

MINISTERE DE L'ENSEIGNEMENT
SUPERIEUR ET DE LA RECHERCHE
SCIENTIFIQUE

UNIVERSITE DE BAMAKO

DIRECTION NATIONALE DE L'ENSEIGNEMENT SUPERIEUR

FACULTE DE MEDECINE, DE PHARMACIE ET D'ODONTO-STOMATOLOGIE

REPUBLIQUE DU MALI

UN PEUPLE-UN BUT-UNE FOI

Année : 2008 - 2009

THEME

**LES URGENCES GYNECO-OBSTETRIQUES
CHEZ L'ADOLESCENTE
AU CENTRE DE SANTE DE REFERENCE
DE LA COMMUNE II
DU DISTRICT DE BAMAKO**

THESE

Présentée et soutenue publiquement le 31 / 07 / 2010

Par

Monsieur BOUBACAR KONATE

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

Jury :

PRESIDENT : Professeur Salif DIAKITE

MEMBRES : Docteur Youssouf TRAORE
Docteur Aladji Seïdou DEMBELE

DIRECTRICE DE THESE : Professeur SY AIDA SOW

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.

Au **Prophète Mohamed (SAW)** Paix et Salut sur Lui

Nous resterons fidèles aux voies que vous nous avez montrées.

A mon père : Modibo KONATE

Papa : tu nous as toujours éduqué selon les valeurs et préceptes islamiques ;

Tu nous as inculqué des valeurs humanistes comme l'amour du prochain, la modestie, la solidarité pour les autres. Tu seras toujours un modèle. Ce travail est le fruit de tout ce que tu m'as prodigué comme conseils.

Puisse, Dieu te donne longue vie et une bonne santé afin de pouvoir toujours continuer à nous prodiguer de bons conseils et de nous mettre sur le droit chemin.

A ma mère : Sira CAMARA

Ta générosité, ton affection maternelle, ton courage et ton sens de l'humilité ont fait de toi une femme exceptionnelle dans le foyer et appréciée de tous.

Les mots me manquent pour te qualifier. Merci Maman.

A mon ami : Feu Ibrahima LY

Cher, c'est le moment pour moi, de me prosterner sur votre tombe. L'amour, le pardon, et le travail bien fait, voici les souvenirs que j'ai

retenus de vous et qui resterons dans mon esprit. J'ai voulu partager cet instant de joie avec vous, mais hélas, Dieu en a décidé autrement car vous nous avez quittés. Vous resterez dans notre mémoire. Paix à votre âme, que Dieu vous reçoit dans le paradis. Amen !

Mes amis : Seydou Ouologuem, Youssouf Diakité, Hamidou Cissé, Abdoulaye Ballo, Daouda Diallo, Dr Barry, Amadou Coulibaly, Mohamadou Keita.

A ma Tante : Mme TIMBO Oumou TOURE ;

Vous que j'appelle affectueusement ma mère, merci pour tout, vous avez été là quand j'ai eu besoin de vous. Je prie le bon Dieu pour qu'il vous garde aussi bien longtemps auprès de moi et des mes frères et sœurs.

A mes deux sœurs : Mme DEMBELE Diaminatou DIARRA, et Mme DIABATE Mariam KANTE

Je ne saurais vous remercier assez, pour tout ce que vous avez fait pour moi. Ce travail modeste est également le vôtre.

A Mr Youba Sidi Mohamed (AGETIC) ; merci pour ton soutien tant moral que matériel.

A Mr TANGARA Ibrahima (FAFPA) ; merci pour tout ce que tu sais faire pour un frère.

A mes frères et sœurs : les mots me manquent pour vous témoigner, l'amour, l'admiration que je vous porte. Considérer ce modeste travail comme une esquisse de chemin que je voudrais vous faire voir.

HOMMAGES AUX HONORABLES

MEMBRES DU JURY

A notre Maître et Président du jury

Professeur Salif DIAKITE

Professeur Titulaire de Gynécologie et d'Obstétrique à la FMPOS

Gynécologue Obstétricien au CHU Gabriel Touré

Honorable maître

C'est un grand honneur que vous nous faites en acceptant de présider ce jury de thèse malgré vos multiples occupations ;

Nous avons bénéficié de votre enseignement de qualité au cours de notre parcours universitaire ;

L'assiduité, la ponctualité, la clarté, la simplicité et votre haute culture scientifique font de vous un grand maître aimé et admiré de tous ;

Veillez accepter ici cher maître l'expression de notre sincère reconnaissance et notre profonde gratitude,

Puisse ALLAH vous accorder santé et prospérité.

A notre Maître et juge

Docteur Youssouf TRAORE

Maître Assistant à la FMPOS,

**Secrétaire général de la Société Malienne de Gynécologie et
d'Obstétrique.**

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, votre rigueur dans le travail, vos qualités d'homme de sciences font de vous un Maître exemplaire.

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

A notre Maître et juge

Docteur Aladji Seidou DEMBELE

Responsable du Service d'Anesthésie Réanimation CHU-IOTA

Maître Assistant à la FMPOS,

Cher Maître,

Nous sommes très touchés par votre abord facile, Nous vous remercions d'avoir accepté de juger ce travail, malgré vos multiples occupations.

Votre rigueur dans le travail bien fait, vos qualités d'homme de sciences font de vous un Maître exemplaire.

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

A notre Maître et Directrice de Thèse
Professeur SY Assitan SOW
Professeur Titulaire à la FMPOS
présidente de la Société malienne de Gynécologie Obstétrique
(SOMAGO)
chef du service de gynécologie obstétrique du Centre de Santé de
Référence de la Commune II du district de Bamako chevalier de
l'Ordre de mérite de la santé

Honorable maître,

Nous sommes très sensible à l'honneur que vous nous avait fait, en nous acceptant dans votre service avec enthousiasme ;Nous avons beaucoup appris auprès de vous et profite de vos conseils d'une mère tendre ;La probité, l'honnêteté, le souci constant du travail bien fait, le respect de la vie humaine, le sens social élevé, la faculté d'écoute sont des vertus que vous incarnez et qui font de vous un grand maître ;Nous vous prions d'accepter l'expression de nos sentiments de reconnaissance et de profond respect.

Qu'ALLAH vous accorde santé et longévité à fin que les générations futures puissent bénéficier de votre savoir.

Listes des abréviations

ATCD : Antécédent

BGR : Bassin généralement Rétréci

CIVD : Coagulation Intra vasculaire disséminée

CSRéf : Centre de Santé de Référence

DFP : Disproportion Foeto-Pelvienne

ECBU : Examen Cyto Bactériologique des urines

GEU : Grossesse Extra Utérine

HRP : Hématome Rétro Placentaire

HTA : Hypertension Artérielle

MAP : Menace d'Accouchement Prématuro

MIU : Mouvement Intra Utérin

PP : Placenta Prævia

RCIU : Retard de Croissance Intra Utérin

SFA : Souffrance Fœtale Aigue

TA : Tension Artérielle

SOMMAIRE

	Pages
I- Introduction	1
II- Objectifs	3
III- Généralités	4
1- Définition	4
2- Transformations au cours de l'adolescence	5
3- Adolescence et santé de la reproduction	9
4- Urgences obstétricales et gynécologiques chez l'adolescente	10
5- Prise en charge	19
IV- Méthodologie	33
V- Résultats	39
VI- Commentaires et Discussion	69
VII- Conclusion	84
VIII- Recommandations	85
IX- Références	87

I / INTRODUCTION:

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 [1]. Malgré cette importance démographique, ce groupe cible n'est pas prioritairement considéré dans la politique de santé de plusieurs pays de cette région. De nombreuses études sont consacrées aux enfants et aux adultes, mais peu sont relatives spécifiquement aux adolescents, car le plus souvent considérés comme en bonne santé [2, 3].

De ce fait les problèmes de santé des adolescents sont mal connus ou demeurent latents et insuffisamment intégrés dans les stratégies de santé, contrairement aux pays occidentaux.

C'est pourquoi ces dernières années, l'OMS a invité les responsables de santé africains à s'y intéresser davantage. Cette catégorie de la population relativement oubliée, a pourtant des problèmes de santé spécifiques non négligeables.

Cela paraît encore plus réel en santé reproductive, car les grands bouleversements qui caractérisent l'adolescence, poussent les adolescentes à une sexualité précoce avec comme résultante des grossesses non désirées ou précoces, des avortements provoqués clandestins, des infections sexuellement transmissibles.

En effet, au Mali l'activité sexuelle débute très tôt. Au moins 75% des adolescentes ont leurs premiers rapports sexuels à 18 ans alors qu'ils sont moins susceptibles de se protéger ou d'utiliser des moyens de contraception, ce qui augmente les I.S.T et les grossesses accidentelles avec leur cortège de conséquences. En Ouganda 60% des victimes de décès dus à l'avortement sont des adolescentes et au Nigeria 72% de tous les décès parmi les femmes de moins de 19 ans sont dus aux complications des avortements provoqués [1].

Par ailleurs, dans le monde, quelques 15 millions d'enfants (plus du dixième de toutes les naissances) naissent de mères adolescentes, dont 20% sont des adolescentes africaines [1].

Le Mali ayant l'une des proportions les plus élevées au monde des femmes ayant eu un enfant avant l'âge de 19 ans (61%), n'échappe pas à ce phénomène continental [4]. Dans les pays industrialisés également, les grossesses d'adolescentes sont très préoccupantes car les jeunes mères célibataires sont désavantagées, comme le sont leurs enfants.

Les adolescentes sont vulnérables, biologiquement et socialement. Pour une adolescente enceinte avant l'âge de 18 ans, le risque de décès peut être 5 fois plus grand que pour une femme enceinte de 20-25 ans [5]. Les jeunes filles sont plus sensibles aux maladies sexuellement transmissibles que les garçons, c'est souvent la pression (dans bien des cas exercée par des hommes plus âgés), qui les conduits à avoir des rapports sexuels et elles doivent supporter l'essentiel des conséquences sociales d'une grossesse non désirée.

Ces quelques points qui illustrent bien une partie du problème justifient l'intérêt de notre étude.

Les urgences gynécologiques et obstétricales, ne présenteraient-elles pas un tableau plus sombre chez l'adolescente dans un pays pauvre comme le Mali ?

Par cette étude, nous avons voulu préciser les particularités des adolescentes reçues en urgence, en déterminant la fréquence de celles-ci admises pour urgences gynécologiques et obstétricales, en précisant les différentes pathologies rencontrées et en déterminant le pronostic maternel et néonatal, pour contribuer à l'amélioration de sa prise en charge à moindre coût.

Nous avons été motivés par le nombre élevé des urgences gynécologiques et obstétricales des adolescentes au staff du service.

II / OBJECTIFS:

1-Objectif général:

Etudier les urgences gynéco-obstétricales chez l'adolescente admise en salle d'urgence au CS Réf de la commune II.

2-Objectifs spécifiques:

- Déterminer la fréquence des urgences gynéco obstétricales chez l'adolescente.
- Donner les caractéristiques sociodémographiques de ces adolescentes.
- Déterminer les différentes pathologies gynéco-obstétricales rencontrées chez ces adolescentes.
- Décrire les modalités thérapeutiques.
- Déterminer le pronostic materno-fœtal.

III/ GENERALITES :

1- DEFINITION :

L'adolescence est une phase de transition de la vie humaine entre l'enfance et l'âge adulte. 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 [6].

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 [6]:

- Aux Etats-Unis, elle est considérée comme ayant commencé à l'âge de quatorze ans, et achevée 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 ou une mortalité absolue, d'autres s'adonnent à la prise de substance 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 » [7, 8].

2- LES TRANSFORMATIONS AU COURS DE L'ADOLESCENCE :

2-1- La puberté féminine :

Etymologiquement « pubère » signifie couvert de poils [5]. 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 mise en route du gonade stat hypothalamique, la sécrétion pulsatile de l'hormone LH RH est le « primum movens » de la période pubertaire.

La durée moyenne de la puberté est de 3 années, l'apparition des premières menstruations : la ménarche correspond à la fin de la période pubertaire.

2-2 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 [5]. L'hypothalamus dont la sensibilité exquise aux œstrogènes est débloquent 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 [5]. Les cycles en l'absence de LH seront anovulatoires et très irréguliers pendant quelques mois voir 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 œstrogènes 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).

2-3- Les mutations morphologiques :

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

2-3-1 Les modifications sexuelles : [5]

- 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.

2-3-2 La croissance staturo- pondérale et pelvienne : [12]

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 staturale-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.

2-4 Les mutations psychosociales :

Les variations hormonales per-pubertaires auraient un effet sur le comportement des adolescentes [5].

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 [13].

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

3- ADOLESCENCE ET SANTE DE LA REPRODUCTION :

3-1 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 » [14].

3-2 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.

3-3- Problèmes de la santé de reproduction des adolescents : [5]

- 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.

4- URGENCES OBSTETRIQUES ET GYNECOLOGIQUES CHEZ L'ADOLESCENTE

4-1- 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 [15] ;
- la pathologie gynécologique, elle regroupe toutes les pathologies survenant avant la 28^{ème} semaine d'aménorrhée, si la femme est enceinte et toutes les pathologies intéressant son système de reproduction lorsqu'elle n'est pas enceinte.

L'urgence gynéco-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 ou en dehors de toute grossesse et qui menace la vie ou l'avenir fonctionnel de la mère et /ou celle du produit de conception [16].

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 à tenir adéquate dans les minutes qui suivent l'admission de la patiente, sont les garants d'une bonne prise en charge.

4-2 Classification :

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 gynécologiques et obstétricales chez l'adolescente [17].

4-2 -1 .La pathologie gravidique et puerpérale

4-2 -1-1. Les grossesses pathologiques

- Les pathologies liées à la grossesse :

- Vomissements gravidiques,
- Avortement /menace d'avortement,
- La grossesse extra utérine (GEU),
- Les maladies trophoblastiques,
- La menace d'accouchement prématuré (MAP),
- Les syndromes vasculo-renaux : prééclampsie, éclampsie
- Hématome retro-placentaire (HRP)
- Hydra amnios, oligoamnios
- Dépassement de terme

- 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...

4-2-1-2- L'hypertension artérielle gravidique :

En France le risque d'HTA chez l'adolescente varie de 3 à 18% [18].

Au Sénégal (Dakar), Bam G. [19] rapporte que l'HTA et ses accidents paroxystiques représentent au total 17,6% de la pathologie gravido-puerpérale chez l'adolescente.

Au Niger, Lawali MR. [20], dans une étude en milieu hospitalier sur les maladies hypertensives au cours de la grossesse trouve l'incidence la plus élevée (35.74% de sa série) dans la tranche d'âge inférieure à 20 ans.

4 -2-1-3 L'éclampsie :

C'est un accident aigu paroxystique compliquant la toxémie gravidique, caractérisé par des accès convulsifs à répétition d'apparition brutale ou succédant à une phase prémonitoire d'« éclampsisme » qui associe signes neurologiques et digestifs [21]. Elle s'évalue classiquement en quatre phases : phase d'invasion, phase tonique, phase clonique et phase de coma.

Elle peut survenir pendant la grossesse (le plus souvent au cours du 3^{ème} trimestre), parfois pendant l'accouchement ou rarement dans les 48^H après la délivrance.

En France, elle est devenue plus rare (1 pour 800 grossesses au lieu de 1 pour 200) en raison de la surveillance prénatale rigoureuse [15]. En Afrique et particulièrement chez l'adolescente, les différentes séries rapportent des taux des vivants de 2 à 20% [22, 23, 24].

Le pronostic est grave, tant pour la mère (mortalité de 15% environ) que pour l'enfant (mortalité de 40 à 50%).

Les risques maternelles sont : le décès maternel par asphyxie, l'état de mal éclamptique, l'hémorragie cérébro-méningée ou oculaire, l'anurie, l'ictère, la

psychose puerpérale, la nécrose hypophysaire (syndrome de Sheehan). Quant au fœtus, il est exposé au risque de mort in utero et d'hypotrophie.

4 -2-1-4- Anémies et grossesses :

L'anémie est définie par la diminution de la quantité d'hémoglobine fonctionnelle circulante totale. Il existe au cours de la grossesse une augmentation du volume sanguin qui est relativement plus importante pour le volume plasmatique (+45%) que pour le volume érythrocytaire (+25%) : il en résulte une hémodilution qui est appelée « anémie physiologique de la grossesse » si bien qu'une anémie ne doit être prise en considération que lorsque le taux d'hémoglobine est inférieur à 11g/dl de sang.

