

PRISE EN CHARGE DE LA GROSSESSE CHEZ L'ADOLESCENTE : A PROPOS DE 166 CAS SUIVIS DANS LES CENTRES HOSPITALIERS DE ZIGUINCHOR

A.P.K. KOITA, S.M.K. GUEYE , V. WILLIAM, A. BARRY, A. NDOYE

RESUME

Objectif : Déterminer les aspects épidémiologiques, le pronostic et les stratégies de prise en charge de la grossesse et de l'accouchement chez les adolescentes.

Méthodologie : Il s'agissait d'une étude descriptive et transversale au niveau des différentes maternités notamment au Centre Hospitalier Régional de Ziguinchor, à l'Hôpital de la Paix de Ziguinchor et à l'Hôpital Silence chez les adolescentes âgées au plus de 18 ans, porteuses d'une grossesse évolutive et venues pour accoucher dans l'un des sites durant la période du 1^{er} Septembre 2018 au 03 Avril 2019. Les données étaient recueillies sur une fiche signalétique, puis saisies et analysées sur sphinx Plus² version 5.1.0.5. L'étude analytique était faite avec le test du Khi-deux de Pearson ou le test exact bilatéral de Fisher.

Résultats : Notre étude concernait 166 cas parmi 1347 accouchements. La prévalence de la grossesse chez les adolescentes était de 12,3%, avec un âge moyen de 17,01 ans. Les adolescentes étaient majoritairement célibataires (58,4%) et ne désiraient pas la grossesse dans 58,4% des cas. Les grossesses survenaient souvent par rapports sexuels non protégés ou par échec de la contraception dont le choix portait sur le préservatif (22,9%). La surveillance des grossesses était en majorité faite par des sages-femmes dans 92,6% des cas. Le déroulement des grossesses était le plus souvent normal à l'exception de quelques cas d'infections urinaires (22,3%). A l'admission pour l'accouchement, les adolescentes présentaient une anémie (30,7%), une hypertension artérielle gravidique (43,5%), une pré éclampsie (28,3%) voire une éclampsie (26,1%). La prématurité représentait 9,1%. La présentation du sommet était la plus fréquente (94%). Les accouchements étaient menés par voie basse (71,1%) avec 86,4% d'épisiotomies. Les césariennes avaient pour principales indications l'éclampsie (20,8%) et les bassins immatures (18,8%). Les accouchements étaient compliqués de dystocie (27%), de déchirures périnéales (12,7%), d'hémorragie de la délivrance (3%) et de rupture utérine chez une adolescente. Après l'accouchement, un cas de décès maternel avait été enregistré. Il y avait 170 naissances dont 163 naissances vivantes (95,9%) avec 25,1% de réanimation et 7 mort-nés soit une mortalité de 41%.

Conclusion : La grossesse chez l'adolescente est une situation assez fréquente dans notre région, une prise en charge pluridisciplinaire précoce et régulière par un personnel qualifié permet d'améliorer le pronostic materno-fœtal.

Mots clés : Grossesse, Adolescente, Epidémiologie, Ziguinchor

SUMMARY

Management of teenage pregnancy: about 166 cases followed in Ziguinchor hospitals.

Objective : To determine the epidemiological aspects, prognosis and strategies for the management of teenage pregnancy and childbirth.

Methodology : This was a descriptive and cross-sectional study at the level of the different maternities, particularly at the Ziguinchor Regional Hospital, the Ziguinchor Peace Hospital and Silence Hospital regarding pregnant teenagers aged over 18 years, coming to give birth in one of the sites in the period from September 1st, 2018 to April 3rd, 2019. The data was collected on a data sheet, then entered and analyzed on sphinx Plus² version 5.1.0.5. The analytical study was made with the chi-square test of Pearson or the exact bilateral test of Fisher.

Results: Our study concerned 166 cases among 1347 childbirths. The prevalence of pregnant teenage was 12.3%, with an average age of 17.01 years. The majority of adolescents (58.4%) were single and did not want to become pregnant. Pregnancies often occurred through unprotected intercourse or failure of contraception, which were condoms (22.9%). Most of pregnancies were followed by midwives (92.6%). The course of pregnancy was most often normal with the exception of a few cases of urinary tract infection (22.3%). At admission for childbirth, teenage had anemia (30.7%), hypertension (43.5%), pre-eclampsia (28.3%) or even eclampsia (26.1%). Prematurity represented 9.1%. The summit presentation was the most frequent (94%). Deliveries were performed naturally (71.1%) with episiotomies (86.4%). The main indications for cesareans were eclampsia (20.8%) and immature pelvis (18.8%). Deliveries were complicated by dystocia (27%), perineal tears (12.7%), bleeding from delivery (3%) and uterine rupture in one case. After delivery, one case of maternal death was registered. There were 170 births including 163 live births (95.9%) with 25.1% of resuscitation and 7 stillbirths, meaning a mortality of 41%.

