide du logiciel EPI INFO.

Résultats : Le taux de maternité tardive à Kisangani était de 27,56%. Les multipares représentaient un taux de 57,75%. Le taux de patientes ayant suivi au moins 4 consultations prénatales était de 48,9%, 13,33% avaient bénéficié de l'assistance médicale à la procréation et 5,53% avaient subi le déclenchement artificiel du travail. Les complications maternelles morbides trouvées étaient l'hypertension gravidique (15,6%), la césarienne (18,9%), l'hémorragie du post-partum (18,9%) et le taux de décès maternel de 8,89%. Le taux de prématuré était de 13,33%, 24,48% de nouveau-né avaient un score d'Apgar < 7 à la cinquième minute et le taux de mortalité périnatale était 3,14%.

Conclusion : la prévalence de la maternité tardive est élevée à Kisangani et est associée à plusieurs risques maternels au cours de la grossesse, pendant l'accouchement et le postpartum, et un taux élevé de la morbidité périnatale.

Mots-clés : Grossesse tardive, césarienne, mortalité maternelle, Kisangani

SUMMARY

Introduction: Late motherhood (age \geq 35 years) is a major public health problem because of its correlation with maternal and perinatal morbidity. This study was conducted to determine the prevalence, clinical profile, and maternal and perinatal risk factors associated with late motherhood in Kisangani.

Methodology: This was a cross-sectional, multi-site, descriptive study conducted in Kisangani from January 1, 2017 to December 31, 2021. Data collection was prospective using a standard protocol. The sample consisted of patients aged 35 years or older who had given birth during the study period. The data collected were encoded on an Excel 2016 sheet and analyzed using EPI INFO software.

Results: The late delivery rate in Kisangani was 27.56%. Multiparous women represented a rate of 57.75%. The rate of patients who had attended at least 4 prenatal consultations was 48.9%, 13.33% had received medically assisted reproduction and 5.53% had undergone artificial labor induction. Morbid maternal complications found were gravid hypertension (15.6%), cesarean section (18.9%), postpartum hemorrhage (18.9%) and maternal death rate of 8.89%. The rate of preterm birth was 13.33%, 24.48% of newborns had an Apgar score < 7 at the fifth minute and the perinatal mortality rate was 3.14%.

Conclusion: The prevalence of late childbearing is high in Kisangani and is associated with several maternal risks during pregnancy, delivery and postpartum, and a high rate of perinatal morbidity and mortality.

Keywords: Late pregnancy, caesarean section, maternal mortality, Kisangani

Auteur correspondant : Bunama Mosolo Patrick, Département de Gynécologie et Obstétrique, Faculté de Médecine et Pharmacie, Université de Kisangani, RD Congo E-mail : mosolopatrck@gmail.com

INTRODUCTION

D'après l'Organisation Mondiale de la santé (OMS), la maternité est considérée comme « tardive » après 35 ans d'âge maternel [1]. Cependant, pour les spécialistes de la fertilité, la grossesse est dite « tardive » à partir de 40 ans, car la fertilité diminue considérablement après cet âge [2]. En plus de ce qui précède, l'âge maternel supérieur à 40 ans est considéré comme un âge maternel très avancé, et supérieur à 45 ans, un âge maternel extrêmement avancé [3].

La maternité tardive est un problème majeur de santé publique car constitue un facteur de risque des complications maternelles dont l'hypertension gravidique, le diabète gestationnel, la césarienne, et des complications périnatales dont la prématurité, le faible poids de naissance, les fausses couches, les anomalies chromosomiques, la prise en charge néonatale intensive et la mortalité [3, 4,5].

La fréquence des grossesses tardives varie d'une société à l'autre en fonction de facteurs géographiques, socio-économiques et culturels, et en fonction de limite d'âge choisie et du lieu d'étude. [6,7].

Le taux global à travers le monde de la maternité tardive ne cesse d'augmenter dans la dernière décennie et est passée chez les femmes âgées de 35-39 ans de 45,9 pour 1000 femmes en 2010, à 52,7 en 2019. De même, il y avait une augmentation de ce taux chez les femmes âgées de 40-44 ans qui est passé de 10,2 à 12 pour 1000 [8].

