



Article original

**Mortalité Maternelle chez les adolescentes dans le service gynécologie et Obstétrique de l'hôpital Nianankoro
Fomba de Ségou sur cinq ans et demi**

Maternal mortality among adolescent girls in the gynecology and obstetrics department of the Nianankoro
Fomba Hospital in Ségou over five and a half years

A Sidibe*¹, T Traore², M Diassana³, F Kane⁴, S Dembélé³, B Macalou³, M Haidara⁵, AH Dicko¹,
S Diarra¹, IY Traore¹

Résumé

Introduction : L'adolescence est une période de maturation physique, psychique et sociale qui s'étend entre l'enfance et l'adulte [1]. Au Mali 40 à 42% des jeunes filles accouchent avant l'âge de 18 ans [2]. La grossesse chez l'adolescente est une grossesse à haut risque ; du fait non seulement de son âge (organisme immature) mais aussi des circonstances particulières incluant la première grossesse, le statut social bas, le faible niveau scolaire, la grossesse non désirée. [1 ; 3 ; 4].

Méthodologie : Nous avons réalisé une étude rétro prospective, transversale et descriptive sur une période de cinq ans, allant du 01 Janvier 2014 au 30 Juin 2019. Étaient incluses dans notre étude : Toutes les adolescentes enceintes décédées pendant la grossesse, le travail d'accouchement ou dans les suites de couches, c'est à dire pendant les 42 jours suivant l'accouchement quel que soit la cause mais déterminée ou aggravée par la grossesse ou les soins qu'elle a motivés quel que soit l'âge de la grossesse ou sa localisation.

Résultats : Nous avons enregistré 283 décès

maternels dont 53 cas de décès maternel chez les adolescentes soit une fréquence de 18,7%. La moyenne d'âge des patientes était de 17 ans. 88,7% des adolescentes étaient mariées et les primipares ont représentées 56,6%. Les principaux facteurs de risque retrouvés étaient : l'absence de suivi prénatal et la défaillance du système référence/évacuation dans 77,4% des cas. Les causes obstétricales directes représentaient 66% et les causes directes 44%. HTA et complications représentaient 31,4% et l'hémorragie également 31,4% des causes directes. 55,6% des causes indirectes étaient l'anémie.

Dans notre étude 40% des nouveau-nés des patientes décédées étaient mort-né frais. Le mode d'admission n'a pas eu de rapport statistiquement significatif avec la cause du décès.

Conclusion : la majorité des patientes décédées n'ont pas fait de suivi prénatal. Ce qui pourrait prouver l'efficacité de la consultation prénatale quant à sa contribution dans la réduction de la morbidité et la mortalité maternelle.

Mot-clés : Mortalité maternelle, adolescente, Gynécologie-obstétrique.

Abstract

Introduction: Adolescence is a period of physical, psychological and social maturation that extends between childhood and adulthood [1]. In Mali, 40 to 42% of girls give birth before the age of 18 [4]. Teenage pregnancy is a high-risk pregnancy; not only because of her age (immature organism) but also because of the special circumstances including the first pregnancy, low social status, low educational level, unwanted pregnancy. [1 ; 3 ; 4].

Materials and Methods: We conducted a prospective, cross-sectional and descriptive retro-study over a period of five years, from 01 January 2014 to 30 June 2019. Included in our study were: All pregnant teens who died during pregnancy, childbirth or childbirth, i.e. during the 42 days following childbirth, whatever the cause but determined or aggravated by the pregnancy or the care it has motivated, regardless of the age of the pregnancy or its location.

Results: We recorded 283 maternal deaths, including 53 cases of maternal death among adolescents, a frequency of 18.7%. The average age of the patients was 17 years. 88.7% of adolescents girls were married and primiparous women accounted for 56.6%. The main risk factors found were: the absence of prenatal follow-up and the failure of the referral/evacuation system in 77.4% of cases. Direct obstetric causes represented 66% and direct causes 44%. Hypertension and complications accounted for 31.4% and hemorrhage also 31.4% of the direct causes. 55.6% of the indirect causes were anemia. In our study 40% of the newborns of the deceased patients were stillborn fresh. The mode of admission was not statistically significant with the cause of death.

