

ANNALES DE LA SOGGO

SOCIETE GUINEENNE DE GYNECOLOGIE - OBSTETRIQUE

Semestriel ■ Volume 6 ■ N° 17 (2011)



(GYNECOLOGIE - OBSTETRIQUE, REPRODUCTION HUMAINE)

MEMBRE DE LA SOCIÉTÉ AFRICAINE DES GYNÉCOLOGUES OBSTÉTRICIENS (SAGO)
ET DE LA FÉDÉRATION INTERNATIONALE DE GYNÉCOLOGIE OBSTÉTRIQUE (FIGO)

Directeur de publication

Mamadou Saliou Diallo

Rédacteur en chef

Namory Keita

Rédacteur en chef adjoint

Telly Sy

Comité de parrainage

Ministre de l'ESRS

Ministre de la Santé

Recteur Université de Conakry

Doyen FMPOS

M Kabba Bah

M Kader

P Diallo

E Alihonou

F Diadhio

MK Bohoussou

C Welfens Ekra

M M Sall (CAMES)

A Gouazé (CIDMEF)

G Osagie (Nigeria)

Comité de rédaction

MS Diallo

N Keita

MD Baldé

Y Hyjazi

FB Diallo,

F Traoré (Pharmacologie)

T Sy

AB Diallo

Y Diallo

M Cissé (Dermatologie)

M Doukouré (Pédopsychiatrie)

ML Kaba (Néphrologie)

OR Bah (Urologie)

NM Baldé (Endocrinologie)

A Touré (Chirurgie Générale)

LM Camara (Pneumo-phtisiologie)

Comité de lecture

E Alihonou (Cotonou)

K Akpadza (Lomé)

M A Baldé (Pharmacologie)

G Body (Tours)

M B Diallo (Urologie)

M D Baldé (Conakry)

N D Camara (Chirurgie)

CT Cissé (Dakar)

A B Diallo (Conakry)

F B Diallo (Conakry)

M S Diallo (Conakry)

A Dolo (Bamako)

A Fournier (Angers)

Y Hyjazi (Conakry)

N Keita (Conakry)

YR Abauleth (Abidjan)

M Koulibaly (Conakry)

J Lankoande (Ouagadougou)

Lekey (Yaoundé)

JF Meye (Libreville)

JC Moreau (Dakar)

O Ndiaye (Dakar)

RX Perrin (Cotonou)

F Traoré (Conakry)

Recommandations aux auteurs

La revue Annales de la SOGGO est une revue spécialisée qui publie des articles originaux, des éditoriaux, des mises au point, des cas cliniques et des résumés de thèse dans les domaines de la gynécologie obstétrique et de reproduction humaine.

Conditions générales de publication

Les articles n'engagent que la responsabilité de leurs auteurs. Les manuscrits des articles originaux ne doivent avoir fait l'objet d'aucune publication antérieure ni être en cours de publication dans une autre revue. Les manuscrits doivent être dactylographiés en double interligne, de police de caractère 12 minimum, style Times New Roman, 25 lignes par page maximum, le mode justifié, papier blanc recto seulement et adressés en deux exemplaires et une version électronique sur CD, disquette ou par email à la rédaction aux adresses suivantes :

1. Professeur Namory Keita

Maternité Donka CHU de Conakry

BP : 921 Conakry (Rép. de Guinée)

Tel. : (224) 64 45 79 50

Email : namoryk52@yahoo.fr

2. Professeur Agrégé Telly Sy

Maternité Ignace Deen CHU de Conakry

BP : 1478 Conakry (Rép. de Guinée)

Tel. : (224) 60 21 70 86 ; (224) 64 23 37 30

Email : [syttelly@yahoo.fr](mailto:sytelly@yahoo.fr)

Tous les manuscrits sont adressés pour avis de façon anonyme à deux lecteurs. Une fois acceptés les articles corrigés doivent être accompagnés des frais de correspondance et de rédaction qui s'élèvent à 25.000 F CFA.

Présentation des textes

La disposition du manuscrit d'un article originale est la suivante : titre (avec auteurs et adresse), résumé (en français et en anglais), introduction, matériel et méthodes, résultats, discussion, références, tableaux et figure. La longueur des manuscrits ne doit pas dépasser, références non comprises 12 pages pour les articles originaux, 4 pages pour les cas cliniques et mises au point.

Toutes les pages seront numérotées à l'exception de la page des titres et des résumés.

- Page de titre : elle comporte :
 - Un titre concis, précis et traduit en anglais
 - Les noms et initiales des prénoms des auteurs
 - L'adresse complète du centre dans lequel le travail a été effectué
 - L'adresse complète de l'auteur à qui les correspondances doivent être adressées
 - Résumé : le résumé de 250 mots en français et en anglais figure après la page des titres sur des pages distinctes avec le titre sans le nom des auteurs. Le résumé doit comporter de manière succincte le but, la méthodologie, les principaux résultats et la conclusion.
 - Références : les références sont numérotées selon l'ordre de leur appel dans le texte. Leur nombre ne doit pas dépasser 20 pour les articles originaux, 10 pour les cas cliniques et 30 pour les mises à jour. Elles doivent indiquer les noms de tous les auteurs si leur nombre ne dépasse pas six, au-delà, il faut indiquer les 3 premiers suivis de la mention et al.. Les abréviations des titres des journaux doivent être celles qui sont trouvées dans l'Index Medicus, par exemple :
 - Pour une revue:
1. Sy T, Diallo AB, Diallo Y. et al. : Les évacuations obstétricales : aspects épidémiologiques, pronostiques et économiques à la Clinique Gynécologique et