La maternité tardive est d'observation courante dans les sociétés occidentales et les pays industrialisés où la littérature rapporte des taux en constante augmentation depuis quelques décennies. Les auteurs rapportent une augmentation du nombre de grossesses tardives de 13 à 22% de 2009 à 2018. [6]. La fréquence de la maternité tardive en France est passée de 19% en 2010 à 21% en 2016 [9]. Au Royaume-Uni le taux était de 33,96% chez

les femmes âgées de 35-39 ans, 7,06% chez celles ayant 40 ans ou plus [4].

Dans les pays en développement, particulièrement en Afrique, les pratiques culturelles exposent habituellement à une maternité précoce. La maternité tardive est généralement l'apanage des multipares, avec des taux bas chez les primipares âgées. Les grossesses et accouchements débutés, souvent en âge précoce, se poursuivent au-delà de 35 ans, faisant de ces femmes des multipares âgées [10]. Les études menées en Afrique avaient trouvé un taux de 6,3% en Côte d'Ivoire [11], 17,5% en Afrique du Sud [12]. A Kisangani, en République Démocratique du Congo, nous n'avons pas accédé aux données en rapport avec la maternité tardive.

L'objectif de cette étude était de déterminer la prévalence, le profil clinique, et les facteurs de risque maternels et périnataux liés à la maternité tardive à Kisangani.

MATERIEL ET METHODES

Il s'agit d'une étude descriptive transversale, multi sites, menée aux Cliniques Universitaires de Kisangani (CUKIS), l'Hôpital Général de Référence (HGR) de Makiso/Kisangani, l'HGR de Kabondo, de l'HGR MANGOBO et de l'Hôpital du Cinquantenaire de Kisangani, à Kisangani, Province de la Tshopo, en République démocratique du Congo, du 1er Janvier 2017 au 31 Décembre 2021. Les maternités ayant servi de cadre d'étude étaient choisies sur base de la fréquence élevée d'accouchement, la disponibilité de moyens minimum de surveillance de grossesse et la disponibilité d'un personnel constitué au moins d'un Gynécologue-obstétricien ou d'un médecin généraliste régulièrement recyclé en soins maternels et périnataux.

La collecte des données était prospective sur un protocole standard à partir des fiches des consultations, des fiches de la consultation prénatale (CPN), les partogrammes, les dossiers des malades, les dossiers médicaux informatisés (DMI)

et des cahiers des rapports des gardes. L'échantillon était constitué des patientes âgées de 35ans ou plus qui avaient accouché pendant la période d'étude, dans une des structures de santé retenues. Sur les 4386 cas d'accouchement, étaient exclues de cette étude les femmes d'âge < 35 ans pour avoir un échantillon de 1209 patientes. De celles-ci, celles dont les dossiers ne reprenaient pas le minimum des données recherchées (196) n'ont pas été incluses dans cette étude. Les données collectées ont été encodées sur une feuille d'Excel 2016 et analysées à l'aide du logiciel EPI INFO Version 7.2.2.6

RESULTATS

Sur 4386 accouchements recensés pendant la période d'étude, 1209 patientes étaient âgées de 35 ans ou plus, représentant une prévalence de 27,56% cas de maternité tardive. 75,52% d'entre elles étaient âgées de 35 à 39 ans, 91,12% étaient mariées, 68,50% avaient un niveau d'étude secondaire et 60,81% étaient ménagères (Tableau I).

En rapport avec les antécédents gynéco-obstétricaux, nous avons trouvé que 57,75% de patientes étaient multipares, 4,44% avaient d'antécédents d'hypertension artérielle, 10,07% avaient déjà subi la césarienne, 5,53% étaient déjà opérées pour myomes utérins, 51,1% avaient suivies moins de 4 CPN et 13,4% avaient conçu après assistance médicale à la procréation (AMP) (tableau II).

