

Mortalité maternelle chez les adolescentes a l'hopital Fousseyni Daou de Kayes sur une décennie

Maternal mortality among adolescents at Fousseyni Daou hospital in Kayes over a decade

Diassana M¹, Macalou B¹, Dembele S¹, Sidibe A², Balde M¹, Bocoum A³, Fane S³, Traoré Y³

¹ service de gynécologie-obstétrique de l'hôpital Fousseyni DAOU de kayes

² centre de santé de référence de kayes

³ département de gynécologie-obstétrique du CHU GABRIEL TOURE

Correspondances: Dr Diassana Mahamadou Tel.: +22366898383 Email:

mahamadoudiassana@gmail.com

Reçu : le 11 septembre 2020 - Accepté : le 18 mai 2021 - Publié : le 3 juin 2021

RÉSUMÉ

Introduction : La grossesse chez l'adolescente est une grossesse à haut risque. Le but de cette étude était d'étudier la mortalité maternelle chez les adolescentes dans le service de gynécologie et d'obstétrique à l'Hôpital Fousseyni Daou de Kayes sur une période de 10 ans.

Matériels et méthodes : Il s'agissait d'une étude descriptive, analytique, transversale, rétrospective sur neuf ans du 1^{er} Janvier 2008 au 31 Décembre 2017 et prospective sur une période de 12 mois du 2 janvier 2018 au 31 décembre 2018 portant sur toutes les adolescentes admises et décédées en période gravidopuerpérale dans le service de gynécologie-obstétrique de l'Hôpital Fousseyni Daou. Le traitement et l'analyse des données statistiques ont été effectués grâce au logiciel SPSS 20.0. Le test exact de Fischer a été utilisé pour comparer les proportions

Résultats : Nous avons recensé au cours de notre étude un nombre total de 42366 accouchements dont 8520 accouchements chez les adolescentes soit une fréquence de 20,11% et 104 décès maternels chez les adolescentes (1,22%). Dans notre étude la tranche d'âge 16-17 ans était plus représentée avec 47,6%. Les patientes décédées vivaient en zone rurale à 78% et étaient sans instruction à 80,8% de même 64,4% des procréateurs étaient sans instruction. Dans notre série 54,8% des patientes décédées n'avaient pas fait de CPN, 59,6% ont été évacuées. L'éclampsie a représenté 48,2% des diagnostics retenus à l'admission, 72,5% des indications de césarienne et 50% des causes de décès. Dans notre étude 52,3% des nouveau-nés étaient vivants. Le décès est survenu dans 82,7% dans le post partum. La cause obstétricale directe a été prédominante 66%.

Conclusion : Dans notre contexte, la mortalité maternelle chez les adolescentes reste élevée. C'est une grande tragédie humaine qui affecte tant au niveau individuel, familial que social. Nos principales causes sont celles retrouvées par la plupart des études africaines à savoir l'éclampsie, l'hématome retro-placentaire, les hémorragies du post partum, l'anémie et la septicémie. La mortalité maternelle loin d'être une fatalité, pourrait être réduite considérablement avec des approches telles que les SONU efficaces et les audits de décès maternels. Il s'agit donc d'un défi à relever.

Mots clés : mortalité maternelle, adolescence.

ABSTRACT

Introduction : teenage pregnancy is a high risk pregnancy. The aim of this study was to study maternal mortality among adolescents in the gynecology and obstetrics department of the Fousseyni Daou hospital in kayes over a period 10 years.

Materials and methods : it was a descriptive, analytical, cross-sectional, retrospective study over nine years from january 1, 2008 to Decembre 31, 2017 and prospective over a 12 month period from january 2, 2018 to Decembre 31, 2018, covering all adolescent girls admitted and died during the pregnancy-puerperal period in the gynecology and obstetrics department of the Fousseyni Daou hospital in kayes. The processing and analysis of statistical data was carried out using the SPSS 20.0 software. The exact test of Fischer was used to compare the proportions.

Results : during our study, we identified a total number of 42366 deliveries, including 8520 teenage deliveries, a frequency of 20,11% and 104 adolescent maternal deaths (1,22%). In our study the 16-17 age group was more represented with 47,6%; 78% of the deceased patients lived in rural areas and 80,8% were uneducated and 64,4% of the procreators were uneducated. In our series 54,8% of the deceased patients had not had ANC, 59,6% were evacuated. Eclampsia represented 48,2% of diagnoses retained at admission, 72,5% of indications for cesarean section and 50% of causes for death. In our study 52,3% of the newborns were alive. Death occurred in 82,7% in the postpartum period. The direct obstetric cause was predominant 66%.