Conclusion: Adolescent Pregnancy is a fairly common situation in our area. So in this situation only early and regular multidisciplinary cares given by qualified practitioners can improve the maternal and fetal prognosis.

Keywords: Pregnancy, Teenage, Epidemiology, Ziguinchor

Tirés à part : Pr Serigne Modou Kane GUEYE, UFR-2S, Université de Ziguinchor. Email : kaneg@orange.sn

KOITA A.P.K., GUEYE S.M.K., WILLIAM V., BARRY A., NDOYE A. Prise en charge de la grossesse chez l'adolescente : à propos de 166 cas suivis dans les centres hospitaliers de Ziguinchor. Journal de la SAGO, 2021, vol.22, n°1, p. 24-30

INTRODUCTION

La grossesse de l'adolescente demeure une grossesse à risque dont la survenue, l'évolution, l'issue et les suites immédiates et lointaines sont souvent émaillées de complications graves. Le produit de conception n'échappe pas non plus à cette règle [1]. Afin de mieux comprendre cette situation en Casamance, nous avons jugé opportun de mener une étude dont l'objectif est de déterminer les aspects épidémiologiques, le pronostic et les stratégies de prise en charge de la grossesse et de l'accouchement chez les adolescentes.

I. PATIENTES ET METHODES

Il s'agissait d'une étude descriptive et transversale allant du 1^{er} Septembre 2018 au 03 Avril 2019. Etaient incluse toute adolescente porteuse d'une grossesse évolutive, âgée au plus de 18 ans lors de l'accouchement et ayant accouché dans l'une des maternités des trois (03) centres hospitaliers de Ziguinchor à savoir le Centre Hospitalier Régional, l'Hôpital de la Paix et le Centre de Santé Silence. Nous avons exclu les adolescentes dont les dossiers de grossesse ou d'accouchement étaient incomplets, perdus ou inexploitable et les accouchements à domicile. Les données étaient recueillies à partir du dossier médical, des registres, des carnets de santé, des dossiers d'accouchements et des dossiers de périnatalogie puis saisies et analysées sur Sphinx Plus² version 5.1.0.5.

II. RESULTATS

1. Aspects épidémiologiques

Durant notre période d'étude nous avons enregistré 166 cas parmi 1347 accouchements soit une prévalence de 12,3%.

L'âge moyen était de 17,01 ans (écart-type = 1,31 ans) avec des extrêmes de 13 ans et 18 ans. Les parturientes âgées de 18 ans représentaient 51,8% (Figure 1).

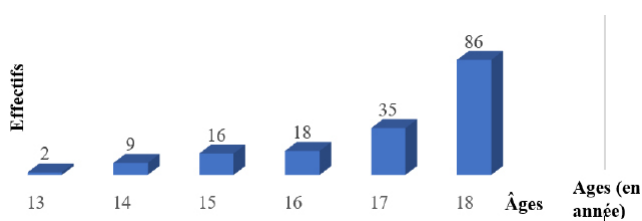


Figure 1 : Répartition des adolescentes selon leurs âges (N=166)

La majorité des adolescentes étaient célibataires soit une proportion de 58,4% et 41,6% des cas étaient

mariées. L'âge moyen au mariage était de 16,38 ans avec un écart-type de 0,89 ans. L'âge minimal était de 14 ans avec une proportion de 4,3% et l'âge maximal de 18 ans soit 2,9%.

Les méthodes contraceptives modernes étaient très peu utilisées ; seules 38 adolescentes avaient une fois utilisé une méthode contraceptive (22,9%) et c'était toujours le préservatif (masculin 94,7% ou féminin 5,3%).