Pour ce qui est de l'évolution de la grossesse et du travail d'accouchement, nous avons noté que 15,6% de patientes avaient développé l'hypertension gravidique, 5,53% avaient subi le déclenchement artificiel du travail, 18,9% avaient subi la césarienne dont les indications les plus rencontrées étaient la souffrance fœtale aigue (27,75%) et l'hypertension gravidique (23,7%) (tableau III).

Pour les complications maternelles et périnatales, nous avons observé le taux d'hémorragie du postpartum était de 18,9% et celui de décès maternel de

8,89%. Le taux de pré-rupture utérine était de 1,38%, 1,89% de patientes avaient développé un DPPNI, le taux de placenta prævia était de 1,68% et 1,48% de patientes avaient présenté une dystocie cervicale (tableau IV). Le taux d'accouchements prématurés était de 13,33%, 8,89% de fœtus étaient décédés in utero, 24,48% de nouveau-nés avaient un score d'Apgar < 7 à la cinquième minute, 1,97% avaient un faible poids de naissance et le taux de mortalité périnatale était de 3,14% (tableau V).

Tableau I : Caractéristiques sociodémographiques des patientes (N=1013)

	n	%
Age		
35 – 39	765	75,52
40 – 44	236	23,30
≥ 45	12	1,18
Etat civil		
Célibataire	90	8,88
Mariée	923	91,12
Niveau d'étude		
Aucun	81	7,10
Primaire	22	2,10
Secondaire	694	68,50
Universitaire	216	21,30
Occupation		
ménagère	616	60,81
Etudiantes	72	7,11
Secteur informel	204	20,14
salariées	121	11,94

Tableau II : Antécédents gynéco-obstétricaux des patientes (N=1013)

	n	%
Parité		
1	225	22,21
2	203	20,04
≥3	585	57,75
Hypertension artérielle		
Oui	45	4,44
Non	968	95,56
Césarienne antérieure		
Oui	102	10,07
Non	911	89,93
Myomectomie		
Oui	56	5,53
Non	957	94,47
Nombre des CPN suivies		
≥ 4	495	48,9
< 4	518	51,1
Modalité de conception		
Spontanée	877	86,6
Après AMP	136	13,4

Tableau III : Paramètres de surveillance de l'évolution de la grossesse, du travail et de l'accouchement (N=1013).

	n	%
Hypertension gravidique		
Oui	158	15,6
Non	855	84,4
Mode de déclenchement du travail		
Artificiel	56	5,53
spontané	957	94,47
Voie d'accouchement		
Voie basse	822	81,1
Césarienne	191	18,9
Indications de césarienne		
Souffrance fœtale aigue	53	27,75
Hypertension gravidique	44	23,04
Procidence du cordon battant	8	4,19

Tableau IV : répartition des patientes suivant les complications maternelles (N=1013)

	n	%
Hémorragie du post-partum	191	18,9
Décès maternel	90	8,89
Pré-rupture utérine	14	1,38
DPPNI	19	1,89
Placenta prævia	17	1,68
Dystocie du col	15	1,48

DISCUSSIONS

La prévalence de la maternité tardive est élevée à Kisangani (27,56%) comparativement au taux global à travers le monde qui était en 2019 de 5,27% chez les femmes âgées de 35-39 ans et 1,2% chez celles âgées de 40-44 [8]. Ce taux que nous avons trouvé est inférieur à celui trouvé au Royaume-Uni qui était de 33,96% mais élevé par rapport aux données trouvées dans certains pays Africains qui était de 6,3% en Côte d'Ivoire [11] et 17,5% en Afrique du Sud [12]. Ces résultats concordent aux observations courantes dans les sociétés occidentales et les pays industrialisés où la maternité tardive ne cesse d'augmenter au cours des dernières décennies (2010-2020) [6] et à ceux qui évoquent que la fréquence des grossesses tardives varie d'une société à l'autre en fonction de facteurs géographiques, socio-économiques et

culturels, et en fonction de limite d'âge choisie et du lieu d'étude. [6,7]. De même, Kisangani est un milieu urbain où le niveau d'étude était majoritairement secondaire (68,50%) et universitaire (21,3%). Le niveau d'étude avancé dans la population féminine peut constituer aussi un facteur favorisant la maternité tardive. Le taux de primipares n'était que de 22,21%, 20,04% de secondipares et 57,75% de multipares. Asefa et al [13] avaient trouvé aussi en Ethiopie un taux de primipares d'âge ≥ 35 ans de 5,3%, 57% de multipares, 32,4% de grande multipare et 5,3% de très grandes multipares.