Conclusion : in our context, adolescent maternal mortality remains high. It is a human tragedy which affects at the individual, family and social levels. Our main causes are those found by most studies African, namely eclampsia, retro-placental hematoma, post-partum hemorrhages, anemia and septicemia. Maternal mortality, far from being inevitable, could be reduced considerably with approaches such as effective EmONSs and maternal death audits. It is therefore a challenge to be taken up.

Keywords : maternal mortality, adolescence.

INTRODUCTION

L'adolescence est une période de la vie qui a longtemps été ignorée de même que ses besoins spécifiques en matière de santé. Selon l'OMS, ce terme regroupe les personnes âgées de 10 à 19 ans. Il s'agit d'une période de maturation physique, psychique et sociale qui s'étend entre l'enfance et l'adulte [1].

Le monde compte un milliard d'adolescents (et il est estimé que d'ici l'an 2025 leur nombre atteindra deux milliards) dont 85% vivent dans les pays en développement [2]. Cette population est estimée à 22,6% au Mali [3]. Les statistiques montrent qu'en Afrique de l'Ouest 49% des femmes sont mariées avant d'atteindre l'âge de 19 ans. Plus de 14 millions d'adolescentes accouchent chaque année. Bien que ces naissances interviennent dans toutes les sociétés, 12,8 millions, soit plus de 90% ont lieu dans les pays en voie de développement [1]. Au Mali 40 à 42% des jeunes filles accouchent avant l'âge de 18 ans [3]. 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].

En effet c'est dans cette tranche d'âge que le taux de morbidité et de mortalité est plus élevé comme en témoignent plusieurs études [4].

Les adolescentes de 15 à 19 ans ont deux fois plus de risque de mourir durant un accouchement que les femmes de 20 à 29 ans. Chez les filles de moins de 15 ans, le risque est multiplié par cinq [4]. Par ailleurs certaines études ont montré que correctement suivies, ces grossesses ont le même pronostic qu'à l'âge adulte [5].

Au Mali nous n'avons retrouvé que peu d'étude concernant la Mortalité maternelle chez les adolescentes. A Kayes plusieurs études ont traité la mortalité maternelle dans son ensemble, mais aucune sur la mortalité maternelle chez les adolescentes. C'est pour ces raisons que nous avons initié ce travail chez les adolescentes de 19 ans et moins, à l'hôpital Fousseyni Daou de Kayes.

METHODOLOGIE

Il s'agissait d'une étude descriptive, transversale retro et prospective sur une période de 10 ans. La collecte rétrospective sur neuf ans (allant du 1^{er}

Janvier 2008 au 31 Décembre 2017) et prospective sur un an (allant du 2 Janvier 2018 au 31 Décembre 2018). Dans le service de gyneco-obstetrique de l'Hôpital Fousseyni Daou de Kayes.

Etaient incluses dans notre étude : toutes les adolescentes enceintes décédées dans le service 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.

Etaient exclues de ce travail : toutes les adolescentes enceintes décédées hors de l'hôpital, décès constaté à l'arrivée, toutes les adolescentes décédées après 42 jours du post partum ou post abortum, toutes les adolescentes non enceintes décédées, toutes les adolescentes décédées suite à un accident de la voie publique ou décès fortuit, toutes les femmes enceintes décédées dont l'âge est supérieur à 19 ans.

Le recueil des données a été fait sur une fiche d'enquête, les dossiers obstétricaux, des registres d'accouchement, registre de SONU, de compte rendu opératoire et Registres de décès. La saisie des données a été effectuée sur le logiciel Microsoft Office World2010.

Le traitement et l'analyse des données statistiques ont été effectués grâce au logiciel SPSS 20.0. Le test exact de Fischer a été utilisé pour comparer les proportions. Les liens sont statistiquement significatives si $P < 0,05$. La confidentialité et l'anonymat ont été respectés.

La région de kayes est située à l'ouest du Mali. Elle couvre une superficie de 120 760 km² et compte 2338999 habitants. L'hôpital Fousseyni DAOU de kayes est un établissement public hospitalier de 2^{ème} référence avec une capacité 160 lits.

RESULTATS

A l'Hôpital Fousseyni Daou de Kayes nous avons recensé au cours de notre étude un nombre total de 42366 accouchements dont 8520 accouchements chez adolescentes soit une fréquence de 20,11% et 104 décès maternels chez les adolescentes (1,22%).