Conclusion: the majority of deceased patients did not have prenatal follow-up. This could prove the effectiveness of prenatal consultation in terms of its contribution to the reduction of morbidity and maternal mortality.

Keywords: Maternal and adolescent mortality, Gynecology-obstetrics.

Introduction

Au Mali 40 à 42% des jeunes filles accouchent avant l'âge de 18 ans [2].

La grossesse chez l'adolescente est une grossesse à haut risque ; du fait non seulement de son âge (organisme immature) mais aussi des circonstances particulières incluant la première grossesse, le statut social bas, le faible niveau scolaire, la grossesse non désirée. [1 ; 3 ; 4]. C'est dans cette tranche d'âge que le taux de morbidité et de mortalité est plus élevé comme en témoignent plusieurs études [5]. Au Mali peu d'études traitent la Mortalité chez cette catégorie de jeunes mères. C'est pour ces raisons que nous avons initié ce travail chez les adolescentes à l'hôpital Nianankoro Fomba de Ségou.

Méthodologie

Nous avons réalisé une étude rétro prospective, transversale et descriptive sur une période de cinq ans et demi, allant du 01 Janvier 2014 au 30 Juin 2019. Étaient incluses dans notre étude : Toutes les adolescentes enceintes décédées pendant la grossesse, le travail d'accouchement ou dans les suites de couches, c'est à dire pendant les 42 jours suivant l'accouchement quel que soit la cause mais déterminée ou aggravée par la grossesse ou les soins qu'elle a motivés quel que soit l'âge de la grossesse ou sa localisation.

N'ont pas été inclus dans ce travail : Tous les décès maternels d'adolescentes constaté à l'arrivée, survenus en dehors de la période de gravidopuerpéralité et au cours la période de gravidopuerpéralité suite à un accident de la voie publique ou de cause fortuite.

Le recueil des données a été fait sur une fiche d'enquête à partir des dossiers obstétricaux, des registres d'accouchement, de compte rendu opératoire et de décès en respectant la confidentialité et l'anonymat. Les données individuelles ont été codifiées en numérique afin de permettre leur exploitation sur un ordinateur. Nous avons été confrontés à certaines insuffisances de notification d'information dans les

dossiers, notamment en ce qui concerne certaines données sociales à savoir : la résidence, la profession du conjoint et la durée entre l'évacuation et l'arrivée au service.

Résultats

Nous avons enregistré 283 décès maternels dont 53 cas de décès maternel chez les adolescentes soit une fréquence de 18,7%. Toutes les défuntées résidaient en milieu périurbain. La profession du procréateur était non précisée dans 94,6% des cas. La durée entre l'évacuation et l'arrivée au service n'était pas précisée dans 95,6%. La majorité des adolescentes soit 56,5% était évacuée du CSREF (centre de santé de référence),

Tableau I : Répartition des adolescentes en fonction des caractéristiques sociodémographiques

	Effectif (n=53)	%
Tranches d'âges (ans)		
≤ 15	4	7,5
16 – 17	16	30,2
18 – 19	33	62,3
Age médian : 17 ans ;	Extrêmes : 15 –19ans	
Profession		
Commerçante	1	1,9
Elève	1	1,9
Ménagère	51	96,2
Statut matrimonial		
Célibataire	6	11,33
Mariée	47	88,7
Niveau d'instruction		
Sans instruction	52	98,1
Niveau secondaire	1	1,9

Les primigestes ont représenté 88,7% des cas, 75,5% des adolescentes n'avaient pas d'enfants vivants, 77,4% des adolescentes n'avaient pas fait de suivi prénatal. La césarienne a été la voie d'accouchement dans 86% parmi celles qui ont accouché à l'hôpital. Quarante (40) % des nouveau-nés des patientes décédées étaient mort-né frais.

