

et de la Recherche Scientifique

Un Peuple- Un But- Une Foi



UNIVERSITE DE BAMAKO



## Faculté de Médecine de Pharmacie et d'Odonto-Stomatologie

Année Universitaire : 2011-2012

N°-----/M

### TITRE:

**PRONOSTIC DE L'ACCOUCHEMENT CHEZ L'ADOLESCENTE  
DANS LA CLINIQUE UNIVERSITAIRE DE GYNECOLOGIE ET D'OBSTETRIQUE  
AU CNHU-HIKM (BENIN)**

### THESE:

Présentée et soutenue publiquement le \_\_\_\_/\_\_\_\_/ 2012 Devant

la Faculté de Médecine de Pharmacie et d'Odontostomatologie

**Par : M. GANDONOU Mahoudo Mathieu Pour Obtenir le Grade de Docteur en  
Pharmacie(DIPLÔME D'ÉTAT)**

### JURY:

**Président :** Pr. Seydou DOUMBIA

**Membre :** Dr. Sima Mahamadou

Dr. Sory DIAWARA

**Co-directeur :** Dr. Mahamadou DIAKITE

**Directeur :** Pr. Sosthène ADISSO

**DEDICACES**

« Il n'est pas juste de supprimer toute la souffrance, non pas, non plus de l'endurer stoïquement. On peut profiter de la souffrance, s'en servir pour faire du bien .Ce qui nous rends heureux ou malheureux, ce ne sont pas les circonstances extérieures mais notre attitude envers elles. »EBERHARD Arnold.

«Nous sommes pressés de toute manière mais non réduits à l'extrémité ; dans la détresse mais non le désespoir » corinthiens4v8.

« Fais de l'éternel tes délices et il te donnera ce que ton cœur *désire* »ps37v4

« Tes mains m'ont crée, elles m'ont formé, donne-moi l'intelligence pour que j'apprenne tes commandements »PS 119v73.

### **Je rends grâce :**

A L'Eternel mon Dieu,

Merci pour ta grâce et pour tes merveilles

Tu as toujours été présent dans ma vie

Et même si parfois de mon statut de petite

Créature humaine, il m'arrive de ne pas

Comprendre ton silence, tu demeures mon

Espérance et mon refuge .Merci seigneur !!!

### **A MON PERE**

Qui ne ménage aucun effort pour la réussite scolaire et universitaire de ses enfants .Votre participation à l'aboutissement de ce travail est inestimable je vous dédie ce travail qui tourne une page de ma vie ; que ce travail, un parmi d'autres, soit l'un des gages de mon affectueuse reconnaissance.

Ce jour est l'aboutissement des fruits de vos efforts et de vos nombreuses prières.

Que Dieu vous accorde de longues années de vie afin que vous jouissiez pleinement des fruits de vos sacrifices.

### **A MAMAN**

Chère mère, vous m'avez tout donné ; ce qu'une mère peut offrir de plus précieux à son fils, je l'ai reçu, affections, soutiens, conseils, servir son prochain avec amour et que sais-je encore .... !

Voici le moment tant appréhendé, que Dieu vous accorde une longue et heureuse vie à nos cotés.

### **A MES FRERES ET SŒURS ET LEUR FAMILLE**

Pascalie, Isabelle, Michael, Mathival.

Chers frères et sœurs, vous avez su me combler de votre affection, soutien et conseils avant, pendant et après les moments difficiles de ma vie. Que ma joie d'aujourd'hui soit aussi la votre .Soyons plus unis et pour toujours .Vous aviez toujours prié pour ce jour ; puisse le seigneur promouvoir chacun de vous. Profonde affection fraternelle.

### **A LA FAMILLE AFOUNCHO**

Toute ma reconnaissance pour tous vos soutiens matériels et moraux au cours de la réalisation de ce document .Daigne le miséricordieux vous combler.

### **AUX AMIS**

Dr ASSOGBA, Dr FATON, Dr Adam, Dr AGONHOSSOU Dr MEHOBA Dr GUEDENON, Euloge , Romains, Nelly, Prudent, Gildas, Loïc, José

Plus que des frères et sœurs vous avez été mes complices, vos soutiens moraux, matériels et vos encouragements ne m'ont pas fait défaut .Il me manque les mots pour vous les exprimer.

NADEGE, MAURICIA, BENEDICTE, MERVEILLE, YASMINE

Les mots me manquent pour témoigner votre promptitude, votre spontanéité à accepter ce travail comme le votre. Merci .

**A SOULEYMANE et HAMA**

Dieu vous a mis sur mon chemin au moment ou je m attendais le moins merci pour vos soutiens indéfectibles. Vous avez été plus que des frères pour moi ; brillante carrière à vous. Je ne vous oublierai !

## **REMERCIEMENTS**

### **A MON PAYS LE BENIN**

Très chère patrie, puisse ce travail contribué à ton développement socio sanitaire et à ton épanouissement.

### **A LA REPUBLIQUE DU MALI**

Terre d'accueil, d'une sociabilité inexprimable, j'ai beaucoup appris de tes fils.  
Merci pour tout.

### **A MES ONCLES, TANTES, COUSINS, COUSINES**

Soyez assurés de ma profonde affection

## **A notre Maître et Président de Jury**

**Pr. Seydou DOUMBIA**

**PROFESSEUR à la FMPOS**

**CHEF D.E.R de SANTE PUBLIQUE ET SPECIALITES**

**DIRECTEUR ADJOINT DU MRTC**

La spontanéité avec laquelle vous avez accepté de présider notre jury nous a profondément touchés. Votre simplicité, votre amour du travail bien fait, votre rigueur dans le travail, votre dynamisme, vos enseignements et votre encadrement nous ont, sans doute, conduit irrésistiblement vers vous pour présider ce jury.

Veillez agréer, cher Maître l'expression de notre grande admiration et de notre profonde reconnaissance.

**A notre Maître et Membre de Jury**

**Dr. Sima Mahamadou**

**GYNECOLOGUE-OBSTETRICIEN au CHU POINT G**

**PRATICIEN CHU POINT G,**

Vous avez accepté de bon cœur à juger ce travail ; nous n'avons pas la prétention de l'avoir parfait .Les critiques et les remarques que vous aurez portées, seront bienvenues et contribueront à cours sur à son amélioration.

Soyez assurés de notre profonde gratitude.

## **A notre Maître et Membre de Jury**

**Dr. Sory DIAWARA**

**MD, MPH**

**MEDECIN CHERCHEUR AU MRTC,**

Nos sincères remerciements et notre profonde gratitude pour l'honneur que vous nous avez fait en dirigeant ce travail malgré vos multiples occupations. Votre dynamisme et vos qualités pédagogiques forcent notre admiration.

Veillez agréer, cher Maître l'expression de notre profonde reconnaissance.

## **A notre Maître et Co-directeur de Thèse**

**Dr. Mahamadou DIAKITE PHARMD,DPhil**

**ENSEIGNANT CHERCHEUR à la FMOS**

**RESPONSABLE du LABORATOIRE IMMUNOGENETIQUE ET  
PARASITOLOGIE AU CENTRE DE RECHERCHE ET DE  
FORMATION SUR LE PALUDISME (MRTC),**

Vous nous avez reçus comme un fils toutes les fois que, nous, avons frappé à votre porte. Votre disponibilité, votre méthode de travail et de recherche sont autant de qualité qui nous ont aidés à réaliser ce travail. Nous vous souviendrons de votre confiance, votre bienveillance, votre grande érudition, votre sens élevé du travail bien fait et de votre compétence sans mesure.

Soyez assuré que nous mettrons à profit tout ce que nous avons appris de vous et veuillez trouver ici l'expression de nos sentiments respectueux et notre profonde reconnaissance.

## LISTE DES SIGLES ET ABREVIATIONS

**CEDEAO** : Communauté Economique des Etats de l'Afrique de l'ouest

**CERRHUD** : Centre de Recherche en Reproduction Humaine et Démographique

**CHD** : Centre Hospitalier Départemental

**CNHU HKM** : Centre National Hospitalier Universitaire KOUTOUKOU  
MAGA

**CPN**: Consultation Périnatale

**CUGO** : Clinique Universitaire de Gynécologie et d'Obstétrique

**CSA** : Centre de Santé d'Arrondissement

**CSC** : Centre de Santé et de Commune

**EDSB** : Enquête Démographique et de Santé au Benin

**ET COLL** : Et collaborateurs

**FIGO**: Fédération internationale de Gynécologie Obstétrique

GANDONOU Mahoudo Mathieu

**HOMEL** : Hôpital de la Mère et de l'Enfant Lagune

**HTA**: Hypertension Artérielle

**HZ** : Hôpital de Zone

**IRSP** : Institut Régional de Santé Publique

**MRTC** : Centre de recherche et de formation sur le paludisme

**MSP** : Ministère de la santé publique

**OMS** : Organisation Mondiale de la Santé

**ONG** : Organisation Non Gouvernementale

**OP** : OCCIPUTO PUBIEN

**OS** : OCCIPUTO SACRE

**PAS** : Programme d'Ajustement Structurel

**PIB** : Produit Intérieur Brut

**Ps** : Psaume

**RGPH**: Recensement Général de la Population et de l'Habitat

**SA**: semaine d'aménorrhée

**SNIG**: Système National d'Information et de Gestion

**SSDRO** : Service des Statistiques de la Documentation et de la Recherche

**TA**: Tension Artérielle

**UEMOA** : Union Economique Monétaire Ouest Africaine

**UNFPA**: Fonds des Nations Unies pour la Population

**USA**: United State of America

<: Inferieur

%; Pourcentage

## LISTE DES TABLEAUX

**Tableau I:** Répartition de la population d'étude selon l'année.

**Tableau II:** Répartition de la population d'étude selon la profession.

**Tableau III:** Répartition des adolescentes selon l'âge.

**Tableau IV:** Répartition des adolescentes selon l'âge et selon l'année.

**Tableau V:** Répartition des adolescentes selon la gestité..

**Tableau VI:** Répartition des adolescentes selon la parité.

**Tableau VII :** Répartition des adolescentes selon l'âge à la ménarche.

**Tableau VIII:** Répartition des adolescentes selon le type de bassin.

**Tableau IX:** Répartition des adolescentes selon le suivi de la grossesse

**Tableau X:** Répartition des adolescentes selon le lieu de suivi de la grossesse.

**Tableau XI:** Qualification de l'agent ayant suivi la grossesse.

**Tableau XII:** Répartition des adolescentes selon les types de complications observées.

**Tableau XIII:** Répartition des adolescentes selon le mode d'admission.

**Tableau XIV:** Répartition selon la présentation du fœtus.

**Tableau XV:** Répartition des adolescentes selon le mode de l'accouchement.

**Tableau XVI:** Répartition des adolescentes selon le mode de rupture des membranes

**Tableau XVII:** Répartition des adolescentes selon le mode de dégagement.

**Tableau XVIII:** Répartition des adolescentes selon la couleur du liquide amniotique.

**Tableau XIX** Répartition des adolescentes selon l'existence ou non de complications maternelles

**Tableau XX:** Répartition des adolescentes selon les types de complications maternelles survenues en cours d'accouchement.

**Tableau XXI:** Répartition des adolescentes selon l'état du nouveau-né à la naissance.

**Tableau XXII:** Répartition selon le sexe du nouveau-né.

**Tableau XXIII:** Répartition selon la vitalité du nouveau-né à la naissance.

**Tableau XIV:** Répartition selon le poids de naissance.

## **LISTE DES FIGURES**

**Figure I:**Photo

**Figure II:**coupe sagittale de la cavité pelvienne

<b>SOMMAIRE</b>	<b>PAGE</b>
Introduction.....	1-3
Objectifs.....	
I-Généralités.....	4-16
II-Cadre et méthodes d'étude.....	17-29
III-Résultats.....	30-44
IV-Commentaires et discussions.....	45-50
Conclusion .....	51-52
V-Recommandations.....	53-54
VI-Références.....	55-60
VII-Annexes.....	61-70

## INTRODUCTION

Les dernières décennies ont été marquées par une augmentation du nombre de femmes et d'hommes en âge de procréer et une transformation du comportement sexuel des jeunes tendant vers une précocité des premiers rapports et une multiplication des partenaires [1, 2, 3,4].

Malgré les progrès médicaux, les grossesses trop précoces restent toujours aussi redoutées médicalement que socialement. Certains facteurs ont contribué à exposer de plus en plus d'adolescentes aux problèmes de la sexualité notamment les changements de valeurs résultant de l'urbanisation, de l'exposition aux cultures étrangères à la faveur des migrations, du tourisme et des médias ; le manque d'éducation surtout en matière de sexualité; les interdits parentaux qui suscitent une curiosité chez les jeunes au point de les prédisposer à s'exposer à des comportements sexuels ; la précarité de la situation économique, les pressions des groupes de pairs etc. ...

