

MINISTÈRE DE L'ENSEIGNEMENT
SUPERIEUR ET DE LA RECHERCHE
SCIENTIFIQUE

REPUBLIQUE DU MALI

Un Peuple-Un But-Une Foi



FACULTE DE MEDECINE ET D'ODONTO-STOMATOLOGIE

Année Universitaire 2018 – 2019

N°...../

Thèse

COMPLICATIONS OBSTETRIQUES CHEZ L'ADOLESCENTE A L'HOPITAL FOUSSEYNI DAOU DE KAYES

Présentée et soutenue publiquement le / / 2019
Devant la Faculté de Médecine et d'Odontostomatologie
par :

M. Issiaka Tiéfing DOLO

Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine (Diplôme d'Etat)

JURY

Président : Pr DIAKITE Abdoul Aziz
Membres : Dr FANE Seydou
Dr MANGANE Moustapha Issa
Co-directeur : Dr DIASSANA Mahamadou
Directeur de thèse : Pr TRAORE Youssouf

DEDICACES

Je dédie cette thèse à :

Dieu le Tout Puissant, le Miséricordieux, le Très Miséricordieux, par sa grâce j'ai pu mener à terme ce travail.

Prophète Mohamed (SAW) Paix et Salut sur Lui. Nous resterons fidèles aux voies que vous nous avez montrées.

Mon père Adamion dit Adama Dolo Je te dédie à mon tour cette thèse qui concrétise ton rêve le plus cher et qui n'est que le fruit de tes conseils et de tes encouragements. Tes prières ont été pour moi un grand soutien tout au long de mes études. Puisse Dieu tout puissant te protéger du mal, te procurer longue vie, santé et bonheur afin que je puisse te rendre un minimum de ce que je te dois.

Ma Mère Aminata Dolo Chère mère, Je te dédie ce travail qui grâce à toi a pu voir le jour. Vous m'avez tout donné ; ce qu'une mère peut offrir de plus précieux à son fils, 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 côtes.

Mon Oncle Assama Dolo et sa femme Bintou Dolo : Vous avez été le forgeron de ma vie et la base de la bonne éducation que j'ai aujourd'hui. 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. Plus qu'un oncle vous avez été la figure paternelle et un modèle de droiture pour moi. 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.

Mes frères Hamed Dembélé et Tiemoko Dolo : Je vous dédie ce travail en témoignage de mon amour et mon attachement 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 vôtre. Soyons plus unis et pour toujours, puissent nos fraternels liens se pérenniser et consolider encore.

Mes remerciements vont à :

Mon Pays le Mali : Très chère patrie, puisse ce travail contribuer à ton développement socio sanitaire et à ton épanouissement.

La FMOS/FAPH et tout le corps professoral : merci pour l'enseignement de qualité.

Dr Sitapha : Pour m'avoir toujours fait profiter de votre expérience, je ne saurais par de simples mots vous remercier pour tous les services rendus. Soyez assuré de ma profonde reconnaissance.

Dr Macalou Ballan : Cher maître nous avons appris beaucoup à vos côtés sur le plan académique et social. Vous êtes d'une rigueur, d'un courage, d'un sens social si élevé peu communs. Puisse dieu fasse que la nouvelle génération bénéficie longtemps de votre enseignement. Soyez rassuré de notre profond attachement.

Mes Aînés Dr Koita Bakary, Dr Diarra Salimou , Dr Sidibé Ba, Dr Niang Faly ; Dr Daou Kantara ; Dr Koné Jean Paul , Dr Tangara Adama , Dr Baye Souleymane , Sow Ibrahim Dembourou : Plus que des frères 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. La jeune génération ne vous remerciera jamais assez pour la qualité de votre enseignement.

Mon cousin Dr Niangaly Aléwè : Pour sa constante disponibilité, son soutien et ses précieux conseils. Qu'il trouve ici l'expression de ma profonde gratitude.

Boubakar Timbiné et sa femme Sirantou Kamano : Vous m'avez accueilli et accepté comme fils et vos conseils ne m'ont jamais fait défaut. Soyez en remercié

Famille Timbiné, Karambé, Kamano, Diallo du point G particulièrement à Dr Adama Karembe et Dr Moussa Kissi Kamano : Pour votre soutien et hospitalité.

Mes oncles et tantes particulièrement Kabaou Dolo : Pour votre présence et soutien indéfectible. Que DIEU vous aide dans vos projets.

Mes cousins et cousines Ismael Athiéme Dolo, Soumaila Dolo, Djibril Dolo, Abdoulaye Dolo, Mahamadou B Dolo , Drissa Cissé , Aldiouma Dolo, Aminata Dolo, Fatoumata Dolo , Aissata Timbiné , Fatoumata Kouyaté , Mohamed Timbiné, Baly Dolo , Rokia Dolo ... Vous aviez toujours prié pour ce jour ; puisse le seigneur promouvoir chacun de vous.

A mes amis et Promotionnaires Dr Tounko Fayinké, Dr Bilaly Boré, Dr Akis Maiga, Aissata Dicko, Moussa Maiga, Dr Ahmadou P sangaré, Dr Niagamé Camara, Dr Habib Cissé, Dr Kafiatou Camara, Dr Djibril Sissoko, Dr Lucie D Coulibaly, Dr Mohamed Samber Touré : Je prie Dieu pour que notre amitié et fraternité soient éternelles. Trouvez ici l'expression de mes sentiments les plus distingués.

Isaac Poudiougou et famille : Tu n'as pas cessé de me soutenir et de m'encourager, ta générosité exemplaire et ta présence constante ont fait de moi ce que je suis aujourd'hui. Puisse Dieu t'épanouir dans tes entreprises.

A mes très chers collègues internes Mamadou C Diallo, Adama Konaté et Mahamadou Baldé : Vous m'avez réconforté dans mon travail avec votre esprit de respect et de Courtoisie en souvenir des moments merveilleux que nous avons passés et aux liens solides qui nous unissent. J'ai trouvé en vous le refuge de mes chagrins et mes secrets. Avec toute mon affection et estime, je vous souhaite beaucoup de réussite et de bonheur, autant dans votre vie professionnelle que privée.

A tous le personnel du bloc opératoire particulièrement à **kané Moustaph :** Un grand merci pour votre soutien, vos encouragements et bonne collaboration.

Mes cadets du service de gynéco-obstétrique : Falaye Keita, Minata Doumbia, Daouda Fomba, Ibrahima Coulibaly, Salif Kanouté : Courage et bonne chance. Sachez que la formation continue ...

Toutes les sages-femmes, infirmières obstétriciennes : vous vous êtes investies, en mettant votre dynamisme, votre compétence et chaleur humaine au service de la population, soyez en fière.

Au personnel des autres services, nous vous sommes très reconnaissants pour votre complicité et disponibilité.

A tous ceux qui, de loin ou de près ont contribué à la réalisation de ce travail. Nous vous remercions de tout cœur.

A NOTRE MAITRE ET PRESIDENT DU JURY

Professeur DIAKITE Abdoul Aziz

- ✓ Professeur agrégé de pédiatrie ;
- ✓ Maître de Conférence à la faculté de médecine et d'odontostomatologie ;
- ✓ Chef de service de la pédiatrie générale du CHU Gabriel Touré ;
- ✓ Responsable de l'unité de prise en charge de la drépanocytose à la pédiatrie ;
- ✓ Spécialiste en hématologie pédiatrique ;
- ✓ Diplômé en surveillance épidémiologique des maladies infectieuses et tropicales.

Cher maître,

La spontanéité avec laquelle vous avez accepté de présider notre jury nous a profondément touché. 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 MAITRE ET MEMBRE DU JURY

Docteur FANE Seydou

- ✓ Spécialiste en Gynécologie-obstétrique au CHU Gabriel Touré
- ✓ Praticien hospitalier au service de Gynécologie-obstétrique au CHU Gabriel Touré
- ✓ Maître-Assistant à la faculté de médecine et d'odontostomatologie
- ✓ Diplômé d'un Master II en santé publique
- ✓ Ancien chef de service de Gynéco-obstétrique au CSRef de Kadiolo

Cher maître,

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

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

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

A NOTRE MAITRE ET MEMBRE DU JURY

Docteur MANGANE Moustapha Issa

- ✓ Maître-Assistant en Anesthésie Réanimation à la faculté de médecine et d'odontostomatologie
- ✓ Praticien hospitalier au service d'Anesthésie Réanimation au CHU Gabriel Touré
- ✓ Chef de service du bloc opératoire du CHU Gabriel Touré
- ✓ Ancien Interne des Hôpitaux du Mali
- ✓ Membre de la société d'Anesthésie Réanimation de Médecine d'Urgence du Mali (SARMU-Mali)
- ✓ Membre de la société d'Anesthésie Réanimation d'Afrique Francophone (SARAF)
- ✓ Membre de la Fédération mondiale d'anesthésiologie

Cher maître,

Nous vous remercions de la confiance que vous nous avez faite en acceptant de juger ce travail, malgré vos multiples occupations.

Votre simplicité, votre abord facile, vos qualités d'homme de sciences font de vous un Maître exemplaire.

Vos encouragements et vos suggestions ont été d'un apport considérable dans la réalisation de ce travail.

Recevez cher Maître, l'expression de notre profond respect.

A NOTRE MAITRE ET CO-DIRECTEUR DE THESE

Docteur DIASSANA Mahamadou

- ✓ Gynécologue obstétricien à l'hôpital Fousseyni Daou de Kayes
- ✓ Chef de service de gynécologie obstétrique à l'hôpital Fousseyni Daou de Kayes
- ✓ Attaché de recherche
- ✓ Chargé de cours de Gynécologie Obstétrique à l'INFSS annexe Kayes

Cher maître,

Nous sommes très sensibles à l'honneur que vous nous avez fait en nous confiant ce travail. Homme de principe, d'humanisme, votre souci de transmettre vos connaissances et votre rigueur scientifique font qu'il est agréable d'apprendre à vos côtés. En nous acceptant dans votre service, vous nous honorez pleinement. Et nous gardons de vous l'image d'un grand maître dévoué et serviable. C'est une fierté pour nous de compter parmi vos élèves.

Que Dieu dans sa miséricorde, comble toute votre famille de ses bienfaits et vous accorde une vie longue et heureuse.

A NOTRE MAITRE ET DIRECTEUR DE THESE

Professeur TRAORE Youssouf

- ✓ Professeur agrégé en Gynécologie Obstétrique à la FMOS ;
- ✓ Praticien hospitalier au service de Gynécologie Obstétrique du CHU Gabriel Touré ;
- ✓ Responsable de la Prévention de la Transmission Mère Enfant du VIH (PTME) au Mali ;
- ✓ Président de la Société Malienne de Gynécologie Obstétrique (SOMAGO) ;
- ✓ Vice-président de la Société Africaine de Gynécologie Obstétrique (SAGO) ;
- ✓ Titulaire d'un Diplôme universitaire de Méthode de recherche clinique de Bordeaux II ;
- ✓ Secrétaire adjoint à l'organisation de la société de chirurgie du Mali (SOCHIMA) ;
- ✓ Enseignant chercheur.

Cher maitre,

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. 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 ABREVIATIONS

| | |
|-------|---|
| A | : Pilosité axillaire |
| BDCF | : Bruit du cœur fœtal |
| BGR | : Bassin généralement rétréci |
| CHU | : Centre hospitalier universitaire |
| Cm | : Centimètre |
| CPN | : Consultation prénatale |
| CSRéf | : Centre de santé de référence |
| CSCom | : Centre de santé communautaire |
| CUD | : Contraction utérine douloureuse |
| °C | : degré Celsius |
| DI | : Déroit inférieur |
| DM | : Déroit moyen |
| DS | : Déroit supérieur |
| DFP | : Disproportion fœto-pelvienne |
| EDS | : Enquête démographique et de santé |
| Eff | : Effectif |
| FMOS | : Faculté de médecine et d'odontostomatologie |
| G | : Grammes |
| GEU | : Grossesse extra-utérine |
| HFD | : Hôpital Fousseyni Daou |
| HRP | : Hématome rétro placentaire |
| HTA | : Hypertension artérielle |
| HU | : Hauteur utérine |

| | |
|--------|---|
| IM | : Indice de Magnin |
| IST | : Infection sexuellement transmissible |
| \leq | : Inférieur ou égal |
| IVG | : Interruption volontaire de la grossesse |
| J | : Jour |
| L | : Vertèbre lombaire |
| LA | : Liquide amniotique |
| MAP | : Menace d'accouchement prématuré |
| MmHg | : Millimètre de mercure |
| Nné | : Nouveau-né |
| OMS | : Organisation mondiale de la santé |
| P | : Pilosité pubienne |
| PF | : Planification familiale |
| PRP | : Promonto-retro-pubien |
| % | : Pourcentage |
| RPM | : Rupture prématurée des membranes |
| S | : Seins |
| SA | : Semaine d'aménorrhée |
| SIDA | : Syndrome d'immunodéficience acquise |
| SFA | : Souffrance fœtale aigue |
| \geq | : Supérieur ou égal |
| VIH | : Virus de l'immunodéficience humaine |

Liste des tableaux

| | |
|--|------------------------------------|
| Tableau I : Répartition des patientes selon la tranche d'âge | 35 |
| Tableau II: Répartition selon la profession | 37 |
| Tableau III: Répartition selon le statut matrimonial | 38 |
| Tableau IV: Répartition des patientes selon le motif d'admission..... | 39 |
| Tableau V: Répartition des patientes selon les antécédents médicaux... Erreur ! Signet non défini. | |
| Tableau VI: Répartition selon les antécédents chirurgicaux..... | 40 |
| Tableau VII: Répartition selon les antécédents d'avortement | 41 |
| Tableau VIII: Répartition selon le recours à la contraception.... Erreur ! Signet non défini. | |
| Tableau IX: Répartition selon la menarche..... Erreur ! Signet non défini. | |
| Tableau X : Répartition selon la connaissance de la date des dernières règles(DDR) | Erreur ! Signet non défini. |
| Tableau XI: Répartition des patientes selon la taille | 43 |
| Tableau XII: Répartition des patientes selon l'état général à l'admission | 43 |
| Tableau XIII: Répartition des patientes selon la température Erreur ! Signet non défini. | |
| Tableau XIV : Répartition des patientes selon les chiffres tensionnels . Erreur ! Signet non défini. | |
| Tableau XV: Répartition des patientes selon la survenue de crise convulsive . | 44 |
| Tableau XVI : Répartition des patientes selon le terme de la grossesse | 45 |
| Tableau XVII: Répartition des patientes selon les BDCF à l'entrée | 45 |
| Tableau XVIII: Répartition des patientes selon le travail ou pas | 46 |
| Tableau XIX: Répartition des patientes selon le type de présentation | 47 |
| Tableau XX: Répartition des patientes selon le mode d'accouchement par Voie basse..... | 48 |
| Tableau XXI: Répartition des patientes selon le type d'anesthésie..... | 48 |
| Tableau XXII: Répartition des patientes selon la qualification de l'anesthésiste | 49 |
| Tableau XXIII: Répartition des patientes selon l'indication de la césarienne . | 49 |
| Tableau XXIV: Répartition des complications pendant la grossesse | 51 |
| Tableau XXV: Répartition des complications au cours du travail | 52 |
| Tableau XXVI: Répartition des complications dans les suites de couches | 53 |
| Tableau XXVII: Répartition selon le pronostic maternel..... | 53 |
| Tableau XXVIII: Répartition selon la durée de l'hospitalisation | 54 |
| Tableau XXIX: Répartition des nouveaux nés selon l'état à la naissance | 54 |

| | |
|--|------------------------------------|
| Tableau XXX: Répartition selon l'APGAR à la naissance..... | 55 |
| Tableau XXXI: Répartition selon le poids à la naissance..... | 55 |
| Tableau XXXII: Répartition selon le motif d'évacuation .. | Erreur ! Signet non défini. |
| Tableau XXXIII: Répartition des patientes selon l'âge et la Gestité..... | Erreur ! Signet non défini. |
| Tableau XXXIV: Répartition des patientes selon l'âge et le Statut matrimonial..... | Erreur ! Signet non défini. |
| Tableau XXXV: Répartition des patientes selon l'âge et leur niveau d'instruction..... | 56 |
| Tableau XXXVI: Répartition des patientes selon l'âge et Complication au cours de la grossesse..... | 57 |
| Tableau XXXVII: Répartition des patientes selon l'âge et Complication au cours du travail d'accouchement..... | 58 |
| Tableau XXXVIII: Répartition des patientes selon l'âge et Complication dans les suites de couches..... | 59 |

Liste des figures

Figure 1: Répartition des patientes selon la résidence

Figure 2: Répartition des patientes selon le niveau d'instruction

Figure 3: Répartition des patientes selon l'ethnie

Figure 4: Répartition des patientes selon le mode d'admission

Figure 5: Répartition des patientes selon la réalisation de la CPN

Figure 6: Répartition des patientes selon la Gestité

Figure 7: Répartition des patientes selon la Parité

Figure 8: Répartition des patientes selon le contexte de survenue de la grossesse

Figure 9: Répartition des patientes selon la coloration des conjonctives

Figure 10: Répartition des patientes selon une anomalie du bassin

Figure 11 : Répartition des patientes selon la voie d'accouchement à l'hôpital

Figure 12 : Répartition des Complications selon la période gravidopuerpérale

Figure 13 : Répartition selon la référence / évacuation des Nnés

Liste des figures

| | |
|--|----|
| Figure 1: Répartition des patientes selon la résidence..... | 36 |
| Figure 2: Répartition des patientes selon le niveau d'instruction..... | 36 |
| Figure 3: Répartition des patientes selon l'ethnie | 37 |
| Figure 4: Répartition des patientes selon le mode d'admission | 38 |
| Figure 5: Répartition des patientes selon la réalisation de la CPN..... | 40 |
| Figure 6: Répartition des patientes selon la Gestité | 41 |
| Figure 7: Répartition des patientes selon la Parité | 42 |
| Figure 8: Répartition des patientes selon le contexte de survenue de la grossesse | 42 |
| Figure 9: Répartition des patientes selon la coloration des conjonctives | 44 |
| Figure 10: Répartition des patientes selon une anomalie du bassin | 46 |
| Figure 11 : Répartition des patientes selon la voie d'accouchement à l'hôpital | 47 |
| Figure 12 : Répartition des Complications selon la période gravidopuerpérale..... | 50 |
| Figure 13 : Répartition selon la référence /évacuation des nouveau-nés | 56 |

Listes des tableaux

| | |
|--|----|
| Tableau I : Répartition des patientes selon la tranche d'âge..... | 35 |
| Tableau II: Répartition selon la profession | 37 |
| Tableau III: Répartition selon le statut matrimonial..... | 38 |
| Tableau IV: Répartition des patientes selon le motif d'admission | 39 |
| Tableau V: Répartition selon les antécédents chirurgicaux..... | 40 |
| Tableau VI: Répartition selon les antécédents d'avortement | 41 |
| Tableau VII: Répartition des patientes selon la taille | 43 |
| Tableau VIII: Répartition des patientes selon l'état général à l'admission..... | 43 |
| Tableau IX: Répartition des patientes selon la survenue de crise convulsive | 44 |
| Tableau X : Répartition des patientes selon le terme de la grossesse..... | 45 |
| Tableau XI: Répartition des patientes selon les BDCF à l'entrée..... | 45 |
| Tableau XII: Répartition des patientes selon le travail ou pas | 46 |
| Tableau XIII: Répartition des patientes selon le type de présentation..... | 47 |
| Tableau XIV: Répartition des patientes selon le mode d'accouchement par voie basse..... | 48 |
| Tableau XV: Répartition des patientes selon le type d'anesthésie | 48 |
| Tableau XVI: Répartition des patientes selon la qualification de l'anesthésiste | 49 |
| Tableau XVII: Répartition des patientes selon l'indication de la césarienne | 49 |
| Tableau XVIII: Répartition des complications pendant la grossesse | 51 |
| Tableau XIX: Répartition des complications au cours du travail | 52 |
| Tableau XX: Répartition des complications dans les suites de couches | 53 |
| Tableau XXI: Répartition selon le pronostic maternel..... | 53 |
| Tableau XXII: Répartition selon la durée de l'hospitalisation | 54 |
| Tableau XXIII: Répartition des nouveau-nés selon l'état à la naissance..... | 54 |
| Tableau XXIV: Répartition selon l'APGAR à la naissance | 55 |
| Tableau XXV: Répartition selon le poids à la naissance..... | 55 |

Tableau XXVI: Répartition des patientes selon l'âge et Complication au cours de la grossesse 57
Tableau XXVII: Répartition des patientes selon l'âge et Complication au cours du travail
d'accouchement..... 58
Tableau XXVIII: Répartition des patientes selon l'âge et Complication dans les suites de couches . 59

SOMMAIRE

I - INTRODUCTION 1
II-OBJECTIFS 2
 1. Objectif général..... 3
 2. Objectifs spécifiques 3
III- GÉNÉRALITÉS..... 3
 1- ADOLESCENCE 3
 2-LES URGENCES OBSTETRIQUES CHEZ L'ADOLESCENTE 19
IV-METHODOLOGIE..... 29
 1. Cadre d'étude 29
 2. Type d'étude : 32
 3. Population d'étude : 32
 4. Echantillonnage : 32
 5. Variables étudiées : 32
 6. Collectes des données : 33
 7. Saisie et analyse des données : 33
 8. Considérations éthiques : 33
 9- Définitions opérationnelles : 33
V-RESULTATS 35
 1. FREQUENCE 35
 2. CARACTERISTIQUES SOCIO DEMOGRAPHIQUES 35
 3. CARACTERISTIQUES CLINIQUES 38
 4. COMPLICATIONS 50
 5. PRONOSTIC MATERNO-FETAL..... 53
VI-COMMENTAIRES ET DISCUSSION..... 60
 1. Fréquence 60
 2.Caractéristiques sociodémographique : 61

| | |
|---------------------------------------|----|
| 3-Etude clinique : | 62 |
| 5-Pronostic | 64 |
| VII-CONCLUSION | 67 |
| VIII-RECOMMANDATIONS | 68 |
| 1. Aux décideurs :..... | 68 |
| 2. Aux agents socio-sanitaires :..... | 68 |
| 3. A la population : | 68 |
| 4. Aux adolescentes : | 68 |
| IX-REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES | 69 |
| X-ANNEXES..... | 74 |
| Fiche D'identification N° | 74 |
| Fiche signalétique..... | 80 |

I - INTRODUCTION

L'adolescence est une période de la vie 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]. En France les adolescents de 10 à 19 ans représentent 12,2 % de la population en 2018 [3].

