

PRONOSTIC DE L'ACCOUCHEMENT CHEZ LES ADOLESCENTES AU CENTRE DE SANTÉ GASPARD KAMARA DE DAKAR (SENEGAL)

B. BIAYE, A. MBODJI, I. MALOUM, A. NIASS, A.C. NIASSY, F.B. SALL, M. DIALLO, M. BA GUÈYE

RESUME

Introduction : L'adolescence est la période de la vie entre l'enfance et l'âge adulte, pendant laquelle se produit la puberté et se forme la pensée abstraite.

Objectif : Il était de déterminer la fréquence de l'accouchement chez l'adolescente, d'identifier les caractéristiques sociodémographiques des adolescentes et de décrire le pronostic materno-fœtal de l'accouchement des adolescentes.

Méthodologie : Il s'agissait d'une étude rétrospective, descriptive et analytique allant du 1^{er} Janvier 2019 au 31 Décembre 2022. Étaient incluses toutes les femmes âgées de moins de 20 ans qui avaient accouché au Centre de Santé Gaspard Kamara (CSGK) durant la période d'étude et ayant une grossesse dont l'âge avait atteint au moins 22 semaines d'aménorrhée. Les données étaient extraites du logiciel E-Prenatal et analysées à l'aide du logiciel IBM SPSS STATISTICS, version 29.0.1.0 (171), les variables étudiées étaient materno-fœtaux.

Résultats : L'étude a porté sur 1356 patientes parmi les 13.753 accouchements soit une prévalence de 9,86 %. L'âge moyen des parturientes était de 17,9 ans avec des extrémités de 13 et 19 ans. Près d'1/3 des patientes (32,28%) n'avait pas effectué le nombre de consultation prénatale conforme aux recommandations médicales pour un suivi adéquat de la grossesse ($p < 0,0001$). La dystocie (5,75%), le déclenchement artificiel de travail (1,98%) et la césarienne (19,22%) étaient statistiquement associés à l'adolescence. Par ailleurs, l'épisiotomie (25,61%) et la déchirure du périnée (7,60%) n'étaient pas statistiquement liées à l'adolescence ($p = 0,98$ et $p = 0,98$). A propos du pronostic fœtal, 19% des nouveau-nés avait un faible poids ($p = 0,04$), et 7% avaient un score d'APGAR à la première minute $< 7/10$ ($p = 0,0004$). Nous n'avons pas trouvé une association statistiquement significative entre l'adolescence et le taux des nouveau-nés réanimés ($p = 0,98$), la souffrance fœtale aigue ($p = 0,56$), la prématurité ($p = 0,6$) et la mortalité.

Conclusion : L'accouchement chez les adolescentes est toujours fréquent dans nos régions. Un suivi minutieux et efficace des gestantes, ainsi qu'une prise en charge précoce et adéquate peuvent préserver la mère et le fœtus des complications.

Mots-clés : Adolescent ; Accouchement ; Pronostic ; Sénégal.

SUMMARY

Prognosis of delivery in teenager girls at the Gaspard Kamara Health Center in Dakar (Sénégal).

Introduction: Adolescence is the period of life between childhood and adulthood, during which puberty occurs and abstract thinking begins to form.

Objective : It was to determine the frequency of childbirth among adolescents, identify the sociodemographic characteristics of adolescent mothers, and describe the maternal and fetal outcomes of adolescent childbirth.

Methodology : It was a retrospective, descriptive and analytical study conducted from January 1st, 2019 to December 31st, 2022. The study included all females under the age of 20 who gave birth at the Gaspard Kamara Health Center (CSGK) during the study period and had a pregnancy that had reached at least 22 weeks of gestation. Data were extracted from the E-Prenatal software and analyzed using IBM SPSS STATISTICS software, version 29.0.1.0 (171). The variables studied were maternal and fetal outcomes.