2. Circonstances de survenue de la grossesse et les réactions

Dans notre série, 55,7% des grossesses non désirées étaient liées à des rapports sexuels non protégés, 39,2% à un échec de la contraception utilisée; les viols représentaient une proportion de 4,1%, l'inceste 1% et aucune grossesse n'était survenue par mariage forcé. Pour 166 adolescentes concernées, 62 avaient un lien de parenté avec l'auteur de la grossesse (37,4%) et 62,6% des auteurs n'étaient pas apparentés à la fille. Soixante-dix adolescentes (42,2%) ne connaissaient pas l'âge de l'auteur de leur grossesse, les âges variaient entre 16 et 57 ans. Parmi les pères 30,1% étaient âgés de 19 à 25 ans. La majorité des adolescentes ne désiraient pas leur grossesse soit 58,4% des grossesses. Les grossesses non désirées concernaient toutes les 97 adolescentes célibataires. Parmi elles, une avait le désir d'avortement, une autre avait reçu une proposition d'avorter par l'auteur de la grossesse et une dernière par l'entourage soit une proportion de 3%. Cependant une seule parmi ces 3 adolescentes avait eu une tentative d'avortement clandestin. Parmi 97 adolescentes célibataires interrogées; 51 avaient été rejetées par l'entourage soit 52,6%. Dans notre série, seule une adolescente avait été exclue du domicile de ses parents. Quarante-huit adolescentes (88) célibataires et mariées avaient arrêté volontairement les études soit une proportion de 53%. Aucune adolescente n'était exclue de l'école.

3. Surveillance de la grossesse

Le suivi des grossesses était étudié chez 163 adolescentes au cours des consultations prénatales (CPN) et nous avons noté que 92,6% des CPN avaient été faites par des sages-femmes d'Etat, 4,9% par des infirmiers d'Etat et 2,5% par des aides infirmiers. Aucune CPN n'avait été faite par un médecin gynécologue.

Dans notre série, 56% des adolescentes n'avaient pas atteint les 4 CPN (Figure 2).

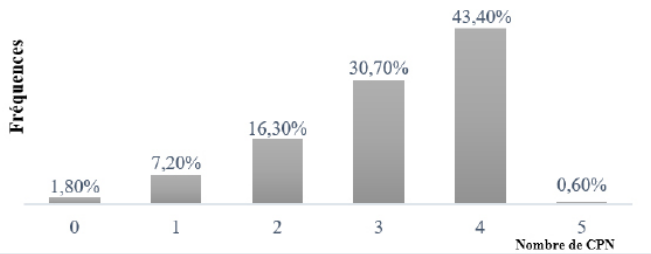


Figure 2 : Répartition selon le nombre de CPN (N=166)

La majorité des adolescentes avaient fait le bilan biologique de surveillance de la grossesse. Celui-ci avait décelé les anomalies suivantes :

- 5 adolescentes étaient séropositives à l'hépatite B (4%)
- Une adolescente avait une sérologie toxoplasmique positive (0,06%)
- 2 adolescentes étaient séropositives au VIH (1,6%)
- Le test d'Emmel était positif pour 3 adolescentes (2,4%) chez qui l'électrophorèse de l'hémoglobine sérique n'avait pas été faite.

L'échographie obstétricale était faite pour 133 adolescentes soit une proportion de 80,1%. La moyenne de la prise pondérale totale était de 6,48 Kg (écart-type = 2,41 Kg) avec des extrêmes de 2 et 13 Kg. La taille moyenne était 161,68 cm (écart-type = 7,59 cm) avec des extrêmes de 143 et 179 cm. La pression artérielle avait été régulièrement mesurée chez toutes les adolescentes qui avaient fait des CPN avec 96,3% de cas de pression artérielle normale tout au long de la grossesse. La recherche d'albumine était faite chez 159 adolescentes qui avaient bénéficié d'une bandelette urinaire (97,5%) ; 157 adolescentes avaient un résultat normal (zéro croix) et 2 adolescentes étaient positives à 2 et 3 croix.

Les prophylaxies étaient appréciées chez 163 adolescentes ; le TPI et la mise sous fer/acide folique étaient respectés chez toutes ces adolescentes (100%) ; l'usage de moustiquaire à longue durée (MILDA) 81,6% et le dépistage du VIH 87,7% des cas. Cent cinquante-huit adolescentes (158) avaient été vaccinées contre le tétanos (96,9%) et 8 adolescentes n'avaient pas été vaccinées.

Parmi les pathologies retrouvées au cours de la grossesse, l'infection urinaire basse était la pathologie la plus fréquente (22,3%) suivie des métrorragies et de l'HTA gravidique respectivement 0,6%. A l'admission pour l'accouchement (27,7%). L'hypertension artérielle et ses complications étaient les plus représentées (Tableau I).