Par ailleurs ,on assiste à une disparition de la grande famille laissant place à la famille nucléaire. Cette dernière éclate dans certains cas de séparation de corps ou de divorce, compromettant aussi l'éducation des enfants qui sont abandonnés à eux-mêmes. Tous ces facteurs accroissent la probabilité de grossesses précoces et d'avortement chez les adolescentes. Les conséquences défavorables pour la mère et l'enfant sur les plans médicaux psychologiques, éducatifs et économiques ne sont pas méconnues de nos jours.

Physiquement, la grossesse chez une adolescente pose des problèmes d'autant cruciaux que la fille est plus jeune. Les risques de prématurité, de mortinatalité, d'insuffisance pondérale à la naissance et de complications obstétricales signalés par plusieurs auteurs [5, 6, 7,8] sont accrus. Par ailleurs l'immaturation de l'utérus et du bassin représentent des éléments de complications pour l'accouchement [2, 9,10].

Sur le plan social la maternité peut avoir des effets préjudiciables pour la mère qui risque de perdre toutes les chances de poursuivre ses études ou d'améliorer sa situation économique.

Par ailleurs, si cette jeune mère ne se marie pas, elle se heurte à l'ostracisme social dans certains cas; dans d'autres elle est contrainte peut-être à un mariage précoce qui risque d'échouer; dans d'autres encore on recourt à l'avortement provoqué qui implique d'autres risques en particulier si l'intervention est clandestine du fait des pressions légales et sociales.

D'une manière générale, les adolescents et plus particulièrement les adolescentes du monde entier et surtout des pays en voie de développement sont très exposés aux problèmes de la reproduction et leurs conséquences multiples et redoutables.

Le Bénin n'échappe donc pas au constat et nombreuses sont les jeunes filles adolescentes qui viennent dans les maternités, soit pour accoucher souvent péniblement, soit pour achever les avortements amorcés clandestinement avec leurs cortèges de complications.

Devant des situations devenant de nos jours dramatiques mettant au désarroi parents et éducateurs, il nous parut nécessaire d'apporter notre modeste contribution à l'étude de la grossesse et l'accouchement chez l'adolescente dans la clinique universitaire de gynéco obstétrique du Bénin(CUGO).

### **Hypothèse de travail**

L'accouchement chez l'adolescente expose celle-ci à une morbidité et à une mortalité plus élevée que chez l'adulte.

### **Objectif Général**

Etudier la grossesse chez l'adolescente.

### **Objectifs spécifiques**

Déterminer la fréquence de l'accouchement chez les adolescentes dans la clinique universitaire de gynéco-obstétrique ;

Préciser leur profil sociodémographique.

Etablir le pronostic de la gravido –puerpéralité.

**PRONOSTIC DE L'ACCOUCHEMENT CHEZ L'ADOLESCENTE DANS LA CLINIQUE UNIVERSITAIRE DE  
GYNECOLOGIE ET D'OBSTETRIQUE AU CNHU-HKM (BENIN)**

## I-GENERALITES

### 1-1-DEFINITIONS

#### 1-1-1-Adolescence

La définition de l'adolescence en ce qui concerne l'éventail d'âge, les évènements physiologiques et psychologiques qui caractérisent cette période varient en fonction des objectifs que l'on cherche à atteindre.

Dans la plupart des sociétés, l'adolescence débute au moment de l'apparition de la puberté. Il existe des différences importantes d'une société à l'autre en ce qui concerne la fin de la période de l'adolescence. Elle commence à la puberté entre 10 à 12ans pour les filles et entre 12 à 15ans pour les garçons. Les acteurs ne s'accordent toujours pas à situer sa fin .En fait, le début de l'adolescence est une période critique au cours de laquelle l'individu subit des modifications biologiques et psychologiques. Cette période correspond aussi chez de nombreuses adolescentes à une modification radicale de l'environnement social [11].

De nos jours, l'adolescence s'étend sur un temps de plus en plus long, car l'âge de la puberté diminue de génération en génération; tandis que la longueur des études et des difficultés de l'insertion sociale et professionnelle des jeunes retarde l'entrée dans la vie adulte. Elle s'étend au moins de 12 à 18 ans voire 10 à 20 ans [12]. L'adolescence n'est plus un passage, mais une période spécifique de la vie avec ses besoins culturels, éducatifs sociaux et sanitaires propres. Certains définissent l'adolescent comme celui qui se revendique comme n'appartenant plus à l'enfance et ne se reconnaît pourtant pas encore adulte. Pour les anglo –saxons [14], l'adolescence proprement dite se situe entre 12 et 18 ans tandis que la jeunesse se situe entre 19 à 25ans. Selon l'OMS [15], l'adolescence est une période pendant laquelle:

-l'être humain passe du stade de la première apparition des caractères sexuels secondaires à celui de la maturité sexuelle ;

-il acquiert des structures psychologiques et des modes d'identifications qui transforment l'enfant en adulte ;

-une transition se réalise entre le stade de dépendance sociale et économique totale et celui de l'indépendance relative.

Dans l'étude de la grossesse chez l'adolescence, l'OMS [15] lui donne un éventail plus large en la définissant comme toute grossesse survenant avant l'âge de 20 ans. Dans notre étude ,nous avons retenu les limites d'âges allant de 10 à 19 inclus.

### **1-1-2- Grossesse [17]**

La grossesse est une aménorrhée franche chez une femme antérieurement bien réglée avec les cycles ovulatoires ; Elle se caractérise par :

- sa durée qui est d'environ 281 jours soit 41,5SA soit 09mois conventionnels équivalant à 10 mois lunaires ;

- une courbe thermique (plateau persistant plus de 14 Jours)

- des signes sympathiques tels que tension mammaire, nausées, vomissements, pollakiurie, hypersialorrhée, fatigue, dégoûts alimentaires et des odeurs ou hyperphagie ;

- cliniquement par la présence de tubercules de MONTGOMERY (sur les aréoles mammaires) avec au toucher vaginal un utérus augmenté de volume, globuleux (signe de NOBLE) et un ramollissement de l'isthme (signe de HEGARD). Le spéculum montre un col violacé avec une glaire coagulée.

### **1-1-3 Accouchement [17]**

C'est le processus par lequel sous l'effet conjoint de contractions utérines et de modifications cervicales, le mobile fœtal va s'engager dans le bassin et parcourir la filière génitale pour être expulsé à l'orifice vaginal. IL comporte 3 temps :

#### **\* effacement et dilatation du col (1<sup>ère</sup> phase du travail) :**

L'effacement qui n'est rien d'autre que la perte du col ;dilatation débute après l'effacement chez la multipare et par contre simultanée chez la nullipare

#### **\* phase d'expulsion :**

-Engagement

-descente dans la filière génitale sous l'effet des efforts expulsifs

-franchissement du détroit inférieur : dégagement

#### **\* la délivrance :**

Expulsion des annexes fœtales (placenta, cordon, membranes).

### **1-1-4- Primipare :**

Du latin : Primus qui veut dire premier ;

Parere qui veut dire enfanter

Femme qui accouche pour la première fois.

### **1-1-5- Multipare**

Femme dont l'accouchement a été précédé d'un ou plusieurs accouchements.

### **1-1-6- Primigeste**

Latin : gestare qui veut dire porter donc femme enceinte pour la première fois.

### **1-1-7- Multigeste**

Femme dont la grossesse a été précédée d'une ou plusieurs grossesses antérieures

### **1-1-8- Epreuve de travail**

Méthode expectative qui consiste à tenter, pendant quelques heures, un essai d'accouchement par les voies naturelles avec des contractions utérines de bonne intensité.

### **1-1-9- Forceps**

Instrument destiné à saisir la tête fœtale engagée pour la diriger et extraire l'enfant quand la descente ou le dégagement de la présentation est arrêté ou trop lent, ou quand la mère fatiguée ou atteinte de cardiopathie ne doit pas faire d'efforts violents pour pousser son bébé, enfin quand le fœtus montre des signes de souffrance fœtale afin d'accélérer sa sortie.

## **1-2- Historique et importance du problème**

### 1-2-1 Historique

De nombreux auteurs dans le monde se sont intéressés depuis longtemps aux problèmes liés à la grossesse et à l'accouchement chez l'adolescente.

En 1751, Haller cité par M. Dumont [18] publia l'observation d'Anna Nument Haller qui eut ses règles à 2 ans et fut mère à 9 ans. Ce même auteur cite également Mandesho qui rapporta un autre cas, celui d'une fille qui eut ses premières menstruations à 3 ans et fut mère à 6 ans.

En 1784, Haller cité par AVOHOU [19] publia un cas de grossesse à 8 ans chez une fillette qui eut ses premières règles à 2 ans . L'accouchement eut lieu au terme de 9 mois par une intervention très traumatisante.

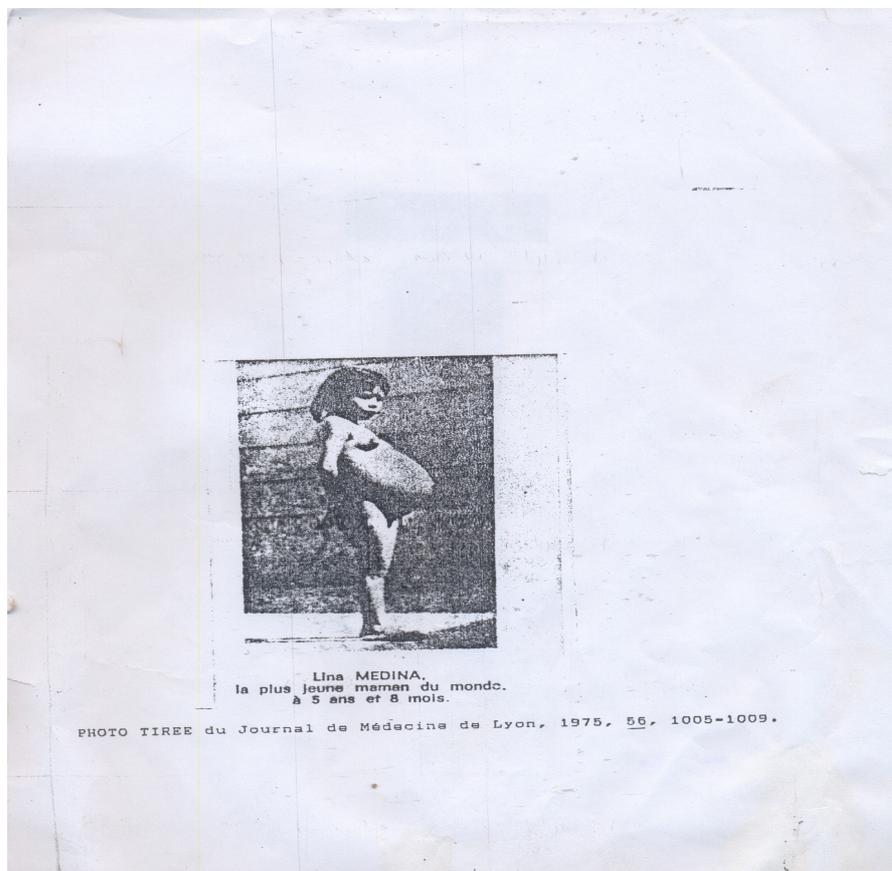
En 1931, Fronticelli cité par Deschamps [20] met l'accent chez les jeunes mères sur l'absence de rétrécissement du bassin et la fréquence plus grande des déchirures périnéales.

Dans la même année en France, Grinsard et Gernez cités par Avohou [19] trouvent que l'évolution de la grossesse chez les moins de 15 ans est normale ; cependant, ils notent 10% d'éclampsie et 10% d'accouchements artificiels.

En 1933, Chachinsky et Yerchiev cités par Dumont [18] ont noté une observation de grossesse à terme une fillette de 6 ans ; ce bébé succomba au cours du travail d'accouchement qui fut très long après extraction par basiotripsie.

Enfin, Dumont [18] rapporte qu'en 1939, une péruvienne la petite fille Lina MEDINA, a eu ses premières règles à l'âge de 4 ans 11 mois. Elle accoucha à 5 ans et 8 mois d'un garçon de 2940 grammes par opération césarienne au cours

PRONOSTIC DE L'ACCOUCHEMENT CHEZ L'ADOLESCENTE DANS LA CLINIQUE UNIVERSITAIRE DE  
GYNECOLOGIE ET D'OBSTETRIQUE AU CNHU-HKM (BENIN)  
de laquelle les biopsies effectuées, révélaiient un tissu ovarien adulte avec un  
corps jaune gravidique. C'est la plus jeune maman de l'histoire (voir photo)



### 1-2-2- Importance du problème

De nos jours, nombreux sont les auteurs qui dans tous les pays du monde entier se penchent sur ce problème qui selon certains auteurs [22] a « atteint les proportions d'une épidémie ». Au Cameroun sur 12537 accouchements les

adolescentes constituent en général pour 26,56% dans les accouchements à la maternité de l'hôpital provincial de Maroua.