Results : The study included 1,356 adolescent mothers out of 13,753 total births, representing a prevalence of 9.86%. The average age of adolescent mothers was 17.9 years, ranging between 13 and 19 years. Over a third of the patients (32.28%) had not received adequate prenatal care (fewer than four prenatal visits). Compared to adult women, adolescent childbirth was statistically associated with a higher rate of high-risk pregnancies ($p < 0.0001$). In our study, dystocia occurred in 5.75% of cases, artificial induction of labor in 1.98%, and cesarean delivery in 19.22%, all of which were statistically associated with adolescent childbirth. However, episiotomy (25.61%) and perineal tears (7.60%) were not statistically linked to adolescence ($p = 0.98$ and $p = 0.98$, respectively). Regarding fetal outcomes, 19% of newborns had low birth weight ($p = 0.04$), and 7% had an APGAR score at one minute of less than 7/10 ($p = 0.0004$). No statistically significant association was found between adolescence and the rate of newborn resuscitation ($p = 0.98$), fetal distress ($p = 0.56$), prematurity ($p = 0.6$), or mortality.

Conclusion : Childbirth among adolescents remains common in our regions. Close and effective monitoring of pregnant adolescents, particularly those at risk, as well as early and appropriate care, can help protect both the mother and fetus from complications.

Keywords: Adolescent; Childbirth; Outcome; Senegal.

Tirés à part : Dr Babacar BIAYE, Service de Gynécologie-Obstétrique. Centre de Santé Gaspard Kamara.
Email : drbabacarbiaye@yahoo.fr

BIAYE B., MBODJI A., MALOUM I., NIASS A., NIASSY A.C., SALL F.B., DIALLO M., GUÈYE BA M. Pronostic de l'accouchement chez les adolescentes au Centre de Santé Gaspard Kamara de Dakar (Sénégal). Journal de la SAGO, vol.26, n°3, p 56-62.

INTRODUCTION

L'adolescence est la période de la vie entre l'enfance et l'âge adulte, pendant laquelle se produit la puberté et se forme la pensée abstraite [1]. Selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), ce terme regroupe les personnes âgées de 10 à 19 ans. Chaque année, plus de 14 millions d'adolescentes donnent naissance à un enfant, et plus de 90 % d'entre elles, soit 12,8 millions, ont lieu dans les pays en développement [2].

Les adolescentes doivent faire face à des risques pour la santé durant la grossesse et la naissance, représentant 15 % de la charge mondiale de morbidité des conditions maternelles, et 13 % de toutes les morts maternelles [3]. Les grossesses chez les jeunes ne mettent pas seulement en péril la santé et les chances de survie de l'enfant ou de la femme, mais elles mettent également en péril leur scolarisation et leur avenir professionnel [4,5].

I. OBJECTIFS

Objectif général : il s'agissait d'étudier le pronostic materno-fœtal de l'accouchement chez l'adolescente au Centre de Santé Gaspard Kamara (CSKG) .

Objectifs spécifiques : ils étaient de déterminer la fréquence de l'accouchement chez l'adolescente, les caractéristiques sociodémographiques, et le pronostic materno-fœtal de l'accouchement des adolescentes.

II. MÉTHODOLOGIE

Il s'agissait d'une étude rétrospective ; descriptive et analytique allant du 1er janvier 2019 au 31 décembre 2022. Étaient incluses toutes les femmes âgées de moins de 20 ans qui avaient accouché au CSKG durant la période d'étude et d'avoir une grossesse dont l'âge avait atteint au moins 22 semaines d'aménorrhée. Les données étaient saisies dans notre base de données informatique E-Perinatal. Les données recueillies étaient :

- des données socio-démographiques : année d'admission, âge et mode d'admission ;
- ses données sur les antécédents : gestualité, parité, césarienne, dystocie ;
- ses données sur la grossesse : nombre de consultations prénatales (CPN) ;
- des données à l'admission : hauteur utérine (HU), bruits du cœur (BDC) fœtal, état des membranes, aspect du liquide amniotique (LA), type de présentation, terme de grossesse, type de grossesse, phase d'admission ;
- des données en rapport avec le pronostic maternel ;

- données de l'accouchement : mode de déclenchement du travail (spontanée vs déclenchement artificiel vs césarienne avant travail), motif de déclenchement, épisiotomie, déchirure, dystocie d'obstacle et travail prolongé ; voie d'accouchement (accouchement par voie basse ou césarienne), motif de césarienne, hématome rétro placentaire, rupture prématurée des membranes, placenta prævia, prééclampsie, HTA gravidique, diabète gestationnel ;
- pronostic fœtal : souffrance fœtale Aiguë, retard de croissance intra-utérin, score d'Apgar, prématurité, réanimation du nouveau-né, transfert du nouveau-né et la mortalité.

