

PROBLÉMATIQUE DE L'ACCOUCHEMENT CHEZ LES ADOLESCENTES À L'HÔPITAL DE SÉGOU AU MALI

A. KOUMA, T. THERA, S. FANE, T. TRAORÉ, I. KANTÉ, A. SISSOKO, I. TÉGUÉTÉ

RESUME

Introduction : l'accouchement chez l'adolescente est considéré comme une situation particulière qui soulève des problèmes médicaux et sociaux.

Objectif : l'objectif de cette étude était de déterminer la fréquence et d'évaluer le pronostic maternel et périnatal de l'accouchement chez les adolescentes à l'Hôpital Nianankoro Fomba de Ségou.

Patientes et méthodes : il s'agissait d'une étude analytique prospective cas-témoins d'une durée de 09 mois, allant de 1^{er} Novembre 2019 au 31 Juillet 2020 concernant les adolescentes de 10-19 ans ayant une grossesse monofoetale d'au moins 28 SA, comparées aux parturientes de 20 ans et plus répondant aux mêmes critères, à l'Hôpital Nianankoro Fomba de Ségou. Les données collectées ont été saisies et analysées à l'aide du logiciel IBM SPSS, version 20. Le test du Khi 2 de Karl Pearson a été le test statistique utilisé pour la comparaison des pourcentages, avec une plu value significative si $p \leq 0,05$.

Résultats : durant la période d'étude 455 adolescentes avaient accouché à l'hôpital Nianankoro Fomba de Ségou sur 2381 accouchements, soit une fréquence de 19,10%. Les adolescentes célibataires représentaient 10,48% (OR = 0,073 ; $p = 0,000$). Les grossesses non désirées (6,52% vs 0,99% ; $p = 0,000$; OR = 0,14), la non réalisation de CPN (9,63% vs 11,33% ; $p = 0,002$), les accouchements prématurés (29,49% vs 22,83% ; $p = 0,0531$), les extractions instrumentales (5,75% vs 3,42 ; $p = 0,055$), césarienne (35,98% vs 25,50% ; $p = 0,000$; OR = 0,609), éclampsie (25,98% vs 13,33% ; $p = 0,000$), décès maternel (0,28% vs 0,14% ; OR = 2,003) se sont révélés significativement plus élevés chez les adolescentes que les témoins.

Conclusion : l'accouchement chez les adolescentes, comparativement à celui de femmes adultes, est significativement associé à des risques materno-fœtaux et périnatals à Ségou.

Mots-clés : Accouchement ; Adolescentes ; Pronostic materno-fœtal ; Afrique.

SUMMARY

Problems of teenage deliveries at the Ségou hospital in Mali.

Introduction: teenage deliveries is considered a particular situation that raises both medical and social challenges.

Objective: it was to determine the frequency and to assess the maternal and perinatal outcomes of teenage deliveries at the Nianankoro Fomba Hospital in Ségou, Mali.

Patients and methods: we conducted a 9 month prospective analytical case-control study from November 1st, 2019 to July 31st, 2020. It included adolescents aged 10-19 years with a singleton pregnancy of at least 28 weeks of gestation, compared with parturients aged 20 years or older meeting the same criteria at the Nianankoro Fomba Hospital. Data were entered and analyzed using IBM SPSS software, version 20. The Pearson Chi-square test was used for comparisons and statistical significance was set at $p \leq 0.05$.

Results: during the study period, 455 teenage deliveries among 2,381 births (19.10%). Single marital status was more common among adolescents (10.48%; OR = 0.073; $p = 0.000$). Unwanted pregnancies (6.52% vs 0.99%; $p = 0.000$; OR = 0.14), absence of antenatal care (9.63% vs 11.33%; $p = 0.002$), preterm deliveries (29.49% vs 22.83%; $p = 0.0531$), instrumental deliveries (5.75% vs 3.42%; $p = 0.055$), cesarean section (35.98% vs 25.50%; $p = 0.000$; OR = 0.609), eclampsia (25.98% vs 13.33%; $p = 0.000$), and maternal death (0.28% vs 0.14%; OR = 2.003) were significantly more frequent among adolescents than among adults.

