

Ministère des Enseignements Secondaire,
Supérieur et de la Recherche Scientifique

République du Mali
Un Peuple – Un But – Une Foi



FACULTÉ DE MÉDECINE, DE PHARMACIE ET D'ODONTO – STOMATOLOGIE

Année universitaire 2010- 2011

Thèse N°...../M

L'ACCOUCHEMENT CHEZ LES ADOLESCENTES AU CENTRE DE SANTE DE REFERENCE DE LA COMMUNE V DE BAMAKO(MALI)

THESE

Présentée et soutenue publiquement le ----/----/2011

Devant la Faculté de Médecine de Pharmacie et d'Odontostomatologie

Par

Mr. DIANE HAROUNA

Pour obtenir le grade de Docteur en médecine

(Diplôme d'Etat)

~~Président: Pr. TRAORE~~
~~Mamadou~~ JURY

~~Membre : Dr. THERA~~
~~Membre : Dr. THERA~~
Augustin Tiounkani

Co-directeur : Dr TRAORE
Soumana Oumar

Directeur de thèse : Pr
DIARRA Issa

DEDICACES

Je dédie cette thèse à :

DIEU le TOUT PUISSANT, et son **prophète** (paix et salut sur lui) qui m'ont permis par leurs Grâces de mener à terme ce travail.

Mon père **Mr. DIANE MODIBO** :

Ce travail est le fruit de ton éducation, de ta culture, tes conseils et ta rigueur dans le travail bien fait. Les mots me manquent pour te remercier car ton soutien spirituel, moral et matériel n'ont jamais fait défaut. Sois ici en remercié.

- Ma mère **DIARRA ASSETOU** :

Levez-vous ! Levez-vous ! A toujours été ton slogan. Voici aujourd'hui le fruit du travail que tu as fait. Ton amour, tes conseils, tes encouragements ne m'ont jamais fait défaut. Que Dieu t'accorde encore longue vie pour être auprès de tes enfants. Ce travail est le fruit de tes efforts.

A ma **Grand-mère**

Auprès de toi, j'ai connu un autre amour, tu m'as donné tout ce qu'un petit fils peut espérer de sa grand mère.

Tu n'es pas la aujourd'hui, certes, toutes mes prières vont vers toi pour le repos éternel de ton âme, Amen.

A mon oncle **DIANE LAMINE** et son épouse **DIAYE ASTAN**

Ce travail a été réalisé grâce à vos sages conseils et aux sacrifices que vous avez consentis pour moi. Je profite ici de l'occasion pour vous témoigner de toute ma reconnaissance.

A mon oncle et Ami **Mr SOW THIerno**

Ce travail a été réalisé grâce à vos sages conseils et aux sacrifices que vous avez consentis pour moi. Je vous serai reconnaissant. Je profite ici de l'occasion pour vous témoigner de toute mon affection et de toute ma gratitude.

A ma **Tante**

Auprès de toi, j'ai connu l'affection et une autre chaleur de maman.

Les mots me manquent pour te remercier, en tout cas saches que je t'aime très fort et qu'**ALLAH** te donne longue vie.

A mes **Frères et Sœurs**

En témoignage de notre fraternité, notre union et notre solidarité, votre grande affection, vos sages conseils ont été d'un soutien inestimable pour la réussite de mes études.

Trouvez ici l'expression de toute mon affection et mon respect à votre endroit.

L'amour familial que vous avez entretenu entre nous a été un atout favorable pour l'accomplissement de ce travail.

Soyez-en remercié infiniment.

Vous resterez toujours pour moi l'image de cette entente ; de l'amour, de l'union ; et de la solidarité que les parents nous ont inculqué.

Que Dieu veille sur notre famille, Amen.

– Ma femme **DIALLO MACENI**

Je suis fier de t'avoir eu à mes côtés. Ton respect, ta compréhension et ton amour pour le prochain, font de toi une femme exemplaire. Que Dieu nous aide dans nos projets futurs.

REMERCIEMENTS

S'adressent à :

ALLAH, le **TOUT PUISSANT** ; le Clément et Miséricordieux, et à son Prophète Mohamed (Paix et Salut sur Lui) ; pour m'avoir donné le courage et la santé nécessaire pour mener à bien ce travail,

Tous mes maîtres de la FMPOS de l'Université de Bamako dont l'enseignement a contribué à ma formation de médecin,

Tous les médecins du CSRéf de la Commune V :

Pr. Mamadou Traoré chef de service, Dr Traoré Oumar M, Dr Traoré Soumana Oumar, Dr Silimana Fanta Coulibaly, Dr Amadou Coulibaly et tous ceux dont j'ai omis le nom

Merci pour votre enseignement de qualité qui a contribué à ma formation de médecin ; Trouvez ici l'expression de mes sentiments très respectueux.

Tous mes **Amis et Camarades** :

Mr Sidiki Bouaré, Dr Bouaré sidy, Dr Abdoul K Diabaté,

Dr Issa Keita, Dr Karoga Camara, Mamadou Traoré, Diallo Soumaila , Doumbia Mamadou, Damis Coulibaly.. ..

Trouvez ici l'expression de mes sentiments d'amitié et de camaraderie.

Tout le personnel de la maternité du centre de santé de référence de la commune v :

Trouvez l'expression de ma profonde reconnaissance.

LISTE DES SIGLES ET ABREVIATIONS

- **AG**: Anesthésie Générale.
- **BDCF**: Bruits Du Cœur Foetal.
- **CHU**: Centre Hospitalier et Universitaire.
- **CPN** : Consultation Périnatale.
- **CSCOM** : Centre de Santé Communautaire.
- **CS Réf. CV** : Centre de santé de référence de la commune V.
- **DFP** : Disproportion fœto-pelvienne.
- **FMPOS** : Faculté de médecine, de pharmacie et d'odontostomatologie.
- **HNGT** : Hôpital National Gabriel TOURE.
- **HNPG** : Hôpital National du Point G.
- **HTA** : Hypertension Artérielle
- **OMS** : Organisation Mondiale de la Santé.
- **SFA** : Souffrance Fœtale Aiguë.
- **HRP** : Hématome Rétro Placentaire
- **SA** : Semaine d'aménorrhée
- **cm** : centimètre.
- \geq : Supérieur ou égal
- **%** : Pourcentage
- **Eff** : Effectif
- **Maxi** : Maximum - **Min** : Minimum

SOMMAIRE

I - INTRODUCTION ET OBJECTIFS :	1-6
II - GENERALITES :	9
III - METHODOLOGIE	19
IV - RESULTATS :	25
V -COMMENTAIRES ET DISCUSSION :	41
VI - CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS :	47
VII - REFERENCES:.....	49

I - INTRODUCTION

L'adolescence est un phénomène qui a longtemps été ignorée de même que ses besoins spécifiques en matière de santé.

Selon l'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].

L'importance de cette période, au cours de laquelle on n'est plus une petite fille mais pas encore une femme, est ignorée dans beaucoup de sociétés africaines.

Le monde compte un milliard d'adolescents (et il est estimé que d'ici l'an 2025 leur nombre atteindra deux milliards) dont 85% vivent dans les pays en développement [2].

Les adolescentes constituent 22% de la population des femmes en Afrique [3].

Cette population est estimée à 23,1% au Mali [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 [1].

La procréation chez les adolescentes est relativement courante dans beaucoup de pays du fait du mariage précoce et, où il existe un taux élevé d'activité sexuelle parmi les adolescentes.

Plus de 14 millions d'adolescentes accouchent chaque année. 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 [1].

Au Mali 40 à 50% des jeunes filles accouchent avant l'âge de 18 ans en tout comme en Côte d'Ivoire, au Libéria, au Cameroun, au Bangladesh [3].

La grossesse chez l'adolescente est une grossesse à haut risque ; du fait non seulement de son âge (organisme immature) mais aussi des circonstances particulières incluant la première grossesse, le statut social bas, le faible niveau scolaire, la grossesse non désirée. [1 ; 5 ; 6].

En effet c'est dans cette tranche d'âge que le taux de morbidité et de mortalité est plus élevé comme en témoignent plusieurs études [7].

Les adolescentes de 15 à 19 ans ont deux fois plus de risque de mourir durant un accouchement que les femmes de 20 à 29 ans. Chez les filles de moins de 15 ans, le risque est multiplié par cinq [7].

Pour chaque décès maternel, on compte aussi une trentaine de cas de complications, liée à la prématurité ou petit poids de naissance, de mortalité périnatale, et infantile, d'hypertension artérielle, d'anémie, d'accouchement prolongé, de dystocie et fistules, d'hémorragies [7].

Par ailleurs certaines études récentes ont montré que correctement suivies, ces grossesses ont le même pronostic qu'à l'âge adulte. [6, 7,8 ,9].

Cependant les séries étudiant la grossesse parmi les adolescentes sont rares et non comparatives.

Au Mali peu d'études traitent des complications survenues au cours de la grossesse et de l'accouchement chez cette catégorie de très jeunes mères.

En effet, nous avons initié cette étude comparative Cas /Témoins chez les adolescentes primipares de 19 ans et moins, en les comparant à un autre groupe de primipares non adolescentes afin de vérifier s'il existe une pathologie spécifique à cette catégorie de très jeunes mères à la maternité du centre de santé de référence de la commune V .