Tableau I : Répartition des pathologies présentées à l'admission (N=46)

Pathologie à l'accouchement	Effectifs	Fréquences (%)
HTA gravidique	20	43,5
Pré éclampsie	13	28,3
Eclampsie	12	26,1
Menace d'accouchement prématuré	0	0,0
Hématome retroplacentaire	1	2,2
Placenta prævia	0	0,0
Total	46	100

Deux anomalies fœtales étaient rapportées lors des CP : hydrocéphalie (0,6%) et la macrosomie (0,6%).

Il y avait 162 cas de grossesses mono-fœtaux soit 97,6% et 4 cas étaient gémellaires soit 2,4%. La majorité des grossesses étaient à terme (83,7%) et 9,1% étaient des accouchements prématurés (Figure 3).

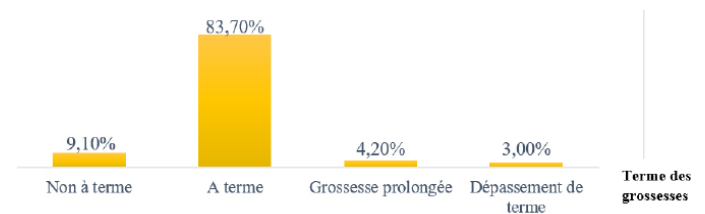


Figure 3 : Répartition selon le terme de la grossesse à l'accouchement (N=166)

4. Accouchement

Soixante adolescentes (36,1%) présentaient une rupture prématurée des membranes (RPM). La majorité des RPM soit 63,3% avaient un délai de moins de 12 heures et 25% plus de 18 heures. Le liquide amniotique était clair dans la majorité des cas soit 76,5%, teinté dans 17,5% des cas et méconial dans 6% des cas.

La présentation la plus fréquente était celle du sommet, retrouvée chez 94% des adolescentes, la présentation du siège représentait 4,2% des cas (Figure 4).

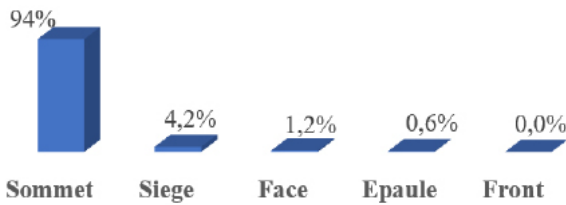


Figure 4 : Répartition des types de présentation (N=166)
La pelvimétrie était faite chez toutes les adolescentes: le bassin était rétréci dans 9,6% des cas et praticable dans 90,4% des cas. L'accouchement par voie basse spontanée était la plus fréquente (66,9%). Pour 118 accouchements par voie basse, l'épisiotomie était faite chez 102 adolescentes (86,44%). Les autres modalités d'accouchements sont représentées à la figure 5.

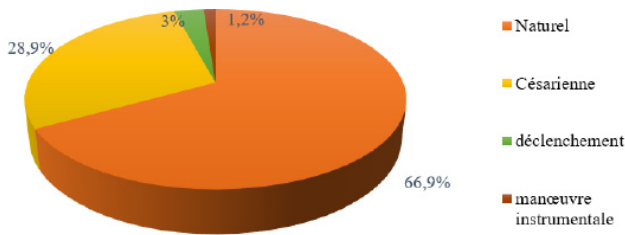


Figure 5 : Répartition des adolescentes selon le mode d'accouchement (N=166)

Sur le plan pronostique, des complications étaient retrouvées chez 63 adolescentes (44%) : 54,8% de complications maternelles, 24,7% de complications fœtales et 20,6% de complications materno-fœtales (tableau III)

Tableau III : Répartition des complications de l'accouchement (N=63)

Complications	Effectifs	Fréquences (%)
Souffrance fœtale aigue	27	42,9
Dystocie osseuse	13	20,6
Déchirure périnéale postérieure	8	12,7
Défaut engagement	7	11,1
Mort-né	7	11,1
Défaut expulsion	3	4,8
Disproportion foeto-pelvienne	2	3,2
Dystocie démarrage	1	1,6
Dystocie dynamique	1	1,6
Rupture utérine	1	1,6
Décès maternel	1	1,6

5. Etat du nouveau-né

La majorité des nouveaux-nés avaient un poids compris entre 2500 et 4000 grammes soit 75,6% des cas, 23,2% moins de 2500 grammes et 1,2%

plus de 4000 grammes. Nous avons enregistré 170 naissances dont : 163 naissances vivantes et 7 mort-nés (5 mort-nés frais et 2 mort-nés macérés). Sur un total de 163 nouveau-nés vivants, 41 avaient bénéficiés d'une réanimation à la naissance (25,1%). Parmi 170 naissances, nous avons enregistré deux malformations : une masse au niveau supra auriculaire gauche et une hydrocéphalie.