Conclusion: compared to adult women, adolescent childbirth is significantly associated with higher maternal, fetal, and perinatal risks in Ségou.

Keywords: Teenage deliveries; Maternal outcomes; Perinatal outcomes; Africa.

INTRODUCTION

L'adolescence est une période charnière s'étendant de la puberté à l'âge adulte. Elle correspond à une phase de transformations physiques, psychiques et sociales qui fait la transition entre l'enfance et l'âge adulte. En Afrique subsaharienne, environ 12 % de la population a 10–14 ans et 11 % a 15–19 ans [1].

Au Mali, les 10–14 ans représentent 13 % et les 15–19 ans 10 % de la population [1]. L'âge des premiers rapports sexuels tend à diminuer : en France, l'âge médian est de 17,5 ans [2] ; au Mali, chez les femmes de 25–49 ans, l'âge médian au premier rapport est estimé à 16,5 ans. Cette maturation biologique précoce associée au début précoce de la sexualité favorise des maternités à

Tirés à part : Aminata KOUMA CHU Kati tel : 78855546 - Email : koumamit@yahoo.fr

KOUMA A., THERA T., FANE S., TRAORÉ T., KANTÉ I., SISSOKO A., TÉGUÉTÉ I. Problématique de l'accouchement chez les adolescentes à l'hôpital de Ségou au Mali. Journal de la SAGO, vol.26, n°4, P 28-32.

un âge très jeune. Les adolescentes contribuent à environ 14 % de la fécondité totale au Mali [3]. Dans plusieurs pays d'Afrique subsaharienne, 20–50 % des jeunes ont un premier enfant avant 18 ans (Côte d'Ivoire, Libéria, Mali, Cameroun) [1]. La grossesse chez l'adolescente est associée à un risque accru de complications : accouchements dystociques, prématurité, faible poids de naissance et mortalité néonatale. Selon l'OMS, l'âge en soi n'explique pas à lui seul les issues défavorables ; l'éducation, le statut socio-économique et le faible recours aux services de santé y contribuent également [4]. Au-delà de la santé maternelle et néonatale, la grossesse à l'adolescence compromet la scolarité et l'insertion professionnelle des jeunes filles. Au Mali, plusieurs travaux ont porté sur la grossesse chez l'adolescente, mais les données spécifiques à l'Hôpital Régional de Ségou restent limitées. D'où la nécessité d'une évaluation locale pour guider la prévention et la prise en charge.

I. PATIENTES ET MÉTHODES

Nous avons mené une étude analytique prospective de type cas-témoins du 1^{er} Novembre 2019 au 31 Juillet 2020 dans le service de gynécologie-obstétrique de l'Hôpital Nianankoro Fomba de Ségou. Les cas étaient constitués de parturientes âgées de 14 à 19 ans, enceintes d'une grossesse monofoetale évolutive ≥ 28 SA, ayant accouché à l'hôpital pendant la période d'étude. Les témoins étaient des parturientes âgées de 20 ans et plus, dans un ratio de 1/ 2. Les grossesses multiples, les césariennes prophylactiques programmées, les accouchements survenus dans d'autres structures et référés secondairement, ainsi que les dossiers incomplets, ont été exclus. Les données ont été recueillies à l'aide de fiches standardisées et analysées avec IBM SPSS 20. Les comparaisons ont utilisé le test du χ^2 de Pearson, les odd ratios (OR) avec intervalle de confiance à 95 %, et un seuil de significativité fixé à $p < 0,05$.