OBJECTIFS :

1. Objectif général :

► Etudier l'accouchement chez les adolescentes à la maternité du Centre de santé de la commune v

2. Objectifs spécifiques :

► Déterminer la prévalence des accouchements chez les adolescentes ;

► Décrire les facteurs de risque de complications, spécifiques de l'accouchement chez les adolescentes ;

► Déterminer le pronostic materno- fœtal des accouchements pendant l'adolescence.

II. GENERALITES

1. RAPPEL SUR LE CANAL PELVI-GENITAL

Le canal pelvi- génital définit le trajet à parcourir par le fœtus pour naître par les voies naturelles. Il comprend deux parties : le bassin osseux et les parties molles (filière pelvi-génitale).

1.1. Bassin Osseux :

1.1.1. Développement embryonnaire :

Au début de la période embryonnaire, l'ébauche du bassin de même que tout le squelette du tronc a une structure cartilagineuse.

L'ossification des vertèbres commence pendant la vie intra-utérine, leur soudure se produit entre 17-25 ans [3].

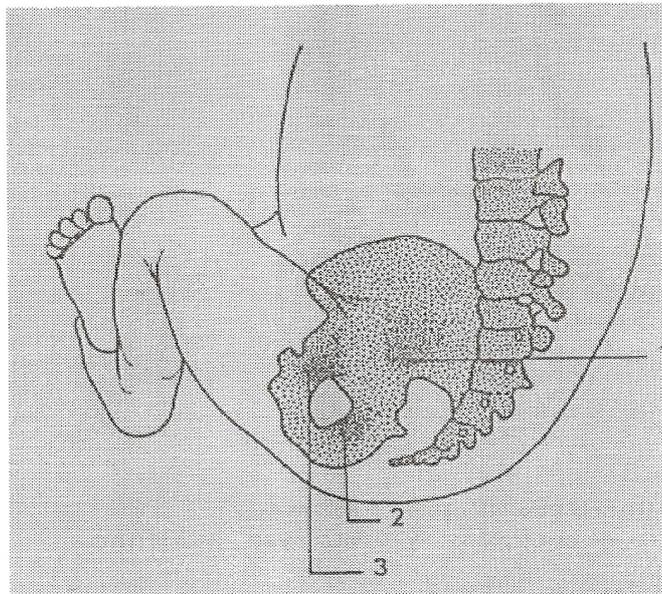


Figure N°1 : Pelvis foetal vue latérale (adapté de l'anatomie)

Le détroit supérieur qui est l'orifice supérieur du petit bassin a une forme ovale, les ailes iliaques sont dressées, le bassin se rétrécit considérablement vers sa sortie
Gynécologique et obstétricale P. Kamina)

1. noyau iliaque
2. noyau ischia
3. noyau pelvien

1.1.2. Le Bassin du nouveau-né :

Chez le nouveau-né de sexe féminin, le sacrum est droit, étroit et vertical, le promontoire est presque absent.

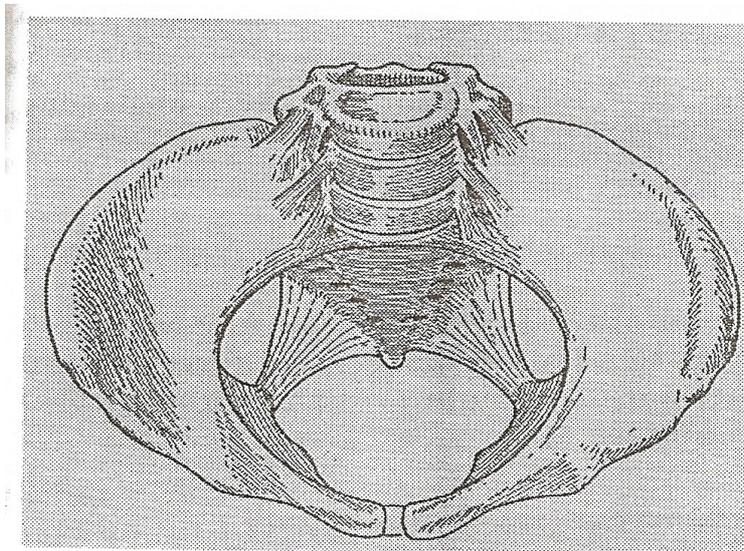


Figure N°2 : Pelvis du nouveau-né : vue d'en haut (d'après TESTUT)

Adapté de l'anatomie gynécologique et obstétricale P. Kamina [10]

1.1.3. Modification du bassin du nouveau né à la femme adulte :

Le bassin du nouveau-né de sexe féminin se distingue fortement de celui d'une femme adulte non seulement par ses dimensions mais par sa forme.

Son développement de même que celui de l'organisme est influencé par les conditions du milieu et les facteurs héréditaires [3].

De l'enfance à l'âge pubertaire la formation du bassin est influencée par la station assise, debout, la marche et les hormones.

On lui décrit deux orifices et une excavation :

L'orifice supérieur ou détroit supérieur est le plan d'engagement de la présentation.

Il est limité en avant par le bord supérieur de la symphyse pubienne, latéralement par les lignes innominées et en arrière par le promontoire (articulation sacro lombaire) (schéma 2b).

Son grand axe est transversal et ses dimensions sont rappelées dans les schémas 2a et 2b : promonto-rétro pubien mesurant en moyenne 10,5cm, transverse médian mesurant en moyenne 12,5 à 13cm

L'excavation est le canal osseux inextensible dans lequel la présentation effectue sa descente et sa rotation.

Elle présente un léger rétrécissement transversal qui passe par les épines sciatiques, niveau auquel se situe le détroit moyen.

Tous les diamètres sont sensiblement égaux, mesurant 12cm, sauf le détroit moyen qui mesure transversalement en moyenne 10,8 cm.

L'orifice interne ou détroit inférieur est le plan de dégagement de la présentation.

Son grand axe est antéropostérieur, défini par la ligne coccygien sous pubien.

Ses dimensions sont rappelées dans le schéma 3 :

Transversalement, le transverse bi ischiatique entre les faces internes des tubérosités mesurant en moyenne 12,5cm.

En antéropostérieur, le diamètre sous sacro-sous-pubien mesurant en moyenne 12,5 cm ;

En antéropostérieur, le diamètre sous-sacro-sous pubien mesurant en moyenne 11cm, grâce à la rétro pulsion spontanée du coccyx.

1.2. Les parties molles :

Définies par un entonnoir musculo-membraneux qui, à l'orifice inférieur de l'excavation osseuse, constitue le plancher pelvi-périnéal qu'il faut différencier de l'étage :

L'étage superficiel fait du sphincter externe de l'étage de l'anus de la vulve et du sphincter externe de l'anus, de la vulve et des pubo-caverneux, circonscrivant les trois quarts antérieurs de l'orifice externe du vagin (vulve) et en arrière l'orifice du rectum (anus).

L'étage profond, constitué par les muscles releveurs de l'anus, en forme carène, fermant le fond de la cavité pelvienne (voir schéma 4).

2. RAPPEL SUR LE MOBILE FŒTAL :

2.1. Le crâne foetal :

C'est la partie la plus importante qui doit présenter des diamètres adaptés au bassin maternel

La tête foetale est un ovoïde à grosse extrémité postérieure dont le grand axe va du menton, qu'il pointe un peu en avant de la saillie de l'occiput (diamètre occipito-mentonier).

Le schéma rappelle les dimensions pour les diamètres antéropostérieurs en fonction du degré de flexion.

Le plan osseux de la voûte crânienne plus fragile que la base du crâne et que la face est formée « d'écailles » (des os du crâne séparés par des sutures et des fontanelles).

Les os du crâne sont représentés en avant par les deux moitiés de l'os frontal, séparés par une suture ; latéralement deux os pariétaux et deux écailles temporales ; en arrière l'écaille occipitale.

Tous ces os ne sont pas encore symphysés mais séparés par des sutures (schéma 1b).

La suture sagittale (antéropostérieure) est médiane partant de la base du nez pour rejoindre la saillie de l'écaille occipitale

La suture transversale sépare frontale et pariétaux

La suture pariéto- occipitale sépare les bords postérieurs des pariétaux et l'écaille occipitale.

Les fontanelles sont principalement au nombre de deux :

Fontanelle antérieure à forme losangique, à laquelle aboutissent quatre sutures.

Fontanelle postérieure à forme d'un lambda, à laquelle aboutissent trois sutures ; cette dernière est le repère d'une présentation bien fléchie.

Ces sutures permettent la mobilité des os du crâne l'un par rapport à l'autre et cela explique le modelage possible de la tête, afin de s'accommoder au bassin maternel dans une certaine mesure

Les diamètres importants sont :

Le sous occipito- bregmatique, qui correspond au diamètre antéropostérieur d'une tête bien fléchie et est égal à environ 9,5cm.

Le transversal maximum qui est le bipariétal, mesurant 9,5cm de moyenne à terme (schéma 1a et 1b).

Enfin la circonférence crânienne (périmètre crânien) mesure environ 37cm à terme.

2.2. Le thorax :

Le diamètre bi acromial est de 12cm mais est aisément réductible au cours de l'expulsion, jusqu'à 9,5cm par le mouvement d'effacement des épaules.