Les conséquences maternelles et fœtales de l'anémie ont été diversement rapportées dans la littérature car les facteurs étiologiques et les populations étudiées sont différentes d'une région à une autre [25]. Cependant on peut énumérer : la myocardopathie (gravidique ou de post partum), l'hémorragie de la délivrance, l'infection puerpérale, la menace d'accouchement prématuré, le décès maternel, le retard de croissance intra utérin, la prématurité, l'infection néonatale, le décès périnatal.

4-2-1-5- 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, diaphragme vaginal, obstacle preavia
- 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.

4-3- Les pathologies gynécologiques en dehors de la grossesse :

- Tumeurs :
 - nodule du sein douloureux
 - Kyste ovarien douloureux
 - Hématocolpos
- Troubles du cycle :
 - Hémorragie menstruelle

- Dysménorrhées
- Traumatismes génitaux :
 - Traumatisme vulvo – périnéal (accidentel)
 - Déchirure du Douglas
 - Séquelle d’excision
- Les infestions gynécologiques :
 - Leucorrhées
 - Bartholinite, vulvo-vaginite, salpingite ...
- Autres : viol, infanticide, coups et blessures volontaires (CBV) sur grossesse

4 -3-1- Les urgences gynécologiques en dehors de la grossesse :

Elles représentent 2,35% des admissions dans la série de Thiéba B. [26].

4 -3-1-1- Pathologie mammaire de l’adolescente :

→ Pathologie tumorale :

La découverte par une jeune femme d’un nodule mammaire, constitue pour cette dernière un motif inquiétant de consultation. En effet la hantise d’une nature maligne et la perspective d’une éventuelle amputation du sein, sont autant d’angoisse ressentie tant par la patiente que par son entourage.

L’adénofibrome résume à lui seul la pathologie tumorale mammaire à l’adolescence. Dans les séries chirurgicales, l’adénofibrome représente 70 à 95% des lésions du sein opérées à cet âge [27].

Dans la majorité des cas le nodule est découvert par la patiente elle-même. Le plus souvent après la survenue des premières règles ou plus rarement avant, au cours du développement pubertaire [27].

Il s’agit d’une tuméfaction (nodule) ferme, bien limitée, arrondie ou lobulée,

indolore et mobile par rapport à la peau et aux plans profonds. L'échographie confirme le diagnostic et objective la nature pleine de la tuméfaction palpée. Le traitement est essentiellement chirurgical en s'appliquant à choisir l'incision la plus esthétique possible (péri aréolaire). Les tumeurs malignes du sein chez l'adolescente sont exceptionnelles. D'après Haagensen C.D. cité par Duflos-Cohade C. [27], 0,2% des cancers du sein sont retrouvés avant l'âge de 25ans.

➔ Pathologie inflammatoire [51] :

Elle est rare et représentée par les abcès mammaires. Classiquement décrit dans le post-partum, l'abcès du sein isolé peut se rencontrer à l'adolescence. Deux aspects sont possibles :

- soit l'abcès rétro aréolaire (le plus fréquent), conséquence le plus souvent d'une ectasie galactophorique surinfectée (nodule rétro aréolaire, sensible, parfois associé à un écoulement mamelonnaire brunâtre voire sanglant à la pression).
- Soit l'abcès périphérique, présentant les mêmes signes cliniques que le précédent mais la tuméfaction n'est pas centrée par l'aréole. Ici l'abcès est le plus souvent consécutif à un traumatisme ou à une infection de voisinage (acné surinfectée).

4-3-1-2- Les troubles du cycle menstruel

➔ Dysménorrhées

La dysménorrhée est un syndrome douloureux, paroxystique qui précède de quelques heures où accompagnent les règles.

Dans les pays occidentaux c'est un motif de consultation très fréquent en gynécologie de l'adolescente, et constitue la principale cause d'absentéisme de la jeune fille à l'école [28] ; car les manifestations fonctionnelles qui l'accompagnent lui confèrent parfois un caractère invalidant.

C'est la pathologie la plus souvent rapportée dans la littérature parmi les troubles du cycle menstruel. Aux Etats-Unis Klein et Litt. [29] rapportent que 37% des adolescentes d'une « high-school » américaine présentent des dysménorrhées. En France, Sultan C. [28], dans une étude épidémiologique dans le département d'Hérault sur 4203 adolescentes, rapporte 22% de dysménorrhées. Et celui-ci constate comme Andersh B. en Suède [28], une plus grande fréquence des dysménorrhées dans les premières années qui suivent les ménarches.

➔ **Ménorragies de la jeune fille**

On désigne sous ce terme les anomalies par excès de la menstruation survenant au cours de la puberté c'est-à-dire une période qui s'étale sur les cinq années qui suivent l'installation de la première menstruation.

La fréquence de ces anomalies est diversement appréciée dans la littérature [29]. Louros cité par Blanc B. [30], en a colligé 100 cas en huit ans ; Hilbert J. [31], 3 cas en un an. Thiéba B. [14] trouve 2 cas en six mois soit 0,7% (2/297) des urgences gynéco obstétricales de sa série ou 28,5% des pathologies gynécologiques chez l'adolescente Ouagalaise en milieu hospitalier.

➔ **Hématocolpos ou hématométrie**

Il s'agit d'une collection par rétention de sang menstruel dans le vagin due à une imperforation de l'hymen, une atrésie vulvaire ou une malformation vaginale [32].

Dans sa série Thiéba B. [14] rapporte 2 cas d'hématocolpos sur les 7 pathologies gynécologiques colligées soit une proportion de 28,5% par rapport aux pathologies gynécologiques chez l'adolescente Ouagalaise ou 0,7% de l'ensemble de la pathologie gynéco obstétricale de l'adolescente en milieu hospitalier.

4-3-2- Abus sexuel

Selon Nathanson M. [33] toute utilisation d'un mineur à des fins de satisfaction sexuelle, que ce soit par violence, contrainte, surprise ou séduction est un abus sexuel. Les abus sexuels incluent tous les rapports avec contact physique : pénétration, attouchements, incitation à la prostitution. Pour appréhender d'avantage la nuance entre les différents abus sexuels DROSSMANN et coll. [34] proposent une classification :

Tableau I: Les abus sexuels selon la classification de DROSSMANN [34]

Classification de DROSSMANN
1. Agression verbale à caractère sexuel.
2. Harcèlement sexuel.
3. Exhibitionnisme.
4. Attouchements sexuels : sur la personne abusée ou attouchement sur une autre personne.
5. Tentative de viol sans pénétration.
6. Rapport sexuel contre la volonté / viol :
6.1. Avec pénétration vaginale
6.2. Avec pénétration orale
6.3. Avec pénétration anale
7. Agression physique sans caractère sexuel.

En **France**, en Seine st Denis les affaires de viol concernent dans 45 à 50% des cas des mineurs estime Uzan M. [34]. Une enquête dans la région Rhône-Alpes,

portant sur 1511 femmes âgées de 18 à 60 ans, montre que 6,2% d'entre-elles ont subi un ou plusieurs abus sexuels avant l'âge de 18ans, et que 40% des victimes en ont parlés à quelqu'un [35].C'est donc un phénomène relativement fréquent en Occident et rapporté par plusieurs publications médicales.

En **Afrique**, les violences à caractère sexuel ont gardé jusqu'à très récemment le triste privilège de rester sous silence, dans plusieurs pays. Le poids des normes religieuses et sociales rendait le sujet tabou. Mais depuis quelques années l'opinion a pris conscience du problème des victimes de violences sexuelles, en particulier s'il s'agit d'enfants et d'adolescentes. Cependant le silence quasi absolu de la littérature médicale africaine, sur le thème des abus sexuels, en particulier chez les jeunes filles, est accablant. Le sujet est très peu documenté.

En Ouganda, 49% des filles sexuellement actives à l'école primaire ont rapporté qu'ont les avaient forcées à avoir un rapport sexuel.

Dans les pays sous développés, l'adolescente est particulièrement vulnérable aux abus sexuels de part sa relative faiblesse physique, sociale et économique. Du point de vue médical, la gravité des abus sexuels tient à leurs conséquences qui sont aussi bien psychologiques (anxiété, dépression, trouble du comportement sexuel etc..) que somatiques (déchirure hyménéale, vaginale, anale ; IST ; grossesse etc....)

5- PRISE EN CHARGE

5-1- Les dystocies

- **Les dystocies dynamiques secondaires** peuvent être diagnostiquées par la recherche d'un obstacle mécanique parfois discret. Elles seront traitées de façon précoce et parfois peuvent être évitées.

- **Les dystocies mécaniques** : bassins pathologiques

Pour un fœtus dont on estime le poids normal, on admet :

- la voie basse si le diamètre promonto-retropubien est ≥ 10.5 cm.
- la césarienne est indiquée lorsque ce diamètre est inférieur à 8,5 cm ;
- entre 8,5 et 10,5 cm on fait une épreuve du travail.

L'épreuve de travail ne commence qu'à partir de la rupture des membranes qu'elle soit spontanée ou provoquée. La dynamique utérine doit être l'objet d'une surveillance régulière. Dans ces conditions, l'épreuve doit être jugée en une ou deux heures en tenant compte de :

- L'état du fœtus ;
- L'évolution de la présentation ;
- L'évolution de la dilatation du col ;
- La surveillance des paramètres : les contractions utérines, le rythme du cœur fœtal, la température, la coloration du liquide amniotique ;

L'erreur serait de repousser d'heure en heure la décision d'arrêter l'épreuve par méconnaissance ou par peur de césarienne.

5-2. La souffrance fœtale aiguë :

- la césarienne doit être pratiquée en urgence ;
- Faire une extraction instrumentale si les conditions locales l'autorisent.

5-3. La rupture prématurée des membranes

. **Avant 37 SA** : le risque de prématurité prédomine.

L'évaluation de la maturité fœtale (BIP à l'échographie obstétricale).

On peut envisager de prolonger la grossesse par la tocolyse si :

- les signes d'infection sont absents ;
- le poids fœtal est < 2500 grammes et le diamètre bipariétal est < 87 mm.

La prévention de l'infection sera instaurée par la corticothérapie si la grossesse a moins de 34 SA.

. Après 37 SA :

En absence de complications maternelles ou fœtales pouvant imposer l'extraction rapide, il faut s'abstenir tant que la rupture n'excède pas 24 heures.

Surveiller : les contractions utérines, les bruits du cœur fœtal, la température, l'aspect du liquide amniotique.

L'extraction du fœtus par le déclenchement du travail est permis après un délais de 24 heures si et seulement si l'état du col et la présentation le permettent.

On effectuera :

- des prélèvements bactériologiques sur le nouveau-né.
- une antibiothérapie à la mère et au nouveau- né.

5-4- Menace d'accouchement prématuré

- hospitalisation ;
- prise d'une voie veineuse ;
- une tocolyse faisant appel :
 - Aux bêta mimétiques : (salbutamol injectable 5 mg : 6 ampoules dans 500 ml de sérum glucosé 5% en perfusion lente, 4-8 gouttes / mn)
 - Aux inhibiteurs calciques
 - nifédipine 10 mg comprimé (2 comprimés puis un comprimé toutes les 15 mn jusqu'à la sédation des contractions utérines, puis relais avec la forme LP 20mg : 4 à 5 comprimés par jour)
 - nicardipine per os ou IV

- Anti-inflammatoires non stéroïdiens : indocid suppositoire : 100mg/j ou 50mg 3 fois /j pendant quelques jours mais responsable de fermeture précoce du canal artériel, de toxicité rénale avec oligurie fœtale et diminution de la quantité du liquide amniotique (réversible).

- Spasfon ;

- Utrogestan ;

- la corticothérapie si l'âge gestationnel est inférieur à 34 SA. Elle permet de diminuer la mortalité néonatale d'environ 50%, le taux de syndrome de détresse respiratoire d'environ 60 %. On utilise la betaméthasone à raison de 12mg par voie intramusculaire à renouveler après 24 heures.

5-5- L'embolie amniotique

C'est un traitement symptomatique d'urgence afin d'améliorer la survie sans séquelles des patientes. Le traitement vise trois objectifs :

- l'oxygénation ;

- la restauration hémodynamique ;

- la compensation des pertes sanguines en plus du traitement de la CIVD.

La survie du fœtus dépend de la rapidité de l'extraction si l'embolie survient avant la naissance.

5-6. Hypertension artérielle et grossesse

Le traitement médical repose sur les antihypertenseurs :

- à action centrale : le méthylodopa ;

- les inhibiteurs calciques (la nicardipine)

- un antiagrégant comme l'aspirine à dose faible (100 mg /jour) est prescrite entre la 12^{ème} et la 35e SA chez les patientes ayant des antécédents de prééclampsie sévère, de RCIU, de MIU, dans un contexte vasculaire.

En cas de pré éclampsie, l'hospitalisation est systématique, la décision de terminaison de la grossesse est fonction du terme, du poids fœtal estimé, du risque de souffrance fœtale aiguë et de la sévérité du tableau maternel.

En cas de l'éclampsie, le traitement outre celui de l'HTA menaçante repose sur la lutte contre le vasospasme cérébral et la neuroprotection.

Le sulfate de magnésium est la molécule de référence pour la prévention de la récurrence de la crise d'éclampsie.

Avant 34 SA.

L'administration à la mère de corticoïdes à visée fœtale 24 heures avant l'extraction permet de prévenir les complications de la prématurité.

La betaméthasone injectable 4 mg : 3 ampoules en intramusculaire à répéter au bout de 24 heures.

Mode d'accouchement

- si le travail se déclenche spontanément avec une présentation céphalique et de bonnes conditions locales, la voie basse peut être acceptée sous réserve d'une surveillance très active avec monitoring continu du rythme cardiaque fœtal.

5-7- Les pathologies hémorragiques

► Avortement :

L'avortement est un risque fréquent au cours de la grossesse chez l'adolescente [36].

L'avortement est l'interruption de la grossesse avec expulsion du produit de conception avant 180 jours d'aménorrhée (soit 28 SA), date à partir de laquelle l'enfant né vivant est présumé pouvoir se développer et vivre jusqu'à un âge avancé [15].

Lorsque l'âge gestationnel est inconnu, l'avortement est défini comme étant l'expulsion d'un produit de conception de poids inférieur à 500 grammes.

Selon le mécanisme de survenue, on distingue deux types d'avortement :

- L'avortement spontané : il survient de lui-même en dehors de toute entreprise locale ou générale volontaire. Au point de vue clinique l'essentiel est de trouver sa cause. Il se déroule en deux phases :

- La phase de menace d'avortement, caractérisée par des métrorragies minimales, indolores ; faites tantôt de sang rouge tantôt de sang noir tantôt rosées ou mêlées de sérosités des contractions utérines. A l'examen le col est souvent long et fermé, la région isthmique est normale cet examen est souvent insuffisant et devra être complété par une échographie.

+ La phase d'avortement proprement dite qui est annoncée par l'importance des pertes sanguines, par l'apparition des douleurs (à type de contraction utérines) ou leur augmentation en fréquence, en intensité et en régularité. A l'examen le col est ouvert, parfois long encore, parfois effacé.

- L'avortement provoqué : il survient à la suite de manœuvres ou entreprises quelconques destinées à interrompre la grossesse. Il est classique d'en distinguer :

+ L'avortement provoqué clandestin.

+ L'avortement thérapeutique : il s'agit d'un avortement provoqué dans le but de soustraire la mère d'un danger que la grossesse est censée lui faire courir. Il est également appelé interruption thérapeutique de grossesse.

+ L'avortement eugénique : il s'agit d'un avortement provoqué, réalisé lorsque le fœtus est reconnu porteur d'une tare génétique héréditaire ou congénitale ou suspecte de l'être.

+ L'avortement social : il s'agit d'un avortement provoqué réalisé lorsqu'il existe une raison sociale grave : viol, inceste.

- Chaque année, au moins 2 millions d'avortements à risques sont le résultat de

grossesses accidentelles chez les adolescentes. Au moins 10% des avortements dans le monde sont pratiqués par les femmes qui ont entre 15 et 19 ans et dans de nombreux pays, le taux d'avortement chez les adolescentes semble être en hausse. En Amérique latine, il est estimé qu'une grossesse sur trois se termine par un avortement. Dans les pays en développement les taux d'hospitaliers varient de 12 à 27% chez les adolescentes [1].

La conduite à tenir dépend du stade :

Devant une menace, en général aucun traitement médical n'est nécessaire. Cependant on peut :

- administrer un anti spasmodique type Spasfon.
- conseiller à la patiente d'éviter toutes les activités demandant un effort ainsi que les rapports sexuels.

La conduite à tenir ultérieure dépend de l'évolution du saignement et de la vitalité du fœtus.

