

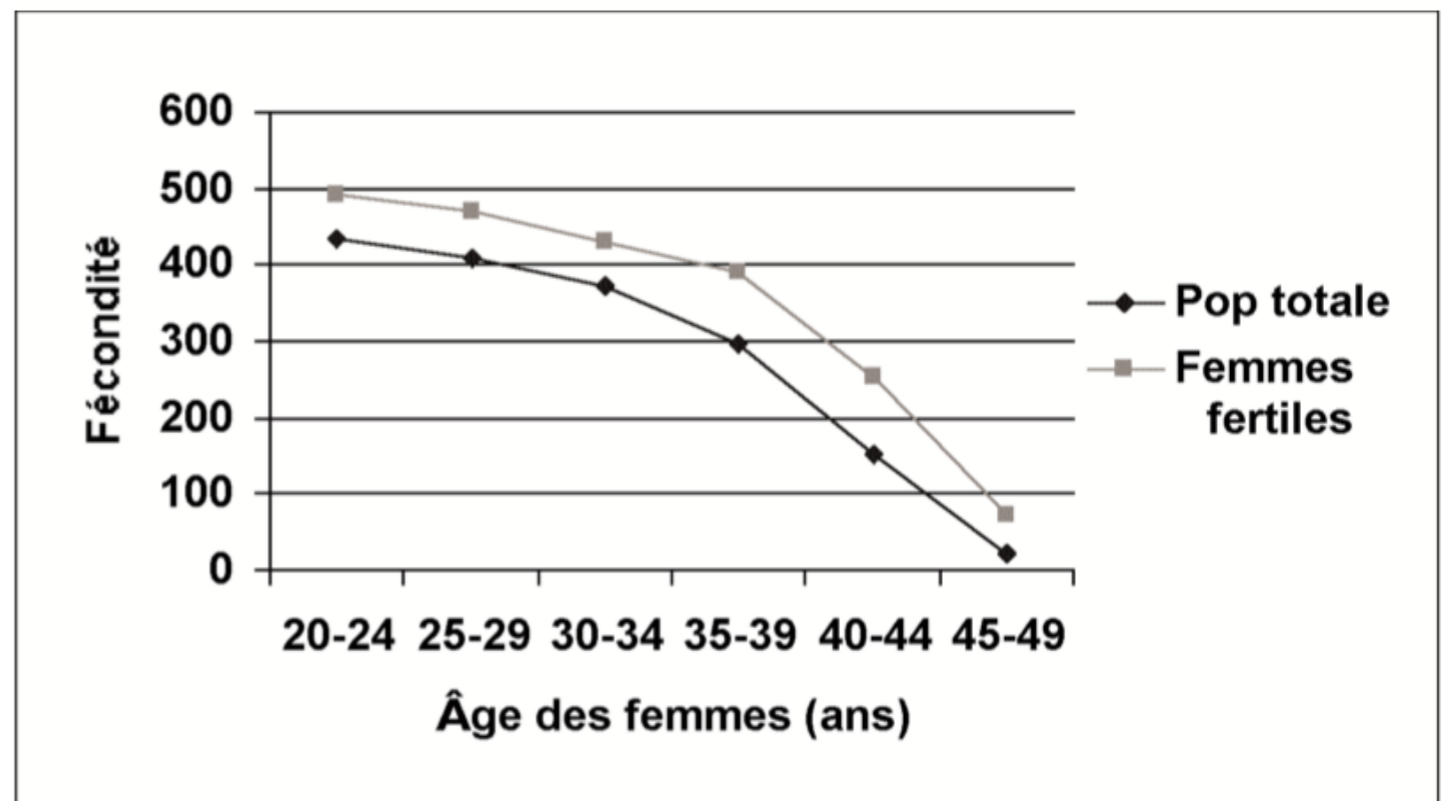
# Grossesse chez la femme «âgée »: Un suivi spécifique?

25e Journée scientifique du Réseau Sécurité Naissance  
La Baule, 18 Novembre 2022

# Quel âge ont les femmes enceintes?

Figure 2

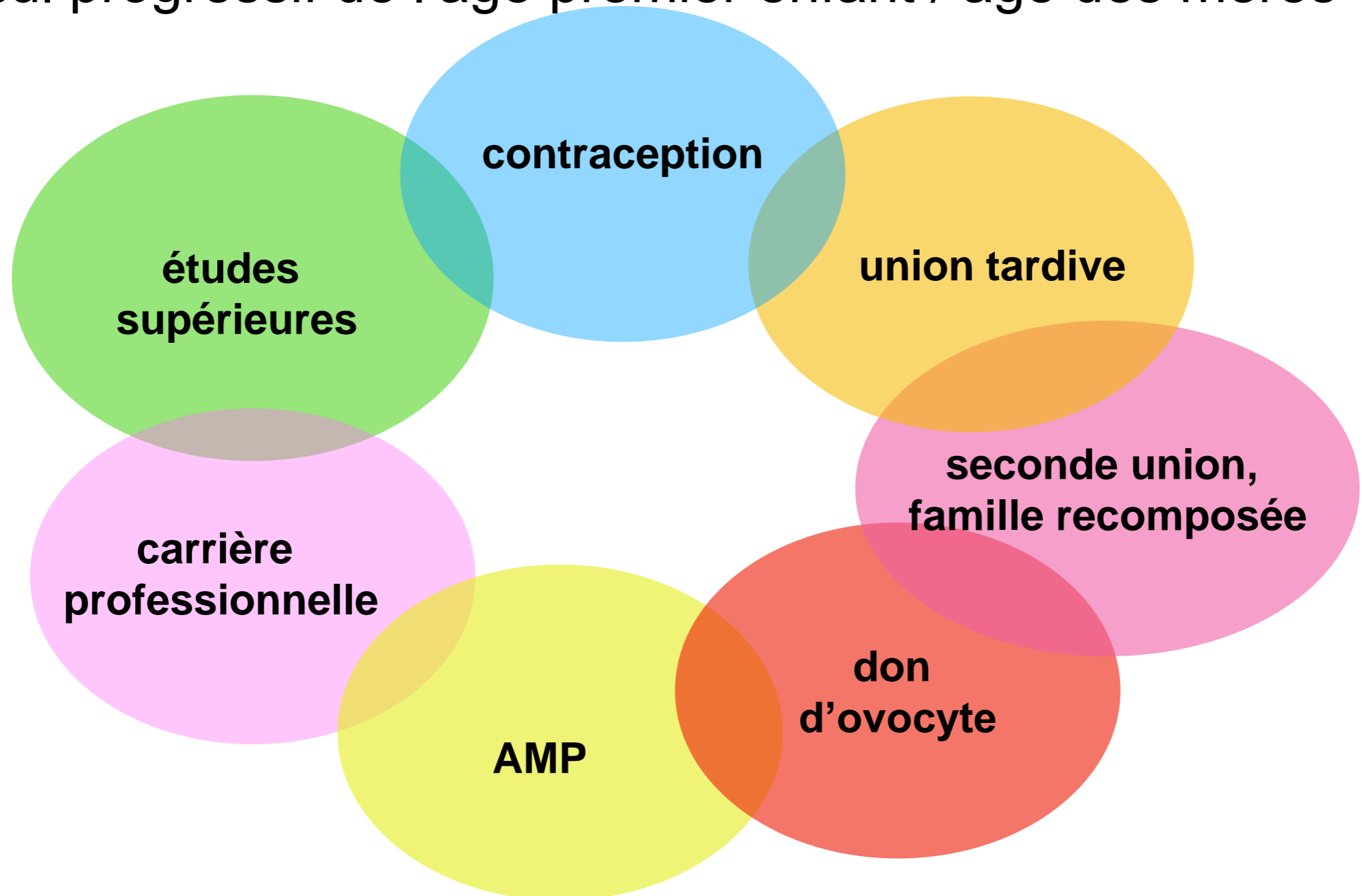
Évolution de la fécondité selon l'âge de la femme dans une population totale qui n'a pas recours à la contraception. La fécondité est exprimée par le nombre de naissances pour 1000 femmes et par an (25)