2.3. Les hanches

Le diamètre bitrochanterien est de 9cm.

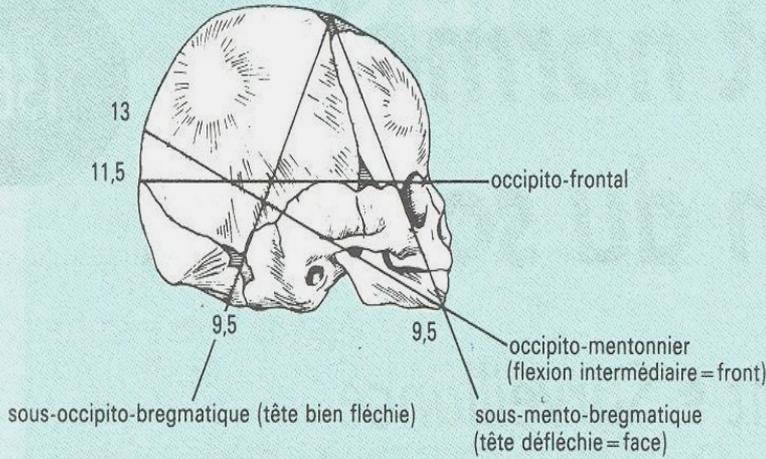


Schéma 1a : crâne fœtal vu de profil (D'après Merger et coll.)

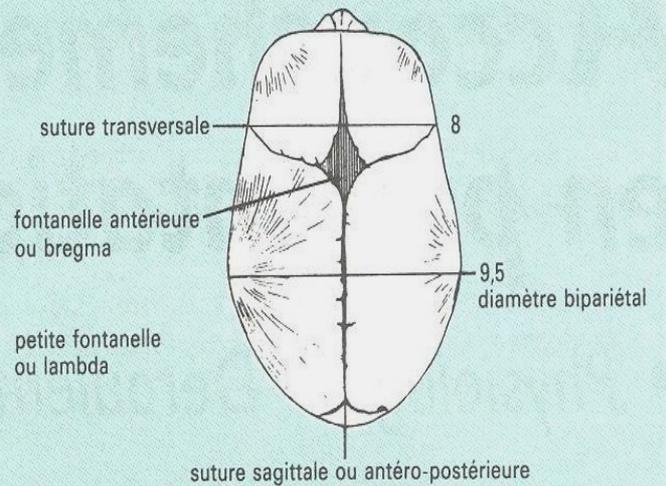


Schéma 1b : voûte du crâne fœtal

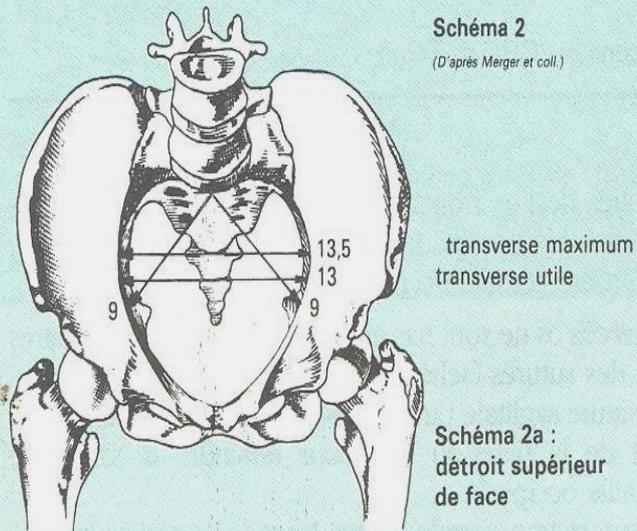


Schéma 2
(D'après Merger et coll.)

transverse maximum
transverse utile

Schéma 2a :
détroit supérieur
de face

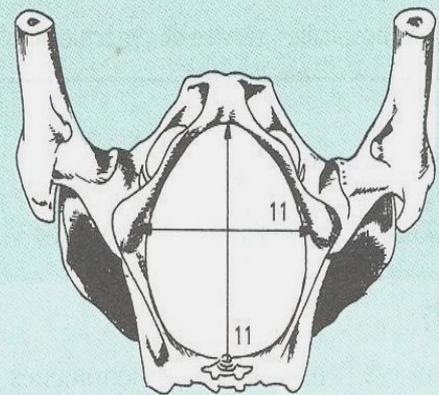


Schéma 3 : détroit inférieur (D'après Merger et coll.)

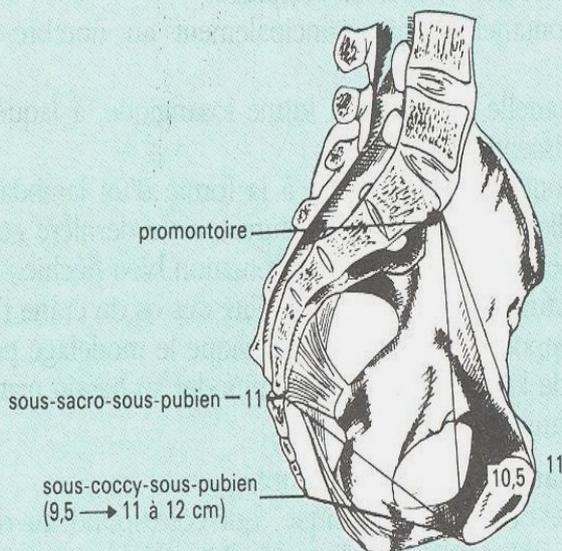
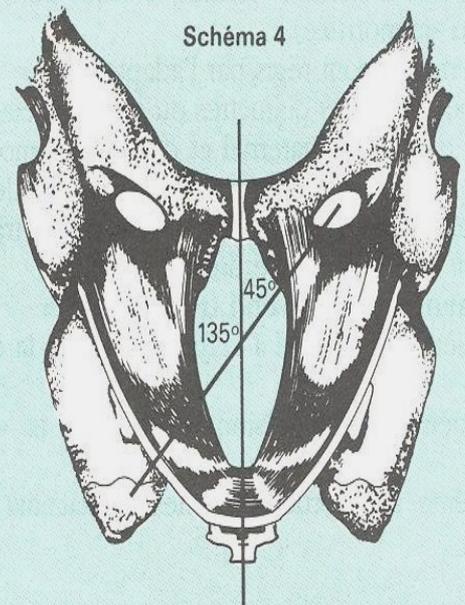


Schéma 2b : excavation pelvienne (profil)



Les muscles releveurs (étage profond du plancher pelvi-périnéal) forment une « carène » fermant le fond de l'excavation pelvienne (coupe frontale postérieure)

Figure No3 : Impact internat Gynécologie obstétrique (2) Med.légale- toxicologie ;
No 18 ; mars 1997

3. RAPPEL SUR L'ACCOUCHEMENT

L'accouchement est l'ensemble des phénomènes mécaniques et physiologiques qui ont pour conséquences la sortie du fœtus et de ses annexes hors des voies génitales féminines à partir d'un délai où la grossesse a atteint un terme théorique de 28 semaines d'aménorrhée.

Ces phénomènes sont régis par l'adaptation des dimensions des diamètres du fœtus et la présentation en particulier à celles du bassin et ses parties molles. Ceci permettra au fœtus de traverser la filière génitale par les contractions utérines du travail qui le poussent vers le dehors : c'est la loi de l'accommodation.

L'accouchement se déroule en 3 périodes :

Première période : Effacement et dilatation du col : 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

Deuxième période : L'expulsion du fœtus. 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 dégageant

ainsi la présentation suivant un axe formant avec l'axe ombilico-coccygien un angle obtus.

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).

4. QUELQUES PARTICULARITES DE L'ADOLESCENTE

L'adolescence est une période physiologique pendant laquelle la jeune fille acquerra les structures psychologique, physiologique et anatomique de l'adulte.

Il s'agit d'un organisme en maturation qui n'a pas encore développé toutes ses facultés de procréation où la grossesse et l'accouchement sont considérés comme des phénomènes à risque.

4.1. Sur le plan physique :

La grossesse survient à un moment où l'adolescente n'a pas encore terminé sa croissance. L'acquisition en taille est de 4,3 à 6cm en moyenne. Si une grossesse survient après le pic pubertaire, la croissance se ralentit considérablement dans certains cas, elle est quasiment stoppée et cela sous l'action des oestrogènes libérés pendant la grossesse même si l'alimentation reste équilibrée [3].

L'immaturation du bassin est un facteur pourvoyeur de complications de l'accouchement.

Une étude de 182 bassins adolescents de moins de 16 ans montre que tous les diamètres pelviens n'atteindront leur taille adulte que 3-4ans après la ménarche [3].

A âge gynécologique égal le bassin des femmes à ménarche précoce est plus étroit que celui des femmes à ménarche tardive [3].

Cet état de croissance imparfaite du bassin prédispose à la césarienne et à défaut, à des ruptures utérines et à des fistules lorsque le travail est long et laborieux.

4.2. Sur le plan physiologique :

Il existe une immaturité de l'utérus qui favorise une dystocie dynamique avec le plus souvent une faiblesse des contractions utérines ou une hypercinésie avec rupture utérine sur un utérus mal étoffé [3]. La jeune fille de 12-15 ans édifie encore sa masse maigre.