Cette population est estimée à 22,6% 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 où il existe un taux élevé d'activité sexuelle parmi les adolescentes. En Afrique subsaharienne et précisément au Mali la situation de la grossesse chez l'adolescente est plus complexe car, lorsqu'elle survient au sein d'un ménage, elle constitue un facteur de prospérité. Ce qui explique la fréquence élevée des mariages précoces.

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 42% des jeunes filles accouchent avant l'âge de 18 ans [4].

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 [7,8].

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 ; fistules obstétricales et d'hémorragies [7].

Par ailleurs certaines études ont montré que correctement suivies, ces grossesses ont le même pronostic qu'à l'âge adulte[6–9]. Le pronostic de ces grossesses précoces dépend souvent du suivi de la grossesse et de l'accouchement par un personnel sanitaire qualifié, d'une éducation et d'une information de ces futures mères sur les probables risques de la grossesse.

Au Mali, plusieurs études ont été faites sur la grossesse et l'accouchement chez l'adolescente mais peu d'étude a Kayes. Vue l'ampleur du phénomène et de ses complications materno-fœtales, nous avons initié ce travail chez les adolescentes, à l'hôpital Fousseyni Daou de Kayes.

II-OBJECTIFS

1. Objectif général

Etudier les complications obstétricales chez l'adolescente au service de gynécologie-obstétrique de l'hôpital Fousseyni Daou de Kayes.

2. Objectifs spécifiques

- Déterminer la fréquence des complications obstétricales chez l'adolescente.
- Déterminer les caractéristiques sociodémographiques et cliniques des adolescentes admises dans le service.
- Identifier les facteurs de risques liés à la grossesse et l'accouchement chez l'adolescente.
- Décrire les complications obstétricales de l'adolescente.
- Déterminer le pronostic materno-fœtal de l'accouchement chez les adolescentes.

III- GÉNÉRALITÉS

1- ADOLESCENCE

1-1 Définition de l'adolescence :

L'OMS considère que l'adolescence est la période de croissance et de développement humain qui se situe entre l'enfance et l'âge adulte [1].La

poussée hormonale de l'adolescence provoque une déstabilisation de l'équilibre de l'enfance qui a des conséquences sur tout le champ de la personnalité. Cette phase est marquée par des changements physiques (puberté puis fin de la croissance), affectifs (modification de la vie relationnelle), intellectuels (compréhension de la vie et de sa vie) et psychiques (recherche identitaire, acquisition progressive de l'autonomie).

Dans l'espèce humaine, l'adolescence correspond à une particularité biologique. Chez la plupart des espèces animales vertébrées, la croissance de l'individu est terminée avant la mise en route de la reproduction. L'adolescent est très différent des enfants de 6 -13 ans[10].

Ces deux fonctions sont consommatrices d'énergie. Chez l'espèce humaine, la reproduction est possible avant la fin de la croissance, ce qui induit une forte consommation d'énergie, et souvent une grande sensation de fatigue à cet âge. Cette fatigue adolescente est donc d'origine biologique, et ne doit pas être perçue comme de la paresse.

Le mot vient du verbe latin *adolescere* qui signifie grandir.

L'adolescence est une période longue dans les sociétés où l'acquisition d'autonomie est tardive, une scolarité longue retardant l'entrée dans la vie active. Les âges de l'adolescence varient selon la culture[10]:

- Aux Etats-Unis, elle est considérée comme ayant commencé à l'âge de quatorze ans, et achevé à 24 ans.
- En Grande Bretagne, le groupe des « teenagers » concerne la tranche d'âge 14-19 ans.
- En France, l'adolescence correspond souvent au passage au lycée (14-19 ans).
- Dans les pays occidentaux, cette phase se traduit souvent par des relations conflictuelles avec des parents dont l'autorité est rejetée.

Elle se traduit également par la fréquentation de groupes « copains » élaborant une culture commune (musique, loisirs, sport par exemple).

C'est une période pendant laquelle l'adolescent fait des expériences parfois extrêmes dans leur développement, cherchant à dépasser les limites connues.

Certains s'enflamment pour la spiritualité, l'amour, l'expérience de la sexualité, d'autres s'adonnent à la prise des substances ayant une action psychique (tabac, alcool, voire drogues douces et dures).

Enfin un petit nombre peut être tenté par des formes de criminalités. Parfois un même adolescent touche à toutes ces formes de découvertes.

- En Afrique, l'adolescence ne donne pas lieu en général à une remise en cause des relations avec les parents.
- La tradition Juive considère les membres de la communauté des adultes à 13 ans et cette transition est célébrée dans la cérémonie bar mitzvah.
- Au Japon, un jour de janvier est consacré au « passage à l'âge adulte »
- En Afrique et en Amérique latine l'adolescence est souvent l'âge des rites initiatiques qui renforcent l'intégration au monde des adultes.

L'adolescence est selon l'OMS « une période de transition entre l'enfance et l'âge adulte située entre 10 et 19 ans et qui se caractérise par des mutations physiologiques, morphologiques et psychosociales » [11,12].

1-2 Historique :

Si le mot à l'origine lui-même, adolescent existait déjà dans l'hème antique l'analogie s'arrête. Etymologiquement adolescent signifie « celui qui est en train de croître ». En fait, l'adolescence proprement dite est un concept original des sociétés occidentales lié au retard du mariage chez les jeunes. Ce concept s'installe à partir du 16ème siècle et se généralise au 18ème siècle[10]. Auparavant le mariage des filles avait lieu après leur première menstruation, leurs principales fonctions étant la maternité et l'éducation des enfants. Période brève dans les sociétés traditionnelles occidentales, l'adolescence à partir du 18ème siècle s'étend sur une période de plus en plus longue car l'âge de la puberté s'abaisse de génération en génération,[10,13], tandis que la longueur des études et les difficultés de l'insertion sociale et professionnelle retardent

l'entrée dans la vie adulte. De même le mariage de la jeune fille va se conclure plus tard vers 20 ans, du fait des difficultés économiques d'installation des jeunes ménages.

Ainsi prolongée, l'adolescence n'est plus un passage mais devient une période spécifique de la vie avec ses besoins culturels, éducatifs, sociaux et sanitaires. L'usage français ne reconnaît l'adolescence comme période particulière qu'à partir de cette époque où deux modèles d'adolescents apparaissent chérubin et conscrit. Le premier présente le jeune homme avec des caractères féminins, le second modèle met l'accent sur les qualités viriles [14].

Le 20ème siècle peut à juste titre être appelé le « siècle de l'adolescence », dans la société occidentale contemporaine. Il n'y a qu'à compter le nombre d'articles et de journaux qui s'y rapportent pour appréhender l'ampleur de ce concept.

Période reine pour certains, on y décrit largement ses besoins de santé, ces comportements, ces modes etc....

En France les adolescents de 10-19ans constituaient 15% de la population en 1984[10]. De cette importance démographique vient aussi l'originalité nouvelle de l'adolescence qui constitue une véritable classe sociale[15].

1-3 Les transformations au cours de l'adolescence :

🚦 La puberté féminine :

Etymologiquement « pubère » signifie couvert de poils [16]. La puberté est caractérisée par le développement des caractères sexuels secondaires, le pic de la courbe de croissance, un changement morphologique psycho sexuel et moteur, un accroissement de la force et par la survenue de la fécondité grâce à la maturation des glandes endocrines sexuelles et de l'accroissement de leur sécrétion. La durée moyenne de la puberté est de 3 années.

🚦 Les modifications physiologiques :

La puberté ne se déclenche qu'une fois atteint un degré de maturation suffisant de l'ensemble de l'organisme qui peut se juger par l'âge osseux.

Pour d'autres auteurs le déterminisme de la puberté revient au système de

commande hypothalamo- hypophysaire par la maturation de l'hypothalamus et de l'hypophyse mais aussi celle des organes récepteurs[16,17].

L'hypothalamus dont la sensibilité exquise aux œstrogènes est déblocquée par cette maturation progressive sécrète la LH-RH ce qui stimule la sécrétion de la FSH et LH par l'hypophyse.

La production de ces deux gonadotrophines est dissociée dans le temps :

- En premier lieu survient la sécrétion de FSH qui stimule et induit la maturation des follicules ovariens qui sécrètent des œstrogènes.

Cette élévation quantitative de la FSH commence en moyenne vers 10 ans et atteint en deux à trois ans les taux existants chez l'adulte[10].

Les cycles en l'absence de LH seront anovulatoires et très irréguliers pendant quelques mois voire quelques années : c'est la période des premières ménarches.

- Puis survient environ un an plus tard, la sécrétion de LH qui par son pic ovulatoire déclenche l'ovulation proprement dite et assure la transformation du follicule post ovulatoire en corps jaune, sécrétant œstrogène et progestérone. La LH ne pouvant agir que sur le follicule préalablement préparé par la FSH est indispensable à la maturation complète du follicule.

Alors les cycles deviennent ovulatoires et réguliers, ce dont témoigne la courbe thermique bi phasique : la jeune fille a acquis la faculté de procréer alors même que la croissance n'est pas encore entièrement terminée. La puberté est accomplie. Pendant cette période on observe chez la jeune fille une augmentation du taux plasmatique d'œstradiol et d'œstrone alors que la production des androgènes (d'origine essentiellement surrénalienne mais aussi ovarienne dans une moindre mesure) avec des taux plus élevés chez les filles que chez les garçons (les productions hormonales sont inversement proportionnelles chez les garçons).

Les mutations morphologiques :

Il s'agit d'une série de phénomènes qui sont :

- **Les modifications sexuelles :**[16,18].

Le développement des seins, l'apparition de la pilosité pubienne puis axillaire.

- Le développement des organes génitaux externes : le mont de vénus devient proéminent, les grandes et petites lèvres s'hypertrophient, croissent et se pigmentent, la fente vulvaire s'horizontalise, le clitoris se développe et devient érectile.

- Le développement des organes génitaux internes : la muqueuse vaginale s'épaissit, le PH vaginal s'acidifie, l'utérus et les ovaires augmentent de volume.

- L'apparition des ménarches qui survient avant même que ne soit terminée la maturation de l'utérus. Les premières menstruations correspondent aux cycles anovulatoires et durent 1 à 2 ans.

- La poitrine : Le bouton mammaire se développe, l'aréole s'agrandit et la glande mammaire bombe un peu.

- La pilosité : Le duvet de la région pubienne s'épaissit et les poils apparaissent. Les aisselles aussi se couvrent de poils.

- La silhouette : Le déclenchement de l'activité hormonale se caractérise par une poussée de croissance et une prise de poids. La silhouette se féminise la taille s'affine et les hanches s'arrondissent. La poussée de la croissance précède les règles.

- Les règles : L'âge moyen des 1ères menstruations est d'environ 12,5 ans. Elles apparaissent selon les cas entre 9- 15 ans.

Elle est illustrée par la classification de Tanner.

Les seins : degré d'évolution de S1- S5.

S1 : glande nulle, pas de développement mammaire

S2 : bourgeon mammaire retro aréolaire

S3 : la glande dépasse l'aréole qui s'accroît, se bombe et se pigmente.

S4 : seins bien développés mais il persiste un œdème de l'aréole

S5 : seins de femme adulte avec aréole plate, pilosité pubienne.

Pilosité pubienne

P1 : absente

P2 : quelques poils bruns et épais

P3-1 : pilosité pubienne fournie couvrant le mont de venus

P3-2 : pilosité pubienne fournie couvrant le mont de venus et les grandes lèvres.

P4 : pilosité pubienne rectangulaire respectant la ligne inguinale

P5 : pilosité pubienne rectangulaire dépassant la ligne inguinale

Pilosité axillaire.

On va d'A1 (pas de poils) à A5 aisselle bien fournie en poils.

○ **La croissance staturo - pondérale et pelvienne :** [19,20]

Pour mieux comprendre la physiologie de la grossesse chez les adolescentes ainsi que les facteurs de risque il convient de rappeler les différents éléments qui interviennent dans le déterminisme de la grossesse ; d'où l'anatomie du canal pelvi- génital. La croissance s'accélère pendant que l'aspect général de la jeune fille se modifie pour aboutir à la silhouette féminine. Au début la croissance est surtout staturale et intéresse d'abord les os longs puis le rachis.

La croissance passe en moyenne de 4 cm à 7 cm par an.

Le pic se situe en moyenne entre 12,5-13 ans chez les filles.

Les diamètres bi acromiaux et bi-trochantériens sont alors identiques.

Le développement rapide du bassin par l'accroissement du diamètre bi trochantérien et la répartition des graisses singulièrement au niveau de la ceinture pelvienne, succèdent à cette étape et sont responsables de l'aspect féminin de l'adolescente vers l'âge de 13 ans.

Par la croissance staturo-pondérale et pelvienne se trouve réalisée en quelques années la silhouette féminine de l'adolescente avec une ceinture pelvienne plus large et plus lourde sur la ceinture scapulaire. Ces transformations conduisent l'adolescente à une réévaluation de son image corporelle. Elle doit accepter sa nouvelle image et s'y adapter. Une maturation psychosociale est nécessaire.

❖ **Le canal- pelvi- génital**

C'est l'espace parcouru par le fœtus lors de l'accouchement. Il est constitué de deux parties : - bassin osseux - Bassin mou ou diaphragme pelvi périnéal.

1. Bassin osseux

Le bassin osseux ne termine définitivement sa configuration que vers la 23ème année de vie bien que la forme adulte soit atteinte vers 16 ans[21]. C'est un ensemble rigide composé par la réunion de 4 os

- le sacrum et le coccyx en situation médiane en arrière
- les 2 os iliaques situés latéralement et en avant
- devant le pubis
- latéralement les ailerons

Le bassin osseux comporte 2 parties

* Le grand bassin : partie large, situé entre les ailes des os iliaques. Son intérêt obstétrical est quasi insignifiant.

* le petit bassin : cette partie est appelée excavation pelvienne. Son importance est fondamentale dans l'accouchement. On décrit à ce niveau 3 plans qui seront traversés par le fœtus lors de l'accouchement :

- L'orifice d'entrée ou détroit supérieur
- L'excavation proprement dite au niveau de laquelle il y a le détroit moyen
- L'orifice de sortie ou détroit inférieur

1.1-Détroit Supérieur

C'est une ceinture osseuse qui sépare le grand bassin du petit bassin. Il est limité en arrière par le promontoire latéralement par les lignes innominées et en avant le bord supérieur du pubis. Le repère essentiel au niveau du détroit supérieur est le promontoire qui est la saillie que fait l'os sacré en s'articulant avec la dernière vertèbre lombaire (L5).

Forme et Classification

a) **Bassin Gynécoïde** Dans le sexe féminin, le détroit supérieur a généralement une forme circulaire. Cette forme-là plus fréquente est la plus favorable au plan obstétrical. Au niveau du détroit supérieur, le promontoire constitue une saillie à

direction antérieure et latérale. Il existe de part et d'autre une dépression : ce sont les sinus sacro-iliaques. C'est cette disposition qui fait que l'arc postérieur du bassin au niveau du plan du détroit supérieur n'est pas régulier tandis que l'arc antérieur est concave en arrière et régulier. Au niveau du détroit supérieur on décrit les diamètres suivants :

- Le diamètre antéro-postérieur ou diamètre utile ou promonto-retro-pubien (PRP) : =10,5 cm dans un bassin normal.
- Le diamètre transverse médian ou (TM) : passe par le milieu du bassin et perpendiculaire au PRP .TM= 13 cm.
- Le diamètre transverse oblique ou (TO) : qui va de l'éminence iliopectinée au sinus sacro iliaque du côté opposé. Il y a ici deux diamètres latéraux .TO= 12 cm L'indice de MAGNIN : Il renseigne sur le pronostic de l'accouchement par l'appréciation de la perméabilité pelvienne. Indice de MAGNIN= TM + PRP > 23 cm.
- Le pronostic de l'accouchement est favorable s'il est > 23 cm.
- Incertain, s'il est compris entre 21 – 22cm.
- Mauvais, s'il est < 20 cm.

b) Autres types de bassins Selon la classification de Caldwell et Molloy

- **Bassin platypelloïde** : TM est très important mais le PRP est réduit.
- **Bassin anthropoïde** : PRP est plus grand que le TM ce type de diamètre est souvent rencontré en Afrique.
- **Bassin androïde** : forme triangulaire avec une concavité exagérée dans sa partie postérieure et la partie antérieure est fortement rétrécie. C'est le bassin des hommes, sans intérêt obstétrical.

Importance obstétricale du détroit supérieur : Le détroit supérieur constitue le 1er obstacle que doit franchir le fœtus plus précisément la présentation (partie du fœtus qui se présente la tête dans l'aire du détroit supérieur). Le franchissement du détroit supérieur s'appelle l'engagement. On dit qu'une

présentation est engagée lorsque sa plus grande circonférence a franchi le détroit supérieur.

1.2- Excavation ou détroit moyen : C'est la partie du bassin où la présentation effectue sa descente et sa rotation.

Elle est limitée :

- En avant par la face postérieure du pubis
- En arrière par le sacrum et le coccyx
- Latéralement par les bords inférieurs des formations musculaires et tendineuses ischio-pubiennes, l'ischion, le bord inférieur de l'échancrure sciatique et le trou obturateur. Au niveau de l'excavation, on note la présence d'une saillie correspondant aux épines sciatiques situées de part et d'autre par lesquelles passe le plan du détroit moyen.

Forme :

Vue de Face : L'excavation forme un canal à peu près régulier. A mi- chemin, les épines sciatiques constituent un rétrécissement léger : c'est le plan du détroit moyen mesuré par la distance entre les deux plans iliaques (distances bi-épineux) donne une valeur de 10,8 cm.

Vue de Profil : L'excavation forme un canal courbe à concavité antérieure.

Importance Obstétricale du détroit moyen :

Le fœtus évolue dans le canal pelvien en procédant à une descente mais aussi à une rotation axiale. Pour que ces mouvements et ces déplacements soient faciles, il est important que la concavité sacrée soit favorable, que les épines sciatiques ne soient pas trop saillantes ce qui va arrêter la progression de la présentation.