Tableau II : Répartition selon le mode d'admission

	Effectif (n=53)	%
Mode d'admission		
Urgent	46	86,8
Non urgent	7	13,2
Le moyen de transport utilisé pour se rendre à l'hôpital		
Ambulance	40	75,5
Autres (taxi et tricycle)	12	22,6
Véhicule privée	1	1,9

Tableau III : Répartition selon les causes obstétricales directes ou indirectes

Causes du décès	Effectif	Fréquence
Directe	35	66%
Indirecte	18	34%
Total	53	100,0%

Tableau IV : Répartition des adolescentes selon les causes directes de décès

Cause directe	Effectif	Fréquence
Autres (dystocie, avortements clandestins, GEU)	4	11,4%
Choc hémorragique	11	31,4%
HTA et complications	11	31,4%
Infections	9	25,8%
Total	35	100,0%

Tableau V : Répartition des adolescentes selon les causes indirectes

Cause indirecte	Effectif	Fréquence
Anémie	10	55,6%
Autres (paludisme, hépatite, VIH, cardiopathie)	4	22,2%
Drépanocytose	4	22,2%
Total	18	100,0%

Tableau VI : Répartition des adolescentes selon le temps écoulé entre l'admission à l'hôpital et le décès

Temps entre admission et décès	Effectif	Fréquence
Moins de 24H	44	83%
Plus de 24H	9	17%
Total	53	100,0%

Dans notre étude 32,1 % des femmes sont décédées dans le post-partum, 65,5% en antépartum et 1,9% en per-partum.

Discussion

Nous avons enregistré une fréquence de 18% de décès maternel chez les adolescentes.

Ce taux est inférieur à celui de Baldé M [30] 21,76%. Cette différence s'explique par le fait que l'étude de ce dernier était sur une période plus longue. La tranche d'âge la plus représentée dans notre étude était de 18-19 avec 62,3%. Beaucoup d'autres études ont trouvé que l'extrême jeunesse est un facteur de risque élevé de décès maternel comme l'atteste l'étude de Baldé M [30], de Maguiraga [7] et Nem Tchuenteu [8].

La majorité des adolescentes décédées étaient mariées soit 88,7%. Cela s'expliquerait par la fréquence du mariage précoce dans notre pays. Il en a été de même dans l'étude de Baldé M [9] 83,7%, Kiré B. [10] 94,7% ;

Dans notre étude 34,0% étaient des nullipares, 56,6% étaient des Primipares. Ce taux de nullipares est nettement inférieur à ceux de Maguiraga et Lankoandé qui ont trouvé plus de décès chez les nullipares [7, 11] avec 48,2% et celui de Baldé M [9] avec 67,3%.

32,1 % des femmes sont décédées dans le post-partum, 65,5% en antépartum et 1,9% en per-partum. Le choc hémorragique et l'HTA et complications ont constitué les premières causes directes de mortalité maternelle dans notre étude avec chacun 31,4%, chez Baldé M [9] également l'HTA était la première cause directe de mortalité maternelle avec 50%, d'autres auteurs [12-13-14] ont trouvé l'hémorragie comme étant la première cause directe de mortalité maternelle. L'anémie a constitué 55,6% des causes indirectes de décès maternel dans notre étude. Ces patientes n'avaient pas bénéficié de suivi prénatal pour détecter leur anémie à temps et n'ont pas bénéficié de transfusion, Ceci pourrait s'expliquer par des facteurs socio-économiques qui font que les femmes accouchent avec des taux d'hémoglobines faibles. C'est pourquoi depuis quelques années la gestion active de la troisième période d'accouchement (GATPA) a été instaurée pour minimiser les pertes sanguines au moment de la délivrance.

Conclusion

Nos principales causes de mortalité maternelle sont celles retrouvées par la plupart des études africaines à savoir l'HTA et ses complications, les hémorragies du post partum, l'anémie et la septicémie. Elle pourrait être réduite considérablement avec des nouvelles approches telles que les audits de décès maternels et les soins obstétricaux et néonataux d'urgence efficaces.