Pour cette croissance les besoins de l'adolescente sont élevés, si une grossesse survient, elle augmente les besoins en protéines qui seront insuffisamment couverts surtout en milieu socio-économique bas. La carence protéique nuit considérablement à la croissance harmonieuse de la mère et du fœtus et potentialise de ce fait le risque de : Disgravidie ; d'accouchement prématuré ; d'hypotrophie fœtale [3].

Les particularités physiologiques de l'adolescente font de sa grossesse et de l'accouchement un risque pour la mère et le fœtus.

C'est ainsi que PERCY aux Etats-Unis soulignait en 1973 "qu'un groupe de la population n'est aussi vulnérable aux ravages de la malnutrition que les adolescentes enceintes et leurs enfants" cité par Bohoussou KM et coll. [12].

4.3. Sur le plan psychologique :

Selon SHEAD H. cité par (3) " l'adolescence est la période de la vie où la société a cessé de le considérer comme un enfant mais ne lui accorde pas le statut de l'adulte ni dans ses rôles ni dans ses fonctions".

C'est donc chez cette personne à la recherche d'identité, d'un statut social, des éléments d'un projet de vie, que la sexualité fait irruption dans un environnement qui évolue vers quelque chose d'incertain. La survenue d'une grossesse pose toujours un grand problème.

Il s'agit presque toujours d'une grossesse accidentelle, non désirée au début, vécue dans un grand isolement, avec une difficulté à communiquer avec les proches (parents ou substituts parentaux en particulier). La grossesse survient chez un être

inachevé physiquement et surtout psychologiquement, et peut révéler des difficultés relationnelles, une situation familiale très perturbée et très conflictuelle [13].

Ces conséquences psychosociales en dehors du mariage sont surtout fonction de la non acceptabilité de cette grossesse par la société.

Elles s'accompagnent d'un déséquilibre psychoaffectif chez l'adolescente qui s'exprime par un sentiment de honte et de culpabilité, des affects dépressifs, un enfermement psychologique, et elles cachent le plus longtemps possible leur état de peur d'une réaction d'incompréhension et de rejet pour ce événement qui transgresse le code de moralité (grossesse précoce hors mariage) [13]. Cet état de fait en plus de l'insuffisance de soutien financier font que ces grossesses souffrent d'un retard voire d'une absence totale de suivi prénatal. Ce qui prédispose ces adolescentes à des complications au cours de la grossesse et de l'accouchement.

III. METHODOLOGIE

1 - CADRE D'ETUDE :

Notre étude a eu lieu dans le service de gynécologie obstétrique du centre de santé de référence de la commune V du district de Bamako. Ce centre est situé dans une zone périphérique en pleine croissance démographique où les problèmes de santé sont préoccupants avec un nombre élevé de structures de santé (9 CS Com) qui s'y réfèrent.

La maternité du centre de santé de référence de la commune V comprend :

- une unité grossesses à risque
- une Unité accouchement/suites de couches
- une unité de soins après avortement (SAA)
- une unité de néonatalogie
- une unité de CPN (Consultations prénatales)
- une unité de PF (Planning familial) et post natales
- une unité bloc opératoire
- une unité post opéré et salle de pansement
- une unité des urgences gynécologiques et obstétricales (salle XIV)

- une unité de consultation externe et de dépistage des lésions précancéreuses et cancéreuses du col de l'utérus.

Le service de gynécologie obstétrique du CS Réf. de la commune V est dirigé par un professeur agrégé de gynécologie obstétrique. Il est assisté par quatre gynécologues obstétriciens et DES de gynécologie obstétrique en stage rotatoire.

Il y a également les sages-femmes, les infirmières obstétriciennes, les étudiants faisant fonction d'internes, les chauffeurs d'ambulance et les manœuvres.

La permanence est assurée par une équipe de garde composée de :

- un gynécologue obstétricien en astreinte
- un DES en gynéco-obstétrique
- cinq étudiants en médecine faisant fonction d'interne
- deux sages femmes
- une aide soignante
- un infirmier anesthésiste
- un technicien de laboratoire
- un(e) caissier(e)
- un chauffeur d'ambulance qui assure la liaison avec les centres hospitaliers universitaires (CHUPG, CHUGT) et le centre national de transfusion sanguine (CNTS).
- deux garçons de salle assurant la propreté permanente du service.
- un staff quotidien a lieu tous les jours à 8H15 minutes réunissant le personnel du service dirigé par le chef de service. Au cours de ce staff, l'équipe de garde fait le compte rendu des activités et des événements qui se sont déroulés dans les 24 heures durant la garde.

Il y a 4 jours de consultations spécialisées, 4 jours pour le programme opératoire. Les urgences sont assurées tous les jours.

Une visite est faite tous les jours et la visite générale chaque mercredi après le staff.

Au niveau de l'organisation matérielle du service de garde, l'équipe dispose de :

- quatre tables d'accouchement
- deux salles d'opérations fonctionnelles
- un dépôt de sang
- une ambulance
- des kits de médicaments d'urgence permettant une prise en rapide de toutes les urgences obstétricales Charge
- des kits de césariennes gratuites.

2. TYPE D'ETUDE :

Il s'agit d'une étude rétrospective analytique Cas /Témoins comparant une population de primipares adolescentes de 13-19 ans et une population témoin de primipares âgées de 20 ans et plus.

3. PERIODE D'ETUDE :

C'est une étude qui s'étend sur 12 mois allant du 1^{er} Juin 2009 au 30 Mai 2010. Cette période a suffi pour obtenir l'échantillon nécessaire à cette étude.

4. POPULATION D'ETUDE :

Elle concerne toutes les parturientes qui ont accouché dans le service de Gynécologie et d'Obstétrique du centre de santé de référence du commun V pendant la période d'étude.

5- ECHANTILLONNAGE :

Notre échantillon était constitué de 100 cas et 200 témoins, soit 1 cas pour 2 témoins.

5.1 Critères d'inclusion :

Cas : Toutes les adolescentes primipares âgées de 13-19 ans qui ont accouché dans le service de Gynécologie et d'Obstétrique du centre de santé de référence du commun v pendant la période d'étude.

Témoins: Toutes les femmes primipares âgées de 20 ans e t plus qui ont accouché dans le service de Gynécologie et d'Obstétrique du centre de santé de référence de la commune V pendant la même période.

Nous avons fait un recrutement exhaustif des Cas et des Témoins reçus pendant la période d'étude.

5.2 critères d'appariement

Nous avons apparie un cas a deux témoins.

5.3 Critères de non inclusion :

Cas:

Toutes les adolescentes non primipares qui ont accouché dans le service pendant la même période.

Toutes les adolescentes primipares qui ont accouché en dehors du service pendant la même période.

Témoins :

Toutes les femmes âgées de 20ans et plus non primipares qui ont accouché dans le service pendant la même période.

Toutes les femmes âgées de 20ans et plus primipares qui ont accouché en dehors du service pendant la même période.

5.3 Variables étudiés :

Sont celles liées aux données socio- démographiques, aux antécédents, à la grossesse, à l'accouchement, au pronostic maternel et néonatal.

5.4 Traitement et analyse des données :

Les données ont été saisies et analysées sur les logiciels SPSS version 12.

Les Statistiques utilisés ont été le Chi2 de Pearson avec un seuil de signification $P < 0,05$

Le Test exact de Fisher pour des effectifs inférieurs à 5

Le traitement de texte a été effectué à l'aide du logiciel Microsoft office 2003

5.5 – Quelques Définitions:

Gestité = Nombre de grossesse.

Nulligeste = Aucune grossesse

Primigeste = Une grossesse

Pauci geste = deux à trois grossesses.

Multi geste = supérieur ou égale à quatre grossesses.

Parité = Nombre d'accouchement.

Nullipare = aucun accouchement

Primipare = un accouchement

Pauci pare = deux à trois accouchements.

Multiparité = supérieur ou égale à quatre accouchements.

-La grossesse : c'est l'ensemble des phénomènes se déroulant entre la fécondation et l'accouchement, durant lesquels l'embryon puis le fœtus se développent dans l'utérus.

-Accouchement : L'accouchement est l'ensemble des phénomènes mécaniques et physiologiques qui ont pour conséquences la sortie du fœtus et de ses annexes hors des voies génitales féminines à partir d'un délai où la grossesse a atteint un terme théorique de 28 semaines d'aménorrhée.

- Bassin généralement rétréci :

Lorsqu'au toucher vaginal le promontoire est atteint et les lignes innominées sont entièrement parcourues. A la pelvimétrie l'indice de Magnin est inférieur à 20

- Bassin limite :

Lorsqu'au toucher vaginal le promontoire est atteint et les lignes innominées ne sont pas parcourues au-delà des deux tiers antérieurs au toucher vaginal.

L'indice de Magnin est compris entre 20 et 21.

- Venue d'elle-même

Il s'agit de patientes admises directement dans le service sans passer par une autre structure ou un agent sanitaire.

-Évacuée :

C'est lorsque la patiente est référée d'un service à un autre plus spécialisé dans un contexte d'urgence.

-Hystérorraphie :

Il s'agit de la suture de l'utérus.

-Hystérotomie :

Ouverture chirurgicale de l'utérus .