La prédominance de multipares concorde aux données trouvées dans les pays en développement où la maternité tardive est généralement l'apanage des multipares, avec des taux bas chez les primipares âgées. Les grossesses et accouchements débutés, souvent en âge précoce, se poursuivent au-delà de 35 ans, faisant de ces femmes des multipares âgées. [10]. Néanmoins, Jolly M et al [14] avaient aussi trouvé au Royaume-Uni chez les femmes âgées de 35-40 ans un taux de maternité tardive de 25,0% chez les primipares, 34,2% chez les secondipares et 40,8% chez les multipares et chez celles d'âge > 40 ans un taux de 20,5% chez les primipares, 27,3% chez les secondipares et 52,2% chez les multipares.

Le taux de patientes ayant suivi moins 4 CPN était de 51,1%. Ce taux est très faible comparativement aux données trouvées en Ethiopie par Asefa et al [13] où le taux de patientes qui avaient suivi moins de 4 CPN n'était que de 18,1%. Toutes les gestantes devraient suivre régulièrement les CPN et du fait que les grossesses tardives présentent un risque majeur sur l'issue maternelle et périnatale, l'OMS recommande actuellement les CPN recentrées (CPNR) pour toute grossesse à risque dont la fréquence devrait être de 8 séances au minimum dans le but de dépister et traiter efficacement les complications éventuelles de la grossesse [15].

L'âge maternel avancé a des effets marqués surtout sur la baisse de la

fécondabilité sur base de la physiologie féminine [16]. Selon les spécialistes de la fertilité, après l'âge de 40 ans, la fertilité diminue considérablement [2]. Ils évoquent même la notion de « grossesse gériatrique » quand la femme enceinte a plus de 50 ans [17]. Le taux de patientes dans notre étude qui avaient conçu après assistance médicale à la procréation était de 13,4%. Ce taux traduit qu'il y avait une diminution de la fécondité chez les femmes âgées qui pourrait motiver le suivi médical pour désir de maternité.

L'âge maternel avancé est un facteur de risque connu pour l'hypertension gravidique du fait des dommages endothéliaux qui augmentent avec l'âge [3]. Les principales complications obstétricales maternelles liées à l'âge sont l'hypertension artérielle chronique et gravidique qui augmente trois fois et plus chez les femmes de 35-40 ans et de trois à 12 fois chez celles ayant 40 ans ou plus (selon qu'elles sont grandes multipares ou non) comparativement à celles âgées de 20-24 ans, le diabète permanent et gestationnel qui augmente 4,5 fois et les thromboembolies [3,16,18]. La complication morbide la plus trouvée dans notre étude était l'hypertension artérielle gravidique dont le taux était de 15,6%. Ce taux est proche à celui trouvé en Ethiopie par Asefa et al qui était de 18,6% [13], cependant, très élevé par rapport à celui trouvé au Royaume uni qui était de 7,0% chez les patientes âgées de 35-40 ans et 8,9% chez celles d'âge > 40 ans [14]. Le taux élevé d'hypertension artérielle observées dans notre étude peut être lié au taux élevé des multipares âgées (57,75%) qui est un facteur favorisant de l'HTA [18] et le faible taux des CPN (51,1% avaient moins de 4 séances) alors que c'est pendant les CPN qu'on peut prévenir, dépister et traiter les complications morbides gravidiques [15].

Les principales étiologies de la mortalité maternelle sont l'hémorragie du postpartum (HPP), l'infection et les complications cardiovasculaires [3,19]. Le taux d'hémorragie du postpartum trouvé dans notre étude était de 18,9%. Ce taux est élevé à celui trouvé en Ethiopie par

Asefa et al [13] qui était de 5,4% vs 1,3% OR (95% IC), 2,01 [1,445-2,819] comparativement aux femmes âgées de 20-34 ans et la différence était significative sur le plan statistique. Ce qui traduit que l'âge maternel avancé est un facteur de risque de l'hémorragie du postpartum. De même, la multiparité qui représentait un taux de 57,75% de femmes est un facteur de risque de l'HPP [20].