CNGOF 2002,  
fertilité et infertilité en préménopause : l'AMP.

# Quel âge ont les femmes enceintes?

- recul progressif de l'âge premier enfant / âge des mères



La femme, du nom de Tian, a accouché vendredi par césarienne dans la province du Shandong, ont rapporté les médias locaux. Interrogée par l'AFP, la maternité de la ville de Zaozhuang a confirmé qu'une femme de 67 ans avait accouché dans ses locaux, mais sans pouvoir se prononcer sur les conditions de la conception, Mme Tian ayant pris contact avec l'hôpital alors qu'elle était déjà enceinte. «*L'enfant est un don du ciel pour nous deux*», a déclaré le mari de Mme Tian, lui-même âgé de 68 ans, au site d'information guancha.cn.

D'après le quotidien de langue anglaise *Global Times*, le bébé se prénomme d'ailleurs «*Tianci*», c'est-à-dire «*Don du ciel*» en chinois. S'il est confirmé que la grossesse de Mme Tian était bien naturelle, il s'agirait de loin d'un record mondial. D'après le Livre Guinness des Records, la femme la plus vieille à avoir accouché d'un enfant conçu naturellement est une Britannique qui a mis un enfant au monde en 1997 alors qu'elle était âgée de 59 ans. Avec l'aide de la fécondation in vitro, le record mondial est détenu par une Espagnole, Maria del Carmen Bousada Lara, qui a accouché de jumeaux en 2006 alors qu'elle s'apprêtait à fêter ses 67 ans. Elle est décédée d'un cancer deux ans plus tard.

---

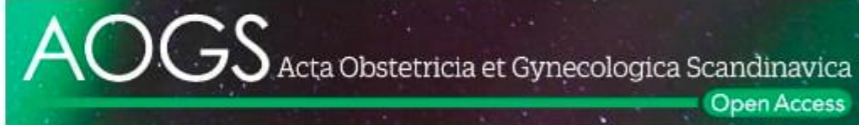
## **Prabha Devi, une Indienne de 75 ans, vient de donner naissance pour la première fois. Elle bat ainsi le record de la grossesse la plus tardive au monde.**

Prabha Devi, qui n'a qu'un seul poumon, et son époux, respectivement **75** et **80 ans**, ne sont jamais parvenus à procréer naturellement. Ils ont **adopté** un premier enfant et ont ensuite procédé à une **FIV** (fécondation in vitro), par volonté d'avoir leur « propre » enfant. Ce samedi 12 octobre, au bout de 30 semaines de grossesse, Prabha Devi a donc donné naissance à une petite fille **prématurée** de 2 kilos. Cet événement marque le nouveau **record de la grossesse la plus tardive au monde**. Le Docteur Abhilasha Kinker, gynécologue et obstétricien qui a accouché la mère, a déclaré au journal *The Sun* : «*Nous avons effectué une **échographie**, et constaté qu'il y avait des complications, alors nous avons décidé de la faire accoucher par **césarienne**. Elle était vieille et malade, nous ne pouvions pas prendre de risques avec la vie de l'enfant. Elle avait déjà porté le bébé pendant plus de six mois, ce qui est déjà très surprenant pour son âge* ».

---

source: magic maman

# A partir de quel âge une femme enceinte peut présenter des complications liées à son âge?



Original Research Article | [Free Access](#)