-Indice d'Apgar :

Ensemble de paramètres permettant d'évaluer l'état général du nouveau-né à la première et à la cinquième minute de vie extra-utérine.

L'indice d'Apgar résulte de la notation de 0 à 2 de chacun des 5 éléments suivants : la couleur des téguments de la peau, le tonus musculaire, la respiration, l'irritabilité réflexe, le rythme cardiaque. L'indice est la somme de ces 5 notes :

un coefficient de 0 à 3 = mauvais

un coefficient de 4-7 = médiocre

un coefficient de 8 à 10 = normal

IV. RESULTATS

1. PREVALENCE

Durant la période d'étude, nous avons enregistré **3082** accouchements chez les adolescentes sur un total de **5891** accouchements à la maternité du centre de santé de référence de la commune v, soit **une prévalence de 52,31 %**.

2. CARACTERISTIQUES SOCIO DEMOGRAPHIQUE

Tableau I : Répartition des parturientes selon l'âge

Tranche	Cas	Témoins
----------------	------------	----------------

d'Age	Eff	%	Eff	%
13-16ans	40	40	0	0
17-19ans	60	60	0	0
20-26ans	0	0	159	79.5
27-29ans	0	0	41	20.5
Total	100	100	200	100

Chi2 = 0,385 P = 0.0498

Tableau II : Répartition selon le niveau de scolarisation des patientes

Niveau de scolarisation	Cas		Témoins	
	Eff	%	Eff	%
Non scolarisés	60	60	76	38
Primaire	21	21	24	12
Secondaire	12	12	54	27
Supérieur	7	7	46	23
Total	100	100	200	100

Chi2 = 0,010 P = 0,0012

Tableau III : Répartition selon le statut matrimonial des patientes

Statut matrimonial	Cas		Témoins	
	Eff	%	Eff	%
Mariée	41	41	176	88
Célibataire	59	59	24	12
Total	100	100	200	100

$P = 0.7589$

Tableau IV : Répartition selon la profession des patientes

Profession	Cas		Témoins	
	Eff	%	Eff	%
Sans profession	41	41	95	52.5
Commerçante	08	8	10	5
Etudiante/Elève	29	29	38	19
Coiffeuse	03	3	13	6.5
Aide Ménagère	19	19	08	4
Fonctionnaire	00	0	26	13
Total	100	100	200	100

$P = 0.078$

Tableau V : Répartition selon la provenance des patientes

Provenance des patientes	Cas		Témoins	
	Eff	%	Eff	%
Ville de Bamako	86	86	189	94.5
Périphérie	14	14	11	5.5
Total	100	100	200	100

$P = 0000$

Tableau VI : Répartition selon le mode d'admission

Mode d'admission	Cas		Témoins	
	Eff	%	Eff	%
Evacuée	69	69	26	13
Venue d'elle-même	31	31	174	87
Total	100	100	200	100

$Chi2 = 0,012$ $P = 0.00472$

Tableau VI I: Répartition selon les antécédents personnels des patientes

Antécédents Médicaux Personnel	Cas		Témoins	
	Eff	%	Eff	%
Aucun	86	86	177	88.5
HTA	8	8	11	5.5
Asthme	1	1	2	1
Poliomyélite	0	0	1	0.5
HIV	3	3	5	2.5
Diabète	1	1	2	1
Drépanocytose	1	1	2	1
TOTAL	100	100	200	100

P = 0.0007

Tableau VIII : Répartition des patientes selon les antécédents obstétricaux

Gestité	Cas		Témoins	
	Eff	%	Eff	%
Primigeste	88	88	47	23.5
Pauci geste	11	11	110	55
Multi geste	1	1	43	21.5
Total	100	100	200	100

P = 0000

4. SUIVI PRENATAL

Tableaux IX: Répartition selon la fréquentation des consultations prénatales

Consultation Prénatale	Cas		Témoins	
	Eff	%	Eff	%
Aucune	35	35	31	15.5
1-3	28	28	64	32
≥4	37	37	105	52.5
Total	100	100	200	100

$P = 0.1062$

Tableaux X: Répartition selon le lieu de consultation prénatale

Lieu de consultation prénatale	Cas		Témoins	
	Eff	%	Eff	%
Aucun	35	35	31	15.5
CSCOM	9	9	52	26
CS Réf CV	50	50	103	51.5
Hôpital	4	4	3	1.5
Structure privée	2	2	11	5.5
Total	100	100	200	100

$P = 0.0007$

Tableaux XI: Répartition selon l'auteur des consultations prénatales

L'auteur de la consultation prénatale	Cas		Témoins	
	Eff	%	Eff	%
Aucun	35	35	31	15.5
Matrone	2	2	3	1.5
Infirmière obstétricienne	3	3	5	2.5
Sage femme	54	54	130	65
Médecin	4	4	8	4
Gynécologue-obstétricien	2	2	23	11.5
Total	100	100	200	100

$P = 0.00379$

Tableau XII : Répartition des parturientes selon la hauteur utérine

Hauteur utérine en cm	Cas		Témoins	
	Eff	%	Eff	%
< 30	12	12	24	12
30-36	80	80	159	79.5
> 36	8	8	17	8.5
Total	100	100	200	100

$Chi^2 = 21.89$ $P = 0.346$

Tableau XIII : Répartition des parturientes selon la présence ou non des bruits du cœur fœtal à l'admission.

Bruits du cœur fœtal	Cas		Témoins	
	Eff	%	Eff	%
Absents	10	10	4	2
< 110	146	146	6	3
110 – 150	69	69	188	94
>160	7	7	2	1
Total	100	100	200	100

P = 0.00004

Tableau XIV : Répartition des parturientes selon présentation du fœtus

Présentation Du fœtus	Cas		Témoins	
	Eff	%	Eff	%
Céphalique	87	87	180	90
Siège	8	8	16	8
Transversale	5	5	4	2
Total	100	100	200	100

P = 0.5886

Tableau XV : Répartition des parturientes selon l'état des membranes à l'entrée

Etat des membranes	Cas		Témoins	
	Eff	%	Eff	%
Intactes	23	23	154	76.5
Rompues	77	77	47	23.5
Total	100	100	200	100

Chi2 = 78.69 P = 0.000

Tableau XVI : Répartition patientes selon l'aspect du liquide amniotique à l'admission

Aspect du liquide amniotique à l'admission	Cas		Témoins	
	Eff	%	Eff	%
Clair	33	33	167	83.5
Méconial	67	67	33	16.5
Total	100	100	200	100

Chi2 = 76.85 P = 0.000

Tableau XVII : Répartition des parturientes selon l'état du bassin

Bassin	Cas		Témoins	
	Eff	%	Eff	%
Cliniquement normal	41	41	120	60
Cliniquement anormal	59	59	80	40
Total	100	100	200	100

$Chi2 = 3.05$ $P = 0.0787$

Tableau XVIII : Répartition patientes selon les pathologies survenues au cours de la grossesse

Pathologies	Cas		Témoins	
	Eff	%	Eff	%
MAP	5	5.68	8	7.07
RPM	3	3.40	9	8.03
HTA	28	31.81	35	30.35
HRP	4	4.54	13	11.60

Mort in utéro	3	3.40	6	5.35
Placenta prævia	2	2.27	12	10.71
Paludisme	17	19.31	12	10.71
Anémie	6	6.81	4	3.57
Eclampsie	20	22.72	14	12.05
TOTAL	88	100	112	100

P = 0.00004

5. ACCOUCHEMENT

Tableau XIX : Répartition des patientes selon la dilatation cervicale à l'admission

Dilatation cervicale à l'admission	Cas		Témoins	
	Eff	%	Eff	%
Dilatation <= 3 cm	35	35	36	18
Dilatation= 4 à 10 cm	43	43	59	29.5
Phase expulsive	22	22	105	52.5
TOTAL	100	100	200	100

Chi2 = 0.004

P = 0.991

Tableau XX : Répartition des patientes selon la voie d'accouchement

Voie d'accouchement	Cas		Témoins	
	Eff	%	Eff	%
Voie haute	39	39	54	27
Voie basse	61	61	146	73
Total	100	100	200	100

Chi2 = 0.046**P = 0.030**

Tableau XXI : Répartition des patientes selon les méthodes d'accouchement artificiel

Méthode d'accouchement artificiel	Cas		Témoins	
	Eff	%	Eff	%
Ventouse	17	29.3 1	6	9.23
Césarienne	39	67.2 4	54	83.07
Total	56	96.5 5	60	92.30

$P = 0.141$

Tableau XXII : Répartition des patientes selon les complications de la voie basse

Complication de la voie basse	Cas		Témoins	
	Eff	%	Eff	%
Déchirures cervicales	3	42.85	2	22.22
Déchirures incomplète du périnée	0	0	0	0
Déchirures complètes - non compliquées du périnée	0	0	0	0
Rétention de la tête dernière	4	57.15	3	77.78
Total	7	100	9	100

$P = 0.333$

Tableau XXIII : Répartition des patientes selon les indications de césarienne

Indication de césarienne	Cas		Témoins	
	Eff	%	Eff	%
Dystocie Osseuse	59	59	80	40
Dystocie Dynamique	7	7	28	14
Souffrance fœtale aigue	16	16	32	16
Placenta prævia recouvrant	2	2	3	1.5
Hématome rétro placentaire	5	5	9	4.5
Pré éclampsie sévère surajoutée	3	3	5	2.5
Macrosomie fœtale	3	3	8	4
Utérus cicatriciel sur bassin limite	5	5	18	9
Utérus bi cicatriciel	0	0	17	8.5
TOTAL	100	100	200	100