1.3- Détroit inférieur Il a une forme losangique à grand axe antéro- postérieur.

Situation : Il est limité :

- en avant par le bord inférieur de la symphyse pubienne
- en arrière par le coccyx.

- Latéralement par le bord inférieur des branches ischio-pubiennes, le bord inférieur des tubérosités ischiatiques, le bord inférieur des ligaments sacro-sciatiques. On lui décrit 3 diamètres principaux :

- Diamètre sous-coccyx-sous pubien : 9,5 cm mais souvent 11 cm voire 12 cm en cas de rétropulsion du coccyx.

- Diamètre sous sacro-sous pubien : 11 cm

- Diamètre transverse bi-ischiatique : 11 cm, relie les faces internes des tubérosités ischiatiques.

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

- L'INDICE DE BORELL : qui permet de juger la qualité de l'orifice inférieur du bassin. : Bi-ischiatique + sous-sacro-sous pubien + sous coccy-sous pubien
Si l'INDICE de BORELL supérieur à 31cm le pronostic est bon. Par contre s'il est inférieur à 29,5 la dystocie est à craindre.

2. Bassin mou

Il est composé de fibres musculaires formées d'un hamac qui soutient les viscères du petit bassin à savoir : vessie, utérus, rectum. Il constitue un plancher représentant un obstacle que le fœtus doit franchir pour se dégager des voies génitales. Il y a 2 plans.

- Plan profond : c'est celui des muscles releveurs de l'anus.

- Plan superficiel : c'est celui des muscles périnéaux plus précisément les muscles transverses superficiels et profonds du périnée.

Importance obstétricale du bassin mou : Au cours de l'accouchement, la présentation dans un 1er temps entre en contact avec les faisceaux internes des muscles releveurs de l'anus qui participent ainsi à la rotation en faisant correspondre le grand axe de la présentation à celui de l'axe antéro-postérieur de la fente des boutonnières, dans un 2ème temps au fur et à mesure que la

présentation descend la boutonnière s'élargit grâce à un écartement sur les côtés des muscles du périnée mais aussi à leur étirement.

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

Les mutations psychosociales :

Les variations hormonales per-pubertaires auraient un effet sur le comportement des adolescentes[16].

Sur le plan sexuel la force de ces pulsions s'accroît alors que s'intensifient les interdits sociaux en matière de comportements. Cela pourrait expliquer, surtout en milieu urbain, l'activité sexuelle précoce des jeunes avec son cortège de conséquences.

Sur le plan affectif, on assiste à la naissance de nouvelles amitiés.

L'adolescent s'éloigne peu à peu de ses parents pour tisser de nouvelles relations avec des personnes de son âge. Les incertitudes quant à son identité et en l'avenir sont au premier plan de ces préoccupations. Il éprouve le besoin de s'exprimer en tant qu'individu. Mais, en même temps, la tentation est grande de se conformer au groupe d'adolescent de son âge.

Sur le plan intellectuel et moral, la pensée de l'adolescent passe du concret à l'abstrait. Il devient capable de formuler les hypothèses ou des propositions en l'absence de référence concrète. Il cherche à édifier des idées et des opinions qui ne sont pas toujours approuvées par les adultes de son entourage.

Il revendique alors une autonomie décisionnelle et une liberté de conduite s'estimant assez « grand » pour régler lui-même sa vie. Le potentiel intellectuel et moral dont l'adolescent est désormais muni, fait de lui une source d'énergie et de créativité[22].

Ainsi l'adolescence apparaît comme une période d'acquisition, de créativité, d'expériences nouvelles, de turbulence idéologique et surtout d'instabilité comportementale.

1-4 Adolescence et santé de la reproduction :

○ Définition de la santé de reproduction :

A la conférence de Caire (CIPD-1994) le consensus a été fait sur la définition suivante : on entend par santé en matière de reproduction, « le bien-être général, tant physique que mental et social de la personne humaine pour tout ce qui concerne l'appareil génital, ses fonctions et son fonctionnement et non pas seulement l'absence de maladies ou d'infirmités »[23].

○ Composantes de la santé de reproduction :

Les différentes conférences ont toutes reconnues que la santé de la reproduction intéresse désormais :

- La santé de la mère.
- La santé de l'enfant.
- La santé des jeunes.
- La santé des hommes.

○ Problèmes de la santé de reproduction des adolescents :

- L'activité sexuelle précoce.
- Les viols et autres agressions sexuelles.
- Les grossesses précoces.
- Les grossesses non désirées.
- Les infections sexuellement transmissibles.
- Les avortements provoqués.
- Les complications de la grossesse et de l'accouchement.
- Les urgences gynécologiques.

1-5 Grossesse et Adolescence

a-Grossesse

La grossesse est le développement d'un corps étranger (fœtus) au sein de l'organisme maternel. Sous l'influence des nouvelles conditions causées par le développement du fœtus, des modifications nouvelles et complexes surviennent dans l'organisme maternel. Ces modifications sont physiologiques: elles

favorisent le développement normal du fœtus, préparent l'organisme maternel à l'accouchement et à l'allaitement du nouveau-né [24]. Depuis la fécondation jusqu'à l'accouchement, la durée de la grossesse est de 9 mois soit 38 à 42 semaines d'aménorrhées. Mais cette évolution peut être émaillée de divers évènements pouvant influencer sur le devenir de la grossesse, ce sont :

- Les infections uro-génitales
- Les infections parasitaires notamment le paludisme
- Les vomissements gravidiques pouvant entraîner un état de dénutrition.
- L'anémie.

Ces symptômes pris séparément ou associés constituent des accidents au cours de l'évolution de la grossesse. Une prise en charge correcte est sans conséquence sur la mère et le fœtus.

b- Accouchement

Elle résulte de l'ensemble des phénomènes physio-dynamiques et hormonaux qui ont pour conséquence la sortie du fœtus et de ses annexes hors des voies génitales maternelles à partir du moment où la grossesse a atteint son terme théorique de 285 + 10 jours dit à terme. L'accouchement commence souvent de longues heures avant la naissance. Il se décompose en trois phases[21] :

- La première est la dilatation qui comprend l'effacement, la dilatation lente jusqu'à 5- 6 cm d'ouverture du col et la dilatation rapide jusqu'à 10 cm.
- La deuxième est l'expulsion du fœtus.
- La troisième est la délivrance qui correspond à l'expulsion du placenta et des membranes.

Au cours du travail d'accouchement apparaissent les contractions d'abord de façon intermittente, plus ou moins rapprochées et douloureuses. Ensuite, elles vont être de plus en plus longues, elles favorisent l'effacement et l'ouverture du col utérin et la sortie de fœtus.

D'autres fois l'accouchement se fait par césarienne (Voie haute) lorsque surviennent des complications pouvant mettre en jeu le pronostic vital du fœtus et /ou de la mère.

Ce sont :

- Les syndromes vasculo-rénaux : Toxémie gravidique, éclampsie, hématome retro-placentaire.
- Les dystocies dynamiques et mécaniques
- Les hémorragies, procidence du cordon battant etc.

c- Problèmes liés à la survenue de grossesse chez l'adolescente :

1) Avortement spontané

C'est l'accident le plus fréquent en pathologie obstétricale. C'est celui qui survient de lui-même en dehors de toute emprise locale ou générale volontaire. Lorsqu'il survient avant 14 semaines d'aménorrhée, on parle d'avortement spontané précoce. Entre 14 et 28 semaines, c'est l'avortement spontané tardif. Parmi les causes on peut citer l'hypotrophie des organes génitaux, tel le cas chez l'adolescente dont les organes génitaux ne sont pas arrivés à maturité.

2) Avortement provoqué clandestin

C'est celui qui survient à la suite de manœuvres ou entreprises destinées à interrompre la grossesse avant la fin de la 28ème semaine [20]. Il est fréquent mais cette fréquence est difficile à établir à cause de ses caractères clandestins. Ces avortements sont motivés par plusieurs raisons : sous l'effet de la peur, de la honte ou du désespoir, beaucoup de jeunes filles sont prêtes à risquer leur vie pour mettre fin à une grossesse accidentelle. Elles ont recours à un avortement illicite, souvent pratiqué par une personne non qualifiée et dans de mauvaises conditions ou alors elles tentent de se faire avorter, de leurs propres moyens en employant des doses excessives de médicaments, en buvant des produits détergents. A travers le monde l'avortement est un phénomène trop courant parmi les adolescentes. Selon des estimations de l'OMS, le nombre d'IVG pratiqué chaque année sur des jeunes se situe entre 1 à 4,4 Millions[1]. Si tous

les avortements clandestins ne sont pas nécessairement dangereux, force est de reconnaître qu'ils sont malgré tout, associés à des taux élevés de maladies et de décès. Les avortements pratiqués dans de mauvaises conditions peuvent entraîner une hémorragie, une infection, une synéchie utérine.

3) l'accouchement prématuré

L'accouchement prématuré est celui qui survient entre la fin de la 28^{ème} semaine d'aménorrhée et la fin de la 37^{ème} semaine d'aménorrhée. Chez les adolescentes, force est de reconnaître qu'il y a un nombre de prématurité, des petits poids de naissance dus en particulier à l'hypotrophie utérine. On peut citer aussi la toxémie gravidique, l'éclampsie, les dystocies mécaniques et dynamiques etc...

4) Les accouchements dystociques

Un âge de moins de 18 ans est facteur de dystocie parmi d'autres [25]. Au cours du travail d'accouchement, on peut distinguer deux types de dystocies :

Dystocie dynamique : c'est l'ensemble des anomalies fonctionnelles de la contraction et de la dilatation du col. Elle survient lorsqu'il existe des obstacles au passage du fœtus.

Dystocie mécanique : elle s'installe lorsqu'il y a une mauvaise adaptation du fœtus au bassin maternel. Les diamètres du mobile fœtal sont supérieurs à ceux du bassin maternel. On parle alors de disproportion foeto-pelvienne.

5) Les syndromes vasculo-rénaux Toxémie gravidique ou pré-éclampsie :

Elle est caractérisée par la triade suivante : des œdèmes, une protéinurie, et une hypertension artérielle. Elle survient chez une primipare sans antécédents vasculo-rénaux et dans le dernier trimestre de la grossesse.

A n'importe quel moment dans l'état pré-éclamptique, une crise éclamptique peut se déclencher. L'éclampsie est la phase suprême de la toxémie gravidique. Elle est consécutive à la pré-éclampsie. Elle survient le plus souvent au cours du travail d'accouchement et plus rarement au cours de la grossesse. Quelques fois,

elle se déclenche après l'accouchement. Sa fréquence est particulièrement élevée chez les primipares.

Ces dystocies qu'elles soient dynamiques ou osseuses ainsi que la crise éclamptique nécessitent souvent une césarienne pour sauver la mère et l'enfant.

6) La césarienne : C'est une intervention chirurgicale qui consiste à extraire le fœtus par voie haute après ouverture de l'utérus gravide.

2-LES URGENCES OBSTETRIQUES CHEZ L'ADOLESCENTE

2-1- Définition :

Il est couramment admis que :

- la pathologie obstétricale regroupe toutes les pathologies survenant chez la femme enceinte, à partir de la 28^{ème} semaine d'aménorrhée. Elle comporte donc aussi bien les pathologies du pré partum mais aussi celle du per, et post partum [21].

L'urgence obstétricale peut donc se définir comme toute pathologie du système de regroupement de la femme survenant pendant la grossesse, le travail, l'accouchement, les suites de couches et qui menace la vie ou l'avenir fonctionnel de la mère et /ou celle du produit de conception[26]. Elle nécessite souvent une prise en charge médicale ou chirurgicale rapide sans laquelle le couple mère enfant serait en péril. Un diagnostic rapide et une conduite tenue adéquate dans les minutes qui suivent l'admission de la patiente, sont les garants d'une bonne prise en charge.

Dans le cadre de notre étude, nous proposons une classification exclusive prédéfinie par rapport aux données de la littérature et à la spécificité des urgences obstétricales chez l'adolescente :

2-2. La pathologie gravidique et puerpérale

2-2.1. Les grossesses pathologiques

- Les pathologies liées à la grossesse :

- Vomissements gravidiques

- Avortement /menace d'avortement
 - La grossesse extra utérine (GEU)
 - Les maladies trophoblastiques : môle hydatiforme
 - La menace d'accouchement prématuré (MAP)
 - Les syndromes vasculo-renaux : toxémie, éclampsie
 - Hématome retro-placentaire (HRP)
 - Hydra amnios, oligoamnios
 - Dépassement de terme
 - Placenta prævia
- Les pathologies associées à la grossesse.
- Anémie et grossesse
 - Infections et grossesse : paludisme, infection urinaire, VIH etc. ...
 - Autres pathologies générales et grossesses : traumatisme, tentative de suicide, drépanocytose, cardiopathie, pneumopathie, ictère, diabète...

2-2.2. Les complications du travail et de l'accouchement :

- Les dystocies dynamiques
- Les dystocies mécaniques :
- Maternelles : osseuse, parties molles
 - Fœtales : présentations dystociques, macrosomies.
 - Mixtes : disproportion foeto-pelvienne
 - Diverses : procidence du cordon battant, diaphragme vaginal, obstacle prævia
- Les complications traumatiques de l'accouchement
- Rupture utérine, syndrome de pré rupture
 - Déchirure des parties molles
 - Accidents urinaires traumatiques
- Les complications hémorragiques de l'accouchement
- Hémorragie de la délivrance

- Rétention placentaire
 - Atonie utérine
 - Placenta accréta
- La pathologie puerpérale :
- Infections puerpérales : abcès du sein, endométrite, infection des annexes, pelvipéritonite, thrombophlébite suppurée ...
 - Infection parasitaire : paludisme.
- Pathologies cardio-vasculaires : éclampsie du post-partum
- Pathologies hématologiques : anémie du post-partum
- Pathologies hémorragiques : hémorragie du post-partum
- Pathologies psychiatriques : psychoses puerpérales.

✚ Pourquoi ces complications sont-elles plus graves chez les adolescentes que chez les adultes ?

Les complications décrites ci-dessus ne sont en aucun cas limitées aux adolescentes. Les femmes plus âgées souffrent des mêmes complications. De plus la situation des adolescentes varie selon leur situation familiale et le soutien qu'elles reçoivent pendant la grossesse et l'accouchement. Les normes sociales et culturelles peuvent limiter l'accès des adolescentes (mariées et non mariées) aux informations et aux services de santé avant, pendant et après l'accouchement. Plusieurs raisons expliquent néanmoins pourquoi les complications sont plus graves chez les adolescentes :

- Les jeunes adolescentes n'ont pas la maturité biologique suffisante pour supporter l'effort imposé par une grossesse. Tout d'abord, sur le plan physique, leurs os iliaques ne sont pas complètement formés, ce qui peut entraîner une disproportion foeto-pelvienne. Ensuite, la croissance des jeunes adolescentes peut se poursuivre pendant la grossesse. En d'autres termes, la mère et le fœtus ont tous les deux besoins des nutriments nécessaires à leur croissance et à leur développement. Si la croissance et le développement de l'adolescente ont été affectés par la sous-nutrition pendant l'enfance, elle va entamer sa grossesse

avec des carences nutritionnelles ainsi qu'avec une croissance et un développement insuffisant renforçant ainsi le risque de complications. Enfin, les adolescentes ne sont pas psychologiquement prêtes à être mères, ce qui peut entraîner des troubles de la santé mentale tels que la dépression.

- Par rapport aux femmes plus âgées, les adolescentes sont moins habilitées à prendre des décisions sur des sujets liés à leur santé (ainsi que sur d'autres sujets). Si elles sont mariées, le mari est généralement vieux, mieux éduqué et subvient aux besoins de la famille. Dans certaines sociétés, la mère et ou les sœurs du mari ont parfois plus d'influence dans la prise de décisions concernant les questions domestiques que sa jeune épouse. Lorsqu'elles ne sont pas mariées, elles doivent subir la honte d'une grossesse avant le mariage. Souvent, elles n'ont pas le droit de s'exprimer et peuvent être exclues de la famille. Dans d'autres communautés les adolescentes enceintes sont envoyées chez des parents éloignés jusqu'à l'accouchement. Dans de telles circonstances, il y a peu de chance pour que les adolescentes bénéficient du soutien psychologique et pratique dont elles ont besoin.

- En général, les adolescentes se rendent plus tardivement et moins dans des établissements de santé pour recevoir des soins prénatals. Les facteurs socioéconomiques ont, de toute évidence, une influence majeure sur le recours aux soins prénatals, tout comme la stigmatisation associée à la grossesse avant le mariage.

- Dans plusieurs pays, les adolescentes non mariées cachent leur grossesse le plus longtemps possible. Par ailleurs, les adolescentes mariées peuvent ignorer jusqu'à l'intérêt des soins prénatals et, dans le cas contraire, n'y ont parfois pas accès. Autrement dit, les adolescentes ne bénéficient pas d'un service dont le rôle positif a été prouvé.

- Dans de nombreux endroits, les adolescentes accouchent à domicile. Elles ne se rendent ou ne sont transportées à l'hôpital qu'en dernier recours souvent avec de graves complications. Les facteurs qui y concourent sont :

- Les normes sociales et culturelles peuvent leur imposer d'accoucher à domicile ;
- Elles craignent parfois les hôpitaux ;
- Elles peuvent avoir entendu des histoires dissuasives de mauvais traitement par le personnel hospitalier (notamment le personnel de la salle de travail) ;
- Elles ne peuvent parfois pas payer les frais d'hospitalisation, voir le coût du transport privé pour s'y rendre. Dès lors, un problème qui pourrait être évité ou traité rapidement dans un hôpital peut s'avérer très dangereux lors d'un accouchement à domicile.
- Dans certaines nations, les adolescentes enceintes, notamment celles qui ne sont pas mariées sont confrontées à un manque de respect de la part des membres du personnel médical et infirmier ainsi que des membres du personnel administratif et des autres catégories de personnel. Par ailleurs, peu de membres du personnel médical ont des connaissances requises pour la prise en charge des adolescentes en période de grossesse. Par conséquent, les consultations prénatales et l'expérience de l'accouchement peuvent être désagréables pour la jeune femme et s'avérer en outre inadaptées sur le plan technique.

2-2.3. Prise en charge des adolescentes pendant la grossesse, l'accouchement et le post-partum :

Il y a beaucoup à faire pour réduire les problèmes et pour améliorer la santé de la mère et de l'enfant (à naître), à savoir un diagnostic précoce de la grossesse et une grande efficacité en matière de soins prénatals, de prise en charge lors du travail, de la délivrance et du suivi post-partum.

➤ Diagnostic précoce de la grossesse :

Le diagnostic précoce de la grossesse est une première étape importante qui permet d'orienter les adolescentes vers des soins prénatals. Les prestataires des soins de santé et les autres adultes régulièrement en contact avec les

adolescentes, dont les membres de la famille, ont ensemble la responsabilité d'instaurer un environnement favorable au sein duquel elles se sentent capables de parler de leur situation. Les prestataires des soins de santé doivent être conscients qu'une jeune adolescente ne sait pas toujours qu'elle est enceinte, peut-être qu'elle ne se souvient pas des dates de sa dernière période menstruelle ou parce que ses règles sont irrégulières. Il faut aussi savoir que, si une adolescente n'est pas mariée, elle va peut-être vouloir cacher sa grossesse, voir l'interrompre. Connaître ces éléments et être à la recherche des signes révélateurs de grossesse précoce (tels que les nausées) va permettre d'établir un diagnostic précoce de la grossesse et de délivrer les soins et le soutien dont l'adolescente a besoin. Un contact régulier avec le système de soins de santé accroît les chances de déceler et de traiter des problèmes qui affectent couramment les adolescentes enceintes. L'hypertension due à la grossesse peut être facilement détectée. L'hypertension non compliquée peut être prise en charge lors des consultations externes. En cas de complications (telles que la pré-éclampsie, l'éclampsie et le décollement placentaire), la patiente doit être dirigée vers un hôpital. L'anémie et le paludisme peuvent également être détectés et traités par des soins prénatals réguliers. Les consultations prénatales constituent aussi une bonne occasion de dépister les IST telles que la syphilis et de fournir le traitement adéquat. Elles permettent aussi de fournir des compléments alimentaires en cas de sous-nutrition. Il est important de souligner que les données relatives à l'efficacité des compléments alimentaires sur l'augmentation du poids de naissance restent limitées. Enfin, les consultations prénatales peuvent permettre d'identifier les adolescentes, notamment les très jeunes qui risquent d'accoucher avant terme, bien qu'il existe peu de moyen d'y remédier[25]. Les soins prénatals ne devraient pas se limiter à la détection et au traitement des problèmes. Ils constituent une bonne occasion de fournir des informations et des conseils dont les adolescentes ont besoin. L'OMS préconise au moins quatre consultations prénatales pour toutes les femmes enceintes[1].