Obstétricales du CHU Ignace DEEN. *Journal de la SAGO* 2002; 3(2): 7- 11

- Pour une contribution à un livre:
2. Berland M. Un état de choc en début de travail : conduite à tenir. In : LANSAC J, BODY G : Pratique de l'accouchement. Paris. SIMEP. 2^{ème} éd. 1992 : 218- 225
 - Pour un livre:
 3. Lansac J, Body G. Pratique de l'accouchement. Paris. SIMEP. 2^{ème} éd. 1992 : 349.
 - Pour une thèse:
 4. Bah A . Les évacuations obstétricales : aspects épidémiologiques et pronostic à la clinique de gynécologie obstétrique du CHU Ignace Deen. Thèse méd, Univ Conakry 2001; 032/03 04 : 165p
- Tableaux, figure et légendes : leur nombre doit être réduit au strict minimum nécessaire à la compréhension du texte. Les tableaux seront numérotés en chiffres romains et les figures en chiffres arabes. Ils doivent être appelés dans le texte.

Après acceptation définitive de l'article, des modifications mineures portant sur le style et les illustrations pourront être apportées par le comité de rédaction sans consulter l'auteur afin d'accélérer la parution dudit article.

Le comité de rédaction

SOMMAIRE

ARTICLES ORIGINAUX

- Grossesse et accouchement chez l'adolescente: a propos de 1240 cas colligés au CHU de Cocody**
Nguessan KLP, Adjoby R, Mian B, Koffi A., Gondo D, Konan J, Loue V, Kouame A, Kramo F, Alla C, Gbary E, Kouakou F, Abauleth R, Boni S62 - 65
- Aspects épidémiologiques, cliniques, thérapeutiques et pronostics de la grossesse extra utérine dans la ville de Ouagadougou. A propos de 141 cas.**
Ouédraogo A, Ouédraogo CMR, Touré B, Zan S, Sana A, Thiéba B, Lankoande J.....66 - 72
- Le pronostic maternel de l'hypertension artérielle de la parturition à la maternité du CHU de Cocody (Abidjan- Côte d'Ivoire)**
Nguessan K, Mian B, Koime H, Gondo D, Koffi A, Angoi V, Effoh N, Konan J, Kouame A, Abauleth R, Boni S.....73 - 75
- La plastie tubaire a la maternité de référence de Niamey: étude rétrospective. A propos de 314 cas**
Garba RM, Idi N, Kaka H, Tahirou A, Guidah S, Nayama M.....76 - 79
- Traumatismes fœtaux au cours de la parturition: expérience de la maternité du CHU de Cocody (abidjan-cote d'ivoire) a propos de 27 cas.**
Kouakou F, N'guessan K, Loue V, Adjoby R, Gondo D, Kouame A, Koime H, Gbary E, Alla H.....80 - 86
- Tumeur trophoblastique du site d'implantation : à propos d'un cas et revue de la littérature**
Leno DWA, Sy T, Camara MK, Kaba T, Diallo FD, Keita N.....87 - 91
- Issue de la grossesse dans un utérus cicatriciel a la clinique universitaire de gynécologie obstétrique de Cotonou**
Adisso S, Da-Gbadji Gnansounou F, Houedjissin S, De Souza J, Takpara I, Alihonou E.....92 - 97
- Mortalité maternelle : aspects épidémiologiques et étiologiques a la clinique de gynécologie-obstétrique Ignace Deen du CHU de Conakry.**
Diallo FB, Balde IS, Diallo Y, Sy T , Diallo A, Diallo MC, Soumaoro SA, Diallo MS, Perrin RX.98 - 102
- Issue de l'accouchement dans un utérus cicatriciel a Cotonou**
Dénakpo JL, Bagnan Tonato J, Aguémon C, Tognifodé V, Amadji B, Perrin RX.....103 - 108

CAS CLINIQUE *(CASE REPORT)*

- Migration transutérine d'un dispositif intra-utérin au niveau du ligament large.**
F Kouakou, R Adjoby, V Loue, Mian B, D Gondo, A Kouame, K. N'guessan, J Konan, B H Koime, F Kramo, E Gbary, H Alla.....109 - 112

CONTENTS

ORIGINAL ARTICLES

- Adolescent pregnancy and labor: about 1240 cases collected at chu of cocody***
Nguessan Klp, Adjoby R, Mian B, Koffi A., Gondo D, Konan J, Loue V, Kouame A,
Kramo F, Alla C, Gbary E, Kouakou F, Abauleth R, Boni S62 - 65
- Epidemiologic, clinical, therapeutic aspects and forecasts of the extra-uterine pregnancy in the town of Ouagadougou***
Ouédraogo A, Ouédraogo CMR, Touré B, Zan S, Sana A, Thiéba B, Lankoande J.....66 - 72
- Sociodemographics characteristics knowledges and attitudes of women under contraception and a clinic model of the guinean assosiation for the well-being of family (AGBEF), Conakry***
Diallo FB, Diallo A, Baldé IS, Soumah AFM, Diallo MC, Ouldbey MM.....69 - 73
- Tubal plasty at reference maternity of Niamey: retrospective study. About 314 cases***
Garba RM, Idi N, Kaka H, Tahirou A, Guidah S, Nayama M.....76 - 79
- Neonatal traumas in parturition. Experience of the maternity of the university hospital of cocody (abidjan, ivory coast).***
Kouakou F, N'guessan K, Loue V, Adjoby R, Gondo D, Kouame A, Koime H, Gbary E, Alla H.....80 - 86
- Placental site trophoblastic tumor: a case report and review of the literature.***
Leno DWA, Sy T, Camara MK, Kaba T, Diallo FD, Keita N.....87 - 91
- Outcome of pregnancy in a cicatricial uterus at the Clinique universitaire de gynecologie obstetrique of cotonou***
Adisso S, Da-Gbadji Gnansounou F, Houedjissin S, De Souza J, Takpara I, Alihonou E.....92 - 97
- Maternal mortality: epidemiological and etiologial aspects at the ignace Deen clinic of gynecology and obstetrics, Conakry university hospital.***
Diallo FB, Balde IS, Diallo Y, Sy T, Diallo A, Diallo MC, Soumaoro SA, Diallo MS, Perrin RX.....98 - 102
- Exit of the childbirth in a cicatricial uterus at Cotonou***
Dénakpo JL, Bagnan Tonato J, Aguémon C, Tognifodé V, Amadji B, Perrin RX.....103 - 108