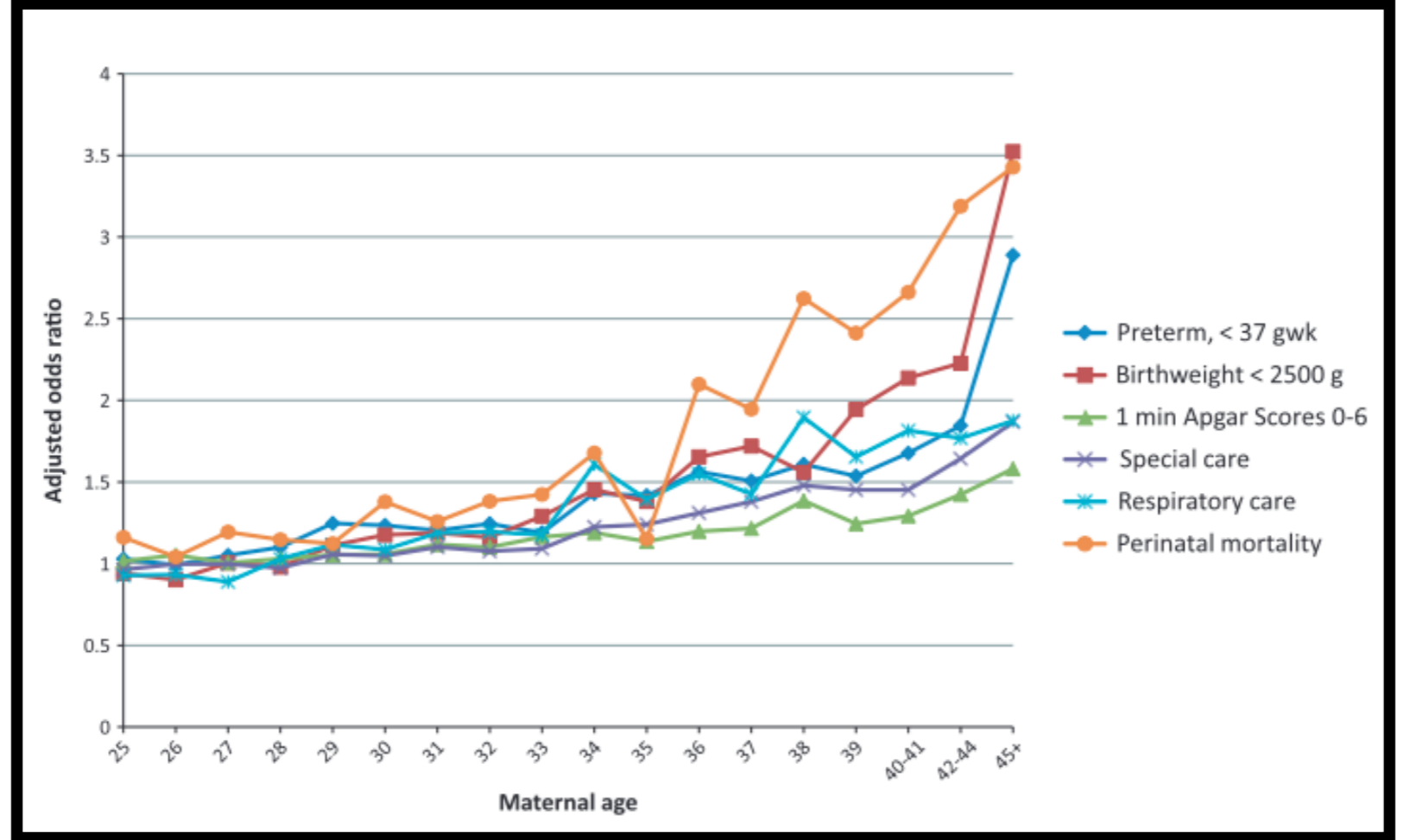
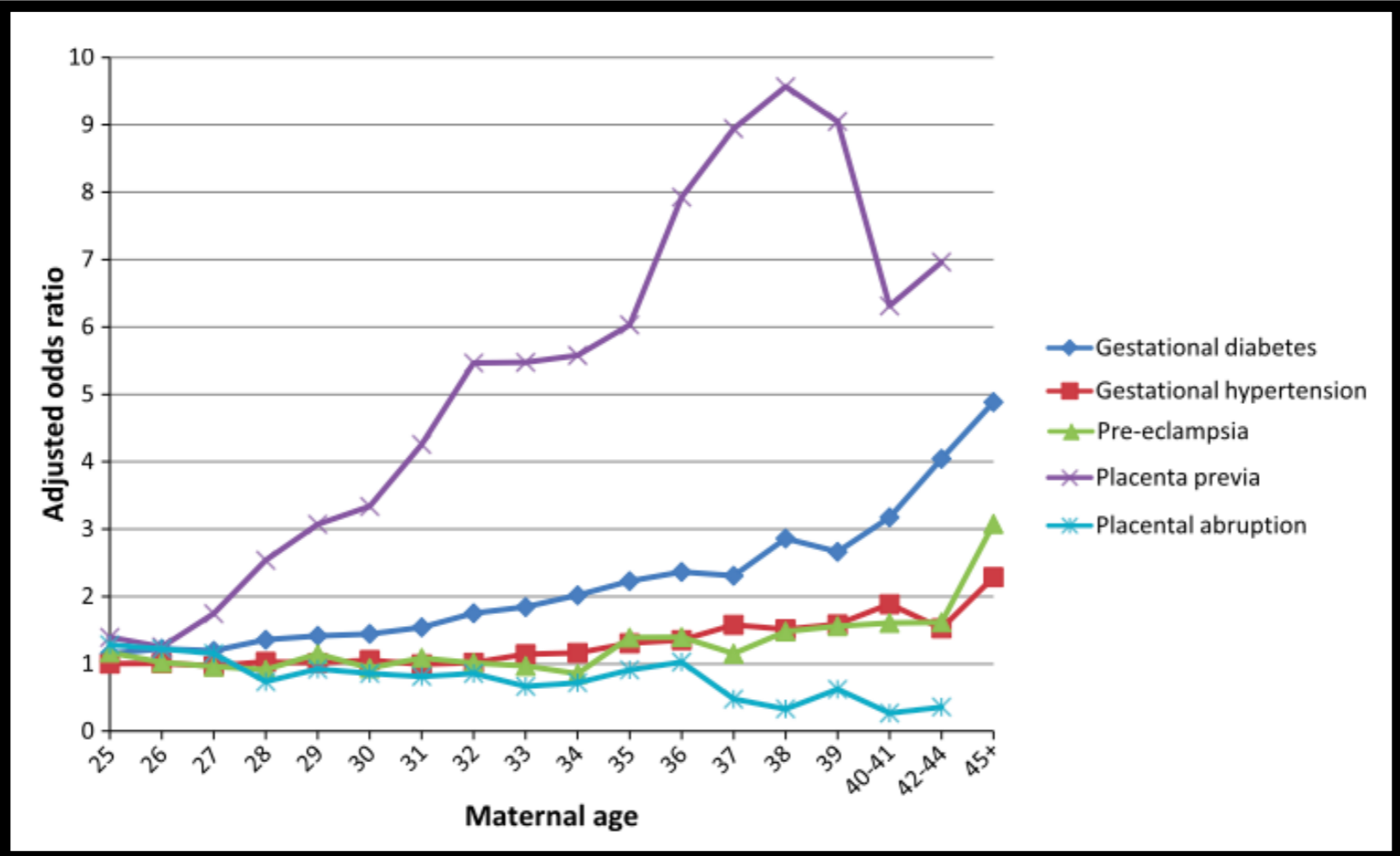
## At what age does the risk for adverse maternal and infant outcomes increase? Nationwide register-based study on first births in Finland in 2005–2014

As a conclusion, this study shows an increase by maternal age in the use of maternity care and for various adverse maternal and infant health outcomes. Most adverse outcomes occurred earlier than the traditional cut-off ages for high risk pregnancy, which have been set at 35 or 40 years (9,26). However, no single threshold-age for all adverse outcomes measured was found.