P = 0.570

5. CARACTERISTIQUES DES NOUVEAU-NES

Tableau XXIV : Répartition des nouveau-nés selon l'Apgar à la première minute

Score d'APGAR a la 1mn	Cas		Témoins	
	Eff	%	Eff	%
0	12	12	11	5.5
1-3	2	2	0	0
4-7	46	46	59	29.5
≥8	40	40	130	65
Total	100	100	200	100

P = 0,000

Tableau XXV : Répartition des nouveau-nés selon l'Apgar à la cinquième minute

Score d'APGAR a la 5mn	Cas		Témoins	
	Eff	%	Eff	%
0	13	13	11	5.5
1-3	1	1	0	0
4-7	6	6	3	1.5
≥ 8	80	80	186	93
Total	100	100	200	100

P = 0,023

Tableau XXVI : Répartition des nouveaux nés selon le motif de transfert en néonatalogie

Motifs de transfert	Cas		Témoins	
	Eff	%	Eff	%
Fièvre	2	2	0	0
Malformation	0	0	3	1.5
Macrosomie	1	1	4	2
Prématurité	3	2	1	0.5
Rupture prématurée des membranes	0	0	2	1
Souffrance néonatale	36	36	26	13
Total	42	42	36	18

$P = 0.00060$

Tableau XXVII : Répartition des nouveau-nés selon leurs poids de naissance

Poids de naissance	Cas		Témoins	
	Eff	%	Eff	%
Poids < 2500	30	30	23	11.5
2500 <= Poids < 4000	66	66	169	84.5
Poids >= 4000	4	4	8	4
Total	100	100	200	100

P = 0.0318

6. SUITES DE COUCHES

Tableau XXVIII : Répartition des patientes selon les complications des suites de couches

Complications Post opératoires	Cas		Témoins	
	Eff	%	Eff	%
Suppuration pariétale	7	7	11	5.5
Endométrite	10	10	4	2
Thrombophlébite	1	1	1	0.5
Paludisme	13	13	7	3.5
Eclampsie	8	8	4	2
Fièvre inexpliquée	6	6	5	2.5
Hémorragie du post partum	7	7	5	2.5
Total	55	55	37	16.5

$$P = 0.00038$$

V. COMMENTAIRES ET DISCUSSION

1. PREVALENCE :

Les études de l'adolescence posent des problèmes parce que les limites de cette tranche d'âge varient d'une étude à l'autre (Certains auteurs prennent pour limite supérieure un âge inférieur à 16 ans, d'autres un âge de 18ans, 19 ou 20ans) .Ce qui rend les comparaisons relativement difficiles [14]

Quand à l'OMS, elle prend comme limites la tranche d'âge de 10 à 19 ans. Nous avons souscrit volontiers à la définition de l'OMS

Le taux de naissance chez l'adolescente varie entre 1,55% et 18,4% selon les auteurs [14, 15, 16, 7, 6, 17, 18, 19, 3]. Cette variation significative peut être expliquée par les différences de définition de l'âge de l'adolescence selon les auteurs.

En effet, certains ont retenu l'âge de moins de 15ans [14], et d'autres de moins de 16ans [6, 18], de 13 à 16ans [16], de 13 à 17ans [17], de moins de 18ans [7], de 18 ans et moins [15, 19], de 19 ans et moins [3].

Notre prévalence élevée s'explique en plus de cette différence de définition de l'âge de l'adolescence par :

la jeunesse de la population malienne ;

le recours moins fréquent de la population adolescente aux moyens de contraception ;

la précocité des relations sexuelles et du mariage précoce (24% avant 15ans).

le faible niveau de scolarisation ;

le bas niveau d'éducation en matière de sexualité.

2. CARACTERISTIQUES SOCIO DEMOGRAPHIQUES :

60 % des adolescentes n'exercent aucune activité rémunératrice et ne bénéficient d'aucune couverture sociale. En effet nos adolescentes semblent avoir un niveau socio-économique relativement défavorable.

Par ailleurs en Guyane française [14], les adolescentes bénéficient d'une couverture sociale (Couverture médicale universelle et l'Aide médicale d'Etat) Blondel, dans son étude citée par [14], a montré que les femmes ne possédant aucune couverture sociale avaient 20 fois plus de risque de mal, ou de ne pas faire suivre leur grossesse.

Le taux de non scolarisation des adolescentes varie entre 7,2% et 80% selon les auteurs [20, 3, 8,21 ,14]

Notre fort taux d'adolescentes non scolarisées s'explique par le faible taux de scolarisation des filles au Mali qui était de 24% en 1994 selon l'UNICEF [3]

Plusieurs études ont constaté l'importance de la scolarisation dans la prévention du phénomène des grossesses précoces [14].

Aux Etats Unis par exemple , les adolescentes non scolarisées moins de 12 ans ont 6 fois plus de risque de devenir mère avant l'âge de 18 ans [14].

Nos adolescentes non scolarisées représentent 60% contre 38% pour le groupe adulte.

Cette différence est statistiquement significative et peut s'expliquer par la paupérisation des populations avec des conséquences sociales et par le fait que plus d'adolescentes que d'adultes proviennent de la périphérie ou l'accès à l'école serait moins facile qu'à Bamako.

Selon les auteurs [15, 7, 3, 19, 22, 23, 20, 6], le taux d'adolescentes célibataires varie entre 9,4% au Maroc et 100% en Guyane française.

Dans notre étude 59 % des adolescentes sont des célibataires contre 11% Pour le groupe témoin. %

Cette différence est statistiquement significative et peut s'expliquer par la précocité des rapports sexuels (qui se situe à 24% avant 15ans) par rapport à l'âge médian de la première union (estimé à 16,3ans) [4]

Les taux plus bas au Maroc (9,4% ; 10%) pourraient s'expliquer par le fait que dans les sociétés islamisées les filles sont mariées très tôt en particulier dans le milieu rural pour préserver la virginité des jeunes filles[1,15,7] .

Le taux de grossesses non suivies entre 2-3% et 30% selon les auteurs [24, 20, 3, 7, 22].

35% de nos adolescentes n'ont pas suivi leur grossesse contre 15,5 % du groupe témoin. Cette différence est significative. Elle peut s'expliquer par le bas niveau socio économique de nos adolescentes, le faible taux de scolarisation.

En effet, par ailleurs [25], l'analphabétisme et le bas niveau socio économique ont une influence négative sur le suivi .

3. ACCOUCHEMENT :

Il n'existe pas de différence statistiquement significative entre les voies d'accouchement.

La césarienne est la principale méthode d'accouchement artificiel dans les deux groupes.

Le taux de césarienne chez les adolescentes varie entre 1,3% et 23,2% selon les auteurs [22, 7, 17, 16, 14].

Notre taux élevé de 39% chez les adolescentes peut s'expliquer par la prévalence des dystocies osseuses, de l'hypertension artérielle et ses complications représentant respectivement 1,7 fois et 1,5 fois chez nos adolescentes que chez le groupe témoin.

La voie basse est la principale voie d'accouchement dans les deux groupes sans différence significative.

Parmi les méthodes d'accouchement artificiel, l'accouchement instrumental au cours de l'expulsion est relativement fréquente (29,31%) chez les adolescentes que dans le groupe témoin (9,23%) cette différence est statistiquement significative.

Par contre selon Dedecker F. et coll. [17], l'accouchement est plus favorable chez les adolescentes que chez les adultes avec deux fois moins de risque de césarienne et d'extraction instrumentale.

Certains expliquent la forte proportion d'accouchement eutocique chez les adolescentes par la prématurité et le faible poids de naissance [17].

4. PRONOSTIC :

Complications apparues au cours de la grossesse

L'hypertension artérielle, l'éclampsie et le paludisme se sont avérés significativement plus fréquente chez nos adolescentes respectivement 31,81% ; 22,72% et 19,31%.

Nos adolescentes ont présenté 5 cas de menace d'accouchement prématuré contre 8cas pour le témoin.

L'anémie représente 6,81% chez nos adolescentes.

- Par ailleurs chez les adolescentes, l'hypertension artérielle varie entre 10% [16, 7, 14, 15, 19] et 17,5% [20, 7], le paludisme représente 15% [9], la menace d'accouchement prématuré représente 10% [8] et l'anémie varie entre 12,5 et 25% [7, 14, 15].

Les autres complications ne sont pas fréquemment observées dans un groupe que dans l'autre.

Complications de la voie basse

Au nombre des complications associées à la voie basse figurent :

- les déchirures du col, du vagin, du périnée ; retentions de la tête dernière.

Nous avons enregistré 42,85% de déchirures cervicales chez les adolescentes contre 22,22 % dans le groupe témoin

Caractéristiques des Nouveaux nés

Le poids moyen de naissance varie selon les auteurs [20, 14, 6, 26, 7] entre 2560g et 3074g.

Le taux de petit poids de naissance (<2500g) varie entre 10,9% et 23,8% selon les auteurs [7, 26, 6, 14].