Les données ont été extraites du logiciel E-Périnatal et analysées à l'aide du logiciel IBM SPSS STATISTICS, version 29.0.1.0 (171). Lors de l'analyse descriptive, les variables qualitatives ont été décrites par des tableaux de fréquence, des diagrammes en barres et des camemberts. Les variables quantitatives ont été décrites par leurs paramètres de position (Moyenne, médiane et mode) et de dispersion (Écart-type, extrêmes). L'analyse bi-variée, nous a permis de rechercher des associations entre les variables tout en utilisant les tests statistiques appropriés suivant leurs conditions d'applicabilité. Le risque d'erreur alpha était fixé à 5%.

La confidentialité et l'anonymat des données recueillies ont été garanties. La dignité et la liberté des enquêtées ont été respectées par les enquêteurs durant toute la procédure.

III. RÉSULTATS

Résultats descriptifs

Durant la période de l'étude du 01 janvier 2019 au 31 décembre 2022, il a été enregistré 13.753 accouchements dont 1356 étaient des adolescentes soit une fréquence de 9,86%. Environ trois patientes sur quatre avaient plus de 18 ans (72,2%). Cependant 3,5% des patientes avaient moins de 15 ans. L'âge moyen de parturientes était de 17,9 avec des extrêmes de 13 et 19 ans (figure 1).

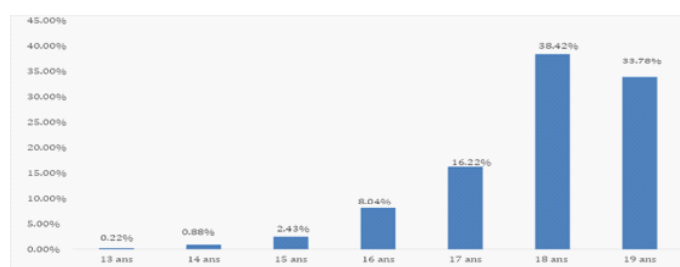


Figure 1: Répartition des parturientes en fonction de l'âge

Aucun antécédent médical ou chirurgical n'a été retrouvé chez nos parturientes dans notre série. La quasi-totalité de nos parturientes n'avait pas des antécédents de cicatrice utérine. Près de 2/3 des patientes étaient à leur première grossesse (Tableau I).

Tableau I : Répartition parturientes en fonction de nombre de grossesse(s) et d'accouchement(s)

Gestité/Parité	Effectifs (n)	Fréquence (%)
Primigeste	850	62,7
2eme geste	290	21,4
3eme geste	161	11,9
4eme geste	36	2,7
Primipare	756	55,7
2eme pare	457	33,7
3eme pare	107	7,9
4eme pare	22	1,6
>4 pare	14	0,8
Total	1356	100

Plus de deux parturientes sur trois avaient réalisé au moins 4 consultations prénatales, cependant 9 patientes n'avaient eu aucun contact prénatal avec le personnel.

La taille moyenne de nos patientes était de 162,75 cm la médiane 163 cm avec les extrême 105 et 193 cm. Un taux de 72.6% des parturientes avait une taille > 160 cm.

Le poids moyen de nos parturientes 65,35 kg, la médiane 64 kg (extrêmes 38 et 138 kg). Près de quatre patientes sur cinq (18,18%) étaient admises par le biais d'une référence médicale.

La quasi-totalité des grossesses étaient de type monofoetal (98,8%) et la majorité des grossesses (environ 86%) étaient à terme.

Au cours de notre analyse, nous avons remarqué que la hauteur utérine des parturientes variait entre 15 à 46 cm avec une moyenne de 31.7 cm.

À l'admission, la poche amniotique était intacte chez près de 3/4 des patientes. Les patientes chez qui les membranes sont rompues, le liquide était clair dans 82%.

A l'admission, les deux tiers de parturientes étaient en phase de latence du travail . Plus de 4/5 des patientes étaient entrées spontanément en travail (83%).