Ces recommandations s'adressent particulièrement aux adolescentes, notamment celles non mariées qui requièrent un plus grand soutien. Les soins prénatals offrent aussi la possibilité d'identifier les besoins et de délivrer les services d'aide sociale. La dispense des honoraires de consultation et la fourniture de médicaments tels que les antipaludiques et les compléments alimentaires gratuits, vont leur permettre de bénéficier de soins prénatals.

➤ **Conseils pendant la grossesse**

Comme indiqué ci-dessus, les prestataires de soins de santé devraient chercher à comprendre la situation dans laquelle se trouvent leurs clientes adolescentes et leur fournir les informations dont elles ont besoin. En outre, les adolescentes enceintes ont parfois des questions et des préoccupations qui leurs sont propres. Elles doivent avoir l'occasion de les soulever et d'en parler.

- La situation de l'adolescente y compris sa situation familiale et socioéconomique, le soutien dont elle bénéficie de la part de son mari et /ou partenaire, des membres de sa famille, de ses amis et d'autres personnes ;

- Les possibilités qui s'offrent à elle à la fin de la grossesse (dans certains endroits, il existe notamment des procédures discrètes visant à placer l'enfant à l'adoption peu après la naissance) :

- Le soutien dont elle a besoin et de services d'aide sociale auxquels elle a droit ;

- L'accès aux services de santé pour y recevoir des soins prénatals régulièrement et en cas d'urgence ;

- Les dispositions prises pour l'accouchement ;

- Les dispositions prises pour les soins du bébé ;

- Les projets personnels en matière de poursuite d'études ou de carrière professionnelle après l'accouchement.

- Les conseils doivent aussi intégrer les problèmes de santé propres à la personne. Il peut s'agir de conseils nutritionnels, prévenir le paludisme, l'anémie et arrêter de fumer (et de consommer d'autres substances psychotropes). Le VIH/Sida est un autre point essentiel. Comme indiqué ci-

dessus, les adolescentes présentent un risque accru de contracter le VIH et de transmettre l'infection à leurs enfants. Les services de conseils et de dépistage volontaire ainsi que les traitements antirétroviraux destinés à prévenir la transmission mère-enfant et à préserver la santé de la mère, sont disponibles dans un nombre croissant de pays. Il est important d'encourager les adolescentes à demander des conseils et un dépistage en matière de VIH. En plus de permettre l'accès au traitement antirétroviral afin de prévenir la transmission mère-enfant et de prévenir ou de réduire la prolifération du virus dans l'organisme, la connaissance du statut VIH va permettre aux adolescentes infectées de prendre les mesures nécessaires pour ne pas contaminer d'autres personnes. Pour celles qui sont VIH négatives, c'est l'occasion de rappeler le message de prévention en matière d'IST et de VIH.

➤ **Prise en charge du travail et de la délivrance :**

Lorsque la grossesse d'une adolescente se déroule sans incidents, que les complications, comme l'anémie, sont traitées correctement, que l'accouchement a lieu à terme et que le fœtus se présente par le sommet, l'accouchement ne présente pas de risques particuliers. En revanche si l'adolescente est atteinte d'anémie sévère, une hémorragie du post-partum peut s'avérer dangereuse. Les adolescentes très jeunes présentent un risque accru d'accouchement prématuré ainsi que de dystocie mécanique. En d'autres termes, bien que l'accouchement ne soit généralement pas plus risqué chez les adolescentes que chez les adultes, certaines adolescentes présentent à l'évidence des risques élevés liés à des causes spécifiques. En règle générale, si le travail s'annonce particulièrement risqué, il est conseillé de convaincre l'adolescente d'accoucher à l'hôpital. Dans certains pays, des centres d'accueil pour futures mères ont été fondés afin de permettre aux femmes qui nécessitent un accouchement à l'hôpital de ne pas courir le risque d'accoucher à domicile. Des recommandations relatives à la fourniture de soins lors d'un accouchement normal ont été publiées par l'OMS [1]. En plus de l'observation et du suivi, le fait d'apporter un soutien à la femme

et à son partenaire (ou son compagnon) est très important, surtout chez les adolescentes. Des études ont montré que le soutien attentif et permanent d'une infirmière ou d'une sage-femme lors d'un accouchement se révèle très bénéfique pour la mère et pour l'enfant[25].

➤ **Suivi du post-partum :**

Le suivi du post-partum comprend la prévention, le diagnostic précoce et le traitement des complications postnatales chez la mère et l'enfant. Il intègre aussi la fourniture d'informations et de conseils sur l'allaitement maternel. L'alimentation de la mère et de l'enfant, la contraception et la prise en charge du bébé [27]. La mère adolescente aura besoin d'apprendre à s'occuper d'elle et de son bébé. Le suivi du post-partum est d'autant plus important que de nombreuses adolescentes, notamment celles en situation sociale précaire, ne reçoivent pas les soins postnatals appropriés ou le soutien de leur partenaire et de leur famille.

➤ **Contraception :**

Beaucoup de grossesses rapprochées ne sont pas prévues et résultent de l'absence ou de l'insuffisance d'efforts en matière de contraception[28]. Le post-partum est une bonne occasion de prendre des mesures concrètes en matière de prévention de la grossesse et de promouvoir la double protection fondée sur l'utilisation de préservatifs.

➤ **Alimentation de la mère :**

Les adolescentes qui allaitent ont besoin d'une alimentation appropriée leur permettant de satisfaire les besoins de leur propre organisme, ainsi que des besoins supplémentaires nécessaires à la production du lait maternel.

➤ **Allaitement maternel :**

L'OMS a publié des recommandations sur l'allaitement maternel[27]. Une jeune adolescente, notamment lorsqu'elle n'est pas mariée a généralement besoin de soutien pour pouvoir allaiter correctement. Entre 5 et 20% des enfants nés de mères séropositives risquent de contracter le VIH par le biais de

l'allaitement maternel, en fonction de divers facteurs. Chaque mère infectée par le VIH devrait recevoir des conseils, notamment des informations sur les risques et les avantages des différentes possibilités d'alimentation du nourrisson, ainsi que des recommandations spécifiques lui expliquant comment choisir l'option la mieux adaptée à sa situation. La décision finale doit revenir à la mère qui a besoin d'être appuyée dans son choix. Lorsque l'alimentation artificielle s'avère réalisable, durable et sans risque, il est recommandé à toutes les mères infectées par le VIH d'éviter l'allaitement maternel. Dans les cas contraires, l'allaitement maternel est conseillé pendant les premiers mois puis doit être interrompu dès qu'un autre type d'alimentation devient envisageable[29].

➤ **Premières semaines et premiers mois d'une mère adolescente :**

De nombreuses adolescentes retrouvent, elles et leurs enfants, l'amour et le soutien de leur famille. Beaucoup d'autres n'ont pas cette chance. Leur situation sociale est souvent très précaire. Si la mère adolescente n'est pas mariée ou n'a pas de partenaire, elle peut avoir des problèmes avec sa famille et sa communauté qui lui reproche son comportement. Dans de telles circonstances, sa santé et son bien-être ainsi que ceux du bébé, sont menacés. Il a été prouvé que le fait de maintenir un contact permanent par le biais de visites à domicile permettait de réduire les taux d'atteintes et de mauvais traitements chez les enfants. Outre le soutien en matière de prise en charge du bébé, l'adolescente va bénéficier d'une aide afin de préparer son avenir, ce qui peut s'avérer à la fois enrichissant et difficile.

IV-METHODOLOGIE

1. Cadre d'étude

L'étude s'est déroulée dans le service de gynécologie obstétrique de l'hôpital Fousseyni Daou de Kayes.

a. Historique sur l'hôpital Fousseyni Daou de Kayes

L'HFD prend en charge les malades provenant des structures sanitaires du cercle de Kayes, des autres cercles de la région et des localités frontalières du Sénégal ; de la Mauritanie et de la Guinée Conakry.

Il comprend :

- Un service d'administration ;
- Un service de médecine ;
- Un service de gynécologie-obstétrique ;
- Un service de chirurgie (chirurgie A, chirurgie B, chirurgie pédiatrique, urologie et traumatologie) ;
- Un service de pédiatrie ;
- Un service des urgences et soins intensifs ;
- Un service d'ophtalmologie ;
- Un service d'odontostomatologie ;
- Un service d'oto-rhino-laryngologie ;
- Un service de dermatologie ;
- Un service de kinésithérapie-rééducation ;
- Un service de laboratoire et de pharmacie ;
- Un service d'imagerie médicale et radiologique ;
- La morgue
- Une buanderie

b. Le service de gynécologie et d'obstétrique

C'est un bâtiment construit en 2015 comprenant :

- . Une salle d'accouchement et de soins des nouveaux nés comportant ; cinq (5) tables d'accouchement et communiquant avec une toilette des parturientes
- . Une salle de garde
- . Une salle de travail
- . Une salle de réveil
- . Une salle de suites de couches
- . Une salle pour le major d'accouchement
- . Une salle de pansement des malades opérées
- . Une salle pour les étudiants en année de thèse
- . Une salle pour les manœuvres
- . Une salle de staff
- . Une salle de dépistage de cancer du col
- . Une salle de soins après avortement
- . Une salle pour le major de la consultation
- . Une salle pour le major d'hospitalisation
- . Une salle de consultation prénatale
- . Une salle de planification familiale
- . Une salle d'archivage
- . Trois (3) salles pour les consultations externes
- . Deux (2) salles VIP à un lit chacune
- . Une salle VIP à quatre (4) lits chacune
- . Trois salles d'hospitalisation d'une capacité de six lits chacune
- . Une salle réservée pour la néonatalogie (non fonctionnelle)
- . Un bloc opératoire (non fonctionnelle)
- . Quatre (4) toilettes dont deux (2) pour le personnel et deux (2) pour les malades

Le personnel se compose de :

- . Trois (3) médecins gynécologue-obstétriciens

. Quatre (4) étudiants de la faculté de médecine et d'odontostomatologie en année de thèse

. Dix (10) sages-femmes

. Trois (3) infirmières obstétriciennes

. Quatre (4) matrones

. Trois (3) manœuvres

Les activités du service sont programmées comme suites

Quatre jours de consultation externe

Trois jours de consultation prénatale

Une visite journalière des malades hospitalisées, après le staff quotidien

Un jour d'activités chirurgicales programmées (Jeudi)

Au niveau organisationnel du service de garde

La permanence est assurée par l'équipe de garde composée du gynécologue obstétricien ; un étudiant en année de thèse ; les externes ; une sage-femme ; une infirmière obstétricienne ; une matrone et un manœuvre.

L'équipe dispose de :

Trois (3) salles d'opérations fonctionnelles

Un kit de médicaments d'urgence permettant une prise en charge rapide de toutes les urgences obstétricales. Ce kit crée sur fonds propres de l'hôpital est remboursé par les patientes après l'intervention.

Un staff quotidien a lieu tous les jours ouvrables à 8h30 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 les 24 heures durant la garde.

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

Le service reçoit les urgences obstétricales et gynécologiques provenant des structures de santé situées dans un rayon de 250 Km et prend en charge les évacuations du CS Réf de Kayes, de certains cercles de la région et des localités frontalières du Sénégal, de la Mauritanie et de la Guinée Conakry.

2. Type d'étude :

Il s'agit d'une étude Prospective transversale à visée descriptive s'étend sur 12 mois allant du 1 Janvier 2018 au 31 Décembre 2018.

3. Population d'étude :

Toutes les adolescentes admises dans le service pour des urgences obstétricales

4. Echantillonnage :

L'étude a été menée pendant 12 mois consécutifs par un échantillonnage exhaustif en série continu. Autrement dit, toutes les adolescentes ont été incluses à chaque fois qu'elles étaient admises dans le service pour urgences obstétricales.

Taille minimale de l'échantillon :

La taille minimale de l'échantillon est de 169 cas, calculé grâce à la formule

suivante : $n = t^2 \cdot \frac{p(1-p)}{m^2}$

$t=2$; $p= 12\%$; $m=5\%$

4.1 Critères d'inclusion : ont été incluses

- ✓ Toutes les patientes âgées de 10 à 19 ans révolus ;
- ✓ Etant enceintes, en travail ou reçues dans les suites de couches ;
- ✓ Ayant présenté une pathologie /complications pendant la période gravidopuerpérale.

4.2 Critères de non inclusion : n'ont pas été incluses

- ✓ Toutes les patientes dont l'âge est inférieur à 10 ans et Supérieur à 19 ans ;
- ✓ Les patientes admises avant la période d'étude ;
- ✓ Patientes présentant des pathologies gynécologiques.

5. Variables étudiées :

Les variables suivantes ont été étudiées: âge, profession, ethnie, statut matrimonial, nombre de CPN, résidence, niveau d'instruction, mode d'admission, antécédents gynécologiques, obstétricaux, médicaux, chirurgicaux,

tension artérielle, taille, hauteur utérine, contraction utérine, bruits du cœur fœtal, terme de la grossesse, présentation du fœtus, type de présentation, bassin, mode d'accouchement, indication de césarienne, complication, poids du nouveau-né, Apgar, pronostic materno-fœtal.

6. Collectes des données :

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

- ✓ Dossiers obstétricaux
- ✓ Registres d'accouchement, registres d'hospitalisation, registres de compte rendu opératoire, d'avortement et des rapports d'audits de décès maternels.

7. Saisie et analyse des données :

Les données ont été saisies et analysées avec le logiciel SPSS version 20 française. Les calculs statistiques ont été effectués selon le test de khi² au seuil de signification de 0,05. Le test exact de Fischer a été utilisé lorsqu'une des valeurs observées était inférieure à 5. Le traitement de texte a été effectué à l'aide du logiciel Microsoft office 2013.

8. Considérations éthiques :

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

9- Définitions opérationnelles :

-Adolescente : Selon l'OMS, ce terme regroupe les personnes âgées de 10 à 19 ans.

-Complications obstétricales : Toutes pathologies apparaissant sur grossesse, en travail ou dans les suites de couches mettant en jeu le pronostic materno-fœtal.

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

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

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

- Paucigeste : c'est une femme qui a contracté entre 2 à 3 grossesses
- Multigeste : c'est une femme qui a contracté entre 4 à 5 grossesses
- Grande multigeste : lorsque le nombre de grossesse est ≥ 6
- Parité : c'est le nombre d'accouchement
- Nullipare : c'est une femme qui n'a jamais accouché
- Primipare : c'est une femme qui a accouché 1 fois
- Pauci pare : c'est une femme qui a accouché 2 à 3 fois
- Multipare : c'est une femme qui a accouché entre 4 à 5 fois
- Grande multipare : lorsque le nombre d'accouchement est ≥ 6
- 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 patiente admise directement dans le service sans passer par une autre structure ou un agent sanitaire.
- Evacuée : C'est lorsque la patiente est référée d'un service à un autre plus spécialisé dans un contexte d'urgence.
- Référée : C'est lorsque la décision de transfert et d'admission de la patiente se sont faites sans notion d'urgence.

V-RESULTATS

1. FREQUENCE

Pendant notre période d'étude nous avons enregistré 335 cas de complications obstétricales chez les adolescentes sur un nombre total de 1009 adolescentes admises dans le service de gynéco-obstétrique de l'Hôpital Fousseyni Daou de Kayes, soit une fréquence de 33,20%.

2. CARACTERISTIQUES SOCIO DEMOGRAPHIQUES

Tableau I : Répartition des patientes selon la tranche d'âge

| Tranche d'âge | Effectif | Pourcentage |
|----------------------|-----------------|--------------------|
| 13-15 ans | 36 | 10,7 |
| 16-17 ans | 130 | 38,8 |
| 18-19 ans | 169 | 50,5 |
| Total | 335 | 100 |

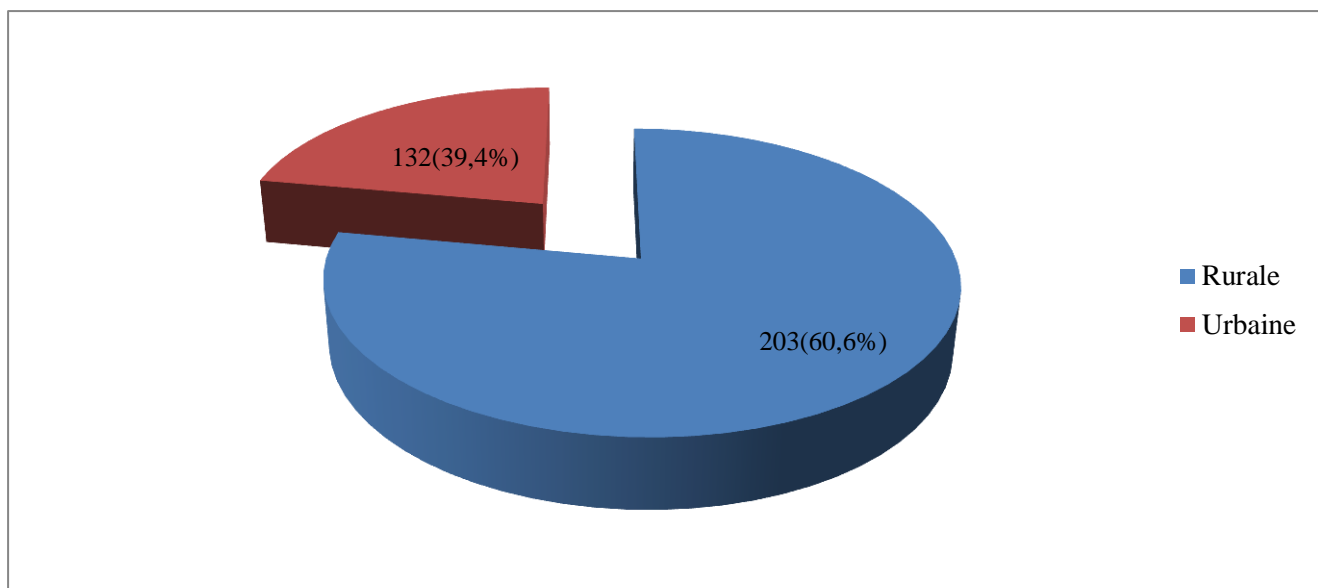


Figure 1: Répartition des patientes selon la résidence

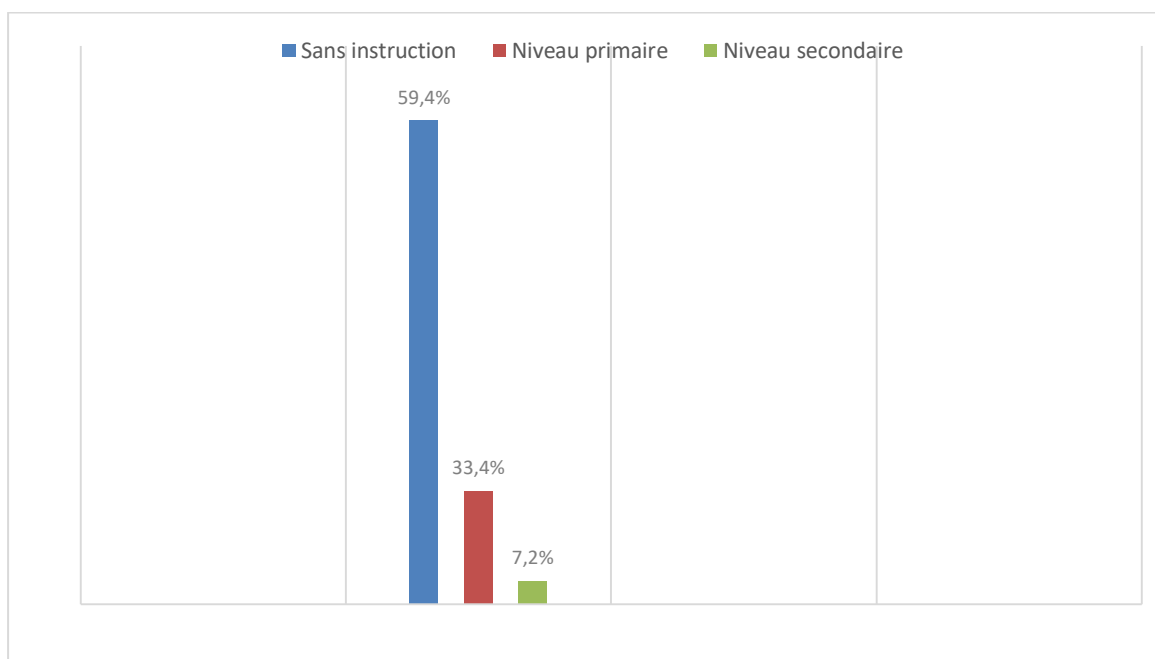


Figure 2: Répartition des patientes selon le niveau d'instruction

Tableau II: Répartition selon la profession

| Profession | Effectif | Pourcentage |
|-----------------|----------|-------------|
| Femme au foyer | 286 | 85,4 |
| Vendeuse | 12 | 3,6 |
| Elève/Etudiante | 37 | 11 |
| Total | 335 | 100 |