II. RÉSULTATS

Au cours de la période d'étude, 2381 accouchements ont été enregistrés, dont 455 chez les adolescentes, soit une fréquence de 19,10 %. La majorité des adolescentes étaient mariées (89,52 %) (Figure 1). Une couverture prénatale d'au moins 3 consultations prénatales (CPN) était observée chez 61,47 % des adolescentes contre 71,81 % des femmes adultes (Tableau I). L'absence totale de CPN concernait 9,63 % des adolescentes contre 5,67 % des adultes (Tableau II). Le bassin rétréci était plus fréquent chez les adolescentes (8,22 %) que chez les adultes (3,26 %), bien que la majorité des adolescentes présentait un bassin normal (79,32 %) (Tableau III).

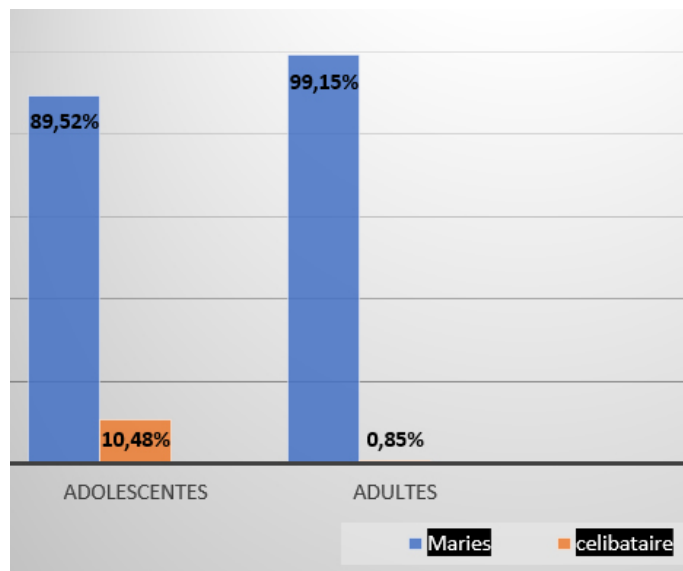


Figure 1 : Répartition selon le statut matrimonial

Tableau I : Répartition des parturientes en fonction du nombre de CPN

Nombre de CPN	Adolescentes		Témoins	
	n	%	n	%
0	34	9,63	40	5,67
1-2	102	28,90	159	22,52
≥ 3	217	61,47	507	71,81
Total	353	100	706	100

$Khi-2=12,857$ $p = 0,002$ $IC = [0,00 ; 0,003]$

Tableau II : Répartition des parturientes selon le type du bassin

Type de bassin	Adolescentes		Témoins		
	n	%	n	%	
Normal	280	79,32	630	89,24	
BGR	29	8,22	23	3,26	
Limite	41	11,61	47	6,66	
Bassin exploré	non	3	0,84	6	0,85
Total	353	100	706	100	

Tableau III : Répartition des parturientes selon la voie d'accouchement

Voie d'accouchement	Adolescentes		Témoins	
	n	%	n	%
Voie basse	226	64,02	526	74,50
Césarienne	127	35,98	180	25,50
Total	353	100	706	100

OR=0,609 $IC = [0,462-0,802]$

L'accouchement par voie basse dominait dans les deux groupes mais était moins fréquent chez les adolescentes (64,2 %) que chez les adultes (74,5 %) (Tableau IV). La mortalité maternelle était de 0,28 % chez les adolescentes et de 0,14 % chez les adultes (Tableau IV). Un score d'Apgar > 8 à la première minute était observé dans 77,90 % des cas chez les adolescentes contre 83 % chez les adultes (Tableau V).

Tableau IV : Répartition des parturientes selon le pronostic vital maternel

Pronostic	Adolescentes		Témoins	
	n	%	n	%
Décédée	1	0,28	1	0,14
Vivante	352	99,72	705	99,86
Total	353	100	706	100
OR=2,003	IC= [0,125-32,115]			

Tableau V : Répartition des nouveau-nés selon le score d'Apgar à la 1ère minute

Apgar 1ère minute	Adolescentes		Témoins	
	n	%	n	%
0	12	3,40	23	3,26
1-4	12	3,40	18	2,55
5-7	54	15,30	79	11,19
≥8	275	77,90	586	83
Total	353	100	706	100
Khi-2=4,529	p=0,223	IC= [0,198-0,248]		