**Table 2.** Threshold-ages of different outcomes<sup>a</sup> by maternal age, first-time mothers with singleton pregnancies, 2005–2014 in Finland.

Outcome	Threshold-age (years)
<i>Use of maternity care</i>	
16+ antenatal visits	38
Inpatient care during pregnancy	36
Induction of labor	30
Instrumental delivery	25
Cesarean section	25
Elective cesarean	26
Emergency cesarean	25
Postpartum hospital care 7+ days	29
<i>Maternal health</i>	
Gestational diabetes	25
Gestational hypertension	33
Pr-eclampsia	38
Placenta previa	27
Placental abruption	None
<i>Infant health</i>	
Preterm birth <37 gestational weeks	28
Low birthweight <2500 g	29
1-min Apgar score <7	31
Special care <sup>b</sup>	31
Respiratory care <sup>c</sup>	34
Perinatal mortality	36

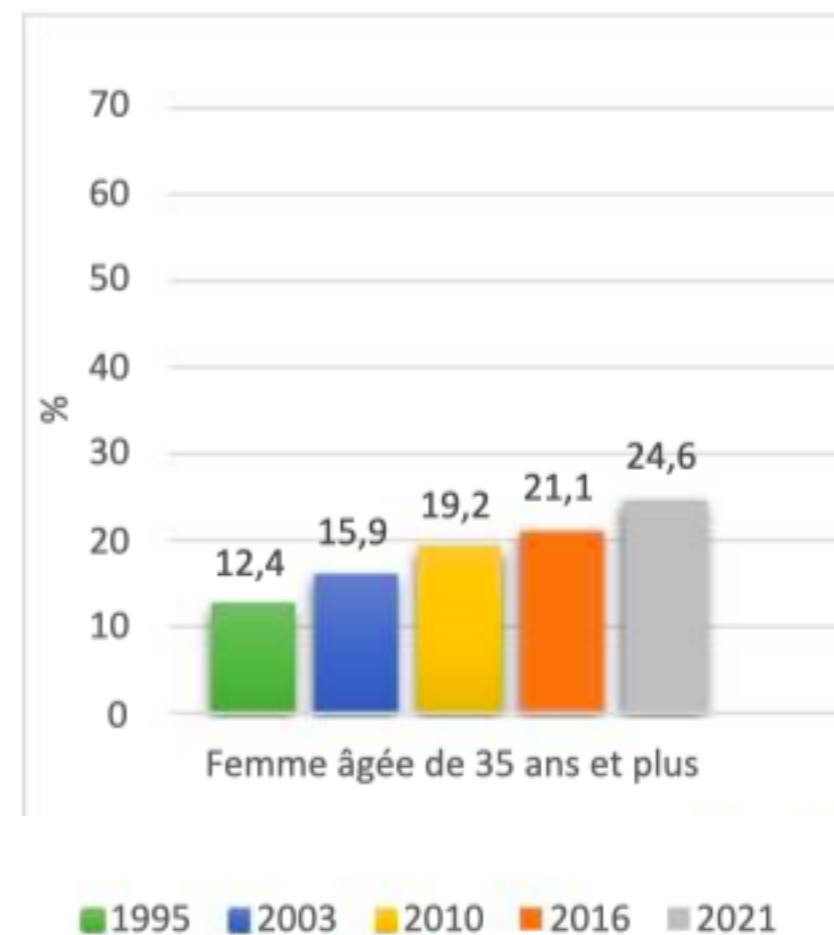
None, clear threshold-age could not be defined.



# Quel âge ont les femmes enceintes en France?

- Résultats de l'enquête périnatale 2021:
- augmentation progressive et constante des femmes âgées de 35 ans et plus
- femme enceinte 40 ans et plus : 3,9% en 2016 et 5,4% en 2021

Caractéristiques des femmes



# Complication materno foetale chez femme enceinte « âgée »

- complications liées aux ATCD maternel
- complications liées à l'âge en dehors des ATCD maternel
- complications liées aux mode de conception



# Complication materno foetale liée aux ATCD maternel

- femme « agée » = plus de risque d'ATCD
  - médicaux : HTA, diabète, obésité
  - chirurgicaux : myomectomie ...
  - obstétricaux : utérus cicatriciel / césarienne
- —> grossesse potentiellement plus à risque

Complications materno  
foetales liées à l'âge en  
dehors des ATCD maternel

# Anomalie chromosomique

**Table 1. Chromosomal Abnormalities in Second-Trimester Pregnancies Based on Maternal Age at Term\*†**

	Trisomy 21	Trisomy 18	Trisomy 13	Sex Chromosome Aneuploidy (XXX, XY, XYY, 45, X)	Microarray or Rare Chromosomal Abnormality	All Chromosomal Abnormalities
Age 20	8 per 10,000 1 in 1,250	2 per 10,000 1 in 5,000	1 per 10,000 1 in 10,000	34 per 10,000 1 in 294	37 per 10,000 1 in 270	82 per 10,000 1 in 122
Age 25	10 per 10,000 1 in 1,000	2 per 10,000 1 in 5,000	1 per 10,000 1 in 10,000	34 per 10,000 1 in 294	37 per 10,000 1 in 270	84 per 10,000 1 in 119
Age 30	14 per 10,000 1 in 714	4 per 10,000 1 in 2,500	2 per 10,000 1 in 5,000	34 per 10,000 1 in 294	37 per 10,000 1 in 270	91 per 10,000 1 in 110
Age 35	34 per 10,000 1 in 294	9 per 10,000 1 in 1,111	4 per 10,000 1 in 2,500	35 per 10,000 1 in 285	37 per 10,000 1 in 270	119 per 10,000 1 in 84
Age 40	116 per 10,000 1 in 86	30 per 10,000 1 in 333	14 per 10,000 1 in 714	51 per 10,000 1 in 196	37 per 10,000 1 in 270	248 per 10,000 1 in 40

\*Not all chromosomal abnormalities increase as maternal age increases.