Les adolescentes de 16 ans et moins représentaient 7,87% des accouchements et celles de 17 à 19 ans 18,95% [26]. En Afrique du sud, les auteurs ont trouvé qu'une parturiente sur quatre a moins de 20 ans [27]. Aux Etats-Unis d'Amérique, les auteurs rapportaient que 6,21% des parturientes étaient âgées de 15 à 19 ans [28].

Tout récemment Great sas rapportait que 7,53% des accouchements en Grèce surviennent chez des adolescentes[40].

Les grossesses chez les adolescentes sont considérées comme étant à haut risque [23, 24,25].

En république Populaire du Bénin, Avohou [19] trouve chez les primipares de seize ans et moins un taux élevé de 5,03% de toxémie, de prématurité, de disproportion foeto-pelvienne.

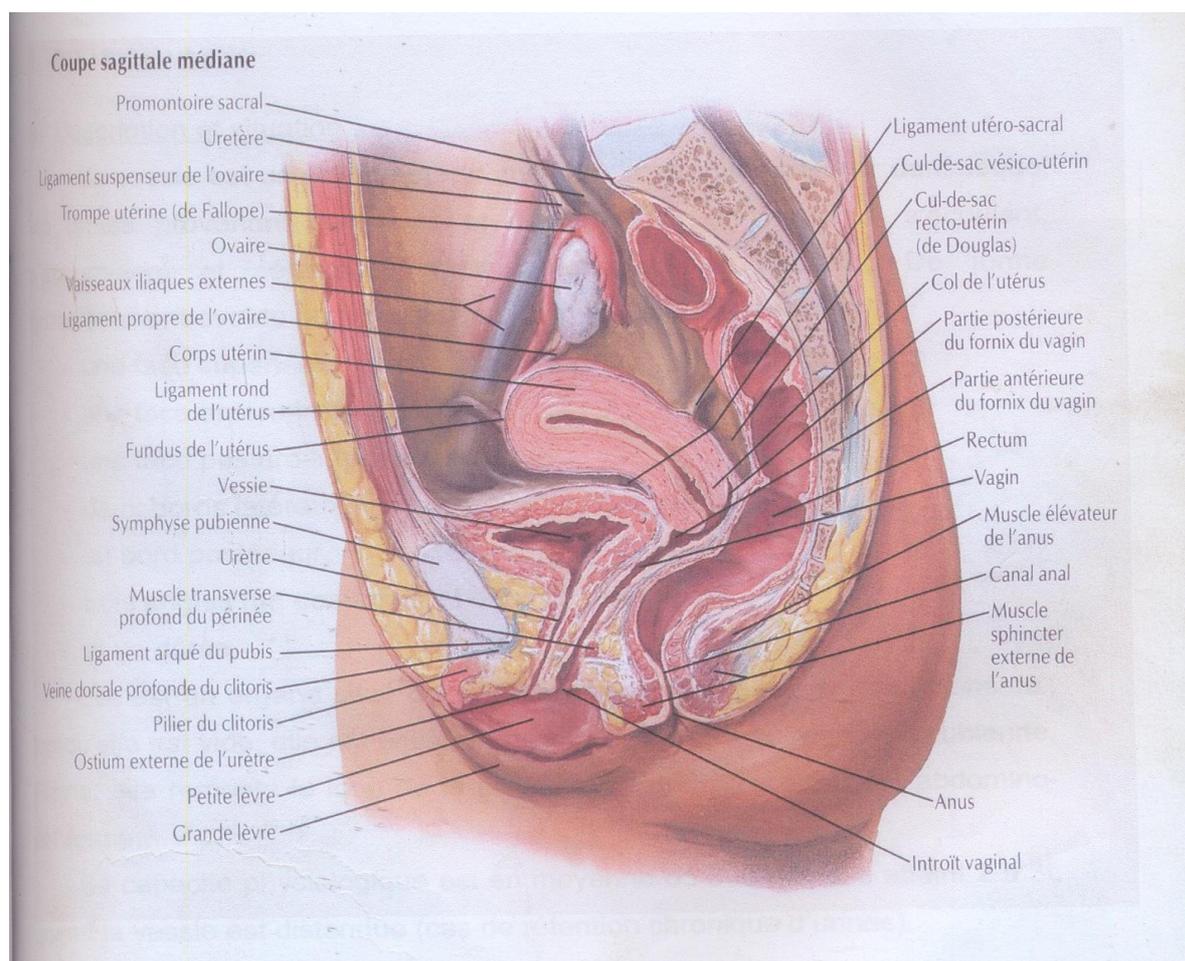
En Côte d'Ivoire ,Traoré [7] chez ces adolescentes de 12 à 16 ans trouvait un taux élevé de 5,5% de pré-éclampsie, de prématurité, d'hypotrophie fœtale et de césarienne.

Paoli Nicri cité par Deschamps [20] étudiait l'accouchement chez les filles de moins de 15 ans et concluait que « l'accouchement chez les primipares jeunes n'avait fourni que des cas peu favorables quant à la durée d'expulsion très favorable. Au contraire en ce qui concerne la dilatation, le poids du fœtus, son volume et sa présentation».

En somme, les études sur ces adolescentes ont montré particulièrement chez les jeunes de moins de 17 ans un risque très élevé d'accouchement par césarienne [30,31] et de mortinatalité [32]. Au CHU de Yaoundé il ressort que la survenue

d'un premier accouchement pendant l'adolescence était associée à un risque élevé de prématurité, de déchirure du périnée, de souffrance fœtale, de recours à l'épisiotomie, d'utilisation de l'ocytocine, d'accouchement par césarienne et de mortalité [26].

### 1-3- Rappel anatomique du bas appareil génital et du bassin obstétrical de la femme [32].



**Figure II :** coupe sagittaire de la cavité pelvienne chez la femme, côté droit, destinée à montrer les rapports de l'utérus, du vagin, de la vessie et du rectum ( 32).

#### 1-3-1- Bas appareil génital de la femme [33, 34,36]

### 1-3-1-1- Utérus

#### a) Description

C'est un organe creux, médian, impair, musculaire, situé dans la cavité pelvienne, entre la vessie et le rectum, au dessus du vagin ,en dessous des anses grêles et du colon sigmoïde .En forme de tronc de cône ,à base supérieure ,il est composé d'un corps de 3,4cm de haut ,d'un isthme de 0,5cm de haut ,d'un col de 2,5cm de haut .Le col a 6 à 7cm de haut(un peu plus après une ou plusieurs grossesses) pour 4 à 5cm de largeur et 2cm d'épaisseur. Le vagin s'insère sur l'utérus au niveau de l'isthme, si bien que le col est visible au fond du vagin et qu'il existe des culs de sac vaginaux en avant, en arrière et sur les cotés du col.

L'utérus est oblique en haut, en avant, (antéversion) et l'angle entre le col et le corps est ouvert en avant (antéflexion), le col regardant en bas et en avant. L'utérus reçoit ses artères de l'artère utérine et est innervé par le plexus utérin.

#### b) Rapports de l'utérus

La face antérieure du corps et l'isthme de l'utérus répond à la face supérieure de la vessie et recouverte par le péritoine qui forme au niveau de l'isthme le cul de sac- vésico-utérin, alors que la face antérieure du col est en rapport avec la vessie sans interposition de péritoine, par l'intermédiaire d'une couche de tissu cellulaire lâche.

La face postérieure répond aux anses intestinales et au rectum. Elle est tapissée par le péritoine .Le col est séparé du rectum par le cul de sac de douglas

Les bords latéraux répondent aux ligaments larges et sont longés par les artères et veines utérines.

La base ou fond utérin est toujours située un peu au dessus du détroit supérieur. Il est coiffé par les anses intestinales ou par le colon sigmoïde .le sommet est représenté par la portion intra vaginale du col de l'utérus.

### **1-3-1-2 Vagin**

#### **a-) Description**

Le vagin est un conduit qui s'étend de l'utérus à la vulve, placé dans la cavité pelvienne, situé en arrière de la vessie et de l'urètre en avant du rectum et du canal anal. Il est oblique en bas et en avant, faisant un angle de  $70^\circ$  avec l'horizontal. Il a une longueur de 8cm ; sa paroi antérieure est un peu plus longue que la postérieure à cause de son obliquité. Ses artères nourricières proviennent des branches de l'artère utérine et l'artère cervico-vaginal ; ses veines forment sur les cotés le plexus vaginal. Les vaisseaux lymphatiques suivent les uns, l'artère utérine, les autres, l'artère vaginale. Les nerfs proviennent du plexus hypogastrique.

#### **b-) Rapports du vagin**

La face antérieure du vagin est en rapport en haut avec le col vésical, la vessie dont elle est séparée par la cloison vésico- vaginale, clivable et la portion terminale des uretères ; en bas avec l'urètre dont elle est séparée par la cloison uréthro-vaginale et le sphincter urétral.

La face postérieure est en rapport en haut avec le cul de sac de douglas ; en dessous avec le rectum dont elle est séparée par la cloison recto- vaginale, clivable, mais au niveau du périnée, le canal anal s'écarte du vagin dont séparent le noyau fibreux central du périnée et le sphincter anal (triangle ano- vaginal)

Les bords latéraux sont en rapport :

-dans la portion intra pelvienne du vagin avec la base des ligaments larges et, par suite avec l'urètre, l'artère utérine, et les nombreuses veines qui traversent les ligaments ;

-dans la portion périnéale du vagin avec le bulbe du vagin, le constricteur de la vulve, les éléments du triangle ischio-bulbaire périnéal, l'extrémité supérieure du vagin est en rapport avec la portion intra-vaginale du col utérin.

Par son extrémité inférieure, le vagin débouche à la vulve au fond du vestibule dont il est séparé, chez la femme vierge, par un repli de la muqueuse vaginale : l'hymen.

### **1-3-1-3- Vulve**

C'est l'ensemble des organes génitaux externes de la femme .c'est une dépression médiane ou vestibule dans laquelle s'ouvrent :

-En avant le méat de l'urètre.

-En arrière le vagin.

Elle est limitée de chaque coté par deux larges replis cutanés :grande lèvre en dehors et petite lèvre en dedans .les grandes lèvres se réunissent et se perdent en avant sur le mont de venus, en arrière dans les plis génito - cruraux .les petites lèvres se réunissent en avant au niveau du clitoris ,organe érectile situé sur la ligne médiane en avant du méat urinaire .Les artères de la vulve proviennent des artères honteuses internes et externes ,branches de la fémorale et de l'hypogastrique.

### **1-3-2 Rappels du bassin osseux de la femme [33 ; 35 ; 36]**

#### **1-3-2-1 Définition**

Le bassin osseux est une ceinture osseuse située entre la colonne vertébrale et les membres inférieurs et formée par la réunion de quatre os :

-en avant et latéralement les os iliaques,

-en arrière, le sacrum et le coccyx.

Ces os sont réunis entre eux par quatre articulations : la symphyse pubienne en avant, les symphyses sacro-iliaques en arrière et latéralement puis l'articulation sacro-coccygienne en arrière et en bas.

### **1-3-2-2- Différentes parties du bassin osseux:**

Les lignes innominées divisent le bassin en deux parties ;

-en haut, le grand bassin, constitué par l'évasement des ailes iliaques, la face antérieure de la colonne lombaire et la face supérieure des ailerons sacrés. Le grand bassin n'a guère d'intérêt obstétrical.

-en bas, le petit bassin ou pelvis, canal osseux on décrit deux orifices et une excavation .IL présente un grand intérêt obstétrical car sa traversée par le fœtus constitue l'essentiel de l'accouchement.

L'orifice supérieur ou détroit supérieur

C'est le plan d'engagement de la présentation ; il sépare le petit bassin du grand bassin .IL est formé :

-en avant, par le bord supérieur de la symphyse pubienne et des corps du pubis, les crêtes pectinéales, les éminences ilio-pectinées.

-de chaque côté, par la ligne innominée puis le bord antérieur des ailerons sacrés

-en arrière par le bord antérieur de l'articulation sacro-lombaire, qui prend le nom de promontoire à cause de la taille de la saillie qu'il fait en avant.

Du pubis au promontoire, on décrit les diamètres antéro-postérieurs suivants :

le diamètre promonto-sous-pubien mesurant 11 cm

le diamètre promonto-retro-pubien (PRP) ou diamètre utile mesure 10,5cm.

Autres diamètres du détroit supérieur :

Le diamètre transverse maximum mesure 13 cm mais n'est pas utilisable par la présentation parce que situé trop en arrière ;

Le diamètre transverse médian est utile, situé à égale distance du promontoire et de la symphyse. Il mesure 12 cm acétabulaire Les diamètres obliques mesurent 12 cm et les diamètres sacro-coccygien qui réunissent le promontoire à la région mesure 9 cm. Son étude prend de l'importance dans les bassins asymétriques.

