

MINISTRE DE L'ENSEIGNEMENT SUPERIEUR
ET DE LA RECHERCHE SCIENTIFIQUE

REPUBLIQUE DU MALI

Un Peuple—Un But—Une Foi

UNIVERSITE DES SCIENCES, DES TECHNIQUES
ET DES TECHNOLOGIES DE BAMAKO
(USTT-B)



U.S.T.T.B



Faculté de Médecine

et d'Odonto-Stomatologie (FMOS)

Année Universitaire 2021-2022

Thèse N° _____/

THESE

**ACCOUCHEMENT CHEZ LES ADOLESCENTES A
L'HOPITAL HANGADOUMBO MOULAYE TOURE DE
GAO : A PROPOS DE 655 CAS**

Présentée et soutenue publiquement le 11 /07/2022 devant le jury de la
Faculté de Médecine et d'Odonto-Stomatologie par :

M. SOUMAÏLA ISSOUFI

**Pour l'obtention du Grade de Docteur en Médecine
(Diplôme d'Etat)**

JURY

PRESIDENT : Pr Tioukani Augustin THERA
MEMBRE : Dr Mamadou SIMA
CO-DIRECTEUR : Dr Kalifa TRAORE
DIRECTEUR : Pr Boubacar MAÏGA

MINISTRE DE L'ENSEIGNEMENT SUPERIEUR
ET DE LA RECHERCHE SCIENTIFIQUE

REPUBLIQUE DU MALI

Un Peuple—Un But—Une Foi

UNIVERSITE DES SCIENCES, DES TECHNIQUES
ET DES TECHNOLOGIES DE BAMAKO

(USTT-B)



U.S.T.T.B



Faculté de Médecine

et d'Odonto-Stomatologie (FMOS)

Année Universitaire 2021-2022

Thèse N° _____/

THESE

ACCOUCHEMENT CHEZ LES ADOLESCENTES A L'HOPITAL HANGADOUMBO MOULAYE TOURE DE GAO A PROPOS DE 655 CAS

Présentée et soutenue publiquement le 11 /07/2022 devant le jury de la
Faculté de Médecine et d'Odonto-Stomatologie par :

M. SOUMAÏLA ISSOUFI

**Pour l'obtention du Grade de Docteur en Médecine
(Diplôme d'Etat)**

JURY

PRESIDENT : Pr Tioukani Augustin THERA
MEMBRE : Mamadou SIMA
CO-DIRECTEUR : Dr Kalifa TRAORE
DIRECTEUR : Pr Boubacar MAÏGA

FACULTE DE MEDECINE ET D'ODONTO-STOMATOLOGIE

ANNEE UNIVERSITAIRE 2020-2021

ADMINISTRATION

DOYEN : **Seydou DOUMBIA** - PROFESSEUR

VICE-DOYEN : **Mme Mariam SYLLA** - PROFESSEUR

SECRETAIRE PRINCIPAL : **Mr Monzon TRAORE**- MAITRE-ASSISTANT

AGENT COMPTABLE : **Mr Yaya CISSE** – INSPECTEUR DU TRESOR

LES ENSEIGNANTS A LA RETRAITE

- | | |
|-------------------------------|---------------------------------------|
| 1. Mr Yaya FOFANA | Hématologie |
| 2. Mr Mamadou L. TRAORE | Chirurgie Générale |
| 3. Mr Mamadou KOUMARE | Pharmacognosie |
| 4. Mr Ali Nouhoum DIALLO | Médecine interne |
| 5. Mr Aly GUINDO | Gastro-Entérologie |
| 6. Mr Mamadou M. KEITA | Pédiatrie |
| 7. Mr Siné BAYO | Anatomie-Pathologie-Histo-embryologie |
| 8. Mr Abdoulaye Ag RHALY | Médecine Interne |
| 9. Mr Boukassoum HAIDARA | Législation |
| 10. Mr Boubacar Sidiki CISSE | Toxicologie |
| 11. Mr Massa SANOGO | Chimie Analytique |
| 12. Mr Sambou SOUMARE | Chirurgie Générale |
| 13. Mr Abdou Alassane TOURE | Orthopédie - Traumatologie |
| 14. Mr Daouda DIALLO | Chimie Générale et Minérale |
| 15. Mr Issa TRAORE | Radiologie |
| 16. Mr Mamadou K. TOURE | Cardiologie |
| 17. Mme SY Assitan SOW | Gynéco-Obstétrique |
| 18. Mr Salif DIAKITE | Gynéco-Obstétrique |
| 19. Mr Abdourahamane S. MAIGA | Parasitologie |
| 20. Mr Abdel Karim KOUMARE | Chirurgie Générale |
| 21. Mr Amadou DIALLO | Zoologie - Biologie |
| 22. Mr Mamadou L. DIOMBANA | Stomatologie |
| 23. Mr Kalilou OUATTARA | Urologie |
| 24. Mr Amadou DOLO | Gynéco Obstétrique |
| 25. Mr Baba KOUMARE | Psychiatrie |
| 26. Mr Bouba DIARRA | Bactériologie |
| 27. Mr Bréhima KOUMARE | Bactériologie – Virologie |
| 28. Mr Toumani SIDIBE | Pédiatrie |
| 29. Mr Souleymane DIALLO | Pneumologie |
| 30. Mr Mr Bakoroba COULIBALY | Psychiatrie |
| 31. Mr Seydou DIAKITE | Cardiologie |
| 32. Mr Amadou TOURE | Histo-embryologie |
| 33. Mr Mahamane Kalilou MAIGA | Néphrologie |
| 34. Mr Filifing SISSOKO | Chirurgie générale |
| 35. Mr Djibril SANGARE | Chirurgie Générale |
| 36. Mr Somita KEITA | Dermato-Léprologie |
| 37. Mr Bougouzié SANOGO | Gastro-entérologie |
| 38. Mr Alhousseini Ag MOHAMED | O.R.L. |

39. Mme TRAORE J. THOMAS	Ophtalmologie
40. Mr Issa DIARRA	Gynéco-Obstétrique
41. Mme Habibatou DIAWARA	Dermatologie
42. Mr Yeya Tiémoko TOURE	Entomologie Médicale, Biologie
cellulaire, Génétique	
43. Mr Sékou SIDIBE	Orthopédie Traumatologie
44. Mr Adama SANGARE	Orthopédie Traumatologie
45. Mr Sanoussi BAMANI	Ophtalmologie
46. Mme SIDIBE Assa TRAORE	Endocrinologie
47. Mr Adama DIAWARA	Santé Publique
48. Mme Fatimata Sambou DIABATE	Gynécologie Obstétrique
49. Mr Bokary Y. SACKO	Biochimie
50. Mr Moustapha TOURE	Gynécologie/Obstétrique
51. Mr Boubakar DIALLO	Cardiologie
52. Mr Dapa Aly DIALLO	Hématologie
53. Mr Mamady KANE	Radiologie et Imagerie Médicale
54. Mr Hamar A. TRAORE	Médecine Interne
55. Mr. Mamadou TRAORE	Gynéco-Obstétrique
56. Mr Mamadou Souncalo TRAORE	Santé Publique
57. Mr Mamadou DEMBELE	Médecine Interne
58. Mr Moussa Issa DIARRA	Biophysique
59. Mr Kassoum SANOGO	Cardiologie
60. Mr Arouna TOGORA	Psychiatrie
61. Mr Souleymane TOGORA	Odontologie
62. Mr Moussa Y. MAIGA	Gastro-entérologie – Hépatologie

LES ENSEIGNANTS DECEDES

1. Mr Mohamed TOURE	Pédiatrie
2. Mr Alou BA	Ophtalmologie
3. Mr Bocar SALL	Orthopédie Traumatologie - Secourisme
4. Mr Balla COULIBALY	Pédiatrie
5. Mr Abdel Kader TRAORE Dit DIOP	Chirurgie Générale
6. Mr Moussa TRAORE	Neurologie
7. Mr Yénimégué Albert DEMBELE	Chimie Organique
8. Mr Anatole TOUNKARA	Immunologie
9. Mr Bou DIAKITE	Psychiatrie
10. Mr Boubacar dit Fassara SISSOKO	Pneumologie
11. Mr Modibo SISSOKO	Psychiatrie
12. Mr Ibrahim ALWATA	Orthopédie – Traumatologie
13. Mme TOGOLA Fanta KONIPO	ORL
14. Mr Bouraïma MAIGA	Gynéco/Obstétrique
15. Mr. Mady MACALOU	Orthopédie/ Traumatologie
16. Mr Tiémoko D. COULIBALY	Odontologie
17. Mr Mahamadou TOURE	Radiologie
18. Mr Mamadou DEMBELE	Chirurgie Générale
19. Mr Gangaly DIALLO	Chirurgie Viscérale
20. Mr Ogobara DOUMBO	Parasitologie – Mycologie
21. Mr Sanoussi KONATE	Santé Publique
22. Mr Abdoulaye DIALLO	Ophtalmologie
23. Mr Ibrahim ONGOIBA	Gynécologie Obstétrique

24. Mr Adama DIARRA	Physiologie
25. Mr Massambou SACKO	Santé Publique
26. Mr Sidi Yaya SIMAGA	Santé Publique

**LISTE DU PERSONNEL ENSEIGNANT PAR D.E.R. & PAR GRADE
D.E.R. CHIRURGIE ET SPECIALITES CHIRURGICALES**

1. PROFESSEURS / DIRECTEURS DE RECHERCHE

1. Mr Nouhoum ONGOIBA	Anatomie & Chirurgie Générale
2. Mr Zimogo Zié SANOGO	Chirurgie Générale
3. Mr Mohamed Amadou KEITA	ORL
4. Mr Youssouf COULIBALY	Anesthésie – Réanimation
5. Mr Sadio YENA	Chirurgie Thoracique
6. Mr. Djibo Mahamane DIANGO	Anesthésie-réanimation
7. Mr Adégné TOGO	Chirurgie Générale
8. Mr Samba Karim TIMBO	ORL et chirurgie cervico-faciale, Chef de D.E.R
9. Mr Aly TEMBELY	Urologie
10. Mr Abdoulaye DIALLO	Anesthésie - Réanimation
11. Mr Bakary Tientigui DEMBELE	Chirurgie Générale
12. Mr Alhassane TRAORE	Chirurgie Générale
13. Mr Yacaria COULIBALY	Chirurgie Pédiatrique
14. Mr Drissa KANIKOMO	Neurochirurgie
15. Mr Oumar DIALLO	Neurochirurgie

2. MAITRES DE CONFERENCES/ MAITRES DE RECHERCHE

1. Mr Tiéman COULIBALY	Orthopédie Traumatologie
2. Mme Diénéba DOUMBIA	Anesthésie-Réanimation
3. Mr Mohamed KEITA	Anesthésie-Réanimation
4. Mr Broulaye Massaoulé SAMAKE	Anesthésie-Réanimation
5. Mr Nouhoum DIANI	Anesthésie-Réanimation
6. Mr Lamine TRAORE	Ophtalmologie
7. Mr Niani MOUNKORO	Gynécologie /Obstétrique
8. Mr Ibrahima TEGUETE	Gynécologie/ Obstétrique
9. Mr Youssouf TRAORE	Gynécologie /Obstétrique
10. Mr Zanafon OUATTARA	Urologie
11. Mr Mamadou Lamine DIAKITE	Urologie
12. Mr Honoré Jean Gabriel BERTHE	Urologie
13. Mr Hamady TRAORE	Stomatologie et chirurgie maxillo-faciale
14. Mr Boubacar BA	Odontostomatologie
15. Mr Lassana KANTE	Chirurgie Générale
16. Mr. Drissa TRAORE	Chirurgie Générale
17. Mr Adama Konoba KOITA	Chirurgie Générale
18. Mr Bréhima COULIBALY	Chirurgie Générale
19. Mr Birama TOGOLA	Chirurgie Générale
20. Mr Soumaïla KEITA	Chirurgie Générale
21. Mr Mamby KEITA	Chirurgie Pédiatrique
22. Mr. Moussa Abdoulaye OUATTARA	Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
23. Mme Kadiatou SINGARE	ORL
24. Mr Hamidou Baba SACKO	ORL

25. Mr Seydou TOGO vasculaire	Chirurgie thoracique et Cardio-
26. Mr Aladji Seïdou DEMBELE	Anesthésie-Réanimation
27. Mme Fatoumata SYLLA	Ophtalmologie
28. Mr Tioukany THERA	Gynécologie

3. MAITRES ASSISTANTS/CHARGES DE RECHERCHE

1. Mr Youssouf SOW	Chirurgie Générale
2. Mr Koniba KEITA	Chirurgie Générale
3. Mr Sidiki KEITA	Chirurgie Générale
4. Mr Amadou TRAORE	Chirurgie Viscérale ou générale
5. Mr Bréhima BENGALY	Chirurgie Viscérale ou générale
6. Mr Madiassa KONATE	Chirurgie Viscérale ou générale
7. Mr Sékou Bréhima KOUMARE	Chirurgie Viscérale ou générale
8. Mr Boubacar KAREMBE	Chirurgie Viscérale ou générale
9. Mr Abdoulaye DIARRA	Chirurgie Viscérale ou générale
10. Mr Idrissa TOUNKARA	Chirurgie Viscérale ou générale
11. Mr Ibrahima SANKARE Cardiovasculaire	Chirurgie thoracique et
12. Mr Abdoul Aziz MAIGA	Chirurgie thoracique
13. Mr Ahmed BA	Chirurgie dentaire
14. Mr Seydou GUEYE	Chirurgie Buccale
15. Mr Issa AMADOU	Chirurgie pédiatrique
16. Mr Mohamed Kassoum DJIRE	Chirurgie pédiatrique
17. Mr Boubacary GUINDO	ORL-CCF
18. Mr Siaka SOUMAORO	ORL
19. Mr Youssouf SIDIBE	ORL
20. Mr Fatogoma Issa KONE	ORL
21. Mme Fadima Koréïssy TALL	Anesthésie Réanimation
22. Mr Seydina Alioune BEYE	Anesthésie Réanimation
23. Mr Hammadoun DICKO	Anesthésie Réanimation
24. Mr Moustapha Issa MANGANE	Anesthésie Réanimation
25. Mr Thierno Madane DIOP	Anesthésie Réanimation
26. Mr Mamadou Karim TOURE	Anesthésie Réanimation
27. Mr Abdoul Hamidou HALMEIMOUN	Anesthésie Réanimation
28. Mr Daouda DIALLO	Anesthésie Réanimation
29. Mr Abdoulaye TRAORE	Anesthésie Réanimation
30. Mr Siriman Abdoulaye KOITA	Anesthésie Réanimation
31. Mr. Mahamadou COULIBALY	Anesthésie Réanimation
32. Mr abdoulaye KASSAMBARA	Odontostomatologie
33. Mr Mamadou DIARRA	Ophtalmologie
34. Mme Aïssatou SIMAGA	Ophtalmologie
35. Mr Seydou BAKAYOKO	Ophtalmologie
36. Mr Sidi Mohamed COULIBALY	Ophtalmologie
37. Mr Adama GUINDO	Ophtalmologie
38. Mme Fatimata KONANDJI	Ophtalmologie
39. Mr Abdoulaye NAPO	Ophtalmologie
40. Mr Nouhoum GUIROU	Ophtalmologie
41. Mr Bougady COULIBALY	Prothèse Scellée
42. Mme Kadidia Oumar TOURE	Orthopédie Dentofaciale

43. Mr Oumar COULIBALY	Neurochirurgie
44. Mr Mahamadou DAMA	Neurochirurgie
45. Mr Youssouf SOGOBA	Neurochirurgie
46. Mr Mamadou Salia DIARRA	Neurochirurgie
47. Mr Moussa DIALLO	Neurochirurgie
48. Mr Abdoul Kadri MOUSSA	Orthopédie traumatologie
49. Mr Layes TOURE	Orthopédie traumatologie
50. Mr Mahamadou DIALLO	Orthopédie traumatologie
51. Mr Louis TRAORE	Orthopédie traumatologie
52. Mme Hapssa KOITA faciale	Stomatologie et Chirurgie Maxillo- faciale
53. Mr Alphousseiny TOURE faciale	Stomatologie et Chirurgie Maxillo- faciale
54. Mr Amady COULIBALY faciale	Stomatologie et Chirurgie Maxillo- faciale
55. Mr Amadou KASSOGUE	Urologie
56. Mr Dramane Nafo CISSE	Urologie
57. Mr Mamadou Tidiani COULIBALY	Urologie
58. Mr Moussa Salifou DIALLO	Urologie
59. Mr Alkadri DIARRA	Urologie
60. Mr Soumana Oumar TRAORE	Gynécologie Obstétrique
61. Mr Abdoulaye SISSOKO	Gynécologie Obstétrique
62. Mme Aminata KOUMA	Gynécologie Obstétrique
63. Mr Mamadou SIMA	Gynécologie Obstétrique
64. Mr Seydou FANE	Gynécologie Obstétrique
65. Mr Amadou BOCOUM	Gynécologie Obstétrique
66. Mr Ibrahima ousmane KANTE	Gynécologie Obstétrique
67. Mr Alassane TRAORE	Gynécologie Obstétrique
68. Mr Oumar WANE	Chirurgie Dentaire

4. ASSISTANTS/ ATTACHES DE RECHERCHE

1. Mme Lydia B. SITA Stomatologie

D.E.R. DE SCIENCES FONDAMENTALES

1. PROFESSEURS/ DIRECTEURS DE RECHERCHE

1. Mr Ibrahim I. MAIGA Bactériologie – Virologie
2. Mr Cheick Bougadari TRAORE Anatomie-Pathologie **Chef de DER**
3. Mr Bakarou KAMATE Anatomie Pathologie
4. Mr Mahamadou A. THERA Parasitologie -Mycologie