La rupture prématurée des membranes (RPM), représentait plus de la moitié de cas.

La presque totalité des parturientes était en présentation de sommet (97%) . Environ une patiente sur cinq avait accouché par césarienne (19,2%).

L'indication de césarienne était une dystocie mécanique chez une patientes sur trois (30,72%). La rupture prématurée des membranes était la pathologie la plus rencontrée au cours de l'accouchement 7,9%.

Chez les patientes ayant accouché par voie basse, 1 patiente sur 4 avait fait l'objet d'une épisiotomie (25%) et 7,6% avaient une déchirure périnéale.

La mortalité était de 2,1‰. Plus de 9 naissances vivantes sur 10 étaient en état d'asphyxie périnatale à la première minute (93%). Chez près d'un nouveau-né sur cinq (19%), nous avons eu recours à la réanimation néonatale.

La majorité des nouveau-nés avait un poids normal (86,2%). Le poids moyen à la naissance était de 2986,16 g ; avec des extrêmes allant de 500 g à 4700 g.

Résultats analytiques

La proportion des patientes qui n'avaient pas fait 4 CPN était de 32,28% chez les adolescentes contre 25,98% chez les adultes. Cette différence était statistiquement significative avec $p < 0,0001$ (OR de 1,26) ; IC [1,2-1,5]).

Le taux des patientes transférées était de 18,18% chez les adolescentes contre 18,21 % chez les adultes, cette différence n'était pas statistiquement significative

L'épisiotomie étaient faite chez 25,61 % des adolescentes contre 25,63% des adultes cette différence n'est statistiquement significative $p = 0,98$.

La déchirure du périnée était constatée chez 7,6% des adolescentes contre 7,61% cette différence n'est pas statistiquement significative ($p = 0,98$).

La dystocie chez les moins de 20ans était de 7,60% contre 3,59% chez les plus de 20 ans ; cette différence était statistiquement significative avec $p < 0,0001$ et OR de 1,64 [1,28-2,1].

En effet, 6,85% de nouveau-nés des adolescentes étaient prématurés contre 6,89 % chez les adultes ; cette différence n'était pas statistiquement significative ($p = 0,54$).

En effet à la première minute, le score d'APGAR <7 était de 7% chez les moins de 20 ans contre 4,73% chez les plus de 20 ans. Cette différence était statistiquement significative avec $p = 0,004$ et un OR de 1,15 [1-1,32].

La réanimation néonatale a été réalisée chez 19% des bébés des adolescentes contre 15,97% des bébés des adultes. Cette différence n'était pas statistiquement significative ($p = 0,98$).

Le faible poids de naissance était de 11,7% chez les moins de 20 ans contre 10,05% chez les plus de 20 ans. Cette différence était statistiquement significative avec $p = 0,04$ et un OR de 1,2 [1,01-1,43] (tableau II).

Tableau II : Récapitulatif de l'analyse bi-variée

Variables	< 20 ans		≥ 20 ans		p	OR
	N	%	N	%		
< 4 CPN	419	32,28	3098	25,98	<0,0001*	1,26 [1,2-1,5]
Transfert	246	18.18	2252	18.21	0,97	1 [0,86-1,14]
Déclenchement au travail	26	1.98	357	3.00	0,03*	0,65 [0,43-0,97]
Episiotomie	347	25.61	3174	25.63	0,98	1 [0,9-1,14]
Déchirure	103	7.60	942	7.61	0,98	1 [0,81-1,24]
Dystocie	78	5.75	444	3.59	<0,001*	1,64[1,28-2,1]
Prématurité	90	6,85	792	6.89	0,6	1,16[0,95-1,19]
Souffrance fœtale	16	1,17	148	1,19	0,56	1,17 [0,67-2,08]
Faible poids fœtal	159	11,7	1226	10.05	0,04*	1,2[1,1-1,43]
Réanimation	206	19	1884	15.97	0,98	1[0,85-1,17]

IV. DISCUSSION

Limites de l'étude

Le caractère rétrospectif de notre étude constitue son principal biais.

Durant la période d'étude, il y a eu 13.753 accouchements, dont 1356 chez les adolescentes, soit une fréquence de 9,86 %.