CASE REPORT

- Migration of intrauterine devices into the broad ligament.***
F Kouakou, R Adjoby, V Loue, Mian B, D Gondo, A Kouame, K. N'guessan, J Konan,
B H Koime, F Kramo, E Gbary, H Alla.....109 - 112

GROSSESSE ET ACCOUCHEMENT CHEZ L'ADOLESCENTE: A PROPOS DE 1240 CAS COLLIGES AU CHU DE COCODY

ADOLESCENT PREGNANCY AND LABOR: ABOUT 1240 CASES COLLECTED AT CHU OF COCODY

NGUESSAN KLP, ADJOBY R, MIAN B, KOFFI A., GONDO D, KONAN J, LOUE V., KOUAME A, KRAMO F, ALLA C, GBARY E, KOUAKOU F, ABAULETH R, BONI S

Service de gynécologie et d'obstétrique du CHU de Cocody. BP V 13 Abidjan-RCI

Correspondances : Docteur NGUESSAN KOFFI Téléphone : (225) 07 81 55 07 ; Email : nguesskoffi@yahoo.fr

RESUME

Objectifs : Déterminer le pronostic fœto-maternel de l'accouchement chez l'adolescente

Patientes et méthode : Etude rétrospective et comparative réalisée au CHU de Cocody sur une période de trois ans. Il s'agissait de comparer deux populations. Celle représentant l'ensemble des accouchements chez les adolescentes (12 à 19 ans) : les cas ; et celle représentée par l'ensemble des accouchements chez les femmes de 20 à 30 ans. Le test statistique du khi deux a été utilisé pour comparer les différents effectifs au seuil de signification $\alpha = 5\%$ ($p < 0,05$).

Résultats : La fréquence de l'accouchement chez les adolescentes était estimée à 13%. Elles avaient un âge moyen de 17,5 ans et sans niveau d'instruction dans 23,7% des cas. La déclaration de la grossesse au premier trimestre était estimée à 24% contre 46,6% dans le groupe témoin ($p = 0,001$). On note 41,4% des adolescentes ayant effectué au moins quatre CPN contre 70,4% dans le groupe témoin. Les taux des accouchements par voie basse et par césarienne étaient statistiquement identiques dans les deux populations. Les complications les plus observées chez les adolescentes étaient les déchirures périnéales (5,4%), l'éclampsie (3,7%), et la pré éclampsie (3,9%). Il a été enregistré 29 décès chez les adolescentes contre 25 dans le groupe témoin ($p = 0,377$). Les nouveau-nés de mères adolescentes avaient un faible poids de naissance dans 22% des cas et un score d'Apgar inférieur à 7 dans 47% des cas. Le transfert en néonatalogie (4,8% contre 3,7%) et la mortalité périnatale (12% contre 8,9%).

Conclusion : la grossesse et l'accouchement chez l'adolescente sont à risque. L'accent doit être mis sur la prévention qui passe par la scolarisation des jeunes filles, l'éducation sexuelle et la sensibilisation sur les risques liés à la maternité précoce.

Mots clés : adolescence, grossesse, accouchement, complications.

SUMMARY

Objective: To determine the prognosis of fetal-maternal childbirth teen

Patients And Methods: Retrospective and comparative study conducted in Cocody University Hospital over a period of three years. This was to compare two populations. The representative of all births among adolescents (12-19 years) cases, and that represented by all births Ches women aged 20 to 30 years. The statistical test of chi-square was used to compare the different numbers at significance level $\alpha = 5\%$ ($p < 0.05$).

Results: The incidence of childbirth among adolescents was estimated at 13%. They had a mean age of 17.5 years and no education to 23.7% of cases. The declaration of pregnancy in the first quarter was estimated at 24% against 46.6% in the control group ($p = 0,001$). There 41.4% of females who made at least four prenatal visits against 70.4% in the control group. The rates of vaginal deliveries and cesarean were statistically identical in both populations. The complications observed in most teenagers were perineal tears (5.4%), eclampsia (3.7%), and preeclampsia (3.9%). It was recorded 29 deaths among adolescents against 25 in the control group ($p = 0.377$). Infants born to teenage mothers had low birth weight in 22% and an Apgar score below 7 in 47% of cases. Transfer in neonatology (4.8% against 3.7%) and perinatal mortality (12% against 8.9%).