2. MAITRES DE CONFERENCES/ MAITRES DE RECHERCHE

1. Mr Djibril SANGARE Entomologie Moléculaire Médicale
2. Mr Guimogo DOLO Entomologie Moléculaire Médicale
3. Mr Bakary MAIGA Immunologie
4. Mme Safiatou NIARE Parasitologie - Mycologie
5. Mr Karim TRAORE Parasitologie-mycologie

3. MAITRES ASSISTANTS/ CHARGES DE RECHERCHE

1. Mr Abdoulaye KONE	Parasitologie - Mycologie
2. Mr Sanou Kho COULIBALY	Toxicologie
3. Mr Mamoudou MAIGA	Bactériologie-Virologie
4. Mme Aminata MAIGA	Bactériologie Virologie
5. Mme Djeneba Bocar FOFANA	Bactériologie Virologie
6. Mr Sidi Boula SISSOKO	Histologie embryologie et
cytogénétique	
7. Mr Bréhima DIAKITE	Génétique et Pathologie Moléculaire
8. Mr Yaya KASSOGUE	Génétique et Pathologie Moléculaire
9. Mr Bourama COULIBALY	Anatomie pathologique
10. Mr Boubacar Sidiki DRAME	Biologie Médicale/Biochimie Clinique
11. Mr Mamadou BA	Biologie, Parasitologie Entomologie
Médicale	
12. Mr Moussa FANE	Biologie, Santé Publique, Santé-
Environnementale	
13. Mr Bamodi SIMAGA	Physiologie
14. Mr Oumar SAMASSEKOU	Génétique/ Génomique
15. Mr Nouhoum SAKO	Hématologie/Oncologie Cancérologie
16. Mme Mariam TRAORE	Pharmacologie
17. Mr Saidou BALAM	Immunologie
18. Mme Arhamatoulaye MAIGA	Biochimie
19. Mr Aboubacar Alassane OUMAR	Pharmacologie
20. Mr Modibo SANGARE	Pédagogie en Anglais adapté à la
Recherche Biomédicale	
21. Mr Hama Adoulaye DIALLO	Immunologie

4. ASSISTANTS/ ATTACHES DE RECHERCHE

1. Mr Harouna BAMBA	Anatomie Pathologie
2. Mr Moussa KEITA	Entomologie Parasitologie
3. Mr Yacouba FOFANA	Hématologie
4. Mr Diakalia Siaka BERTHE	Hématologie
5. Mme Assitan DIAKITE	Biologie
6. Mr Ibrahim KEITA	Biologie Moléculaire

D.E.R. DE MEDECINE ET SPECIALITES MEDICALES

1. PROFESSEURS/ DIRECTEURS DE RECHERCHE

1. Mr Adama Diaman KEITA	Radiologie et Imagerie Médicale
2. Mr Siaka SIDIBE	Radiologie et Imagerie Médicale
3. Mr Sounkalo DAO	Maladies Infectieuses et Tropicales
4. Mr. Daouda K. MINTA	Maladies Infectieuses et Tropicales
5. Mr Boubacar TOGO	Pédiatrie
6. Mr Saharé FONGORO	Néphrologie
7. Mr. Moussa T. DIARRA	Gastro-entérologie – Hépatologie
8. Mr Cheick Oumar GUINTO	Neurologie
9. Mr Ousmane FAYE	Dermatologie
10. Mr Youssoufa Mamoudou MAIGA	Neurologie
11. Mr Yacouba TOLOBA	Pneumo-Phtisiologie Chef de DER
12. Mme Mariam SYLLA	Pédiatrie

13. Mme Fatoumata DICKO

2. MAITRES DE CONFERENCES/ MAITRES DE RECHERCHE

- | | |
|-----------------------------|-----------------------------------|
| 1. Mr Abdel Kader TRAORE | Médecine Interne |
| 2. Mme KAYA Assétou SOUCKO | Médecine Interne |
| 3. Mr Abdoul Aziz DIAKITE | Pédiatrie |
| 4. Mr Idrissa Ah. CISSE | Rhumatologie |
| 5. Mr Mamadou B. DIARRA | Cardiologie |
| 6. Mr Ilo Bella DIALL | Cardiologie |
| 7. Mr Ichaka MENTA | Cardiologie |
| 8. Mr Souleymane COULIBALY | Cardiologie |
| 9. Mr Anselme KONATE | Hépto Gastro-Entérologie |
| 10. Mr Souleymane COULIBALY | Psychologie |
| 11. Mr Bah KEITA | Pneumologie-Phtisiologie |
| 12. Mr Japhet Pobanou THERA | Médecine Légale/Ophtalmologie |
| 13. Mr Mahamadou DIALLO | Radiodiagnostic imagerie médicale |
| 14. Mr Adama Aguisa DICKO | Dermatologie |

3. MAITRES ASSISTANTS/ CHARGES DE RECHERCHE

- | | |
|---------------------------------|---------------------------------|
| 1. Mr Mahamadoun GUINDO | Radiologie et Imagerie Médicale |
| 2. Mr Salia COULIBALY | Radiologie et Imagerie Médicale |
| 3. Mr Koniba DIABATE | Radiothérapie |
| 4. Mr Adama DIAKITE | Radiothérapie |
| 5. Mr Aphou Sallé KONE | Radiothérapie |
| 6. Mr Mody Abdoulaye CAMARA | Radiologie et Imagerie Médicale |
| 7. Mr Mamadou N'DIAYE | Radiologie et Imagerie Médicale |
| 8. Mme Hawa DIARRA | Radiologie et Imagerie Médicale |
| 9. Mr Issa CISSE | Radiologie et Imagerie Médicale |
| 10. Mr Mamadou DEMBELE | Radiologie et Imagerie Médicale |
| 11. Mr Ouncoumba DIARRA | Radiologie et Imagerie Médicale |
| 12. Mr Ilias GUINDO | Radiologie et Imagerie Médicale |
| 13. Mr Abdoulaye KONE | Radiologie et Imagerie Médicale |
| 14. Mr Alassane KOUMA | Radiologie et Imagerie Médicale |
| 15. Mr Aboubacar Sidiki N'DIAYE | Radiologie et Imagerie Médicale |
| 16. Mr Souleymane SANOGO | Radiologie et Imagerie Médicale |
| 17. Mr Ousmane TRAORE | Radiologie et Imagerie Médicale |
| 18. Mr Boubacar DIALLO | Médecine Interne |
| 19. Mme Djenebou TRAORE | Médecine Interne |
| 20. Mr Djibril SY | Médecine Interne |
| 21. Mme Djénéba DIALLO | Néphrologie |
| 22. Mr Hamadoun YATTARA | Néphrologie |
| 23. Mr Seydou SY | Néphrologie |
| 24. Mr Hamidou Oumar BA | Cardiologie |
| 25. Mr Massama KONATE | Cardiologie |
| 26. Mr Ibrahima SANGARE | Cardiologie |
| 27. Mr Youssouf CAMARA | Cardiologie |
| 28. Mr Samba SIDIBE | Cardiologie |
| 29. Mme Asmaou KEITA | Cardiologie |
| 30. Mr Mamadou TOURE | Cardiologie |

31. Mme Coumba Adiaratou THIAM	Cardiologie
32. Mr Mamadou DIAKITE	Cardiologie
33. Mr Boubacar SONFO	Cardiologie
34. Mme Mariam SAKO	Cardiologie
35. Mr Hourouma SOW	Hépto-Gastro-entérologie
36. Mme Kadiatou DOUMBIA	Hépto-Gastro-entérologie
37. Mme Sanra Déborah SANOGO	Hépto-Gastro-entérologie
38. Mr Issa KONATE	Maladies Infectieuses et Tropicales
39. Mr Abdoulaye Mamadou TRAORE	Maladies infectieuses et tropicales
40. Mr Yacouba CISSOKO	Maladies infectieuses et tropicales
41. Mr Garan DABO	Maladies infectieuses et tropicales
42. Mr Jean Paul DEMBELE	Maladies infectieuses et tropicales
43. Mr Seydou HASSANE	Neurologie
44. Mr Guida LANDOURE	Neurologie
45. Mr Thomas COULIBALY	Neurologie
46. Mr Mamadou A. C. CISSE	Médecine d'Urgence
47. Mr Adama Seydou SISSOKO	Neurologie-Neurophysiologie
48. Mr Dianguina dit Noumou SOUMARE	Pneumologie
49. Mme Khadidia OUATTARA	Pneumologie
50. Mr Pakuy Pierre MOUNKORO	Psychiatrie
51. Mr Souleymane dit Papa COULIBALY	Psychiatrie
52. Mr Sirtio BERTHE	Dermatologie
53. Mme N'DIAYE Hawa THIAM	Dermatologie
54. Mr Yamoussa KARABENTA	Dermatologie
55. Mr Mamadou GASSAMA	Dermatologie
56. Mr Belco MAIGA	Pédiatrie
57. Mme Djeneba KONATE	Pédiatrie
58. Mr Fousseyni TRAORE	Pédiatrie
59. Mr Karamoko SACKO	Pédiatrie
60. Mme Fatoumata Léonie DIAKITE	Pédiatrie
61. Mme Lala N'Drainy SIDIBE	Pédiatrie
62. Mme SOW Djénéba SYLLA et Nutrition	Endocrinologie, Maladies métaboliques
63. Mr Djigui KEITA	Rhumatologie
64. Mr Souleymane SIDIBE	Médecine de la Famille/Communautaire
65. Mr Drissa Mansa SIDIBE	Médecine de la Famille/Communautaire
66. Mr Salia KEITA Famille/Communautaire	Médecine de la
67. Mr Issa Souleymane GOITA	Médecine de la Famille/Communautaire

4. ASSISTANTS/ ATTACHES DE RECHERCHE

- | | |
|---------------------------|----------------------|
| 1. Mr Boubacari Ali TOURE | Hématologie Clinique |
|---------------------------|----------------------|

D.E.R. DE SANTE PUBLIQUE

1. PROFESSEUR

- | | |
|---------------------------|---------------------------------------|
| 1. Mr Seydou DOUMBIA | Epidémiologie |
| 2. Mr Hamadoun SANGHO | Santé Publique, Chef de D.E.R. |
| 3. Mr Samba DIOP
santé | Anthropologie Médicale et Ethique en |

2. MAITRES DE CONFERENCES/ MAITRES DE RECHERCHE

1. Mr Cheick Oumar BAGAYOKO Informatique Médicale

3. MAITRES ASSISTANTS/ CHARGES DE RECHERCHE

1. Mr Hammadou Aly SANGO Santé Publique
2. Mr Ousmane LY Santé Publique
3. Mr Ogobara KODIO Santé Publique
4. Mr Oumar THIERO Biostatistique/Bioinformatique
5. Mr Chieck Abou COULIBALY Epidémiologie
6. Mr Abdrahamane COULIBALY Anthropologie médicale
7. Mr Moctar TOUNKARA Epidémiologie
8. Mr Nouhoum TELLY Epidémiologie
9. Mme Lalla Fatouma TRAORE Santé Publique
10. Mr Sory Ibrahim DIAWARA Epidémiologie

4. ASSISTANTS/ ATTACHES DE RECHERCHE

1. Mr Seydou DIARRA Anthropologie Médicale
2. Mr Abdrahamane ANNE Bibliothéconomie-Bibliographie
3. Mr Mohamed Mounine TRAORE Santé communautaire
4. Mr Housseini DOLO Epidémiologie
5. Mr. Souleymane Sékou DIARRA Epidémiologie
6. Mr Yéya dit Sadio SARRO Epidémiologie
7. Mr Bassirou DIARRA Recherche Opérationnelle
8. Mme Fatoumata KONATE Nutrition et Diététique
9. Mr Bakary DIARRA Santé publique

CHARGES DE COURS & ENSEIGNANTS VACATAIRES

1. Mr Ousseynou DIAWARA Parodontologie
2. Mr Amsalah NIANG Odonto Préventive et Sociale
3. Mr Souleymane GUINDO Gestion
68. Mr Fousseyni TRAORE Pédiatrie
69. Mr Karamoko SACKO Pédiatrie
70. Mme Fatoumata Léonie DIAKITE Pédiatrie
71. Mme Lala N'Drainy SIDIBE Pédiatrie
72. Mme SOW Djénéba SYLLA Endocrinologie, Maladies métaboliques et Nutrition
73. Mr Djigui KEITA Rhumatologie
74. Mr Souleymane SIDIBE Médecine de la Famille/Communautaire
75. Mr Drissa Mansa SIDIBE Médecine de la Famille/Communautaire
76. Mr Salia KEITA Médecine de la Famille/Communautaire
77. Mr Issa Souleymane GOITA Médecine de la Famille/Communautaire

4. ASSISTANTS/ ATTACHES DE RECHERCHE

1. Mr Boubacari Ali TOURE Hématologie Clinique

D.E.R. DE SANTE PUBLIQUE

1. PROFESSEUR

1. Mr Seydou DOUMBIA Epidémiologie
2. Mr Hamadou SANGHO Santé Publique, **Chef de D.E.R.**

3. Mr Samba DIOP Anthropologie Médicale et Ethique en santé

2. MAITRES DE CONFERENCES/ MAITRES DE RECHERCHE

1. Mr Cheick Oumar BAGAYOKO Informatique Médicale

3. MAITRES ASSISTANTS/ CHARGES DE RECHERCHE

1. Mr Hammadoun Aly SANGO Santé Publique
 2. Mr Ousmane LY Santé Publique
 3. Mr Ogobara KODIO Santé Publique
 4. Mr Oumar THIERO Biostatistique/Bioinformatique
 5. Mr Chieck Abou COULIBALY Epidémiologie
 6. Mr Abdrahamane COULIBALY Anthropologie médicale
 7. Mr Moctar TOUNKARA Epidémiologie
 8. Mr Nouhoum TELLY Epidémiologie
 9. Mme Lalla Fatouma TRAORE Santé Publique
 10. Mr Sory Ibrahim DIAWARA Epidémiologie

4. ASSISTANTS/ ATTACHES DE RECHERCHE

1. Mr Seydou DIARRA Anthropologie Médicale
 2. Mr Abdrahamane ANNE Bibliothéconomie-Bibliographie
 3. Mr Mohamed Mounine TRAORE Santé communautaire
 4. Mr Housseini DOLO Epidémiologie
 5. Mr. Souleymane Sékou DIARRA Epidémiologie
 6. Mr Yéya dit Sadio SARRO Epidémiologie
 7. Mr Bassirou DIARRA Recherche Opérationnelle
 8. Mme Fatoumata KONATE Nutrition et Diététique
 9. Mr Bakary DIARRA Santé publique

CHARGES DE COURS & ENSEIGNANTS VACATAIRES

1. Mr Ousseynou DIAWARA Parodontologie
 2. Mr Amsalah NIANG Odonto Préventive et Sociale
 3. Mr Souleymane GUINDO Gestion

 4. Mme MAIGA Fatoumata SOKONA Hygiène du Milieu
 5. Mr Rouillah DIAKITE Biophysique et Médecine Nucléaire
 6. Mr Alou DIARRA Cardiologie
 7. Mme Assétou FOFANA Maladies infectieuses
 8. Mr Abdoulaye KALLE Gastroentérologie
 9. Mr Mamadou KAREMBE Neurologie
 10. Mme Fatouma Sirifi GUINDO Médecine de Famille
 11. Mr Alassane PEROU Radiologie
 12. Mr Boubacar ZIBEIROU Physique
 13. Mr Boubakary Sidiki MAIGA Chimie Organique
 14. Mme Daoulata MARIKO Stomatologie
 15. Mr Issa COULIBALY Gestion
 16. Mr Klétigui Casmir DEMBELE Biochimie
 17. Mr Souleymane SAWADOGO Informatique
 18. Mr Brahima DICKO Médecine Légale
 19. Mme Tenin KANOUTE Pneumologie-Phtisiologie

20. Mr Bah TRAORE	Endocrinologie
21. Mr Modibo MARIKO	Endocrinologie
22. Mme Aminata Hamar TRAORE	Endocrinologie
23. Mr Ibrahim NIENTAO	Endocrinologie
24. Mr Aboubacar Sidiki Tissé KANE	OCE
25. Mme Rokia SANOGO	Médecine Traditionnelle
26. Mr Benoit Y KOUMARE	Chimie Générale
27. Mr Oumar KOITA	Chirurgie Buccale
28. Mr Mamadou BA	Chirurgie Buccale
29. Mr Baba DIALLO	Epidémiologie
30. Mr Mamadou WELE	Biochimie
31. Mr Djibril Mamadou COULIBALY	Biochimie
32. Mr Tietie BISSAN	Biochimie
33. Mr Kassoum KAYENTA	Méthodologie de la recherche
34. Mr Babou BAH	Anatomie

ENSEIGNANTS EN MISSION

Pr. Lamine GAYE

Physiologie

SOMMAIRE

DEDICACES ET REMERCIEMENTS.....	I
HOMMAGES AUX MEMBRES DU JURY	V
SIGLES ET ABREVIATIONS	X
TABLES DES ILLUSTRATIONS	XIII
I. INTRODUCTION	1
II. OBJECTIFS	4
2.1 Objectif général :.....	5
2.2 Objectifs spécifiques :.....	5
III. GENERALITES	6
3.1 Définitions :	7
3.2 Les transformations au cours de l'adolescente et de la puberté : [10, 11, 12,13] :	7
3.3 Etude du bassin obstétrical : [9, 14, 15,16,17,18,19, 20.] :	11
3.4 Mécanisme de l'accouchement : [9,15, 21]	20
IV. METHODOLOGIE.....	23
4.1 Cadre de l'étude :	24
4.2. Méthode et matériels.....	28
V. RESULTATS	31
5.1 Fréquence :.....	32
5.2 Caractéristiques sociodémographiques :.....	32
5.3 Caractéristiques cliniques :	35
5.4 Pronostic materno-fœtal :.....	38
VI. COMMENTAIRES ET DISCUSSION	44
6.1 Fréquence :.....	45
6.2 Profil sociodémographique :.....	45
6.3 Profil clinique des adolescentes :.....	47
6.4 Pronostic materno-fœtal :.....	49
VII. CONCLUSION.....	53

VIII. RECOMMANDATIONS.....	55
IX. REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES	57
ANNEXES	63
FICHED'ENQUETE.....	64
FICHE SIGNALETIQUE.....	68
SERMENT D'HIPPOCRATE.....	70

DEDICACES ET REMERCIEMENTS

DEDICACES

Je dédie ce travail

A l'Être Suprême

Le Tout Puissant et le Tout Miséricordieux pour m'avoir donné la force et le courage de mener à bien ce travail.