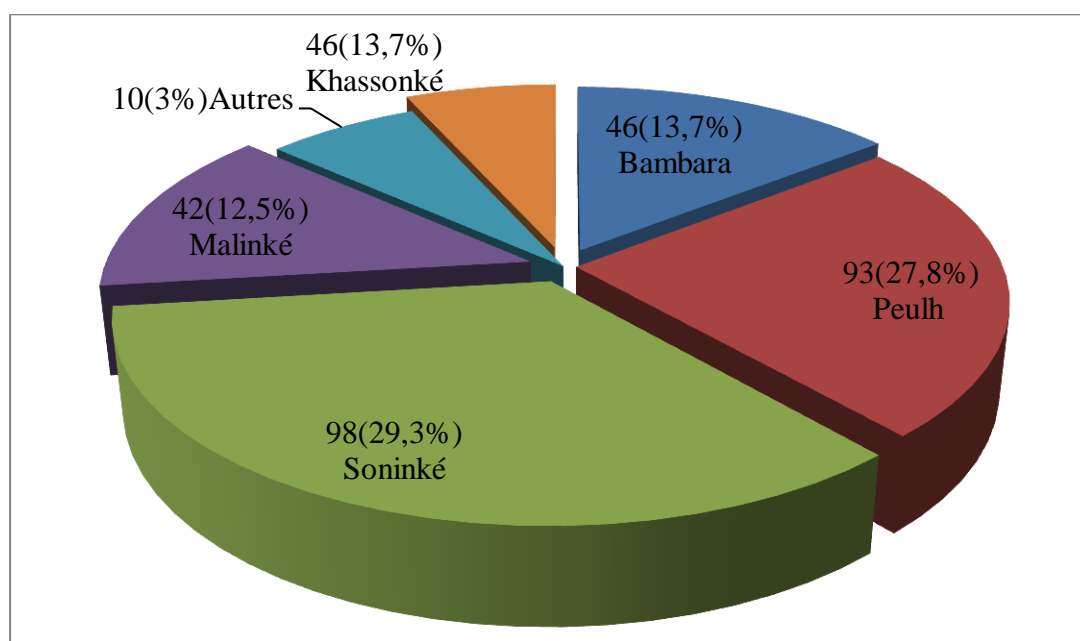


Figure 3: Répartition des patientes selon l'ethnie

Tableau III: Répartition selon le statut matrimonial

| Statut matrimonial | Effectif | Pourcentage |
|--------------------|----------|-------------|
| Mariée | 291 | 86,9 |
| Célibataire | 44 | 13,1 |
| Total | 335 | 100 |

3. CARACTERISTIQUES CLINIQUES

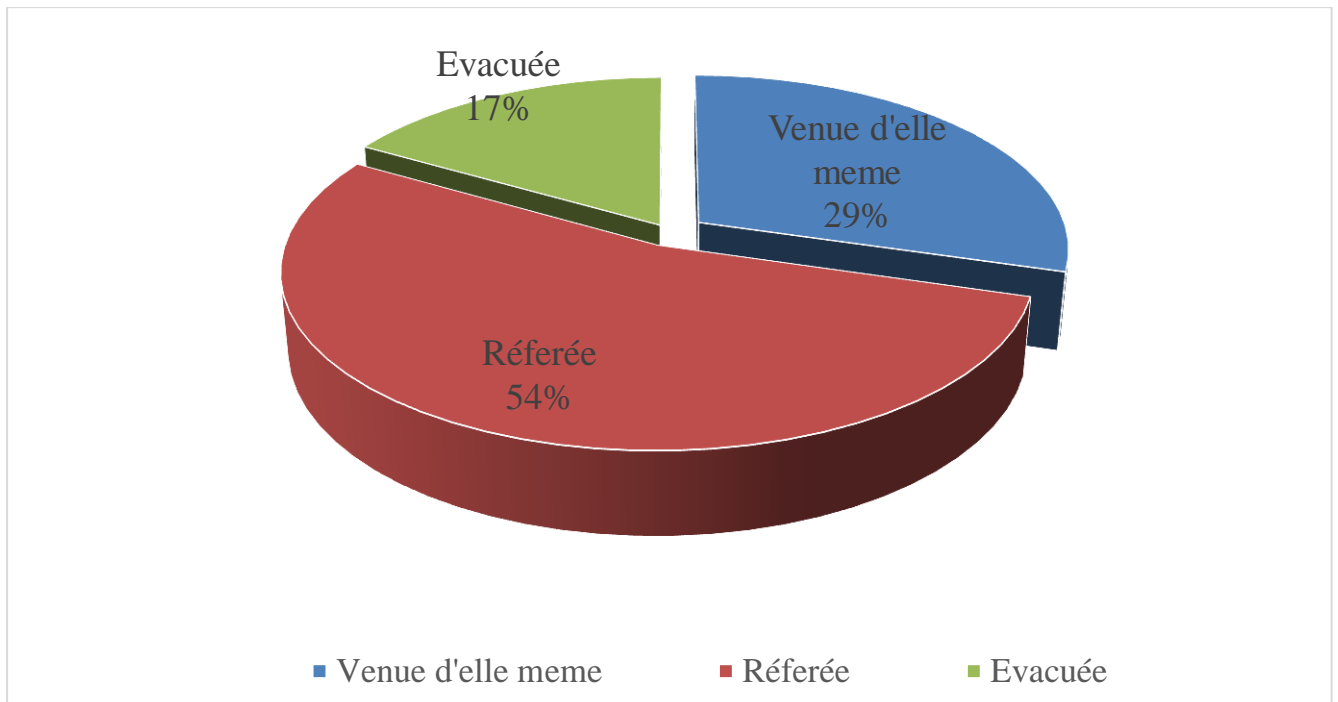


Figure 4: Répartition des patientes selon le mode d'admission

Tableau IV: Répartition des patientes selon le motif d'admission

| Motif d'admission | Effectif | Pourcentage |
|--------------------------|-----------------|--------------------|
| CUD | 60 | 18 |
| Anémie | 38 | 11,3 |
| Bassin immature | 6 | 1,8 |
| Convulsion | 17 | 5,1 |
| Dilatation stationnaire | 10 | 3 |
| Défaut d'engagement | 9 | 2,7 |
| HU Excessive | 9 | 2,7 |
| Saignement | 12 | 3,6 |
| Eclampsie | 51 | 15,2 |
| Travail prolongé | 6 | 1,8 |
| Utérus cicatriciel | 4 | 1,2 |
| Siège chez primigeste | 6 | 1,8 |
| Prééclampsie | 33 | 9,6 |
| SFA | 27 | 8,1 |
| Position transversale | 2 | 0,6 |
| Placenta Prævia | 6 | 1,8 |
| HPP | 8 | 2,4 |
| HRP | 9 | 2,7 |
| Bassin limite | 4 | 1,2 |
| GEU | 2 | 0,6 |
| BGR | 7 | 2,1 |
| RPM | 2 | 0,6 |
| DFP | 7 | 2,1 |
| Total | 335 | 100 |

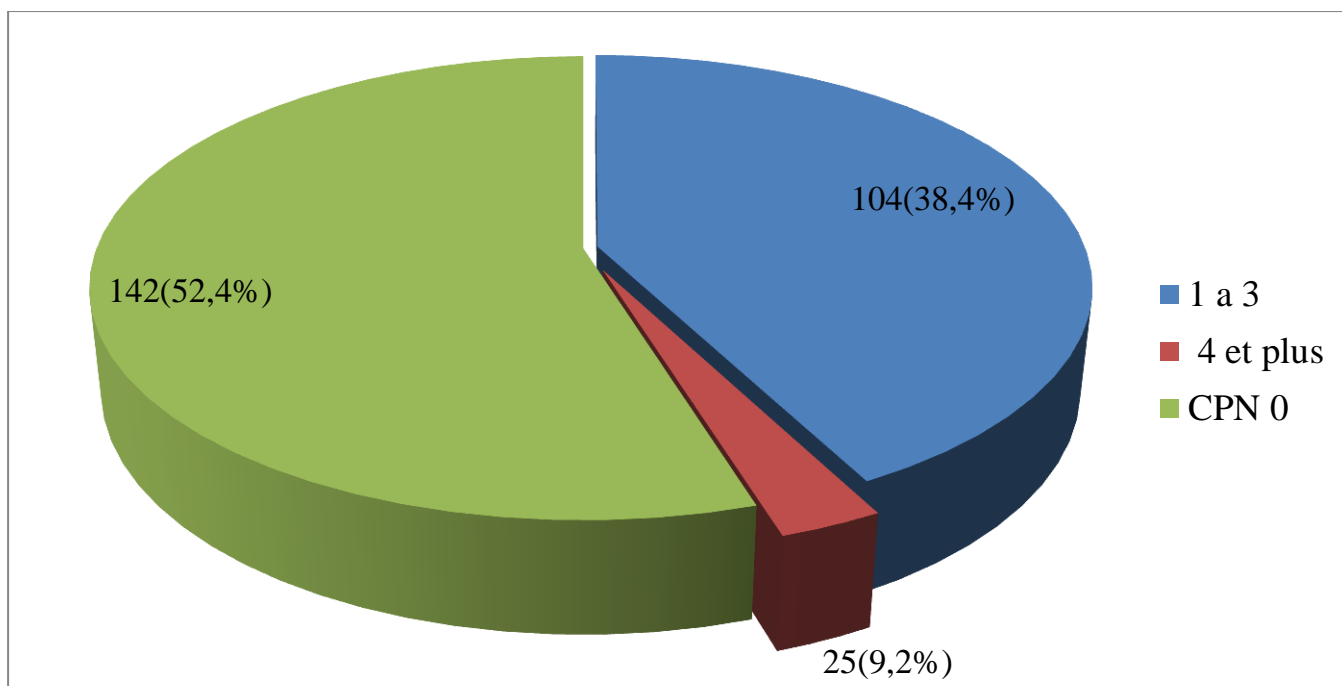


Figure 5: Répartition des patientes selon la réalisation de la CPN

Tableau V: Répartition selon les antécédents chirurgicaux

| ATCD Chirurgicaux | Effectif | Pourcentage |
|-------------------|------------|-------------|
| Césarienne | 13 | 3,9 |
| Laparotomie | 1 | 0,3 |
| Aucun | 321 | 95,8 |
| Total | 335 | 100 |

Tableau VI: Répartition selon les antécédents d'avortement

| ATCD Avortement | Effectif | Pourcentage |
|-----------------|----------|-------------|
| Oui | 8 | 2,4 |
| Non | 327 | 97,6 |
| Total | 335 | 100 |

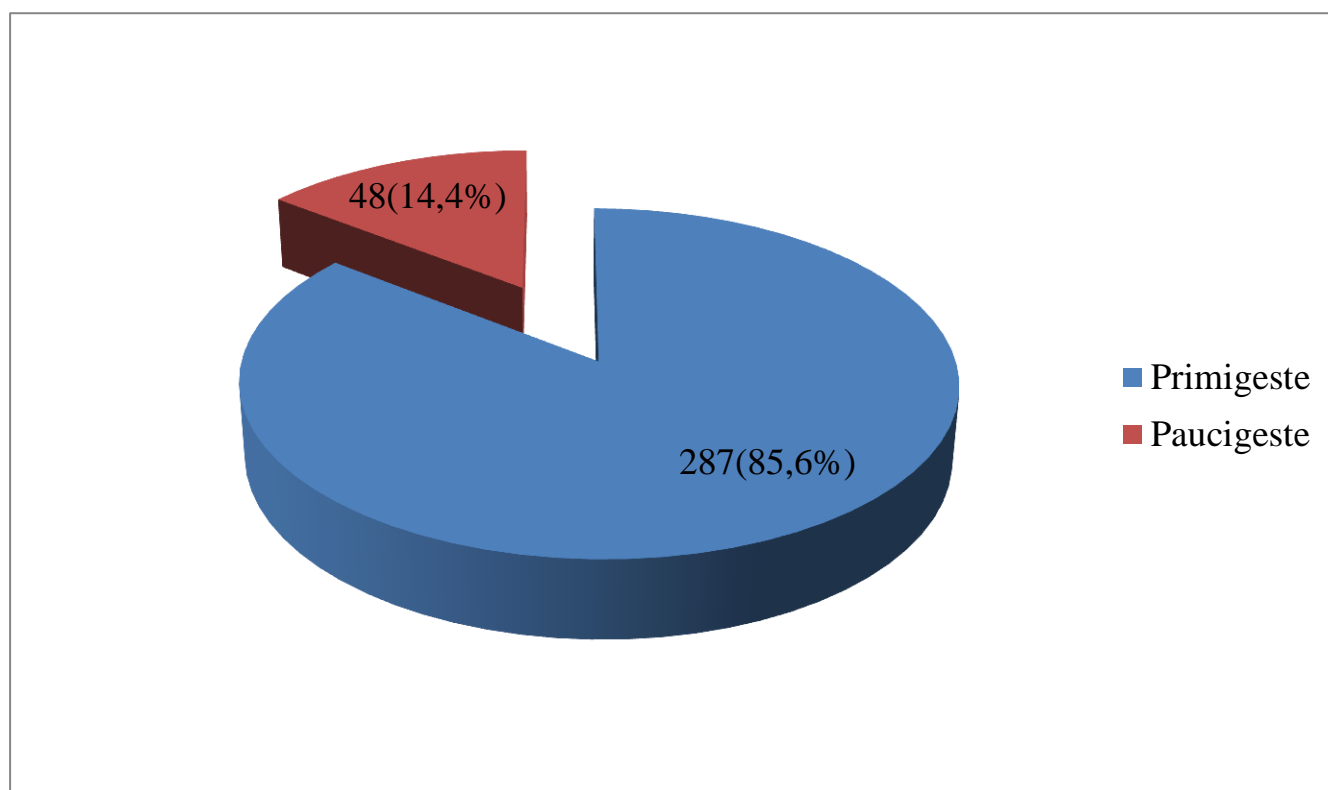


Figure 6: Répartition des patientes selon la Gestité

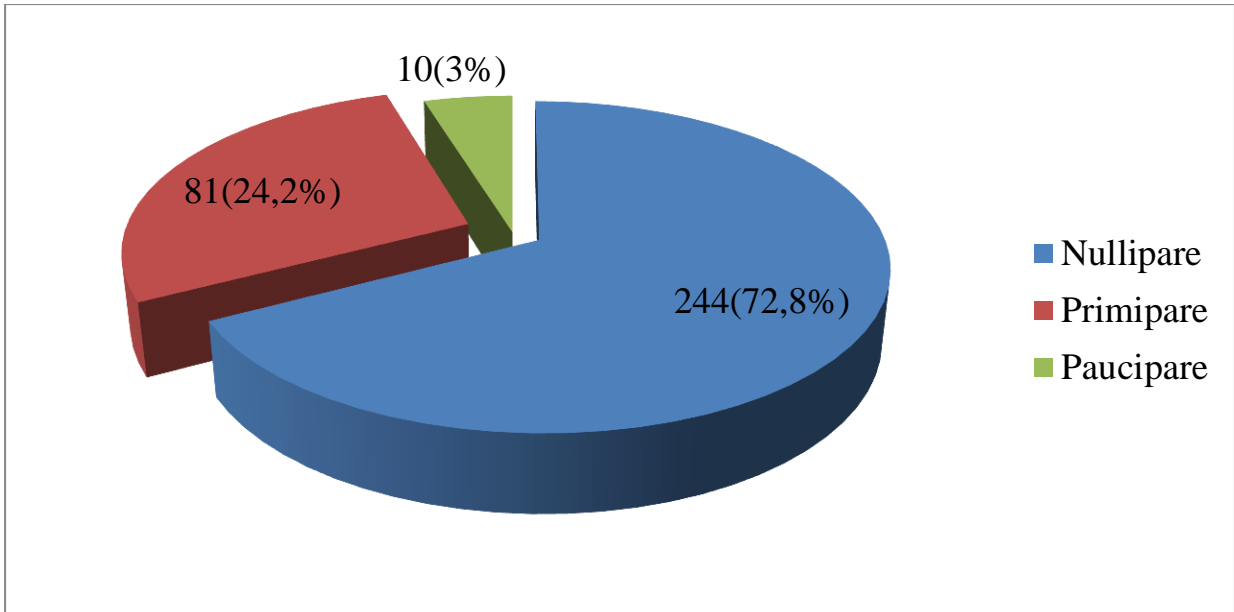


Figure 7: Répartition des patientes selon la Parité

La majorité de nos patientes était des nullipares soit 72,8%.