Figure : Evolution de la fréquence de décès en fonction de l'année

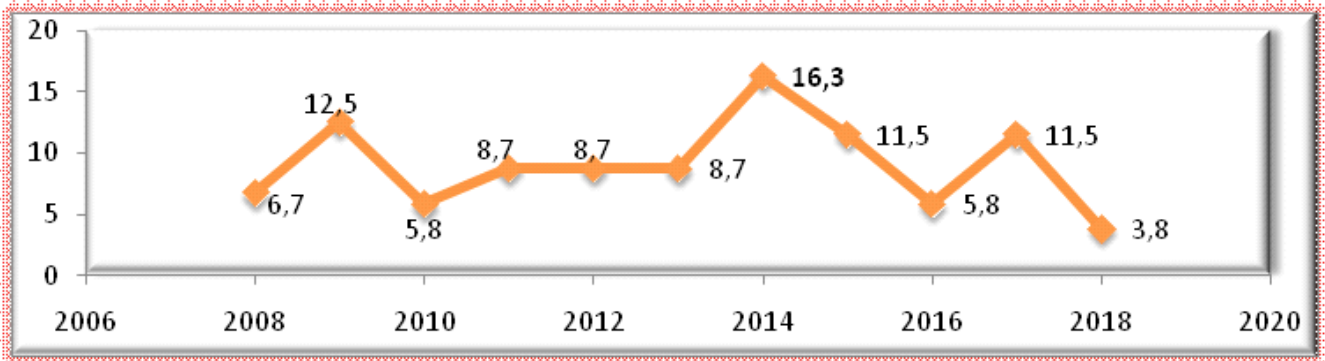


Tableau : Répartition des patientes selon les caractéristiques sociodémographiques

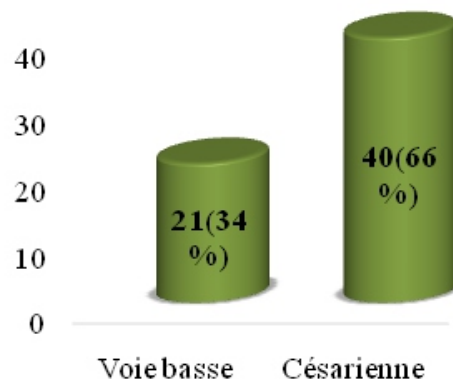
| | Effectif (n=104) | % |
|------------------------------|------------------|------|
| Tranches d'âges (ans) | | |
| 13-15 | 7 | 6,7 |
| 16-17 | 49 | 47,6 |
| 18-19 | 48 | 46,2 |
| Profession | | |
| Ménagère | 92 | 88,5 |
| Aide-ménagère | 8 | 7,7 |
| Elève/Etudiante | 4 | 3,8 |
| Statut matrimonial | | |
| Mariée | 87 | 83,7 |
| Célibataire | 17 | 16,3 |
| Ethnie | | |
| Soninké | 36 | 35,0 |
| Peulh | 25 | 24,0 |
| Bambara | 15 | 14,4 |
| Malinké | 14 | 13,2 |
| Khassonké | 7 | 6,7 |
| Autres | 7 | 6,7 |
| Résidence | | |
| Rurale | 81 | 78,0 |
| Urbaine | 23 | 22,0 |

Tableau II : Répartition des patientes selon le diagnostic à l'admission

| Diagnostic à l'entrée | Effectif | % |
|--|------------|--------------|
| Eclampsie | 50 | 48,1 |
| Anémie sévère | 17 | 16,4 |
| Impotence fonctionnelle des membres inférieurs | 6 | 5,8 |
| Pré- éclampsie sévère | 5 | 4,8 |
| HRP Grade IIIA | 5 | 4,8 |
| DFP | 4 | 3,9 |
| Hémorragie du post partum | 3 | 2,9 |
| Cardiopathie sur grossesse | 2 | 1,9 |
| OAP | 2 | 1,9 |
| Phase active du travail | 2 | 1,9 |
| Septicémie | 2 | 2,0 |
| Bassin asymétrique | 1 | 1,0 |
| BGR | 1 | 1,0 |
| Crise drépanocytaire sur grossesse | 1 | 1,0 |
| Coma hypoglycémique | 1 | 1,0 |
| Rupture utérine | 1 | 1,0 |
| Syndrome typho-palustre sur grossesse | 1 | 1,0 |
| Total | 104 | 100,0 |