Le taux de décès maternel trouvé était de 8,89%. Ce taux est très élevé comparativement aux résultats trouvés par Dembele et al en Côte d'Ivoire qui était de 0,1% [11] et celui trouvé en Israël par Attali E et al [21] qui était de 0,038 %, mais chez les femmes âgées de 20-34 ans le taux de mortalité maternelle n'était que de 0,011%. Le taux élevé de décès lié à l'âge maternel avancé peut être en rapport avec les comorbidités et autres pathologies qui coexistent avec l'âge avancé [3,21]. Cependant, ces résultats montrent que le taux de mortalité maternel diffère selon les milieux et est très faible dans pays industrialisés. Un bon suivi de la grossesse au cours des CPN peut minimiser ce risque.

Il est raisonnable de déclencher artificiellement le travail d'accouchement sur grossesse à terme ou d'indiquer une césarienne prophylactique sur grossesse de 39 semaines chez les femmes en âge avancé pour réduire la mortalité périnatale [22-24]]. Le taux de patientes qui avaient subi le déclenchement artificiel du travail était de 5,53%. Ce taux est élevé à celui trouvé à Kisangani sur les accouchements en général par Matega et al. qui était de 3,36% [25]. Hoque ME [12] avait trouvé en Afrique du Sud un taux de 9,1% cependant le taux chez les femmes âgées de 20-34 ans était de 8,2% mais la différence n'était pas significative sur le plan statistique ($p=0,169$). Jolly M et al [14] avaient trouvé au Royaume-Uni un taux de déclenchement artificiel du travail de 8,66 chez les femmes âgées de 35-40 ans et de 10,41% chez celles d'âge > 40 ans. La maternité tardive est un facteur de risque pour des complications maternelles et périnatales [3,4], d'où sur

grossesse à terme, il est recommandé de déclencher artificiellement le travail le travail d'accouchement car cette pratique est indiquée s'il apparaît qu'en termes de santé, la mère ou le nouveau-né bénéficieront d'une issue plus favorable que si l'accouchement avait eu lieu plus tard [26].

Le taux de césarienne trouvé dans notre étude était de 18,9%. Ce taux est inférieur à celui trouvé en Afrique du Sud par Hoque ME [12] qui était de 38,4%, mais supérieur à celui trouvé au Royaume-Uni qui était de 11,05% chez les femmes de 35-40 ans vs 14,24% chez celle d'âge > 40 ans pour les césariennes d'urgence, et 8,6% chez les femmes de 35-40 ans vs 12,67% chez celle d'âge > 40 ans pour les césariennes prophylactiques [14]. Dans les pays occidentaux et industrialisés le taux de maternité tardive en constante augmentation depuis quelques décennies [6] d'où l'amélioration du suivi de la grossesse permettant ainsi le dépistage et prise en charge précoce des complications maternelles et fœtales, ce qui peut réduire le risque de recourir aux césariennes d'urgence.

La comorbidité de la grossesse et les pathologies maternelles qui coexistent avec l'âge maternel avancé peuvent avoir des répercussions sur le développement du fœtus dont les anomalies chromosomiques, les fausses couches, les grossesses multiples, et les complications périnatales dont la prématurité, le faible poids de naissance, la prise en charge néonatale intensive et la mortinatalité [4,5,21,27]. Le taux de mort in utero que nous avons trouvé au cours de notre étude était de 8,89%. Les complications à la naissance étaient la prématurité (13,33%), 24,48% de nouveau-nés avaient un score d'Apgar < 7 à la cinquième minute, 1,97% avaient un faible poids de naissance et le taux de mortalité périnatale était de 3,14%. Jolly M et al [14] avaient trouvé en Afrique du Sud que le risque d'accouchement prématuré était plus élevé en cas de maternité tardive, le taux de score d'Apgar < 7 à la cinquième minute de 1,42% chez les femmes de 35-40 ans et de 1,61% chez celle d'âge > 40