Une révision utérine s'impose chaque fois que l'on doute d'une rétention placentaire et un col effacé et dilaté. Les débris ovulaires seront recueillis et envoyés au laboratoire pour un examen anatomopathologique et bactériologique et si possible le caryotype à la recherche d'une cause ovulaire.

5-8- La grossesse molaire

- Voie veineuse ;
- Groupage/rhésus ;
- Taux d'hémoglobine, d'hématocrite ;
- Évacuation utérine sous perfusion d'oxytocine.
- Échographie de contrôle pour s'assurer de la vacuité utérine.
- **La grossesse extra utérine (GEU) : Il s'agit d'une urgence souvent vitale et**

toujours fonctionnelle car les possibilités de traitement dépendent de la précocité du diagnostic et de la prise en charge.

La prise en charge est chirurgicale. La coélioscopie pour les non rompues très bénéfique est un moyen diagnostique et thérapeutique qui permet de réduire la durée de l'hospitalisation et le risque infectieux.

5-9- La rupture utérine :

- groupage / rhésus ;
- voie veineuse centrale ;
- suture de la brèche ;
- hystérectomie radicale ou conservatrice en fonction de l'âge de la parturiente, de la parité, de l'importance et de la forme de la rupture.
- transfusion si choc hypovolémique.

5-10- Hématome rétro placentaire (HRP) :

- prise d'une voie veineuse ;
- groupage / rhésus, taux d'hémoglobine ; d'hématocrite ;
- rupture des membranes pour accélérer l'évacuation utérine si le fœtus est mort si l'état général de la mère est conservé ;
- césarienne d'urgence si le fœtus est vivant et/ou si la mère se trouve en état de choc ;
- lutte contre le choc hypovolémique par remplissage vasculaire voire transfusion de plasma frais ;
- hystérectomie d'hémostase sous transfusion si l'hémorragie est incontrôlable.

5-11- Placenta praevia :

- prise d'une voie veineuse ;

- groupage /rhésus, taux d'hémoglobine, d'hématocrite,

Variété non recouvrante : la rupture des membranes entraîne en général l'arrêt de l'hémorragie et permet la poursuite du travail jusqu'à dilatation complète.

Variété recouvrante : elle est à l'origine d'hémorragie massive et brutale pendant le travail d'accouchement, le placenta recouvre entièrement l'orifice du col rendant toute tentative de rupture des membranes impossible ; la césarienne d'urgence s'impose.

5-12- Les hémorragies du post-partum

Le protocole de la conduite à tenir doit être chronométré pour que les décisions soient prises au temps opportun. Pour reconnaître rapidement l'hémorragie de la délivrance, on ne doit pas manquer les signes initiaux suivants :

- l'hémorragie extériorisée faite de sang rouge vif qui peut être abondante d'emblée ou distillante alors qu'il y a 800 g de caillots dans l'utérus.
- l'absence du globe de sécurité avec ascension du fond utérin qui reste mou à la palpation ;
- les signes généraux qui sont fonction de la gravité.

5-12-1- Manœuvres obstétricales

- la délivrance artificielle systématique en cas de rétention placentaire complète,
- une révision utérine systématique si la délivrance a eu lieu ;
- un massage utérin transabdominal qui permet d'obtenir un certain degré de rétraction ;
- l'examen systématique de la filière génitale afin d'éliminer les déchirures des parties molles ;

5-12-2- Prise en charge pharmacologique

Elle repose sur l'utilisation des utero toniques :

- l'ocytocine ;
- les dérivés de l'ergot de seigle : méthyl ergometrine 0,2 mg en intra mural ;
- les prostaglandines : misoprostol 3-5 comprimés en intra rectal.

5-12-3- Réanimation et traitement du choc hypovolémique

La restauration de la volémie fait appel aux cristalloïdes de type Ringer du fait de leur efficacité sur l'expansion, du risque minime d'anomalie de l'hémostase primaire et de la rareté des accidents allergiques.

La transfusion s'impose en cas de spoliation sanguine trop importante.

5-12-4- Prise en charge chirurgicale

Le choix de la technique est fondé sur :

- les antécédents obstétricaux de la parturiente ;
- l'importance de l'hémorragie ;
- de l'état hémodynamique ;
- l'expérience du chirurgien.

On peut réaliser :

- la suture d'une partie molle déchirée ;
- la ligature des artères utérines ;
- l'hystérectomie d'hémostase.

5-13- Les infections

. Infections urinaires et grossesse [37]

Les infections urinaires au cours de la grossesse peuvent se présenter sous trois (3) formes : la bactériurie asymptomatique, la cystite et la pyélonéphrite.

Nous ne traiterons dans ce chapitre que la pyélonéphrite aiguë en raison des complications materno fœtales qu'elle peut entraîner en absence d'une prise en

charge adéquate et rapide.

Il s'agit d'une urgence qui nécessite :

- une hospitalisation ;
- un ECBU +antibiogramme ;
- le repos au lit en décubitus latéral gauche ;
- une bi antibiothérapie ou une mono antibiothérapie adaptée à l'antibiogramme par voie parentérale ;
- un traitement antalgique et antipyrétique associé à des mesures hygiéno diététiques ;
- le relai par voie orale après 48 heures d'apyrexie et pendant plus de 15 jours ;
- parfois une tocolyse est nécessaire.

5-14- Paludisme grave et grossesse

- une goutte épaisse et / ou un frottis mince pour confirmation ;
- une voie veineuse ;

+ La quinine

- dose de charge : 16 mg/kg de poids corporel de quinine base diluée dans de sérum glucosé 5 ou 10% à raison de 10 ml par kg sans dépasser 500 ml , en perfusion intraveineuse pendant 4 heures ;
- 8 mg de quinine base par kg en perfusion de 4 heures ,8-12 heures après le début de la dose de charge, à renouveler toutes les 8-12 heures jusqu'à ce que la patiente puisse avaler ;
- puis 8 mg /kg de quinine base per os toutes les 8-12 heures pendant 5-7 jours.

OU

+Arthemeter injectable : 2 ampoules de 80 mg en intramusculaire le 1^{er} jour ;

1 ampoule de 80 mg en intramusculaire de J 2 à J 5

OU

+Artesunate injectable : 2,4 mg /kg par voie veineuse le 1^{er} jour ;

1,2 mg / kg par voie veineuse de J 2 à J 5.

5-15- L'infection puerpérale

Très connues souvent sous le nom de fièvre puerpérale, il s'agit d'une infection maternelle grave historique le plus souvent causée par les **streptocoques β** hémolytiques du groupe A. Elle survient dans les 4-5 jours qui suivent l'accouchement.

Initialement il s'agit d'une endométrite (infection de l'endomètre utérin) qui peut s'étendre secondairement aux viscères pelviens ou se généraliser.

- une hospitalisation ;
- un examen bactériologique des prélèvements vaginal et urinaire, une NFS.
- des hémocultures si la fièvre est $> 38,5^{\circ}\text{c}$;
- une antibiothérapie à large couverture en absence d'antibiogramme mais compatible avec l'allaitement : Amoxicilline + Acide clavulanique par voie parentérale
- relais per os après 72 heures d'apyrexie et adapté aux résultats des examens bactériologiques ;
- une révision utérine plus ou moins.
- des utérotoniques de type (ocytocine IM ou Méthergin per os) pour favoriser la rétraction utérine.
- mobilisation et lever précoce ;
- drainage en cas d'abcedation ;
- hystérectomie ultime.

Les éléments de surveillance thérapeutique :

- la fièvre ;
- la hauteur, la tonicité et la sensibilité de l'utérus ;
- l'aspect et l'odeur des lochies.

5-16- Salpingite aiguë

- hospitalisation, repos au lit ;
- prise d'une voie veineuse ;
- une antibiothérapie intraveineuse pendant 3 à 5 jours puis relais per os pendant au moins 21 jours.
- des anti-inflammatoires et des antalgiques.

5-17- Les urgences digestives chirurgicales et grossesse

Les urgences abdominales digestives non traumatiques au cours de la grossesse sont par ordre de fréquence :

Le traitement l'appendicite aiguë médical basé sur une antibiothérapie exclusive tout en sachant que les aminosides ne sont pas indiqués pendant la grossesse et les imidazolés ne sont autorisés qu'aux 2^e et 3^e trimestres. Ce traitement médical a pour but d'encadrer le geste opératoire.

- La cholécystite aiguë

Principes et choix thérapeutiques

En dehors de la grossesse, le traitement est chirurgical (cholécystectomie) précédé d'une période de traitement médical plus ou moins longue à base d'antalgiques et d'antibiotiques.

Pendant la grossesse les risques d'une intervention sous AG à type d'avortement au 1^{er} trimestre et d'accouchement prématuré au 3^e trimestre ne sont pas négligeables.

Traitement médical : il associe ; des antalgiques et des antibiotiques pendant au moins 10 jours. Ce traitement médical pendant la grossesse reste émaillé d'un taux d'échec de l'ordre de 40 % nécessitant parfois une cholécystectomie en urgence. Il prépare habituellement le traitement chirurgical et n'est donc envisagé que proche du terme car il peut perturber le déroulement de la grossesse avec un risque d'accouchement prématuré dans près de 40 % des cas.

Traitement chirurgical

Réalisant la cholécystectomie, c'est le traitement le plus efficace pouvant néanmoins être responsable d'avortement spontané ou d'accouchement prématuré. Le traitement antibiotique privilégiant les pénicillines ou les céphalosporines encadre ce traitement chirurgical.

Torsion d'annexes ou kyste de l'ovaire

Elle réalise des douleurs syncopales brutales aiguës unilatérales au début puis irradiant vers les lombes.

Le traitement est chirurgical.

- Vomissements gravidiques graves [38]

En dehors d'une prise en charge adéquate ; les vomissements gravidiques graves peuvent avoir un pronostic fâcheux.

Leur traitement impose :

- un isolement par hospitalisation systématique (chambre sombre ; seule loin des bruits) ;
- une mise en confiance ;
- des sédatifs ; calmants ; tranquillisants ; antiémétisants ;
- une réhydratation suffisante (Na Cl ; glucosé isotonique) ;
- des électrolytes (le potassium ; complexe B1- B 12).

IV / METHODOLOGIE :

1- Cadre de l'étude :

Notre étude s'est déroulée au centre de santé de référence de la commune II du District de Bamako.

1 – 1 Situation géographique et services :

La commune II couvre une superficie de 17 Km² soit environ 7% de la superficie totale du District de Bamako.

Elle est limitée :

Au nord par le pied de la colline du Point G.

Au sud par le fleuve Niger

A l'est par le marigot de Korofina

A l'ouest par la route goudronnée (Boulevard du peuple passant par l'institut d'Ophtalmologie tropicale d'Afrique : IOTA Traversant le grand marché jusqu'au pont des Martyrs).

La commune II du District de Bamako comporte 12 quartiers (Bagadadji, Bakaribogou, Bougouba, Bozola, Hippodrome, Medina-coura, Missira, Niarela, Quinzambougou, Téléphone sans fil (TSF), Zone industrielle, N'gomi)

1- 2 Description du service de gynécologie obstétricale

Le service gynécologie obstétrique occupe le rez de chaussée

A l'étage se trouvent l'administration et certains services

Il comporte :

Une salle d'accouchement avec trois tables d'accouchement

Une salle d'attente et de suite de couche immédiate avec trois lits

Une salle de garde pour les sages femmes

Une salle de garde pour les infirmières et les aides soignantes

Un Bureau pour la sage femme maîtresse

Une toilette externe pour le personnel

Une unité de consultation prénatale

Une unité de planning familial

Une unité post natale

Une Unité de PTME (Prévention de la transmission mère enfant du VIH)

Une salle d'échographie

Une unité de gynécologie et de grossesse à haut risque

Trois salles d'hospitalisation

Le personnel comprend

Un professeur en gynécologie obstétrique, qui est le chef de service

Six médecins

La sage femme maîtresse

Dix neuf étudiants faisant fonction d'interne

Vingt neuf sages femmes

Quatre infirmières obstétriciennes

Vingt aides soignantes

Quatre chauffeurs

Cinq manœuvres

2- Type de l'étude :

Il s'agit d'une étude descriptive.

3- Période de l'étude :

Cette étude s'est déroulée du 01 janvier 2008 au 31 décembre 2008, soit une période de 12 mois.

4- Méthode d'étude :

Nous avons réalisé une enquête comportant une étude prospective de type descriptif, par observation participative ouverte des patientes admises en salle d'urgence et en salle d'accouchement pendant la période d'étude.

5- Variables étudiées :

Pour chaque patiente nous avons pris en compte :

5-1- Les caractéristiques sociodémographiques des admissions :

L'âge

L'adresse de provenance

La profession de la patiente

Le niveau d'instruction

L'ethnie de la patiente

Le statut matrimonial

Le régime matrimonial

La profession du conjoint

Le mode d'admission

5-2- Pour les antécédents :

ATCD médicaux

ATCD chirurgicaux

Cycle menstruel

Age du premier rapport sexuel inférieur à 18 ans.

Contraception

Nombre d'avortement

Nombre de grossesse

Gestité

Parité

Ménarche

Délais de consultation après le début de la pathologie.

Nombre de consultation prénatale

5-3- Pour les caractéristiques cliniques :

Le mode d'admission : venue d'elle-même, référée ou évacuée.

Le délai de consultation

Le motif de consultation

L'état général des patientes à l'arrivée

Le diagnostic retenu en urgence

Le type d'urgence

Le pronostic maternel et foetal.

6- Echantillonnage :

6-1-Taille de l'échantillon :

Il s'agit d'un échantillonnage exhaustif de tous les cas.

6-2- Méthode d'échantillonnage :

L'étude a été menée pendant 12 mois consécutifs par un échantillonnage exhaustif en série continue. Autrement dit, toutes les adolescentes ont été incluses chaque fois qu'elles étaient vues en urgence pendant la période d'étude.

6-3- Critères d'inclusion :

Toutes les patientes âgées de 10 à 19 ans révolus ont été incluses dans notre étude.

Elles étaient soit adressées par réquisition à personne, soit adressées pour un accouchement, soit pour toutes autres pathologies gynécologiques ou obstétricales dont la prise en charge n'a pas été programmée.

6-4- Critères de non inclusion :

N'ont pas été incluses de cette étude :

- Les patientes dont l'âge est inférieur à 10 ans ou supérieur à 19 ans.
- Les patientes déjà hospitalisées avant la période d'étude et revues en salle d'urgence pour une complication.
- Les patientes présentant des pathologies autres que gynécologiques ou obstétricales.

7 - Plan de collecte des données :**7-1-Instrument de recueil de données :**

Nous avons recueilli les données sur des fiches d'enquête individuelles élaborées en fonction des variables suscitées.

7-2-Saisie et analyse des données :

Les données ont été saisies et analysées sur SPSS12.

Le test statistique réalisé pour apprécier la variable a été le Chi2 avec une valeur $p < 0.05$ considérée comme significative.

Le test exact de Fisher 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 2003.

7-3- Difficultés de l'étude :

Les difficultés rencontrées étaient :

- La plupart de nos parturientes ne connaissaient pas la date de leur dernière règle et n'avaient pas bénéficié d'une échographie précoce ou même de consultation prénatale correcte.
- Manque de matériel de réanimation adéquate en salle d'accouchement.

7-4- Définition opérationnelle :

- **Gestité** : elle se définit comme étant le nombre de grossesse d'une adolescente
- **Nulligeste** : c'est une femme qui n'a pas contracté de grossesse
- **Paucigeste** : c'est une femme qui a contracté entre 2 ou 3 grossesses
- **Multigeste** : c'est une femme qui a contracté entre 4 ou 5 grossesses
- **Grande multigeste** : lorsque le nombre de grossesse est ≥ 6
- **Parité** : c'est le nombre d'accouchement
- **Nullipare** : c'est une qui n'a fait aucun accouchement
- **Paucipare** : c'est une patiente ayant accouché entre 2 à 3 fois
- **Multipare** : c'est une patiente ayant accouché entre 4 à 5 fois
- **Grande multipare** : lorsque le nombre d'accouchement est ≥ 6
- **Venue d'elle même** : elle concerne les parturientes qui sont venues d'elles-mêmes ;
- **Référence** : on parle de référence quand la décision de transfert et d'admission de la patiente se sont faites avant le début du travail ;
- **Evacuation** : elle concerne une patiente en travail, évacuée en urgence ou non ou qui n'est pas en travail mais présentant une complication grave nécessitant une hospitalisation d'urgence.