Dans notre étude 97% des patientes décédées n'avaient aucun antécédent médical, les Primigestes ont représenté 85,6% ; 54,8% des patientes décédées n'avaient pas fait de CPN et 59,6% ont été évacuées. Dans notre série 84% des patientes décédées ont été transférées avec une fiche de référence/évacuation et 48,1% des patientes décédées sont venues par ambulance. Quarante % (42) des patientes ont été admises en per-partum, 35% (36) en pré-partum et 25% (26) en post-partum. Dans 56% des cas le motif de référence/évacuation a concordé avec le diagnostic retenu à l'admission.

Figure 2 : Répartition des patientes selon la voie d'accouchement à l'hôpital



Dans notre étude 52,3% des nouveau-nés des patientes décédées étaient vivants.

L'éclampsie a représenté 72,5% des indications de césarienne chez les patientes décédées. Les décès ont eu lieu dans le post partum à 82,7%. Dans notre étude 51% des patientes ont fait plus de 24h dans le service avant le décès et la plus part de ces décès étaient dus à l'éclampsie et la septicémie. La cause obstétricale directe représentée 66% des causes du décès dans notre étude

Tableau III : Répartition des patientes selon la cause présumé du décès

| Causes des décès | Effectif | % |
|---------------------------------|------------|-------------|
| Complications anesthésiologique | 2 | 1,9 |
| Anémie sévère | 16 | 15,4 |
| Cardiopathie décompensée | 1 | 1,0 |
| Crise ostéo-articulaire | | |
| Chez une drépanocytaire | 1 | 1,0 |
| Eclampsie | 52 | 50,0 |
| Embolie pulmonaire | 1 | 1,0 |
| Help Syndrome | 1 | 1,0 |
| HPP | 7 | 6,7 |
| HRP | 3 | 2,9 |
| OAP | 6 | 5,8 |
| Rupture utérine | 1 | 1,0 |
| Septicémie | 6 | 5,8 |
| Causes non étiquetées | 7 | 6,8 |
| Total | 104 | 100 |

Tableau IV : Niveau d'instruction des défuntés et la cause du décès

| Causes du décès | Niveau d'instruction | | | Total |
|-----------------------|----------------------|-----------------|-------------------|-------------------|
| | Sans instruction | Niveau Primaire | Niveau secondaire | |
| HRP | 1 (1,23%) | 2(10,5%) | 0 (0%) | 3(2,9%) |
| Accident anesthésique | 1 (1,2%) | 1(6,25%) | 0 (0%) | 2(1,9%) |
| Anémie | 13(15,5%) | 2(12,5%) | 1 (25%) | 16(15,4%) |
| Cardiopathie | 0 (0%) | 1(6,25%) | 0 (0%) | 1(0,96%) |
| Choc Hypovolémique | 1 (1,2%) | 0 (0%) | 0 (0%) | 1(0,96%) |
| Crise Drépanocytaire | 0 (0%) | 1 (6,25%) | 0 (0%) | 1(0,96%) |
| Eclampsie | 47(56%) | 4 (26,3%) | 1 (25%) | 52(50%) |
| Embolie pulmonaire | 1 (1,2%) | 0 (0%) | 0 (0%) | 1(0,96%) |
| Help Syndrome | 1 (1,2%) | 0 (0%) | 0 (0%) | 1(0,96%) |
| HPP | 4 (4,8%) | 2 (12,5%) | 0 (0%) | 6(5,8%) |
| OAP | 4 (4,8%) | 2 (12,5%) | 0 (0%) | 6(5,8%) |
| Rupture utérine | 1 (1,2%) | 0 (0%) | 0 (0%) | 1(0,96%) |
| Septicémie | 5 (6%) | 1 (6,25%) | 0 (0%) | 6(5,8%) |
| | 5 (6%) | 0 (0%) | 2 (50%) | 7(6,7%) |
| Total | 84 (100%) | 16(100) | 4 (100%) | 104 (100%) |