III. DISCUSSION

La définition de l'adolescence varie selon les auteurs, avec des limites d'âge allant de 16 à 18 ans. Dans la présente étude, nous avons retenu la définition de l'Organisation mondiale de la santé (OMS), soit une tranche d'âge de 10 à 19 ans, en incluant les patientes de 15 à 19 ans. Selon l'OMS Parmi ces accouchements, 90 % ont lieu dans les pays en développement [5]. Le taux élevé des accouchements chez les adolescentes a déjà été rapporté en Afrique, notamment par Iloki au Congo et Tal au Sénégal [6,7]. Par ailleurs, Dedecker a observé 4 % des accouchements chez des adolescentes âgées de 13 à 17 ans à l'île de la Réunion [8]. Ce taux est nettement plus faible dans les pays développés. Aux États-Unis, il est de 0,6 % à 5,6 %, et au Royaume-Uni de 2,6 % [9]. Cette différence entre les fréquences observées en Afrique subsaharienne et dans les pays développés pourrait s'expliquer par la forte prévalence des mariages précoces, le faible niveau d'instruction et la faible utilisation des méthodes contraceptives chez les jeunes. Concernant le statut matrimonial, un mariage d'enfant est défini comme toute union

impliquant une personne de moins de 18 ans. Cette pratique traditionnelle, encore fréquente dans notre pays, a un impact négatif sur le développement, la santé et le bien-être de la fille [4]. Dans notre série, 89,24 % des adolescentes étaient mariées contre 99,15 % des femmes adultes, différence statistiquement significative ($p < 0,05$). Ce taux élevé de mariages chez les adolescentes pourrait être lié au début précoce de la vie sexuelle. Ce taux élevé des mariages chez les adolescentes a déjà été rapporté dans les études antérieures au Mali avait 81% et 68,7% d'adolescentes mariées [10,11]. Luhete [12] rapportait au Congo 81,4 % d'adolescentes mariées contre 98,4 % des témoins, avec 18,6 % de célibataires contre 1,6 %, différence significative ($p < 0,001$). A titre comparatif, en France, l'étude de Faucher et al [13] rapportait 17,7 % d'adolescentes mariées et 51,4 % de célibataires. Ces écarts traduisent des contextes socioculturels très différents influençant la fréquence des grossesses précoces. La non-réalisation de la consultation prénatale (CPN) était plus fréquente chez les adolescentes que chez les témoins (9,63 % contre 5,66 %). Nos résultats sont proches de ceux rapportés dans l'étude de Traoré [11], qui observait 9 % d'adolescentes sans CPN contre 1,5 % chez les femmes adultes. Cette différence pourrait s'expliquer par le fait que la grossesse chez l'adolescente survient fréquemment hors mariage, situation socialement stigmatisée dans notre contexte, entraînant parfois le rejet familial et limitant l'accès aux soins prénatals. Selon Uzan [14], le risque obstétrical est multiplié par Chez les filles de moins de 15 ans. Des observations similaires ont été faites au Niger par Diouaga [15], qui rapportait 4,4 % d'adolescentes sans CPN contre 3 % chez les témoins. Dans notre étude, la proportion d'adolescentes ayant réalisé au moins trois CPN était inférieure à celle des témoins (61,47 % contre 71,81 %). Luhete [9] rapportait des résultats comparables avec 31,8 % d'adolescentes sans CPN contre 20,5 % chez les témoins, et seulement 48,6 % d'adolescentes ayant réalisé ≥ 3 CPN contre 50,6 % des témoins au Congo. Ces données confirment que la couverture prénatale reste insuffisante chez les adolescentes, ce qui peut avoir un impact sur le pronostic maternel et périnatal. Ces résultats ont été confirmés par Ahmed et al en Arabie Saoudite, qui ont comparé l'accouchement chez les adolescentes et chez les adultes : ils concluent que la grossesse à l'adolescence n'est pas en soi un facteur de risque, à condition que les conditions sociales et économiques soient favorables [16] Ces résultats ont été confirmé par l'étude de Selon Mahavarkar et al en Inde [17]. Dans notre série, la majorité des adolescentes présentaient un bassin normal (79,32 %) contre 89,09 % chez les femmes adultes, sans différence statistiquement significative. Le bassin généralement rétréci était significativement plus fréquent chez les adolescentes (8,78 % contre 3,12 %, $p < 0,05$). Ce qui