V / RESULTATS

1- Fréquence :

Du 1^{er} janvier 2008 au 31 décembre 2008, nous avons enregistré au CSRef de la commune II du district de Bamako, **3350** consultations pendant la période d'étude, dont **444 cas** d'urgences gynéco-obstétricales soit **35,1%**.

Pendant la même période, nous avons enregistré **156** urgences gynéco obstétricales chez les adolescentes soit une fréquence de **4,7%**.

2- Caractéristiques socio-démographiques des patientes

2-1- L'âge

Tableau II : Répartition des patientes selon les tranches d'âge

Tranches d'âges (ans)	Effectif	Pourcentage
12-15	26	16,7
16-19	130	83,3
Total	156	100,0

La tranche d'âge 16-19 ans a dominé notre échantillon avec 130 cas soit 83,3%. L'âge moyen des patientes était de 17,1 ans \pm 1,5 avec des extrêmes de 12 et 19 ans.

2-5- Le statut matrimonial

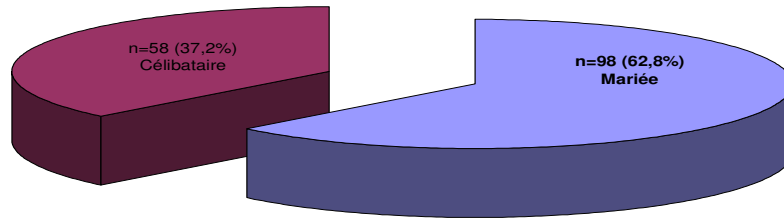


Figure 1 : Répartition des patientes selon le statut matrimonial

Les patientes étaient mariées dans 62,8% des cas et 37,2% étaient des célibataires.

Tableau III : Répartition de l'âge des patientes selon le statut matrimonial

Tranches d'âges (ans)	Statut matrimonial			
	Mariée		Célibataire	
	Effectif	%	Effectif	%
12 -15	9	34,6	17	65,4
16-19	89	68,5	41	31,5
Total	98	62,8	58	37,2

$$X^2 = 10,63$$

$$p = 0,001$$

Il existait une différence statistiquement significative entre le statut matrimonial et l'âge des patientes.

Tableau IV : Répartition des patientes selon le régime matrimonial

Régime matrimonial	Effectif	Pourcentage
Monogamie	45	25,5
Polygamie	53	74,5
Total	98	100,0

La polygamie dominait dans le régime matrimonial avec 74,5% et 25,5% étaient monogames.

Tableau V : Répartition de l'âge des patientes selon le régime matrimonial

Tranches d'âges (ans)	Régime matrimonial			
	Monogamie		Polygamie	
	Effectif	%	Effectif	%
12-15	8	88,9	1	11,1
16-19	17	19,1	72	80,9
Total	25	25,5	73	74,5

La monogamie a dominé dans la tranche d'âge 12-15 ans avec 88,9% contre 19,1% dans la tranche d'âge 16,19 ans.

Il existait une différence statistiquement significative entre le régime matrimonial et l'âge des patientes.

2-2- L'ethnie

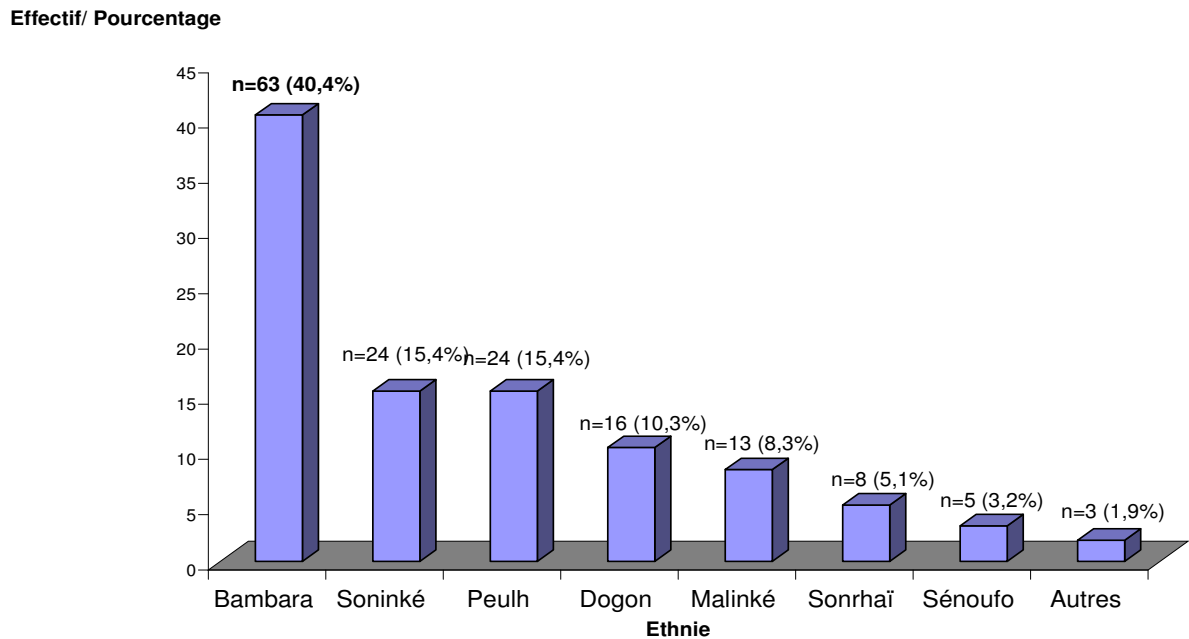


Figure 2 : Répartition des patientes selon l'ethnie

Les bambaras ont dominé notre échantillon avec 63 cas soit 40,4%.

2-3- Le niveau de scolarisation

Tableau VI : Répartition des patientes selon le niveau de scolarisation

Niveau de scolarisation	Effectif	Pourcentage
Aucun	65	41,7
Primaire	59	37,8
Secondaire	28	17,9
Supérieur	4	2,6
Total	156	100

Les patients avaient un niveau d'étude primaire ou analphabète dans la majorité des cas.

2-4- La profession

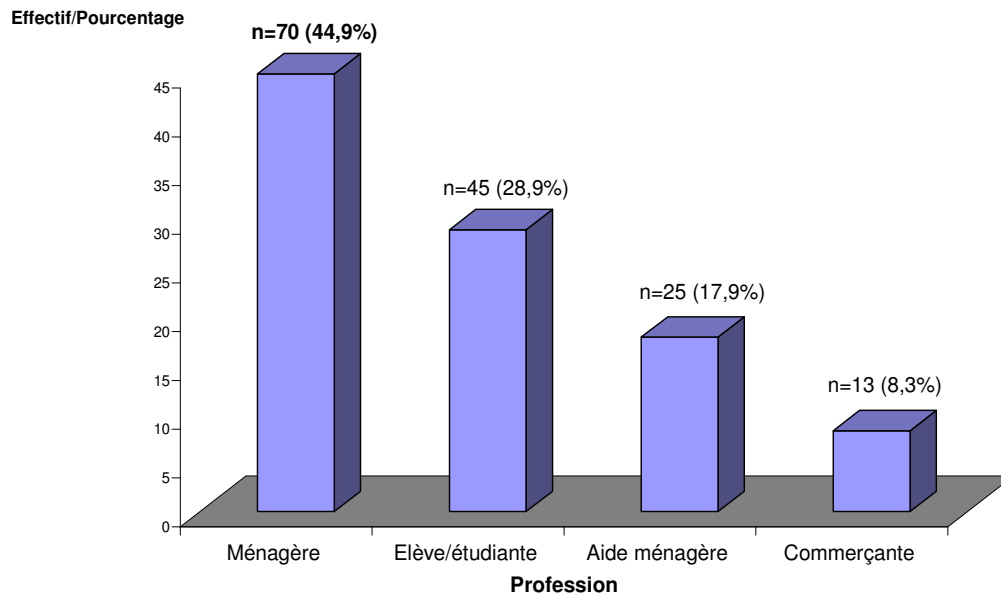


Figure 3 : Répartition des patientes selon la profession

Les ménagères (44,9%) et les élèves/étudiantes (28,9%) constituaient la majorité de notre échantillon.

2-5- La résidence

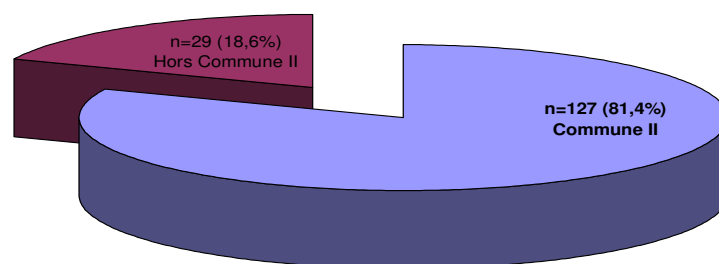


Figure 4 : Répartition des patientes selon la résidence

La majorité des patientes résidait en commune II soit 81,4%

2-6- La profession du conjoint

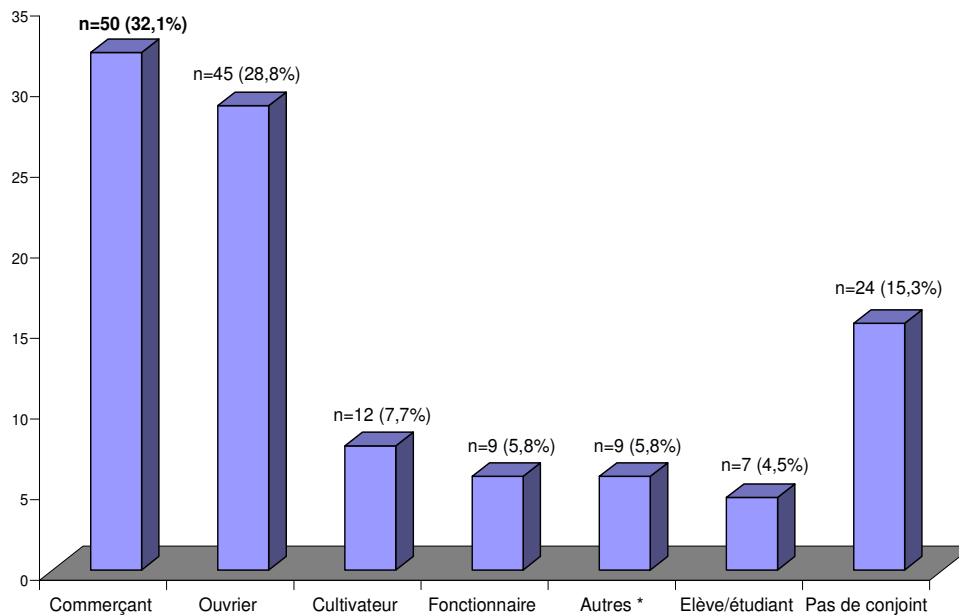


Figure 5 : Répartition des patientes selon la profession du conjoint

*= chauffeur = 5, marabout=2, pêcheur=1, sans profession=1

Les commerçants (32,1%) et les ouvriers (28,8%) constituaient les principales professions des conjoints.

2-7- Mode d'admission

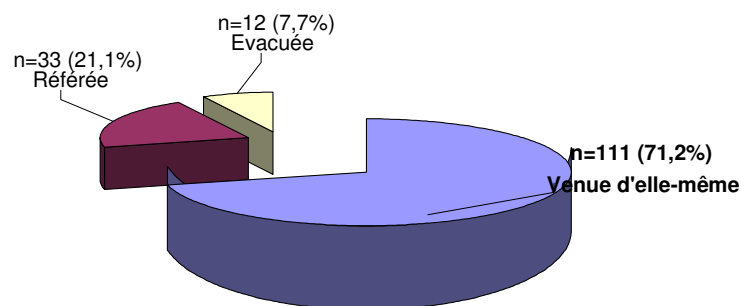


Figure 6 : Répartition des patientes selon le mode d'admission

Les patientes étaient venues d'elles-mêmes dans 71,2%, et 28,8% étaient évacuées.

Tableau VII : Répartition des patientes selon les supports de référence et d'évacuation

Supports de référence et d'évacuation	Effectif	Pourcentage
Fiche d'évacuation	17	37,8
Partogramme	16	35,5
Lettre / Note	7	15,6
Carnet de CPN	5	11,1
Total	45	100,0

La fiche d'évacuation et le partogramme ont été les principaux supports d'évacuation dans 73,3% des cas.

Tableau VIII : Répartition des patientes selon la qualification de l'agent ayant évacué

Agent ayant évacué	Effectif	Pourcentage
Sage femme	23	51,1
Médecin généraliste	10	22,2
Infirmière obstétricale	11	24,5
Etudiant	1	2,2
Total	45	100,0

La sage-femme a été le principal agent qui a référé ou évacué dans 51,1% des cas.

2-8- Motif de consultation**Tableau IX : Répartition des patientes selon le motif de consultation**

Motif de consultation	Effectif	Pourcentage
Contractures utérines douloureuses	88	56,4
Présentation vicieuse	18	11,6
Bassin limite	17	10,9
Temps d'expulsion prolongé	9	5,8
Souffrance fœtale aigue	8	5,2
Dilatation stationnaire	5	3,3
Convulsion	3	1,9
Métrorragie	2	1,3
Prééclampsie	1	0,6
Présentation haute	1	0,6
Effort expulsif insuffisant	1	0,6
Procidence du cordon	1	0,6
Suspicion de macrosomie fœtale	1	0,6
Hypocinésie	1	0,6
Total	156	100,0

Les contractures utérines étaient le principal motif de consultation soit 56,4%

Tableau X : Répartition des patientes selon le motif de référence et évacuation

Motif de référence et évacuation	Effectif	Pourcentage
Bassin limite	11	24,5
Présentation vicieuse	9	20,0
Souffrance fœtale aigue	6	13,3
Dilatation stationnaire	5	11,1
Temps d'expulsion prolongé	4	8,9
Contracture utérines douloureuses	2	4,5
Convulsion	2	4,5
Prééclampsie	1	2,2
Présentation haute	1	2,2
Effort expulsif insuffisant	1	2,2
Procidence du cordon	1	2,2
Suspicion de macrosomie fœtale	1	2,2
Hypocinésie	1	2,2
Total	45	100,0

Le bassin limite, la présentation vicieuse, la souffrance fœtale aigue constituaient 57,8% des motifs de référence et évacuation.

Tableau XI : Répartition des patientes selon le délai de consultation après le début de la pathologie

Délai de consultation après le début de la pathologie	Effectif	Pourcentage
< 1jour	132	84,6
1-3 jours	15	9,6
4-7 jours	4	2,6
> 7 jours	5	3,2
Total	156	100,0

Le délai de consultation était <24 heures chez 132 patientes soit 84,6% et était > 7 jours chez 5 patientes soit 3,2%. Les délais extrêmes ont été de 6 heures et de 10 jours.

2-9- Antécédents

- Gestité

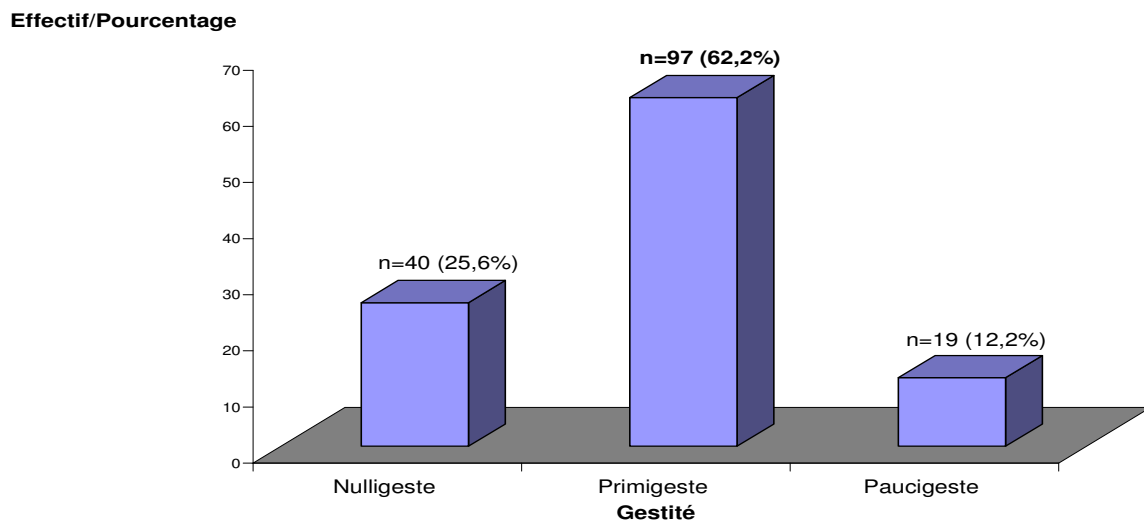


Figure 7 : Répartition des patientes selon la gestité

Les patientes étaient majoritairement des primigestes soit 67,6%.