### **b-) L'excavation pelvienne**

C'est le canal dans lequel la présentation effectue sa descente et sa rotation. Il est constitué :

En avant, par une paroi relativement courte formée par la face

Postérieure de la symphyse pelvienne et des corps des pubis. Elle est convexe de haut en bas

En arrière, par la vaste face antérieure du sacrum et du coccyx fortement concave de haut en bas ;

Latéralement, par la surface quadrilatère de l'os coxal répondant du fond du cotyle, par la face interne de l'épine sciatique et du corps de l'ischion ; tous les diamètres de l'excavation sont sensiblement égaux et mesurent 12 cm chacun sauf le diamètre du détroit moyen unissant les épines sciatiques qui n'a que 10,8 cm.

### **c-) L'orifice inférieur ou détroit inférieur**

C'est le plan de dégagement de la présentation. Il a une forme très irrégulière. Il est ostéo-fibreux, limité :

En avant par le bord intérieur de la symphyse pelvienne ;

En arrière par le coccyx ;

Latéralement d'avant, en arrière :

Par le bord inférieur des branches ischio-pelviennes et le bord inférieur des tubérosités,

Par le bord inférieur des ligaments sacro-sciatiques.

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

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

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

Le bassin normal est un bassin sur lequel aucun processus pathologique ne s'est manifesté. C'est le bassin qui laisse passer à terme un fœtus de dimensions moyennes. Tous les bassins n'offrent pas au mobile fœtal les mêmes commodités. L'accouchement sera plus difficile dans certains cas que d'autres voient parfois impossible d'où l'importance des consultations prénatales et l'examen du bassin au 3<sup>ème</sup> trimestre de la grossesse pour pronostiquer sur le mode de l'accouchement.

**PRONOSTIC DE L'ACCOUCHEMENT CHEZ L'ADOLESCENTE DANS LA CLINIQUE UNIVERSITAIRE DE  
GYNECOLOGIE ET D'OBSTETRIQUE AU CNHU-HKM (BENIN)**

## II-CADRE ET METHODE D'ETUDE

### 2-1- Cadre d'étude

Nous avons effectué notre étude à la CUGO du CNHU-HKM de Cotonou au Bénin.

#### 2-1-1- Présentation de la République du Bénin

##### 2-1-1-1- Géographie et climatologie

Ancienne colonie française située sur le golfe de Guinée, l'ex Dahomey, l'actuelle République du Bénin est un Etat de la sous-région Ouest-africaine. Il fait partie des pays membres du Conseil de l'Entente, de la Communauté Economique des Etats de l'Afrique de l'Ouest (CEDEAO), de l'Union Economique et Monétaire Ouest Africaine (UEMOA), est un membre actif de l'Union Africaine (U.A).

Limité au nord par le fleuve Niger, au nord-ouest par le Burkina-Faso, à l'Ouest par le Togo, à l'Est par le Nigéria et au sud par l'Océan Atlantique, le Bénin couvre une superficie de 114 763 Km<sup>2</sup> et s'étend sur une longueur de 700 Km. Sa largeur varie de 125 Km (le long de la côte) à 325 Km (latitude de Tanguiéta) et présente de vastes étendues sous peuplées au nord et (Alibori 20h/km<sup>2</sup>, Atacora 27h/km<sup>2</sup>) et des zones méridionales surpeuplées (Ouest 570h/km<sup>2</sup>, Littoral 8419h/km<sup>2</sup>).

Situé dans la zone intertropicale, le Bénin a un climat chaud et humide. C'est un climat à 04 saisons subéquatoriales : une grande saison sèche, une petite saison sèche, une grande saison pluvieuse et une petite saison pluvieuse et deux (02) saisons tropicales : une saison sèche et une saison pluvieuse.

### **2-1-1-2- Situation administrative**

L'administration du territoire repose sur une structure pyramidale organisée comme suit : douze (12) départements, soixante dix sept (77) communes dont trois (03) à statut particulier (Cotonou, Porto-Novo, Parakou), cinq cent soixante six (566) arrondissements comportant cinq mille (5000) villages et quartiers de ville. La capitale administrative est Porto-Novo et Cotonou est la capitale économique.

### **2-1-1-3- Situation démographique**

Les données démographiques du Bénin au troisième Recensement Général de **la Population et de l'Habitat (RGPH3) en 2002** sont :

Population générale : 6 769 914 habitants

Répartition par zone d'habitation :

Population urbaine : 38,85%

Population rurale : 61,15%

Ratio femme/homme : 1,05%

Indicateur de santé

Taux brut de natalité : 41,17%

Taux brut de mortalité : 12,27%

Taux de mortalité infanto-juvénile : 146%

Taux de mortalité maternelle : 47,4%

Taux d'accroissement naturel de la population : 3,25%

Espérance de vie à la naissance : 59,2 ans

Indice synthétique de fécondité : 5,53%

L'analyse de la structure par âge et par sexe de cette population montre une pyramide à base élargie caractéristique des populations jeunes à forte fécondité (près de la moitié de la population est âgée de 0 à 15-ans) et une dominance féminine avec un rapport de masculinité de 94%.

#### **2-1-1-4- Situation économique**

L'économie du Bénin est basée sur l'agriculture qui occupe 56% de la population active. Les produits vivriers qu'on trouve dans le pays sont le maïs, le manioc, le haricot, le mil, le sorgho, l'arachide et l'igname.

L'élevage et la pêche sont pratiqués de manière artisanale et couvrent environ 60% des besoins de la population. L'industrie locale est embryonnaire. la balance commerciale est globalement déficitaire.

Les difficultés financières et économiques ont conduit le pays aux réformes structurelles. En effet, de 1983 à ce jour, le Bénin a connu trois (03) programmes d'ajustement structurel (PAS) ayant tous pour objectif de répondre à la nécessité de réorganiser la vie économique et sociale nationale.

La combinaison des différentes catégories sectorielles et des mesures d'ordre macro-économique a permis d'enregistrer une évolution croissante du Produit Intérieur Brut (PIB) par habitant et une croissance évoluant en dents de scie.

Sur la période 1991 à 2001, le taux de croissance économique est légèrement supérieur à celui démographique mais l'écart moyen sur la période entre les deux (02) taux ne permet pas l'amélioration substantielle des conditions de vie des populations. Ceci explique en partie la faible accessibilité financière des populations aux soins.

Nonobstant, l'autosuffisance alimentaire globale, il existe des poches d'insécurité alimentaire confrontées sûrement à des problèmes de difficultés

alimentaires qui constituent un terrain favorable pour les maladies enregistrées chez les enfants et leurs mères.

Le revenu moyen par équivalent adulte est de 190. 950 francs CFA par an et les dépenses moyennes par équivalent adulte par an sont de 263. 707 francs CFA avec 45% comme part réservée à l'alimentation et 55% en dépenses non alimentaires.

Le Salaire Minimum Interprofessionnel Garanti (SMIG) est de 23 150 francs CFA.

Pays pauvre en voie de développement classé 161<sup>ième</sup> sur 177 pays en matière de développement humain, le revenu annuel moyen par ménage urbain est de 314 866 francs CFA.

## **2-1-1-5- Ressources sanitaires**

### **2-1-1-5-1- Infrastructures sanitaires**

Le système national de santé a une structure pyramidale calquée sur le découpage territorial ; il comprend trois (03) niveaux différents que sont :

le niveau central ou national

le niveau intermédiaire ou départemental

le niveau périphérique

**PRONOSTIC DE L'ACCOUCHEMENT CHEZ L'ADOLESCENTE DANS LA CLINIQUE UNIVERSITAIRE DE  
GYNECOLOGIE ET D'OBSTETRIQUE AU CNHU-HKM (BENIN)**

<b>Niveaux</b>	<b>Structures</b>	<b>Institutions Hospitalières et Socio-Sanitaires</b>	<b>Spécialités</b>
Central ou National	Ministère de la Santé Publique	-Centre National Hospitalier et Universitaire (CNHU-HKM)  -Centre National de Psychiatrie  -Hôpital de la Mère et de l'Enfant Lagune (HOMEL)	-Médecine  -Pédiatrie  -chirurgie  -Gynéco-Obstétrique  -Radiologie  ORL  -Ophtamologie

PRONOSTIC DE L'ACCOUCHEMENT CHEZ L'ADOLESCENTE DANS LA CLINIQUE UNIVERSITAIRE DE  
GYNECOLOGIE ET D'OBSTETRIQUE AU CNHU-HKM (BENIN)

			-Autre spécialités
Intermédiaire ou Départemental	Direction Départementale de la Santé (DDS)	-Centre Hospitalier Départemental (CHD)  -Centre d'Information et de Prospective et de Canal (CIPEC)  -Centre de Traitement Anti Lépreux (CTAL)  -Centre de l'ulcère de Buruli d'Allada et de Pobè  -Centre de Pneumo- phtisiologie d'Akron	-Médecine  -Pédiatrie  -Chirurgie  -Gynéco- Obstétrique  -Radiologie  ORL  -Ophtamologie  -Autre spécialités
Périphérique	Zone sanitaire (Bureau de zone)	-Hôpital de Zone (HZ)  -Centre de Santé Communal (CSC)  -Centre d'Action de la Solidarité et d'Evaluation de la Santé (CASES)  -Formations sanitaires	-Médecine générale  -Chirurgie d'urgence  -Gynéco- Obstétrique  -Dispensaire

**PRONOSTIC DE L'ACCOUCHEMENT CHEZ L'ADOLESCENTE DANS LA CLINIQUE UNIVERSITAIRE DE  
GYNECOLOGIE ET D'OBSTETRIQUE AU CNHU-HKM (BENIN)**

		privées	-Maternité
		-Centre de Santé d'Arrondissement (CSA)	-Radiologie
		-Maternités et dispensaires isolés	-Laboratoire
		-Centre de Détection de la Tuberculose (CDT)	-Pharmacie
		-Unité Villageoise de Santé	-Dépôt pharmaceutique
			-Soins
			-Accouchements

### **2-1-1-5-2 Ressources humaines**

Le personnel: 1025

Infirmiers : 3091

Sages-femmes : 123

Techniciens de laboratoire : 430

Les ratios du personnel de santé se présentent en 2005 comme suit :

Nombre d'habitants par médecin : 7377

Médecins pour 10 000 habitants : 1,4

Nombre d'habitants par infirmier : 2446

Infirmiers pour 5 000 habitants : 2

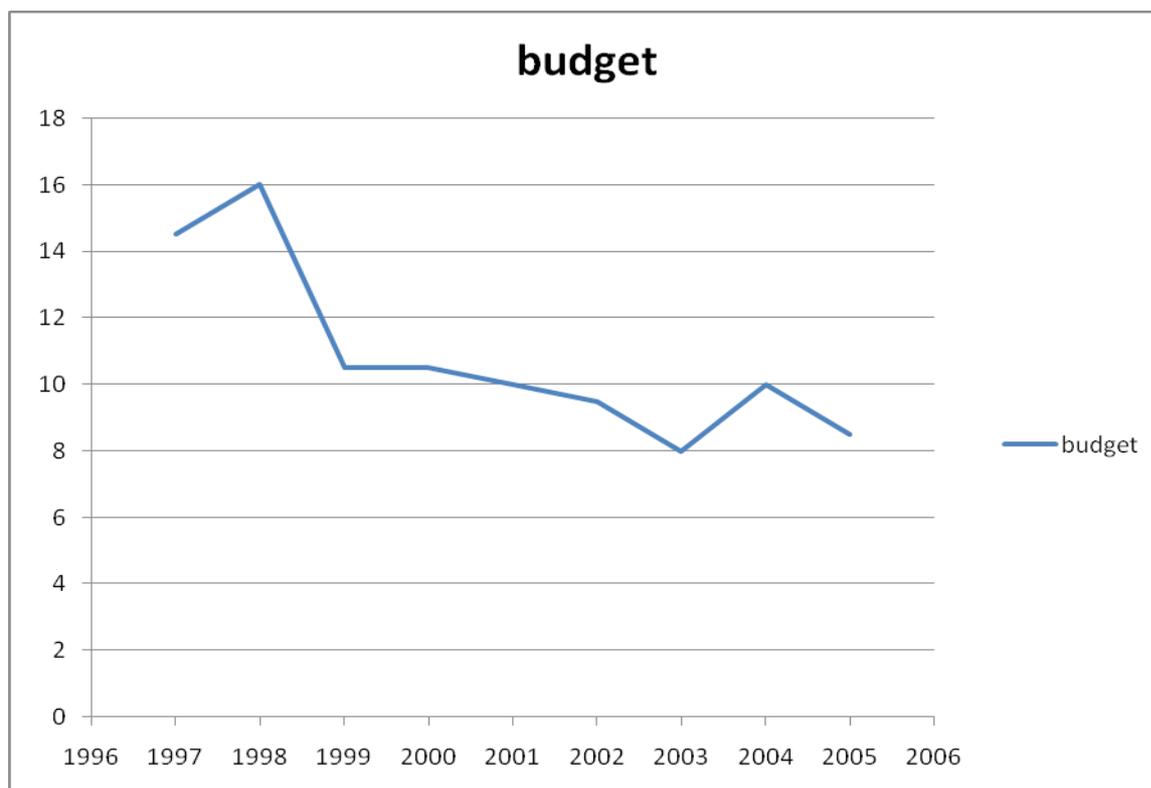
Femmes en âge de procréer par sage-femme : 1451

Sage-femme pour 10 000 habitants : 1,6

Nombre d'habitants par technicien de laboratoire : 17381

### 2-1-1-5-3 Ressources financières (voir tableau)

#### Budget du secteur santé



**Figure 1 :** Evolution du budget secteur santé sur budget général de

l'Etat de 1997 à 2005

De 1998 à 2002, le ratio budget secteur santé sur budget général de l'état a connu une décroissance ; puis en 2003 on constate une légère augmentation suivie de décroissance.