Au Prophète Mouhamad (paix et salue sur lui)

A mes très chers parents

Aucune dédicace ne saurait traduire la profondeur des sentiments d'affection, d'amour et d'estime que je vous porte. Sans votre présence, vos encouragements, votre patience et vos énormes sacrifices je n'aurai jamais pu arriver à ce jour mémorable. Que ce travail soit le fruit de l'affection et de la bienveillance que vous avez consenti pour mon éducation et ma formation.

Puisse Dieu vous prêter santé, bonheur et longue vie pour que vous demeuriez le flambeau illuminant ma vie.

A mes chers Frères et sœurs

Veillez trouver dans ce travail un modeste témoignage de mon admiration et toute ma gratitude, de mon affection la plus sincère et de mon attachement le plus profond. Vous occuperez à jamais une place particulière dans mon cœur, que notre fraternité dure à jamais.

A mes oncles et tantes

Veillez trouver dans ce travail un modeste témoignage de mon admiration et toute ma gratitude, de mon affection la plus sincère et de mon remerciement le plus profond pour vos encouragements et votre soutien moral durant toutes mes années d'étude.

A mes amis

En témoignage de l'amitié qui nous uni et des souvenirs de tous les moments que nous avons passés ensemble, je vous dédis ce travail et vous souhaite une vie pleine de santé et de bonheur.

REMERCIEMENTS

A la FMOS :

Plus qu'une faculté d'études médicales, tu as été pour nous une école de formation pour la vie. Nous ferons partout ta fierté. Remerciements infinis.

A tout le corps professoral à la FMOS, ce travail est avant tout le vôtre pour la qualité de l'enseignement.

Mes remerciements vont à l'endroit de tout le personnel **du service de Gynécologie-Obstétrique de l'Hôpital Hangadoumbo Moulaye Touré de Gao**.

Aux anesthésistes réanimateurs et aux aides du bloc opératoire : je vous remercie pour votre bonne collaboration pendant le travail.

De tous ceux qui ont apporté leur soutien moral et matériel pour la réalisation de ce travail. Nous vous remercions de tout cœur.

**HOMMAGES AUX
MEMBRES DU JURY**

HOMMAGES AUX MEMBRES DU JURY

A NOTRE MAITRE ET PRESIDENT DU JURY,

Professeur THERA Tioukani. Augustin

- **Maître de conférence agrégé en Gynécologie Obstétrique à la FMOS**
- **Ancien Faisant Fonction d'Interne des Hôpitaux de Lyon (France) ;**
- **Titulaire d'un diplôme d'étude universitaire en thérapeutique de la stérilité-Université Paris IX (France) ;**
- **Titulaire d'un Diplôme Européen d'Endoscopie Opératoire en Gynécologie : Université d'Auvergne Clermont Ferrant (France) ;**
- **Titulaire d'un Diplôme inter universitaire d'Endoscopie gynécologique et obstétricale : Université Paris Descartes ;**
- **Président de la commission médicale au CHU du point G.**

Cher Maître,

Vous nous faites un grand honneur en acceptant de présider le jury de cette soutenance malgré votre emploi du temps chargé.

Veillez trouver, ici, l'expression de notre respectueuse reconnaissance, votre disponibilité et votre rigueur scientifique ont été un atout considérable tout au long de ce travail.

A NOTRE MAITRE ET MEMBRE DU JURY

Dr Mamadou SIMA

- Spécialiste en Gynécologie-obstétrique au CHU du Point G ;
- Praticien hospitalier au service de Gynécologie-obstétrique au CHU du Point G ;
- Maître-Assistant à la faculté de médecine et d'odontostomatologie.

Cher maître,

C'est un grand honneur pour nous de vous compter parmi les membres du jury, pour juger ce travail.

Nous avons été émerveillés par votre amour pour le travail bien fait. Votre rigueur dans la démarche médicale, vos conseils et votre disponibilité ont été d'une aide précieuse pour la réalisation de ce travail.

Soyez rassuré cher maître de notre profond attachement et de notre sincère reconnaissance.

A NOTRE MAITRE ET MEMBRE DU JURY

A Notre Maître et Co-directeur de Thèse

Docteur Kalifa TRAORE

- **Gynécologue-Obstétricien ;**
- **Chef de service gynécologie-obstétrique de l'hôpital hangadoumbo**
- **moulaye Touré de Gao ;**
- **Détenteur d'un diplôme de formation médicale spécialisé approfondi de l'université paris V ;**

Cher maître,

Ce travail est le vôtre. Votre disponibilité et vos qualités humaines nous ont fortement marqué. Nous avons admiré vos qualités scientifiques et pédagogiques tout au long de ce travail. Nous avons bénéficié auprès de vous des enseignements de grande qualité. Soyez rassuré de notre reconnaissance et de notre profonde gratitude.

A Notre Maître et Directeur de Thèse

Professeur Boubacar MAIGA

- **PhD en Immunologie à l'université de Stockholm en Suède ;**
- **Maître de conférences d'Immunologie à la FMOS ;**
- **Chef Adjoint de DER des Sciences Fondamentales de la FMOS ;**
- **Médecin Chercheur au Malaria Research and Training Center (MRTC) et au Département d'Epidémiologie des Affections Parasitaires.**

Honorable Maître,

C'est un plaisir et un honneur que vous nous faites en acceptant de diriger ce travail. Nous avons été profondément touchés par votre disponibilité et votre abord facile. Votre pédagogie à transmettre vos connaissances et votre attachement au sens de l'éthique et la déontologie font de vous un maître admiré et respecté.

Veillez recevoir ici cher maître l'expression de notre reconnaissance et notre profonde gratitude.

SIGLES ET ABREVIATIONS

SIGLES ET ABREVIATIONS

ATCD	:	Antécédant
BCF	:	Bruit Du Cœur Foetal
BGR	:	Bassin Généralement Rétréci
BIP	:	Diamètre Bipariétal
C	:	Commune
CAT	:	Conduite À Tenir
CHU	:	Centre Hospitalier Universitaire
CICR	:	Comité International de la Croix Rouge
Cm	:	Centimètre
CPN	:	Consultation Périnatale
CSCom	:	Centre de Santé Communautaire
CSRéf	:	Centre de Santé de Référence
CUD	:	Contraction Utérine Douloureuse
DFP	:	Disproportion Foeto-pelvienne
DI	:	Détroit Inferieur
DM	:	Détroit Moyen
DS	:	Détroit Supérieur
Eff	:	Effectif
FMOS	:	Faculté de Médecine et d'Odontostomatologie
GEU	:	Grossesse Extra-utérine
HRP	:	Hématome Rétro Placentaire
HTA	:	Hypertension Artérielle
HU	:	Hauteur Utérine
IST	:	Infection Sexuellement Transmissible
LA	:	Liquide Amniotique
MAP	:	Menace d'Accouchement Prématuro
OMS	:	Organisation Mondiale de la Santé
PEV	:	Programme Elargi de Vaccination
PF	:	Planification Familiale

PP	:	Placenta Prævia
PRP	:	Promonto-retro-pubien
PTME	:	Prévention de la Transmission Mère-Enfant du VIH
RCIU	:	Retard de Croissance Intra-utérin
RPM	:	Rupture Prématuration des Membranes
SA	:	Semaine d'Aménorrhée
SFA	:	Souffrance Fœtale Aigue
VIH	:	Virus de l'Immunodéficience Humaine
%	:	Pourcentage
≤	:	Inférieur ou égal
≥	:	Supérieur ou égal

LISTE DES FIGURES ET TABLEAUX

LISTES DES FIGURES

Figure 1 : Pilosité pubienne.....	9
Figure 2 : Stades des seins.....	10
Figure 3 : Bassin osseux.....	12
Figure 4 : Classification du bassin [20].....	18
Figure 5 : Bassin mou [18].....	19
Figure 6 : Mécanique obstétricale du bassin mou [21]	20
Figure 7 : Répartition des parturientes selon l'âge	32
Figure 8 : Répartition des parturientes selon la provenance	33
Figure 9 : Répartition des parturientes selon le contexte de survenue de la grossesse.....	37

LISTES DES TABLEAUX

Tableau I : Répartition des parturientes selon le niveau d’instruction	33
Tableau II : Répartition des parturientes selon leur occupation	34
Tableau III : Répartition des parturientes selon statut matrimonial	34
Tableau IV : Répartition des parturientes selon l’occupation du procréateur .	34
Tableau V : Répartition selon le mode d’admission.....	35
Tableau VI : Répartition des parturientes en fonction des ATCD médicaux ..	35
Tableau VII : Répartition des parturientes selon les ATCD chirurgicaux	35
Tableau VIII : Répartition des parturientes en fonction de la parité	36
Tableau IX : Répartition des parturientes selon les ATCD d’avortement.....	36
Tableau X : Répartition des parturientes selon les pathologies associées à la grossesse.....	36
Tableau XI : Répartition des parturientes selon le suivi de la grossesse	37
Tableau XII : Répartition des parturientes selon le BCF à l’admission	38
Tableau XIII : Répartition des adolescentes selon le terme de la grossesse au moment de l’accouchement	38
Tableau XIV : Répartition selon l’aspect clinique du bassin	38
Tableau XV : Répartition des adolescentes selon le mode d’accouchement ..	39
Tableau XVI : Répartition des parturientes selon les complications de l’accouchement par voie basse.....	39
Tableau XVII : Répartition des adolescentes selon l’indication de la césarienne	40
Tableau XVIII : Voie d'accouchement X Complications du post partum	40
Tableau XIX : Répartition selon l’état du nouveau-né à la naissance	41
Tableau XX : Répartition selon le type de mort-né	41
Tableau XXI : Répartition selon l’Apgar à la première minute	41
Tableau XXII : Répartition selon le poids de naissance	42
Tableau XXIII: Répartition selon l’évacuation des nouveau-nés.....	42

Tableau XXIV : Répartition selon le motif d'évacuation du nouveau-né42

Tableau XXV : Pronostic maternel43

INTRODUCTION

I. INTRODUCTION

L'adolescence qui vient du verbe latin « adolescere » qui signifie grandir vers (ad : vers, olescere : grandir) est une phase du développement humain physique et mental qui se produit pendant la période de la vie humaine s'étendant de la puberté jusqu'à l'âge adulte. [1]

Selon l'organisation mondiale de la santé (OMS), ce terme regroupe les personnes âgées de 10 à 19 ans. Il s'agit d'une période de maturation physique, psychique et sociale qui s'étend entre l'enfance et l'adulte [1].

Le monde compte un milliard d'adolescents dont 85% vivent dans les pays en voie de développement [2]. Les adolescentes constituent 22% de la population des femmes en Afrique [3].

En Afrique de l'Ouest et du Centre, au moins 12% de la population sont âgées de 10 à 14ans, 11% sont âgées de 15 à 19 ans. Au Mali, la population de 10-14 ans est estimée à 13% et celle de 15-19 ans à 10% [4].

Les statistiques montrent qu'en Afrique de l'Ouest 49% des femmes sont mariées avant d'atteindre l'âge de 19 ans, et 40% le sont en Afrique centrale [5].

Plus de 14 millions d'adolescentes accouchent chaque année dans le monde. Bien que ces naissances interviennent dans toutes les sociétés ; 12,8 millions, soit plus de 90 %, ont lieu dans les pays en voie de développement [6].

Au Mali 40 à 42% des jeunes filles accouchent avant l'âge de 18 ans [7].

En Afrique subsaharienne et précisément au Mali la situation de la grossesse chez l'adolescente est plus complexe car, lorsqu'elle survient au sein d'un ménage, elle constitue un facteur de prospérité. Ce qui explique la fréquence élevée des mariages précoces.

Sur le plan social, la maternité peut avoir des effets préjudiciables non seulement pour la mère qui risque de perdre une chance de poursuivre ses études ou d'améliorer sa situation économique mais aussi pour l'enfant et le père de l'enfant, en particulier s'il s'agit d'un adolescent.

La grossesse chez l'adolescente reste l'un des principaux facteurs de mortalité de la mère et de l'enfant et contribue au cycle de la mauvaise santé et de la pauvreté.

Les grossesses précoces sont fréquentes à Gao à cause du contexte socio-culturelle, le faible taux de scolarisation et de contraception. Par ailleurs cette situation est renforcée par le mariage précoce et les inégalités entre les sexes

Face à cette situation, nous avons jugé utile de mener cette étude qui est la première du genre dans la région de Gao afin d'évaluer la fréquence, le pronostic maternel et périnatal de l'accouchement chez les adolescentes au service de Gynécologie obstétrique de l'Hôpital Hangadoumbo Moulaye Touré de Gao.

OBJECTIFS

II. OBJECTIFS

2.1 Objectif général :

Etudier l'accouchement chez l'adolescente à l'hôpital régional de Gao.

2.2 Objectifs spécifiques :

1. Déterminer la fréquence de l'accouchement chez l'adolescente dans le service ;
2. Déterminer les caractéristiques sociodémographiques des adolescentes admises dans notre service ;
3. Déterminer les aspects cliniques et la prise en charge des adolescentes admises dans notre service ;
4. Décrire le pronostic materno-fœtal de l'accouchement des adolescentes.

GENERALITES

III. GENERALITES

3.1 Définitions :

Adolescence : Le terme adolescent n'est entré dans le vocabulaire Populaire qu'au début des années 1940. L'éthymologie du terme remonte à l'antiquité puis qu'il a des racines latines : « adolescence » vient du latin Adolescere qui signifie « grandir » [8].

L'OMS définit l'adolescence comme : "une période allant de 10 à 19 ans" [1].

Accouchement : c'est l'ensemble des phénomènes qui ont pour conséquence la sortie du fœtus et de ses annexes hors des voies génitales maternelles, à partir du moment où la grossesse a atteint le terme théorique de 6 mois (28 semaines d'aménorrhée) au Mali [9].

3.2 Les transformations au cours de l'adolescente et de la puberté : [10, 11, 12,13] :

L'adolescence se caractérise essentiellement par la puberté, pendant laquelle le corps de la jeune fille se modifie et son caractère s'affirme. Avant la puberté, il y a un temps qu'on qualifie de réveil de l'activité hormonale (entre 8- 10 ans): c'est la pré- puberté se manifestant essentiellement par le gonflement des glandes mammaires.

C'est à partir de 10 ans que les 1ères règles de puberté commencent. Ainsi à la puberté, l'adolescente doit subir une succession de changements. Ces différents changements surviennent généralement entre 11- 13 ans.

La fin de la puberté arrive avant celle de l'adolescence ce qui explique qu'un jeune homme et une jeune femme peuvent être physiologiquement prêts à enfanter à 16 ans mais dans les cultures sociales pas encore prêts.

3.2.1 Les modifications physiques :

- **La poitrine :** Le bouton mammaire se développe, l'aréole s'agrandit et la glande mammaire bombe un peu.
- **La pilosité :** Le duvet de la région pubienne s'épaissit et les poils apparaissent. Les aisselles aussi se couvrent de poils.
- **La silhouette :** Le déclenchement de l'activité hormonale se caractérise par une poussée de croissance et une prise de poids. La silhouette se féminise, la taille s'affine et les hanches s'arrondissent. La poussée de la croissance précède les règles.
- **Les règles :** L'âge moyen des 1ères menstruations est d'environ 12,5 ans. Elles apparaissent selon les cas entre 9- 15 ans

3.2.2 Les modifications sexuelles :

L'évolution des caractères sexuels secondaires est codifiée selon la classification de TANNER :

Pilosité pubienne (P) :

P1 = absence de pilosité pubienne

P2 = quelques poils bruns et épais

P3 = pilosité pubienne fournie couvrant le Mont de venus ;

P4 = pilosité pubienne triangulaire respectant la ligne inguinale ;

P5 = pilosité pubienne triangulaire dépassant la ligne inguinale.