Conclusion: Pregnancy and childbirth in adolescence are at risk. The focus should be on prevention through education of girls, sex education and awareness of the risks associated with early childbearing.

Keywords: adolescence, pregnancy, childbirth, complications.

INTRODUCTION

L'adolescence est selon l'OMS la période de vie située entre 10 et 19 ans. La survenue d'une grossesse à cet âge présente un intérêt particulier en obstétrique à cause de sa fréquence élevée et des risques qui lui sont rattachés. Il s'agit donc d'une grossesse à haut risque tant pour la mère que pour le fœtus. Selon l'UNICEF, si une mère a 18 ans, son bébé a 60% de risque de mourir dans la première année de vie. Il nous est donc paru nécessaire de porter notre attention sur ce phénomène afin de contribuer à faire reculer la mortalité materno-infantile. A travers ce travail nous nous proposons de préciser la fréquence de l'accouchement chez les adolescentes et d'en évaluer le pronostic materno-fœtal

PATIENTES ET MÉTHODE

Nous avons mené une étude rétrospective analytique du 1^{er} janvier 2003 au 31 décembre 2005 soit une période de 3 ans. Le groupe d'étude était constitué par les adolescentes âgées de 12 à 19 ans et qui ont accouché à la maternité du CHU de Cocody après 28 semaines d'aménorrhée. Un groupe témoin était composé de femmes de 20 à 30 ans qui ont accouché au cours de la même période. Les données ont été recueillies à l'aide d'une fiche d'enquête. La saisie, le traitement et l'analyse ont été réalisés sur les logiciels Epi data 3.1, SPSS version 12.0 et Epi info 2000. Le test statistique du khi deux a été utilisé pour comparer les différents effectifs au seuil de signification $\alpha = 5\%$ ($p < 0,05$).

RÉSULTATS

1. Fréquence

Durant la période d'étude, nous avons retenus 1240 dossiers d'accouchements chez les adolescentes sur 12652 dossiers d'accouchements soit une fréquence de 9,80%. Le nombre est resté constant sur les 3 ans avec une moyenne de 33%.

Tableau I : répartition des patientes selon le suivi prénatal

Nombre de CPN	Adolescentes		Groupe témoin	
	Effectif	%	Effectif	%
0	62	5,3	5	2,6
1	184	14,8	88	6,5
2 - 3	481	38,8	278	20,5
≥ 4	513	41,4	955	70,4
TOTAL	1240	100	1356	100

2. Suivi prénatal

La grossesse n'a pas été suivie chez 5% des adolescentes contre 2,6% pour le groupe témoin. L'illustration nous est donnée par le Tableau I.

3. Pathologies au cours de la grossesse

L'anémie, la prééclampsie et le paludisme étaient plus fréquentes chez les adolescentes comme nous l'observons dans le Tableau II.

Tableau II : répartition selon les pathologies rencontrées au cours de la grossesse

Pathologies	Adolescentes		Groupe témoin		P
	Effectif	%	Effectif	%	
MAP	109	8,8	118	7,1	0,533
Anémie	135	11	7	0,52	0,004
Prééclampsie	246	19,8	203	15	0,001
Paludisme	284	22,2	121	5,6	0,001
Infection urinaire	20	2	14	1,3	0,608

4. Déroulement de l'accouchement

Nous avons observé deux fois plus d'anomalies du bassin chez les adolescentes par rapport au groupe témoin (24,5% Vs 10,7% ; $p = 0,001$).

Une épisiotomie a été beaucoup plus systématiquement réalisée chez les adolescentes par rapport aux témoins (48% Vs 34,4%). Voir Tableau III

Tableau III : répartition selon le type de bassin maternel

Bassin	Adolescentes		Groupe témoin	
	Effectif	%	Effectif	%
Normal	936	75,5	1211	89,3
Limite	256	20,6	115	8,5
Chirurgical	16	1,3	13	1
Total	1240	100	1356	100

5. Pronostic maternel

Les déchirures périnéales, la pré éclampsie, l'éclampsie et la chorioamniotite ont constitué les principales complications maternelles observées chez les adolescentes.

29 décès ont été constatés chez les adolescentes soit un taux de mortalité maternelle de 2624,4 pour 100000 naissances vivantes contre 2014,5/100000 dans le groupe témoin.

Tableau IV : pronostic néonatal précoce

Score Apgar 5 ^{ème} minute	Adolescentes		Groupe témoin	
	Effectif	%	Effectif	%
0	135	10,9	115	8,5
1 - 3	17	1,4	14	1
4 - 7	430	34,7	272	20,1
8 - 10	658	53	955	70,4
Total	1240	100	1356	100

6. Pronostic néonatal

Le mauvais score d'Apgar était plus fréquent chez le nouveau-nés de mère adolescente (47%) contre 29,6% dans le groupe témoin. (Cf Tableau IV)

A la sortie de la salle d'accouchement, la mortalité périnatale et le transfert en néonatalogie étaient plus importante pour les nouveau-nés de mère adolescente

DISCUSSION

1. Fréquence

La fréquence de l'accouchement chez les adolescentes était de 9,8% dans notre étude. Elle est nettement inférieure à celle de GUIELLA [1] au Burkina Faso qui trouvait 17% en 2004. En France, UZAN [2] rapportait un chiffre très faible de 0,85% en 2008. Plusieurs raisons pourraient expliquer la fréquence élevée de l'accouchement chez l'adolescente dans les pays en voie de développement. Il s'agit entre autres de la précocité de mariages et des rapports sexuels, du faible usage des méthodes de planification familiale contraceptif et l'inexistence d'éducation sexuelle soit parce qu'elles sont méconnues ou peu disponibles.