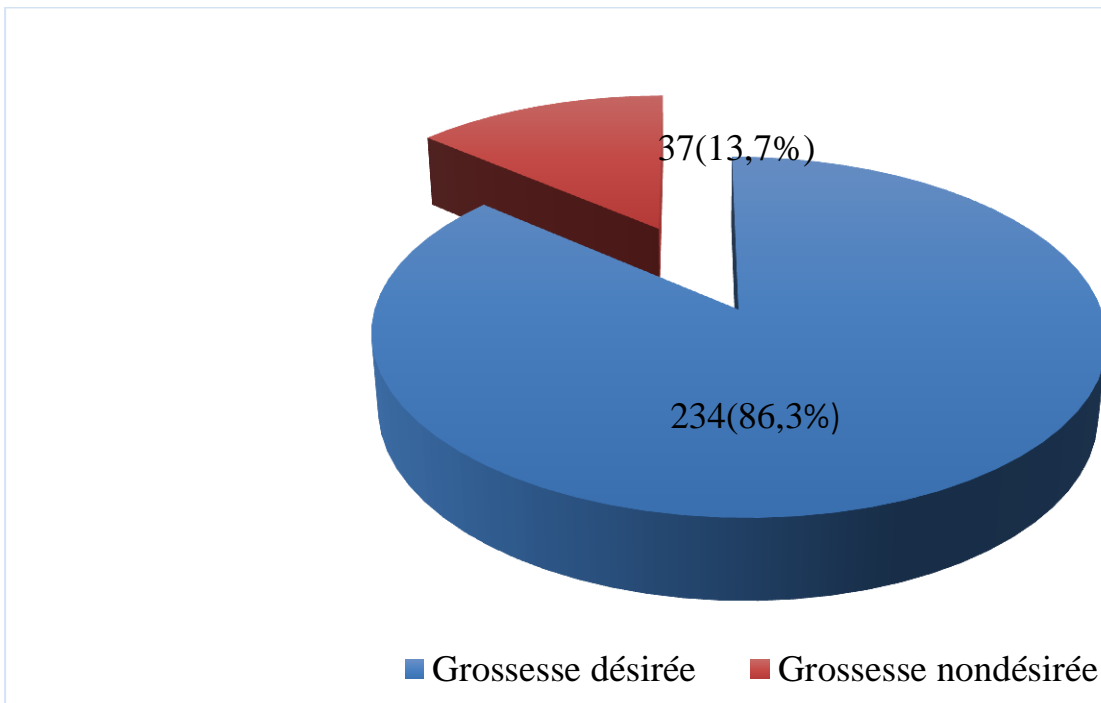


Figure 8: Répartition des patientes selon le contexte de survenue de la grossesse

Tableau VII: Répartition des patientes selon la taille

| Taille | Effectif | Pourcentage |
|---------------|-----------------|--------------------|
| <150Cm | 19 | 5,7 |
| >150Cm | 316 | 94,3 |
| Total | 335 | 100 |

Tableau VIII: Répartition des patientes selon l'état général à l'admission

| Etat général a l'admission | Effectif | Pourcentage |
|-----------------------------------|-----------------|--------------------|
| Bon | 264 | 78,8 |
| Passable | 67 | 20 |
| Altéré | 4 | 1,2 |
| Total | 335 | 100 |

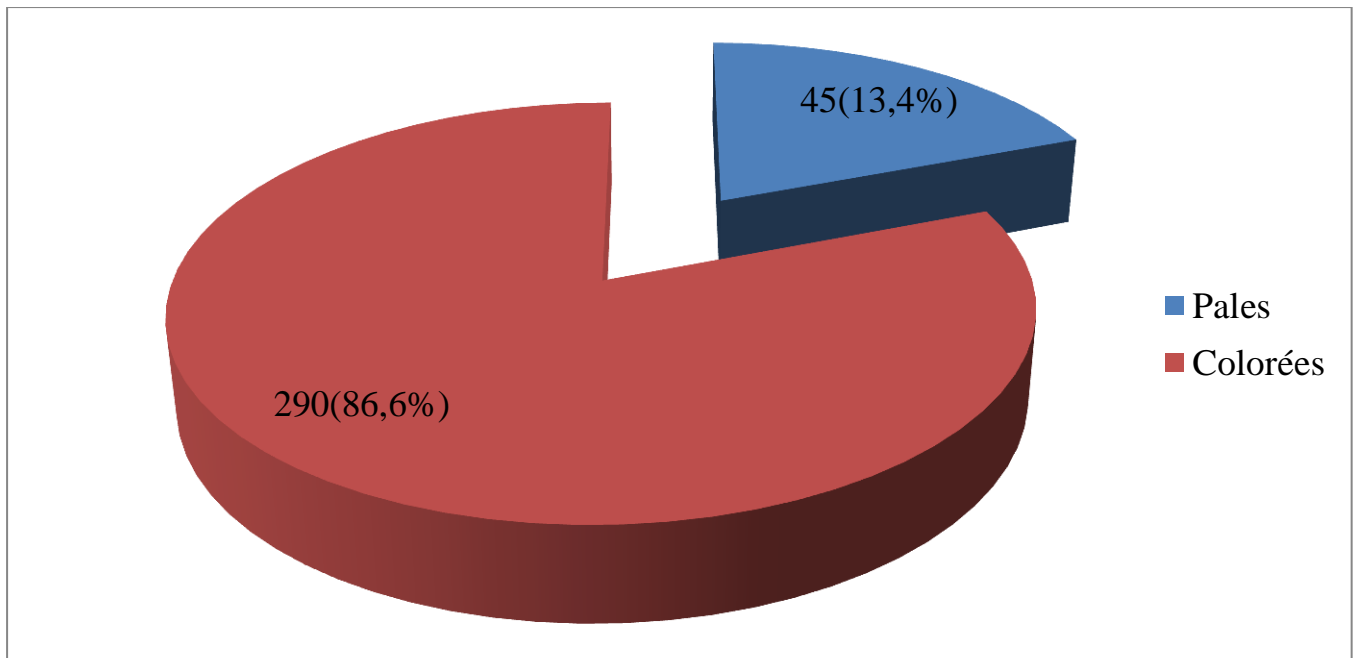


Figure 9: Répartition des patientes selon la coloration des conjonctives

Tableau IX: Répartition des patientes selon la survenue de crise convulsive

| Période de survenue | Effectif | Pourcentage |
|----------------------------|-----------------|--------------------|
| Grossesse | 50 | 14,9 |
| Travail | 15 | 4,5 |
| Post partum | 31 | 9,3 |
| Non | 239 | 71,3 |
| Total | 335 | 100 |

Tableau X : Répartition des patientes selon le terme de la grossesse

| Terme de la grossesse | Effectif | Pourcentage |
|------------------------------|-----------------|--------------------|
| Terme | 152 | 56,1 |
| Non à terme | 119 | 43,9 |
| Total | 271 | 100 |

Tableau XI: Répartition des patientes selon les BDCF à l'entrée

| BDCF à l'entrée | Effectif | Pourcentage |
|------------------------|-----------------|--------------------|
| Présents | 214 | 79 |
| Absents | 57 | 21 |
| Total | 271 | 100 |

Les BDCF étaient absents chez 57 patientes soit 21% des cas.

Tableau XII: Répartition des patientes selon le travail ou pas

| Travail | Effectif | Pourcentage |
|----------------|-----------------|--------------------|
| Oui | 114 | 42,1 |
| Non | 157 | 57,9 |
| Total | 271 | 100 |

La majorité des patientes n'était pas en travail soit 57,9%.

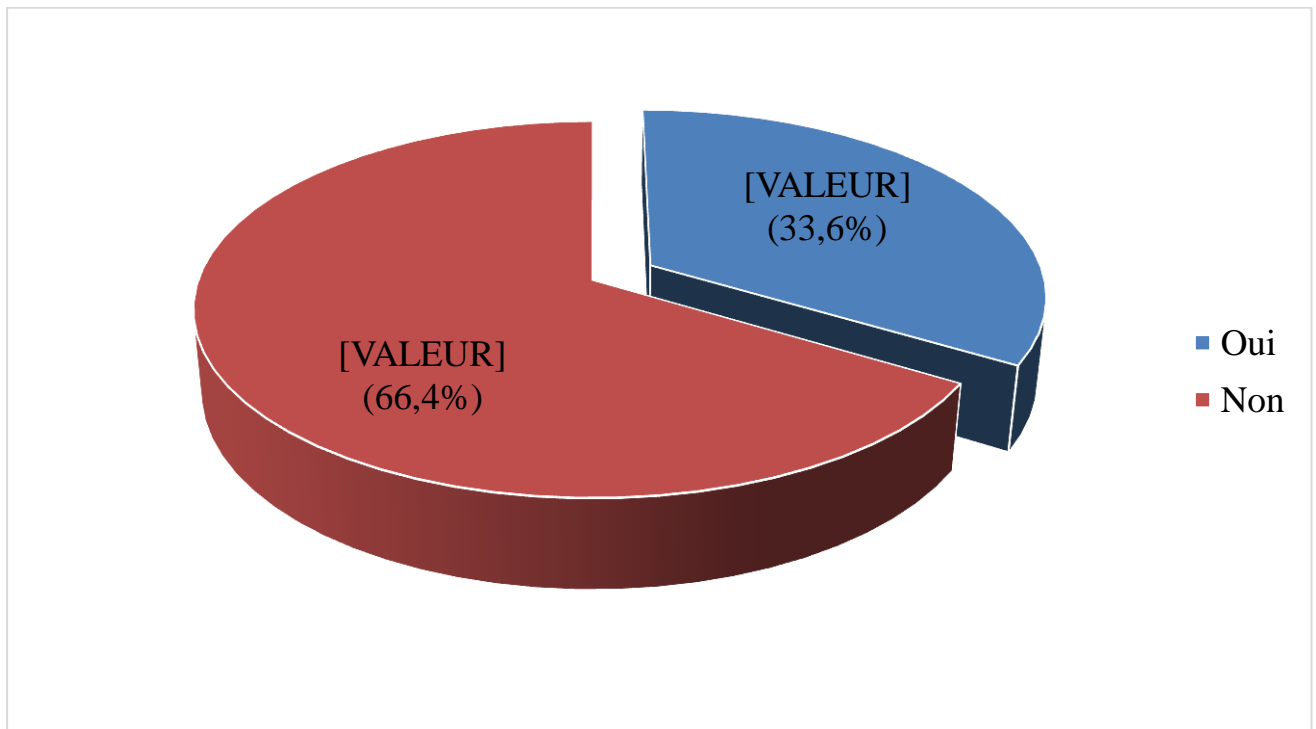


Figure 10: Répartition des patientes selon une anomalie du bassin

Le Bassin était anormal (BL, BGR) dans 33,6% des cas

Tableau XIII: Répartition des patientes selon le type de présentation

| Type de présentation | Effectif | Pourcentage |
|----------------------|----------|-------------|
| Céphalique | 193 | 90,2 |
| Siège | 17 | 7,9 |
| Transverse | 4 | 1,9 |
| Total | 214 | 100 |

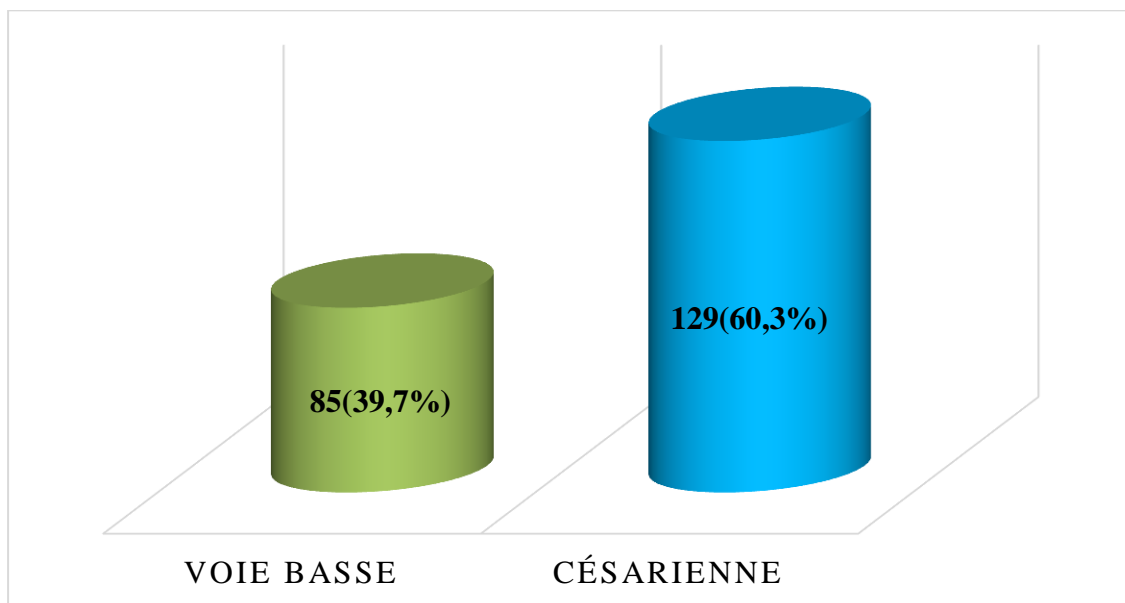


Figure 11 : Répartition des patientes selon la voie d'accouchement à l'hôpital

Tableau XIV: Répartition des patientes selon le mode d'accouchement par voie basse.

| Mode d'accouchement | Effectif | Pourcentage |
|--|-----------------|--------------------|
| Accouchement normal | 46 | 54,1 |
| Accouchement par ventouse +Episiotomie | 16 | 18,8 |
| Accouchement + Episiotomie | 23 | 27,1 |
| Total | 85 | 100 |

Tableau XV: Répartition des patientes selon le type d'anesthésie

| Type d'anesthésie | Effectif | Pourcentage |
|--------------------------|-----------------|--------------------|
| Anesthésie générale | 86 | 66,7 |
| Rachianesthésie | 43 | 33,3 |
| Total | 129 | 100 |

Tableau XVI: Répartition des patientes selon la qualification de l'anesthésiste

| Qualification de l'anesthésiste | Effectif | Pourcentage |
|---------------------------------|----------|-------------|
| Anesthésiste-réanimateur | 20 | 15,5 |
| Assistant médical | 109 | 84,5 |
| Total | 129 | 100 |

La majorité des anesthésies ont été effectuées par des assistants anesthésistes soit 84,5%.

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

| Indication de césarienne | Effectif | Pourcentage |
|-----------------------------------|-----------|-------------|
| Défaut d'engagement | 9 | 7 |
| BGR | 16 | 12,4 |
| DFP | 10 | 7,8 |
| Dilatation stationnaire | 1 | 0,8 |
| Eclampsie | 36 | 28 |
| HRP | 5 | 3,9 |
| SFA | 22 | 17 |
| Présentation de l'épaule | 2 | 1,5 |
| Suspicion de Macrosomie | 5 | 3,9 |
| Utérus cicatriciel/ bassin limite | 4 | 3,1 |
| Siège chez Primigeste | 7 | 5,4 |
| Placenta prævia recouvrant | 3 | 2,3 |
| Echec de l'épreuve du travail | 7 | 5,4 |
| IIG court/utérus cicatriciel | 2 | 1,5 |
| Total | 129 | 100 |

4. COMPLICATIONS

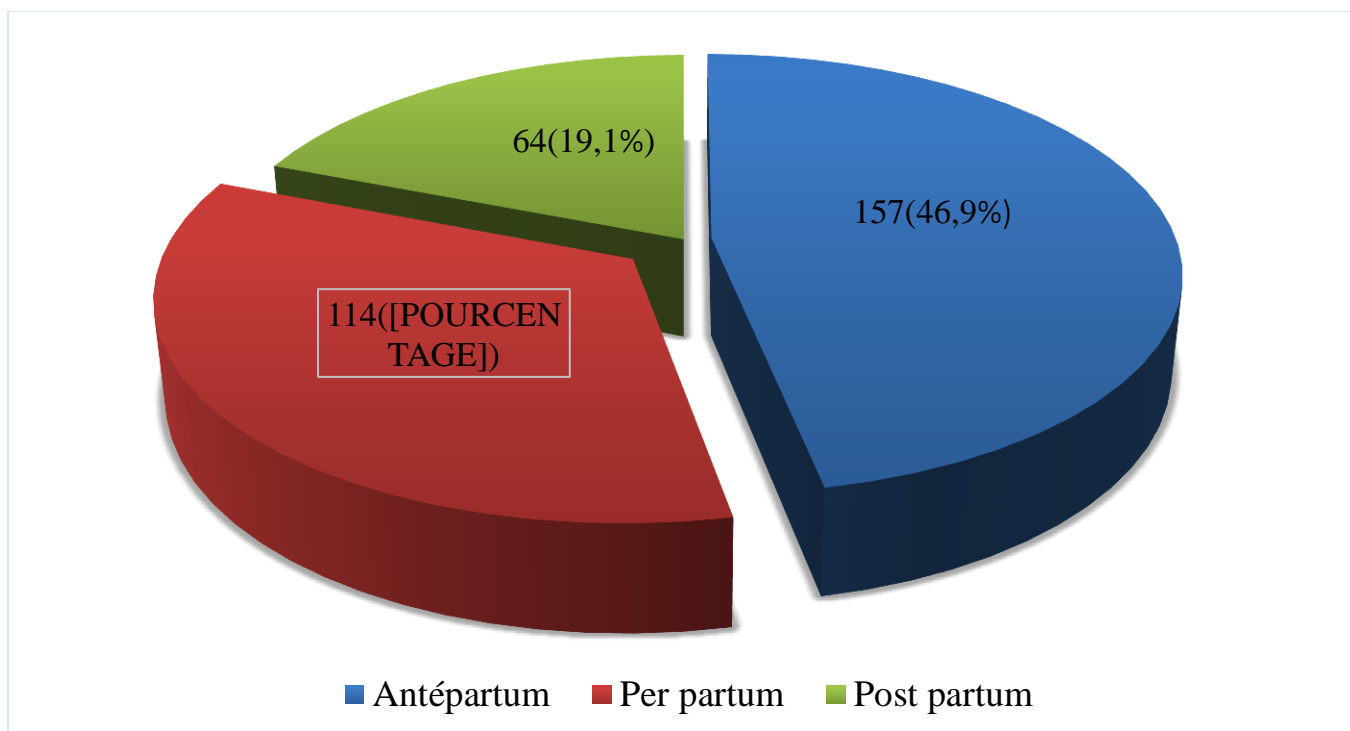


Figure 12 : Répartition des Complications selon la période gravidopuerpérale

Tableau XVIII: Répartition des complications pendant la grossesse

| Pendant la grossesse | Effectif | Pourcentage |
|--------------------------------|-----------------|--------------------|
| Menace d'avortement/avortement | 20 | 12,7 |
| Pré- éclampsie sévère | 18 | 11,5 |
| Anémie/grossesse | 27 | 17,2 |
| GEU | 4 | 2,5 |
| Grossesse molaire | 2 | 1,3 |
| Paludisme/grossesse | 8 | 5,1 |
| Placenta prævia | 9 | 5,7 |
| MAP | 4 | 2,5 |
| Eclampsie pré partum | 50 | 31,9 |
| HRP | 12 | 7,6 |
| RPM | 3 | 2 |
| Total | 157 | 100 |

Tableau XIX: Répartition des complications au cours du travail

| Au cours du travail | Effectif | Pourcentage |
|-------------------------------------|-----------------|--------------------|
| Défaut d'engagement | 9 | 7,8 |
| BGR | 16 | 14 |
| DFP | 10 | 8,7 |
| Dilatation stationnaire | 1 | 0,9 |
| Eclampsie per partum | 15 | 13,2 |
| HRP | 3 | 2,6 |
| SFA | 23 | 20,2 |
| Présentation de l'épaule | 2 | 1,8 |
| Macrosomie | 6 | 5,3 |
| Utérus cicatriciel et bassin limite | 5 | 4,4 |
| Siège chez Primigeste | 12 | 10,5 |
| Placenta prævia recouvrant | 1 | 0,9 |
| Echec de l'épreuve du travail | 7 | 6,1 |
| IIG réduit/utérus cicatriciel | 2 | 1,8 |
| Procidence du cordon | 2 | 1,8 |
| Total | 114 | 100 |

Tableau XX: Répartition des complications dans les suites de couches

| Suites de couches | Effectif | Pourcentage |
|------------------------------|-----------------|--------------------|
| Endométrite | 6 | 9,4 |
| Hémorragie du Post partum | 24 | 37,5 |
| Psychose puerpérale | 3 | 4,7 |
| Eclampsie Post partum | 31 | 48,4 |
| Total | 64 | 100 |

L'éclampsie et l'HPPI avaient été représentées avec 48,4% et 37,5%.

5. PRONOSTIC MATERNO-FŒTAL

Tableau XXI: Répartition selon le pronostic maternel

| Pronostic maternel | Effectif | Pourcentage |
|---------------------------|-----------------|--------------------|
| Guérison | 331 | 98,8 |
| Décédée | 4 | 1,2 |
| Total | 335 | 100 |

- 331 adolescentes ont bénéficié d'une sortie autorisée après guérison ou amélioration clinique, soit 98,8% des cas.

- Nous avons enregistré 4 cas de décès, soit 1,2%.