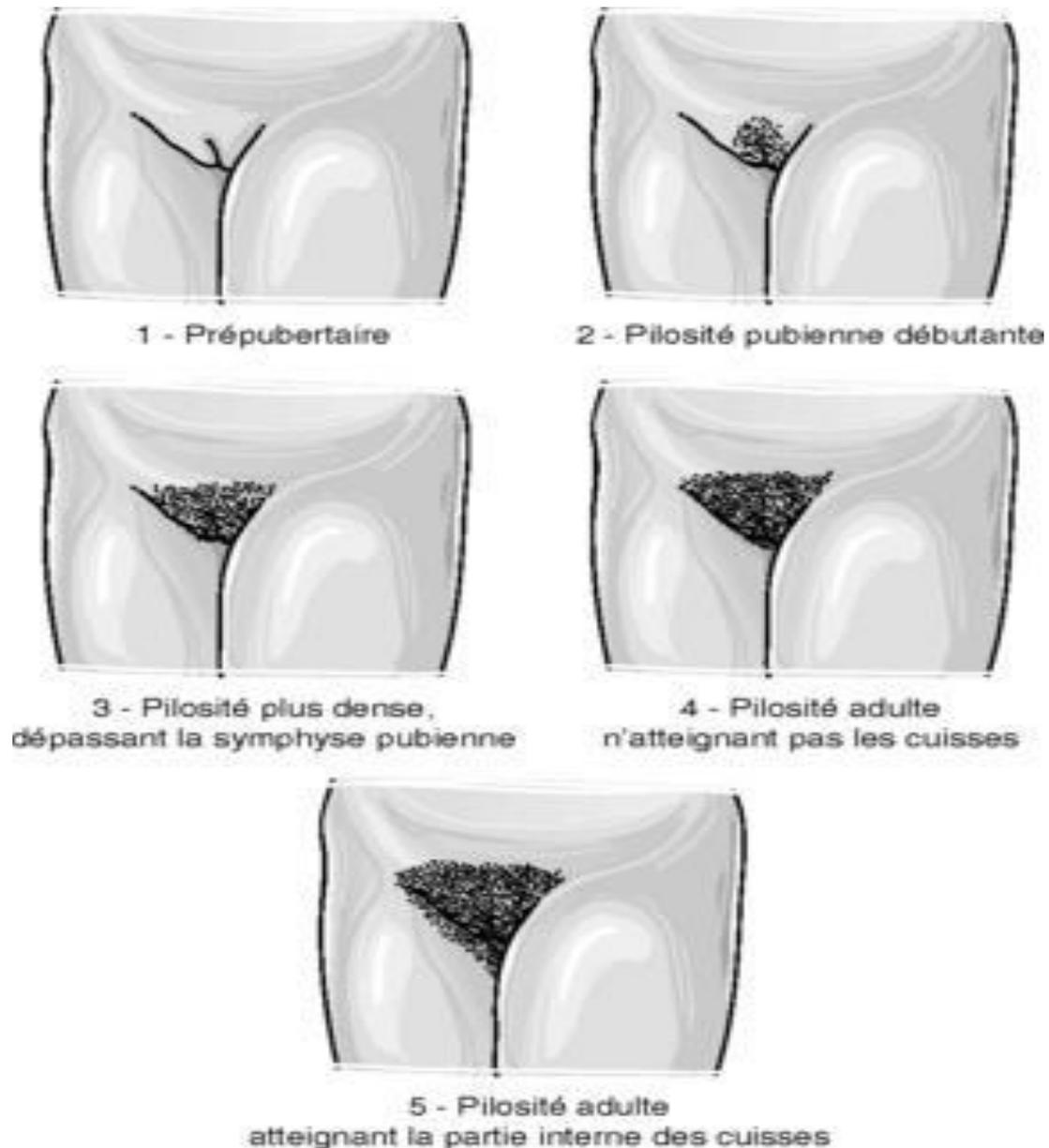


Figure 1 : Pilosité pubienne

Source : B. Letombe, S. Catteau-Jonard, G. Robin, collection « Pratique en gynécologie-obstétrique », Elsevier-Masson, 2012.

Seins (S) :

S1 = aucun développement ;

S2 = bourgeon mammaire retro aréolaire

S3 = la glande dépasse l'aréole qui s'accroît, se bombe et se pigmente ;

S4 = les seins sont bien développés mais il persiste un oedème de l'aréole ;

S5= seins de femme adulte avec aréole plate.

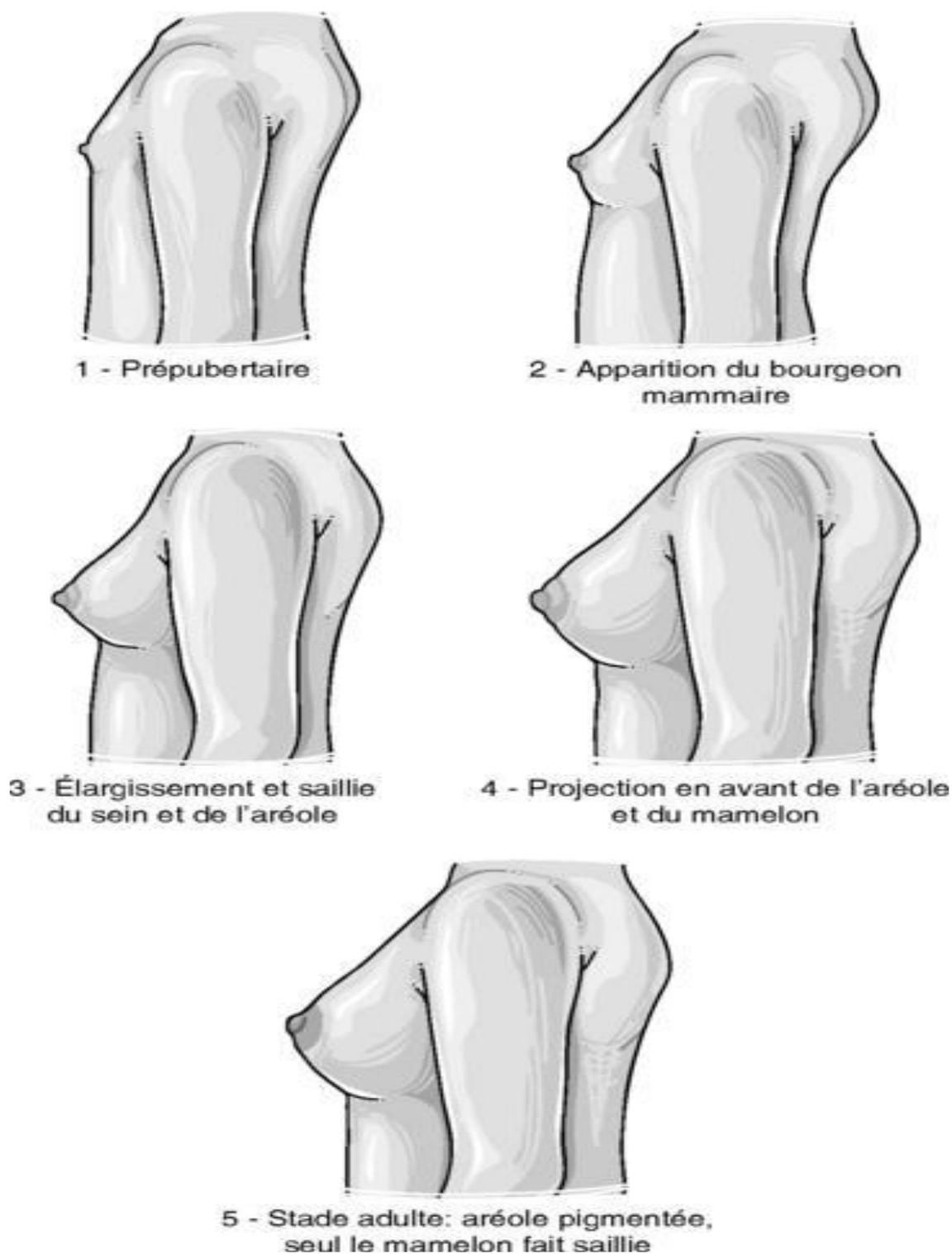


Figure 2 : Stades des seins

Source : B. Letombe, S. Catteau-Jonard, G. Robin, collection « Pratique en gynécologie-obstétrique », Elsevier-Masson, 2012.

Poils axillaires (A) :

Ils apparaissent en dernier le plus souvent, au voisinage des premières règles.

A1= absence de pilosité axillaire

A2 = présence de quelques poils

A3 = nombre de poils supérieur à 10

A4 = pilosité axillaire assez fournie

A5 = pilosité fournie

3.2.3 Les modifications staturo-pondérales :

Pendant l'adolescence la taille grandit en moyenne d'environ quatre (4) cm et le poids d'environ quatre (4) kg par an. La croissance staturale diminue rapidement après les premières règles. La croissance pondérale augmente plus longtemps que la croissance staturale.

3.2.4 Les modifications psychologiques :

L'adolescence est le processus psychique qui permet d'intégrer les changements induits par la puberté. Ces modifications s'articulent autour de la gestion des transformations corporelles, de la découverte de la sexualité, et de la prise de conscience de la complémentarité des sexes, et d'un réagencement des relations avec l'environnement. L'impact des transformations sur le psychisme est considérable et des modifications se font voir en peu de temps dans tous les domaines : les relations avec les parents, les amis, les intérêts nouveaux, les changements de comportements, d'humeur.

3.3 Etude du bassin obstétrical : [9, 14, 15,16,17,18,19, 20.] :

Le bassin est une ceinture osseuse située entre la colonne vertébrale qu'elle soutient et les membres inférieurs sur lesquels il s'appuie.

Il est formé par la réunion de quatre os :

- En avant et latéralement, les deux os iliaques ;
- En arrière, le sacrum et le coccyx.

Ces os sont unis entre eux par quatre articulations dont trois sont des symphyses :

:

- la symphyse pubienne en avant ;
- les symphyses sacro-iliaques en arrière et latéralement ;
- l'articulation sacro-coccygienne, en arrière et en bas.

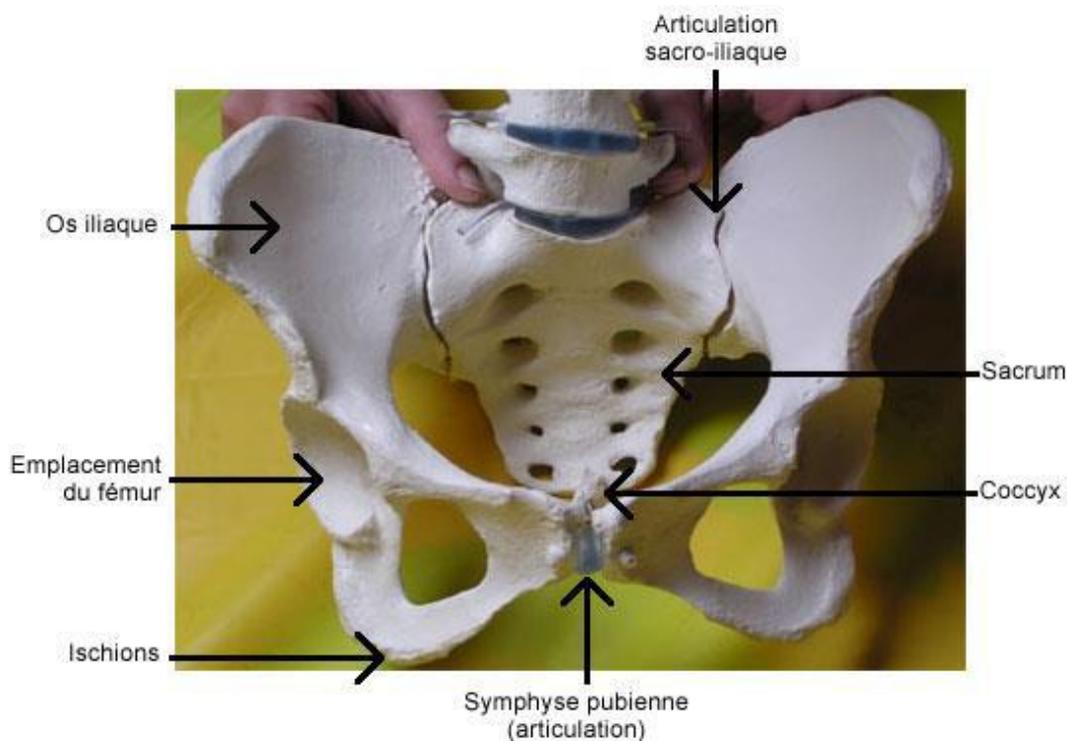


Figure 3 : Bassin osseux

Source : Kamina P : Anatomie gynécologique et obstétricale. 4eme éd. Paris : Maloine, 1979, 509p.

Les lignes innominées divisent le bassin en deux parties :

3.3.1 Le Grand bassin :

Il n'a pas tellement d'intérêt obstétrical et se compose de l'évasement des ailes iliaques, la face antérieure de la colonne vertébrale et la face supérieure des ailerons sacrés, en avant par la paroi inférieure de la paroi abdominale.

3.3.2 Le petit bassin :

Il réalise un canal osseux dont la traversée réalise l'essentiel de l'accouchement et auquel on décrit deux orifices supérieur et inférieur et une excavation pelvienne.

3.2.2.1 Le détroit supérieur :

- **Définition constitution :**

Le détroit supérieur est le plan d'engagement de la présentation. Il sépare le grand bassin du petit bassin. Il est formé en avant par le bord supérieur de la symphyse pubienne et des corps des pubis, les crêtes pectinéales, les éminences ilio-pectinées, de chaque côté par les lignes innominées puis le bord antérieur des ailerons sacrés, en arrière par le bord antérieur de l'articulation sacro-lombaire (promontoire).

- **Forme :**

Il a une forme globalement ovale à grand axe transversale. Il existe cependant en dehors de toute pathologie des variations morphologiques qui ont donné lieu à plusieurs classifications parmi lesquelles celle de Caldwell et Moloy est la plus utilisée.

- **Diamètres du détroit supérieur :**

Les diamètres Antéro-postérieurs vont du promontoire au pubis

Le diamètre promonto-sus-pubien (PSP) (11cm)

Le diamètre promonto-rétro-pubien (PRP) qui est le diamètre utile ou conjugué vrai (**10,5 cm**)

Le diamètre promonto-sous-pubien que l'on mesure en clinique est de 12 cm. On obtient le conjugué vrai en lui soustrayant 1,5 cm.

Les diamètres Transversaux :

Le diamètre transverse maximum de 13,5 cm diamètre non utilisable par la présentation.

Le diamètre transverse médian est le diamètre utile situé à égale distance du promontoire et de la symphyse pubienne il mesure 13 cm.

Les diamètres obliques vont de l'éminence ilio-pectinée à la symphyse sacro-iliaque du côté opposé. C'est le diamètre oblique gauche qui presque toujours utilisé par la présentation. Il mesure 12 cm.

Le diamètre sacro-cotyloïdien réunit le promontoire à la région acétabulaire Mesure 9 cm. Place importante dans les bassins asymétriques.

- **Indices de perméabilité :**

L'indice de Mengert : c'est le produit du diamètre transverse médian et du conjugué vrai. Il est favorable autour de 140, assez favorable autour de 120 réservé en dessous de 100.

L'indice de Magnin est la somme du diamètre transverse médian et du conjugué vrai. Il est favorable au-dessus de 23, assez favorable entre 22 et 23 et réservé en dessous de 20.

- **Mécanique obstétricale :**

Le détroit supérieur est le premier obstacle que le fœtus doit franchir. Une fois le détroit supérieur (DS) franchi par la présentation, on dira que la présentation est

engagée, c'est à dire le franchissement de ce plan d'engagement par le plus grand diamètre de la présentation.

3.2.2.2 Excavation pelvienne :

- **Définition constitution :**

C'est le canal dans lequel la présentation effectue sa descente et sa rotation. Elle est constituée en avant par la face postérieure de la symphyse pubienne avec pour point culminant le point de Crouzat et des corps des pubis, en arrière par la face antérieure du sacrum et du coccyx, latéralement par les surfaces quadrilatères de l'os coxal répondant au fond de la cotyle par la face interne de l'épine sciatique du corps de l'ischion. Cette surface osseuse sépare le trou obturateur en avant des grandes et petites échancrures sciatiques en arrière.

- **Forme :**

L'excavation forme un tronc de tore avec un orifice supérieur à grand axe transversal et un orifice inférieur à grand axe antéro-postérieur. Elle est divisée en deux étages par un léger rétrécissement qui passe par les épines sciatiques : **le détroit moyen** limité en arrière par l'union des 4èmes et 5èmes pièces sacrées, latéralement par le bord supérieur du petit ligament sacro-sciatique, l'épine sciatique, en avant par une ligne courbe qui va de cette épine au tiers inférieur de la symphyse pubienne.

- **Diamètres de l'excavation :**

Un diamètre antéro-postérieur : qui va du milieu de la face interne de la symphyse pubienne jusqu'à l'articulation de la deuxième et de la troisième vertèbre sacrée 12,5 cm.

Un diamètre transverse : réunit les sommets des cavités cotyloïdes. Il est égal à 12,5 cm.

Un diamètre sous-sacro-pubien : qui unit la pointe du sacrum au bord inférieur du pubis est de 11 cm.

Le diamètre unissant les épines sciatiques 10.5 cm.

- **Indices du pelvis :**

L'indice mixte de Ferström : c'est la somme du diamètre bi-épineux, du bi ischiatique et du sacro-pubien inférieur. Il est de 31,5 environ. Le pronostic est réservé s'il est inférieur à 29,5.

- **Mécanique obstétricale :**

L'évolution de la présentation à l'intérieur du défilé pelvien est non seulement une descente mais aussi une rotation axiale. Pour que ces déplacements soient faciles, il est important que la concavité sacrée soit favorable et que les épines sciatiques ne réduisent pas trop le détroit moyen.