- augmentation du risque de T21, T18, T13, autre aneuploïdie et anomalie chromosomique.

# HTA gravidique et PE

- augmentation du risque d'HTA gravidique liée à l'âge maternel
- femme > 40 ans, risque PE X 2 à 3 selon les études
- cohorte scandinave, risque PE X10 après 50 ans
- Adverse maternal and perinatal pregnancy outcome related to very advanced maternal age in primigravida and multigravida in the netherlands : A population study.  
D Rademaker, AOGS

# Diabète gestationnel

- augmentation du risque de diabète gestationnel lié à l'âge X2 à X4
- taux variable selon les études (lié au BMI différent selon les populations)

TABLE 3 Outcome, crude odds ratio, and multivariate adjusted displayed per age group in primigravid women

	25-29 years old		40-44 years old		45-49 years old		50 and older	
	OR (95% CI)	aOR (95% CI) <sup>b</sup>	OR (95% CI)	aOR (95% CI) <sup>b</sup>	OR (95% CI)	aOR (95% CI) <sup>b</sup>	OR (95% CI)	aOR (95% CI) <sup>b</sup>
Gestational diabetes	Ref	Ref	2.11 (1.97-2.26) <sup>a</sup>	1.88 (1.74-2.01) <sup>a</sup>	3.21 (2.47-4.18) <sup>a</sup>	2.71 (2.07-3.55) <sup>a</sup>	5.47 (1.97-15.16) <sup>a</sup>	3.89 (1.36-11.07) <sup>a</sup>

- adverse maternal and perinatal pregnancy outcome related to very advanced maternal age in primigravida and multigravida in the netherlands : A population study. D Rademaker, AOGS, 2019

# Petit poids de naissance et RCIU

- Résultats variables selon les études
- risque augmenté dans l'étude de cohorte scandinave

TABLE 3 Outcome, crude odds ratio, and multivariate adjusted displayed per age group in primigravid women

	25-29 years old		40-44 years old		45-49 years old		50 and older	
	OR (95% CI)	aOR (95% CI) <sup>b</sup>	OR (95% CI)	aOR (95% CI) <sup>b</sup>	OR (95% CI)	aOR (95% CI) <sup>b</sup>	OR (95% CI)	aOR (95% CI) <sup>b</sup>
Small for gestational age	Ref	Ref	1.49 (1.46-1.54) <sup>a</sup>	1.39 (1.34-1.43) <sup>d</sup>	2.22 (1.93-2.56) <sup>a</sup>	1.72 (1.48-2.00) <sup>d</sup>	4.70 (2.63-8.40) <sup>d</sup>	3.42 (1.86-6.30) <sup>a</sup>

- adverse maternal and perinatal pregnancy outcome related to very advanced maternal age in primigravida and multigravida in the netherlands : A population study. D Rademaker, AOGS, 2019

# Placenta praevia

- correlation fréquence placenta praevia / âge maternelle

**Table 2.** Antepartum- and Intrapartum-Associated Diagnoses

Diagnosis	ICD-9 code	Nulliparous (%)		Adjusted OR* (95% CI)	Multiparous (%)		Adjusted OR* (95% CI)
		≥40 y	20–29 y		≥40 y	20–29 y	
Malpresentation	652	11	6	1.7 (1.6, 1.9)	6.9	3.7	1.4 (1.3, 1.5)
Fetal disproportion	653	10.6	6.8	1.5 (1.4, 1.7)	2.9	1.8	1.6 (1.4, 1.7)
Obstructed labor	660	12.6	10.8	1.3 (1.2, 1.4)	7.8	6.3	1.4 (1.3, 1.5)
Abnormal forces labor	661	16.0	10.8	1.5 (1.4, 1.7)	7.8	6.3	1.2 (1.1, 1.3)
Prolonged labor	662	3.6	2.5	1.3 (1.1, 1.6)	0.9	0.6	1.5 (1.3, 1.8)
Preeclampsia <sup>†</sup>	642.4	5.4	3.4	1.8 (1.6, 2.1)	2.7	1.0	3.1 (2.8, 3.4)
Chronic HTN <sup>‡</sup>	642.2	1.6	0.3	4.7 (3.7, 6.0)	1.8	0.2	8.9 (7.8, 10.2)
Maternal diabetes	648.0	1.4	0.5	3.3 (2.5, 4.2)	2.7	0.5	6.4 (5.8, 7.1)
Gestational diabetes	648.8	7.0	1.7	4.0 (3.6, 4.5)	7.8	1.6	4.0 (3.6, 4.5)
Placenta previa	762.0	0.25	0.03	10.5 (5.4, 20)	0.13	0.05	2.7 (1.8, 3.6)
Prematurity <sup>§</sup>		14.1	9.1	1.7 (1.6, 1.9)	13.7	10.3	1.4 (1.3, 1.5)
Postterm delivery <sup>  </sup>		7.2	12.1	0.6 (0.5, 0.7)	7.4	12.0	0.65 (0.6, 0.7)

Childbearing beyond age 40: Pregnancy outcome in 24032 cas. Gilbert et al, obstetrics and gynecology, 1999

# Prématurité

- Augmentation modérée de la prématurité (spontanée / induite)
- en général < X2 dans les études

TABLE 3 Outcome, crude odds ratio, and multivariate adjusted displayed per age group in primigravid women