ans, un taux de prise en charge néonatale intensive de 5,33% chez les femmes de 35-40 ans et de 5,92% chez celle d'âge > 40 ans et un taux de mortinatalité de 0,47% chez les femmes de 35-40 ans et de 0,61% chez celle d'âge > 40 ans. La mort fœtale est l'une des composantes de la mortinatalité et constitue un accident relativement fréquent dans les pays en voie de développement à cause de l'insuffisance de la couverture sanitaire qui peut entraver le bon suivi de la grossesse et du bas niveau socio-économique de la population [28]. Le faible poids de naissance, le taux élevé de la prématurité et du score d'Apgar faible à la cinquième minute peuvent aussi être des facteurs d'augmentation de la mortinatalité au cours de notre étude.

CONCLUSION

La prévalence de la maternité tardive est élevée à Kisangani et est associée à plusieurs risques maternels dont l'hypertension gravidique, la césarienne, l'hémorragie du post-partum, le décès maternel et un taux élevé de la morbidimortalité périnatale.

REFERENCES

1. Delbacre I, Verstraclen H, Goetgeluk S. Pregnancy outcomes in Primipare of advanced maternal age. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 2007 ; 137 :41-6
2. Foucauld M.-I., Wendland J. Primiparité après 35 ans : désir d'enfant et vécu de la grossesse. First Pregnancy after the Age of 35: Desire for a Child and Pregnancy Experience. *Périnat* 2019 11:109-116 DOI 10.3166/rmp-2018-0027
3. Glick I, Kadish E, Rottenstreich. Management of Pregnancy in Women of Advanced Maternal Age: Improving Outcomes for Mother and Baby. *International Journal of Women's Health* 2021 ;13 :751-759
4. Kenny LC, Lavender T, McNamee R, O'Neill SM, Mills T, et al. Advanced Maternal Age and Adverse Pregnancy Outcome: Evidence from a Large Contemporary Cohort. *PLoS ONE*