3.2.2.3 Détroit inférieur :

- **Définition constitution :**

C'est le plan de dégagement de la présentation ostéo-fibreux limité en avant par le bord inférieur de la symphyse pubienne en arrière par le coccyx, latéralement d'avant en arrière par le bord inférieur des branches ischio-pubiennes et le bord inférieur des tubérosités ischiatiques, par le bord inférieur des ligaments sacro-sciatiques.

- **Forme :**

Il a une forme grossièrement losangique à grand axe antéropostérieur.

- **Diamètres du détroit inférieur :**

Le diamètre sous-coccyx-sous-pubien est 9,5 cm mais peut atteindre 11 à 12 cm lorsque le coccyx est retropulsé.

Le diamètre sous sacro-sous-pubien, qui unit la pointe du sacrum au bord inférieur du pubis, est de 11 cm.

Le diamètre transverse bi-ischiatique entre les faces internes des tubérosités est de 11 cm.

- **Indices du détroit inférieur :**

L'indice de Nikolson est le produit du pubo-coccygien et du bi-ischiatique. Il est de l'ordre de 110 et le pronostic est réservé s'il est inférieur à 90.

- **Mécanique obstétricale du détroit inférieur**

Au niveau du détroit inférieur les éléments importants sont : le diamètre bi-ischiaque, et l'ouverture de l'ogive pubienne (angle formé par les 2 os pubiens).

Au niveau du détroit inférieur on calcule :

L'indice de Borell : qui permet de juger la qualité de l'orifice inférieur du bassin : **Bi-ischiatique + sous-sacro-sous-pubien + sous coccyx-sous pubien.**

Si l'indice de Borell supérieur à 31 cm le pronostic est bon. Par contre s'il est inférieur à 29,5 la dystocie est à craindre.

3.2.2.4 Classification des différents types de bassin :

Selon la forme du détroit supérieur il existe plusieurs types de bassins en rapport avec la typologie des individus. Des auteurs Américains, s'aidant de la radiopelvimétrie ont proposé des classifications dont les deux plus connus sont celle de Caldwell et Moloy et celle anatomique et Morphologique de Thoms.

Les premiers distinguent quatre types :

- **Bassin gynécoïde** dans lequel l'arc postérieur est peu concave et l'arc inférieur régulièrement convexe

- **Bassin platinoïde (plat)** dans lequel le diamètre antéropostérieur est réduit et le diamètre transversal plus augmenté
- **Bassin anthropoïde** dans lequel le diamètre antéropostérieur est augmenté et le diamètre transversal réduit
- **Bassin androïde** dans lequel le bassin a une forme triangulaire à base postérieure (typique des hommes).

Thoms en distingue cinq sortes : le dolichopellique, le mésatypellique, les brachypelliques 1 et 2, le platypellique.

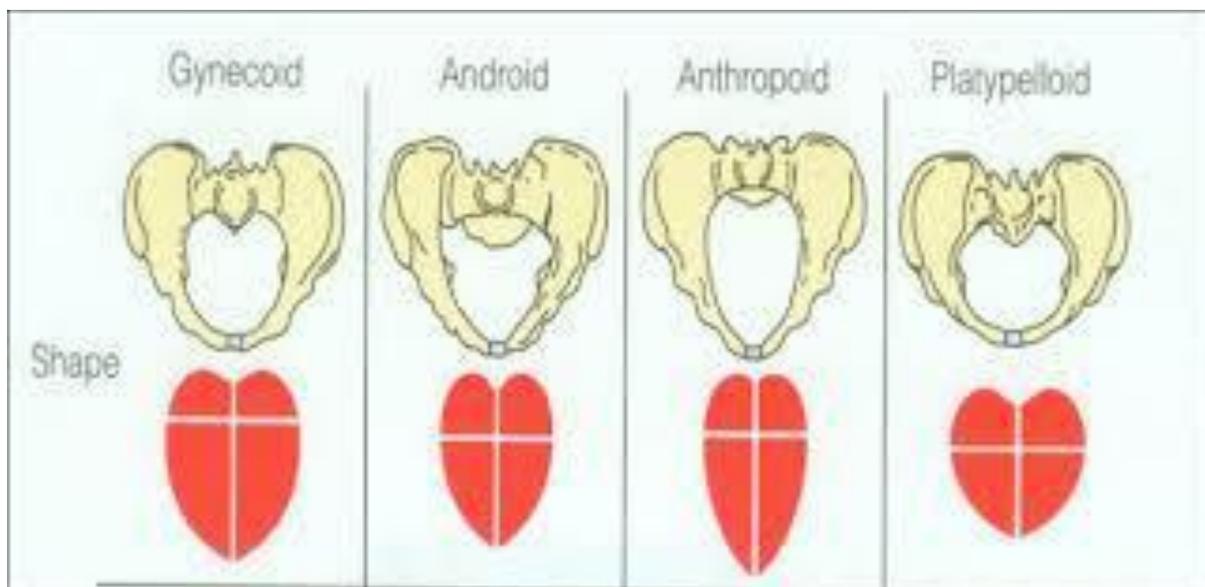


Figure 4 : Classification du bassin [20]

Source : SCHAAL JP, RIETHMULLER D. Canal pelvi-génital et mobile foetal ou « Confrontation foeto-pelvienne ». In : SCHALL JP. Mécanique et Techniques obstétricales. Montpellier : Sauramps Médical, 2007 : 11-25.

3.2.2.5 Bassin mou :

Il est composé de fibres musculaires formées d'un hamac qui soutient les viscères du petit bassin à savoir : vessie, utérus, rectum. Il constitue un plancher

représentant un obstacle que le fœtus doit franchir pour se dégager des voies génitales. Il y a 2 plans :

- **Plan profond** : c'est celui des muscles releveurs de l'anus.
- **Plan superficiel** : c'est celui des muscles périnéaux plus précisément les muscles transverses superficiels et profonds du périnée.

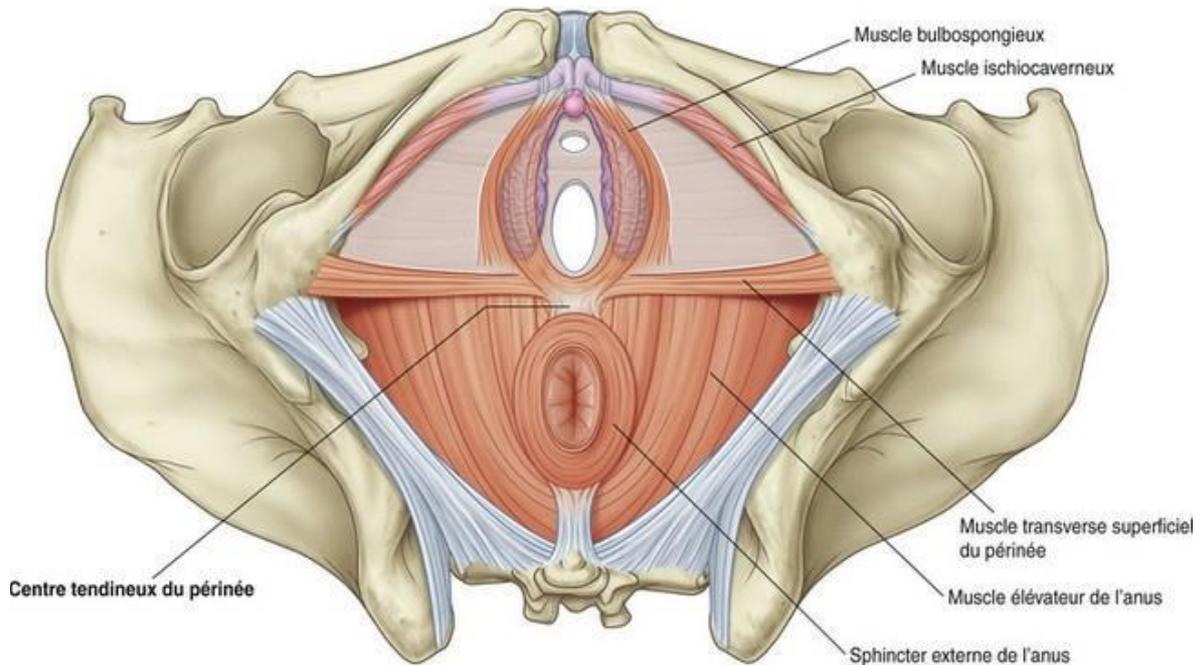


Figure 5 : Bassin mou [18]

Source : Teyssendier E. Périnée et sexualité. Pôle de santé, 1 Rue Toufaire 17300 Rochefort 28imp Tour Caniot 1700 St Jean d'Angely-Charente Maritime.

3.2.2.6 Mécanique obstétricale du bassin mou :

Au cours de l'accouchement, la présentation dans un premier temps entre en contact avec les faisceaux internes des muscles releveurs de l'anus qui participent ainsi à la rotation en faisant correspondre le grand axe de la présentation à celui de l'axe antero postérieur de la fente des boutonnières, dans un 2ème temps au fur et à mesure que la présentation descend la boutonnière s'élargit grâce à un écartement sur les côtés des muscles du périnée mais aussi à leur étirement.

Remarque : son importance obstétricale est moindre car il intervient peu dans le pronostic obstétrical.

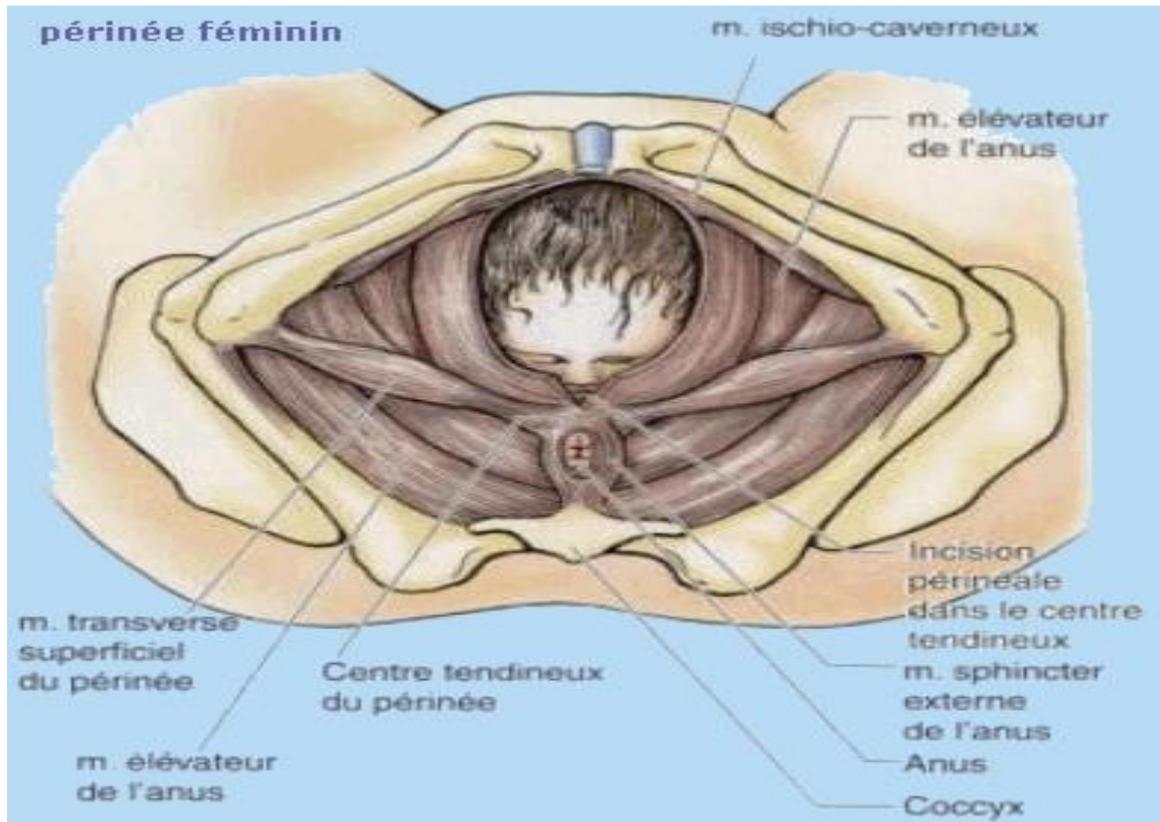


Figure 6 : Mécanique obstétricale du bassin mou [21]

Source : Merger R, Jean L, Jean M, Nelly B. Précis d'obstétrique. 6eme éd. Paris : Masson, 2008.

3.4 Mécanisme de l'accouchement : [9,15, 21]

Le déroulement de l'accouchement comprend trois périodes :

- La première correspond à l'effacement et à la dilatation du col ;
- La deuxième à l'expulsion du fœtus ;
- La troisième à la sortie des annexes (placenta et membranes).

3.4.1 Première période :

Elle est marquée par l'apparition des contractions utérines du travail et leurs conséquences. Elle se termine lorsque la dilatation du col est complète.

Elle se déroule en deux phases :

- **Phase de latence** : jusqu'à 4cm pendant laquelle la dilatation se fait lentement.
- **Phase active** : de 4-10cm pendant laquelle la dilatation se fait rapidement.

3.4.2 Deuxième période :

Elle s'étend de la dilatation complète du col jusqu'à la naissance et comprend deux phases :

- **Phase pelvienne** : L'achèvement de la descente et la rotation de la présentation.
- **Phase périnéale** : L'expulsion proprement dite au cours de laquelle la poussée abdominale contrôlée et dirigée vient s'ajouter aux contractions utérines.

3.4.3 Troisième période :

La délivrance est l'expulsion du placenta et des membranes après celle du fœtus. Elle évolue en trois phases réglées par la dynamique utérine (le décollement et l'expulsion du placenta, l'hémostase).

- Parfois l'accouchement se fait par césarienne (Voie haute) lorsque surviennent des complications pouvant mettre en jeu le pronostic vital du fœtus et /ou de la mère. Ce sont :
- Les syndromes vasculo-rénaux : Toxémie gravidique, Eclampsie, Hématome rétro-placentaire
- Les dystocies dynamiques et mécaniques
- Les hémorragies, procidence du cordon.

- La mort maternelle ;
- La mortinatalité.

On parle d'accouchement prématuré lorsqu'il survient entre la fin de la 22eme et de la 36eme+ 6jours semaine d'aménorrhée selon l'OMS.

Au-delà de 42 semaines d'aménorrhée, on parle alors de post-terme.

METHODOLOGIE

IV. METHODOLOGIE

4.1 Cadre de l'étude :

Notre étude a été réalisée dans le service de Gynéco-Obstétrique de l'Hôpital Hangadoumbo Moulaye Touré de Gao.

4.1.1 Présentation de l'hôpital de Gao :

Créé en 1957 comme dispensaire colonial militaire, il a été érigé en hôpital secondaire à l'indépendance en 1960 ensuite en hôpital régional en 1972 et hôpital de Gao en 2003. Par la loi N°03-015 AN-RM du 14 Juillet 2003 ; l'hôpital de Gao est érigé en Etablissement Public Hospitalier (EPH) et placé sous tutelle du Ministère de la sante. Il est le centre Hospitalier de référence des cercles de Gao, des régions de Kidal et de Ménaka. L'hôpital de Gao est situé au 7ème quartier (Sosso - kaira) sur la route menant à l'aéroport. Il couvre une superficie de 7730 m² et comprend plusieurs services.

4.1.1.1 Les différents services de l'hôpital :

- Le service administratif et financier : administration, comptabilité, surveillance Générale.
- Le service de Médecine Générale et les unités de spécialité : Médecine interne, Ophtalmologie, Oto-rhino-laryngologie, l'Odontostomatologie, le Centre d'Appareillage Orthopédique et de Rééducation Fonctionnelle (CAORF) qui se trouve en dehors de l'Hôpital.
- Le service de Pédiatrie.
- Le service des Urgences médicales.
- Le service de Gynécologie-Obstétrique.
- Le service de l'imagerie médicale (échographie et radiographie).
- Le service de Labo- pharmacie.

- Le service de Chirurgie générale et ses unités spécialisées : Le bloc opératoire, la petite chirurgie et la stérilisation.
- Le service d'anesthésie- réanimation.

Par ailleurs, l'Hôpital dispose de :

- Une Halle de consultation externe pour la Chirurgie, l'Ophtalmologie, la Pédiatrie, l'ORL, la Médecine générale et l'Odontostomatologie ;
- Un Bureau des entrées, d'une Morgue, d'une Cantine hospitalière, d'une Cuisine réfectoire, des Magasins, des Toilettes et trois logements d'astreintes.

4.1.1.2 Moyens logistiques :

L'Hôpital a à sa possession :

- Une nouvelle ambulance,
- Un véhicule de liaisons en état passable (une Land Cruiser TOYOTA 4X4).
- Deux groupes électrogènes dont un en mauvais état.

4.1.1.3 Approvisionnement en médicaments :

Au sein de l'hôpital, il existe deux dépôts pharmaceutiques : la pharmacie hospitalière et la pharmacie du CICR qui sert les malades prises en charge par le CICR.

4.1.2 Présentation du service de Gynéco-Obstétrique

4.1.2.1 Les locaux du service de gynéco-obstétrique :

Les bâtiments sont repartis en trois blocs :

✓ Premier bloc :

Désignation	Nombre
Salle d'observation	1
Bureaux de consultation	3
Bureau du Major	1
Salle de garde	1
Salle de planification familiale, AMIU, dépistage du cancer du col	1

✓ Deuxième bloc :

Désignation	Nombre
Salle de suite de couches	1
Salle de travail	1
Salle de naissance	1

✓ Troisième bloc :

Désignation	Nombre
Salle d'hospitalisation	6
Salle de pansement	1
Salle de PTME	1
Salle de CPN	1

4.1.2.2 Le personnel :

Répartition du personnel de la gynéco selon les catégories

Catégories	Nombre
Médecin gynécologue	1
Médecins généralistes	4
Thésards	2
Sages-femmes	8
Infirmières obstétriciennes	8
Matrones	1
Techniciens de surface	1
Total	25

Le service dispose de 11 fonctionnaires parmi lesquels, 2 médecins, 2 sages-femmes et 7 infirmières obstétriciennes, les autres sont les travailleurs sont au compte du CICR.