III. DISCUSSION

1. Aspects épidémiologiques

La prévalence hospitalière des grossesses chez les adolescentes est de 12,3%. Ce taux est moins élevé comparé à l'étude menée par l'UNFPA Sénégal entre 2011-2014 avec une prévalence de 19% à Ziguinchor [2]. Cette différence pourrait s'expliquer par une augmentation du taux d'utilisation des moyens de contraception chez les adolescentes qui était de 10% entre 2010-2014 [2] comparé à notre étude 22,9%. Nous avons trouvé un âge moyen de 17,01 ans. Ce résultat était comparable à celui de Cissé [3] qui dans son étude qui portait sur tout le Sénégal avait constaté un âge moyen de 17,1 ans. En effet cet âge correspond souvent aux premières expériences sexuelles de la jeune fille alors qu'elle n'a pas encore accès à la contraception (seule 22,9% avaient une fois utilisé une méthode contraceptive). Plus de la moitié des adolescentes étaient célibataires (58,4%); ce taux peut être rapproché de celui retrouvé par l'étude de l'UNFPA Sénégal [2] 60,8%, par Aznar [4] avec un taux plus élevé de célibataire (80,7%). Ce taux pourrait être expliqué par la diminution de la pratique des mariages précoces et la promotion de la scolarisation des jeunes filles. La majorité des adolescentes (62,6%) n'avaient pas de liens de parenté avec l'auteur de la grossesse. En effet, l'enquête menée par l'UNFPA Sénégal [2] montrait que la plupart des risques auxquels les jeunes filles étaient confrontées découlaient de l'environnement scolaire. Une faible proportion d'adolescentes avait eu à utiliser un moyen contraceptif notamment le préservatif (22,9%) ; dans l'étude menée par l'UNFPA Sénégal sur les grossesses en milieu scolaire entre 2011-2014, 90% des filles n'avaient jamais utilisé un moyen contraceptif [2]. La faible utilisation de contraceptifs pourrait également s'expliquer par une sous information sur la disponibilité des services de santé de la reproduction, la méfiance des adolescentes sur le jugement que la société pourrait porter sur elles mais aussi aux difficultés rencontrées pour la distribution de préservatifs aux jeunes perçue par la société comme un moyen pour pousser les adolescentes au vagabondage social.

2. Déroulement de la grossesse

La majorité des grossesses non désirées étaient survenues par rapports sexuels non protégés ou par échec de la contraception. En effet, la plupart des adolescentes bien qu'instruites dans notre série (82,5%) n'ont pas souvent accès à la contraception malgré la présence de structures qui œuvrent dans ce domaine comme Marie Stopes et centre Ado de Ziguinchor. Concernant le désir de la grossesse, 58,4% des adolescentes ne désiraient pas la grossesse, cette proportion représentait toute la population célibataire de l'étude. L'étude de l'Institut de Recherche pour le Développement (IRD) au Botswana retrouvait [5] 87% des célibataires et 30% des mariées ne désirant pas leur grossesse. Cette différence pourrait s'expliquer par les différences socio-culturelles et géographiques. Dans notre série, 52,6% des adolescentes avaient été rejetées par leur entourage familial qui ne leur apportait aucun soutien moral ni financier ; cette attitude ne concernait que les grossesses hors mariage. Certains parents venaient même jusqu'à exclure l'adolescente du domicile parental (dans notre étude 1 cas). C'est sans doute ce qui amenait certaines adolescentes à vouloir interrompre leur grossesse. En effet dans notre série une adolescente avait fait une tentative d'avortement clandestin (0,6%) comparé aux résultats de l'étude de Cissé [3] qui retrouvait 9,3%. Dans notre série 98,2% des adolescentes avaient effectué des CPN toutes réalisées par le personnel paramédical. Les sages-femmes d'Etat étaient celles qui réalisaient la plus grande partie des CPN avec 92,6% des CPN. Ce phénomène pourrait également s'expliquer par le manque de personnel médical spécialisé dans ce domaine c'est ce qui fait qu'aucune CPN n'avait été faite par un médecin gynécologue obstétricien dans notre série contrairement dans l'étude menée par Raybaud qui retrouvait 36% de suivi par un médecin généraliste et plus de 30% de suivi par un gynécologue obstétricien [6].