Entre 2004 et 2005, ce ratio est resté constant.

Les autres ressources financières sont constituées par la participation et le financement communautaires, les aides internationales et la passation des marchés publics.

### **2-1-2 Littoral (Cotonou)**

Ce département correspond à la ville de Cotonou. Centre urbain du Bénin, situé au sud du pays, il abrite le Centre National Hospitalier et Universitaire de Cotonou, le centre de référence nationale avec une densité de 8419 habitants/km<sup>2</sup>, ce département dispose suffisamment de personnel de santé.

Les ratios du personnel de santé en 2005 se présentent comme suit : [37] :

Médecins pour 10 000 habitants : 7,6

Infirmiers pour 5 000 habitants : 4,9

de santé en 2005 se répartit comme suit [37]

Médecins Sage-femme pour 10 000 habitants : 4,9

### **2-1-3- Cadre d'étude proprement dit**

Notre étude s'est déroulée au Centre National Hospitalier et Universitaire Hubert KOUTOUKOU MAGA (CNHU –HKM) de Cotonou.

Le Centre National Hubert KOUTOUKOU MAGA de Cotonou est le centre national de référence. C'est un centre de formation clinique pour les étudiants en médecine et les médecins en spécialités médicales et chirurgicales. Il a été créé en 1962 et s'étend sur 10 hectares. Sa capacité d'accueil en 2004 était de 606 lits répartis dans 20 différents services. Il comprend des services de chirurgie et spécialités chirurgicales, des services de médecine et des spécialités médicales, des services de santé maternelle et infantile et des services médico-techniques.

Nôtre enquête s'est effectuée à la clinique universitaire de gynécologie et d'obstétrique (CUGO).

### **2-1-3-1- La Clinique Universitaire de Gynécologie et d 'Obstétrique**

La CUGO est la première maternité de référence du Bénin .Elle assure des activités de soins médicaux ,de formation et de recherche .Les activités de formation comprennent le stage pratique pour les élèves sages-femmes, les infirmiers ou infirmières ,les étudiants en médecine et les médecins en spécialisation de gynécologie et d'obstétrique .Les activités de recherche sont menées en collaboration avec le Centre Reproduction Humaine et Démographique(CERHUD) .Il S'agit de recherches opérationnelles d'appui aux prestations de service de la CUGO et celles d'autres institutions.

### **2-1-3-2- Les infrastructures**

La CUGO compte trois (03) secteurs : un secteur de consultation, un secteur technique, un secteur d'hospitalisation. Sa capacité d'accueil était de 70 lits le 21 Décembre 2004.

#### **Le secteur de consultation**

Le bloc de consultation comprend une salle d'information, d'éducation et de communication, une salle d'attente, une salle d'échographie, une salle de cours, une salle de vaccination, une salle de planning familial et des cabines de consultation prénatales et gynécologiques.

#### **Le secteur technique**

Le bloc technique comprend deux (02) salles de réception pour les urgences, trois (03) salles d'opération dont une réservée aux interventions sur les

pathologies infectieuses, une salle de réveil, une salle de dilatation, une salle de diagnostic et une salle d'accouchement.

### **Le secteur d'hospitalisation**

Il comprend une salle de soins intensifs et trois (03) catégories de salle d'hospitalisation.

## **2-2- Méthodes et matériel d'étude**

### **2-2-1- Type d'étude**

Pour atteindre les objectifs, nous avons mené une étude transversale rétrospective.

### **2-2-2- Période d'étude**

Elle s'étalait sur une période de 3 ans ; de janvier 2007 au 31 décembre 2009.

### **2-2-3- Population d'étude**

Ensemble des femmes admises à la CUGO pendant la période d'étude et dont l'âge est compris entre 10 et 19ans. 27251 gestantes se sont présentées en consultation prénatale et 4822 accouchements ont été enregistrés. Toutes ces femmes provenaient pour la plupart des différentes structures sanitaires

#### **2-2-3-1- Les critères d'inclusion**

-Toute adolescente enceinte âgée de 10 à 19 ans révolus le jour de l'accouchement.

### **2-2-3-2 Critères de non inclusion**

-Toute adolescente admise à la CUGO pour pathologie chirurgicale

-Toute adolescente dont la grossesse a été suivie mais non accouchée à la CUGO .

-Toute adolescente reçue pour pathologie gynécologique (kyste, nodule, adénofibrome...

-Toute adolescente répondant aux critères suscités mais dont les dossiers n'ont pas été retrouvés.

### **2-2-4- Echantillonnage**

Notre étude portait sur 300cas d'adolescentes.

#### **2-2-4-1- Technique d'échantillonnage**

Nous avons utilisé les registres d'accouchement, registres d'hospitalisation, les registres de compte rendu opératoire, d'avortement et des rapports d'audits de décès maternels.

### **2-3- Difficultés et contraintes**

Au cours de notre étude, nous avons été limités par l'absence d'information sur le suivi des gestantes. La plupart des dossiers des gestantes ne comportait que des renseignements pris au cours de la parturition et quelque fois dans les suites de couches. Ceci est dû, au fait que les résultats des CPN sont consignés dans un carnet que la gestante ramène chez elle donc difficile à retrouver dans le cadre d'une étude rétrospective comme la notre. Par ailleurs une absence quasi-totale des adresses des parturientes ou des procréateurs est à souligner. Il en est des dossiers retrouvés dans des conditions d'accès difficile, entassés au niveau des archives, empilés en plusieurs dans les rayons sur des étagères et à même le sol. Il arrive parfois que les mêmes noms soient retrouvés dans plusieurs secteurs. La difficulté à retrouver certains dossiers et la taille de l'échantillon nous ont contraints à solliciter un accès aux archives en dehors des heures et jours ouvrables. Nous y avons sélectionné suivant les critères suscités les numéros des dossiers des cas qui intéressent notre étude. C'est alors que nous nous sommes reportés aux dossiers déjà classés que nous avons alors exploités. Les données ont été collectées en utilisant un questionnaire à réponses ouvertes ou fermées et elles ont été transcrites par nous mêmes.

## **2-4- Variables étudiées**

### **2-4-1- Variables dépendantes : grossesse, accouchement, adolescente**

### **2-4-2- Variables indépendantes**

#### **2-4-2-1- Variables indépendantes qualitatives**

il s'agit de : âge, profession, niveau d'instruction, statut matrimonial, lieu de provenance, nationalité, ATCD, groupage sanguin rhésus, échographie, état des nouveaux nés à la naissance, type d'intervention pratiquée, nourrice adolescente,

caractéristique de la délivrance, suite des couches immédiates, type de présentation, mode de dégagement, puberté, issu de la grossesse, surveillance de la grossesse, mode d'accouchement et type d'accouchement.

#### **2-4-2-2- Variables indépendantes quantitatives**

Il s'agit de : gestité, parité, date, état staturo-pondéral, taux d'hématocrite, taux d'hémoglobine, poids, taille, bilirubine, transaminase, ECBU, FS/DP, NFS, tension artérielle, rang de l'accouchement, durée de l'expulsion et CPN

#### **2-5- Traitement et analyse des données**

Les données recueillies ont été traitées et analysées sur les logiciels SPSS et Epi Info version 3.5. 3

#### **2-6- Considérations éthiques**

Notre dépouillement s'est déroulé avec l'autorisation préalable du Chef Service de la CUGO. L'accès aux dossiers a été fait sous demande préalable des dirigeants. La confidentialité sur certaines informations recueillies au cours du dépouillement a été promise et le centre ayant participé à l'étude de ce document doit bénéficier d'un exemplaire du document final .Quant aux parturientes concernées, il importe de mener d'action d'ordre humanitaire à leur égard.

## **I- RESULTATS**

### **3.1 – Fréquence de l'accouchement chez les adolescentes**

Pendant les 3 années entre 2007 et 2009, 316 adolescentes ont accouché à la CUGO sur 4822 accouchements ; Parmi les 316 dossiers d'accouchements ,16 étaient inexploitable.

En considérant l'ensemble des trois années nous avons trouvé une fréquence moyenne globale de 6,22%(300 cas sur 4822parturientes).

### 3.2- Profil socio – démographique de la gestante adolescente

#### 3.2.1- Répartition des parturientes adolescentes selon l'année

**Tableau I : Répartition de l'échantillon selon l'année**

<b>Année</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage</b>
2007	80	26,7
2008	216	72,0
2009	4	01,3
<b>Total</b>	<b>300</b>	<b>100</b>

Les parturientes adolescentes étaient plus nombreuses en 2008, soit 72,0%.

### 3.2.2– Répartition des adolescentes selon la profession

**Tableau II** : Répartition de l'échantillon selon la profession

<b>Profession</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage</b>
Ménagère	109	36,4
Artisan	79	26,3
Etudiantes / Elèves	70	23,3
Commerçantes	35	11,7
Employé du secteur pub/privé	7	02,3
<b>Total</b>	<b>300</b>	<b>100,0</b>

Les ménagères constituaient la couche la plus importante des adolescentes enceintes avec 109 cas soit 36 ,4%.Les élèves et étudiants constituaient 23,3%

### 3.2.3 – Répartition des adolescentes selon l'âge

**Tableau III** : Répartition des adolescentes selon l'âge

<b>Age (ans)</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage</b>
14 – 15	26	08,7
16 – 17	76	25,3
18 – 19	198	66,0
<b>Total</b>	<b>300</b>	<b>100,0</b>

La tranche d'âge comprise entre 18-19 représentait 66% des cas.

### 3.2.4- Répartition des adolescentes selon l'âge et selon l'année

**Tableau IV:** Répartition des adolescentes selon l'âge et selon l'année

Age (ans)	Année		
	2007	2008	2009
14 – 15	8	18	0
16 – 17	22	54	0
18 – 19	50	144	4
<b>Total</b>	80	216	4

La moyenne (2007) = 17,5 ans ; celle (2008) = 17,8 ans et (2009) = 19,0 ans

Les grossesses des adolescentes de 18-19ans représentent la forte majorité 200 cas soit 66%. Viennent ensuite la tranche d'âge 16-17 ans.

### 3.2.5– Répartition des adolescentes selon la gestité

**Tableau V:** Répartition des adolescentes selon la gestité

Gestité	Effectif	Pourcentage
1	239	79,7
2 – 3	50	16,6
> 3	11	03,7
<b>Total</b>	300	100,0

Min = 1, Max = 6, Moyenne = 1,3, Médiane = 1,0 Et = 0,86

Nous avons remarqué une forte fréquence des primigestes soit 79,7%.

### 3.2.6– Parité

**Tableau VI : Répartition des adolescentes selon la parité**

<b>Parité</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage</b>
Nullipares	251	83,7
Primipares	40	13,3
Paucipares	9	03,0
<b>Total</b>	<b>300</b>	<b>100,0</b>

La majorité des adolescentes étaient nullipares soit 83,7% des cas

### 3-2-7- AGE DES ADOLESCENTES A LA PUBERTE

**Tableau VII : Répartition des adolescentes selon l'âge à la ménarche**

<b>Age à la puberté (ans)</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage</b>
11 – 12	71	23,7
13 – 14	119	39,7
15 – 16	90	30,0
17 – 18	20	06,7
<b>Total</b>	<b>300</b>	<b>100,0</b>

La tranche d'âge comprise entre 13 -14 ans représentait 39,7%des cas.

### 3.2.8– Répartition des adolescentes selon le type de bassin

**Tableau VIII** : Répartition des adolescentes selon le type de leur bassin

Type de bassin	Effectif	Pourcentage
Normal	153	51,0
Limite	142	47,3
Généralement rétréci	5	01,7
<b>Total</b>	<b>300</b>	<b>100,0</b>

Les bassins normaux étaient les types de bassins les plus fréquemment rencontrés soit 51,0%.