Dans notre étude, Le pourcentage de petit poids de naissance (moins de 2500g) est plus élevé (30%) chez les adolescentes que chez les adultes (11 ,5%).

Cette différence pourrait s'expliquer par les conditions socio économiques moins bonnes de nos adolescentes desquelles sont liées les conditions nutritionnelles et, l'incidence de certaines pathologies associées à la grossesse sur la croissance foetale.

Le transfert en néonatalogie varie selon les auteurs [26, 6, 20] entre 9% et 35%.

Le taux de transfert en néonatalogies significativement élevé dans notre série d'adolescentes 41% contre celui du groupe témoin 15% .Ce taux élevé s'explique par le taux élevé de petit poids de naissance et l'ApGAR morbide des nouveau-nés chez nos adolescentes.

Le taux de mortalité périnatale varie entre 0,06% et 53% selon les auteurs [6, 27, 20].

Le taux de mortalité périnatale est significativement plus élevé dans notre série d'adolescentes (24,2%) contre de celle du groupe témoin (15, 6%).

En effet, le petit poids de naissance, les souffrances néonatales et la primiparité surtout chez l'adolescente sont des facteurs intrigués de risque élevé de mortalité périnatale [28].

Pour les malformations, nous n'avons pas trouvé de cas chez les adolescentes et nous avons trouvé trois (3) cas dans le groupe témoin. Ceci est en accord avec l'étude de H. Hamada et coll. [7] en 2000 à Rabat au Maroc qui n'a pas trouvé de cas chez les adolescentes.

Par contre selon l'étude de CARLES G et coll.[6] en GUYANE Française en 2001, les malformations fœtales sont identiques dans les deux groupes .Par ailleurs Vinatier a retrouvé un taux plus élevé de malformations chez les nouveau-nés de mères adolescentes [6].

Complications des suites de couche

Nos adolescentes ont présenté 61,8% des complications dans les suites de couche contre 38,2% dans le groupe témoin mais cette différence n'est pas statistiquement significative.

Nous n'avons pas retrouvé d'augmentation de risque de complications dans les suites de couches statistiquement significative chez nos adolescentes par rapport à la population témoin

VI. CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

1. CONCLUSION :

De notre étude il ressort que l'accouchement chez l'adolescente est un accouchement à haut risque.

L'incidence des complications obstétricales chez les adolescentes et leurs impact sur le pronostic materno-fœtal ne dépend pas nécessairement et de l'âge, mais encore plus, de certains facteurs dont le niveau socio économique, le niveau de scolarisation, le statut matrimonial, le recours précoce et opportun aux soins prénatal adéquat . La prévention des complications obstétricales chez les adolescentes passe par :

le respect de l'âge légal du mariage ;

les soins prénatals adéquats ;

les accouchements dans un milieu chirurgical spécialisé.

2. RECOMMANDATIONS :

A la lumière de tous ces problèmes majeurs de santé publique identifiés, nous formulons des recommandations à quatre niveaux :

Aux autorités :

élaborer des programmes de conseil et d'éducation ciblant les besoins médicaux, sécuritaires et sociaux des adolescentes enceintes ;

respecter l'âge légal fixé pour le mariage ;

Inclure dans le programme d'éducation scolaire une éducation sur la santé de la reproduction ;

améliorer le taux d'alphabétisation notamment celui des filles.

Aux prestataires de santé

Sensibiliser les femmes enceintes notamment les adolescentes à recourir précocement et au moment opportun aux soins prénatals adéquats ;

Porter une attention particulière à la grossesse et à l'accouchement chez les adolescentes car elle survient dans un organisme immature.

Aux adolescentes

Utiliser les soins prénatals précocement au moment opportun et les services d'accouchement assisté dès le début du travail ;

Planifier l'accouchement avec un personnel qualifié ;

Aux populations

Eviter les mariages précoces ;

Soutenir les adolescentes enceintes moralement et financièrement pour qu'elles vivent mieux leur grossesse ;

Eviter le tabou autour de la sexualité et la contraception avec les adolescentes permettant de diminuer les grossesses précoces et leurs conséquences.

VII. REFERENCES

1. ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ

20 Avenue Appia, CH 1211 Geneve27, Suisse 2007

2- Noble J., Cover G., Manciaux M.

Jeunesse dans le monde. 1996.

<http://www.prb.org/prb>

3. Yatassaye A.

Accouchement chez l'adolescente à la maternité de l'Hôpital Gabriel TOURE

Thèse de médecine ; Bamako, 1998, N°74, 83 pages.

4. EDS IV 2006,

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 2007

5. Hamada H., Zaki A., Nejjar H., Filali A., Chraibi C., Bezad R., Tahert Alaoui M.

Grossesse et accouchement chez les adolescentes de moins de 16 ans à la maternité des Orangers, Rabat, Maroc. A propos de 311 cas.

J Gynecol Obstet Biol Reprod 2004; 33: p 607-614.

6. Anta Tal D., Issakha D., Francis G., Jean-pierre D.,

Facteurs pronostiques des complications de la grossesse et de l'accouchement chez l'adolescente et son nouveau-né au Sénégal

[Cahiers d'études et de recherches francophones / Santé. Oct. - Nov. - Décembre 2001, Volume 11, Numéro 4, p 221-8.](#)

7. Reynold H., Wriqth K., Olukoya A., Neelofur-kan D.

Soins maternels chez l'adolescente

Optic'Jeune, Santé de la reproduction et VIH/SIDA

Publication en série ; 2004, No 11, p 1-4.

8. Carles G. et coll.

Grossesse et accouchement chez les adolescentes de moins de 16 ans

J Gynécol. Obstet Biol Reprod / Volume 27, n° 5, 1998, p 508-513.

9. Faucher P., Dappe S., Madelenat P.

Maternity in adolescence: obstetrical analysis and review of the influence of cultural, socioeconomic and psychological factors in a retrospective study of 62 cases *Gynécol. Obstet Fertil.* 2002 Dec; 30(12): p 944-52

10. 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.

11. Kamina P.

Anatomie gynécologique et obstétricale

1984, Paris, Edition maloine sa. Première partie : p3-8

12. Bohoussou K.M., Traore S., Djanhan Y., Sangare M.

Grossesse et adolescence

Afrique médicale juin- juillet 1982 N201 PP359-362

13. Blandine G,

Adolescence et maternité

[http : //www .cairn.info-revue lettre de –l-enfance-et-de-l-adolescente-2001-3-67p](http://www.cairn.info-revue-lettre-de-l-enfance-et-de-l-adolescente-2001-3-67p)

14. Impact internat

Gynécologie obstétrique (2) Med.légale- toxicologie ; Paris, Editeur sa ; mars 1997 ; No 18 ; chapitre 158, p6

15. Soula O. et coll.

Grossesse chez les adolescentes de moins de 15ans

Etude de 181cas en Guyane française

J.Gynecol Obstet Reprod 2006; 35: p 53-61

16. Benene A., Elberoussi L., Elfarouqi A., Chraïbi C., Alaoui M.T.

Accouchement chez l'adolescente,

Expérience de la maternité des Orangers (Rabat, Maroc).A propos de 129 cas.

Médecine du Maghreb, Edition électronique, 2009, numéro165, p 50-54

17. Bam G., Faye O., Diouf A., Cisse G.T., Diadhiou F.

Grossesse et accouchement chez les adolescentes : Aspects Cliniques et Sociaux

Etude de 111cas suivi pendant 1 an au CHU le Dantec de Dakar

Bénin Médical N 12-13 p1/1

18. Dedecker F. et Coll.

Etude des facteurs obstétricaux dans le suivi de 365 grossesses primipares adolescentes à l'île de la Réunion

J.Gynecol Obstet Reprod 2005; 34(cahier1): p 694-901

19. Djanhan Y., Kodjo R., Gondo D., Abauleth YR., Bohoussou K.M.

Accouchement chez l'adolescente au CHU de Coccody- Abidjan

Méd. Afr. Noire 1995 ; 42 : p217-9

20 Lloki L. et Coll.

Grossesse et accouchement chez les adolescentes au Congo

A propos de 276 cas au CHU de Brazzaville

J. Gynecol. Obstet. Reprod. 2004; 33(cahier1)

21. Combes J.C., Reynaud B.

Adolescence et Maternité à la Réunion

Rev. de Ped. 1988 ; 24 :

22. Guilbert E. et coll.

Etre adolescent et fertilité : une responsabilité personnelle et sociale.

Contacept Fertil Sex 1998; 16: p 977-81

23. Traore Y. et coll.

Aspects socio démographiques et pronostic des grossesses non suivies chez les patientes admises dans le service de gynécologie- obstétrique de l'Hôpital Gabriel TOURÉ.

Mali Médical 2007, tome XX II

24. Bobosi Serengbe G. et coll.

Facteurs de mortalité de nouveau-nés de petits poids de naissance en milieu semi rural centrafricain

Médecine d'Afrique noire, 1999, 46 ,446-4

FICHE D'ENQUETE

IDENTITE

Q00 - Numéro du dossier /...../

Q01 - Nom.....

Q02 - Prénom.....

Q03 - Age /.... /

Q04 - Résidence /..... /

Q05 - Ethnie.....

