

ANNALES DE LA SOGGO

SOCIETE GUINEENNE DE GYNECOLOGIE - OBSTETRIQUE

Semestriel ■ Volume 17 ■ N° 38 (2022)



(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

Namory Keita

Rédacteur en chef

Telly Sy

Comité de parrainage

Ministre de l'Enseignement Supérieur et de la Recherche Scientifique

Ministre de la Santé

Recteur Université Gamal Abdel Nasser de Conakry

Doyen FMPOS

Secrétaire général CAMES

M Kabba Bah, MP Diallo, RX Perrin, E Alihonou, F Diadhio, M Kone, JC Moreau, H Iloki, A Dolo, (CAMES)/A Gouazé (CIDMEF), G Osagie (Nigeria), H Maisonneuve (France)

Comité de rédaction

N Keita, MD Baldé, Y Hyjazi, FB Diallo, F Traoré (Pharmacologie), T Sy, IS Baldé AB Diallo, Y Diallo, A Diallo, M Cissé (Dermatologie), M Doukouré (Pédopsychiatrie), ML Kaba (Néphrologie), OR Bah (Urologie), NM Baldé (Endocrinologie), A Touré (Chirurgie Générale), LM Camara (Pneumo-phtisiologie), B Traoré (Oncologie), DAW Leno, MK Camara

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), OR Diallo (Conakry), A Fournié (Angers), Y Hyjazi (Conakry), N Keita (Conakry), YR Abauleth (Abidjan), P Moreira (Dakar), GY Privat (Abidjan), R Lekey (Yaoundé), JF Meye (Libreville), CT Cissé (Dakar), A Diouf (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 : la revue adhère aux recommandations de l'ICMJE dont la version officielle actuelle figure sur le site

www.icmje.org

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, adressés en deux exemplaires et une version électronique sur CD, clé USB 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) 664 45 79 50;

Email : namoryk2010@yahoo.fr

2. Professeur Agrégé Telly Sy; Maternité Ignace Deen CHU de Conakry BP : 1263 Conakry (Rép. de Guinée)

Tel.:(224)622217086;(224)664233730

Email : [syntelly@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 50000 F CFA.

Présentation des textes

La disposition du manuscrit d'un article original 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. 2ème éd. 1992 :
218-225
- Pour un livre : 3. Lansac J, Body G. Pratique de
l'accouchement.
Paris. SIMEP. 2ème 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 X

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



Les éditions L'Harmattan Guinée
BP: 3470 Conakry
Rue KA 028 Almamy
tel: +224 664289196
site web: www.guinee-harmattan.fr

Table des matières

ARTICLES ORIGINAUX

Connaissance attitude et pratique des gestantes sur la prévention de la transmission mère-enfant du VIH dans les sites PTME de la commune VI de Bamako Kéita M, Telly N, Sangho O, Samaké A, Daffé A.....	5 - 11
Pronostic de l'accouchement aux ages extrêmes de la vie reproductive au service de la maternité du centre médical communal de Ratoma Diallo FB, Diallo MH, Keita M, Baldé FB, Baldé IS, Sy T, Keita N.....	12 - 17
Bilan des activités de colposcopie dans un hôpital de niveau 2 à Dakar Niang MM, Aidara MJI, Samb F, Cisse CT	18 - 23
Evaluation de la pratique contraceptive du post-partum dans une maternité à Dakar Niang MM, Niang S, Samb, Cisse CT	24 - 27
Cancer du sein et grossesse au service de gynécologie obstétrique du centre hospitalier régional de Thiès (CHRT) Gueye L, Thiam M, Thiam O, Warma EB, Fall K, Cisse ML.....	28 - 32
Ratio et audit des décès maternels dans un établissement de soins : cas du district sanitaire de la commune VI de Bamako au Mali Fané S, Bocoum A, Traoré SO, Kanté I, Tegueté I ¹ , Traoré Y.	33 - 39
Les infections du site opératoire post césarienne : aspects épidémiologiques, cliniques, bactériologiques, thérapeutiques et évolutifs dans le service de gynécologie et obstétrique du centre hospitalier universitaire régional de Ouahigouya Ouedraogo I. Dembélé A, Sib SR, Kiemtoré S. Sawadogo YA, Thieba/Bonané B.....	40 - 45
Le miel pharmaceutique dans la cicatrisation des plaies de césarienne. Etude cohorte prospective de 766 césariennes au CHU Gabriel Toure. Bocoum A, Fané S, Traoré SO, Kanté I, Sissoko A, Traoré Y.....	46 - 51
Evaluation du protocole de neuroprotection fœtale par le sulfate de magnésium dans un hopital universitaire au burkina faso Dembélé A, Sawadogo O, Kondé/Zongo SW, Ouédraogo I, Kiemtoré S, Sawadogo AY, Millogo/Traoré FD.....	52 - 60