### 3.3– Caractéristiques de la grossesse chez l'adolescente

#### 3.3.1– Suivi de la grossesse

##### 3.3.1.1– Grossesse suivie ou non

**Tableau IX** : Répartition des adolescentes selon le suivi de la grossesse

Suivi de la grossesse	Effectif	Pourcentage
Oui	96	32,0
Non	204	68,0
<b>Total</b>	<b>300</b>	<b>100,0</b>

Dans sept cas sur dix, la grossesse n'était pas suivie.

### 3.3.1.2– Lieu de suivi de la grossesse

**Tableau X :** Répartition des adolescentes selon le lieu du suivi de la grossesse

Lieu du suivi de la grossesse	Effectif	Pourcentage
CUGO	50	52,1
Centre public	18	18,8
Centre privé	16	16,7
HOMEL	8	08,3
Camp guézo	4	04,1
<b>Total</b>	<b>96</b>	<b>100,0</b>

Lorsque la grossesse était suivie, dans un cas sur deux, elle l'a été à la CUGO.

### 3.3.1.3– Qualification de l'agent qui a suivi la grossesse

**Tableau XI :** Répartition des adolescentes selon le praticien qui a suivi la grossesse.

Agent qui a suivi la grossesse	Effectif	Pourcentage
Gynécologue	31	32,3
Médecin généraliste	1	01,0
Sage femme	64	66,7
<b>Total</b>	<b>96</b>	<b>100,0</b>

Les adolescentes se confiaient plus aux sages femmes ensuite viennent les gynécologues.

### 3.3.1.4- Evolution de la grossesse

Types de complications au cours de la grossesse

**Tableau XII : Répartition des adolescentes selon les types de complications observées au cours de la grossesse**

Complications	Effectif	Pourcentage
Anémie gestationnelle	2	04,5
Dystocie cervicale	2	04,5
Eclampsie	12	27,3
Rétention œuf mort	4	09,1
HRP	2	04,5
HTA	2	04,5
MAP	2	04,5
Placenta prævia	2	04,5
SFA	14	31,8
Syndrome de pré-rupture	2	04,5
<b>Total</b>	<b>44</b>	<b>100,0</b>

L'éclampsie et la souffrance fœtale constituaient deux complications majeures de notre échantillon.

### 3.4 – Déroulement et issue de l'accouchement chez l'adolescente

#### 3.4.1– Admission

##### 3.4.1.1– Mode d'admission

**Tableau XIII:** Répartition des adolescentes selon le mode d'admission

Mode d'admission	Effectif	Pourcentage
Venue elle – même	131	43,7
Référée	169	56,3
<b>Total</b>	<b>300</b>	<b>100,0</b>

Les parturientes étaient référées dans 54,3% des cas.

##### 3.4.1.2– Présentation

**Tableau XIV :** Répartition des adolescentes selon la présentation du fœtus

Présentation fœtale	Effectif	Pourcentage
Céphalique	287	95,7
Podalique	7	02,3
Transversale	6	02,0
<b>Total</b>	<b>300</b>	<b>100,0</b>

La très forte majorité des adolescentes présentait une présentation céphalique

### 3.4.1.3– Pronostic sur le mode d'accouchement

**Tableau XV :** Répartition des adolescentes selon le mode de l'accouchement

Pronostic de l'accouchement	Effectif	Pourcentage
Naturel	135	45,0
Artificiel	163	54,3
<b>Total</b>	<b>300</b>	<b>100,0</b>

L'accouchement artificiel (césarienne, forceps) était représenté à 54,3%.

### 3.4.2 – Accouchement

#### 3.4.2.1– Mode de rupture des membranes

**Tableau XVI:** Répartition des adolescentes selon le mode de rupture des membranes.

Mode de rupture des membranes	Effectif	Pourcentage (%)
Spontanée	137	45,7
Artificielle	163	54,3
<b>Total</b>	<b>300</b>	<b>100,0</b>

La rupture des membranes a été artificielle dans 54,3% des cas.

### 3.4.2.1 – Mode de dégagement du fœtus

**Tableau XVII:** Répartition des adolescentes selon le mode de dégagement

Mode de dégagement	Effectif	Pourcentage (%)
OP	102	89,5
OS	8	07,0
ST	4	03,5
<b>Total</b>	<b>114</b>	<b>100,0</b>

Le dégagement a été fait en OP dans 89,5%des cas.

### 3.4.2.2– Liquide amniotique

**Tableau XVIII:** Répartition des adolescentes selon la couleur du liquide amniotique

Couleur du liquide amniotique	Effectif	Pourcentage (%)
Clair	147	49,0
Méconial	124	41,3
Teinté sang	21	07,0
Jaune	8	02,7
<b>Total</b>	<b>300</b>	<b>100,0</b>

Le liquide clair était le liquide prédominant dans notre échantillon.

### 3.4.3 – Complications maternelles au cours de l'accouchement

#### 3.4.3.1 – Survenues ou non de complications

**Tableau XIX : Répartition des adolescentes selon l'existence ou non de complications maternelles.**

<b>Complications maternelles</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage (%)</b>
Oui	104	34,7
Non	296	65,3
<b>Total</b>	<b>300</b>	<b>100,0</b>

Les parturientes étaient indemnes de toutes complications à 65,3% des cas.

### 3.4.3.2 – Types de complications

**Tableau XX :** Répartition des adolescentes selon les types de complications maternelles survenues en cours d'accouchement.

Types de complications	Effectif	Pourcentage (%)
Rupture utérine	6	05,8
Dilatation stationnaire	18	17,3
Déchirure col	2	01,9
Eclampsie	31	29,8
Déchirure périnéale	18	17,3
Disproportion foeto- pelvienne	4	03,8
Syndrome de pré-rupture	10	09,6
Césarienne pour placenta prævia	2	01,9
Dystocie cervicale	2	01,9
Mort fœtale	2	01,9
SFA	9	08,7

Parmi les complications survenues, trois complications essentielles avaient été retenu : éclampsie(29,8%), déchirure périnéale(17, 3%),dilatation stationnaire(17,3%)

### 3.3.5 – Le nouveau-né

#### 3.3.5.1 – Etat du nouveau-né à la naissance

**Tableau XXI** : Répartition des adolescentes selon l'état du nouveau-né à la naissance.

<b>Etat du nouveau –né à la naissance</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage</b>
Vivant	270	90,0
Mort – né	22	07,3
Prématurée/ou hypotrophie	8	02,7
<b>Total</b>	<b>300</b>	<b>100,0</b>

Les nouveau-nés vivants représentaient 90% des cas.

#### 3.3.5.2– Sexe nouveau-né

**Tableau XXII** : Répartition des adolescentes selon le sexe du nouveau-né.

<b>Sexe</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage</b>
Masculin	151	50,3
Féminin	149	49,7
<b>Total</b>	<b>300</b>	<b>100,0</b>

Les nouveau-nés étaient de sexe masculin à 50,3%.

### 3.3.5.3– Vitalité à la naissance

**Tableau XXIII : Répartition des adolescentes selon la vitalité de leur nouveau – né à la naissance.**

Vitalité du nouveau -né	Effectif	Pourcentage
APGAR (1 <sup>ère</sup> min)		
< 4	25	08,3
4 – 7	127	42,3
>7	148	49,4
=APGAR (5 <sup>è</sup> min)		
< 4	5	01,7
4 – 7	54	18,0
>7	241	80,3
<b>Total</b>	<b>300</b>	<b>100,0</b>

Les nouveau-nés avaient 49,4 et 80, 3%, un score d'apgar supérieur à 7 respectivement à la première et à la cinquième minute.

### 3.3.5.4– Poids à la naissance

**Tableau XIV: Répartition des adolescentes selon le poids de naissance**

Poids de naissance (g)	Effectif	Pourcentage (%)
< 2500	57	19,0
≥ 2500	243	81,0
Total	300	100,0

Les poids à la naissance étaient supérieurs ou égaux à 2500g à 81,0%.

## IV-COMMENTAIRE ET DISCUSSIONS

### FREQUENCE DES GROSSESSES CHEZ LES ADOLESCENTES

Dans notre étude, la fréquence globale moyenne de l'accouchement des adolescentes était de 6,22%. Cette fréquence avoisinait celle des Etats-Unis, de la Cote d'Ivoire et de la Grèce .Elle est largement au dessus de celle trouvée au Cameroun et en Afrique du sud :

#### USA

VENTURA [28]: 6,21%

#### GRECE

Creatsas [40] 7,53%

#### COTE D'IVOIRE

TRAORE [7]: 5,5%

#### CAMEROUN

TEBEU [26] : 26,56%  
GANDONOU Mahoudo Mathieu

BAGA [27]: 25,01%

Si le taux a été faible ceci pourrait être lié au fait que l'étude n'avait intéressé que la CUGO.

### **CATEGORIE SOCIO PROFESSIONNELLE**

Gautier [41] écrit « Qui est la mère adolescente ? Elle vient indifféremment de la ville ou de la campagne ; elle est dans 3 cas sur 4 sans profession et quand elle en exerce une, celle –ci est peu valorisante : ouvrière ou agent de service le plus souvent ».

Les ménagères de notre étude constituaient la couche la plus importante avec 36,4%.IL s'agissait d'une couche sociale sans aucune activité rémunératrice ; ensuite venaient les artisanes avec 26, 3% suivis par des étudiants et élèves avec 23,3% ce taux avoisinait celui de IBRAHIM (51) au mali qui a trouvé 26%d'élèves et étudiants. Ceci pouvait s'expliquer par l'âge, l'adolescente n'a pas encore intégré la vie professionnelle ; elle n'a pas encore fait le choix d'un rôle permanent dans la société .IL s'agissait en fait de couches sociales de conditions socio-économiques précaires. C'est aussi le constat qu'a fait L'UNICEF [47] les adolescentes abandonnées par les parents incapables d'assurer leur besoin ,sont vouées à la déperdition scolaire et aux expériences sexuelles .ZACKLER et COLL [50] affirmaient que 79% des mères adolescentes sont issues de milieux socio-économique défavorisés. GAUTIER[41] rapportait qu'en France dans 3 cas sur 4 l'adolescente était sans profession et était issue d'une famille désunie, surpeuplée, aux parents alcooliques.

### **L'AGE**

Les grossesses les plus fréquentes étaient celles survenues entre 18 et 19 ans ; phénomène croissant avec une faible distribution entre 14 et 15 ans puis un maximum autour de 18 et 19 ans .Ce fort taux de cette tranche d'âge pourrait s'expliquer par le fait que l'adolescente a atteint sa pleine maturité physique et est aussi plus exposée à la sexualité que ses jeunes sœurs .D'ailleurs KEATS[38] décrit quatre étapes de l'adolescente « la tranche 13-15 ans est la période de l'éveil sexuel ;14-17ans est la période des premières relations sexuelles ;17-19ans équivaut à un rôle sexuel ;18-25ans c'est le choix d'un rôle permanent dans la société. » DIADHIOU et COLL [6] observaient également une progression lente de la fréquence jusqu'à 14ans puis une ascension rapide jusqu'à 18ans ;

l'allure est similaire à la nôtre. Cette croissance progressive de la fréquence des cas liés à l'accroissement de l'âge, est due à la maturité physique de l'adolescente s'exposant à la sexualité au fur et à mesure qu'elle grandit .Par ailleurs les études menées par TEBEUR et COLL [25] ont retrouvé 81,9% pour la tranche 17-19 ans et 18,1% pour les âges de 12-16ans et ont conclu à une représentativité des adolescentes par degré d'imaturité physique.

### **LA GESTITE**

Les adolescentes de 14-15 ans étaient totalement des primigestes soit 100%.La moyenne de la gestité est 1,3 avec un écart type égal à 0,86 et une médiane à 1 ; Cette fréquence élevée des primigestes confirme bien cette assertion de DUCHE [49] « Aujourd'hui, l'adolescente est de plus en plus souvent l'âge du premier amour, et des premières relations sexuelles ».

### **LA PARITE**

Dans notre étude 83,7% sont des nullipares. La moyenne de parité était 0,24 avec un écart type à 0,71. Ces résultats se rapprochaient de ceux de MOUNANGA [16] qui avaient zéro accouchement de 13-14ans.

### **LA PUBERTE**

L'âge moyen d'apparition des premières règles chez les adolescentes de notre série se situait entre 13 et 14ans soit 39,7% alors que IBRAHIM(51) en a trouvé 71,6% pour la tranche 13-15ans. Nous n'avons pas observé de grossesse avant les ménarches.

### **ETAT DU BASSIN**

L'état du bassin demeurait immature (47,32%) s'expliquant par le fait que ces bassins n'ont pas encore terminé leur croissance. Le bassin généralement rétréci de 2% très loin de la proportion de 7,8% trouvée par TRAORE [7].