Tableau XXII: Répartition selon la durée de l'hospitalisation

| Durée de l'hospitalisation(J) | Effectif | Pourcentage |
|--------------------------------------|-----------------|--------------------|
| <1 | 46 | 13,7 |
| 1 à 7 | 280 | 83,6 |
| >7 | 9 | 2,7 |
| Total | 335 | 100 |

Tableau XXIII: Répartition des nouveau-nés selon l'état à la naissance

| Etat des Nnés | Effectif | Pourcentage |
|----------------------|-----------------|--------------------|
| Vivant | 183 | 85,5 |
| Mort-né frais | 30 | 14 |
| Mort-né macéré | 1 | 0,5 |
| Total | 214 | 100 |

Tableau XXIV: Répartition selon l'APGAR à la naissance

| APGAR à la naissance | Effectif | Pourcentage |
|-----------------------------|-----------------|--------------------|
| 0 | 31 | 14,5 |
| ≤7 | 24 | 11,2 |
| ≥7 | 159 | 74,3 |
| Total | 214 | 100 |

Tableau XXV: Répartition selon le poids à la naissance

| Poids à la naissance (g) | Effectif | Pourcentage |
|---------------------------------|-----------------|--------------------|
| ≤2500 | 62 | 29 |
| 2500-3999 | 145 | 67,8 |
| ≥4000 | 7 | 3,2 |
| Total | 214 | 100 |

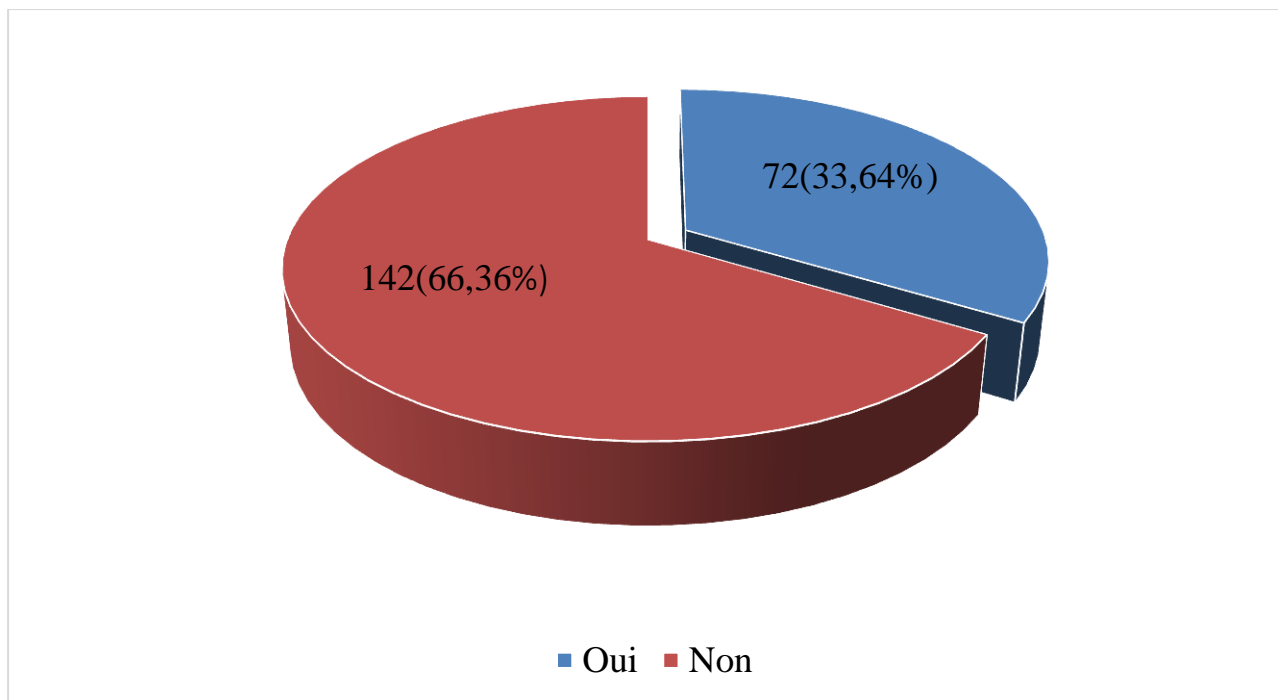


Figure 13 : Répartition selon la référence /évacuation des nouveau-nés

Tableau XXVI: Répartition des patientes selon l'âge et Complication au cours de la grossesse

| Complication au cours de la grossesse | Age (Ans) | | | |
|---------------------------------------|-----------|-----------|-----------|------------|
| | 13-15 | 16-17 | 18-19 | Total |
| Menace d'avortement /avortement | 2 | 9 | 9 | 20 |
| Prééclampsie/Eclampsie | 10 | 27 | 31 | 68 |
| Anémie/Grossesse | 3 | 11 | 13 | 27 |
| GEU | 0 | 1 | 3 | 4 |
| Grossesse molaire | 0 | 2 | 0 | 2 |
| Paludisme/Grossesse | 1 | 2 | 5 | 8 |
| Placenta Prævia | 1 | 4 | 4 | 9 |
| MAP | 0 | 2 | 2 | 4 |
| HRP | 2 | 5 | 5 | 12 |
| RPM | 0 | 1 | 2 | 3 |
| Total | 19 | 64 | 74 | 157 |

Test de Fischer : 7,382

P : 0,986

Tableau XXVII: Répartition des patientes selon l'âge et Complication au cours du travail d'accouchement

| Complication au cours du travail d'accouchement | Age (Ans) | | | |
|---|-----------|-----------|-----------|------------|
| | 13-15 | 16-17 | 18-19 | Total |
| Défaut d'engagement | 0 | 4 | 5 | 9 |
| BGR | 4 | 7 | 5 | 16 |
| DFP | 0 | 1 | 9 | 10 |
| Eclampsie | 2 | 3 | 10 | 15 |
| Dilatation stationnaire | 0 | 0 | 1 | 1 |
| HRP | 0 | 2 | 1 | 3 |
| SFA | 2 | 9 | 12 | 23 |
| Présentation de l'épaule | 0 | 0 | 2 | 2 |
| Suspicion de macrosomie | 0 | 2 | 4 | 6 |
| Utérus cicatriciel/bassin limite | 0 | 3 | 2 | 5 |
| Siège chez Primigeste | 1 | 6 | 5 | 12 |
| Placenta Prævia | 0 | 1 | 0 | 1 |
| Echec d l'épreuve du travail | 0 | 1 | 6 | 7 |
| IIG réduit/utérus cicatriciel | 0 | 1 | 1 | 2 |
| Procidence du cordon | | | | |
| Total | 9 | 42 | 63 | 114 |

Test de Fischer : 30,297

P : 0,451

Tableau XXVIII: Répartition des patientes selon l'âge et Complication dans les suites de couches

| Complication dans les suites de couches | Age(Ans) | | | |
|---|----------|-----------|-----------|-----------|
| | 13-15 | 16-17 | 18-19 | Total |
| Endométrite | 1 | 3 | 2 | 6 |
| Hémorragie du post partum | 5 | 6 | 13 | 24 |
| Psychose puerpérale | 0 | 1 | 2 | 3 |
| Eclampsie post partum | 2 | 14 | 15 | 31 |
| Total | 8 | 24 | 32 | 64 |

Test de Fischer : 5,047

P : 0,538

VI-COMMENTAIRES ET DISCUSSION

1. Fréquence

Durant notre étude, la fréquence des adolescentes reçues pour une pathologie obstétricale était de 33,20%. Ce résultat est supérieur à celui de Sanogo M.M. [30] qui avait trouvé une fréquence de 12,11% en 2009 au centre de santé de référence de la commune VI. Notre taux des urgences obstétricales chez l'adolescente est supérieur aux données de la littérature : Eyenda D. [31] 9,93% ; Bussière M.[32]: 11,4%.

Les urgences obstétricales chez l'adolescente d'une manière globale n'ont pas fait l'objet de nombreuses études mais considérées isolement.

♦ En France, Gaillard M et coll.[33] dans une étude épidémiologique des urgences gynéco-obstétricales dans le cadre de l'aide médicale urgente (SAMU) trouvent qu'elles représentent une faible part de l'activité des services (1%).

♦ Au Maghreb, Bussière M.[32], à partir d'une étude sur 1257 dossiers trouve que la femme de moins de 20 ans représente 11,4% de l'activité de la maternité de Marrakech (Maroc).

♦ En Afrique subsaharienne, les urgences gynéco obstétricales chez l'adolescente occupent une place importante dans l'activité hospitalière du fait de la maternité précoce qui est culturellement encouragée ou acceptée et de la sexualité précoce des jeunes.

♦ Au Sénégal, Traoré N'diaye A.[34], dans une étude sur le bilan statistique et épidémiologique des urgences obstétricales et gynécologiques au CHU Aristide Le Dantec de Dakar en 1989, rapporte que la tranche d'âge de 10 à 19 ans représente 15,75% des admissions.

♦ Au Burkina Faso, Thiéba B. et coll [35], dans une étude prospective réalisée en six mois sur les urgences gynéco obstétricales chez l'adolescente de 10 à 19 ans trouvent que les adolescentes représentent 10.57% des admissions au cours de l'année 2000, à la maternité du CHU Yalgado Ouédraogo de Ouagadougou.

Zanré Y.Z.[36] en 1993, trouvaient auparavant un taux plus élevé de 16.70% d'adolescentes sur l'ensemble des admissions en salle d'urgences du service de gynéco- obstétrique du CHU Yalgado Ouédraogo.

Les grossesses précoces sont très fréquentes dans les pays en développement. La fréquence des complications de la grossesse, de l'accouchement et leur issue chez l'adolescente fait toujours l'objet d'un débat.

La fréquence de la grossesse précoce et de l'accouchement est variable dans le monde :

- ◆ Parmi les pays développés, les Etats-Unis ont l'un des pourcentages de maternité précoce le plus élevé : 19% des jeunes femmes donnent naissance avant l'âge de 20 ans, comparé à 7% en France (6,8% à la maternité Jean VERDIER en Seine St DENIS) et seulement 2% au Japon [37].

- ◆ En Afrique la fréquence de la grossesse et de l'accouchement chez l'adolescente revêt un caractère particulier car la proportion des jeunes et surtout des femmes jeunes en âge de procréer représente plus de la moitié de la population dans la plupart des pays[16].

Des récentes publications montrent des taux relativement élevés en Afrique subsaharienne pour les limites d'âge de 10 à 19ans. Cette différence entre les fréquences observées en Afrique et ailleurs dans le monde pourrait s'expliquer par la fréquence élevée des mariages précoces dans nos contrées, le faible niveau d'instruction et la précocité de l'activité sexuelle.

2.Caractéristiques sociodémographique :

La tranche d'âge de 18-19 ans était la plus représentée avec 50,5%. Ce résultat est supérieur à celui de Sanogo M M.[30], qui a trouvé une fréquence de 50,3%. Cependant les adolescentes très jeunes (âge compris entre 10 - 15 ans) étaient les moins représentées. Ceci pouvait s'expliquer par la rareté de l'activité sexuelle et ou des cycles généralement anovulatoires chez ces adolescentes.

La majorité des adolescentes de notre étude (60,6%) résidaient en milieu rural. Ce qui confirme la mauvaise fréquentation des structures de santé par la population et leur difficulté d'accès aux soins.

Dans notre étude, 86,9% des adolescentes étaient mariées ; Les femmes au foyer représentaient 85,4% Ce résultat est supérieur à celui de Sanogo MM.[30] qui a trouvé (35% des femmes au foyer) et à celui de .Dembélé S.[28] qui a noté 6,6%. Cette différence peut s'expliquer d'une part par l'augmentation du mariage précoce et d'autre part par le fait que le mariage précoce n'est pas le seul facteur favorisant de la grossesse chez les adolescentes. D'autres facteurs très importants pourraient expliquer cette fréquence élevée de grossesse chez les adolescentes notamment le faible niveau d'instruction et le manque d'information sur les moyens de planification familiale.

Les parturientes ayant un niveau d'étude primaire représentaient 33,4%.

Ce résultat est supérieur à celui trouvé par Sanogo MM.[30] qui est de 8,8%. La fréquence élevée des parturientes ayant un niveau d'étude primaire peut s'expliquer par le fait qu'il y a beaucoup d'abandons pour différents raisons (mariage précoce, survenue de grossesse à l'adolescence).

3-Etude clinique :

Dans notre étude 29% des adolescentes sont venues d'elles-mêmes. Ceci pourrait s'expliquer par le counseling bien fait par les sages-femmes et autres personnels. Les évacuations qui ont représenté chez les adolescentes 71% avaient pour motif entre autres : prééclampsie /éclampsie, SFA, BGR, utérus cicatriciel sur bassin limite, bassin immature et saignement. Chez Sanogo MM [30] 55% sont venues d'elles-mêmes et 45% ont été évacuées, Diallo O H [38] a trouvé un taux d'évacuation de 26,7% contre 65,9% venues d'elles-mêmes.

Dans notre étude 24,2 % des adolescentes étaient déjà mères. Cette fréquence est supérieure à celles de Sanogo MM [30] 14,6% de Niane M [41] 12,8% et de Nekam F[42] 14,8%. Cette différence peut s'expliquer par le fait que le mariage précoce n'est pas le seul facteur favorisant de la grossesse chez les

adolescentes. D'autres facteurs très importants pourraient expliquer cette fréquence élevée de grossesse chez les adolescentes notamment la précocité des rapports sexuels, le faible niveau d'instruction et la faiblesse du taux d'utilisation des moyens de planification familiale.

Les parturientes n'ayant aucun antécédent d'avortement étaient de 97,6%. Une étude effectuée au Nigeria a trouvé un taux d'avortement (avortement spontané et interruption volontaire de la grossesse) de 23,5% chez les adolescentes [12]. Nous n'avons pas recensé des cas d'antécédents d'interruption volontaire de la grossesse, sans doute car les adolescentes n'osaient pas avouer leurs actes, l'IVG étant illégale, punie et condamnée par la loi au Mali.

4-Prise en charge

Le but de la consultation prénatale est de sauvegarder la santé de la femme au cours de la grossesse, de lui permettre d'accoucher d'un enfant sain et enfin de lui apprendre les soins du nouveau-né[23]. La non réalisation de CPN était fréquente chez les adolescentes avec 52,4%. Ce résultat est nettement supérieur à celui de Diallo A.[39] qui est de 30,02% et à celui de Traore B. [40] qui a rapporté 23,7% des adolescentes n'ayant pas fait de CPN. Nous avons constaté aussi que la non réalisation de CPN était fortement associé aux grossesses non désirées. Ce résultat peut s'expliquer par le fait que dans notre société une grossesse non désirée est une honte pour la fille et sa famille. La famille ne se préoccupe pas du suivi de la grossesse et souvent le procréateur qui doit s'en occuper n'est pas connu.

Le risque de prématurité était haut dans notre étude soit 43,9%. Ce résultat est supérieur à celui de Diallo A. [39] qui a rapporté 29,19 % d'accouchement prématuré chez les adolescentes ; également supérieur à celui de Dembélé S. [28] qui a trouvé 2,4% au CSRef de Dioila en 2012. Ce taux élevé de prématurité peut s'expliquer par un mauvais suivi des grossesses. Cette prématurité est néfaste sur le devenir de ces nouveaux nés déjà fragilisés par un accouchement quelque fois laborieux.

La pâleur conjonctivale était plus fréquente avec 13,4% mais inférieur à celui de Drabo A [43] qui avait eu 6,3%. Ce résultat peut s'expliquer par la non réalisation de CPN chez certaines adolescentes.

L'hypertension artérielle était associée à la grossesse dans 27%. Ce résultat est supérieur à celui de Diallo A.[39] qui était de 24,22%.

Au cours de notre étude, Le BGR et le bassin limite ont été trouvés chez 33,6% des Cas. Le bassin était normal dans 66,4% chez les adolescentes ce taux est inférieur à celui de Sanogo MM[30] a trouvé 94,5% de bassin normal chez les adolescentes.

La présentation céphalique était la plus représentée avec de 90,2%. Cela pourrait s'expliquer par le respect de la loi d'accommodation chez la majorité de nos gestantes.

La césarienne a été la voie d'accouchement chez 60,3% des cas. Nos résultats sont nettement supérieurs à ceux de Diallo A.[39] qui était de 21,73% d'accouchement par césarienne, et à ceux de Traore B. [40] qui a trouvé 21,04% de césarienne chez les adolescentes. Ce taux élevé de césarienne peut s'expliquer d'une part par le mauvais suivi des grossesses dans notre étude, d'autre part par la fréquence élevée des parturientes ayant des bassins anormaux. Le taux d'épisiotomies observées dans notre étude soit 45,9% étaient faibles par rapport aux épisiotomies effectuées et rapportées par Yattassaye [44]57% ; B M Gueye[45] au Sénégal 62,7%, et supérieur à celui rapporté par Coulibaly B[46] 32%. Pour certaines écoles l'épisiotomie est systématique chez les primipares.

L'éclampsie, SFA et BGR étaient les indications majeures de la césarienne avec respectivement 28%, 17% et 12,4%.

5-Pronostic

Les urgences gynéco obstétricales chez l'adolescente sont dominées par les dystocies mécaniques 14 % ; l'HTA et ses complications (la Pré éclampsie et

l'éclampsie) 34,03 % et la SFA 20,2% respectivement supérieurs au taux retrouvé (13,38 % 10,83 % et 8,92 %) par Diallo OH [38].

Les morts nés ont représenté 14% chez les adolescentes. Ce résultat est supérieur à celui de Libbey J.[47] a trouvé 7,1% de mort nés et Dembele S [28] a trouvé 5,2% chez les adolescentes dont 76,4% étaient issus d'une grossesse non suivie. Ceci confirme l'intérêt des consultations prénatales dans la prévention de la morbidité et de la mortalité néonatale.

Le faible poids de naissance était trouvé dans 29% des cas. Ce taux est supérieur à celui trouvé par Traore F. [48] qui avait trouvé 13,5%, par Diallo A.[39] qui a rapporté 11,8% par Ongoiba A.[49] qui a trouvé 11%. Le faible poids de naissance peut-être soit des prématurés dont le poids correspond à l'âge gestationnel, soit des hypotrophes dont le poids est inférieur à l'âge gestationnel. Ce petit poids de naissance est préjudiciable pour ces nouveaux nés dont la survie dépend d'un suivi rigoureux par la famille et par les agents de la néonatalogie. En outre, les résultats de l'étude multi variée effectuée par Forum et al.[50] ne montrent pas d'association significative entre l'âge maternel et l'accouchement d'un nouveau-né de petit poids.

Dans notre étude, une souffrance fœtale estimée par un indice d'Apgar inférieur à 7 à la première minute a été trouvé chez 11,2% des nouveau- nés chez les adolescentes. Ce taux était faible par rapport aux taux rapportés par Coulibaly B[46] 20,51% et faible à ceux de B M Gueye [45] 32%.Ce pourcentage de nouveaux nés réanimés témoignait la souffrance fœtale aigue. Cette SFA pouvait s'expliquer par l'effort expulsif prolongé.

Les nouveau- nés dans 33,64% des cas chez les adolescentes, ont fait l'objet d'une évacuation à la néonatalogie pour des motifs qui sont entre autres : la prématurité, l'hypotrophie, la souffrance néonatale, la macrosomie, Maïga R[51] a trouvé 15,9% des cas chez les adolescentes.

Le risque de décès maternel au cours de la grossesse, de l'accouchement et dans les suites de couche, évoque un drame lorsque cet évènement survient chez une

adolescente qui a toute sa vie devant elle. Nous avons enregistré un taux de décès de 1,2% dans notre étude ce qui est nettement inférieur au taux rapporté par Coulibaly F[52] soit 12% de cas de décès chez les adolescentes de moins de 18 ans. Ces décès sont imputables au manque de service d'anesthésie réanimation pour une prise en charge de qualité des complications (Préclampsie/éclampsie, hémorragie du post partum ...)

VII-CONCLUSION

Les adolescentes constituent un groupe à risque de survenue de complications en période gravido-puerpérale. Les problèmes retrouvés chez l'adolescente dans notre série était principalement dus à sa vulnérabilité socioéconomique, son immaturité morphologique et psychologique, son bas niveau d'instruction, la précocité des rapports sexuels, la maternité précoce, et au mauvais suivi prénatal en qualité et quantité.

Le mariage précoce est une pratique traditionnelle encore ancrée dans certaines communautés du Mali, ce qui expose les adolescentes aux grossesses et accouchements précoces avec leurs contingents de complications.

L'éducation sanitaire pour la promotion de la planification familiale peut être d'apport considérable.

VIII-RECOMMANDATIONS

1. Aux décideurs :

Lutter contre les mariages précoces en :

- ✓ Sensibiliser les leaders d`opinion sur les conséquences des grossesses précoces ;
- ✓ Encourager la scolarisation des jeunes filles ;
- ✓ Renforçant les programmes de promotion de la planification familiale chez les adolescentes ;
- ✓ Adoptant des textes législatifs pour relever l`âge autorisé au mariage.
- ✓ Doter l`hôpital Fousseyni Daou d`un service d`anesthésie réanimation.

2. Aux agents socio-sanitaires :

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

3. A la population :

- ✓ Sensibiliser les adolescentes sur le danger encouru par une sexualité et une grossesse précoce.
- ✓ Lutter contre les pratiques néfastes à la santé de la reproduction des jeunes filles comme le mariage précoce.

4. Aux adolescentes :

- ✓ Fréquenter les services de santé de la reproduction pour le suivi prénatal et pour toutes les informations relatives à la planification familiale et à la sexualité ;
- ✓ Suivre régulièrement les consultations prénatales et observer toutes les prescriptions y afférentes ;
- ✓ Eviter les comportements sexuels à risques.