Fréquence

Les études sur l'adolescence posent des problèmes. Les comparaisons sont difficiles du fait que les limites chronologiques sont multiples. Certains auteurs prennent pour limite supérieure un âge de 18 ans, d'autres 17 ans, et 16 ans pour certains [6]. Nous avons pris la limite supérieure à 19 ans préconisée par l'OMS.

Au Sénégal, Gueye et al [6], avait trouvé respectivement des taux d'accouchement chez les adolescentes de 12,3 %. Au Mali, Dicko [7], Drabo [8], Dembélé [9], Dembélé [10] avaient trouvé respectivement des fréquences d'accouchement chez les adolescentes de 19,61%, 13,31%, 19,2%, 21,72%.

Cette différence entre les fréquences observées pourrait s'expliquer par :

- la fréquence élevée des mariages précoces dans nos pays ;
- la faiblesse du niveau d'instruction ;
- la faible utilisation de la contraception chez les adolescentes ;
- la précocité de l'activité sexuelle ; et
- les facteurs culturels et religieux.

Caractéristiques socio-démographiques

Dans notre étude, la tranche d'âge la plus représentée chez les adolescentes était celle de 18-19 ans avec 72,2 %. Ce taux est supérieur à celui retrouvé dans la littérature.

Cissé[11] avait trouvé que la majorité des adolescentes était âgée de 15ans à 17 ans, soit 51,3% ; ce constat était fait au Sénégal par Ba [12].

Au Mali, Dembélé [9] et Dicko [7] avaient trouvé respectivement que 55,73% et 55,67% d'adolescentes avaient un âge compris entre 18-19 ans.

Dembélé [10] dans son étude avait trouvé que 80% des adolescentes avaient moins de 18 ans. Ceci peut s'expliquer par la rareté de l'activité sexuelle et/ou des cycles généralement anovulatoires chez cette tranche d'âge, mais aussi par l'effet des campagnes de sensibilisation sur les mariages précoces.

Nous avons trouvé un âge moyen de 17,9 ans. Ce résultat est supérieur à celui de Cissé [11] qui dans son étude qui portait sur tout le Sénégal et qui avait constaté un âge moyen de 17,1 ans et Gueye et al [6] 17,01 ans.

Caractéristiques cliniques

Dans notre série, 44,3 % des adolescentes étaient déjà mères ; la multiparité existait (8 %) et était liée d'une part à la nuptialité précoce, d'autre part à l'absence de surveillance postnatale avec une faible utilisation de la contraception. Notre résultat ne corrobore pas avec la littérature. Au Sénégal, Cissé [11] avait trouvé que 13,1 % des adolescentes étaient déjà mères et

la multiparité à 0,8 %. Contrairement au Mali, Diarra [13] avait trouvé que 72,28 % des adolescentes étaient déjà mères. Ces deux hypothèses pourraient expliquer cette variation des résultats.

Dans notre analyse, 18,18 % des adolescentes étaient admises par le biais d'une référence contre 18,21% chez les adultes. Cette différence n'était pas statistiquement significative. Ce résultat est presque similaire à celui de Dembélé [8] qui avait trouvé 22,92 % : ce résultat pourrait s'expliquer par le lieu similaire des études (en ville) où l'on partage les mêmes réalités.

Cependant, ce taux est inférieur à celui de Diarra [13] et Dicko [7] qui avaient trouvé des taux respectifs de 28 % et 38 %, car leurs études ont été faites en zones rurales où les structures de références sont éloignées.

Dans notre série, 99,4 % des adolescentes avaient bénéficié de CPN ; parmi elles, 32,5 % d'adolescentes n'avaient pas atteint quatre CPN contre 25,98% des adultes. Cette différence est statistiquement significative avec $p < 0,0001$ et OR 1,26 IC [1,2-1,5]. Au Niger, Diaouga [14] avait trouvé 4,4 % d'adolescentes qui n'avaient aucune consultation prénatale. Les adolescentes qui avaient réalisé au moins 3 CPN étaient de 57,4 %. Ce taux important de réalisation des CPN retrouvé dans notre série pourrait s'expliquer par le rôle des « badiènes gokh » qui contribuent à la vulgarisation de l'information sur la santé de la reproduction.