a été confirmé par notre étude antérieure qui rapportait 66,3% de bassin normal chez les adolescentes contre 73,5% chez les femmes adultes. La différence n'était pas statistiquement significative [10]. L'accouchement par voie basse dominait dans les deux groupes, mais était moins fréquent chez les adolescentes (64,02 % contre 74,50 %, $p < 0,01$). Ce taux s'explique par la normalité du bassin chez la majorité des adolescentes. Notre étude antérieure rapportait un taux de césarienne de 42,7 % chez les adolescentes contre 53,8 % chez les adultes, ce qui pourrait s'expliquer par des antécédents obstétricaux plus lourds dans le groupe des adultes [10]. Dans notre étude, l'extraction instrumentale a été réalisée dans 5,75 % des cas chez les adolescentes contre 3,42 % chez les témoins. Au Maroc, Laghzaoui et al [18] rapportaient un taux beaucoup plus élevé d'accouchements instrumentaux chez les adolescentes (20,25 %). Sur le plan maternel, l'éclampsie était plus fréquente chez les adolescentes (8,68 %) que chez les témoins (1,56 %). Au Niger, Diouaga au Niger [15] rapportait une prévalence plus élevée (20 % contre 31 %). La mortalité maternelle était deux fois plus élevée chez les adolescentes (0,28 % contre 0,14 %), sans différence statistiquement significative. Dans notre étude antérieure il n'y avait aucun cas de mortalité maternelle chez les adolescentes contre 3 décès sur 600 accouchements chez les adultes. Cela pourrait s'expliquer par le fait qu'il s'agit d'un centre de référence qui reçoit des grossesses compliquées. Concernant le pronostic néonatal, un score d'Apgar à la première minute compris entre 5 et 7 était observé chez 15,37 % des nouveau-nés d'adolescentes contre 11,19 % chez les témoins, sans différence significative. Les faibles poids de naissance étaient plus fréquents chez les adolescentes (10,76 % contre 7,65 %). La mortalité périnatale était également plus élevée chez les adolescentes (5,10 % contre 4,25 %). Des résultats similaires ont été rapportés dans une étude antérieure ou nous avons enregistré un faible poids à la naissance (poids < 2 500 g) a été observé chez 26,7 % des cas contre 18,2 % chez les témoins ($p > 0,05$). Une mortinaissance a été constatée chez 2,7 % des cas contre 3,5 % chez les témoins ($p > 0,05$). Le pronostic vital des nouveau-nés était favorable chez 65 % des cas contre 74 % chez les témoins ($p > 0,05$) ; la différence n'était pas significative [10].

CONCLUSION

La grossesse chez l'adolescente demeure fréquente dans notre contexte, en lien avec le mariage précoce et la faible utilisation des méthodes contraceptives. Elle est associée à un risque accru de complications obstétricales et néonatales. La réduction de ce phénomène devrait nécessiter une stratégie

multidimensionnelle, incluant la sensibilisation communautaire pour retarder l'âge au mariage, ainsi qu'une éducation sexuelle adaptée et l'utilisation appropriée de la contraception.