Test de Fischer: 34,053 P : 0,199

Tableau V : le mode d'admission des patientes et la cause du décès

| Causes du décès | Mode d'admission | | | |
|-----------------------|-------------------|----------------|------------------|-------------------|
| | Venue d'elle-même | Référée | Evacuée | Total |
| HRP | 0 (0%) | 1(3,7%) | 2(3,2%) | 3(2,9%) |
| Accident anesthésique | 0 (0%) | 1(3,7%) | 1 (1,6%) | 2(1,9%) |
| Anémie | 5(33,3%) | 5(18,5%) | 6 (9,7%) | 16(15,4%) |
| Cardiopathie | 1 (6,7%) | 0(0%) | 0(0%) | 1(0,96%) |
| Choc Hypovolémique | 0 (0%) | 0 (0%) | 1 (1,6%) | 1(0,96%) |
| Crise Drépanocytaire | 1 (6,7%) | 0 (0%) | 0 (0%) | 1(0,96%) |
| Eclampsie | 2(13,3%) | 8 (29,6%) | 42 (67,7%) | 52(50%) |
| Embolie pulmonaire | 0 (0%) | 1 (3,7%) | 0 (0%) | 1(0,96%) |
| Help Syndrome | 0 (0%) | 1 (3,7%) | 0 (0%) | 1(0,96%) |
| HPP | 3 (20%) | 0 (0%) | 3 (4,8%) | 6(5,8%) |
| OAP | 0 (0%) | 4 (14,8%) | 2 (3,2%) | 6(5,8%) |
| Rupture utérine | 0 (0%) | 0 (0%) | 1 (1,6%) | 1(0,96%) |
| Septicémie | 2 (13,3%) | 1 (3,7%) | 3 (4,8%) | 6(5,8%) |
| Autres | 1 (6,7%) | 5 (18,5%) | 1 (1,6%) | 7(6,7%) |
| Total | 15(100) | 27(100) | 62 (100%) | 104 (100%) |

Test de Fischer : 60,77 P : 0,000

DISCUSSION

Nous avons enregistré au cours de notre étude 104 décès maternels chez les adolescentes sur un nombre total de 8520 accouchements soit un taux de létalité de 1,22%.

Ce taux est inférieur à celui de Coulibaly P avec 1,92%. La fréquence la plus élevée au cours de notre étude a été enregistrée en 2014 avec 16,3%. Les tranches d'âge les plus représentées dans notre étude étaient de 16-17 et 18-19 avec respectivement 47,1% et 46,2%.

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 Kire B. . Par contre Kharouf ne trouve pas de décès maternel avant l'âge de 18 ans en raison d'une loi interdisant le mariage avant 17 ans en Tunisie .

Dans notre étude la majorité des adolescentes décédées étaient mariées soit 83,7%. Cela s'expliquerait par la fréquence du mariage précoce dans notre pays. Il en a été de même dans l'étude de Kire B. qui a trouvé 94,7% . Dans notre étude la majorité des adolescentes décédées étaient des ménagères au foyer avec 88,5%. Les élèves/étudiantes ont représenté 3,8%. Dans notre étude 67,3% étaient des nullipares, ce taux de nullipare est nettement supérieur à celui de Lankoandé qui a trouvé plus de décès chez les nullipares 48,2%. La plupart des auteurs pensent

qu'il ya un lien entre parité et décès maternel . En effet, les dystocies mécaniques et les éclampsies chez les primipares jeunes constituent un véritable facteur de risque. Plus de la moitié des adolescentes décédées (55%) n'avaient effectué aucune CPN, plusieurs auteurs s'accordent à dire que les suivis prénatals réduisent considérablement le taux de décès maternel .

Dans notre étude 85,6% des adolescentes décédées ont été référées ou évacuées.

L'éclampsie a représenté 48,1% de diagnostic retenu dans le service, l'Anémie 16,4% ; l'HRP 4,8% ; l'Hémorragie du post partum 2,9% ; la Septicémie 5,8%.

Dans 56% des cas le motif de référence/évacuation concordait avec notre diagnostic retenu au service. L'explication pourrait être la formation et la mise à niveau des prestataires de santé. Kire B., Diallo M.S. est du même avis que nous.

Dans notre série d'étude, 82,7 % des femmes sont décédées dans le post-partum, 12,5 % en antépartum et 4,8 % en per-partum.

Les causes présumées de décès sont multiples et variées. L'éclampsie a entraîné le plus de décès avec 50% suivie de l'anémie (15,4 %), l'HRP (2,8 %), l'Hémorragie du post partum (5,8%) et la Septicémies (5,8%). Les causes obstétricales directes ont représenté 66 % contre 34% de causes obstétricales indirectes. Une étude de L'OMS/FNUAP/UNICEF/Banque mondiale a observé 80 % de causes directes et 20 % de causes indirectes de décès maternels.