L'insuffisance de développement du bassin est un facteur de risque chez l'adolescente enceinte. Le risque est majoré par une alimentation mal équilibrée due aux conditions socio économiques défavorables, à l'inachèvement de la croissance du squelette.

### **CARACTERISTIQUE DE LA GROSSESSE**

#### **SURVEILLANCE PRENATALE**

Soixante deux pourcents des adolescentes n'ont pas fait de visite prénatale tandis que IBRAHIM(51) en trouvait 82,9% ces taux élevés pourraient s'expliquer par le fait qu'il s'agissait habituellement des grossesses non désirées, demeurées longtemps cachées. D'ailleurs RIBIER [5] trouvait que 10% des adolescentes avaient moins de quatre consultations prénatales. SINGLAIR rapporté par BAUDET [51] signalait que 13,7% des accouchements d'adolescentes concernaient les patientes examinées pour la première fois en

PRONOSTIC DE L'ACCOUCHEMENT CHEZ L'ADOLESCENTE DANS LA CLINIQUE UNIVERSITAIRE DE GYNECOLOGIE ET D'OBSTETRIQUE AU CNHU-HKM (BENIN)  
salle de naissance. Parmi celles qui ont été suivies ,67%étaient suivies par des sages femmes à la CUGO.

### ISSUE DE LA GROSSESSE

Au cours de notre travail, beaucoup de grossesses avaient évolué normalement par contre d'autres étaient émaillées de complications .Parmi celles-ci,les grossesses pathologiques représentaient un pourcentage non négligeable :

-éclampsie	27,3%
-SFA	31,8%
-MAP	04, 5%
-placenta prævia	04,5%
-syndrome de pré rupture	04 ,5%
-HRP	04,5%

En dehors de la SFA et de l'éclampsie dont les pourcentages sont élevés au cours de notre étude, les autres taux sont inférieurs à ceux trouvés par plusieurs auteurs [7, 22,26].

### ACCOUCHEMENT

Les adolescentes ont été référées à 56,3% . Le travail d'accouchement se déroulait en un temps plus rapide chez certaines parturientes très jeunes et ceci confirme cette assertion de VINATIER.

«La primipare très jeune accouche aussi vite .si ce n'est plus rapidement que les autres primipares ». IL en est de la durée d'expulsion plus longue. La

présentation céphalique est la plus fréquente à 95,7% lesquels chiffres se rapprochaient de ceux de plusieurs auteurs.

### **PRONOSTIC DU MODE D'ACCOUCHEMENT**

L'adolescente accouchait suivant un mode artificiel (césarienne, application de forceps, accouchement provoqué) que naturel. La rupture artificielle des membranes était pratiquée dans 54,3%. Le dégagement en OP a été fait dans 89,5% des cas et le liquide clair dans 49,0%.

### **COMPLICATIONS AU COURS DE L'ACCOUCHEMENT**

-complications maternelles

Il s'agit au cours de notre étude :

-éclampsie 29,8%

-déchirures du périnée 17,3%

-souffrance fœtale aigue 8,7%

-rupture prématurée des membranes 05,8%

-disproportion foeto –pelvienne 03,8%

-syndrome de pré rupture 09,6%

-complications fœtales et ovulaires

-rupture prématurée des membranes

-arrêt de progression du mobile fœtal

-souffrance fœtale aigue

-mort fœtale

**PRONOSTIC DE L'ACCOUCHEMENT CHEZ L'ADOLESCENTE DANS LA CLINIQUE UNIVERSITAIRE DE  
GYNECOLOGIE ET D'OBSTETRIQUE AU CNHU-HKM (BENIN)  
TYPES D'INTERVENTIONS**

L'épisiotomie, la révision utérine, le curetage ou l'aspiration et la césarienne ont été les plus pratiquées dont les étiologies probables ont été la mauvaise coopération de l'adolescente, l'immaturation du périnée, la disproportion foeto-pelvienne, la souffrance fœtale aiguë et l'interruption de la grossesse.

### **NOUVEAU -NE**

Quatre vingt dix pourcents naissent vivants alors que 7,3% ont été des morts nés et 2,7% sont prématurés. En fonction de leur vitalité PEDERSEN « parmi les méthodes d'appréciation de l'état du nouveau né à la naissance, la plus couramment utilisée est l'évaluation de l'indice d'Apgar » Nous avons observé que 50,7% des nouveau-nés avaient un score apgar inférieur ou égal à 7 à la première minute contre 19,7% à la cinquième minute. DIALLO(52) au mali trouvait que 23,33% des nouveau-nés ont un apgar inférieur à 7.

### **PRONOSTIC**

#### -pronostic maternel

Le taux de létalité était nul contrairement au taux de morbidité qui était de 34,7%. DIALLO(52) lui trouvait 0,66% de décès maternel.

#### -pronostic fœtal

Selon la FIGO « la mortalité périnatale concerne les nouveaux nés de poids supérieur ou égal à 1000g et ceux qui vivent jusqu'au 7<sup>e</sup> jour de vie extra utérine c'est-à-dire plus de 168 heures de vie après la naissance ». La mortinatalité et la mortalité néo natale précoces constituent la mortalité périnatale.

Au cours de notre étude la mortalité et la morbidité étaient respectivement de 7,3% et 13,33%. Au mali IBRAHIM trouvait 18,9% d'hypotrophie, 13,33% de mort-nés et 9,7% de prématurité. Aux USA, DEBIEC ET PAUL(53) ont prouvé

que les naissances prématurées sont responsables à 75% de toute la mortalité néo-natale.

## V-CONCLUSION

Au terme de notre étude réalisée sur la grossesse et l'accouchement chez l'adolescente à propos de 316 cas à la CUGO de janvier 2007 à décembre 2009, ont abouti aux conclusions suivantes :

La fréquence des grossesses des adolescentes est de 6,22% alors que l'âge moyen des adolescentes était de 17,72ans. La plupart des adolescentes provenait de milieux socio-économiques défavorisés. la majorité était nullipare, primigeste et leurs bassins étaient immatures. Les gestantes adolescentes font moins suivre leur grossesse. Des complications tant maternelles que fœtales ont été enregistrées. L'accouchement était plus artificiel aboutissant parfois à la césarienne, au forceps ou à un accouchement provoqué. Les nouveau-nés étaient prématurés et ou hypotrophes ou mort-nés.

En somme, le taux de mortalité et létalité périnatale, morbidité maternelle sont non négligeables. L'adolescente était aussi bonne nourrice que la femme adulte.

Les conclusions tirées de cette étude sur le pronostic de l'accouchement chez l'adolescente doivent attirer l'attention des autorités administratives ; elles font appel aux recommandations.

## VI- SUGGESTIONS ET RECOMMANDATIONS

Au terme de notre étude, nous pouvons formuler les recommandations suivantes

### \*\*\* MINISTRE DE LA SANTE ET DE LA FAMILLE

-Prévention de la grossesse chez l'adolescente par :

l'éducation en matière de sexualité

l'utilisation de méthode contraceptive

### \*\*\* MINISTERE DE L'ENSEIGNEMENT PRIMAIRE, SECONDAIRE SUPERIEUR ET TECHNIQUE

-Intervention scolaire des cours d'éducation sexuelle

-Réactualiser l'éducation civique et morale

-Recyclage du personnel enseignant.

## **VII-REFERENCES**

### **1-Sauveur (B)**

Contraception et adolescence

Ecole des parents 1996, (3), 23-37.

### **2-VINATIER (D) et Coll.**

Généralités sur la grossesse et l'accouchement chez l'adolescente Encycl.  
Med. Chir (Paris) obstétrique 5016.D10 (5,1997), 1-5.

### **3-BONIERBALE ET BRANCHEREAU (M)**

Le sexologue face aux problèmes des adolescentes.

Sem. Hôp Paris 2005, 61, (27), 1991-1995

### **4-JEAMMET (P.H.)**

Place du rapport sexuel dans l'économie psychique des adolescents.

Sem.Hôp.Paris 195,61, (27), 2003-2004

### **5-RIBIER (J.)**

Grossesse à l'adolescente. Point de vue du pédiatre

Sem. Hôp Paris 1995,61, (27), 1996-1998

### **6-DIADIOU (F) et Coll.**

Adolescence et grossesse

1<sup>er</sup> congrès de la société Gynécologie et d'obstétrique du Bénin et du  
Togo. 22-23 mars 1988 à paraître.

**7-BOHOSSOU (K.M) TRAORE (S.), SANGARET (M.), DJANHAN (Y)**

Grossesse et adolescence

Afrique Med. 1992, 21, (201), 359-362.

**8-AUDEBERT (AJM), Colle (M.) et BATTIN (J.)**

La contraception de l'adolescence : enjeux et controverses.

Rev. Prat. 1994, 34, (29), 1569-1575

**9-Rowley**

Une maternité sans risques

Peuples, 1997,14, (3), 3-22.

**10-Lewin (D)**

La grossesse et l'accouchement.

Contracept, Fertil, sexual 2001 15, (3) 343-345

**11-OMS**

Santé et reproduction chez l'adolescente

Genève 1995, MCH/85-12 218

**12-MONNIER (J), DESCHAMPS (J.P) et coll.**

La santé des adolescentes in : santé publique-santé de la communauté.

SIMEP édit. Paris, 1980, 608-413.

**13-MICHAUD (PA)**

L'adolescent dans la société.

Conc. Med. 1993,105. (44) ,3-4.

**14-SERMENT (N.) et BETHMONT (D)**

L'accouchement chez l'adolescente

Bull, Fed. Soc. Gyn Obstet Franç

**15-OMS**

La grossesse et l'avortement pendant l'adolescence

Chronique 1996, (30) 116-118

**16-MOUNANGA (01), Mouely (G), Zinsou (R.D)**

La grossesse et l'accouchement de l'adolescente gabonaise.

Rev Fr Gynécol. Obstet ; 2005, 80, (5), 293-298

**17- J.M. Ancul ; D. Cuton**

Collection Préparation à l'Internat

**18-DUMONT (M.)**

Les âges limites de la procréation

Journ. Med. Lyon. 1975, (56), 1005-1009

**19-AVOHOU (Co)**

La grossesse et l'accouchement chez l'adolescente

Thèse Med. Cotonou 1998, 88 170 P.

**20-DESCHAMPS (J.P)**

Adolescence et maternité

Revue pratique (suppl) 1999(24), 863-878

## **21-Société Canadienne de Pédiatrie**

La mère adolescente et son bébé

Le Pédiatre, 2002 (86), 93-95

## **22- LAO T.T.HOL.F. Obstétric outcome of teenage pregnancies ; Hum reprod (England)**

Nov. 1998; 13 ;( 63): 452-455

## **23-Van Coe Verden de Groot H.A**

Adolescent pregnancy CME 1995; 9;1379-1781

## **24-YODER B.A. young M.K.**

Neonatal out come of teenage pregnancy in a military population.

Obstet gynecol (United Sates) Oct 1997;90; 500-6

## **25-TEBEUR P. M. KOUANL. OBAMA AM.T.; Wamba T.R;**

Ngassa P.; Kamdom Moyo J.; Doh A.S.

Quel serait l'âge de la Parité précoce chez les adolescentes au Cameroun ? 5 années d'expériences, CHU-Yaoundé (Cameroun) Med Afrique N 2002 ; 49 (10) : 417-424

## **26-TEBEU P.M. ; TANCHOU, OBAMA ADENA MT, MEVOULA CD, LENE B, et LIRASE**

Accouchement des adolescents à l'extrême nord du Cameroun : des proportions inadmissibles ! 2005 (b)

[http// www.ofmer-ch/activites internationaux fr/tebeu htm](http://www.ofmer-ch/activites_internationals_fr/tebeu.htm)

**27-BAGA G.A.B ; Amoko D.N.A. ;Ngayياما D.J.**

Adolescent sexual behaviour, knowledge and attitudes to sexuality among school girls in Transkei, South Africa. East Afri Med j 2001; 73;(2): 95-100.

**28-Ventura S.J.**

Recent trends in teenage childbearing in the unites states. Stat Bullins Sun Co 2004; (4); 10-7

**29-QUINLIVAN J.A.; Evans SF.**

The impact of continuing illegal drug use on teenage pregnancy out come, a prospective cohort study. BJO GO 2002; 109 (10): 1148-53

**30-UNFER V. Piazza Garnica J.; Di Benedetto M.R.; Castabile L.,Gallo G.,**  
Pregnancy in adolescents. A case control study

Clin exp obstét gynecol 1995;22;161-4

**31-OLAUSSON P.M. Cnatingius S.; Goldenberg R.L.**

A determinant of poor pregnancy out comes among teenage in Sweeden. Obstet gynecol 1997; 89 (3): 451-7

**32-Netter F**

Atlas of human Anatomy. USA, Learning system

Second edition 1997

**33-Rouvière H, DELMASA**

Anatomie humaine, description topographique et fonctionnelle Tome2, Paris, Masson, 1984

**34-EYIDINM.**

Les complications urologiques de la chirurgie abdomino-pelvienne chez la femme. Thèse Med. Cotonou, 1998, N° 769.