IX-REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. OMS. La santé et le développement des adolescents : la clé de l'avenir. 61^e éd. Genève ; 1995.
2. Noble J, Cover G, Manciaux M. Jeunesse dans le monde. Paris.1996.
3. Population de la France. 2018 ; Disponible sur : <https://www.populationpyramid.net>
4. EDS V. Cellule de planification et de Statistique. Ministère de la Santé, Direction Nationale de la Statistique et de l'Informatique Ministère de l'Economie, de l'Industrie et du commerce. Bamako - Mali. 2012.
5. Hamada H, Zaki A, Nejjar H, Filali A, Chraïbi C, Bezard R, et al. 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) :607-14.
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. nov 2001;11(4):221-8.
7. Reynold H, Wright K, Olukoya A, Neelofur-kan D. Soins maternels chez l'adolescente Optic'Jeune, Santé de la reproduction et VIH/SIDA Publication en série. 2004;(11):1-4.
8. Carles G, Jacquelin X, Raynal P. Grossesse et accouchement chez les adolescentes de moins de 16 ans étude de 150 cas en Guyane française. JGyn Obst Biol Reprod. 1998;27(5):508-13.
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 Fertile. 2002 ;30(12) :944-52.
10. Manciaux M et Coll. Santé de mère et de l'enfant. Nouveaux concepts en pédiatrie sociale. 2^e éd. Paris : Flammarion ; 1984. 498 p.
11. Giraud J, Bremon A, Rotten D. Puberté et Adolescence, dans GIRAUD JR. Masson. Paris; 1993. 289-94 p. (Gynécologie).

12. Ojengbede O, Otolorine E. Pregnancy performance of Nigeria women aged 16 years and below as seen in Ibadan Nigeria. *Afr J Med Sci.* 1987 ;16(2) :89-95.
13. Herbert L, Karin G. Aspects médico-sanitaires de ma reproduction chez mes adolescentes. Comment planifier la recherche sur les services de santé, OMS. Genève ; 1983. 54 p.
14. Kabore M. Connaissances, attitudes et pratiques en matière de sexualité, de planification familiale et de maladies sexuellement transmissibles/Sida des adolescents de 15 à 19 ans en milieu rural : cas de la province de Sanmatenga. [Thèse de médecine n°43]. [Ouagadougou.] : Ouagadougou.; 2000.
15. Gabozy I. Les urgences gyneco-obstétricales chez les adolescentes à la maternité ISSIAKA GABOZY de Nyamey ; 2002. In Niamey ; 2002.
16. Lignieres B. Les mécanismes endocriniens au cours de la puberté. *Journal d'étude Gynécologie.* 1981;(1) :11-2.
17. Papiernik E, Rosenbaum H, Belaisch-Allart J. *Gynécologie.* 1^{re} éd. Paris : Flammarion ; 1990. 787 p.
18. Tarnner J, Marshall W. Variation in the patern of pubertal in girl., 44, 29p. *Arch Child.* 1969;(44) :29.
19. Kahn Nathan J. La puberté féminine. *Journée d'étude de gynécologie,* 1981;(1) :10-1.
20. Kamina P. *Anatomie gynécologique et obstétricale.* 2^e éd. Paris : Molaine; 1974. 466 p.
21. Merger R, Mevy J, Melchior J. *Précis d'obstétrique.* 5^e éd. Paris: Masson; 1989. 740 p.
22. Renard L, Jeamet P. Spécificité et diversité de la psychopathologie de l'adolescent. *Ann Péd.* 1986;(8):663-9.
23. Thieba B. Adolescence, santé de la reproduction et SIDA. In *Ouagadougou.*; 2001.
24. Institut Guttmacher Alan. *Dans un nouveau monde : La vie sexuelle et reproductive des jeunes femmes.* New York ; 1998. 16 p.
25. Treffers P, Olukoya A, Ferguson B, Liljestrang J. Soins pour la grossesse et l'accouchement de l'adolescente. *IntJ Gynecol Obstet.* 2001;(75) :111-21.

26. Lankoande J, Ouedraogo C, Ouattara T, Thieba B, Koné B. Epidémiologie des urgences obstétricales à la maternité du CHU-YO, dans : Livre des résumés du VIème congrès de la Société Africaine de Gynécologie et d'obstétrique (SAGO). 5^e éd. Ouagadougou; 2000. 4-5 p.
27. World health organization. Post-partum care of the mother and newborn. Geneva ; 1998. 81 p.
28. Dembélé S. Accouchement chez l'adolescente au centre de santé de référence de Dioila [Thèse de Médecine N°77]. [Bamako-Mali]: FMPOS; 2009.
29. World health organization. HIV and infant feeding: Framework for priority. Geneva;1998.64.
30. Sanogo M. L'accouchement chez les adolescentes au centre de sante de référence de la commune VI [Thèse de médecine n°45]. [Bamako-Mali]: FMPOS; 2012.
31. Eyenda Dooh A. La grossesse et l'accouchement chez l'adolescente : A propos de 464 cas recensés à la maternité Lagune de Cotonou [Thèse de médecine n°892]. [Cotonou]: Cotonou; 2000.
32. Bussière M. Activité de la maternité de Marrakech (Maroc) à partir de 1527 dossiers [Thèse de Médecine]. [Paris] : Créteil ; 1982.
33. Gaillard M, Hervé C, Milleret P. Epidémiologie des urgences gynéco-obstétricales dans le cadre de l'aide médicale urgence. J Gynécol Obstét Biol Reprod. 1989;(18):707-13.
34. Traore N'diaye A. Bilan statistique et épidémiologique des urgences obstétricales et gynécologiques au CHU-YO. Aristide Le Dantec. [Thèse de Médecine N°6]. [Dakar] : Cheich Anta Diop ; 1991.
35. Thieba B, Ouédraogo A, Ouattara T, Akontionga M, Lankoande J, Koné B. Adolescentes et urgences gynéco-obstétricales de la maternité du CHU-YO de Ouagadougou. Burkina Méd. 2001 ;
36. Zanré Y. Evaluation de la qualité des soins dans le service de gynéco-obstétrique du CHU-YO [Thèse de médecine n°13]. [Ouagadougou]: Ouagadougou; 1993.
37. Dayan-lintzer M, Athea N, Léwin F. Contraception, prise en charge des maladies sexuellement transmissibles abus sexuels de l'adolescence. In : Encycl Med Chir, Gynécologie. 1996. p. 802-40.

38. Diallo O. Les urgences gynéco - obstétricales chez l'adolescente au Centre de Santé de Référence de la Commune V du district de Bamako [Thèse de médecine n°13]. [Bamako-Mali] : FMPOS ; 2008.
39. Diallo A. Accouchement chez l'adolescente au centre de santé de référence de la commune VI [Thèse de médecine n°146]. [Bamako-Mali]: FMPOS; 2013.
40. Traore B. Accouchement chez les adolescentes à la maternité du Centre Hospitalier Régional de Ségou-Mali. Afrique noire. Vol. 10. Bamako-Mali; 2010. 449-54 p.
41. Niane M. Etude épidémiologique-clinique de la grossesse et de l'accouchement chez les adolescentes à l'Hôpital Régional de Kayes. Thèse de Médecine Bamako 2000. N° 00 M 342 [Thèse de médecine N°00M342]. [Bamako-Mali]: FMPOS; 2000.
42. Nekam F. Facteurs de risque de la grossesse chez l'adolescente célibataire de la commune IV [Thèse de médecine N°95M39]. [Bamako-Mali]: FMPOS; 1995.
43. Drabo A. Grossesse et accouchement chez l'adolescente au centre de santé de référence de la commune II du district de Bamako [Thèse de Médecine]. [Bamako-Mali]: FMPOS; 2015.
44. Yatassaye A. Accouchement chez l'adolescente à la maternité de l'Hôpital Gabriel TOURE [Thèse de médecine N°74]. [Bamako-Mali]: FMPOS; 1998.
45. Gueye B. Gravido-puerpéralité de l'adolescente au CHU de Dakar à propos de 1630 cas [Thèse de médecine]. [Dakar]: Cheich Anta Diop; 1990.
46. Coulibaly B. Etude de la gravido-puerpéralité chez les adolescents à la maternité de l'hôpital national du point "G" [Thèse de médecine]. [Bamako-Mali]: FMPOS; 1993.
47. Libbey J. Pronostic maternofoetal. 2007 ; Disponible sur : www.john-libbey-eurotext.fr
48. Traore F. Conséquences des grossesses précoces en milieu urbain [Thèse de médecine n°103]. [Bamako-Mali]: FMPOS; 2002.
49. Ongoiba A. Grossesse et accouchement chez les adolescentes à l'Hôpital du Point G [Thèse de médecine n°65]. [Bamako-Mali] : FMPOS ; 2006.

50. Forum L, Ducic S, Seguin L. Facteurs associés à la naissance des enfants de faible poids. 9^e éd. 1999. 7-11 p.
51. Maiga R. Accouchement chez l'adolescente à l'Hôpital Sominè Dolo de Mopti, étude de cas témoins [Thèse de médecine N°10M253]. [Bamako-Mali] : FMPOS ; 2010.
52. Coulibaly F. Etude qualitative des causes de mortalité maternelle à Bamako à propos de 25 cas cliniques [Thèse de médecine n°40]. [Bamako-Mali] : FMPOS ; 1995.

X-ANNEXES

Fiche D'identification N°....

I. IDENTIFICATION

Q1 : Nom et Prénom :

Q2 : Age en année:/...../

a : 10 -15ans b : 16-17ans c : 18-19ans

Q3 : Résidence:/...../

1. Kayes urbaine 2. Rurale

Q4 : Niveau d'instruction:/...../

1. primaire 2. Secondaire 3. Supérieur 4. non scolarisée

Q5 : Profession:/...../

1. Femme au foyer 2. Elève/Etudiante 3. Vendeuse 4. Autres

Q6 : Ethnie:/...../

1. Soninké 2. Khassonké 3. Malinké 4. Bambara 5. Peulh 6. Maure 7. Autres

Q7 : Statut matrimonial:/...../

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

II. LES ANTECEDENTS

Q8 : ATCD Médicaux:/...../

1. HTA 2. Drépanocytose 3. Asthme 4. Diabète 5. UGD
6- Aucun 7- Autres

Q9 : ATCD Chirurgicaux:/...../

1-Laparotomie:/...../

a-Si Oui préciser b-Non

2-Césarienne:/..... /

a-Si Oui préciser b-Non

Q10 : ATCD Gynécologiques

1-Ménarche : /...../

a) Inconnue b) <12ans c) :12-16ans

2-patiquiez-vous une méthode contraceptive ?

a-Oui b-Non

Q11 : ATCD Obstétricaux

1-Gestité:/...../

1- Primigeste 2-Paucigeste 3-Multigeste

2-Parité:/...../

1-Nullipare 2-Primipare 3-Paucipare 4-Multipare

3-Avortement:/...../

a-Oui b-Non

III.HISTOIRE DE LA GROSSESSE ACTUELLE

Q12: Procréateur est-il connu /..... /

a-Oui b-Non

Q13 : La grossesse actuelle est-elle désirée /...../

a-Oui b-Non

1. CPN : /..... /

a-Oui b-Non

2. Si Oui le nombre:/ /

a : 1-3 b : ≥ 4

3. Grossesse:/ /

1 : Monofoetale 2 : Gémellaire 3 : Multiple

4. Age Gestationnelle : /...../

a : 28SA-36SA+6j b : 37SA-40SA+6j c : ≥ 41 SA

5-Terme://

1- Non à terme 2- Terme

IV.A L'ADMISSION

Q14 : Mode d'admission : /...../

1-Vénué d'elle-même 2-Référée 3-Evacuée

Q15 : Motif

Q16 : Hospitalisation: / /

a-Oui b-Non

EXAMEN GENERAL

Q17 : Conjonctives : / /

1-Pales 2-Colorées

Q18 : Taille : / /

1 : < 1,5m 2 : ≥ 1,5m

Q19 : Tension Artérielle : / /

1 : < 14 / 9 Cmhg 2 : ≥ 14 / 9 Cmhg

Q20 : Température : / /

1 : < 38°C 2 : ≥ 38°C

Q21 : Convulsions : / /

a-Oui b-Non

EXAMEN OBSTETRICAL

Q22 : Hauteur Utérine : / /

1 : < 32cm 2 : 32-35cm 3 : ≥ 36 cm

Q23 : Bruit du Cœur Fœtal: / /

1 : < 120 bpm 2 : 120-160 bpm 3 : > 160 bpm

Q24 : Mouvement Actif Fœtal : / /

1 : perçu par la maman 2 : Non perceptible

Q25 : Contractions utérines: / /

a-Oui b-Non

Q26 : Hémorragie : / /

a-Oui b-Non

Q26 : Poche des eaux : / /

1-Rompue 2-Intacte

Q27 : L'aspect : / /

1-Clair 2-Verdatre 3-Sanguinolant 4-Méconiale

5-autres

Q28 : Présentation:/...../

1 : Céphalique 2 : Siège 3 : autres

Q29 : Bassin:/...../

1-Normal 2-BGR 3-Limite 4-Bassin immature 5 :
autres

Q30 : Travail:/...../

a-Oui b-Non

IV.MODE D'ACCOUCHEMENT

Q 31 : Voie d'accouchement:/...../

Si Voie basse:/...../

1 : Accouchement normal 2 : Accouchement par ventouse + épisiotomie
3 : Episiotomie

Si césarienne Préciser

V.COMPLICATIONS

Q32 : Complications pendant la grossesse : /...../

1-menace d'avortement /Avortement 2-Grossesse extra utérine 3-
Grossesse molaire 4-Menace d'accouchement prématuré 6-Pré
éclampsie /éclampsie 7-Diabete gestationnel 8- Placenta prævia 9-
Hematome retro placentaire 10-Paludisme /Grossesse
11-Anemie/Grossesse 10-autres

Q33 : Complications au cours du travail d'accouchement:/

. Dystocies dynamiques:/...../

. Dystocies mécaniques:/...../

1-Presentation dystocique 2-Procidence du cordon 3-
Obstacle prævia 4-Disproportion foeto pelvienne 5-Autres

. Traumatiques:/...../

1-Syndrome de pré rupture utérine/Rupture utérine 2-Dechirures des
parties molles 3-Accidents urinaires traumatiques 4-Autres

. Hémorragiques : /..... /

- 1-Hémorragie de la délivrance
2-Retention placentaire
3-Atonie utérine 4-Placenta accreta 5-Autres

Q34 : Complications des suites de couches:/...../

- 1 : Endométrite 2 : Abscess du sein 3 : Phlébite 4 : Pelvipéritonite
5 : Psychose puerpérale 6 : Eclampsie du post partum 7 : Anémie du post partum 8 : Autres à préciser

VI.PRONOSTIC FŒTAL

Q35 : Etat de la naissance/...../

- 1-Vivant 2-Mort-né

Q36 : APGAR à la naissance /...../

- a : 1ère minute b : 5ème minute....

Q37 : Poids /...../

- a: <2500g b: 2500-4000g c: > 4000g

Q38 : Sexe /...../

- 1 : Masculin 2 : féminin

Q39 : Référé en pédiatrie /...../

- 1-Oui 2-Non

Si Oui motif : /...../

- 1-Hypotrophie 2 –Prématurité 3-Souffrance néonatale 4 –
Macrosomie 5 -
Dépassement de terme 6 -Autres

Q40 : Causes de décès /...../

- 1 : Malformation 2 : Prématurité 3 : Anoxie périnatale 4 :
Autres

VII.LE PRONOSTIC MATERNEL

Q41 : Morbidité /...../

- 1-Hystérectomie vésico-vaginale du col 2-Ligature des trompes 3-Fistule
4-Déchirure périnéale 5-Déchirure
6-Rérelâchement symphysaire 7-Autres

Q42 : Guérison

Décédée.....

Q43 : **Mortalité** /...../

a-Oui

b-Non

Si Oui cause :

1-Hémorragie de la délivrance

2-Hémorragie du post partum

3-HTA et ses complications

4-Septicémie

5-Coma fébrile

6-Autres à préciser

Fiche signalétique

Nom : DOLO

Prénom : Issiaka Tiéfiing

Nationalité : Malienne

Titre : Complications obstétricales chez l'adolescente à l'hôpital Fousseyni Daou de Kayes

Année universitaire : 2018 / 2019

Ville de soutenance : Bamako

Pays de soutenance : Mali

Lieu de dépôt : Bibliothèque de la faculté de médecine et d'odontostomatologie.

Secteur d'intérêt : Gynécologie obstétrique

Résumé :

Notre étude prospective transversale à visée descriptive s'est déroulée dans le service de gynéco-obstétrique de l'hôpital Fousseyni Daou de Kayes du 01 janvier 2018 au 31 décembre 2018, soit une période de 12 mois.

L'objectif principal est d'étudier les complications obstétricales chez l'adolescente a l'hôpital Fousseyni Daou de Kayes.

Il ressort de notre étude une fréquence de 33, 20% soit 335 complications obstétricales sur 1009 de nos admissions. Dans plus de la moitié des cas, les adolescentes étaient primigestes (85,6%), non instruites (59,4%), mariées (86,9%) et proviennent de milieux socio-économiques bas (60,6%).

Dans 9,2% des cas, les adolescentes ont bénéficié d'au moins 4 CPN, et 52,4% d'aucune CPN. Dans 71% des cas, les adolescentes ont été adressées par référence/évacuation. La césarienne représente 60,3% de l'ensemble des accouchements chez l'adolescente et l'épisiotomie a été réalisé dans 45,9%. Les principales complications retrouvées étaient l'éclampsie (31,9%), SFA (20,2%), BGR (14%) et Hémorragie du post partum (37,8%) Les nouveau-nés de petit poids représentent 29%. Les problèmes retrouvés chez l'adolescente dans notre série était principalement dus à sa vulnérabilité socioéconomique, son immaturité morphologique et psychologique, son bas niveau d'instruction, la précocité des rapports sexuels, la maternité précoce, et au mauvais suivi prénatal en qualité et quantité,

Mots Clés : adolescente, complications obstétricales, pronostic maternofoetal.

SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence des Maîtres de cette faculté, de mes chers condisciples,
Devant l'effigie d'Hippocrate,

Je promets et je jure, au nom de l'être suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine.

Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail,

Je ne participerai à aucun partage clandestin d'honoraires. Admis à l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe,

Ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs, ni à favoriser le crime.

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

Je garderai le respect absolu de la vie humaine dès la conception. Même sous la menace, je n'admettrai pas de faire usage de mes connaissances médicales contre les lois de l'humanité.

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

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses. Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque.

Je le jure

FICHE SIGNALÉTIQUE**Nom :** DOLO**Prénom :** Issiaka Tiéfing**Nationalité :** Malienne**Année universitaire :** 2018 / 2019**Ville de soutenance :** Bamako**Pays de soutenance :** Mali**Titre :** Complications obstétricales chez l'adolescente à l'hôpital Fousseyni Daou de Kayes**Lieu de dépôt :** Bibliothèque de la faculté de médecine et d'odontostomatologie.**Secteur d'intérêt :** Gynécologie obstétrique**Résumé :**

Notre étude prospective transversale à visée descriptive s'est déroulée dans le service de gynéco-obstétrique de l'hôpital Fousseyni Daou de Kayes du 01 janvier 2018 au 31 décembre 2018, soit une période de 12 mois.

L'objectif principal est d'étudier les complications obstétricales chez l'adolescente à l'hôpital Fousseyni Daou de Kayes.

Il ressort de notre étude une fréquence de 33, 20% soit 335 complications obstétricales sur 1009 de nos admissions. Dans plus de la moitié des cas, les adolescentes étaient primigestes (85,6%), non instruites (59,4%), mariées (86,9%) et proviennent de milieux socio-économiques bas (60,6%).

Dans 9,2% des cas, les adolescentes ont bénéficié d'au moins 4 CPN, et 52,4% d'aucune CPN. Dans 71% des cas, les adolescentes ont été adressées par référence/évacuation. La césarienne représente 60,3% de l'ensemble des accouchements chez l'adolescente et l'épisiotomie a été réalisé dans 45,9%. Les principales complications retrouvées étaient l'éclampsie (31,9%), SFA (20,2%), BGR (14%) et Hémorragie du post partum (37,8%) Les nouveau-nés de petit poids représentent 29%. Les problèmes retrouvés chez l'adolescente dans notre série était principalement dus à sa vulnérabilité socioéconomique, son immaturité morphologique et psychologique, son bas niveau d'instruction, la précocité des rapports sexuels, la maternité précoce, et au mauvais suivi prénatal en qualité et quantité,

Mots Clés : adolescente, complications obstétricales, pronostic maternofoetal.