- Parité**Tableau XII : Répartition des patientes selon la parité**

Parité	Effectif	Pourcentage
Nullipare	138	88,5
Primipare	17	10,9
Paucipare	1	0,6
Total	156	100,0

La majorité de nos patientes était des nullipares soit 88,5%.

Tableau XIII : Répartition de la parité selon l'âge des patientes

Parité	Tranches d'âge (ans)			
	12-15 ans		16-19 ans	
	Effectif	%	Effectif	%
Nullipare	26	100	112	86,1
Primipare + Paucipare	0	0	18	13,9
Total	26	100,0	130	100,0

$p^* = 0,045$ (P du test de Fischer)

Toutes les patientes dans la tranche d'âge 12-15 ans étaient des nullipares (100%) et 86,1% dans la tranche d'âge 16-19 ans étaient des nullipares.

- Antécédents d'avortement

Tableau XIV : Répartition des patientes selon l'antécédent d'avortement

Antécédent d'avortement	Effectif	Pourcentage
Oui	8	5,1
Non	148	94,9
Total	156	100,0

Les antécédents d'avortement étaient retrouvés chez 8 patientes soit 5,1%.

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

Type d'avortement	Effectif	Pourcentage
Spontané	5	62,5
Provoqué	3	37,5
Total	8	100,0

L'avortement était spontané dans 62,5% des cas et provoqué dans 37,5%.

- Ménarche**Tableau XVI : Répartition des patientes selon l'âge de la ménarche**

Ménarche	Effectif	Pourcentage
10	2	1,3
11	2	1,3
12	30	19,2
13	57	36,5
14	48	30,8
15	15	9,6
16	2	1,3
Total	156	100,0

L'âge moyen des ménarches était de 13,2 ans \pm 1,04 avec des extrêmes de 10 ans et 16 ans.

- Cycle menstruel**Tableau XVII : Répartition des patientes selon le cycle menstruel**

Cycle menstruel	Effectif	Pourcentage
Régulier	147	94,2
Irrégulier	9	5,8
Total	156	100,0

Le cycle menstruel était régulier chez 147 patientes (94,2%).

La durée moyenne du cycle était de 5,6 jours avec des extrêmes de 4 et 8 jours.

- Date des dernières règles

Tableau XVIII : Répartition des patientes selon la connaissance de la date des dernières règles

Connaissance de la date des dernières règles	Effectif	Pourcentage
Oui	37	23,7
Non	119	76,3
Total	156	100,0

La date des dernières règles était connue dans 23,7%.

- Utilisation des conceptions

Tableau XIX : Répartition des patientes selon l'utilisation des contraceptions

Utilisation des contraceptions	Effectif	Pourcentage
Oui	26	16,7
Non	130	83,3
Total	156	100,0

Les patientes utilisaient la contraception dans 16,7% des cas.

Tableau XX : Répartition des patientes selon le type de contraceptions utilisé

Type de contraceptions utilisées	Effectif	Pourcentage
Pilule	13	50,0
Injectable	5	19,2
Autres	8	30,8
Total	26	100,0

(Autres = préservatifs, connaissance du cycle menstruel, coït interrompu)

La moitié des patientes soit 50% utilisait la pilule comme type de contraception.

3- Consultation prénatale (CPN) :

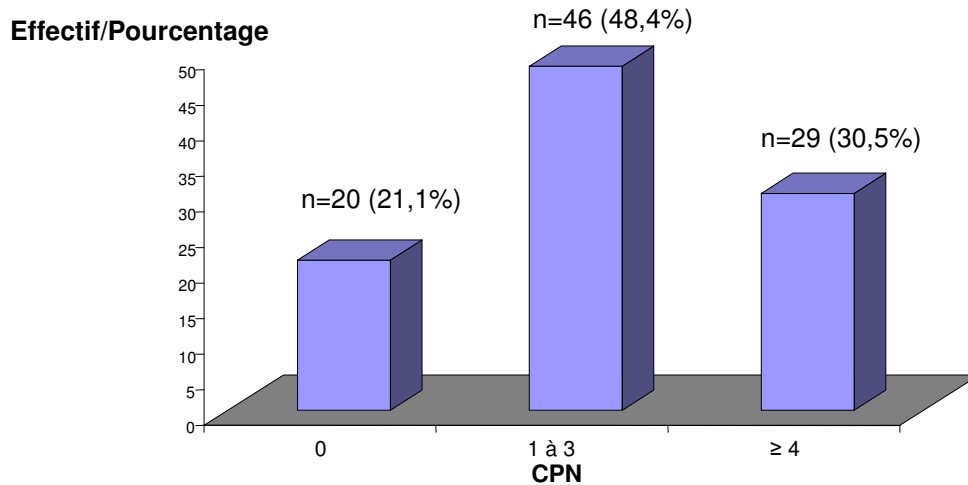


Figure 8 : Répartition des patientes selon nombre de CPN

La CPN n'était pas effectuée chez 21,1% des patientes.

4- Problèmes survenus au cours de la grossesse

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

Pathologies survenues au cours de la grossesse	Effectif	Pourcentage
Aucune	82	86,2
HTA	5	5,2
Métrorragie	2	2,1
Prééclampsie	2	2,1
Cardiopathie	1	1,1
Condylome vulvaire	1	1,1
Fièvre	1	1,1
Infection urinaire	1	1,1
Total	95	100,0

L'HTA a été la principale pathologie survenue au cours de la grossesse soit 5,2%, et 86,2% n'avaient aucun problème au cours de leur grossesse.

5- Clinique

5-1- Etat général des patientes à l'admission

Tableau XXII : Répartition des patientes selon l'état général

Etat général	Effectif	Pourcentage
Bon	132	84,6
Passable	20	12,8
Altéré	4	2,6
Total	156	100,0

L'état général était satisfaisant chez 132 patientes soit 84,6%, et 4 patientes soit 2,6% avaient un état général altéré.

5-2- Taille des patientes

Tableau XXIII : Répartition des patientes selon la taille

Taille (cm)	Effectif	Pourcentage
] 100 ; 150[26	16,7
[150 ; 200]	130	83,3
Total	156	100,0

Les patientes avaient une taille <150 cm dans 16,7%.

5-3- Etat des conjonctives

Tableau XXIV : Répartition des patientes selon l'état des conjonctives

Conjonctives	Effectif	Pourcentage
Bien colorées	148	94,9
Pâles	8	5,1
Total	156	100,0

La pâleur conjonctivale était retrouvée chez 8 patientes soit 5,1%.

5-4- Pression artérielle à l'admission

Tableau XXV : Répartition des patientes selon la pression artérielle à l'admission

Pression artérielle à l'admission	Effectif	Pourcentage
≤90/50 mmHg	8	05,1
100/60 – 130/80 mmHg	131	84,0
140/90 – 160/100 mmHg	13	8,3
Plus de 160/100 mmHg	4	2,6
Total	156	100,0

La pression artérielle était supérieure ou égale à 140/90 mmHg chez 17 patientes soit 10,9%.

5-5- Hauteur utérine

Tableau XXVI : Répartition des patientes selon la hauteur utérine

Hauteur utérine (cm)	Effectif	Pourcentage
] 10;36]	92	96,8
] 36 ;40]	3	3,2
Total	95	100,0

La hauteur utérine était > 36 cm dans 3,2% des cas.

5-6- BCF

Tableau XXVII : Répartition des patientes selon les BCF à l'admission

BCF	Effectif	Pourcentage
Présent	94	98,9
Absent	1	1,1
Total	95	100,0

Le BCF était absent dans 1 cas soit 1,1%.

5-7- Présentation

Tableau XXVIII : Répartition des patientes selon la présentation

Présentation	Effectif	Pourcentage
Céphalique	93	97,9
Siège	2	2,1
Total	95	100,0

La présentation était céphalique dans 97,9% des cas et 2,1% était en siège.

5-8- Age de la grossesse

Tableau XXIX : Répartition des patientes selon l'âge de la grossesse

Age de la grossesse	Effectif	Pourcentage
2 ^{ème} trimestre	5	5,26
3 ^{ème} trimestre	90	94,74
Total	95	100,0

La majorité des grossesses étaient au troisième trimestre dans 90 cas soit 94,74%.

5-9- Etat des poches des eaux

Tableau XXX : Répartition des patientes selon l'état des poches des eaux

Poche des eaux	Effectif	Pourcentage
Intacte	64	67,4
Rompue	31	32,6
Total	95	100,0

La poche des eaux était rompue ans 32,6% des cas.

5-10- Liquide amniotique

Tableau XXXI : Répartition des patientes selon l'état du liquide amniotique

Liquide amniotique	Effectif	Pourcentage
Clair	67	70,5
Méconial	24	25,3
Hématique	3	3,1
Purulent	1	1,1
Total	95	100,0

Le liquide était clair dans 70,5% des cas

7- Diagnostic retenu

7-1- Pathologies gynécologiques

Tableau XXXII : Répartition des patientes selon les pathologies gynécologiques

Pathologies gynécologiques	Effectif	Pourcentage
Dysménorrhées	18	29,5
Menace d'avortement	15	24,6
Avortement incomplet	12	19,7
Rupture du Douglas	6	9,8
Salpingite aiguë	5	8,2
Kyste ovarien tordu	2	3,3
Grossesse molaire	2	3,3
GEU	1	1,6
Total	61	100,0

La dysménorrhée (29,5%), la menace d'avortement (24,6%) et l'avortement incomplet (19,7%) étaient les principales pathologies gynécologiques retrouvées.

Pour le traitement des pathologies gynécologiques, il ya :

➤ **Le traitement médical :**

- Dysménorrhée : les AINS
- Menace d'avortement : Repos + perfusion d'antispasmodique
- Salpingite aigue : Antibiothérapie + antalgique

➤ **Le traitement chirurgical :**

- Avortement incomplet : Révision utérine + antibiothérapie
- Rupture du douglas : Suture + antibiothérapie
- Kyste ovarien tordu : Kystectomie
- Grossesse molaire : Révision utérine + antibiothérapie+référence
- GEU : Salpingectomie

7-2- Pathologies obstétricales

Tableau XXXIII : Répartition des patientes selon les pathologies obstétricales

Pathologies obstétricales	Effectif	Pourcentage
BGR	20	21,1
SFA	17	17,9
Temps expulsion prolongé	17	17,9
DFP	7	7,4
HRP	6	6,3
Prééclampsie	6	6,3
Placenta praevia	3	3,1
Présentation vicieuse	3	3,1
Dilatation stationnaire	3	3,1
Utérus cicatriciel sur bassin limite	2	2,1
Hypertension artérielle sur grossesse	2	2,1
Procidence du cordon	2	2,1
Syndrome de prérupture	2	2,1
Accouchement prématuré	2	2,1
Eclampsie	1	1,1
Hypotrophie fœtale	1	1,1
Condylome vulvaire sur grossesse	1	1,1
Total	95	100,0

Le BGR (20%), la SFA (17%), le temps d'expulsion prolongé (17%) étaient les principales pathologies obstétricales retrouvées.

Pour le traitement des pathologies obstétricales, il ya :

➤ **Le traitement médical :**

- Pré éclampsie : Surveillance
- HTA : Methyl Dopa + Nifédipine

- Accouchement prématuré : Hospitalisation + tocolyse

- Eclampsie : Sulfate de magnésium

➤ **Le traitement chirurgical :**

- BGR, SFA, DFP, HRP, PP, Présentation vicieuse, dilatation stationnaire, utérus cicatriciel sur bassin limite, procidence du cordon battant, syndrome de pré rupture, condylome vulvaire : Césarienne.

- Temps d'expulsion prolongé : extraction instrumentale (Forceps ou ventouse)

Tableau XXXIV : Répartition des pathologies obstétricales selon les tranches d'âge.

Pathologies obstétricales	12-15 ans		16-19 ans	
	Effectif	%	Effectif	%
BGR	1	5	19	95
SFA	0	0	17	100
Temps expulsion prolongé	1	5,9	16	94,1
DFP	0	0	7	100
HRP	2	33,3	4	66,7
Prééclampsie	0	0	6	100
Placenta praevia	1	33,3	2	66,7
Présentation vicieuse	1	33,3	2	66,7
Dilatation stationnaire	0	0	3	100
Utérus cicatriciel sur bassin limite	0	0	2	100
Hypertension artérielle sur grossesse	0	0	2	100
Procidence du cordon	1	50	1	50
Syndrome de prérupture	1	50	1	50
Accouchement prématuré	1	50	1	50
Eclampsie	0	0	1	100
Hypotrophie fœtale	0	0	1	100
Condylome vulvaire	0	0	1	100
Total	9	9,5	86	90,5

Les pathologies obstétricales étaient plus retrouvées dans la tranche d'âge 16-19 ans par rapport à la tranche d'âge 12-15 ans

Tableau XXXV : Répartition des patientes selon les pathologies gynécologiques et obstétricales en fonction de l'âge

Pathologies gynécologiques et Obstétricales	Tranches d'âge (ans)			
	12-15 ans		16-19 ans	
	Effectif	%	Effectif	%
Pathologies gynécologiques	17	65,4	44	33,8
Pathologies obstétricales	9	34,6	86	66,2
Total	26	100,0	130	100,0

$$x^2 = 9,06$$

$$p = 0,003$$

Les pathologies gynécologiques ont été plus fréquentes chez les patientes âgées de 12 à 15 ans (65,4%) par contre les pathologies obstétricales ont été plus fréquentes chez les patientes âgées de 16 à 19 ans (66,2%)

7-3- Pathologies selon le mode d'admission

Tableau XXXVI : Répartition des pathologies selon le mode d'admission

Pathologies	Mode d'admission						Total	
	Venue d'elle-même		Référée		Evacuée			
	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%
Dysménorrhées	17	94,4	1	5,6	0	0	18	11,5
Menace d'avortement	9	60	6	40	0	0	15	9,6
Avortement incomplet	5	41,7	6	50	1	8,3	12	7,7
Rupture du Douglas	5	83,3	1	16,7	0	0	6	3,8
Salpingite aiguë	2	40	3	60	0	0	5	3,2
BGR	16	80	3	15	1	5	20	12,8
SFA	11	64,7	5	29,4	1	5,9	17	10,9
Temps expulsion prolongé	12	70,6	3	17,6	2	11,8	17	10,9
DFP	5	71,4	2	28,6	0	0	7	4,5
HRP	6	100	0	0	0	0	6	3,8
Prééclampsie	5	83,3	1	16,7	0	0	6	3,8
Placenta praevia	3	100	0	0	0	0	3	1,9
Présentation vicieuse	0	0	0	0	3	100	3	1,9
Dilatation stationnaire	3	100	0	0	0	0	3	1,9
Kyste ovarien tordu	1	50	1	50	0	0	2	1,3
Grossesse molaire	1	50	1	50	0	0	2	1,3
Utérus cicatriciel sur bassin limite	2	100	0	0	0	0	2	1,3
Hypertension artérielle sur grossesse	2	100	0	0	0	0	2	1,3
Procidence du cordon	1	50	0	0	1	50	2	1,3
Syndrome de prérupture	2	100	0	0	0	0	2	1,3
Accouchement prématuré	2	100	0	0	0	0	2	1,3
Autres	1	25	0	0	3	75	4	2,6
Total	111	71,2	33	21,2	12	7,6	156	100,0

Autres = Eclampsie, hypotrophie fœtale, condylome vulvaire, malformation du cou.

Les patientes étaient venues d'elles-mêmes dans la majorité des cas.

8- Accouchement

- Voie d'accouchement

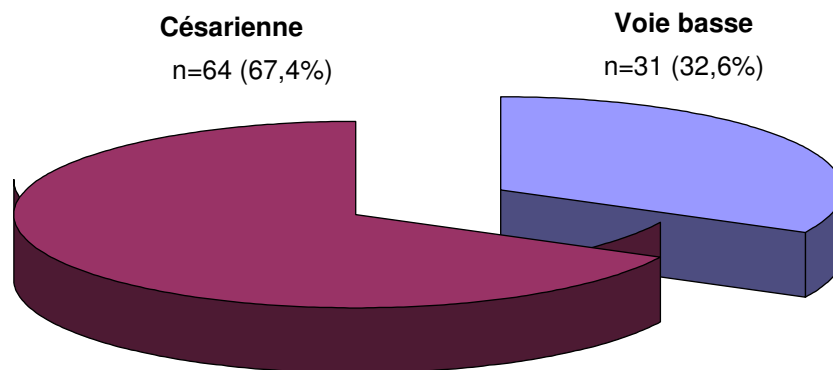


Figure 9 : Répartition des patientes selon la voie d'accouchement

La césarienne représentait 67,4% des accouchements et la voie basse 32,6%

10- Pronostic maternel

Tableau XXXVII : Répartition des patientes selon pronostic maternel

Pronostic maternel	Effectif	Pourcentage
Guérison	90	94,7
Complication	5	5,3
Total	95	100,0

Le pronostic maternel était bon dans 94,7% des cas.