2. Suivi pré natal

La surveillance prénatale a pour principale objectif de déceler les grossesses à risque. Nous avons retrouvé un nombre significativement important de grossesses non suivies chez les adolescentes par rapport au groupe témoin (5% Vs 2,6%). Ces chiffres sont pratiquement identiques aux données de la littérature en effet, en France 5 à 10% des grossesses à l'adolescence sont méconnues jusqu'à l'accouchement [2]. Cependant d'autres études ont montré des chiffres plus élevés que les nôtres comme celle de Tambwe [3] en RD Congo avec un taux de 30,2%. Les grossesses de l'adolescence sont en générale de *déclaration tardive et mal suivies. Il s'agit de grossesses non désirées et donc cachées le plus longtemps possible afin d'éviter des conflits familiaux ou l'arrêt de la scolarité.*

Pathologies au cours de la grossesse

Deux pathologies ont été plus retrouvées chez l'adolescente au cours de la grossesse. Il s'agit de l'anémie (11% versus 5,2% ; p = 0,004) et de la prééclampsie (19,8% versus 15% ; p = 0,001). Concernant l'anémie CARLES [5] en Guyane rapportait 10,6% par contre les chiffres de la prééclampsie sont supérieures aux données de la littérature. L'adolescent est un organisme en croissance qui est exposé au cours de la grossesse à des carences, des perturbations psychiques. Ces pathologies seraient aussi liées aux conditions socio-économiques défavorables d'une adolescente le plus souvent célibataire. Cette situation pourrait faire intervenir des facteurs génétiques et immunologiques dans la survenue de la prééclampsie retrouvée dans la littérature [4].

3. Déroulement de l'accouchement

La prédominance des anomalies du bassin était significative chez les adolescentes (24,5% Vs 10,7%) par rapport au groupe témoin. Carles [5] également retrouvé un chiffre semblable (25%). Ces anomalies correspondent le plus souvent à une immaturité des bassins en rapport avec à une croissance inachevée et ne seraient donc pas définitivement acquises.

Notre étude retrouvait en outre que plus de la moitié des accouchements se sont faits par voie basse (69%). Ce chiffre est moins élevé que ceux retrouvés dans la littérature. Au cours de l'accouchement par voie basse, une épisiotomie a été systématiquement réalisée chez 48 % des adolescentes contre 34,4% des témoins. Ces résultats sont superposables à celui de GANDZIEN [6]. La rigidité du périnée chez les adolescentes pour la majorité nullipare a motivé la pratique de l'épisiotomie. Les taux de césarienne étaient pratiquement identiques dans les deux groupes d'étude.

4. Pronostic maternel

Des complications ont été observées chez les adolescentes dans 23,1% contre 17,1% dans le groupe témoin. Okoue [7] un résultat inférieur de 19,16%. Ces complications étaient dominées par les déchirures périnéales et l'éclampsie qui étaient trois fois plus fréquentes.

Nous avons enregistré 29 décès maternels chez les adolescentes soit un taux de mortalité de 2624,4/100000 naissance vivante. Ce taux élevé est également mentionné par la littérature africaine alors que dans les pays médicalisé ce taux oscille entre 10 et 20 morts maternelles pour 100000 naissances vivantes.

5. Pronostic néonatal

Le score d'Apgar est un excellent indicateur de la morbidité néonatale. Dans notre étude, un score d'Apgar inférieur ou égal à 7 a été retrouvé chez 47% de nouveau-nés de mère adolescente contre 29,6% chez les témoins. L'explication pourrait être la longue durée du travail, l'utilisation d'ocytociques traditionnels et surtout longue durée d'expulsion chez les adolescentes. Ce qui a conduit à une réanimation néonatale chez 23,3% de ces nouveau-nés. A la sortie de la maternité, 4,8% des nouveau-nés de mère adolescente ont été transférés en néonatalogie et la mortalité périnatale était de 12% chez les nouveau nés de mères adolescente. La mortalité néonatale que nous avons trouvée était de 12%. Carles [5] avait trouvé des résultats similaires mais une mortalité moindre compte tenu du plateau technique important permettant un meilleur accueil des nouveau-nés.

CONCLUSION

La grossesse à l'adolescence constitue un risque important pour la mère et l'enfant. La morbidité et la mortalité materno-fœtale restent élevées. Leur réduction passe par des meilleures conditions sociales et un accompagnement psycho-social.

REFERENCES

1. **Guiella G, Woog V.** santé sexuelle et reproductive des adolescents au Burkina Faso : résultats d'une enquête nationale en 2004. Occasional report 2006 ; 21 : 4- 6.

2. **Uzan M.** la grossesse et l'accouchement chez l'adolescente. GYNE-Web 2008. Disponible sur gyneweb.fr

3. **Tambwe MNK, kalenga NK, Kakoma SZ.** La parturition chez l'adolescente aux cliniques universitaires de Lubumbashi (Congo). Rev fr Gynecol Obstet 1999 ; 94(5) : 379 83.

4. **R. Abauleth, P. Kadhel, D. Gondo, C. Kakou, J. Konan, K. N'Guessan, J. Kadjo, E. Janky, S. Boni.** La prééclampsie : une pathologie liée à la vie sexuelle du couple ? La Lettre du Gynécologue 345 - octobre 2009 : 8 - 10.