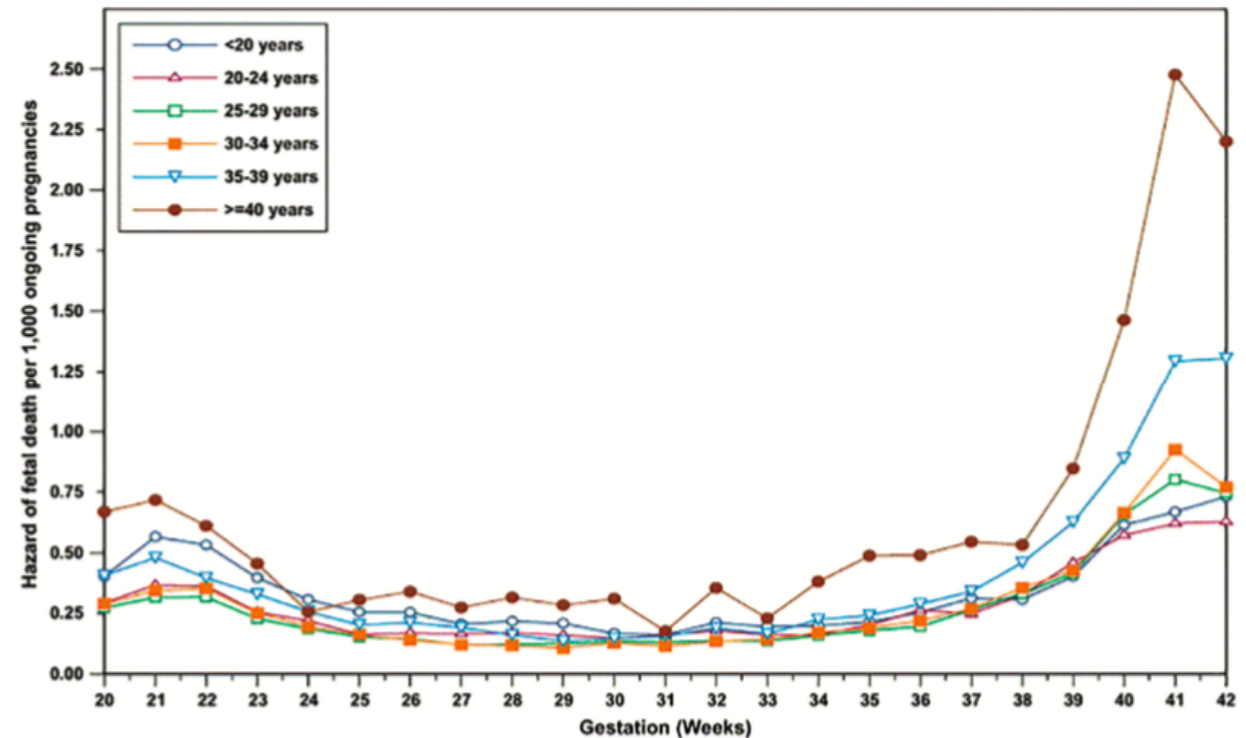
	25-29 years old		40-44 years old		45-49 years old		50 and older	
	OR (95% CI)	aOR (95% CI) <sup>b</sup>	OR (95% CI)	aOR (95% CI) <sup>b</sup>	OR (95% CI)	aOR (95% CI) <sup>b</sup>	OR (95% CI)	aOR (95% CI) <sup>b</sup>
Prematurity	Ref	Ref	1.35 [1.30-1.40] <sup>a</sup>	1.05 [1.00-1.10] <sup>a</sup>	2.15 [1.83-2.53] <sup>a</sup>	1.17 (1.01-1.40) <sup>a</sup>	6.03 (3.35-10.87) <sup>a</sup>	3.23 [1.64-6.39] <sup>a</sup>

- adverse maternal and perinatal pregnancy outcome related to very advanced maternal age in primigravida and multigravida in the netherlands : A population study. D Rademaker, AOGS, 2019



# MFIU

- non significatif dans de nombreuses études (effectif trop faibles)
- augmentation du risque de MFIU avec l'âge maternel,
- particulièrement après 39SA.



**Figure 1.** Risk of Fetal Death per 1,000 Ongoing Pregnancies by Week of Gestation. Reprinted from Reddy UM, Ko CW, Willinger M. Maternal age and the risk of stillbirth throughout pregnancy in the United States. *Am J Obstet Gynecol* 2006;195:764–70. doi: 10.1016/j.ajog.2006.06.019. Copyright 2006, with permission from Elsevier.



**ACOG**  
The American College of  
Obstetricians and Gynecologists



Society for  
Maternal-Fetal  
Medicine

**OBSTETRIC CARE CONSENSUS**

Number 11  
August 2022

**Pregnancy at Age 35 Years or Older**

# Induction of Labour at Term in Older Mothers

Scientific Impact Paper No. 34  
February 2013



Royal College of  
Obstetricians &  
Gynaecologists

**Table 1. Rate and absolute risk of stillbirth and neonatal death by maternal age in the UK<sup>14</sup>**

Maternal age (years)	Stillbirths <sup>a</sup>		Neonatal deaths <sup>a</sup>	
	Rate (95% CI) <sup>b</sup>	Absolute risk (95% CI)	Rate (95% CI) <sup>c</sup>	Absolute risk (95% CI)
25-29	4.6 (4.3, 4.9)	1/217 (1/204, 1/233)	2.9 (2.7, 3.2)	1/345 (1/312, 1/370)
30-34	4.7 (4.4, 5.0)	1/213 (1/200, 1/227)	2.6 (2.4, 2.8)	1/385 (1/357, 1/417)
35-39	5.5 (5.1, 5.9)	1/182 (1/169, 1/196)	2.9 (2.6, 3.2)	1/345 (1/312, 1/385)
≥40	7.6 (6.6, 8.7)	1/132 (1/115, 1/152)	3.8 (3.1, 4.6)	1/263 (1/217, 1/323)

<sup>a</sup> Second and subsequent deaths from pregnancies with multiple losses are excluded  
<sup>b</sup> Rates per 1000 maternities  
<sup>c</sup> Rates per 1000 live births

- risque MFIU environ X2

**Table 2. Absolute risk of stillbirth in women of advanced maternal age between 37-41 weeks of gestation in the USA.<sup>15</sup>**

Maternal age	Absolute risk of stillbirth at different gestational ages excluding congenital abnormalities (absolute stillbirth risk with additional exclusion of medical diseases)		
	37-38 weeks of gestation	39-40 weeks of gestation	41 weeks of gestation
<35 years	1 in 1639 (1 in 1887)	1 in 1020 (1 in 1149)	1 in 1333 (1 in 1449)
35-39 years	1 in 1220 (1 in 1493)	1 in 735 (1 in 806)	1 in 775 (1 in 952)
≥40 years	1 in 893 (1 in 1064)	1 in 503 (1 in 667)	1 in 403 (1 in 463)

- Calcul : en déclenchant toutes les femmes enceintes de singleton de 40 ans et plus à 39 SA, on éviterait 17 MFIU.
- Soit 9350 déclenchement pour éviter 17 MFIU
- 1 MFIU évitée pour 550 déclenchements.