12- Hospitalisation

Tableau XXXVIII : Répartition des patientes selon l'hospitalisation.

Hospitalisé	Effectif	Pourcentage
Oui	128	82,1
Non	28	17,9
Total	156	100,0

Les patientes étaient hospitalisées dans 17,9% des cas.

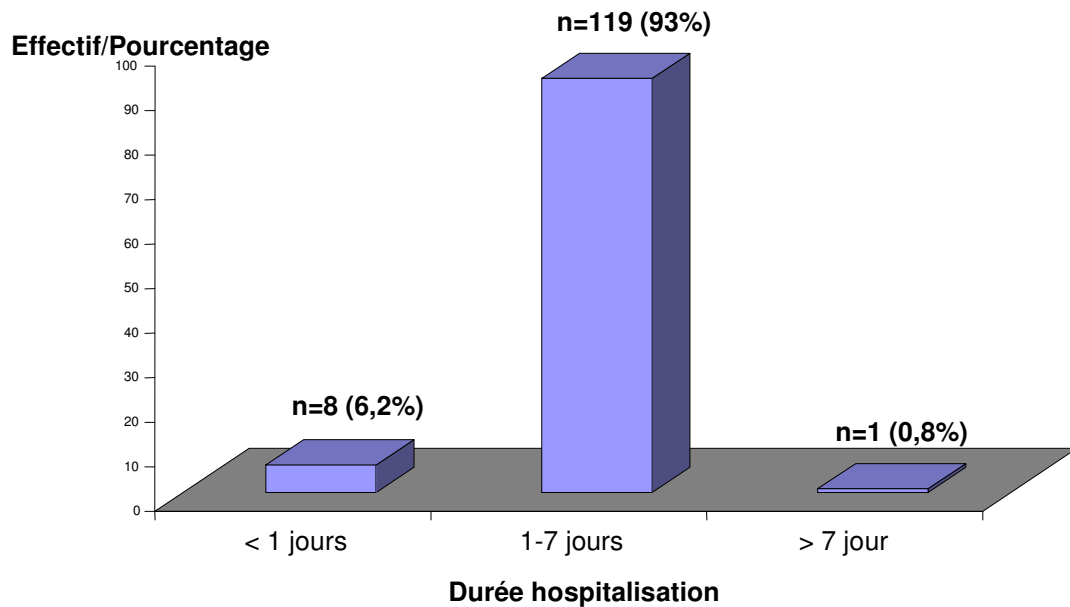


Figure 10 : Répartition des patientes selon la durée d'hospitalisation

La majorité des patientes avait une durée d'hospitalisation comprise en 4-7 jours soit 68,6% avec une durée moyenne de 3,7 jours \pm 1,6.

13- Etat des nouveau-nés à la naissance

13-1- Score d'Apgar

Tableau XXXIX: Répartition des nouveau-nés selon le score d'Apgar à la 1^{ère} minute.

Score d'Apgar	Apgar 1 ^{ère} minute		Apgar 5 ^{ème} minute	
	Effectif	%	Effectif	%
0	2	2,1	4	4,2
1-3	2	2,1	1	1,1
4-6	23	24,2	3	3,1
≥ 7	68	71,6	87	91,6
Total	95	100	95	100

Le score d'Apgar était >7 dans 71,6% des cas à la première minute et il était de 91,6% à la cinquième minute.

13-2- Poids nouveau-nés à la naissance

Tableau XL : Répartition des nouveau-nés selon le poids de naissance

Poids à la naissance (g)	Effectif	Pourcentage
] 1225; 1500]	04	04,2
] 1500 ; 2500[10	10,5
[2500-4000[78	82,1
[4000 – 5000]	03	03,2
Total	95	100

Le poids de l'enfant était normale 82,1% des cas et 14,7% avaient un faible poids de naissance et 3,2% de macrosomie. Le poids moyen a été de 2939,9 grammes ± 621,6.

713-3- Sexe**Tableau XLI : Répartition des nouveau-nés selon le sexe**

Sexe	Effectif	Pourcentage
Masculin	43	45,3
Féminin	52	54,7
Total	95	100

Le sexe féminin dominait avec 54,7% contre 45,3% pour le sexe masculin. Le sexe ration était de 0,75 en faveur du féminin.

13-4- Référence**Tableau XLII : Répartition des nouveau-nés selon la référence en pédiatrie.**

Référe	Effectif	Pourcentage
Oui	32	33,7
Non	63	66,3
Total	95	100

La référence a concerné 32 nouveau-nés soit 33,7%.

13-5- Pronostic foetal**Tableau XLIII : Répartition selon l'état des nouveau-nés**

Nouveau-nés	Effectif	Pourcentage
Vivant	89	93,7
Mort-né frais	3	3,1
Mort-né macéré	2	2,1
Décédé	1	1,1
Total	95	100

Le taux de mortalité foetale était de 6,3% et 93,7% des nouveau-nés étaient vivants.

VI / COMMENTAIRES ET DISCUSSION :

1- Fréquence :

Dans notre étude, la fréquence des adolescentes reçues pour une pathologie gynécologique ou obstétricale était de 4,5 % au Centre de Santé de Référence de la commune II. Diallo O. [39] a trouvé 3,6% ($p=0,767$), la différence statistique était non significative. Notre taux des urgences gynéco-obstétricales chez l'adolescente est inférieur aux données de la littérature : Eyenda D. [40] 9,93% ($p=0,03$) ; Burriere M. [41] : 11,4% ($p=0,0079$), il existait une différence statistiquement significative.

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

◆ En France, Gaillard M et coll. [42] 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. [41], 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. [43], 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 [26], 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 [25]. Zanré Y.Z. [39] en 1993, trouvaient auparavant les taux respectivement plus élevés de 16,25% et 16.70% d'adolescentes sur l'ensemble des admissions en salle d'urgences du service de gynéco- obstétrique du CHN 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 [1, 34].

◆ En GUYANE à la maternité du centre hospitalier de Saint-Laurent du Maroni, Carles G et coll [45] rapportent une augmentation régulière du taux de grossesses chez les jeunes filles, en 10 ans : 2,1 en 1984 et 4,9% en 1995. Mais ces taux sont relativement inférieurs à ceux des pays sous-développés en particulier ceux d'Afrique Occidentale [1] où les adolescentes participent pour beaucoup dans l'indice synthétique de fécondité (10 à 20%).

◆ Dans les pays sous développés, le pourcentage d'adolescente enceinte est plus élevé en Afrique de l'Ouest (56%), et plus bas en Asie de l'Est (8%). En Amérique Latine, un tiers des femmes deviennent mère durant leur adolescence, sauf au Guatemala et au Nicaragua environ la moitié des adolescentes sont mère avant 20ans [46].

◆ 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 [46].

Des récentes publications montrent des taux relativement élevés en Afrique subsaharienne pour les limites d'âge de 10 à 19ans.

2- Profil sociodémographique :

- Age

Dans notre série, 83,3% d'adolescentes admises en salle d'urgence avaient un âge compris entre 16 à 19 ans. C'est une image assez commune dans les publications sur les urgences gynéco-obstétricales, en particulier sur la maternité précoce [22, 36, 47, 48]. Cependant Thiéba B. [14], note que 90,5% des adolescentes ont un âge compris entre 17 et 19 ans. L'âge moyen des patientes était de 17,1 ans \pm 1,5 avec des extrêmes de 12 et 19 ans. Cette fréquence concorde à celles de Dolo A. [49] au Mali (17,4 ans), Eyenda D. [40] au Bénin (17,96 ans), et Thiéba B.[14] au Burkina (17,87 ans et 17,88 ans), et Diallo O. [44] (17,24 ans). Mais elle est nettement supérieure a celles trouvées par Carles G. [45] en Guyane (14,3 ans), Ba MG [22] au Sénégal (15,6 ans), Mounanga M. [48] au Gabon (15,80 ans) et Issa M. [47] au Burkina (15,58 ans). Cette différence peut s'expliquer par le fait que la limite supérieure d'âge considérée par ces auteurs dans leurs études, sont inférieures à la nôtre ; les uns considérant 16 ans comme limite supérieure d'âge de leur échantillon et les autres 17 ans.

- Statut matrimonial

Dans notre série, plus de la moitié de nos adolescentes étaient mariée (62,8%) contre 37,2 % de célibataires.

Comme nous, presque toutes les études Africaines rapportent un taux élevé d'adolescentes mariées : 71,53% au Niger [47], 64,3%, [35] 78,6% et [38] 57,9 au Mali.

Ces taux élevés de mariées, comparables à notre étude, seraient imputables aux mariages précoces qui prévalent dans nos pays africains. Le mariage y est une norme sociale et l'adolescente est mariée précocement selon les prescriptions religieuses ou coutumières.

En Afrique, en 1998, Uzan M. [34], rapporte une proportion de 42% d'adolescentes enceintes mariées ou vivant en couple et 58% de célibataires, dans une étude au service de gynécologie – obstétrique de l'hôpital Jean Verdier à St Denis, on a trouvé 93,01% de célibataires [36] et Carles G. [45] en GUYANE rapporte jusqu'à une proportion de 100% de célibataires.

En Afrique presque toutes les études rapportent un taux élevé d'adolescentes vivant une vie maritale : 64,3% et 78.6% au Burkina par Thiéba B. [26] et Kaboré I. [36], 63,1% au Sénégal par Ba M G [53] 64% au Mali par Dolo A. [49].

- Niveau d'instruction

Les adolescentes non scolarisées ont représenté 41,7% au cours de notre étude. Ce taux se rapproche de la majorité des séries ouest africaines qui rapportent un taux de non scolarisation moyen de 50% Au Sénégal [19] et 46,74% au Niger [47].

La plupart des publications reconnaissent la nécessité et la valeur de l'instruction des jeunes femmes. Celles qui en bénéficient diffèrent leur mariage ou leur maternité. L'instruction contribue également à la santé des enfants et facilite le recours à l'information et aux services proposés.

Par ailleurs la maternité et la nuptialité précoces ont une lourde répercussion sur le niveau d'instruction des adolescentes.

Beaucoup d'adolescentes en situation d'abandon ou d'échec scolaire à cause d'une grossesse, d'un mariage, viennent augmenter le nombre de « femme au foyer ».

- Profession

Dans notre étude nous avons trouvé 44,9% de ménagères. En zone Ouest Africaine et centrale tous les auteurs sont unanimes sur la fréquence élevée des femmes « adolescentes » au foyer. Le taux des ménagères ou « sans profession » est en moyenne de 80%, Thiéba B [26] (85%), Ba MG.[19] (88,7%) Dolo A. [49] (89,6%).

Mode d'admission :

Dans notre échantillon, 07,7% des patientes étaient évacuées, 21,1% étaient référées et 71,2% sont venues d'elles-mêmes.

Notre taux est inférieur à celui de Diallo O. [39] au CSRéf Commune V et de BA Gueye M. [53] au Sénégal rapportant respectivement en moyenne 26% ($p=0,002$) et 60% des patientes provenant des CSCOM ($p=10^{-6}$).

Pour notre série ce faible taux de référence serait imputable à la proximité du CSRéf de la commune II.

Les antécédents :

- La ménarche :

Dans notre série, l'âge moyen d'apparition des ménarches était de 13,2 ans. L'âge d'apparition des premières règles varie dans l'espace et dans le temps : dans les pays occidentaux l'âge moyen d'apparition des ménarches était de 12,9 ans aux Etats-Unis en 1971 [52], 13 ans en France et 12, 69 ans. Il est passé à 11-11,5 ans dans ces mêmes pays en l'an 2001 [54]. Et celui-ci ne cesse de régresser de 4 mois toutes les décennies [54]. Cette évolution serait liée à l'élévation du niveau de vie et à l'amélioration des conditions nutritionnelles.

- Les normes sociales et religieuses :

L'enfant est non seulement valorisant mais aussi valeur par excellence en Afrique. Et sa venue est perçue socialement comme une preuve de fécondité.

Pour sa part la religion dominante qu'est l'islam dans certaines régions, prône le mariage précoce. C'est un phénomène qui s'observe surtout en Afrique de l'Ouest et surtout au Mali. La jeune fille est mariée souvent peu après ou avant même les ménarches car la fonction déléguée en général à la femme est de « procréer » et son instruction en pâtit lourdement.

D'autre part les pesanteurs culturelles ou religieuses empêchent les parents à fournir à la jeune fille une éducation sexuelle. La sexualité demeure un sujet tabou [5].

En Afrique il varie entre 13 et 14,5 ans selon les séries :

- Le recours à la contraception :

Dans notre étude, 16,7% des adolescentes avaient eu recours à la contraception, et 83,3% n'utilisaient pas une méthode contraceptive.

En France 20% des adolescentes bénéficient d'une méthode contraceptive [81]. En Afrique par contre, les adolescentes ont rarement recours à la contraception. Celles qui n'avaient jamais utilisé une méthode contraceptive représentent 98,1% dans l'étude de Issa M. [47] et 97,9% dans l'étude de Ba M G et coll [55].

- Gestité, Parité :

Dans notre étude, 62,2% des adolescentes étaient des primigestes. Ce taux concorde avec ceux de Mounanga M. [48] : 64,94% ($p=0,699$), et Diallo O. [44] : 70,9% ($p=0,461$), sans différence statistiquement significative, nos taux sont inférieurs à la plupart des auteurs: Eyenda D.A.C. [40] : 84,1% ($p=0,0006$), Issa M.[47] : 94,9% ($p=10^{-7}$).

Cette gestité précoce relativement élevée dans notre étude serait liée d'une part à la nuptialité « très précoce » prédominant dans notre pays surtout en zone rurale et d'autre part à l'absence de surveillance post-natale et à la non utilisation de contraception.

Sur le plan obstétrical, il est admis que l'accouchement chez l'adolescente nullipare est une véritable épreuve du fait de son immaturité physique [22, 47]. Les adolescentes nullipares, représentent 88,5% dans notre série. Ce taux est inférieur aux 93,31% de Eyenda DAC. [40] ($p=0,144$), et supérieur aux 72% de Diallo O H. [39] ($p=0,00005$).

Mais notre proportion est nettement supérieure aux 8% et 3,8% rapportés respectivement par Ba MG [47] au Sénégal et Issa M [47] au Burkina.

3- Consultation prénatale :

Dans notre échantillon, 21,1% des adolescentes n'avaient effectué aucune CPN ; 48,4% avaient fait 1 à 3 CPN, et 30,5 % ont fait plus de 4 CPN.

Ce faible taux de suivi correct (30,5%) est comparable à ceux de Issa M.[76] Idrissa H. [73] qui ont enregistré respectivement 32,2%, 32,66% de suivi correct.

Mais il est inférieur de Dolo A. [49] 51% et Eyenda D. [52] 70% d'adolescentes ayant bénéficié d'un suivi prénatal correct. Par rapport aux pays occidentaux, notre proportion est nettement inférieure aux 83% de Uza M [169] en France ($p=10^{-6}$) et 79% de Carles G. [25] en Guyane ($p=10^{-6}$). Plusieurs auteurs s'accordent à dire que le profil psychosocial des adolescentes (célibataires le plus souvent, immaturité psychologique, grossesses cachées ou non désirées) expliquait le peu d'enthousiasme autour des grossesses, ce qui se traduit par l'absence, l'insuffisance ou l'irrégularité de la surveillance prénatale, constituant ainsi un facteur de risque obstétrical [22].

Au Mali en particulier, les conditions souvent précaires des adolescentes, le caractère souvent caché ou la déclaration tardive de leur grossesse, le poids de la tradition, l'ignorance et le manque d'informations expliqueraient l'absence ou l'insuffisance des CPN. Le niveau d'instruction, l'âge et le statut matrimonial des adolescentes seraient corroborés à l'assiduité aux CPN. Les patientes instruites, plus âgées ou mariées sont les plus nombreuses à suivre les CPN.

Le rôle de la CPN bien conduite (qualité et quantité) aussi bien sur l'évolution de la grossesse, que sur les suites néonatales est bien connu [45].