5. **Carles G, Jackelin X, Raiynal P, Bertsch M, Zoccarato A-M.** Grossesse et accouchement chez les adolescentes de moins de 16 ans: étude de 150 cas en Guyane Française. J Gynecol Obstet Biol Reprod 1998 ; 27 : 508 13

6. **Gandzein PC, Ekoundzoma.** Grossesse et accouchement chez l'adolescente à la maternité de Talangai, Brazzaville (Congo). Med Afr Noire 2005 ; 52(7) : 429 33.

7. **Okoue-N'doumé MPT.** Pronostic foeto-maternel dans l'accouchement chez l'adolescente : à propos de 762 dossiers colligés au CHU de Cocody. Mem CES Gynecol Obstet. Université de Cocody (Abidjan Côte d'Ivoire) ; 2004

LE PRONOSTIC MATERNEL DE L'HYPERTENSION ARTERIELLE DE LA PARTURITION A LA MATERNITE DU CHU DE COCODY (Abidjan- Côte d'Ivoire)

MATERNAL PROGNOSIS OF HIGH-BLOOD PRESSURE OF THE PARTURITION AT THE COCODY UNIVERSITY TEACHING HOSPITAL

NGUESSAN K, MIAN B, KOIME H, GONDO D, KOFFI A, ANGOI V, EFFOH N, KONAN J, KOUAME A,
ABAULETH R, BONI S

Service de gynécologie et d'obstétrique du CHU de Cocody
01 BP V 33 Abidjan 01 République de Côte d'Ivoire

Correspondances : Docteur Mian Dehi Bostonm BP V 13 Abidjan République de Côte d'Ivoire
Téléphone : (225) 01501739/ 07963911 - Email : bostondehimian@yahoo.fr

RESUME

Objectif : Déterminer la fréquence et apprécier le pronostic maternel de l'HTA de la parturition

Patientes et méthodes : Il s'agissait d'une étude transversale analytique portant sur 70 cas d'HTA découverts au cours de la parturition comparés à 140 témoins choisis au hasard. Elle s'est déroulée à la maternité du CHU de Cocody-Abidjan (Côte d'Ivoire) sur une période de 6 mois (1^{er} janvier au 30 juin 2006).

Résultats : La fréquence de l'HTA de la parturition représentait 5,38 % de l'ensemble des accouchements. Le profil épidémiologique était celui de nullipares jeunes sans activités professionnelles. La majorité n'avait bénéficié d'aucun suivi prénatal. Le pronostic maternel était réservé. En effet la létalité était plus importante chez les cas par rapport aux témoins (7,1% vs 0,1% ; $p = 0,0053$).

Conclusion : Le pronostic maternel et fœtal de l'HTA découverte de façon fortuite au cours de la parturition était sombre. Son amélioration passerait par un monitoring continu de la pression artérielle durant toute la durée du travail d'accouchement associée à la prise en charge systématique de cette HTA par la prescription d'un antihypertenseur.

SUMMARY

Objective: the goal of this study was to determine the frequency and assess the maternal and fetal prognosis of labor high-blood pressure.

Patients and methods: We performed a prospective analysis of 70 cases of high-blood pressure funded during the birth labor which we compared with 140 witnesses choose at random. She took place at the Cocody university teaching hospital (Abidjan-Côte d'Ivoire) during six months (1st January to 30 June 2006).

Results and discussion: The incidence of high-blood-pressure of the parturition was 5.38 % of all the deliveries. The epidemiological profile was young nulliparous without professional activities. Half of the pregnancies have no medical follow. The maternal letality of high-blood pressure was higher than the witnesses (7.1% vs 0.1% ; $p = 0.028$).

Conclusion: The prognosis of high-blood pressure found fortuitously during parturition was dark for the woman and his son and may be improve by the monitoring of the blood pressure during birth labor.

INTRODUCTION

L'association Hypertension artérielle (HTA) et grossesse constitue la première cause de morbidité et de mortalité fœtales et la troisième cause de mortalité maternelle en Afrique. Les chiffres varient entre 9 et 15% d'un pays à l'autre [1]. La survenue d'une HTA au cours de la parturition est une situation fréquente. Le stress de l'accouchement et bien d'autres raisons seraient incriminés dans sa survenue. Dans notre contexte de sous équipements, elle passe souvent inaperçue ne se révélant que sous la forme d'une de ses complications. Le pronostic materno-fœtal est donc grave en raison surtout du diagnostic tardif. Il d'autant plus marqué que surviennent les complications aiguës paroxystiques (éclampsie, hématome rétro-placentaire, HELLP syndrome,...). Cette situation est plus que préoccupante eu égard aux défaillances ou déficiences du plateau technique des pays d'Afrique subsaharienne. La présente étude se proposait de préciser la fréquence des HTA survenant uniquement au moment de la parturition et d'en apprécier le pronostic maternel et fœtal.

PATIENTES ET METHODES

Nous avons réalisé une étude transversale analytique à la maternité du CHU de Cocody. Elle s'est étendue sur une période de 6 mois allant du 1^{er} Janvier au 30 Juin 2006. Deux populations ont ainsi été comparées. La population composée de 70 cas d'HTA découvertes exclusivement au cours de la surveillance du travail d'accouchement, chez des parturientes à terme sans antécédent d'HTA ni avant ni durant la grossesse (les cas). Ces cas ont été comparés à 140 parturientes n'ayant pas présenté d'HTA à l'admission ni durant le travail, (les témoins). La sélection des témoins a répondu au simple fait du hasard. Les paramètres socio-démographiques et le pronostic maternel ont été étudiés. La tension artérielle était prise toutes les heures pendant le travail d'accouchement à l'aide d'un tensiomètre à brassard.