4.1.3 Organisation des activités :

Un staff est organisé tous les jours ouvrables à partir de 8 heures 00 mn dirigé par un médecin. Au cours de ce staff, l'équipe de garde fait le compte rendu des activités et des évènements qui se sont déroulés pendant la garde.

Le service de gynéco-obstétrique dispose de deux (2) jours de programme opératoire par semaine. La prise en charge des urgences obstétricales est assurée par le médecin de garde en collaboration avec l'anesthésiste pour les interventions chirurgicales. La visite aux malades hospitalisées est faite tous les jours après le staff.

4.2. Méthode et matériels

4.2.1 Type et période d'étude :

Il s'agit d'une étude prospective, descriptive transversale allant du 01 janvier au 31 décembre 2020 soit un (1) an.

4.2.2 La population d'étude :

Toutes les parturientes ayant accouché dans notre service pendant la période d'étude.

4.2.3 Echantillonnage :

- **Les critères d'inclusion :**

Nous avons inclus dans notre étude toutes les parturientes de 10 à 19 ans ayant accouché dans le service pendant la période d'étude.

- **Les critères de non inclusion :**

- Toutes les parturientes de plus de 19 ans ayant accouché dans notre service ;
- Les adolescentes ayant accouché dans d'autres structures mais adressées dans notre centre pour prise en charge.

4.2.4 Variables étudiées :

Les variables suivantes ont été étudiées : âge, profession, ethnie, statut matrimonial, nombre de CPN, résidence, niveau d'instruction, mode d'admission, antécédents gynécologiques, obstétricaux, médicaux, chirurgicaux, tension artérielle, taille, hauteur utérine, contraction utérine, bruits du cœur fœtal, terme de la grossesse, présentation du fœtus, bassin, mode d'accouchement, indication de césarienne, complication, poids de nouveau-né, Apgar, pronostic maternofoetal.

4.2.5 Supports des données :

Nos données ont été recueillies sur les fiches d'enquête individuelle à partir :

- Des dossiers obstétricaux ;
- Des registres d'accouchement ;
- Des registres de compte rendu opératoire

4.2.6 Plan d'analyse et traitement des données :

Le dépouillement des questionnaires a été manuel. Les données collectées ont été saisies et analysées à l'aide du logiciel Sphinx.

La rédaction du document final a été faite à l'aide des logiciels Word et Excel 2016 pour les tableaux et graphiques.

4.2.7 Aspects éthiques :

L'étude a été réalisée avec le consentement éclairé des parturientes et /ou de leurs parents, après leur avoir expliqué les bénéfices de l'étude. Toutes les parturientes ont accepté de participer à l'étude.

4.2.8 Difficultés rencontrées :

Pendant cette période d'étude quelques difficultés ont été rencontrées :

- La non disponibilité des carnets de CPN dans certains cas pendant l'accouchement ;
- Le mauvais remplissage des supports (partogramme) ; dossiers obstétricaux ;
- La difficulté de revoir les parturientes après l'accouchement pour s'enquérir des nouvelles des nouveau-nés et des suites de couches.

4.2.9 Définitions opérationnelles :

Gestité : elle se définit comme étant le nombre de grossesse d'une femme

Nulligeste : c'est une femme qui n'a jamais contracté de grossesse

Primigeste : c'est une femme qui a contracté 1 grossesse

Paucigeste : c'est une femme qui a contracté entre 2 à 3 grossesses

Multigeste : c'est une femme qui a contracté entre 4 à 5 grossesses

Grande multigeste : lorsque le nombre de grossesse est ≥ 6

Parité : c'est le nombre d'accouchement

Nullipare : c'est une femme qui n'a jamais accouché

Primipare : c'est une femme qui a accouché 1 fois

Pauci pare : c'est une femme qui a accouché 2 à 3 fois

Multipare : c'est une femme qui a accouché entre 4 à 5 fois

Grande multipare : lorsque le nombre d'accouchement est ≥ 6

Décès périnatal : la perte du produit de conception survenant entre la vingt-huitième semaine d'aménorrhée et la première semaine de la vie.

RESULTATS

V. RESULTATS

5.1 Fréquence :

Pendant la période d'étude du 01 janvier au 31 décembre 2020, nous avons enregistré 3010 accouchements dont 655 chez les adolescentes soit une fréquence de 21,76%.

5.2 Caractéristiques sociodémographiques :

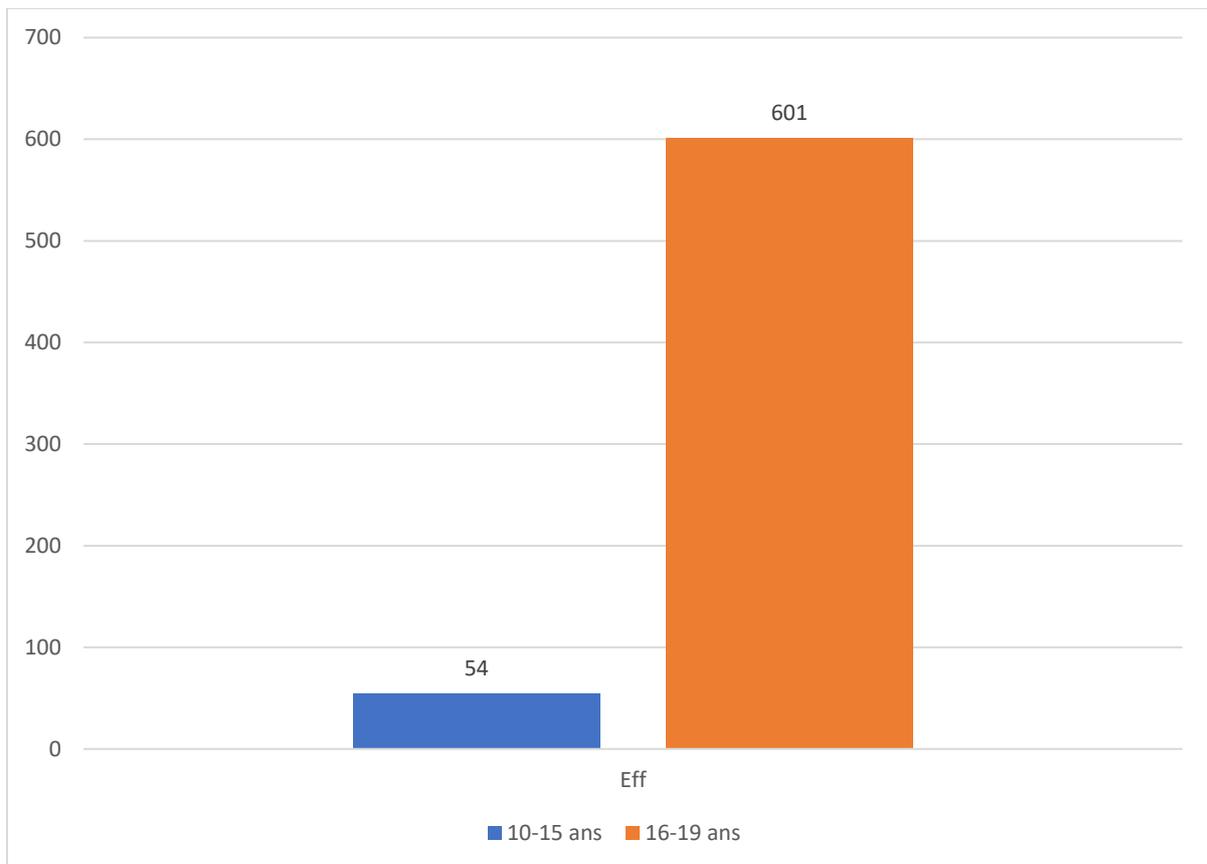


Figure 7 : Répartition des parturientes selon l'âge

La tranche d'âge la plus représentée était 16-19 ans.

L'âge moyen était de 17,39ans (écart-type = 1,24 ans) avec des extrêmes de 13 ans et 19 ans.

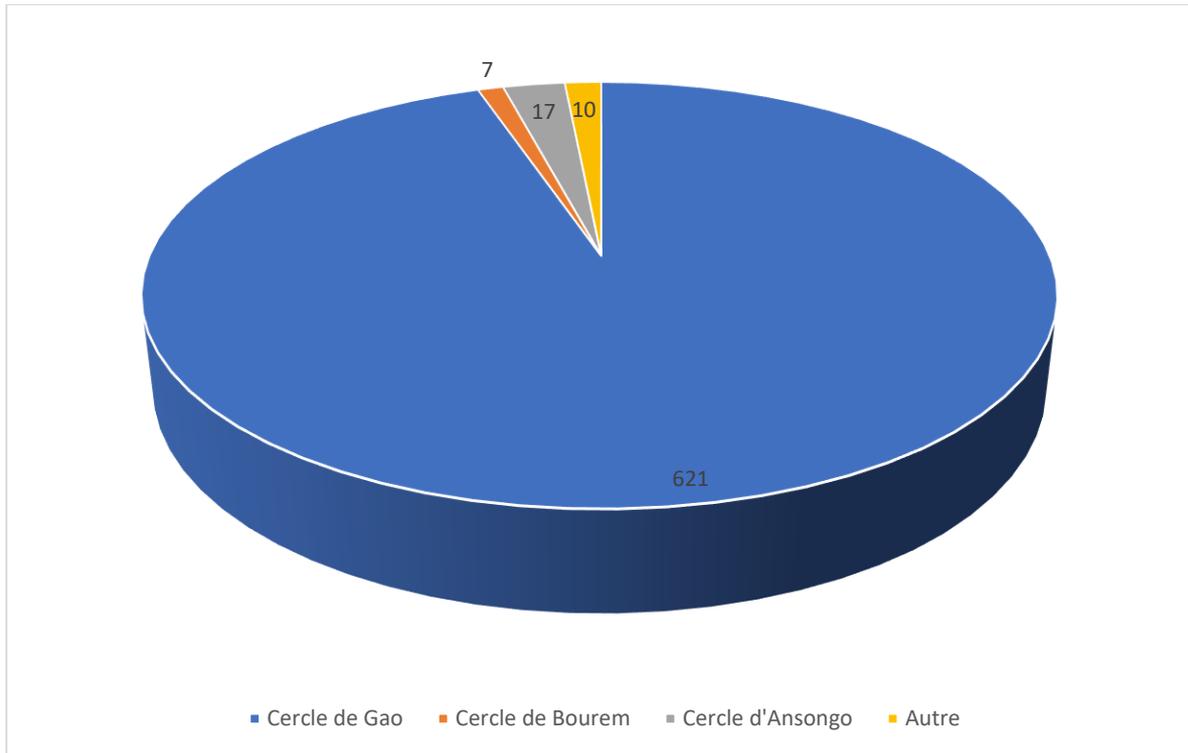


Figure 8 : Répartition des parturientes selon la provenance

94,8% des parturientes résidaient dans le cercle de Gao.

Autres : les régions de Ménaka, Kidal et Tombouctou (Gossi)

Tableau I : Répartition des parturientes selon le niveau d’instruction

Niveau d’instruction	Eff	%
Non scolarisé	482	73,6
Primaire	149	22,7
Secondaire	23	3,5
Supérieur	1	0,2
Total	655	100

Les parturientes non scolarisées représentaient 73,6%

Tableau II : Répartition des parturientes selon leur occupation

Profession	Eff	%
Femmes au foyer	480	73,3
Commerçante	2	0,3
Elève/Étudiante	173	26,4
Total	655	100

Les élèves/étudiantes ont représenté 26,4% de notre étude à côté des femmes au foyer qui représentèrent 73,3% des cas.

Tableau III : Répartition des parturientes selon statut matrimonial

Statut matrimonial	Eff	%
Mariée	606	92,5%
Célibataire	49	7,5%
Total	655	100%

Les femmes mariées étaient les plus représentées.

Tableau IV : Répartition des parturientes selon l'occupation du procréateur

Profession	Eff	%
Ouvrier	196	44,9
Commerçant	104	23,9
Cultivateur	51	11,7
Fonctionnaires	48	10,9
Eleveur/Berger	26	5,9
Elève/Étudiant	12	2,7
Total	437	100

Les ouvriers étaient les plus représentés, soit 44,9%.

5.3 Caractéristiques cliniques :

Tableau V : Répartition selon le mode d'admission

Mode d'admission	Eff	%
Venue d'elle même	507	77,4
Evacuée/Référée	148	22,6
Total	655	100

La grande majorité des femmes soit 77% sont venues d'elles-mêmes.

Tableau VI : Répartition des parturientes en fonction des ATCD médicaux

ATCD médicaux	Eff	%
Sans ATCD	652	99,5
HTA	1	0,2
Asthme	2	0,3
Total	655	100

Les parturientes n'ayant aucun antécédent médical représentaient 99,5% des cas.

Tableau VII : Répartition des parturientes selon les ATCD chirurgicaux

Césarienne	Eff	%
Oui	24	3,6%
Non	631	95,9%
Total	655	100%

Les parturientes ayant un antécédent de césarienne représentaient 3,6% des cas.

Tableau VIII : Répartition des parturientes en fonction de la parité

Parité	Eff	%
Primipare	482	73,6
Paucipare	173	26,4
Total	655	100

Les primipares étaient les plus représentées, soit 73,6% des cas.

Tableau IX : Répartition des parturientes selon les ATCD d'avortement

Avortement	Eff	%
Non	627	95,7
Oui	28	4,3
Total	655	100

Les parturientes ayant fait au moins un avortement représentaient 4,3% des cas.

Tableau X : Répartition des parturientes selon les pathologies associées à la grossesse

Pathologies sur grossesse	Eff	%
Anémie	125	19
Paludisme	35	5,4
Eclampsie	30	4,5
HTA	17	2,6
VIH	1	0,2
Asthme	2	0,3
HRP	3	0,5
Aucune	442	67,5
Total	655	100

L'anémie sur grossesse était la pathologie la plus fréquente soit 19% des cas.

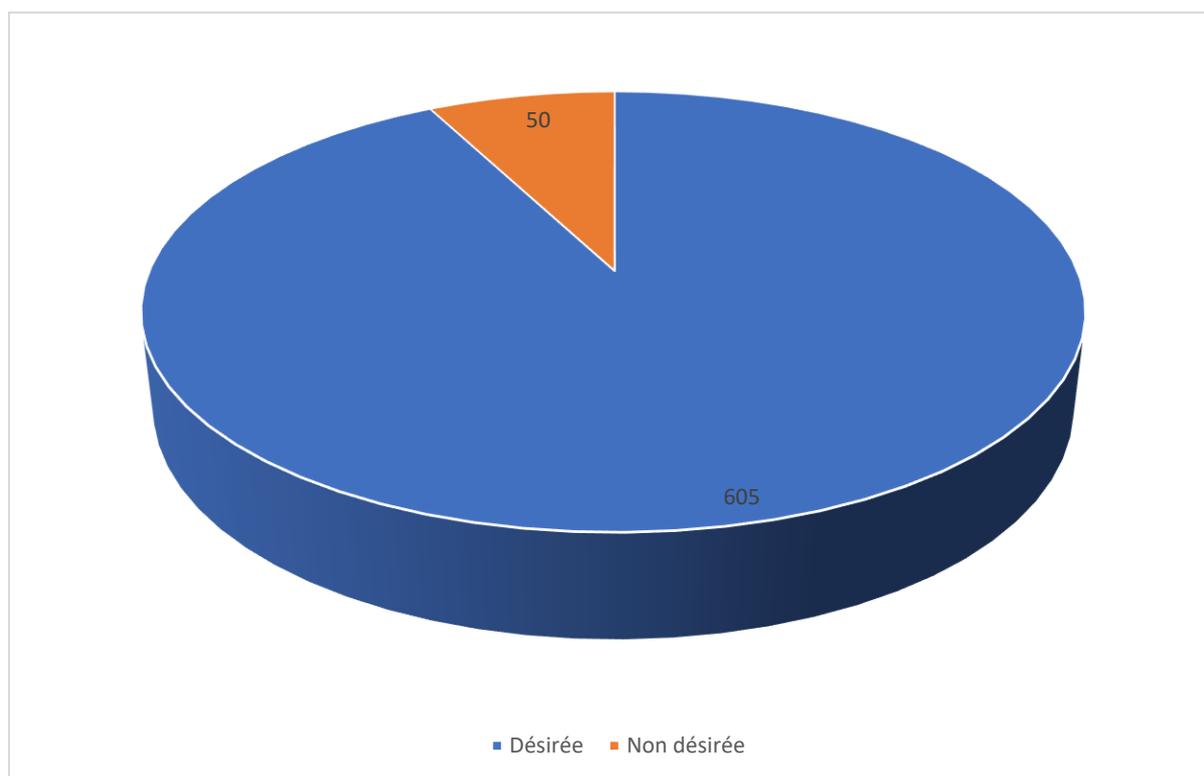


Figure 9 : Répartition des parturientes selon le contexte de survenue de la grossesse

La grossesse était désirée chez 92,4% des parturientes.