CAS CLINIQUE

Situs inversus et grossesse : à propos d'un cas et revue de la littérature Touré Ecra A, O Tra Bi, Koffi A, Konan P, Nigué L.....	61 - 65
---	---------

CONTENTS

ORIGINAL PAPERS

- Knowledge, attitudes, and practices in preventing the HIV transmission from mother to child of pregnant women in antenatal care services in commune vi of Bamako district*
Kéita M, Telly N, Sangho O, Samaké A, Daffé A.....5 - 11
- Prognosis of childbirth at extreme ages of reproductive life in the maternity service of the communal medical center of Ratoma*
Diallo FB, Diallo MH, Keita M, Baldé FB, Baldé IS, Sy T, Keita N.....12 - 17
- Review of colposcopy activities in a level 2 hospital in Dakar*
Niang MM, Aidara MJI, Samb F, Cisse CT18 - 23
- Evaluation of the postpartum contraceptive practice in a maternity hospital in Dakar*
Niang MM, Niang S, Samb, Cisse CT24 - 27
- Breast cancer and pregnancy in the obstetrics gynecology department of the Thiès regional hospital center*
Gueye L, Thiam M, Thiam O, Warma EB, Fall K, Cisse ML.....28 - 32
- Ratio and audit of maternal deaths in a health care establishment: case of the health district of commune VI of Bamako in Mali*
Fané S, Bocoum A, Traoré SO, Kanté I, Tegueté I¹, Traoré Y.33 - 39
- Infections of the post-cesarean operating site: epidemiological, clinical, bacteriological, therapeutic and evolutionary aspects in the department of gynecology and obstetrics of the regional university teaching hospital of Ouahigouya*
Ouedraogo I. Dembélé A, Sib SR, Kiemtoré S. Sawadogo YA, Thieba/Bonané B.....40 - 45
- Pharmaceutical honey in the healing of caesarean section wounds. Prospective cohort study of 766 caesarean sections at Gabriel Toure teaching hospital.*
Bocoum A, Fané S, Traoré SO, Kanté I, Sissoko A, Traoré Y.....46 - 51
- Evaluation of the fetal neuroprotection protocol using magnesium sulfate in a teaching university hospital in burkina faso.*
Dembélé A, Sawadogo O, Kondé/Zongo SW, Ouédraogo I, Kiemtoré S, Sawadogo AY, Millogo/Traoré FD.....52 - 60

CAS CLINIQUE

- Situs inversus and pregnancy: about a case and literature review*
Touré Ecra A, O Tra Bi, Koffi A, Konan P, Nigué L.....61 - 65

Pronostic de l'accouchement aux âges extrêmes de la vie reproductive au service de la maternité du centre médical communal de Ratoma

Prognosis of childbirth at extreme ages of reproductive life in the maternity service of the communal medical center of Ratoma

Diallo FB¹, Diallo MH¹, Keita M², Baldé FB³, Baldé IS², Sy T², Keita N¹

- 1- Service Universitaire de Gynécologie-Obstétrique de l'Hôpital National Donka
- 2- Service Universitaire de Gynécologie-Obstétrique de l'Hôpital National Ignace Deen
- 3- Service de la maternité du centre médical communal de Ratoma

Correspondances : Dr Diallo Fatoumata Bamba, Assistante cheffe de clinique. Service universitaire de Gynécologie-Obstétrique de l'Hôpital National Donka du CHU de Conakry Guinée. Tel : (+224) 662542847. Email : fabambadiallo@gmail.com

Reçu le 13 novembre 2021 - Accepté le 30 mars 2022 - Publié le 3 juin 2022

RESUME

Introduction : les objectifs de cette étude étaient de décrire les caractéristiques sociodémographiques et d'évaluer le pronostic maternel et fœtal de l'accouchement aux âges extrêmes de la vie reproductive à la maternité du CMC de Ratoma.

Méthodologie : Il s'agissait d'une étude observationnelle analytique et comparative de type cas-témoin d'une durée de 6 mois allant du 1^{er} Décembre 2020 au 31 Mai 2021

Résultats : la fréquence de l'accouchement aux âges extrêmes de la vie reproductive était de 22,97%. L'âge moyen des adolescentes était de 17,9 ans et les parturientes dont l'âge était ≥ 35 ans avaient un âge moyen de 36,74 ans. Le profil sociodémographique des parturientes étaient celui d'une femme mariée (97,80%), non scolarisée (33,80%), et exerçant une profession libérale (41,80%). Nos résultats montrent que certains risques étaient significativement plus élevés aux âges extrêmes. L'accouchement par césarienne était de 35,76% aux âges extrêmes contre 29,18% pour les témoins. La survenue de complications maternelles, telles que l'hémorragie du post-partum et la dystocie étaient plus fréquente chez les accouchés d'âges extrêmes (7,29 %et 19,52%) par rapport aux témoins (1,41% et 5,65%). Le taux de létalité maternel chez les accouchées d'âges extrêmes était de 2,35‰ avec une mortinatalité de 54,12‰ contre 43,53‰.