L'analyse statistique des données s'est fait à l'aide du logiciel EPI INFO version 6.04. Le test statistique utilisé était le Khi 2 au seuil à fixé à 5% ($P < 0,05$). Les limites de l'étude résidaient dans l'absence d'uniformité de la méthode de prise de la TA et la qualité du tensiomètre n'était pas toujours garantie ; la fréquence de la prise de la TA pourrait influencer le nombre de cas, enfin souvent les carnets de santé mère-enfant étaient insuffisamment remplis.

RESULTATS

Fréquence

Au cours de l'enquête, 200 cas d'HTA ont été recensés en salle d'accouchement sur un total de 1300 accouchements. La fréquence globale de l'HTA était donc de 15,38%. Parmi ceux-ci, 70 cas ont été découverts uniquement durant la surveillance du travail (35%) soit 5,38 % de l'ensemble des accouchements.

Tableau I: Décès maternel

Décès maternels	Cas		Témoins	
	Effectif	%	Effectif	%
Non	65	92,9	139	99,29
Oui	5	7,1	1	0,71
Total	70	100	140	100
$\chi^2=4,83$	p = 0,028		significatif	

Caractéristiques socio-démographiques des parturientes

Les parturientes hypertendues avaient entre 20 et 34 ans (47,14 %) ; étaient surtout des nullipares et primipares (82,86%) ; sans profession (42,86%). La césarienne a été le mode d'accouchement le plus retrouvé (63%).

Tableau II: Type de complications maternelles

Type de complications	Effectif	%
éclampsie	5	62,5
HRP	3	37,5
Total	8	100

Pronostic maternel

La différence de décès maternels était plus importante chez les cas par rapport aux témoins (7,1% vs 0,1% ; $p = 0,028$). Voir tableau I
La morbidité maternelle était quant à elle dominée par l'éclampsie soit 62,5%. Le tableau II nous en donne un aperçu.

DISCUSSION

Fréquence

Les études sur les à-coups hypertensifs de la parturition ne sont pas nombreuses. Il ne s'agit pas pour autant d'une situation très rare. La fréquence retrouvée dans notre série n'était pas négligeable (5,38 %) et reste supérieure à celle retrouvée 10 ans plutôt par Brou [2] au CHU de Treichville (3,10 %). Elle est cependant inférieure à celle observée récemment par Bah [3] au Niger en 2001 (17,5%) et

aux 10 % rapportés par les auteurs occidentaux et américains [1]. Ceci serait lié aux sous équipements de nos structures sanitaires où il n'y a souvent ni appareil à tension, ni pèse personne, etc... La fréquence de l'HTA de la parturition reste donc pour toutes ces raisons à notre avis sous estimée dans notre contexte de sous développement. En effet, les prises de la TA sont peu fréquentes en raison de l'absence de visites prénatales, ou de la défaillance ou de l'indisponibilité du matériel.

Profil socio-démographique

Les patientes étaient pour la plupart jeunes (70%). Elles avaient en moyenne de 26,7 ans. Cette observation était identique à celles décrite par Brou [2] et Beau Fils [1] longtemps déjà. Le stress de l'accouchement serait, pour beaucoup, incriminé dans la survenue de cette hypertension artérielle dans la mesure où il s'agit de leur première fois.

Le nombre important de primigestes (42%) avait également été relevé par Coulibaly (44%) [4]. Cela pourrait trouver une explication dans l'hypothèse du conflit immunitaire [3]. Celle-ci a été prouvée par la présence d'immunoglobuline proche des filaments de fibrine dans les dépôts rencontrés dans les cytolyses endothéliale et mésengiale. Le manque de stimulation des anticorps facilitant et des cellules suppressives au cours de la première grossesse a donc été évoqué [1].

La prédominance des nullipares et les primipares (82,86%) dans notre étude rejoint les observations faites par BAH [3] et de Osondu [5]. Le stress de la douleur du premier accouchement et l'émotion pourraient évoqués comme facteurs favorisants.

Mode d'accouchement

La césarienne a constitué la voie d'accouchement prédominante chez nos cas (63%). ABHE [2], Coulibaly [4] et Osondu [5] avaient rapportés des taux semblables. L'instabilité des chiffres tensionnels malgré une thérapeutique bien menée de même que la crainte de la survenue des accidents paroxystiques ont semblé guider ce choix. L'objectif était surtout d'obtenir une évacuation utérine dans les plus brefs délais afin d'éviter la survenue des complications redoutables que sont l'éclampsie, le HELLP syndrome et l'hématome rétroplacentaire.

Pronostic maternel

Dans notre étude le taux de létalité lors de la survenue d'un à-coup hypertensif au cours de la parturition était important (7,14%). De même, le risque de survenue du décès maternels était plus significatif en cas d'HTA de la parturition ($p = 0,028$).