Tableau XI : Répartition des parturientes selon le suivi de la grossesse

Nombre de CPN réalisé	Eff	%
0	218	33,3
1-3	363	55,3
≥ 4	74	11,3
Total	655	100

Dans notre étude 33,3% des parturientes n'ont pas fait de consultations prénatales.

Tableau XII : Répartition des parturientes selon le BCF à l'admission

BDCF	Eff	%
Perçus	622	95
Non Perçus	33	5
Total obs.	655	100

Les BCF étaient entendus chez 95% des patientes à l'admission.

5.4 Pronostic materno-fœtal :

Tableau XIII : Répartition des adolescentes selon le terme de la grossesse au moment de l'accouchement

Age de la grossesse	Eff	%
A terme	553	84,4
Avant terme	66	10,1
Post terme	36	5,5
Total	655	100

La majorité des grossesses a été menée à terme soit 84,4% des cas.

Tableau XIV : Répartition selon l'aspect clinique du bassin

Bassin	Eff	%
Normal	621	94,8
Immature	34	5,2
Total	655	100

Le bassin était normal dans la grande majorité soit 94,8% des cas.

Tableau XV : Répartition des adolescentes selon le mode d'accouchement

Voie d'accouchement	Eff	%
Voie basse		
Spontanée	484	73,9
Instrumentale	66	10,1
Césarienne	105	16
Total	655	100

La voie basse était le mode d'accouchement le plus fréquent (84%).

L'extraction instrumentale a été nécessaire dans 10,1% des cas.

Tableau XVI : Répartition des parturientes selon les complications de l'accouchement par voie basse

Complication maternelle	Eff	%
Déchirure des parties molles	33	5
Relâchement symphysaire	1	0,2
Aucunes	621	94,8
Total	655	100

Les parturientes ayant fait une déchirure des parties molles représentaient 5% des cas.

Tableau XVII : Répartition des adolescentes selon l'indication de la césarienne

Indication de césarienne	Eff	%
Eclampsie sur grossesse	28	26,6
Présentation du siège chez une primigeste	17	16,2
Bassin immature	34	32,3
SFA	8	7,6
Macrosomie fœtale	6	5,7
Dilatation stationnaire	2	1,9
Procidence du cordon battant	2	1,9
Syndrome de pré-rupture	2	1,9
Utérus bi cicatriciel en travail	2	1,9
Condylomes Floride	1	1
Echec de ventouse	1	1
Présentation transversale	2	2
Total	105	100

Le bassin immature était l'indication la plus fréquente de césarienne chez les parturientes, soit 32,4% des cas.

Tableau XVIII : Voie d'accouchement X Complications du post partum

---	Hémorragie de la délivrance	Endométrite	Suppuration pariétale	Anémie
Voie basse	1	0	0	35
Césarienne	1	2	4	30
Total	2	2	4	65

Tableau XIX : Répartition selon l'état du nouveau-né à la naissance

Etat du nouveau-né	Eff	%
Vivant	618	94,4
Mort-né	37	5,6
Total	655	100

La majorité de nouveau-nés était vivant à la naissance, soit 94,4% des cas.

Tableau XX : Répartition selon le type de mort-né

Type de mort-né	Eff	%
Mort-né frais	23	62
Mort-né macéré	14	38
Total obs.	37	100

Les morts nés frais étaient les plus fréquents parmi les décès périnataux dans notre étude soit 62% des cas.

Tableau XXI : Répartition selon l'Apgar à la première minute

Score d'Apgar a la 1^{ème} min	Eff	%
≥ 8	583	94,2
≤ 7	35	5,8
Total	619	100

La grande majorité des nouveau-nés soit 94% avait un score d'Apgar normal soit au moins à 8.

Tableau XXII : Répartition selon le poids de naissance

Poids en gramme	Eff	%
Moins de 2500	69	10,5
De 2500 à 4000	577	88,1
4000 et plus	9	1,4
Total	655	100

Les nouveaux nés ayant un poids de naissance inférieur à 2500g avaient représenté 10,5% des cas.

Tableau XXIII: Répartition selon l'évacuation des nouveau-nés

Référé à la pédiatrie	Eff	%
Oui	111	16,9
Non	544	83,1
Total	655	100

111 nouveau-nés soit 16,9% ont été transférés en néonatalogie

Tableau XXIV : Répartition selon le motif d'évacuation du nouveau-né

Causes	Eff	%
Prématurité	70	63,1
Souffrance néonatale	35	31,5
Macrosomie fœtale	6	5,4
Total	111	100

La prématurité était le motif de référence le plus fréquent, soit 60,36% des cas.

Tableau XXV : Pronostic maternel

Pronostic maternel	Eff	%
Bon	580	88,6
Complicé	73	11,1
Décédé	2	0,3
Total	655	100

Dans notre étude, nous avons enregistré deux cas de décès maternels par éclampsie.

COMMENTAIRES ET DISCUSSION

VI. COMMENTAIRES ET DISCUSSION

6.1 Fréquence :

Durant la période de notre étude, nous avons recensé 3010 accouchements parmi lesquels 655 ont concerné les adolescentes soit une fréquence de 21,7%.

Notre fréquence est nettement supérieure à celle retrouvée au Maroc par **Hamada H** qui était de 2,6 %. [22] et celles obtenues au Mali par **Guindo A.** [23] et **Diarra E** [24] qui ont trouvé respectivement une fréquence de 5,72% et 9,5%.

Notre taux est inférieur à celui retrouvé par **Dembélé S.** à Dioila [25] qui était de 25%.

Plusieurs facteurs peuvent expliquer l'augmentation de la fréquence de l'accouchement chez les adolescentes dans notre étude. On peut citer entre autres :

Le mariage des enfants (mariage précoce), la pauvreté, le faible taux de scolarisation des filles, les pesanteurs socio- culturelle et religieuse.

6.2 Profil sociodémographique :

6.2.1 Age :

L'âge moyen de nos patientes était de 17,39 ans avec des extrêmes de 13 ans et 19 ans.

La tranche d'âge de 16-19 ans était la plus représentée avec 92%. Ce résultat est superposable à celui obtenu par **Drabo A.** à Bamako [12] qui était de 92,4% pour la même tranche d'âge.

Cependant la tranche d'âge 10 - 15 ans était la moins représentée, soit 8%. Ceci pourrait s'expliquer par la rareté de l'activité sexuelle et ou des cycles généralement anovulatoires chez ces adolescentes.

6.2.2 Résidence :

Dans notre étude, la majorité des accouchées résidait dans le cercle de Gao soit une fréquence de 93% des cas.

Ceci s'explique par l'accessibilité de l'hôpital, l'adéquation du plateau technique et la qualité des ressources humaine.

Concernant les autres districts sanitaires un peu éloignés (Ansongo, Bourem, et même Ménaka), leur faible taux de référence s'explique dans la plupart des cas par l'impossibilité d'utilisation des ambulances liée surtout à l'insécurité.

6.2.3 Occupation :

Dans notre étude, les femmes au foyer ont représenté (73,3%) des cas.

Notre taux est supérieur à ceux rapportés par **Dembélé F [25]** et **Drabo A [12]** qui ont trouvé respectivement 63,2% et 54,9% des femmes au foyer.

Dans notre série, les élèves et étudiantes ont représenté 26,4% des cas.

Notre taux est inférieur à ceux de **Dicko OH. [10]** et **Iloki L H** au Congo [26] qui ont trouvé 36,67% ,41,66% des élèves et étudiantes.

La fréquence élevée des élèves dans notre étude s'explique par le mariage précoce.

6.2.4 Statut matrimonial :

Dans notre étude, plus de la moitié de nos adolescentes était mariée soit 92,5% des cas.

Notre taux est supérieur à ceux rapportés par **Traoré F** [27] et **Drabo A** [12], **Luhete P.K** au Sénégal [28] qui ont trouvé respectivement 62%, 73,6% et 81,4%.

Nous avons retrouvé dans notre série 7,5% des célibataires.

Notre taux est inférieur à ceux rapportés par **Dembélé F** [25], **Dembélé S** [29] et **Iloki L H** au Congo [26] qui ont trouvé respectivement 13,02%, 20,8%, et 84,06% des célibataires.

Boisselier P.H. en France [30] avait trouvé 75% d'adolescentes françaises célibataires contre 15% d'adolescentes africaines célibataire.

Ces proportions élevées des adolescentes mariées s'expliqueraient par le mariage précoce qui est vécu comme normal dans la plupart de nos régions.

6.3 Profil clinique des adolescentes :

6.3.1 Mode d'admission :

Bien que l'hôpital soit une structure de deuxième référence dont la mission principale est la prise en charge des cas compliqués en provenance des structures périphériques, la grande majorité des femmes soit 77% sont venues d'elles-mêmes sans passer par aucune structure de santé du premier ou de deuxième niveau.

Seulement 22,4% avaient été évacuées. Notre taux d'admission est superposable à celui de **Dembélé F** [25] qui a rapporté 77,08% sont venues d'elles-mêmes et 22,92% ont été évacuées.

6.3.2 Suivi de la grossesse :

Le but de la consultation prénatale est de dépister les grossesses à risque et sauvegarder la santé de la femme au cours de la grossesse, de lui permettre d'accoucher d'un enfant sain et enfin de lui apprendre les soins à donner au nouveau-né.

Dans notre étude 33,3 % des adolescentes n'ont effectué aucune consultation Prénatale.

Ce taux est supérieur à ceux rapportés par **Diallo A** [31], **Traore B** [32] et **Hamada H.** au Maroc [22] qui ont trouvé respectivement 30,02%, 23,7% et 23 % d'adolescentes qui n'ont pas suivi leur grossesse. Le manque de suivi chez ces adolescentes pourrait s'expliquer par le déni de grossesse, l'absence d'information sur le suivi d'une grossesse, la faible couverture géographique des structures sanitaires, la non réalisation de la stratégie avancée dans certaines aires de santé pour raison d'insécurité

6.3.3 Parité :

Dans notre étude 73,6% de nos parturientes étaient des primipares. Notre fréquence est inférieure à celles de **Drabo A** [12] et **Dembélé S** [29] qui ont trouvé respectivement 82,4% et 87,7%.

Cette parité précoce relativement élevée dans notre étude serait liée d'une part à la nuptialité << ultra précoce >> prédominant dans notre pays surtout en zone rurale et d'autres part à l'absence de surveillance post-natale et à la non utilisation de contraception.

6.3.4 Aspect clinique du bassin :

Dans notre étude le bassin est cliniquement normal dans 94,8% des cas donc compatible avec un accouchement par voie basse ; alors que 5,2% avaient un bassin immature.

Ce taux est superposable à celui de **Dembélé F [25]** qui a retrouvé 92,18% de bassin normal chez les adolescentes et 7,82% des bassins anormal.

6.3.5 Pathologies associée à la grossesse :

Dans notre étude l'anémie était la pathologie la plus fréquente avec une fréquence de 19% suivie de l'hypertension artérielle et ses complications.

Notre résultat est supérieur à ceux de **Diallo O H. [33]** et **Dicko OH. [10]** qui avaient trouvé respectivement 4,7%,14,3%.

Notre taux est comparable aux données de la littérature selon lesquelles le taux de l'anémie chez l'adolescente varie entre 12,5 et 25% [34, 35].

La fréquence relativement élevée de l'anémie dans notre étude, pourrait s'expliquer par la malnutrition et le poly parasitisme qui sévissent dans les régions tropicales et en particulier au Mali, mais aussi par la carence martiale pendant la grossesse, tributaire d'un mauvais suivi prénatal.

6.4 Pronostic materno-fœtal :

6.4.1 Mode d'accouchement :

Dans notre étude, les accouchements par voie naturelle ont représenté 84% des cas.

Ce taux confirme ceux de la littérature selon lesquels le taux d'accouchement par voie basse chez les adolescentes varie entre 75,9% à 94,8% [25, 27, 35, 36].

La ventouse a été la seule technique utilisée pour les accouchements instrumentaux et elle a représenté 10,5% des accouchements.

Notre taux est inférieur à ceux de **Borg A.** [37] en France, **Laghzaoui Boukaidi M.** au Maroc [38] et **Dicko OH.** [10] qui ont trouvé respectivement 12,9%, 20,25% 20,65%, d'accouchement instrumental.

Nous avons enregistré 16% des cas d'accouchement par césarienne chez les adolescentes avec des indications dominées par le bassin immature (32,3%) et l'éclampsie (26,6).

Notre taux est supérieur à ceux rapportés par **Ndiaye O au Senegal** [39], **Soula O.** en Guyane française [35], **Sanogo MM au Mali** [40] et **Alouinia S** à Madagascar [36] qui ont trouvé respectivement 7,2%, 11%, 13,75% et 13,72% des césariennes chez les adolescentes.

Notre taux est inférieur à celui rapporté par **Niane M** [41] qui a trouvé 24,1%.

6.4.2 Complications :

Dans notre étude, la majorité des parturientes avait accouché sans complications soit 94,8% des cas.

Notre fréquence est supérieure à celle **Dicko OH.** [10] qui avait rapporté 89,5% d'accouchement sans complications.

Dans notre étude nous avons trouvé 5% de déchirures des parties molles.

Ce taux assez élevé des déchirures des parties molles chez les adolescentes pourrait s'expliquer par l'immaturation de la musculature périnéale, l'étroitesse de la vulve, l'accouchement instrumental mal conduit, le manque de coopération de la parturiente.

6.4.3 Poids des nouveau-nés :

Dans notre étude, nous avons retrouvé 10,5 % de nouveau-nés avec un faible poids de naissance.

Notre taux est inférieur à ceux rapportés par **Borg A. [37]**, **Guindo A [23]** et **Théra T [42]** qui ont trouvé respectivement 11,3%, 17,9% et 26,7% de petit poids de naissance (<2500g).

Beaucoup d'auteurs s'accordent à dire que le faible poids de naissance est une caractéristique majeure des enfants nés de mères adolescentes, en Afrique. En outre, les résultats de l'étude multi variée effectuée par Forum et al. [43] ne montrent pas d'association significative entre l'âge maternel et l'accouchement d'un nouveau-né de petit poids.

Pour notre étude en particulier cela peut être imputable aux mauvaises conditions nutritionnelles, à l'hypertension artérielle, à l'anémie, au paludisme et au mauvais suivi prénatal. Ce petit poids de naissance est préjudiciable pour ces nouveau-nés dont la survie dépend d'un suivi rigoureux par la famille et par les agents de la néonatalogie.

6.4.4 Etat des nouveau-nés à la naissance :

Dans notre étude, les décès périnataux ont été retrouvés chez 5,7% des adolescentes.

Notre taux est superposable à ceux de **Fouelifack [44]** au Cameroun et **Dicko OH. [10]** qui ont rapporté respectivement 5,8%, 5,67% de décès périnataux chez les adolescentes.

Notre taux pourrait s'expliquer par certaines pathologies liées à la grossesse telles que l'anémie, l'hypertension artérielle et ses complications et l'absence de consultation prénatale.

6.4.5 APGAR à la première minute :

Le score d'Apgar est l'un des éléments déterminants de la morbidité du nouveau-né. Dans notre étude, l'Apgar était généralement bon, celui-ci était supérieur ou égal à 8 dans 93,7% des cas. Seulement 6,3% des nouveau-nés avaient un score d'Apgar inférieur ou égal à 7.

Notre score d'Apgar à la première minute est supérieur à ceux rapporté par **Sanogo MM. [40]** et **Dembélé S. [29]** qui ont trouvé respectivement 21% et 9,4%.

6.4.6 Décès maternel :

Le risque de décès maternel au cours de la grossesse, de l'accouchement et dans les suites de couche, évoque un drame lorsque cet évènement survient chez une adolescente qui a toute sa vie devant elle.

Nous avons enregistré deux cas de décès maternel, suite à l'éclampsie.

Notre taux est comparable à ceux rapporté par **Cissé A** au Sénégal [45], **Dicko OH. [10]** et **Guindo A [23]** qui ont trouvé respectivement 0,3%, 0,67% et 1,02% de décès maternel chez les adolescentes.

En effet, un dépistage précoce des états hypertensifs pourrait permettre de réduire les complications en rapport avec cette pathologie gravidique, la majorité des parturientes n'étaient pas diagnostiquées en raison d'un nombre de CPN inférieur ou égale à trois.

CONCLUSION

VII. CONCLUSION

L'accouchements chez l'adolescente demeure fréquent dans notre service.

La maternité précoce est une étape décisive qui influence la vie de l'adolescente dans plusieurs domaines, d'où la nécessité de retarder la naissance du premier enfant par des moyens et méthodes comme l'abstinence, ou par l'utilisation de contraceptifs dont l'accessibilité aux adolescentes devrait être facilitée à travers l'amélioration de la qualité des Services de Santé de la Reproduction mais aussi à travers une large sensibilisation des parents, des chefs coutumiers et des chefs religieux tant sur l'éducation sexuelle que sur les mariages précoces. La grossesse expose les adolescentes à des complications souvent très redoutables comme l'anémie, l'hypertension artérielle, les crises éclamptiques, la prématurité, la césarienne et plus grave à la mortalité maternelle et périnatale. Un bon suivi pourrait améliorer considérablement le pronostic obstétrical.

RECOMMANDATIONS

VIII. RECOMMANDATIONS

1. Aux autorités :

- Développer et soutenir la politique de scolarisation des filles ;
- Mettre un accent sur la promotion des services de santé de reproduction des adolescentes ;
- Promouvoir une action rigoureuse de sensibilisation des adolescentes pour une meilleure adhésion aux consultations prénatales et à la planification familiale.