**35-CHEVREL TP, GUERAUD JP, LEVY JB**

Appareil Uro- génital in anatomie générale, Paris ; Masson, 1996 ; 4<sup>ème</sup> édition  
25-142

**36-MERGER R, LEVY J., MELCHIOR J.**

Précis d'obstétricales. Paris: Masson; 1995. 597 P.

**37-MSP/Bénin**

Annuaire des statistiques par sanitaires

MSP/DPP DRO Cotonou 2005

**38-Keats**

Adolescent absorptions in United States

Adolescent health care, 2001, (1), 18-26

**39-ABAR (D) GABAUDE (B) et coll.**

Accouchement chez les adolescentes

Rev. Int. Ped. 1995, (150), 15-22

**40-Greetsas G. Elsheikh A.**

Adolescent pregnancy and its consequences.

Eur J. contracept Reprod Health care 2002; 7 (3) 167-72

**41-GAUTHIER (G)? DELPIANO (F) Collette ©**

La grossesse des adolescents

**42-Babbon S.G. Benson P.C.**

Le foetus à haut risqué et les facteurs associés

Pratique du haut risque obstétrical néonatal ;

Masson 1994 ; 8-20

**43-NASAH B.T. Drouin P.**

Care of high pregnancy ; care of the mother in the tropics

CEPER 1982, 47-53

**44-PNUD/INSAE**

Etude sur les conditions de vie en milieu urbain : profil de la pauvreté urbaine, et caractéristiques socio-économique des ménages urbain

**45-MERGER (R)**

Accouchement normal in : précis d'obstétrique- Masson édit. Paris 1985, 5,115

**46-MERGER (R)**

La grossesse à terme in : précis d'obstétrique Masson édit. Paris 1994 ; 4, 209

**47-UNICEF**

Situation des enfants dans le monde panneau/faits et chiffres 2003

**48-CREATSAS (G), MICHALAS (S) , TERZAKISE (D), KASHARELIS**

La grossesse des jeunes filles de moins de 17 ans

Gynécologie 2000, (3), 343-345

**49-DUCHE (D.J)**

La sexualité à l'adolescence

Sem hôp.Paris, 2001 (27), 1945

**50-ZACKLER (J) ANDEMAN (S) et BAUVER (F)**

The young adolescent as an obstetric Risk Am.J. obst. Gynecol 1998, 103, 350-

**51-IBRAHIM YOUSOUF TRAORE**

Problématique de la grossesse et l'accouchement chez l'adolescente dans le district de Bamako. Thèse Méd. Bamako,2010 ;N°395

**52-DIALLO DIAKARIA**

L'accouchement chez l'adolescente en milieu périurbain de Bamako. Thèse Méd. Bamako,1995 ;N°48

**53-DIEBIEC EK,PAUL KJ,**

Inadequate prenatal care and risk of preterm delivery among adolescent

w.w.w .Ajog. org August 2010

## FICHE SIGNALETIQUE

**Nom :** GANDONOU

**Prénoms :** Mathieu Mahoudo

**Titre de thèse :** Pronostic de l'accouchement chez l'adolescente dans la clinique universitaire de gynécologie et d'obstétrique (C.U.G.O) au CNHU-HKM (Cotonou)

**Année universitaire :** 2011-2012

**Ville de soutenance :** Bamako

**Pays d'origine :** BENIN

**Lieu de dépôt :** bibliothèque de la Faculté de médecine, de Pharmacie et d'odontostomatologie.

**Secteur d'intérêt :** Gynécologie-obstétrique.

### Résumé :

**Introduction :** Les grossesses trop précoces restent toujours aussi redoutées médicalement que socialement nonobstant les progrès médicaux.

**Objectif :** Etudier la grossesse chez l'adolescente dans la C.U.G.O

**Méthode d'étude :** Il s'agit d'une étude transversale rétrospective portant sur le pronostic de l'accouchement chez l'adolescente. Sur une période de 3 ans, 316 adolescentes ont été recensées dont 300 étudiées.

**Résultats :** La fréquence de l'accouchement était de 6,22%. La plupart des adolescentes était de conditions socio-économiques défavorables et faisaient moins de consultations prénatales (68,0%). L'accouchement était plus artificiel. En définitive le taux de morbidité (13,33%), létalité (7,3%) périnatale et de morbidité (34,66%) maternelle sont non négligeables. Il convient alors de mener

une action préventive de la grossesse chez l'adolescente par l'éducation en matière de sexualité et l'utilisation de méthode Contraceptive.

**Mots clés :** Pronostic, grossesse, accouchement, adolescente

## FICHE DE DEPOUILLEMENT

Identification du centre de prise en charge

Hôpital de référence de .....

Caractéristiques socio- démographiques, culturelles et économiques

Numéro du dossier

Noms de famille et prénoms.....

Domicile

Pays.....

Si la patiente réside au Bénin, préciser

Département.....

Commune.....

Arrondissement.....

Village ou Quartier de Ville.....

Age  ans

Ethnie

### Niveau d'instruction

Analphabète  Primaire  Secondaire  Supérieur

Alphabétisé  Autre, préciser .....

### Région

Christianisme  Musulmane  Traditionnelle

Autre à préciser .....

### Profession

Ménagère  commerçante ou vendeuse

Agriculteur  Apprentie couturière  Coiffeuse

Tricoteuse  Etudiante  Elève  Autre

Employée du secteur public ou privé

Taille en (CM).....

Poids en (KG).....

Electrophorèse de l'hémoglobine

AA  AS  SS  SC  AC  Autre à préciser

### Situation matrimoniale

Mariée  Divorcée  Célibataire  Veuve

14. Sérologie VIH

### C- Anamnèse et antécédents

Personnels

Médicaux

UGD  Diabète  HTA  Paludisme

Infections urinaires  Ictère

Drépanocytaire  Autre à préciser

### 15. Chirurgicaux

Péritonite  appendicite  fracture du bassin

Ulcère gastrique opéré  Sténose du pylore opéré

autre à préciser

### 16. Gynéco obstétricaux

Gestité  Parité  Enfants vivants

Enfants mort-nés  Enfants décédés

Nombre d'avortements provoqués

Nombre d'avortements spontanés

Age de la puberté  Cycle des règles (j)

Cancer du col  Fibrome utérin  GEU

Pelvi péritonite  Stérilité Iaire  DDR

StérilitéIIaire  Kyste/Ovaire  Césarienne

Grossesse génellaire  Autre à préciser

### 17. Ascendants

Père vivant  Père décédé  Mère vivante

Mère décédée

### 18. Descendants collatéraux

Nombre d'enfants vivants  Nombre de frères vivants

Nombre de sœurs vivantes

**D- Circonstance d'apparition de la grossesse**

19. Histoire de la grossesse

19 -1 Rang de la grossesse

19-2 Terme de la grossesse  mois

19-3 Grossesse suivie  oui Non

Si oui :

Bilan prénatal effectué.....

Nombre de consultations prénatales.....

Echographie obstétricale oui  Non

Si oui, à quel âge de la grossesse ? Mois

-Centre de suivi de la grossesse

CSA ;  CSC;  HZ ;  CHD ;  CUGO

Maternité Lagune

19-4 Qualification de l'agent qui a suivi la grossesse

Gynéco obstétricien  Médecin généraliste

Sage femme  Infirmière  Matrone  CES

Aide Soignante  Autre à préciser

Si non les raisons pour lesquelles la grossesse n'a pas été suivie.....

**E- surveillance de la grossesse**

20- Bilan effectué

Protéinurie  BW  albuminurie  glycémie

Autre

21- Longueur du col à la 1<sup>ère</sup> consultation

Long ou mi-long  court  autre à préciser

22- Ouverture du col à la 1<sup>ère</sup> consultation

Fermé  perméable à l'orifice externe

Perméable aux deux orifices

23- Terme en mois

2<sup>ème</sup> consultation  3<sup>ème</sup> consultation

4<sup>ème</sup> consultation  dernière consultation

24- Longueur du col à la dernière consultation

Long ou mi-long  court  autre à préciser

25- Ouverture du col à la dernière consultation

Fermé  perméable à l'orifice externe

perméable aux deux orifices

26- Hospitalisation de la patiente  oui  non

27- Terme le jour de l'hospitalisation (mois).....

28- hauteur utérine à terme (cm)

F- Evolutions et complications au cours de la grossesse

29- Evolution de la grossesse

Interruption volontaire  interruption spontanée

Accouchement

30- complications en cas d'interruption

Hémorragie de moyenne et grande abondance

Rétention placentaire  infection génitale

31- Complications

Paludisme  Anémie  Placenta Praevia

MAP  Dysgravidie  Eclampsie  HRP

Rétention d'œuf mort  lésions locales

Autre à préciser  Décès maternel

Autre complication à préciser

### G- Déroulement et issue de l'accouchement

32- Mode d'admission

Venue d'elle-même  référée

33- Age présumé de la grossesse

34- dilatation cervicale à l'entrée (cm)

35- col effacé à l'entrée ?

36- Lieu d'accouchement

CUGO  Lagune

37- Etat du bassin

PRONOSTIC DE L'ACCOUCHEMENT CHEZ L'ADOLESCENTE DANS LA CLINIQUE UNIVERSITAIRE DE  
GYNECOLOGIE ET D'OBSTETRIQUE AU CNHU-HKM (BENIN)

Bicrète (cm)  Bitrochanterien (cm)  Conjugué (cm)   
normal Rétréci transversalement Limité

Généralement rétréci Aplati  
38- Présentation    
Nature  Orientation  Hauteur (cm)

39- Col     
Longueur Direction Dilatation

40- Mode dégagement     
OP OS ST

41- Pronostic d'accouchement     
Naturel Epreuve du travail Artificiel

42- Mode de rupture des membranes     
Spontanée Artificielle Autre à préciser

43- Couleur du liquide amniotique     
Clair Teinté sanglant   
Jaune Méconial Autre à préciser

44- Dilatation

Début Fin Durée

45- Expulsion

Début Fin Durée

46- Accouchement

Oui Non Autre à préciser

47- Durée totale du travail

(Min) (Heure)

48- Thérapeutiques

H- Délivrance

49- Perte de sang (ml)

50- Mode de délivrance

Naturelle active artificielle

51- Examen du délivré

51-1) Placenta

Intégrité poids en (kg) anomalies

51-2) Membranes

Intégrités point de rupture en (cm)

51-3) Cordon

Longueur en (cm) insertion anomalies

Si anomalies du cordon

Circulaire  nœud du cordon  procubitus

Procidence du cordon  aucune  autre à préciser

Si insertion du cordon

Centrale  latérale  autre à préciser

I- Les complications maternelles au cours de l'accouchement

52- Complication proprement dite

Rupture utérine  Dilatation  Déchirure col

Eclampsie  déchirure du périnée

Autre à préciser  disproportion foeto-pelvienne

Syndrome de pré rupture  autre à préciser

J- Les complications fœtales et ovulaires de l'accouchement

53- Rupture prématurée des membranes

Souffrance fœtale

Défaut d'engagement du fœtus

Arrêt de progression du mobil fœtal

Bosse séro sanguinolente  autre à préciser

K- Nouveau né

54- Etat de la naissance

Vivant  Mort-né  Prématuré

55- Profil du nouveau-né

Sexe  Taille (cm)  périmètre crânien

GANDONOU Mahoudo Mat

Périmètre thoracique  apgar à la 1<sup>ère</sup> min

Apgar à la 5<sup>e</sup> min  poids à la naissance

Age au décès (en j)  bosse séro sanguilante

Lésions traumatiques

56- Malformation apparente

Pieds bots  anencéphale  bec de lièvre

Phocomélie  syndactylie  autre malformation

L- Suite des couches

57- Montée laiteuse

Avant le 3<sup>ème</sup> jour  3<sup>ème</sup> jour au-delà

Pas du tout  autre à préciser

58- Nature de l'allaitement

Maternel  Artificiel  mixte

59- suite de couches proprement dite

Normale  pathologique  autre à préciser

61- Complication des suites de couches

Péritonite généralisée  Phlébite

Pelvipéritonite  Septicémie

Endométrite puerpérale  autre à préciser

**M- Type d'interventions pratiquées**

Embryotomie  VME  VMI

GANDONOU Mahoudo M

### **SERMENT D'HYPPOCRATE**

**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.**

**J**e 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.

**J**e garderai le respect absolu de la vie humaine dès la conception.

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

**R**espectueux et reconnaissant envers mes maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

**Q**ue les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses.

**Q**ue je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque.

***Je le jure !***