Dans la littérature, les taux de létalité étaient variables selon les pays et les auteurs. Ils restent nettement plus élevés dans les pays sous médicalisés

d'Afrique subsaharienne. Osondu [5] avait ainsi observé au CHU de Treichville (Côte d'Ivoire) un taux de létalité similaire au notre (6,7%). En France, Barjon et Beaufiles relevaient un taux nettement inférieur de 1,1% [1]. Cette létalité importante serait en partie liée à la survenue de complications graves liées au retard au diagnostic et à la prise en charge. Nous avons en effet relevé 3 cas de décès par hématome rétroplacentaire et 2 cas par arrêt cardiorespiratoire dans un tableau d'état de mal éclampsique. Ces décès sont survenus en unité de soins intensifs de réanimation après transfert de la patiente. Le retard dans la prise en charge dû aux difficultés d'acquisition des médicaments du fait de leur indisponibilité ou du manque de revenu financier de la famille en étaient les causes majeures. Pour ce qui était de la morbidité maternelle elle était dominée par l'éclampsie (62,5%). Il s'agit d'une complication aigue paroxystique fréquente de l'association hypertension artérielle et grossesse. Son pronostic est très souvent réservé dans notre contexte de sous médicalisation et de faible niveau socio-économique. Car sa prise en charge est très souvent retardée par les récurrents problèmes liés au sous développement.

CONCLUSION

La fréquence des à-coups hypertensifs de la parturition est élevée, et le pronostic maternel sombre. L'amélioration du pronostic passe par un dépistage précoce par la prise systématique de la tension artérielle durant toute la durée du travail d'accouchement.

REFERENCES

- 1- Beaufiles M. Hypertension gravidique. *Encycl Med Chir. Rein organes génito-urinaires*, 18-064 E 10, 10; 1984, 1.14
- 2- Brou K. HTA au cours du travail et dans le postpartum : Etude de 190 cas suivis dans le service de gynécologie et obstétrique du CHU de Treichville. *Mém CES de gynécologie-obstétrique. Faculté médecine-Abidjan*; 1995 :850.
- 3- Bah A. Hypertension artérielle et grossesse Aspects épidémiologiques et facteurs de risque. *Méd Afr Noire* 2001, 47 (10) : 160 8
- 4- Coulibaly C. Les à coups hypertensifs au cours de la parturition. Thèse Med Abidjan. UFR sciences médicales ; 1998 , 2122.
- 5- Osondu J. Les caractéristiques de l'hypertension artérielle sévère au cours de la gravido-puerpéralité : à propos de 389 cas colligés à la maternité du chu de Treichville. *Mém CES gynécologie-obstétrique. Abidjan :UFR sciences médicales* ; 2005, 1189.

REFERENCES

1. Yensel U, Bezircioglu I, Yavuzcan A et al. Migration of intrauterine device into the bladder: a rare case. *Archives of Gynecology and Obstetrics* 2009; 279(5): 739-42.
2. Gokce MI, Suer E, Tangal S et al. Squamous cell carcinoma of the bladder associated with chronic irritation related to a migrated intrauterine device. *Scandinavian J Urol and Nephrology* 2010; 44(3): 183-5.
3. Barsaul M, Sharma N, Sangwan K. 324 cases of misplaced IUD: a 5-years study. *Tropical Doctor* 2003; 33(1): 11-2.
4. Lansac J, Lecomte P, Marret H. *Gynécologie pour le praticien (6ème édition)* 2007; 29: 239.
5. Darlong LM, Panda S, Topno N, Hajong R. Colonoscopic retrieval of migrated Copper-T. *J Minim Access Surg* 2009 ; 5 (2):40-2.
6. Kassab B, Audra P. Le stérilet migrateur. A propos d'un cas et revue de la littérature. *Contracept Fertil Sex* 1999; 27: 696-700.
7. Ozdemir H, Mahmutyazicioglu K, Tanriverdi HA et al. Migration of an intrauterine device to the ovary. *Journal of Clinical Ultrasound* 2004; 32(2):91-4.
8. Arous F. Migration trans-utérine de DIU à propos de 4 cas. *Médecine du Maghreb* 2006; 137: 57-61.
9. Glass T, Baker T, Kauffman RP. Migration of intrauterine contraceptive device during the course of pregnancy. *Journal of Minimally Invasive Gynecology* 2009; 16(1): 81-3.
10. Ibghi W, Batt M, Bongain A, Declémy S, Proton A, Hassen-Kodhja R et al. Iliac vein stenosis caused by intrauterine device migration. *J Gynecol Obstet Biol Reprod* 1995; 24: 273-5.
11. Delotte J, Trastour C, Bafghi A, Iannelli A, Bongain A. Un motif de consultation surprenant : la perception de fils sortant par l'anus à propos d'une complication rare de la pose de DIU. *J Gynécol Obstét Biol Reprod* 2006; 35: 820-1.
12. Abid M, Ben Amar M, Damak Z et al. Dispositif intra utérin et tumeur pelvienne: deux observations sous les tropiques. *Médecine tropicale* 2010; 70(3): 285-7.
13. Sentilhes L, Lefebvre-lacoeuille C, Poilblanc M. Incidental finding of an intrauterine device in the sigmoid. *Eur J Contracept Reprod Health Care* 2008; 13(2): 212-4.
- 14-Sajjad Y, Selvan G, Kirwan JM et al. Gynaefix framless IUD: cause of bowel resection. *Eur J Contracept Reprod Health Care* 2006; 11(3): 241-2.
- 15- Ozgun MT, Batukan C, Serin IS, Ozcelik B, Basbug M, Dolobay M. Surgical management of intra-abdominal mislocated intrauterine devices. *Contraception* 2007; 76 (3): 257.
- 16- Ech-Cherif El Kettani, Dafiri R. Migration des dispositifs intra-utérins : apport de l'imagerie. A propos de 6 cas. *Journal de Radiologie* 2006; 10: 1440.