# Décès maternel

- Pas étudié ou mis en évidence dans toutes les études (puissance)
- La mortalité maternelle augmente significativement avec l'âge maternel



Enquête nationale  
confidentielle sur les morts  
maternelles (ENCMM)  
2013-2015,  
Synthèse / Santé publique  
France, 2021.



# Césarienne

TABLE 3 Outcome, crude odds ratio, and multivariate adjusted displayed per age group in primigravid women

	25-29 years old		40-44 years old		45-49 years old		50 and older	
	OR (95% CI)	aOR (95% CI) <sup>b</sup>	OR (95% CI)	aOR (95% CI) <sup>b</sup>	OR (95% CI)	aOR (95% CI) <sup>b</sup>	OR (95% CI)	aOR (95% CI) <sup>b</sup>
Cesarean section	Ref	Ref	2.67 (2.60-2.75) <sup>a</sup>	2.30 (2.24-2.37) <sup>a</sup>	6.99 (6.15-7.94) <sup>a</sup>	5.59 (4.88-6.42) <sup>a</sup>	8.45 (4.64-15.37) <sup>a</sup>	7.16 (3.65-14.03) <sup>a</sup>

- Significativement plus de césarienne quand la grossesse est tardive
- Beaucoup de césarienne élective
- Plus de conséquence si césarienne

Table 2. Outcomes for Planned Elective Cesarean Delivery Compared With Planned Vaginal Delivery Among Women 35 Years of Age or Older

Outcome	Elective Cesarean Delivery, n=35,170	Planned Vaginal Delivery, n=406,897	Adjusted Odds Ratio (95% CI)
In-hospital death	25.6/100,000	4.4/100,000	5.63 (2.52–12.55)

# En résumé:



- 2e édition, juin 2022
- chapitre 18, Grossesse après 45 ans,
- A. Vincent-Rohfritsch, V Tsatsaris, C Le ray,

**Tableau 18.1.** Résumé de l'impact de l'âge maternel avancé sur le déroulement et l'issue de la grossesse.

Complications	Données scientifiques
<b>Maternelles</b>	
HTA et prééclampsie	Risque constant et prouvé
Diabète gestationnel	Risque admis
Mortalité maternelle	Risque constant et prouvé
<b>Fœtales et néonatales</b>	
RCIU et petit poids de naissance	Risque discuté
Mort fœtale in utero	Risque admis
Morbidité et mortalité périnatale	Risque discuté
Anomalies congénitales	Risque constant et prouvé
<b>Obstétricales</b>	
Accouchement prématuré	Risque discuté
Césarienne	Risque constant et prouvé
Placenta prævia et HRP	Risque constant et prouvé

Complications liées au  
mode de conception chez la  
femme enceinte « âgée »

# Don d'ovocyte et PE

- Risque augmenté de PE chez les patientes ayant eu un don d'ovocyte
- Taux de PE de 3,8% (pas de FIV) vs 10 % (FIV) vs 19,2% (FIV avec don d'ovocytes) chez les patientes âgées de > 43 ans
- ORa 3,3
  - association between oocyte donation and maternal and perinatal outcomes in women aged 43 years old or older, C Le ray, human repros 2012.



# Don d'ovocyte et autre FDR de PE

- Notion d'augmentation de la gémellité liée à la PMA mais pas que
- La gémellité augmente le risque de PE
- Le don ovocyte augmente le risque de PE
- l'âge maternel augmente le risque de PE
- —> attention au cumul de FDR

Et en pratique?

# Tour d'horizons des recommandations



OBSTETRIC CARE CONSENSUS

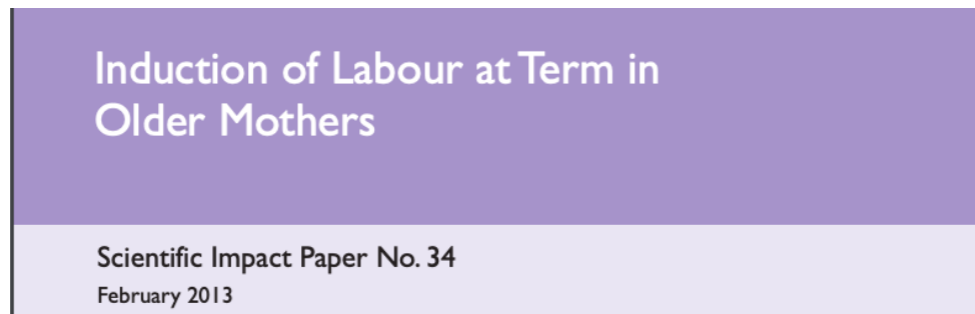
Number 11  
August 2022

- aux Etats Unis:

## Pregnancy at Age 35 Years or Older

- conseil adapté aux femmes enceinte de 35 ans et plus
- echo T1, dépistage aneuploidie (MST / DPNI / prélèvement invasif )
- échographie référent
- échographie de croissance femme enceinte après 40 ans
- surveillance anté natale femme après 40 ans (sans préciser de fréquence ni de date optimale de début de surveillance entre 32 et 36 SA)
- déclenchement du travail entre 39SA et 39SA+6J femme enceinte après 40 ans
- AVB est approprié, l'âge seul ne constituant pas une motif de césarienne

# Tour d'horizon des recommandations



Royal College of  
Obstetricians &  
Gynaecologists

- Le déclenchement vers 39-40 SA chez les femmes enceintes de 40 ans et plus réduirait le nombre de MFIU et le risque de PE.
- Pas d'argument pour penser que cela augmenterait le nombre de césarienne en urgence et/ ou d'extraction instrumentale
- le déclenchement et la voie d'accouchement doivent être discuté avec la patiente enceinte de plus de 40 ans.

# Tour d'horizon des recommandations : France



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

SYNTHÈSE DES RECOMMANDATIONS PROFESSIONNELLES

SUIVI ET ORIENTATION DES FEMMES ENCEINTES  
EN FONCTION DES SITUATIONS À RISQUE IDENTIFIÉES

Mise à jour Mai 2016

## DIFFERENTS SUIVIS ET DEMANDES D'AVIS POSSIBLES POUR LES GROSSESSES EN FONCTION DES SITUATIONS A RISQUE IDENTIFIEES (ACCORD PROFESSIONNEL)

**Suivi A** : lorsque la grossesse se déroule sans situations à risque ou que ces situations relèvent d'un faible niveau de risque, le suivi régulier peut être assuré par une sage-femme ou un médecin (généraliste, gynécologue médical ou gynécologue-obstétricien) selon le choix de la femme.