Cinquante-six pourcent (56%) des adolescentes n'avaient pas atteint 4 CPN. Ceci corrobore les résultats qu'avait trouvés Cissé dans son étude en 2002 [3] avec seulement 74,1% d'adolescentes qui avaient fait des CPN dont 67,8% avaient fait au moins 3 CPN. Ce taux important de réalisation des CPN pourrait s'expliquer par le rôle des « badiène gokh » qui contribuent à la vulgarisation de l'information sur la santé de la reproduction. La mesure du poids avait été faite chez 84,1% des adolescentes, la taille chez 96,3% des cas, la tension artérielle prise dans 100% des cas et la recherche d'albumine dans les urines était réalisée dans 97,5% des cas. La température était rarement mesurée : 14,7% des cas. Ces taux pourraient s'expliquer soit par l'indisponibilité du matériel dans certaines structures soit par un

manque de rigueur dans la prise des constantes. Nous avons différentes pathologies dans des proportions différentes avec une nette prédominance de l'infection urinaire basse dans 22,3% des cas, Xenard [7] et Amélie Borg [8] avaient retrouvé un taux nettement plus élevé 45,2%. S'agissant des autres pathologies (HTA gravidique et les métrorragies retrouvées chacune chez une adolescente), dont le faible taux pourrait s'expliquer par le fait que la majorité des adolescentes n'avaient pas fait les 4 CPN (56%) et donc certaines pathologies du dernier trimestre étaient le plus souvent découvertes lors de la prise en charge de l'accouchement. S'agissant du TPI à base de sulfadoxine-pyriméthamine et la mise sous fer-acide folique ; toutes les adolescentes qui avaient fait des CPN en avaient bénéficié en raison de la disponibilité des produits mais aussi de l'effort consenti dans le counseling pour faire comprendre aux adolescentes l'importance de prévenir l'anémie l'infection palustre pendant la grossesse. La PTME et l'usage de MILDA représentaient respectivement 87,7% et 81,6% des cas. Concernant la vaccination contre le tétanos, 96,9% des adolescentes avaient été vaccinées. Ces taux relativement élevés étaient liés à la distribution gratuite de MILDA et la disponibilité du test de diagnostic rapide pour le VIH et à la qualité du counseling.

3. Prise en charge de l'accouchement

Concernant le terme à l'accouchement, nous avons 9,1% des adolescentes qui n'étaient pas à terme, 90,9% à 37 SA et plus soit 83,7% étaient à terme, 4,2% de grossesses prolongées et 3% de dépassements de terme. Ces résultats sont superposables à celles de l'étude menée par Borg [8] avec 11,3% de naissances avant la 37ème SA et 88,7% à 37 SA et plus, l'étude de Uzan [9] avec 11,8% de grossesses non à terme, 87,2% à 37 SA et plus, Filou [10] dans son étude avait 10,1% d'accouchements prématurés et 89,9% des accouchements à 37 SA et plus. Ce qui confirme le risque permanent de prématurité dans les grossesses chez les adolescentes. Nous avons 71,1% d'accouchements par voie basse ; nos données se rapprochaient de celles trouvées par Cissé [6] avec 73,5% d'accouchements par voie basse, Ba [1] en rapportait 67,5% et Borg [8] 66,1% par voie basse naturelle, 12,9% de manœuvres instrumentales. Ces taux élevés d'accouchements par voie basse s'expliqueraient par un bassin souvent praticable (90,4% dans notre étude) confronté aux faibles poids de naissances 23,2% (moins de 2500 grammes). L'épisiotomie était réalisée dans 86,4% des accouchements par voie basse, seules 16 adolescentes (13,6%) avaient accouché par voie basse sans épisiotomie. Collin [11] dans son étude avait retrouvé 51,28% d'épisiotomies, Borg [8] quant à elle 30,2%. Cette augmentation du taux d'épisiotomie

serait liée à une prévention en excès pour éviter les déchirures périnéales (dans notre série 12,7% de déchirure périnéale postérieure) ; contrairement à nos données, Borg [8] rapportait plus de déchirures périnéales avec 20,7% des cas, Collin [11] 23,08%, Schwich [12] 21%. Le recours à une césarienne était nécessaire dans 28,9% des cas avec des indications dominées par l'éclampsie (20,8%) et les bassins immatures (18,8%) ; Borg à Nancy [8] rapportait dans son étude 21% de césariennes. En effet, ce taux élevé de césariennes dans notre série s'expliquerait par le fait que les structures qui disposaient de bloc opératoire pour la réalisation des césariennes recevaient aussi les grossesses compliquées venant des structures environnantes.