RÉFÉRENCES

1. **UNFPA**. Rapport sur les adolescents et les jeunes. Afrique de l'Ouest et du Centre. 2018 :28-30.
2. **ANRS, INSERM, INED**. Premiers résultats de l'enquête. Contexte de la sexualité en France. Dossier de presse. 13 mars 2007. P 9-10.
3. **Institut National de la Statistique (INSTAT)**, Enquête Démographique et de Santé au Mali 2018. Bamako, Mali et Rockville, Maryland, USA . INSTAT, CPS/SS-DS-PF et ICF. 89p.
4. **UNFPA**. Rapport sur les grossesses des adolescentes. Journée mondiale de la population en République Démographique du Congo ; Kinshasa, 11 juillet 2013 ; N°30 : 3-10p.
5. **OMS**. Regional Office for Europe. Symposium on the identification of high-risk individuals and population groups. Windsor 1970; Copenhagen1973.
6. **Iloki LH, Koubaka RC, Itoua GM, Mbemba M**. Pregnancy and childbirth in the Congo adolescent: about 276 cases at the CHU in Brazzaville. J Gynécol Obstet Biol Reprod. 2004;33(1):37-42.
7. **Tal DA, Diallo I, Guillemin F, Deschamps FP**. Facteurs Pronostiques des complications de la grossesse et de l'accouchement chez l'adolescente et son nouveau-né au Sénégal. Santé 2001;11(4) : 221-8.
8. **Dedecker F, de Bailliencourt T, Barau G**. Study of obstetric risk factors in the follow-up of 365 teenag primiparous pregnancies on the island of La Réunion. J Obstet Gynecol Reprod. 2005;34(7) (1):694-701.
9. **Daguerre A**. Les grossesses chez les adolescentes en France et en Grande-Bretagne: un phénomène dérangerant pour les pouvoirs publics. Journal d'informations sociales, 2010(1):157 :096-102.
10. **Théra T, Mounkoro N, Téguté I, Kouma A, Traore ZO, Kante I** . Maternal and perinatal outcome of teenage deliveries in Bamako's district. Int J Reprod Contracept Obstet Gynecol. 2017 Nov;6(11):4766-4770.
11. **Traore B, Théra T, Kokaina C, Beye SA, Mounkoro N, Téguté I, Traore M, Dolo A**. Accouchement chez les adolescentes à la maternité du Centre Hospitalier Régional de Ségou au Mali : pronostic obstétrical et néonatal. Méd Afr Noire. 2010; 57 (10) : 22 – 31.

12. **Luhete K P, Mukuku O, Tambwe M A, Kayamba MKP.** Study of maternal and perinatal prognosis for vaginal delivery in adolescent girls in Lubumbashi, Democratic Republic of the Congo. *Revue RD Congo Département de Gynécologie-Obstétrique, Faculté de médecine, Université de Lubumbashi* 2017 ; 26 (182) :1-9.
13. **Faucher et al.** Maternités précoces : profils sociodémographiques de 220 mères adolescentes en Seine-Saint-Denis. *J Gynecol Obstet Biol Reprod* 2014 ; 43 ; 5 : 351-360.
14. **Uzan M.** Report on prevention and management of teenage pregnancies. Period 1994-1998. Report of the head of Gynecology-Obstetrics Department of the Jean Verdier hospital in Bondy. France, Inserm. 1998.
15. **Diaouga H, Yacouba M, Abdou M, Rahamatou M, Idi N, Nayama M.** Pronostic de la grossesse chez les mineures mariées en cours de scolarisation à Niamey, République du Niger. *Pan Afr Med J.* 2020 ; 37(274) : 4-11p.
16. **Mahfouz AA, Mourad M E, Al-Eriam AG, Mamid AM.** Teenage pregnancy:are teenagers a high risk group ? *Eur. J of obstet. Gynecol.and Rep. Biol.* 1995; 59; 1: 17-20.
17. **Mahavarkar SH, Madhu CK, Mule VD.** A comparative study of teenage pregnancy. *J Obstet.Gynaecol.* 2008;28; 6 :604-7.
18. **Laghzaoui B, Bouhya S, Bennani O, Hermas S, Soummami A, Aderdour M.** Grossesse et accouchement chez l'adolescente. *Maroc Médical* 2002, 24 (3) : 181-185.