Une autre étude effectuée par le comité national d'experts en France trouve un taux de décès maternel par suite d'hémorragie de 18,6 %, des maladies thromboemboliques de 10,5 %, d'HTA (7,6 %), d'infection (4,21 %), des complications anesthésiques (0,87 %) et d'affections compliquant la grossesse à 7,6 %. Ces mêmes causes sont retrouvées dans presque toutes les études sur la mortalité maternelle des pays en voie de développement mais à des proportions plus élevées [6].

L'éclampsie a constitué la première cause directe de mortalité maternelle dans notre étude avec (50%). Ce résultat est contraire à celui d'autres auteurs qui ont trouvé l'hémorragie comme étant la première cause directe de mortalité maternelle.

Durant toute la période d'étude, 51% des patientes ont fait plus de 24 heures à l'hôpital avant le décès. Contrairement à d'autres études les femmes sont décédées dans les premières 24h qui ont suivie l'admission, Lankoandé et Coll. ont trouvé 71,5 % ;

Kire B. trouve 78,9%. Ceci s'expliquerait par le fait que dans notre étude la plupart de ces décès sont dus à l'éclampsie et la septicémie.

CONCLUSION

Dans notre contexte, la mortalité maternelle chez adolescentes reste élevée. C'est une grande tragédie humaine qui affecte tant au niveau individuel, familial que social.

Nos principales causes sont celles retrouvées par la plupart des études africaines à savoir l'éclampsie, l'hématome retro-placentaire, les hémorragies du post partum, l'anémie et la septicémie.

Dans notre étude, la majorité des patientes décédées n'ont pas suivi des CPN. Ce qui pourrait prouver l'efficacité de la consultation prénatale quant à sa contribution dans la réduction de la morbidité et la mortalité maternelle.

Le combat contre le décès maternel risque d'être un combat difficile à gagner, si les choses ne changent pas. Des décès par manque de sang voire par manque de suivi méritent une réflexion. Cependant, nous osons croire que la mortalité maternelle loin d'être une fatalité, pourrait être réduite considérablement, surtout avec des approches telles que les audits de décès maternels. Il s'agit donc

REFERENCES

1. **OMS. La santé et le développement des adolescents** : la clé de l'avenir. 61e éd. Genève; 1995.
2. **Noble J, Cover G, Manciaux M.** Jeunesse dans le monde. Paris; 1996.
3. **EDS V.** 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; 2012.
4. **Reynold H, Wright K, Olukoya A, Neelofurkan D.** Soins maternels chez l'adolescente Optic'Jeune, Santé de la reproduction et VIH/SIDA Publication en série. 2004;(11):1?4.
5. **Faucher P, Dappe S, Madelenat P. Maternity in adolescence:** obstetrical analysis and review of the influence of cultural, socioeconomic and psychological factors in a retrospective study of 62 cases. *Gynécol Obstet Fertile.* 2002;30(12):944?52.
6. **Puech F, Levy G et A.** Mortalité maternelle?; Synthèse du rapport du comité national d'experts sur la mortalité maternelle. Disponible sur: <http://www.sfmp.net/site/publications/journal/mortmat.htm>
7. **OMS.** Déclaration commune OMS/FNUAP/UNICEF/Banque mondiale.

Réduire la mortalité maternelle. Genève; 1999. 618-2 p.

8. 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.

REVUE 2017; N°: PAGES

9. Kharouf M, Ben Zineb N, Chelli H. La mortalité maternelle au centre de maternité et de néonatalogie de la Rabta de Tunis. J Gynécol ObstBiol-Reprod. 1992;21:236-40.

10. Lankoande J et A. Mortalité maternelle à la maternité de centre hospitalier national de Ouagadougou (Burkina Faso) à propos de 123 colligés. Médecine D'Afrique Noire. 1995;3:1998. PAGES

11. Kiré B. Audit des décès maternels au CS Réf CI du district de Bamako [Thèse de Médecine]. [Bamako-Mali]: FMPOS; 2008.

12. Diallo M, Sidibé M, Keita N. La mortalité maternelle à propos de 212 observations en sept ans (1980-1987) à la maternité Ignace Deen de Conakry (Guinée). Rev Fr Gynécol Obst. 1989;84(5):419-22.

13. Akpadza K et A. La mortalité maternelle au CHU de TOKOIN, Lomé de 1990 à 1992. Rev Fr Gynécol Obst. 1994;89(2):815- PAGES