La surveillance de la grossesse permet une réduction significative des principales complications survenant à l'occasion d'une grossesse chez une adolescente.

4- Les pathologies gynécologiques :

- Avortements :

Notre étude a retrouvé 7,1% d'avortements sur l'ensemble des adolescentes. Ce taux est inférieur aux 11,4% de Gazoby I L. [5], de Ba MG. [47], 12,83% et des 25,5% de Thiéba B. [26] au Burkina.

- La grossesse molaire :

Nous avons retrouvé 3,3% de grossesse molaire dans notre série.

La grossesse molaire ou mole hydatiforme est plus fréquente chez la femme jeune [5].

En Afrique, Ativon Kae trouve dans une étude hospitalière sur les maladies trophoblastiques, rapporte que les grossesses molaires chez les adolescentes représentent 0,11% de l'ensemble des grossesses.

- La grossesse extra-utérine (GEU) :

Dans notre étude nous avons eu 1,6% de GEU

En France, sa fréquence est de l'ordre de 1 pour 200 grossesses intra-utérines dans la population générale.

En Afrique, quelques séries hospitalières de la pathologie gravido-puerpérale chez l'adolescente, rapportent une incidence de la GEU variant entre 0,2 et 2%.

- Selon les mêmes auteurs, la GEU est une pathologie de la femme en pleine activité génitale. Elle est favorisée par :

- Un retard de la captation ovulaire.
- Une anomalie morphologique de la trompe (Salpingite, endométrite, avortement, plastie tubaire, stérilet...)
- Un trouble de la motilité tubaire : rôle de la pilule micro-progestative.

- Menace d'accouchement prématuré :

Dans notre série, La MAP survient dans 9,62%, plus que dans la série de Issa M. [76] au Burkina qui trouve 5,4% et moins que Eyenda D.A.C. [40] au Bénin qui trouve 9,89%. Les auteurs européens trouvent aussi des taux largement au dessus du nôtre : 17,8% pour Vinater D. [18], 24% pour Carles G. [45].

Ces taux élevés pourraient s'expliquer par la limite supérieure de leur population d'étude qui est inférieure à la nôtre [5, 45, 56] confirmant du même coup que la MAP est d'autant plus fréquente que la mère est jeune.

- Kyste de l'ovaire douloureux et dysménorrhée :

Ces deux circonstances douloureuses abdomino-pelviennes occupent la première place des pathologies gynécologiques dans notre série avec 5,56%, dont 16,67% pour les dysménorrhées.

Notre taux est nettement supérieur à celui de Gazoby I.L. [5] qui trouve 16,7%, aux 37% de Klein et Litt. [29] aux USA, et aux 22% de Sultan C.H. [28] en France.

Cela provient du fait que dans les pays occidentaux, les dysménorrhées sont un motif de consultation très fréquent en gynécologie de l'adolescente et Sultan C.H. [28] affirme même qu'elles constituent la principale cause d'absentéisme de la jeune fille à l'école.

5- Pathologies obstétricales

- Les dystocies :

Chez l'adolescente l'immaturation de l'utérus et la croissance imparfaite du bassin représentent des éléments favorisant l'accouchement dystocique [5]. De ce fait l'accouchement chez l'adolescente est considéré comme un accouchement à risque par de nombreux auteurs [36, 57].

Dans notre série les dystocies représentaient 63,1%.

Dans les séries de Traoré G.S. [57] qui trouve 40,13% ; Kaboré I. [36] : 54,65% ; Issa M. [47], 4,7%.

Les complications traumatiques sont les plus fréquentes au cours de ces dystocies [36, 47, 57].

- Pré-éclampsie et accidents paroxystiques de la Pré-éclampsie :

Avec 6%, l'éclampsie et ses accidents paroxystiques occupent la deuxième place des pathologies obstétricales de notre série après les dystocies.

Notre taux est supérieur à celui rapporté par Ba M.G. [53] qui est 0,58%.

Le taux d'éclampsie retrouvé dans notre étude (6%) est supérieur aux 3,71% de Djanhan Y. [24] en Côte d'Ivoire et des 4,4% de Bosselier PH. cité par Vinatier D. [56] en France. Notre taux est inférieur à celui de Gazoby I.L. [5] avec 9%.

Par ailleurs, l'HRP, pathologie fréquente chez la femme âgée et multipare, touche de plus en plus les parturientes relativement plus jeunes, en particulier les adolescentes. Djanhan Y. [24] à Abidjan et Traoré N'Diaye A. [43] à Dakar,

avec respectivement 2,08% et 2,85% tout en trouvant une proportion d'HRP inférieure à la notre (3,2%), le confirment.

- L'hématome rétro placentaire :

Dans notre étude, le taux d'HRP était de 3,2%. C'est une véritable urgence obstétricale.

En France la fréquence de l'HRP n'a pas diminué contrairement à celle de l'éclampsie [15, 17] : 0.25% environ en France ; soit 155 HRP pour 55000 accouchements.

En Afrique subsaharienne, Traoré N'Diaye A. au Sénégal [17] et Djanhan Y. en Côte d'Ivoire [24] rapportent respectivement une proportion de 2.85% et 2.08% d'HRP chez l'adolescente.

- Placenta praevia (PP)

Dans notre série, le placenta praevia représentait 4,2% de notre échantillon. Cette anomalie d'insertion placentaire est relativement fréquente : 0.5 à 1% au centre FOCH en France soit 283 cas pour 55000 accouchements.

En Afrique et particulièrement chez l'adolescente, les séries hospitalières rapportent des proportions variant de 0 à 2%.

- Paludisme :

L'infestation palustre pendant la grossesse est un problème de santé publique majeur dans toutes les régions tropicales et sub-tropicales et les femmes enceintes sont le principal groupe à risque. C'est en Afrique sub-saharienne, où le paludisme est dû spécialement au *plasmodium falciparum* qu'est rapportée la forme potentiellement mortelle de maladie [59].

L'incidence hospitalière de l'infestation palustre chez l'adolescente enceinte ou ayant accouché est de 5,3% dans notre série. Elle est supérieure à ceux de Diallo O H. [39] : 4,7% et superposable aux 5,2% de Gazoby I.L. [5].

Ailleurs Carles G. [45] trouve deux cas (1,3%).

6- Accouchements :

Selon la littérature, la voie d'accouchement la plus fréquente chez l'adolescente est la voie basse. Notre taux de 29,9% est le plus bas par rapport aux données de la littérature. Pour expliquer cette différence, nous pensons que les habitudes d'écoles joueraient un rôle important dans la prise de décision.

Nous avons les fréquences suivantes rapportées par les auteurs :

Episiotomie :

Elle a été pratiquée dans 95% des accouchements par voie basse de notre série. Ce taux est supérieur à celui de Issa M. [47] qui rapporte 62,4%, et de Eyenda D.A.C. [40] qui rapporte 22,67%.

Notre taux élevé de 95% pourrait s'expliquer par le fait que l'épisiotomie est une pratique systématique chez les primigestes.

Césarienne :

Dans notre échantillon, la césarienne représente 78% de l'ensemble des accouchements chez l'adolescente et est particulièrement élevée par rapport aux données de la littérature. Ceci pourrait s'expliquer par le fait que notre étude est effectuée en milieu hospitalier de l'avant dernier recours et que la quasi-totalité des parturientes y sont référées pour une prise en charge chirurgicale urgente.

7- Pronostic maternel :

Dans notre étude, toutes les adolescentes étaient vivantes soit 100% des. Le taux de mortalité maternel était de 0%.

Par rapport aux femmes adultes, les adolescentes sont beaucoup plus susceptibles de décéder pendant la grossesse, l'accouchement ou dans les suites de couches. Elles sont du reste, selon l'OMS, jusqu'à quatre fois plus

susceptibles que les femmes de plus de 20 ans de mourir de causes liées à la grossesse [1].

8- Caractéristiques du nouveau-né :

- Petit poids à la naissance :

Nous avons observé 4,1% de petit poids. Ce taux est inférieur à ceux de Diallo O H. [39], de Ba MG. [53], Kaboré I [36] et Eyenda DAC. [40].

Beaucoup d'auteurs s'accordent à dire que le faible poids de naissance est une caractéristique majeure des enfants nés de mères adolescentes, en Afrique. Pour notre étude en particulier cela peut être imputable aux mauvaises conditions nutritionnelles, à l'anémie, au paludisme et au mauvais suivi prénatal.

En Europe et aux Etats-Unis, le pourcentage de petit poids de naissance chez les nouveau-nés oscille entre 8% et 23%, et n'est pas différent de celui trouvé chez les adultes [45]. En France, Gallais A. cité par Eyenda D.A.C. [52], rapporte 18,5% de petit poids de naissance chez les nouveau-nés d'adolescentes (contre 16,7% chez les adultes). Slap G.B. et coll. Cité par Issa M. [47] en 1989 trouvent 19,4%. Toutefois en étudiant les adolescentes les plus jeunes, la différence devient significative [45].

En Afrique la fréquence des nouveau-nés de petit poids de naissance est élevée et diversement justifiée par les auteurs [47] Ils estiment que les facteurs pouvant influencer le poids de naissance chez le nouveau né sont : l'hérédité, les habitudes alimentaires et socioculturelles, l'état physique et psychique ; la parité, l'état nutritionnel, l'anémie et le paludisme.

*Taux des nouveau-nés présentant un petit poids de naissance par ordre décroissant.

Parmi les nouveau-nés de faible poids de naissance, Issa M. [47] individualise 33% de prématurés et 11% d'hypotrophes ; quant Ba M.G. et coll. [19], ils rapportent 12,3% de prématurés et 9,3% d'hypotrophes.

- Les malformations fœtales

Nous n'avons eu aucun cas de malformations fœtales dans notre échantillon. Plusieurs auteurs s'accordent à dire que la proportion de malformations fœtales est plus fréquente chez les nouveau-nés de mères adolescentes.

En France, la fréquence des malformations variait de 2,4% à 11,% [18]. Vinatier D. [56] en 1984 retrouve un taux élevé de 21% de cas. D'autre part, l'incidence serait inversement proportionnelle à l'âge de la jeune mère.

En Afrique les chiffres sont minimes et varient de 0 à 3% selon les séries.

Les auteurs relevant une forte proportion de malformés invoquent la consanguinité ainsi que les carences vitaminiques et protéiques. On pourrait y ajouter, l'auto médication par les produits traditionnels ou les produits prohibés, si fréquents en Afrique.

- Souffrance néonatale :

Dans notre étude, la souffrance néonatale immédiate a été définie comme étant tout nouveau-né dont l'indice d'Apgar à la première minute est inférieur ou égal à sept.

Nous avons observé 15 cas de souffrance néonatale, soit une fréquence de 15,5%.

L'appréciation de l'indice d'Apgar est l'une des méthodes objectives de l'appréciation de l'état du nouveau-né dès la naissance. Mavel A. [32], estime que le score d'Apgar à la première minute est normal de 8 à 10, médiocre de 4 à 7 et mauvais de 0 à 3.

Pour beaucoup d'auteurs, le jeune âge influence sur la survenue de la souffrance néonatale immédiate.

En France, Vinatier D. et coll. [56] trouvaient un taux de 24% d'enfants avec indice d'Apgar inférieur à 7 à la première minute contre seulement 7% dans la population témoin.

En Afrique, les données de la littérature révèlent des taux variant de 15 à 40 % selon les séries.

- Pronostic fœtal :

Nous avons trouvé dans notre série 2 cas de mort-né soit 4% et 96% étaient vivants. En France et aux Etats-Unis, le taux de mortalité était de 0,44% et 1,3% de cas [45]. En Guyane Carles G. [45] trouvent une incidence de 4,6% de mort-né chez l'adolescente.

VII / CONCLUSION:

Les adolescentes constituent un groupe à risque de survenue des urgences gynéco-obstétricales. Il ressort de notre étude qu'elles représentent presque 1/28^{ème} de nos admissions. Dans plus de la moitié des cas, les adolescentes étaient primigestes (67,3%), non instruites (36,5%) et proviennent de milieux socio-économiques bas.

Dans 69,5% des cas, les adolescentes ont bénéficié d'au moins 4 CPN, et 17,9% d'aucune CPN. Le début de l'activité sexuelle survenant en moyenne à 15,95 ans, est précoce. Dans 16,0% des cas, les adolescentes ont été référées et 24,4% de ces référées viennent des CSCOM. L'âge moyen de survenue des ménarches dans notre série est de 12,99 ans.

Les avortements spontanés représentent 3,2% sur l'ensemble des admissions et 3,9% des avortements étaient provoqués. La césarienne représente 78% de l'ensemble des accouchements chez l'adolescente. Les nouveau-nés de petit poids représentent 13,9%. Les références sont tardives et les patientes arrivent très souvent en mauvais état général. Les problèmes retrouvés chez l'adolescente dans notre série était principalement dus à sa vulnérabilité socio-économique, 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,

Pour une bonne prise en charge des pathologies gynécologiques et obstétricales elles doivent être gérées dans un milieu spécialisé par des personnels qualifiés.

VIII / RECOMMANDATIONS:

Au vu de nos résultats, nous proposons les mesures suivantes susceptibles d'améliorer le pronostic maternel ou fœtal de la pathologie gynéco-obstétricale de l'adolescente au CSRéf de la Commune II.

Aux autorités politiques et sanitaires:

- Lutter contre les mariages précoces en :
 - Sensibilisant les leaders d'opinion sur les conséquences des grossesses précoces ;
 - Encourageant la scolarisation des jeunes filles ;
- Inclure dans les programmes scolaires des modules sur la santé de la reproduction intégrant les volets éducation sexuelle, planification familiale, l'information sanitaire et l'excision ;
- Promouvoir par l'IEC (Information, Education, Communication) le changement de comportement ;

Aux personnels médicaux:

- Assurer un suivi prénatal de qualité intégrant aussi bien les mesures hygiéno-diététiques, le counseling, la psychoprophylaxie obstétricale que les prises en charges préventives classiques ;
- Assurer le recyclage du personnel ;
- Equiper le centre de matériels de réanimation.

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 ;
- Eviter les comportements sexuels à risque :
 - Rapports sexuels non protégés ;
 - Contraception .

IX / REFERENCES:

1- Noble J, Cover G, Manciaux M

Jeunesse dans le monde. 1996.

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

2. Moumouni H.

Problèmes, Défis et Aspirations des adolescentes en matière de la santé de la reproduction : cas du quartier de « Golf » de Niamey.

Thèse Med, Niamey, 1997, n°21.

3. OMS

La santé des adolescentes dans la région africaine. Unité de SMI/PF-AFRO : Brazzaville, 1988 : 24p.

4. EDSM-III.

Enquête démographique et santé Mali 2001 (EDSM-III).

5. Gabozy I

Les urgences gyneco-obstetricales chez les adolescentes à la maternité ISSIAKA GABOZY de Niamey.

Thèse Med, Niamey, 2002.

6. Manciaux M et coll.

Santé de la mère et de l'enfant. Nouveaux concepts en pédiatrie sociale. 2^{ème} édition. Paris : Flammarion, 1984 : 498p.

7. Herbert L. F, Karin G

Aspects medico-sanitaires de ma reproduction chez mes adolescentes. Comment planifier la recherche sur les services de santé.

OMS. Genève. 1983 : 54p.

8. Ojengbedé O.A, Otolorine E.O

Pregnancy performance of Nigeria women aged 16 years and below as seen in Ibadan. Nigeria. Afr. J. Med. Sci., 1987 ; 16 (2) ; p89-95.

9. Ouédraogo C

Identification et analyse des besoins de santé des adolescents de 12 à 19 ans en milieu scolaire à Ouagadougou (Burkina-Faso).

Thèse Med, Ouagadougou, 1995, n°246

10. Giraud J.R, Bremon A, Rotten D

Puberté et Adolescence, in GIRAUD JR. Gynécologie. Paris : Masson, 1993 : 289-294.

11. Kaboré M.S.G

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 Med, Ouagadougou, 2000, n°43

12. Kahn nathan J

La puberté féminine. Journée d'étude de gynécologie, 1981 : 1 : 10-11

13. Mazet P, Houzel D

Psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent.

1^{ère} édition. Paris : Maloine, 1996 : 580p.

14. Thiéba B

Adolescence santé de la reproduction et SIDA.

Colloque sur la santé de la reproduction des jeunes. Ouagadougou 2001.

15. Natanson M

Les violences faites aux adolescentes.

<http://www.cps.ca/français/publications/adolescence/htm>.

16. Ba M.G, Sangaré M, Moreira P, Bah M.D, Diadhiuo F

Connaissance pratique et perspectives de la contraception chez les
Adolescentes.