S'agissant des complications objectivées, l'anémie était retrouvée dans 30,7% des cas. Ce résultat était similaire à celui rapporté par Cissé [3] avec 30,9% et Konje [13] 34,9%. Ces résultats seraient liés au manquement à la prise de fer bien que cette prophylaxie était bien respectée par les sages-femmes, beaucoup d'adolescentes ne prenaient pas le fer en raison du goût nauséux et des effets que cela leur procurait.

Concernant les autres pathologies à l'admission en salle d'accouchement, elles étaient dominées par l'hypertension artérielle gravidique 43,5%, la pré éclampsie 28,3% et l'éclampsie 26,1% ; Borg [8] rapportait 4,8% d'hypertension artérielle gravidique, 4,8% de pré éclampsie. Cette différence de taux serait liée à une différence socio-ethnique et géographique. Cherry [14] en introduisant le facteur racial avait retrouvé 20,4% de toxémie chez les noires contre 7,4% chez les blanches. La plupart des études confirmaient que l'HTA gravidique est une maladie de la primigeste. La présence de présentations dystociques 6% (face, épaule, siège) pourrait être due à un défaut d'adaptation foeto-pelvienne en rapport avec l'immaturité de l'utérus et les bassins rétrécis qui représentaient 9,6% des cas. Ces présentations dystociques aggravaient davantage le pronostic de l'accouchement. En effet, nous avons enregistré un cas de rupture utérine qui avait nécessité une hystérectomie d'hémostase. Les hémorragies de la délivrance représentaient 3% de l'ensemble des accouchements, Ba [1] rapportait également 3,04% d'hémorragies de la délivrance et Cissé [3] 6,09% ; d'où la nécessité de réaliser les bilans de la grossesse notamment la NFS et le groupage sanguin rhésus pour une prise en charge précoce et adéquate.

En ce qui concerne le poids à la naissance, 23,2% des nouveaux nés avaient un faible poids (inférieur à 2500 grammes). En effet selon Dedeker et al [15] l'existence de mauvaises conditions socio-économiques, la petite taille, la faible prise de poids

pendant la grossesse, le niveau d'éducation sont des facteurs de risque de faible poids de naissance. La réanimation néonatale avait concerné 25,1% des cas avec comme motifs un score d'Apgar à la première minute inférieure à 7. Ceci pourrait s'expliquer par la fréquence des faibles poids de naissance (23,2%), la prématurité (9,1%), les pathologies hypertensives (27,1%), les RPM (36,1%). Des auteurs avaient rapporté des chiffres plus élevés de réanimation néonatale entre 26,6% et 41,7% [4, 6, 16].

4. Pronostic

Concernant la mère, nous avons enregistré un cas de décès (0,6%), suite à un état de mal éclamptique. Dans l'étude menée par Cissé [3], trois cas de décès avaient été enregistrés avec comme causes les états hypertensifs (2 cas) et un cas d'infection amniotique. En effet, un dépistage précoce des états hypertensifs pourrait permettre de réduire les complications en rapport avec cette pathologie gravidique, la majorité des parturientes n'étaient pas diagnostiquées en raison d'un nombre de CPN inférieur ou égale à trois (56%). Nos résultats comparés à ceux de Cissé [3] témoignent d'une amélioration du pronostic materno-fœtal notamment avec la présence d'un nombre plus important de gynécologues obstétriciens (Ziguinchor avec 6 gynécologues), de sages-femmes mais aussi à travers des programmes pour la promotion de la santé de la mère et de l'enfant.

S'agissant du pronostic néo-natal, nous avons enregistré 163 naissances vivantes (95,9%) et 7 mort-nés (4,1%), comparé aux résultats de Cissé [3] avec 91% de naissances vivantes et 7,1% de mort-nés. Ces résultats pourraient s'expliquer par une avancé dans la prise en charge de la grossesse et de l'accouchement par la formation et la disponibilité des soins obstétricaux et néonataux d'urgence (SONU) et de personnel qualifié dans ces structures.

CONCLUSION

La grossesse des adolescentes constitue une priorité de Santé Publique dans notre contexte où la particularité dans la surveillance et la prise en charge demeure un sujet peu étudié. La maternité précoce est une étape décisive qui influence la vie de l'adolescente dans plusieurs domaines, d'où la nécessité de retarder la naissance du premier enfant par des moyens et méthodes comme l'abstinence, ou par l'utilisation de contraceptifs dont l'accessibilité aux adolescentes devrait être facilitée à travers l'amélioration de la qualité des Services de Santé de la Reproduction mais aussi à travers une large

sensibilisation des parents, des chefs coutumiers et des chefs religieux tant sur l'éducation sexuelle que sur les mariages précoces.