- 2013 ; 8(2):e56583. doi: 10.1371/journal.pone.0056583
5. Pinheiro RL, Areia AL, Mota Pinto A., Donato H. Advanced maternal age : adverse outcomes of pregnancy, a meta-analysis. *Acta Med Post* 2019 ; 32(3) :219-226
doi :10.20344/amp.11057
 6. Fitzpatrick KE, Tuffnell D, Kurinczuk JJ, Knight M. Pregnancy at very advanced maternal age: a UK population-based cohort study. *BJOG* 2016. <https://doi.org/10.1111/1471-0528.14269> PMID: 27581343.
 7. BELAISCH-ALLART et coll., Extrait des mises à jour en gynécologie médicale, Désir tardif d'enfant, les risques materno-fœtaux, Paris 2008
 8. Hamilton BE, Martin JA, Osterman MJK. Births : provisional data for 2019. *NVSS Vital Stat Rapid Release* 2020 ;8 :1-10
 9. Institut national de recherche médical (Inserm) et Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES). Enquête nationale périnatale 2016 ; les naissances et les établissements : situation et évolution depuis 2010. Online www.epopé-inserm.fr/wpcontent/upload/2017/10/ENP2016_rapport_complet.pdf
 10. Mounkoro N. Grossesse et accouchement chez les femmes de 35 ans et plus à la maternité de l'HGR au point G : à propos d'une étude cas-témoins entre 1985 et 2003, *Journal des abstracts de SAGO*, 2007
 11. Dembele S, Diassana M, Macalou B, Konate A, Sidibe A, Dicko AH, Bocoum A, Fane S, Traoré Y, Teguede I. Accouchement chez les gestantes de 35 ans et plus à l'hôpital Fousseyni Daou de Kayes / Childbirth In Pregnant Women Aged 35 And Over At Fousseyni Daou De Kayes Hospital. *Rev int sc méd Abj* 2021 ;23,1:63-67
 12. Hoque ME. Advanced maternal age and outcomes of pregnancy: A retrospective study from South Africa. *Biomedical Research* 2012 ; 23 (2): 281-285
 13. Asefa U, Ayele WM. Adverse Obstetrical and Perinatal Outcomes Among Advanced Age Pregnant Mothers in Northeast Ethiopia: A Comparative Cross-Sectional Study. *International Journal of Women's Health* 2020 ; 12,1161-1169
 14. Jolly M, Sebire N, Harris J, Robinson S and Regan L. The risks associated with pregnancy in women aged 35 years or older. *Human Reproduction* 2000 ;15(11) :2433-2437
 15. World Health Organization (WHO). Pregnant women must be able to access the right care at the right time, Says WHO. 7 November 2016 Geneva. Online <https://www.who.int>
 16. Khoshnood B, Bouvier-Colle MH, Leridon H, Blondel B. Impact de l'âge maternel élevé sur la fertilité, la santé de la mère et la santé de l'enfant. Impact of advanced maternal age on fecundity and women's and children's health. *Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction* 2008 ; 37,733-747
 17. M.-I. de Foucauld · J. Wendland. Primiparité après 35 ans : désir d'enfant et vécu de la grossesse. First Pregnancy after the Age of 35: Desire for a Child and Pregnancy Experience. *Périnat* 2019 ;11:109-116
doi :10.3166/rmp-2018-0027
 18. Roman H, Robillard P, Julien C, Kauffmann E, Laffitte A. La grossesse après 40 ans chez 382 femmes : une étude rétrospective à l'île de la Réunion. *J Gynecol Obstet Biol Reprod* 2004 ;33 :615-22.
 19. Correa-de-araujo R, Yoon SSS. Clinical outcomes in high-risk pregnancies due to advanced maternal age. *J Womens Health (Larchmt)* 2021 ;30(2) :160-167.
doi:10.1089/jwh.2020.8860
 20. Cunningham FG., Lenevo KJ., Bloom SL., Spong CY., Dashe JS., Hoffman B., Casey B., Sheffield J. Williams obstetrics. 24th Edition *Mc Graw-Hill Education* 2014.
 21. Attali E, Yogev Y. The impact of advanced maternal age on pregnancy outcome. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol.* 2021;70:2-9.
doi:10.1016/j.bpobgyn.2020.06.006
 22. Frick AP. Advanced maternal age and adverse pregnancy outcomes. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol.* 2021; 70:92-100. doi:10.1016/j.bpobgyn.2020.07.005
 23. Grobman WA, Rice MM, Reddy UM, et al. Labor induction versus expectant management in low-risk

- nulliparous women. *N Engl J Med.* 2018;379(6):513–523. doi:10.1056/NEJMoa1800566
24. Impact S, No P. Induction of labour at term in older mothers. R Coll Obstet Gynaecol -Scientific Impact Pap. 2013;34
25. Matega HT, Maindo A M-A, Juakali S J-J, Manga O J-P, Katenga BG. Prévalence et pronostic du déclenchement artificiel du travail d'accouchement à Kisangani, R.D.Congo. *KisMed Juin 2021* ; 11(1) : 458-466
26. Dean L., Anne B., Lily L., Jessica D. Déclenchement du Travail. *J Obstet Gynaecol Jan 2016* ; 38(12S) : S 287-S310
27. Mélanie Lottin. Impact médical et psychologique des grossesses après 35 ans. Gynécologie et obstétrique. 2019. HAL Id: dumas-02269009 online
<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02269009> Lu le 19 janvier 2023
28. Organisation Mondiale de la Santé (OMS) : Santé de la mère, du nouveau-né, de l'enfant et de l'adolescent, et santé de la reproduction et de recherche (RHR), aout 2016, GENEVE Online
<http://www.who.int>

Citez cet article : Buname MP, Maindo AMA, Matega HT, Labama ON, Katenga BG, Komanda LE. Prévalence, profil clinique et pronostic des patientes avec maternité tardive à Kisangani, en République Démocratique du Congo. *KisMed Mars 2023, Vol 13(1) : 584-591*