***Correspondance**

Alima Sidibe

sidibealima8@gmail.com

Disponible en ligne : 28 Juillet 2022

- 1 : Centre de santé de référence de Kayes, Mali
- 2 : Service de gynécologie et d'obstétrique de l'Hôpital Nianankoro Fomba de Ségou, Mali
- 3 : Service de gynécologie et d'obstétrique d'Hôpital Fousseyni Daou de Kayes, Mali

© Journal of African Clinical Cases and Reviews 2022

Conflit d'intérêt : Aucun

Références

- [1] O M S 20 Avenue Appia, CH 1211 Geneve27, Suisse 2007
- [2] EDS V 2012, Cellule de planification et de Statistique. Ministère de la Santé, Direction Nationale de la Statistique et de l'Informatique Ministère de l'Economie, de l'Industrie et du commerce. Bamako – Mali 2011-2012
- [3] Hamada H., Zaki A., Nejjar H., Filali A., Chraïbi C., Bezad R., Tahert Alaoui M. Grossesse et accouchement chez les adolescentes de moins de 16 ans à la maternité des Orangers, Rabat, Maroc. A propos de 311 cas. J Gynecol Obstet Biol Reprod 2004; 33: p 607-614.
- [4] Anta Tal D., Issakha D., Francis G., Jean-Pierre D.,

Facteurs pronostiques des complications de la grossesse et de l'accouchement chez l'adolescente et son nouveau-né au Sénégal Cahiers d'études et de recherches francophones / Santé. Oct. - Nov. – Décembre 2001, Volume 11, Numéro 4, p 221-8.

Pour citer cet article :

A Sidibe, T Traore, M Diassana, F Kane, S Dembélé, B Macalou et al. Mortalité Maternelle chez les adolescentes dans le service gynécologie et Obstétrique de l'hôpital Nianankoro Fomba de Ségou sur cinq ans et demi. *Jaccr Africa 2022; 6(3): 181-185*

- [5] Reynold H., Wrigth K., Olukoya A., Neelofur-kan D. Soins maternels chez l'adolescente Optic'Jeune, Santé de la reproduction et VIH/SIDA Publication en série ; 2004, No 11, p 1-4.
- [6] Coulibaly P, Bagayogo N, Kassogué D, Traoré I, Kané F. Une décennie de mortalité maternelle à l'hôpital Sominé Dolo de Mopti de 2007-2017.
- [7] Maguiraga M. Etude de la mortalité maternelle au Mali. Cause et facteurs de risque au centre de santé de référence de la commune V du district de Bamako. [Thèse de Medecine]. [Bamako-Mali]: FMOS; 2000.
- [8] Nem Tchuenteu Danielle épouse Simnoue. Etude de la mortalité au CS Réf CV du district de Bamako de 1998 à 2002 à propos de 106 cas. [Thèse de Medecine No 27]. [Bamako-Mali]: FMPOS; 2004.
- [9] Baldé M, Mortalité maternelle chez les adolescentes a l'hôpital F D de kayes sur une période de 10 ans. [Thèse de Medecine]. [Bamako-Mali]: FMOS; 2019.
- [10] KIRE, B. Audit des décès maternels au CS Réf CI du district de Bamako. Thèse Med 2008-115p.
- [11] Lankoande J et A. Mortalité maternelle à la maternité de centre hospitalier national d'Ouagadougou (Burkina Faso) à propos de 123 colligés. *Médecine D'Afrique Noire*. 1995;3:1998.
- [12] CHABAUD, F., CHARPERON, J., BRUNET, J.P. La mortalité maternelle en France. *Rev. France Gynécol. Obst.*1983 ; 78-1 :15-33.
- [13] AKPADZA, K., Adama-Hondegla, A., Aboubakari, A-S., Agbekponou, K., Bassouva, A., Agbetia, N. et Al. La mortalité maternelle au CHU de TOKOIN, Lomé de 1990 à 1992. *Rev. France Gynécol. Obst.*1994 ; 89-2 :81-85.
- [14] KPEKPEDE CODJO, C.F. Mortalité maternelle à Brazzaville Thèse, Méd., Brazzaville. 1995 N°468.
- [15] P. Bernard et Coll. Le traitement des hémorragies obstétricales incoercible d'origine utérine. *Revue gynécologie- obstétrique du praticien*- Nov. 1989, I, p 29-34.