REFERENCES

1. **Ba M.G, Moreau J.C, Cisse M.L, Dotou C, Bah M.D, Diadiou F.** Les particularités obstétricales de la maternité précoce au CHU de Dakar. *Burkina Médical*, 1998 ; 2 (1) : 5 – 8.
2. **UNFPA Sénégal.** Etude sur les grossesses précoces en milieu scolaire entre 2011-2014. Rapport. Juin 2015, 76p.
3. **Cisse A.** La grossesse et l'accouchement chez l'adolescente en milieu africain au Sénégal [Thèse de doctorat de médecine]. Faculté de médecine de pharmacie et d'odontostomatologie de Dakar. N°23, 2002 ; 117p.
4. **Aznar R, Bennet A.** Pregnancy in the adolescent girl. *Am. J. Obs. Gyn.* 1961, 45 : 845 – 849.
5. **Institut de Recherche pour le Développement (IRD), Macro International.** Les adolescentes en Afrique Subsaharienne : graphiques sur le mariage et la procréation. *Démographic and Health Survery*, 1992.
6. **Raybaud M.** Contribution à l'étude des grossesses adolescentes : désir ou échec de contraception ? [Thèse médecine]. Université Paris Val De Marne, Faculté de médecine de Creteil. N°11, 2006, 53 pages.
7. **Xenard M-E.** Grossesse et maternité à l'adolescence [Thèse Médecine]. Faculté de médecine de Nancy. 2000, 110p.
8. **Borg A.** Grossesse chez les adolescentes : Complications obstétricales et fœtales à la Maternité Régionale Universitaire de Nancy [Mémoire]. Université Henri Poincaré, Nancy I, École de Sages-femmes Albert Fruhinsholz. 2010, 46p.
9. **Uzan M.** La prévention et la prise en charge des grossesses des adolescentes. Rapport au Directeur général de la santé. Paris : 1998. Disponible sur: <http://www.ladocumentationfrancaise.fr/rapports-publics/984001918/index.shtml> (consulté le 9/12/2009).
10. **Filou A.** La maternité à l'adolescence : une prise en charge spécifique ? Analyse de l'impact des recommandations faites dans un rapport de 1998 sur une population d'adolescentes ayant menée leur grossesse à terme : étude comparative 1998-2010 dans cette même maternité [Mémoire]. Université Paris Descartes, Ecole de sages-femmes de Baudelocque. 2011, 101p.
11. **Collin épouse Maurice Odile.** Grossesse et accouchement chez l'adolescente de moins de 16 ans en Guyane [thèse de doctorat d'état en médecine]. Université Henri Poincaré, faculté de médecine de Nancy. N°65, 30 Mai 2000, 108 pages.
12. **Schwich D.** Grossesses à l'adolescence Contexte général et situation actuelle à Bourg en Bresse [Mémoire]. Université Claude Bernard Lyon I, Faculté de Médecine Rockefeller, Ecole des Sages-Femmes De Bourg En Bresse. 2010, 85p. [Consulté le 06/08/2018]. Disponible sur <http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/2.0/fr>
13. **Konje J.C, Palmer A, Watson A, Hay D.M.** Early teenage pregnancy in Hull. *Br J Gynecol Obstet.* 1992, 99 : 969-73.
14. **Cherry F.** Plasma zinc in hypertension toxemia and other reproductive variable in adolescent pregnancy. *Am.J.Clin.Nut.* 1981 ; 34(11) :2367-2375.
15. **Dedeker F, Bailliencourt De T, Fortier D, Gerardin P, Robillard P.Y** et al. Etude des facteurs de risque obstétricaux dans le suivi de 365 grossesses primipares adolescentes à l'île de la Réunion. *Journal de gynéco-obstétrique et biologie de reproduction*, Vol 34, n°7, Cahier 1. Novembre 2005, pp 694-701.
16. **Carles G, Jacquelin X, Raynal P, Bertch M, Zoccaratto M.M.** Grossesse et accouchement chez les adolescentes de moins de 16ans : Etude de 150 cas en Guyane Française. *Journal de gynéco-obstétrique et biologie de reproduction.* Volume 27, N°5. Septembre 1998, 508p.