Q06 - Profession/...../ 1 = sans profession ; 2 = commerçante ; 3 = étudiant/élève ; 4 = fonctionnaire (à préciser.....) ; 5 = autre à préciser (.....)

Q07 - Statut matrimonial /.... / 1 = mariée ; 2 = célibataire

Q08 - Nombre de coépouse /...../

ANTECEDENTS

Q09 - Antécédents obstétricaux

Q09A - Gestité /.../ ; Parité /.... / ; Vivant /.... / ; Avortement /.../ ; Décédé /.../

Q09B - Césarienne /...../ 1 = oui ; 2 = non

Q09C - Grossesse pathologique /.... / 1 = oui (à préciser) ; 2 = non

Q10 - Antécédents Chirurgicaux personnels :

Q10A - GEU /.... / 1 = oui ; 2 = non

Q10B - Appendicite /...../ 1 = oui ; 2 = non

Q10C - Césarienne / / 1 = oui ; 2 = non

Q10D - Autres /...../ 1 = oui (à préciser) ; 2 = non

Q11 - Antécédents médicaux personnels

Q11A - HTA /...../ 1=oui ; 2 = non

Q11B - Diabète /...../ 1 = oui ; 2 = non

Q11C - Drépanocytose /...../ 1 = oui ; 2 = non

Q11D - Asthme/ / 1 = oui ; 2 = non

Q11E - Autres /...../ 1 = oui (à Préciser)

Q11F - Mode de vie /...../ 1 = thé ; 2 = café ; 3 = Lipton

SUIVI DE LA GROSSESSE

Q12 - CPN / / 1 = oui ; 2 = non

Q13 - Nombre de CPN /..../ 1 = Aucune ; 2=1-3; 3 = 2 ; 4 = 3 ; 5 = 4

Q14 – Lieu /...../ 1 = inconnue ; 2 = Cscm ; 3 = CS réf ; 4 = Hôpital ;

5 = autres (à préciser).....

Q15 - L auteur / / 1 = Matrone ; 2 = Infirmière ; 3 = sage –femme ;

4 = Médecin

PATHOLOGIES SURVENUES AU COURS DE LA GROSSESSE

Q16 - Métrorragies / / 1 = oui ; 2 = non

Q17 - Anémie / / 1 = oui ; 2 = non

Q18 - Infections urinaire / / 1 = oui ; 2 = non

Q19 - Paludisme / / 1 = oui ; 2 = non

Q20 - Autres /... / 1 = oui (à préciser) ; 2 = non

ADMISSION

Q21 - Date d arrivée/.../.../.../ ; Heure d arrivée

Q22 - Provenance/...../

Q23 - Mode d'admission/...../ 1 = évacuée ; 2 = venue d elle même

Q24 - Motif d évacuation.....

Q25 - Traitement reçu avant évacuation / / 1 = oui (si oui à préciser) ;

2 = non

EXAMEN CLINIQUE

Q26 - Etat de conscience / / 1 = bon ; 2 = altéré,

Q27 - TA/.../... / en mm hg

Q28 - Température //

Q29 - Poids / / en kilogrammes

Q30 - Taille/ / en centimètre

Q31 - Etat des muqueuses .../...../

Q32 - Histoire de la grossesse /

Q33 - HU /..... / En centimètre

Q34 - CU / / 1 = oui ; 2 = non

Q35 - BDCF/...../en bat / min 1= 110-150 ; 2 = <110,3>150

Q36 - Présentation :

Nature/..../ 1 = sommet ; 2 = front, 3 = face ; 4 = siège ; 5 = transversale

Q37 - Etat du col :

Q37A - position 1 = postérieur ; 2 = médian ; 3 = antérieur

Q37B - Longueur /...../ 1= long ; 2 = mi long ; 3 = court

Q37C - Dilatation// 1 = < 4cm ; 2 = > 4cm

Q37D - Hauteur /...../ 1 = -3 ; 2 = -2 ; 3 = -1 ; 4 = +1 ; 5 = +2 ; 6 = +3

Q38 - Etat des membranes // 1 = intactes ; 2 = rompues

Q38A - Si rompues ; la durée de rupture Date /// en heure/...../

Q38B - Couleur du Liquide Amniotique // 1 = clair ; 2 = teinté de méconium ; 4 = teinté de sang

Q39 - Bassin 1 = normal, 2 = BGR, 3 = bassin limite, 4 = bassin asymétrique, 5 = bassin immature, 6 = bassin aplati, 7 = bassin transversalement rétréci

INDICATION :

Q40 - Temps écoulé entre admission et délai à la prise de la césarienne/
...../

Q41 - Indication //, 1 = SFA , 2 = syndrome de pré rupture utérine, 3 = BGR, 4 = HRP , 5=PP , 6=Utérus cicatriciel sur bassin limite 7=Utérus bi cicatriciel, 8 = Utérus tri cicatriciel et plus, 9 = présentation transversale, 10 = présentation du front, 11 = présentation de la face variété postérieure , 12 = pré éclampsie sévère, 13 = grossesse gémellaire avec présentation de J1 en transversale, 14 = Macrosomie fœtale, 15 = Echec de l'épreuve de travail, 16 = Dystocie dynamique sur utérus cicatriciel, 17 = Rupture utérine

Exécution de la césarienne

Q42 - Délai d'exécution/ / en Heure

Q43 - Qualité de l'opérateur/.../ 1 = Médecin Généraliste 2 = Médecin en spécialisation ; 3 = Spécialiste ; 4 = Etudiant faisant fonction d'Interne

Q44 - Type d'anesthésies/..... / 1= Générale, 2 = péridurale, 3 = Rachi,

COMPTE RENDU OPERATION

Q45 - Intervention retardé 1 = oui (précisé le motif ayant retardé/...../
2 = non

Q46 - Technique :

Q46A - Technique d'incision cutanée /..... /

1 = IMSO, 2 = Incision pfanennstiel, 3 = Incision selon Joël Cohen

Q46 - B Hystérotomie :

1 = segmentaire transversale 2 = segmentaire verticale 3 = corporéale

Q46C - Extraction /...../ 1 = céphalique, 2 = podalique

Q46D - Délivrance /...../ 1 = artificielle, 2 = active

Q47 - Gestes associés à la césarienne//

1 = LRT, 2 = Autres si oui à préciser /...../,3 = non

Q48 - Complication anesthésique /...../ 1 = si oui à préciser//, 2 = non

Q49 - Saignement per opératoire /...../ 1 = minime 2 = moyen 3 = abondant

Q50 - Incidents accidents par opératoire /...../ 1 = si oui à préciser /...../

2 = non

NOUVEAU NE

Q51 - Nombre d'enfant /.... /

Q52 - APGAR : J1 1ère minute /... /, 5è minute /... / J2 1ère minute / ... / ,5è minute/... /

Q53 - Réanimé /.... / 0 = non, 1 = oui (préciser la durée)

Q54 - Taille J1/...../, J2/..... /

Q55 - Poids J1 /..... / J2/..... / en gramme

Q56 - P C /...../, PT /...../

Q57 - Traitement reçu .../...../ 1 = oui (si oui à préciser), /..... / 2 = non

Q58 - Nouveau-né référé/..../ 1 = Si oui pourquoi / / 2 = non

SUITES POST OPERATOIRES

Q59 - Suites opératoires/...../ 1 = simples, 2 = compliquées (préciser le type de complication) /.....

Q60 - score infectieux /...../

Q61 - TRANSFUSION /...../ 1 = oui (préciser le taux d'hémoglobine /...../ ;

2 = non

Q62 - Durée d'hospitalisation /...../ En jour

Q63 - Devenir // 1 = exact 2 = référée 3 = décédée

FICHE SIGNALÉTIQUE

Nom : **DIANE**

Prénom : **HAROUNA**

Nationalité : **MALIENNE**

Téléphone : **66171919**

E-mail : **harnol2005@ Yahoo.fr**

Titre de la thèse : **L'ACCOUCHEMENT CHEZ LES ADOLESCENTES
(étude cas / témoin) AU CENTRE DE SANTE DE REFERENCE DE LA
COMMUNE V DE BAMAKO-MALI**

Année universitaire : **2010-2011**

Ville de soutenance : **Bamako**

Pays d'origine : **Mali**

Lieu de dépôt : **Bibliothèque de la faculté de Médecine, de Pharmacie et
d'Odontostomatologie**

Secteur d'intérêt : **Obstétrique**

Résumé : C'est une étude rétrospective analytique effectuée au service de gynécologie du centre de sante de référence de la commune du district de

L'objectif principal est d'étudier l'accouchement chez les adolescentes.

Durant la période d'étude nous avons enregistré 3082 accouchements chez les adolescentes avec une prévalence de 52.31 %. La moitié des adolescentes ont présenté des complications obstétricales ainsi que néonatales. L'incidence de ces complications obstétricales et leur impact sur le pronostic materno-fœtal ne dépend pas nécessairement de l'âge ,mais de beaucoup d'autres facteurs (socio économique , scolarisation , statuts matrimonial, etc. ...)

L'accouchement par voie basse et la césarienne ont été les gestes obstétricaux.

Mots clés : Accouchement, adolescente, complications obstétricales et néonatale.

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'**Etre 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 couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque.

JE LE JURE !