**Avis A1** : l'avis d'un gynécologue-obstétricien et /ou d'un autre spécialiste est conseillé.

**Avis A2** : l'avis d'un gynécologue-obstétricien est nécessaire. L'avis complémentaire d'un autre spécialiste peut également être nécessaire.

**Suivi B** : lorsque les situations à risque détectées permettent de statuer sur un niveau de risque élevé, le suivi régulier doit être assuré par un gynécologue-obstétricien.

**Tableau 1.** Types de suivi et structure recommandés pour l'accouchement en fonction des situations à risque identifiées chronologiquement au cours de la grossesse (liste indicative non limitative) (accord professionnel).

### Période préconceptionnelle ou 1<sup>re</sup> consultation de grossesse

Situations à risque	Suivi	Structure
<b>FACTEURS DE RISQUE GÉNÉRAUX</b>		
Âge (moins de 18 ans et au-delà de 35 ans)	A1 pour les extrêmes	Unité d'obstétrique si facteur isolé

# Tour d'horizon des recommandations : France

- CNGOF 2005: RPC Les grossesses après 40 ans
- Un état des lieux / pas de recommandation pratique

## *Résumé*

*Le désir d'enfant et la fréquence des grossesses après 40 ans augmentent régulièrement dans la plupart des pays, où ces dernières concernent 2 à 3 % des naissances. La baisse de la fécondité est irréversible dès l'âge de 35 ans et le recours à la procréation assistée augmente également ; les femmes de plus de 40 ans représentant 17 % des FIV et 11 % des ICSI (données FIVNAT 2004). Comparativement aux plus jeunes, le taux d'avortements spontanés est deux fois plus important chez les patientes plus âgées ; les anomalies du caryotype fœtal sont multipliées par 10 et les malformations congénitales par 1,5. La chance de mener à bien une grossesse à 40 ans est encore grevée par le risque de MFIU qui est multiplié par deux.*

*Les pathologies médicales préexistantes sont plus fréquentes, en particulier l'HTA et le diabète, surtout chez la multipare. Au vu de plus de 80 000 grossesses, des complications gravidiques sont constamment rapportées : HTA ( $\times 1,5-3$ ), diabète gestation-*

*nel ( $\times$  2-4), placenta praevia ( $\times$  3-10). Par contre la pré-éclampsie grave et l'HRP ne semblent pas significativement plus fréquents, sauf chez les femmes de 45 ans et au-delà et/ou en cas de procréation assistée.*

*L'excès pondéral et le tabagisme représentent des facteurs de risque supplémentaires de pathologies maternelles gravidiques et de MFIU.*

*La mortalité maternelle reste un problème majeur, le risque étant considérablement augmenté dans plusieurs publications; son taux s'échelonne de 22 à 140 pour 100 000 naissances vivantes contre 1,4 à 20 chez les femmes jeunes de 20 à 34 ans.*

*Le mode d'accouchement est marqué par un taux de césariennes double, certes chez les nullipares mais aussi chez les multipares; les raisons n'en sont pas toujours claires: pathologies maternelles et fœtales, anomalies de présentation, dystocies dynamiques. Le taux d'extractions instrumentales est augmenté de façon variable par l'âge de la parturiente.*

*L'issue néonatale montre un taux plus élevé de prématurés, de RCIU et de faibles poids de naissance (OR inférieur à 2); la macrosomie n'est pas aussi fréquente que prévu et concerne surtout les multipares. Le nombre de transferts en soins intensifs pédiatriques est également plus important. La mortalité néonatale est augmentée d'un facteur moyen de 1,5 dans quelques séries, mais la majorité des auteurs concluent à une issue néonatale globale favorable en raison du faible nombre de décès.*

# Protocole Nantes / Ancenis

- Pas de protocole spécifique grossesse tardive Nantes / Ancenis
- protocole à venir....



# Equipe Port Royal

- Pathologie maternelle et grossesse, chapitre grossesse après 45 ans (C. Leray, V. Tsatasris, A.Vincent Rohfritsch)
- dépistage des comorbidités (HTA, diabète, cardiopathie) en début de grossesse
- échographie morphologique précoce en début de 2e trimestre puis échographie de croissance (dépistage des malformations congénitales / anomalie de croissance)
- surveillance hebdomadaire par une SF au troisième trimestre (dépistage des pathologies hypertensives)
- ne pas modifier la prise en charge de la gestion du travail / indication de césarienne pour les singletons.

# Conclusion 1:

## Risques materno foetaux et grossesse tardive

- continuum dans le temps, a partir de 35 ans classiquement, accélération après 40, 45 ans et +
- >40 ans risque augmenté:
  - d'anomalie chromosomique,
  - HTA et prééclampsie
  - Diabète gestationnel
  - Césarienne
  - poids <2500g à la naissance
  - prématurité
  - MFIU
  - mortalité maternelle
  - placenta praevia

# En pratique:

## Suivi spécifique de grossesse chez la femme enceinte « agée »

- Pas de recommandation française sur les modalités de suivi des femmes enceintes après 35, 40, 45 ans et +
- Au moins une consultation avec un.e gynécologue obstétricien.ne
- ATCD maternel à rechercher et intégrer dans la réflexion: HTA, obésité, diabète, utérus cicat
- Informer les patientes sur les complications materno-foetale liée à l'âge et adapter l'information individuellement en fonction des FDR
- Adapter la surveillance notamment au 3e trimestre (SF/ TA / BU)
- Adapter la surveillance échographique
  - échographie morphologique orientée vers 18SA?
  - échographie de croissance vers 36-37 SA?

# En pratique:

## L'accouchement chez la femme enceinte « agée »

- Discuter le déclenchement à 39 SA pour diminuer le risque de MFIU
- Discuter la voie d'accouchement en privilégiant la voie basse
- Prévenir, surveiller, sans inquiéter car dans la majorité des cas : tout va bien aller.

- et pitié... bannissez de votre vocabulaire le terme « grossesse gériatrique »

**Merci de votre  
attention**