Concernant le terme à l'accouchement, nous avons 6,85 % des adolescentes qui n'étaient pas à terme contre 6,89% chez l'adulte. Cette différence n'était pas statistiquement significative. Ces résultats sont superposables à ceux de l'étude menée par Gueye [6] 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 ; Cissé [11] avait trouvé 16,6 % des adolescentes qui n'étaient pas à terme, 83,04 % à 37 SA et plus, soit 83,02 % à terme et 0,2 % post terme ; Diarra [13] avec 89,9 % de naissances avant la 37e SA et 91,1 % à 37 SA et plus ; Borg [15] avec 11,3 % de naissances avant 37 SA et 88,7 % à 37 SA et plus. Ce qui confirme le risque permanent de prématurité dans les grossesses chez les adolescentes.

Dans notre étude, différentes pathologies étaient retrouvées dans des proportions différentes : rupture prématurée des membranes 7,9%, prématurité 6,7%, et dystocie 5,8%. Ces résultats ne sont pas corroborés par la littérature.

Les accouchements par voie basse ont représenté 75,81 % chez les adolescentes contre 69,70%

d'adultes. Cette différence n'est pas significative. Nos données se rapprochaient de celles trouvées par Cissé [11] ; Gueye et al [6] qui rapportaient respectivement 73,5 % et 71,5 % des accouchements par voie basse. Ba [12] et Borg [15] rapportaient des taux inférieurs à la nôtre respectivement 67,5 % et 66,1 % d'accouchement par voie basse. Au Mali, le taux d'accouchement par voie basse chez les adolescentes varie entre 75,9 % et 94,8 % [7,8,9]. Nous avons enregistré 19,23 % de césariennes chez les adolescentes contre 30,30 % chez les adultes. Cette différence est statistiquement significative ($p < 0.0001$; OR 0.54 IC [0.47-0.97]).

Ba [12] retrouvait 4,7 % de césarienne alors que Carles [18] rapportait 8,6 % chez les adolescentes et 10,6 % chez les témoins ; quant à Gallais [20], dans une première série, elle rapportait 10,3 % de césariennes chez les adolescentes et 15,7 % chez les témoins et dans une seconde série 55,4 % chez les adolescentes contre 34,4 % chez les témoins.

Des études maliennes ont rapporté un taux variable de césarienne. Ainsi que Traoré [16] avait rapporté 5,2 % de cas ; Drabo [8] 10,8 % de cas ; Dicko [7] 15,67 % de cas ; Dembélé [9] 16,15 % ; Guindo [20] 32,8 % et Traoré [21] 21,4 %. À Madagascar, Alouinia [22] avaient rapporté 13,72 % de césariennes chez les adolescentes.

Les extractions instrumentales représentaient 5,02% des accouchements et le manque de coopération et l'agitation de ces jeunes patientes nécessitaient le plus souvent une aide à l'expulsion. Ce taux est supérieur au résultat trouvé dans la littérature.

Cissé [11], Gueye [6] rapportaient respectivement 2,4% et 1,2% d'extractions instrumentales. Gallais [19] rapportait 3,9% d'extractions instrumentales chez les adolescentes contre 2,9% chez les témoins. Cependant, Carles [18] avait trouvé un taux plus élevé 14,8 % d'extractions artificielles chez les adolescentes contre 2,6 % chez les témoins.

La dystocie mécanique était la cause la plus fréquente de césarienne, soit 30,7 % des cas. Ceci pourrait s'expliquer par l'immaturité du bassin et l'adolescente en elle-même. La souffrance fœtale était impliquée dans 18,1 % des césariennes chez les adolescentes. Les dystopies représentaient 7,6% des complications de l'accouchement chez les adolescentes contre 3,59% chez les adultes. Cette différence est statistiquement significative avec $p = 0,0004$, et un OR de 1,64 IC [1,28-2,1]. La grossesse de l'adolescente était une grossesse à haut risque, non pas seulement à cause du jeune âge, mais à cause de l'immaturité physique.

Cissé [11], les dystocies représentaient 48,4 % des complications de l'accouchement.