2. Aux personnels sanitaires :

- Faire un counseling pour un changement de comportement en mettant l'accent sur l'éducation sexuelle et les inconvénients du mariage et des grossesses précoces ;
- Sensibiliser les adolescentes sur les méthodes de planification familiale

3. A la population :

- Eviter les mariages précoces ;
- Assister moralement les adolescentes pour qu'elles vivent mieux leurs grossesses ;
- Eviter le tabou au tour de la sexualité et la contraception avec les adolescentes.

4. Aux adolescentes :

- Fréquenter les centres pour la consultation prénatale en cas de grossesse ;
- Adhérer aux méthodes de planification familiale.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

IX. REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. **OMS.** Journée mondiale de la santé chez l'adolescent : Maternité sans risques : Retarder les naissances, Genève, Avril 1998.1-3.
2. **Barabara Shane.** Livre du Planning familial sauve des vies : les adolescentes et la santé en matière de la reproduction. 3e éd. Washington : Inc Washington DC, 1996 : P15-18.
3. **Yattasaye A.** Accouchement chez les adolescentes à la maternité de CHU Gabriel Touré thèse de médecine Bamako 1998, N°74, 83p.
4. **UNFPA.** Rapport sur les adolescents et les jeunes : Afrique de l'Ouest et du Centre. 2018 :28-30
5. **OMS.** La santé et le développement des adolescents : la clé de l'avenir. 61e éd. Genève ; 1995.
6. **Mc Intyre, Peter, et World Health Organization.** Adolescentes enceintes : apporter des promesses globales d'espoir. Genève : Rapport de l'organisation mondiale de la santé, 2007. 28P.
7. **EDS V.** Cellule de planification et de Statistique. Ministère de la Santé, Direction Nationale de la Statistique et de l'Informatique Ministère de l'Economie, de l'Industrie et du commerce. Bamako - Mali. 2012.
8. **Dadoorian D.** Grossesses adolescentes. Livre Ramonville Saint-Agne : Editions Eres ; 2007. P136
9. **Merger R, Levy J, Melchior M.** Précis d'obstétrique. 6eme éd. Paris : Masson, 2008.
10. **Dicko. OH.** Grossesse et accouchements chez les adolescentes dans le centre de santé de référence de la commune VI de District de Bamako : Etude cas-témoins. Thèse de médecine Bamako 2019. N°342.2-76p
11. **UNFPA.** Rapport sur les grossesses des adolescentes. Journée mondiale de la population en République Démographique du Congo ; Kinshasa, 11 juillet 2013 ; N°30 : 3-10p

- 12. Drabo A.** Grossesse et accouchement chez l'adolescente au centre de santé de référence de la commune II du district de Bamako. Thèse Med. Bamako 2012, No 15M85.
- 13. B. Letombe, S. Catteau-Jonard, G. Robin,** Livre « Pratique en gynécologie-obstétrique », Elsevier-Masson, 2012.
- 14. Kamina P.** Anatomie gynécologique et obstétricale. 4eme éd. Paris : Maloine, 1979, 509p.
- 15. Courbiere B, Carcopino X.** KB Gynécologique et obstétrique. 5e édition. Paris : Vernazobres-Gregg, 2012, 583p.
- 16. Lansac J, Body G, Perrotin F, Marret H.** Pratique de l'accouchement 3eme éd. Paris : Masson, 2001, 525 p.
- 17. Lansac J, Magnin G, Sentilhes L.** Obstétrique pour le praticien. 6ème éd. Paris : Masson 2013, 563 p.
- 18. Teysseidier E.** Périnée et sexualité. Pôle de santé, 1 Rue Toufaire 17300 Rochefort 28imp Tour Caniot 1700 St Jean d'Angely-Charente Maritime. 2016
- 19. Kamina P, de Tourris H, Rideau Y.** Anatomie fonctionnelle du périnée obstétrical : le bassin mou. Revue française de gynécologie et obstétrique. 1972 Jan ; 67(1) : 17-23.
- 20. Schaal JP, Riethmuller D.** Canal pelvi-génital et mobile foetal ou « Confrontation foeto-pelvienne ». In : SCHALL JP. Mécanique et Techniques obstétricales. Montpellier : Sauramps Médical, 2007 : 11-25.
- 21. Sougoule. A.** Episiotomie : la technique de suture « un fil un noeud » au service de gynécologie obstétrique de l'hôpital Sominé DOLO : à propos de 300 cas. Thèse médecine Bamako 2007-2008. N°185.34-55p
- 22. Hamada H et al.**
Grossesse et accouchement chez l'adolescente : caractéristiques et profil à propos de 311 cas à la maternité des Orangers, Rabat, Maroc. Journal de Gynécologie

Obstétrique et Biologie de la Reproduction Vol 33, N° 7 - Novembre 2004 pp. 607-614

23. Guindo A. Pronostic maternel et Périnatal de l'accouchement chez les adolescentes au service gynéco-obstétrique à l'hôpital de Sikasso. Thèse en médecine Bamako 2020, N°262. 40-53p

24. Diarra E. Accouchement chez les adolescentes : Pronostic materno-foetal au Cs réf de la CV de Bamako. Thèse Med. Bamako 2016,48p

25. Dembélé F. L'accouchement chez les adolescentes au centre de santé de référence de la commune IV du district de Bamako. Thèse Médecine 2015, N° 80

26. Iloki L H. Grossesse et accouchement chez les adolescentes au Congo à propos de 276 cas au CHU de Brazzaville.

J. Gynecol. Obstet. Reprod. 2004 ; 33(1) : 37-42

27. Traoré F. Conséquence de grossesse précoce en milieu péri- urbain de Bamako. Thèse Médecine 2002, n°103.

28. Luhete P.K et al. Etude du pronostic maternel et périnatal au cours de l'accouchement chez l'adolescente à Lubumbashi, République Démocratique du Congo. The Pan African Medical Journal. 2017 ;26 :182

29. Dembélé S. Accouchement chez l'adolescente au centre de santé de référence de Dioïla. Thèse Médecine 2012 N° 12 M 185

30. Boisselier PH. Grossesse chez l'adolescente, Revue française de gynécologie-obstétrique et biologique de la reproduction 1985, 14 : 607-611.

31. Diallo A. Accouchement chez l'adolescente au centre de santé de référence de la commune VI. Thèse Méd. Bamako 2013, N°146.

32. Traore B. Accouchement chez les adolescentes à la maternité du Centre Hospitalier Régional de Ségou. Med. Afr Noire 2010 ; 57(10) : 449-454

33. Diallo A. Accouchement chez l'adolescente au centre de santé de référence de la commune VI. Thèse Méd. Bamako 2013, N°146.

- 34. Reynold H, Wrigth K, Olukoya A, Neelofur-kan D.** Soins maternels chez l'adolescente Optic'Jeune, Santé de la reproduction et VIH/SIDA Publication en série ; 2004, 11 : 1-4.
- 35. Soula O.** Grossesses et accouchement chez les adolescentes de moins de 15 ans. Étude de 181 cas en Guyane française. Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction Vol 35, N° 1- janvier 2006 pp. 53-61.
- 36. Alouinia S *et al.*** Facteurs de risques de la grossesse, de l'accouchement et du post-partum des adolescentes dans le département du Loiret. J Gynecol Obstet Biol Reprod. 2015 ; 44 (5) : 443-450
- 37. Borg A.** Grossesse chez les adolescentes : Complications obstétricales et foetales à la Maternité Régionale Universitaire de Nancy [Mémoire]. Université Henri Poincaré, Nancy I, École de Sages-femmes Albert Fruhinsholz. 2010, 46p.
- 38. Laghzaoui B, Bouhya S, Bennani O, Hermas S, Soummani A, Aderdour M.** Grossesse et accouchement chez l'adolescente. Maroc Médical 2002, 24 (3) : 181-185
- 39. Ndiaye O. *et al.*** Risques obstétricaux et néonataux associés à l'accouchement des adolescentes. Service de pédiatrie centre hospitalo-universitaire de Dakar, Sénégal ; service de gynéco-obstétrique centre hospitalo-universitaire de Dakar, Sénégal. Arch Pédiatr 2002 ; 8 : 874-5
- 40. Sanogo M M.** L'accouchement chez les adolescentes au centre de sante de référence de la commune VI de Bamako. Thèse Med. Bamako 2012, N°45
- 41. Niane M.** Approche épidémio-clinique de la grossesse chez l'adolescente à l'Hôpital régional de Fousseini DAOU de Kayes.
Thèse de médecine, Bamako, 2000, No 99, 47p
- 42. Théra T, Kouma A, Téguté I, Traoré Y, Kanté I, Traoré ZO, Coulibaly A.** Pronostic maternel et périnatal de l'accouchement chez l'adolescente dans le district de Bamako. Congrès conjoints FIGO/SAGO/SOGOBA 2016. Communication N°14, P132-252.

43. Fourn L, Slobodan D, Louise S. Facteurs associés à la naissance des enfants de faible poids : une analyse multi variée. Cahiers d'études et de recherches francophones/Santé 1999, 9 (1) : 7-11.

44. Fouelifack FY, Tameh TY, Mbong EN, Nana PN, Fouedjio JH, Fouogue JT, Mbu RE. Outcome of deliveries among adolescent girls at the Yaoundé central hospital. BMC Pregnancy Childbirth. 2014 Mar 17 ; 14 : 102.

ANNEXES

ANNEXES

FICHED'ENQUETE

I. DENTIFICATION

Q1: Nom:

Prénom:

Résidence:

Q2: Age en année

1= 10-15ans 2=16-19ans

Q3: Niveau d'instruction

1-primaire 2-secondaire 3-medersa 4-non scolarisée 5-supérieur

Q4: Profession

1-Ménagère 2-Aide-ménagère 3-Elève 4-Etudiante 5-Vendeuse
6-couturière 7-Autres à préciser

Q5: Statut matrimonial

1-Mariée 2-Célibataire 3-Divorcée 4- Veuve

Q6: Mode d'admission

1-Venue d'elle-même 2-Référée

Q7: Hospitalisation

1-Oui 2-Non

Q8: procréateur Connu

1-Oui 2-Non

II. LES ANTECEDENTS

Q9: ATCD Médicaux

1-HTAD 2-Drépanocytose 3-Asthme 4-Diabète
5-VIH positif 6- Autres à préciser

Si HTA ou drépanocytose, préciser respectivement le type, la classe et la forme

.....

Q10: ATCD Chirurgicaux

1-Laparotomie (GEU) 2-aucun

Q11: Fracture du bassin

1-Oui 2-Non

Q12: ATCD Gynécologiques

1- Ménarche : a) inconnue b) < 12 ans c) : 12-16 ans

2- pratiquez-vous une méthode contraceptive ?

a. Oui

b. Non

Q13: ATCD Obstétricaux

a-Gestité

a primigeste

b-Parité

b Primipare

c-Avortement

c1-Oui

c2-Non

III. HISTOIRE DE LA GROSSESSE ACTUELLE

Q14: La grossesse actuelle est-elle désirée?

1-Oui

2-Non

Q15: Nombre de CPN réalisée

1=1-3 CPN

2=>4

3= néant

4- si non, donner la raison:

a- par manque de moyen économique

b :par peur

c- grossesse non désirée

d- conflit

e : autre à préciser

Q16: Terme

1 à Terme

2 : avant tenue

3 : post terme

IV. EXAMEN A L'ADMISSION

EXAMEN GENERAL

Q17: Conjonctives

1-Colorées

2- Moyennement colorées

3-pâles

Q18: présence de crise éclamptiques

1-Oui

2-Non

Q19: Présence d'hypertension artérielle

1 oui

2 non

EXAMEN OBSTETRICAL

Q20: Hauteur utérine

1HU : < 32cm

2HU : 32-35cm

3HU : > 36cm

Q21 Bruit du cœur foetal (BDCF)

1 : BDCF absents

2 : BDCF INTERIEUR A 120

3 :BDCF ENTRE 120-160

4: BDCF Supérieur à 160

Q22: Notion de contractions utérines

1 -Oui 2-Non

Q23: Notion d'hémorragie

1-Oui 2-Non

Q24: Etat du col:

1-modifié 2-non modifié

Q25: Etat de la poche des eaux

1 -rompue 2-mtacte

Q26: si la poche des eaux rompue, préciser l'aspect

1-clair 2-verdâtre 3-rouge 4-chocolat 5-jaune
6-autres à préciser.....

Q27: Type de présentation

1 -céphalique 2-siège 3-autre autres à précise

Q28: nature du bassin

1-normal 2-asymétrique 3-BGR 4-autres à préciser

5-bassin immature 6-bassin limite

V. MODE D'ACCOUCHEMENT

Q29: Voie d'accouchement

1-voie basse 2-césarienne

Q30: Type d'accouchement

a. Unique b. multiple

Q31 : Si voie basse

a : accouchement normal b : accouchement par ventouse

c: Autres à préciser.....

Q32: si césarienne:

1. Gestes associés:

a : Ligature b : Hystérectomie c : Laparotomie pour hystérorraphie

d : autres à préciser e-aucun

Q33: COMPLICATIONS TRAUMATIQUES

1-déchirure vulvo-vaginales 2-déchirure vaginales
3-rupture utérine 4-déchirure du col 5-accidents urinaires
6-relâchement symphysaire 7-autres à préciser 8-aucune

VI. DELIVRANCE

Q 34 COMPLICATIONS DE LA DELIVRANCE (hémorragie de la délivrance)

1 Rétention placentaire 2 : Atonie 3 : coagulopathie

4 : inversion utérine 5-aucune

VII. PRONOSTIC PERINATAL

Q35 : Apgar à la naissance

1 : 1^{ère} minute

a: 0/10 b: 1-3 /10 c : 4-7/10 d: 8-10/10

2 : 5ème minute a 0/10 b : 1-4/10 c : 4-7/10 d : 8-10/10

Q36: Poids du nouveau né à la naissance

1 : < 2500g 2 : 2500-3999g 3: >4000g

Q37: Sexe de l'enfant

1 : Masculin 2 : Féminin

Q38 : Référé à la néonatalogie 1-Oui 2-Non

Q39: Si Oui. motif:

1-Hypotrophie 2 -Prématuré 3-Souffrance néonatale

4-macrosomie 5-dépassement de terme 6-Mère diabétique

7-mère drépanocytaire 8-Mère hypertendue 9-Mère MH positive

10-Autres à préciser

Q40: Pronostic périnatal

1 -mort-né 2-décès périnatal 3-vivant

Q41 Cause de décès

1-malformation 2- prématurité 3- autres à préciser

LE PRONOSTIC MATERNEL

Q42: Morbidité

1-Hystérectomie 2-Ligature des trompes 3-Fistule vésico-Vaginale

4-Déchirure pénnéale 5-Déchirure du col 6-Relâchement symphysaire

7-Autres à préciser 8-aucune

Q43 Décès maternel

1-Oui 2-Non

Q44 Si Oui cause 1-hémorragie du postpartum 2- HTA

3-Autres à préciser

FICHE SIGNALETIQUE

Prénom : Soumaïla **Nom :** ISSOUUFI

Titre de thèse : ACCOUCHEMENT CHEZ LES ADOLESCENTES A L'HOPITAL HANGADOUMBO MOULAYE TOURE DE GAO A PROPOS DE 655 CAS

Année académique : 2021-2022 **Nationalité :** Malienne **Ville de Soutenance :** Bamako **Secteur d'intérêt :** Gynéco-obstétrique, santé publique **Lieu de dépôt :** Bibliothèque de la FMOS

Email : issoufisoumaila093@gmail.com

Résumé :

Il s'agissait d'une étude prospective et transversale allant du 01 janvier 2020 au 31 Décembre 2020.

L'objectif de cette étude était de déterminer la fréquence et d'évaluer le pronostic maternel et périnatal lors de l'accouchement chez les adolescentes à l'Hôpital Hangadoumbo Moulaye TOURE de Gao.

Notre étude concernait 655 cas parmi 3010 accouchements. La prévalence de l'accouchement chez les adolescentes était de 21,7% avec un âge moyen de 17,39 ans. Les adolescentes étaient majoritairement mariées (92,5%), la grossesse n'était pas suivie dans 33,3% des cas.

A l'admission pour l'accouchement, les adolescentes présentaient une anémie (19%), une hypertension artérielle (2,6%), une pré éclampsie (1,2%) voire une éclampsie (4,5%). La prématurité représentait 10,1%. Les accouchements étaient menés par voie basse (84%). Les césariennes avaient pour principales indications les bassins immatures (32,3%) et l'éclampsie (26,6%). Les accouchements étaient compliqués de déchirures des parties molles (5%), d'hémorragie de la délivrance

(2,74%). Après l'accouchement, deux cas de décès maternel avait été enregistrés. Il y avait 655 naissances dont 618 naissances vivantes (94,4%) avec 37 mort-nés soit une mortinatalité de 5,6%.

Mots clés : Accouchement ; Adolescentes ; Pronostic materno-foetal.

SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence des Maîtres de cette faculté, de mes chers condisciples, devant l'effigie D'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Être suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine.

Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail, je ne participerai à aucun partage clandestin d'honoraires.

Admis à l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs, ni à favoriser le crime.

Je ne permettrai pas que des considérations de religion, de nation, de race, de parti ou de classe sociale viennent s'interposer entre mon devoir et mon patient.

Je garderai le respect absolu de la vie humaine dès la conception.

Même sous la menace, je n'admettrai pas de faire usage de mes connaissances médicales contre les lois de l'humanité.

Respectueux et reconnaissant envers mes maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères. Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses. Que je sois couverte d'opprobre et méprisée de mes confrères si j'y manque.

Je le jure