Méd Afr Noire : 1999, 46(6) : 300-302

17. Tourris De H, Henrion R, Delecour M

Gynécologie et obstétrique. 6^{ème} édition. Paris : Masson. 1994 : 671.

18. Vinatier D, Patey-Savatier P, Monnier J.C

Généralités sur la grossesse et l'accouchement de l'adolescente. Encycl. Med.
Chir. (Paris). Obstétrique, 5016D10, 5-1987, 5p.

19. Ba MG , Faye E.O, Moreira I.V , Bah M.D , Diadhiuo F

Aspects épidémiologiques et obstétricaux de la gravido-puerpéralité des
Adolescentes en milieu hospitalier. Dakar Médical, 1988, 43(2) : 191-193

20. Lawali M.R

Aspects épidémiologiques, cliniques et thérapeutiques des maladies
hypertensives au cours de la grossesse. Etude rétrospective à propos de 540 cas à
la maternité Issiaka GAZOBY.

Thèse Med, Niamey, 1999, n°24.

21. Greulich WW, Pyle S.I

Radiologic atlas of skeletal developpement of the hand and wrist palo alto
(California) stamford university Peis, 1959, 210p.

22. Duflo B.

Paludisme

Pathologies maternelles et grossesse. 1988. 414-417.

23. Dao B

L'éclampsie : aspects actuels et particularités au CHU de Dakar

Thèse Med, Dakar, 1990, n°68.

24. Djanhan Y, Bohoussou K.M

L'accouchement chez l'adolescente au CHU de Cocody-Abidjan.

Méd Afr Noire : 1995,42(4).

25. Dao Y

L'anémie maternelle au moment de l'accouchement à la maternité du CHN-Sanou Souro : Prévalence et conséquences pour la mère et l'enfant.

Thèse Med, ougadougou, 1997, n°5.

26. Thiéba B, Ouédraogo A, Ouattara T, Akotionga M, Lankoandé J, Koné B

Adolescentes et urgences gynéco-obstétricales de la maternité du CHU-YO de Ouagadougou, Burkina médical. 2001.

27. Duflos-Cohade C

Pathologie mammaire chez l'adolescente. *Encycl. Med. Chir. (Elsevier. Paris). Gynécologie* 802-A-35, 1998, 4p.

28. Sultan Ch

Dysménorrhées de l'adolescente. Données cliniques, biologiques et thérapeutiques. *Rev. Fr. Gynécol. Obstét.*, 1986, 81, 5, 253-256.

29. Klen J.R, Litt I.F

Epidemiology of adolescent dysmenorrhea. *Peditrics*. 1981, 68, 661-664.

30. Blanc B

Métrorragie pré et péri pubertaire : diagnostic et traitement. Journée d'étude de gynécologie, 1981 ; 1 28-29

31. Hilbert J

A propos de 3 cas d'hémorragies graves des premières règles.

Journée d'étude de gynécologie, 1981 ; 1 : 30-31.

32. Mavel A

Dictionnaire de gynécologie et d'obstétrique.

1^{ère} édition. Paris : Arnette. 1990 : 562p.

33. Drossman D. A, Leserman J, Nachman G, Liz M, Gluck H

Sexual and physical abuse in women with functional or organic gastrointestinal disorders.

Ann. Inter. Ed 1990: 113: 828-833.

34. Dayan-lintzer M, Athea N, Léwin F

Contraception, prise en charge des maladies sexuellement transmissibles abus sexuels de l'adolescence.

Encycl. Med. Chir., Gynécologie. 802-A-40.1996. 6P.

35. Kaboré I

Grossesse chez l'adolescente au Burkina-Faso : Aspects épidémio-cliniques à propos de 575 cas à la maternité du CHN-YO.

Thèse Med , Ouagadougou, 1991, n°6.

36. Audra Ph J, Couot F

Les présentations céphaliques défléchies. A propos de 80 observations

Rev. Fr. gynéco-obst 1988, 83, 5, 355-357.

37. Audra Ph, Couot F.

Les présentations céphaliques défléchies : à propos de 80 observations.

Rev Fr Gyneco-Obstet, 1988, 83, 5 : 355-357.

38. Dembelé A

Evolution des ruptures utérines traitées en dix ans à la maternité du centre hospitalier National Yalgado Ouedraogo.

Thèse Med, Ouagadougou, 1992.

39. Diallo O H

Les urgences gynéco - obstétricales chez l'adolescente au Centre de Santé de Référence de la Commune V du district de Bamako.

Thèse Med, Bamako, 2008, n°13

40. Eyenda Dooh A.C

La grossesse et l'accouchement chez l'adolescente : A propos de 464 cas recensés à la maternité Lagune de Cotonou.

Thèse Med, Cotonou, 2000, n°892.

41. Bussiere M

Activité de la maternité de Marrakech (Maroc) à partir de 1527 dossiers.

These Med, Université de Créteil, Paris, 1982.

42. Gaillard M, Hervé C, Milleret Ph

Epidémiologie des urgences gynéco-obstétricales dans le cadre de l'aide médicale urgence J. Gynécol. Obstét. Biol. Reprod., 1989, 18, 707-713.

43. Traoré N'Diaye A

Bilan statistique et épidémiologique des urgences obstétricales et gynécologiques au CHU Aristide Le Dantec. [Thèse de médecine n°6]. Université Cheich Anta Diop de Dakar. Dakar. 1991

44. Zanré Y.Z

Evaluation de la qualité des soins dans le service de gynéco-obstétrique du CHU-YO.

Thèse Med, Ouagadougou, 1993, n°13.

45. Carles G, Jacquelin X, Raynal P

Grossesse et accouchement chez les adolescentes de moins de 16 ans étude de 150 cas en Guyane française.

J. Gyn. Obst. Biol. Reprod. 1998, 27 : 508-513.

46. Léké J.I.R

Stratégies pour améliorer la santé reproductive des adolescentes en Afrique. Résumés du VIème congrès de ma SAGO Ouagadougou, 4-8 Décembre 2000 : 199p.

47. Issa M

Adolescence et gravido-puerpéralité en zone urbaine Ouest Africaine : Bobo-Dioulasso.

Thèse Med, Ouagadougou, 1993, 212

48. Mounanga M, Mouley G, Zinsou R.D

La grossesse et l'accouchement de la jeune gabonaise. Etude de 97 cas.

Rev. Fr. Gynécol. Obstétric. 1985, 80, 5, 293-298.

49. Dolo A, Diarra I

Grossesse et accouchement chez l'adolescente. A propos d'une étude cas témoins.

Résumés du VIème congrès de la SAGO Ouagadougou. 4-8 décembre 2000. p5.

50. Idrissa H

Contribution à l'étude de la grossesse et de l'accouchement chez l'adolescente de moins de 17 ans. A propos de 952 observations.

Thèse Med, Niamey, 1988, n°7.

51. Ba M.G , Moreau J.C , Cissé M.L , Dotou C , Bah M.D Diadhiou F

Les particularités obstétricales de la maternité précoce au CHU de Dakar.

A propos de 1360 cas.

Burkina Médical, 1998 : n°1 (2) : 5-8

52. Frish R.E, Reville R

Height and weight at menarche and hypothesis of menarche.

Arch. Dis Child, 1971, 49, 625.

53. Ba M G, Moreau JC, Cissé ML, Dotou C, Bah M.D, Diadhiou F

Les particularités obstétricales de la maternité précoce au CHU de Dakar : à propos de 1360 cas.

Burkina Medical 1998, 1, 2 : 5-8.

54. Sultan Ch

Puberté et développement de la fertilité : Gynécologie endocrinienne du praticien. Paris. 2002. Page web : <http://www.Fertage.htm>.

55. Ba M G, Sangaré M, Moreira P, Bah M.D, Diadhiou F

Connaissance pratique et perspective de la contraception chez les adolescentes.

Med Afr Noire 1999, 46, 6 : 300-302.

56. Vinatier D, Monier JC, Muller P, Delecourt M, Crepin G

La grossesse et l'accouchement chez l'adolescente.

Rev. Fr. Gynécol. 1994 : 79 : 549-54.

57. Traoré G.S

Adolescence et maternité ; 125p.

Thèse Med, Abidjan, 1981, n°32

58. Bambi B. A

Grossesse extra-utérine en milieu africain. A propos de 104 cas observés à Bamako.

Thèse Méd, Bamako, 1980, n°182

59. OMS

Carte sanitaire de la République du Niger. OMS/MSP, 1994.

60 . Traoré Y.

Les urgences gynécologiques et obstétricales.

Develop et Santé 2008, 191-192.

FICHE D'ENQUETE : URGENCES GYNECO-OBSTETRICAUX CSREFCII
--

Urgence : /___/ (1=Gynecologique, 2=Obstétricale)

1- Date d'entrée : /___/___/___/

2- Nom et Prénom :

3- Age : /___/___/ (ans)

4- Ethnie : /___/ (1=bambara, 2=sarakolé, 3=Malinké, 4=Peulh, 5=Dogon, 6=Sonraï, 7=Sénoufo, 8=Autres)

5- Résidence : /___/ (commune)

6- Profession : /___/ (1=Ménagère, 2=Fonctionnaire, 3=Commerçante, 4=élève/étudiante, 5=autres)

6a- Autres à préciser : /_____/

7- Statut matrimonial : /___/ (1=mariée, 2=célibataire, 3=Divorcée, 4=veuve)

8- Niveau scolarisation : /___/ (0=aucun, 1=primaire, 2=secondaire, 3=supérieur)

9- Profession mari : /___/ (1=fonctionnaire, 2=cultivateur, 3=commerçant, 4=ouvrier, 5=élève/étudiant, 6=autres)

9a- Autres à préciser : /_____/

10- Mode d'admission : /___/ (1=venue d'elle-même, 2=référée, 3=évacuée)

10a- Support évacuation : /___/

1= Fiche d'évacuation 2=Lettre/Note, 3= Partogramme, 4=Carnet de CPN, 5= Aucun

10b- Qualification agent refère/évacu) : /___/ (1=sage-femme, 2=médecin généraliste, 3=infirmière obstétricienne, 4=étudiant en médecine, 5=autres)

10c- Motif consultation et évacuation : /___/

11- CPN : /___/ (1=Oui, 2=Non)

11a- si oui Nombre : /___/

12- Groupage rhésus : /___/

13- Problèmes survenus en cours de grossesse : /___/ (1=oui, 2=non)

13a- si oui préciser : /_____/

ANTECEDENTS

14- Médicaux : /___/ (1=Oui, 2=Non)

14a- Palu : /___/ (1=Oui, 2=Non)

14b- HTA : /___/ (1=Oui, 2=Non)

14c- Diabète : /___/ (1=Oui, 2=Non)

14d- Angine : /___/ (1=Oui, 2=Non)

14 e- Autres : /_____/

15- Chirurgicaux : /___/ (1=Oui, 2=Non)

15a- Si oui type : /_____/

Obstétricaux :

16- Gestité : /___/

17- Parité : /___/

18a- Nbre enfant vivant : /___/

18b- Nbre enfant DCD : /___/

18c- Grossesse gemellaire : /___/ (1=Oui, 2=Non)

19- Avortement : /___/ (1=Oui, 2=Non)

19a- si oui type avortement : /___/ (1=spontané, 2=IVG)

Gynécologiques :

20- Menarche : /___/___/ (ans)

21- Cycle : /___/ (1=régulier, 2=irrégulier)

22- Durée règle : /___/ (jours)

23- DDR : /___/ (1=connue, 2=inconnue)

24- Age grossesse : /___/___/ (SA)

25- Contraception : /___/ (1=Oui, 2=Non)

25a- Type : /___/ (1=pilule, 2=injectable, 3=DIU, 4=autres)

25b- Durée : /___/___/ (mois)

Examens à l'admission

- 26- Heure debut travail : /___/___/
- 27- Etat général : /___/ (1=bon, 2=passable, 3=altéré)
- 28- Conjonctives : /___/ (1=normale, 2=pâle, 3=ictère)
- 29- Taille : /___/ (1=<150cm, 2=≥150cm)
- 30- Poids : /___/___/ (kg)
- 31- Tension artérielle : /___/___/./___/___/ (cmHg)
- 31- Hauteur utérine : /___/___/ (cm)
- 32- BCF : /___/ (0=absent, 1=présent)
- 33- Présentation : /___/ (1=céphalique, 2=siège, 3=transversale, 4=autres)
- 34- Contracture utérine : /___/ (1=oui, 2=non)
- 35- Hémorragie : /___/ (1=Oui, 2=Non)
- 36- poche des eaux : /___/ (1=intacte, 2=rompue)
- 37- Liquide amniotique : /___/ (1=clair, 2=jaunâtre, 3=pure de pois, 4=hématique, 5=méconial, 6=purulent)
- 38- Mode d'accouchement : /___/ (1=Voie basse, 2=C ésarienne)
- 38a- Episiotomie : /___/ (1=Oui, 2=Non)
- 38b- Forceps : /___/ (1=Oui, 2=Non)
- 38c- Ventouse : /___/ (1=Oui, 2=Non)
- 39- Heure de délivrance : /___/___/

40- Diagnostic retenu : /___/___/

Traitement institué

41- Médical :

42- Chirurgical :

43- Pronostic maternel : /___/ (1=Guérison, 2=complication, 3=DCD)

- Si complication :

- 43a- FVV : /___/ (1=Oui, 2=Non)
- 43b- Déchirure du col : /___/ (1=Oui, 2=Non)
- 43c- Déchirure périnéale : /___/ (1=Oui, 2=Non)
- 43d- Hémorragie de la délivrance : /___/ (1=Oui, 2=Non)
- 43e- Autres à préciser :

43f- Si DCD cause :

Pronostic foetal

44a- Score Apgar 1^{ère} mn : /___/___/ 44b- Score Apgar 5^{ème} mn : /___/___/

- 45- Poids : /___/___/___/___/ (g)
- 46- PC : /___/___/ (cm)
- 47- PT : /___/___/ (cm)
- 48- Sexe : /___/ (1=masculine, 2=feminine)
- 49- Référé : /___/ (1=Oui, 2=Non)
- Si oui motif :
- 49a- Hypotrophie : /___/ (1=Oui, 2=Non)
- 49b- Pré maturité : /___/ (1=Oui, 2=Non)
- 49c- SFA : /___/ (1=Oui, 2=Non)
- 49d- Mère diabétique : /___/ (1=Oui, 2=Non)
- 49 e- Autres à préciser :

50- Etat nouveau-né : /___/ (1=vivant, 2=mort-né frais, 3=mort-né macéré, 4=décédé)

50a- si DCD cause.....- Heure : /___/___/

51- Malformation : /___/ (1=Oui, 2=Non)

51a- Type malformation :

52- Hospitalisée : /___/ (1=Oui, 2=Non)

52a- si oui durée d'hospitalisation : /___/___/ jours

Fiche signalétique

Nom : KONATE

Prénom : Boubacar

Nationalité : Malienne

Titre : Les urgences gynéco-obstétricales chez l'adolescente au Centre de Santé de Référence de la Commune II du district de Bamako

Année universitaire : 2009 / 2010

Ville de soutenance : Bamako

Pays de soutenance : Mali

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

Secteur d'intérêt : Les urgences gynéco-obstétricales chez les adolescentes

Résumé :

Notre étude prospective transversale à visée descriptive s'est déroulée dans le service de Gynéco-obstétrique du centre de santé de référence de la commune II du 01 janvier 2008 au 31 décembre 2008, soit une période de 12 mois.

L'objectif principal est d'étudier les urgences gynéco obstétricales chez l'adolescente admise en salle d'urgence dans notre service.

Nous avons enregistré 156 urgences durant la période d'étude soit une fréquence de 4,7 %.

Les urgences gynéco obstétricales chez l'adolescente sont dominées par les dysménorrhées 29,5% pour les urgences gynécologiques; le bassin généralement rétréci 21,1% pour les urgences obstétricales.

Une épisiotomie a été pratiquée dans 95% des accouchements par voie basse.

La voie haute représente 67,4% de l'ensemble des accouchements.

Les primipares, les femmes jeunes, les grandes multipares, les évacuées, les analphabètes, les conditions socio-économiques défavorables constituent les facteurs de risque des urgences gynéco obstétricales.

Pour éviter et réduire considérablement le drame lié aux urgences :

- Une prise en charge sérieuse et efficace des grossesses
- Une meilleure planification familiale
- Un recyclage du personnel médical et paramédical
- Un équipement des centres de santé.

Mots Clés : Urgences, gynécologiques, obstétricales, adolescente, mortalité.