Satin [23] dans son étude comparative avait retrouvé 18 % de dystocie chez les adolescentes de 11-19 ans de même que chez des témoins âgés de plus de 20 ans ; selon lui, dans des conditions.

Les déchirures du périnée étaient retrouvées chez 7.6 % des adolescentes contre 7.61% cette différence n'était pas significative. Ce taux est non négligeable du fait de la pratique d'accouchements à domicile, mais des accouchements assistés par un personnel qualifié pourraient réduire l'incidence et les séquelles possibles des parties molles (diaphragme, brides, etc.).

L'épisiotomie représente 25,61% des accouchements chez les adolescentes contre 25,63% chez les adultes . Cette différence n'est pas statistiquement significative.

Au Sénégal, Cissé [11], Gueye [6] rapportaient respectivement 29,7 % ; 86,4 % d'épisiotomie. Borg [60] avait retrouvé 30,2 %. Cette augmentation du taux d'épisiotomie serait liée à une prévention en excès pour éviter les déchirures périnéales.

Dans notre série, aucun décès maternel chez les adolescentes n'a été observé.

Au Sénégal, Cissé [11], Gueye [6] avaient retrouvé respectivement 0,3 % et 0,6 % de cas de décès maternels. Au Mali, Dicko [7] et Guindo [20] avaient rapporté 0,67 % et 1,02 % de décès maternel chez les adolescentes.

L'accouchement d'enfants vivants était la règle : 97,92 % chez les adolescentes contre 97,36% chez les adultes cette différence n'est pas significative.

Contrairement à la littérature Cissé [11], Gueye [6] avaient rapporté respectivement 91 % et 95,9 % d'accouchement d'enfants vivants. Le taux de mort-nés était de 2,8 % dans notre série ; Cissé [11], Gueye [6] avaient trouvé respectivement 7,1 % et 4,1 % de mort-nés. Au Mali, Dicko [11] ; Dembélé [9] ; Dembélé [10] ; Diarra [13] avaient retrouvé un taux supérieur respectivement 5,67 % ; 3,08 % ; 5,2 % et 3,5 % de mort-nés. Ces résultats pourraient s'expliquer par une avancée 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.

Le pourcentage de nouveau-nés de petits poids de naissance était de 11,7 % chez les adolescentes contre 10,05% chez les adultes. Cette différence est significative avec $p= 0,004$ et OR 1.2 avec IC [1.1-1.43], ce qui pourrait s'expliquer par le jeune âge ; l'état physique maternel et l'accouchement avant terme.

Cissé [11], Gueye [6] avaient rapporté un résultat supérieur au nôtre respectivement 20,2 % et 23,2%. Dans notre série, 7 % des nouveau-nés avaient un score d'Apgar à la première minute < 7 contre 4,73% chez les adultes. Cette différence est statistiquement significative $p= 0,004$ et un OR 1,51 [1,2-1,89]. Ce taux est faible comparé à la littérature. Cissé [11], Gueye et al [6] avaient rapporté respectivement que 39,5 % et 25,1 % des nouveau-nés avaient un score d'Apgar à la première minute < 7 . Carles [18] rapportait dans son étude 10,6 % de nouveau-nés ayant un Apgar à la première minute < 7 contre 6,6 % dans le groupe témoin alors que Gallais [19] retrouvait 9,2 % chez les adolescentes contre 9,7 % chez les témoins.

La différence des taux pourrait s'expliquer par la qualité, l'intensité et le lieu de réanimation néonatale.

CONCLUSION

La grossesse chez les adolescentes est un phénomène mondial dont les causes sont clairement connues et dont les répercussions sanitaires, sociales et économiques sont graves. L'accès aux services de planification familiale et de consultation prénatale permettrait de réduire la survenue ce phénomène et les complications qui y sont liées.

RÉFÉRENCES

1. **WHO Adolescent Pregnancy** . Unmet needs and undone deeds: A review of the literature and programmes.(2007).
2. **United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division**. World Population Prospects 2022-Special Aggregates, Online Edition; 2022. [https://population.un.org/wpp/Download/Standard/Fertility/\(en anglais\)](https://population.un.org/wpp/Download/Standard/Fertility/(en%20anglais)).
3. **McIntyre P, World Health Organization**. Adolescentes enceintes : apporter des promesses globales d'espoir. Pregnant Adolesc Deliv Glob Promises Hope (2007) 28.
4. **Seince N, Pharisien I, Uzan M** Grossesse et accouchement des adolescentes. Grossesse Accouchement Adolesc (2004) 23–26.
5. **Eure CR, Lindsay MK, Graves WL** (2002) Risk of adverse pregnancy outcomes in young adolescent parturients in an inner-city hospital. Am Journal Obstetrics Gynecology (2002) 186:918–920.
6. **Gueye SMK**. Prise en charge de la grossesse chez l'adolescente : à propos de 166 cas suivis dans les centres hospitaliers de Ziguinchor. J. SAGO Gynécologie – Obstétrique Santé Reprod (2021) 22.

7. **Dicko OH** . Accouchement chez les adolescentes au centre de santé de référence de commune vi de district de Bamako : étude cas –témoins. Thesis, USTTB (2019).
8. **Drabo A** . Grossesse et accouchement chez l'adolescente au Centre de Santé de Référence de la Commune II du District de Bamako'thèse de médecine Bamako (2015).
9. **Dembele F** Accouchement chez les adolescentes au Centre de Sante de Référence de la Commune IV du District de Bamako à propos de 1000 accouchements. thèse de médecine Bamako . (2015)
10. **Dembélé S** .Accouchement chez l'adolescente au Centre de Santé de Référence de Dioila. Thèse de médecine Bamako (2012).
11. **Cissé A** . La grossesse et l'accouchement chez les adolescentes en milieu africain Sénégal. thèse de médecine dakar (2002).
12. **Ba MG, Moreau JC, Cisse ML, Ba MD, Diadhiou F** . Les particularités obstétricales de la maternité précoce au CHU de Dakar à propos de 1360 cas. Burkina Méd (1998) 2:5–8.
13. **W.Diarra** .Grossesse et accouchement chez les adolescentes dans le Centre de Santé de Référence de la Commune V du District de Bamako Thèse de médecine Bamako (2023).
14. **Diaouga HS, Yacouba MC, Abdou MMS, Rahamatou MG, 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.
15. **Borg A** . Grossesse chez les adolescentes: complications obstétricales et fœtales à la maternité régionale universitaire de Nancy. PhD Thesis, Université de Lorraine (2012).
16. **Traoré F** . Conséquences des grossesses précoces en milieu urbain Bamakois. PhD Thesis, Thèse en médecine (2001-2002).
17. **Soula O, Carles G, Largeaud M, El Guindi W, Montoya Y** Grossesses et accouchement chez les adolescentes de moins de 15 ans: Étude de 181 cas en Guyane française. J Gynécologie Obstétrique Biol Reprod (2006) 35:53–61.
18. **Carles G, Jacquelin X, Raynal P, Bertsch M, ZOCCARATO A-M** Grossesse et accouchement chez les adolescentes de moins de 16 ans. Etude de 150 cas en Guyane française. J Gynécologie Obstétrique Biol Reprod (1998) 27:508–513.
19. **Gallais A, Robillard Py, Nuissier E, Cuirassier T, Janky E** Adolescence et maternité en Guadeloupe : A propos de 184 observations. Adolesc Matern En Guadeloupe (1996) Propos 184 Obs 25:523–527.
20. **Guindo A** Pronostic maternel et périnatal de l'accouchement chez les adolescentes au service de Gynécologie obstétrique à l'hôpital de Sikasso. PhD Thesis, USTTB (2020)
21. **Traore B, Thera T, Kokaina C, Beye SA, Mounkoro N, Teguate 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 AfriqueNoire. 2010; 57 - s. Accessed 20 Mar 2024.
22. **Alouini S, Randriambololona D, Randriamboavonjy R** Facteurs de risques de la grossesse, de l'accouchement et du post-partum des adolescentes dans le département du Loiret. J Gynécologie Obstétrique Biol Reprod (2015) 44:443–450.
23. **Satin AJ, Leveno KJ, Sherman ML, Reedy NJ, Lowe TW, McIntire DD** Maternal youth and pregnancy outcomes: middle school versus high school age groups compared with women beyond the teen years. Am J Obstet Gynecol (1994) 171:184–187.