Conclusion : les accouchements aux âges extrêmes de la vie reproductive étaient fréquents au cours de cette étude. Ils restent associés à un mauvais pronostic maternel et fœtal. Nous avons noté une inflation du taux de césarienne, la dystocie, l'hémorragie du post-partum et la prématurité étaient des complications fréquemment rencontrées. Ces grossesses nécessitent un suivi prénatal régulier pour le dépistage précoce des grossesses pathologiques nécessitant une prise en charge adaptée. Ceux-ci pourraient améliorer le pronostic maternel et fœtal de l'accouchement aux âges extrêmes de la vie reproductive.

Mots clés : Accouchement, Ages extrêmes, complications obstétricales, CMC Ratoma.

ABSTRACT

Introduction: The objectives of this study were to describe the socio-demographic characteristics and to assess the maternal and fetal prognosis of childbirth at the extreme ages of reproductive life at the Maternity Hospital of the Ratoma CMC.

Methodology: This was an analytical and comparative observational study of the case-control type lasting 6 months from December 1, 2020 to May 31, 2021.

Results: the frequency of childbirth at the extreme ages of life reproductive rate was 22.97%. The mean age of adolescent girls was 17.9 years and parturients aged ≥ 35 years had a mean age of 36.74 years. The socio-demographic profile of parturients was that of a married woman (97.80%), no schooling (33.80%), and a liberal profession (41.80%). Our results show that some risks were significantly higher at extreme ages. Cesarean delivery was 35.76% at extreme ages versus 29.18% for controls. Maternal complications such as postpartum haemorrhage and obstructed labor were more common in extreme-age deliveries (7.29% and 19.52%) compared to controls (1.41% and 5, 65%). The maternal case fatality rate among extreme-aged deliveries was 2.35‰ with a stillbirth rate of 54.12‰ against 43.53‰.

Conclusion: Deliveries at the extreme ages of reproductive life were common in this study. They remain associated with a poor maternal and fetal prognosis. We noted an inflation of the cesarean section rate, obstructed labor, postpartum hemorrhage, and prematurity were common complications. These pregnancies require regular prenatal follow-up for the early detection of pathological pregnancies requiring appropriate care. These could improve the

INTRODUCTION

La grossesse en dehors de l'intervalle 19-34 ans constitue un des facteurs de risque de la morbi-mortalité maternelle et fœtale [1,2].

La grossesse et l'accouchement des adolescentes sont des situations assez rares dans les pays développés mais fréquentes dans nos pays à ressources limitées.

Selon l'organisation mondiale de la santé (OMS), une patiente est considérée comme adolescente entre 10 et 19 ans [3].

Chaque année, 16 millions de jeunes filles accouchent entre 15 et 19 ans et 95% de ces naissances surviennent dans les pays en développement selon l'OMS [4].

Les grossesses chez les femmes aux âges extrêmes de la vie reproductive sont considérées comme des grossesses à haut risques [5, 6, 7, 8].

Dans les pays à revenu faible ou moyen, les complications de la grossesse et de l'accouchement sont l'une des principales causes de décès pour les jeunes filles âgées de 15 à 19 ans. En plus, les morts nés et les décès néonataux sont 50% plus nombreux chez les enfants de mères adolescentes que parmi ceux de femmes âgées de 20 à 29 ans [9,10].

Traditionnellement, les femmes enceintes de 35 ans ou plus (âge maternel avancé) ont été considérées comme présentant un risque accru de complications de la grossesse telles que la pré-éclampsie, le diabète gestationnel, le décollement du placenta, l'accouchement prématuré et l'accouchement par césarienne [11,12].

De plus, les complications périnatales seraient plus fréquentes dans cette population de patientes [13,14].

La gravité des complications maternelles et fœtales de l'accouchement aux âges extrêmes de la vie reproductive ainsi que l'absence d'étude antérieure à la maternité du centre médical communal (CMC) de Ratoma ont motivé la réalisation de cette étude.

Les objectifs de cette étude étaient de :

1. Calculer la fréquence de l'accouchement aux âges extrêmes de la vie reproductive.
2. Décrire le profil sociodémographique des parturientes aux âges extrêmes de vie reproductive.
3. Evaluer le pronostic maternel et fœtal de l'accouchement chez les parturientes aux âges extrêmes de la vie reproductive.

PATIENTES ET METHODES

Type et durée d'étude

Cette étude s'est déroulée à la maternité du centre médical communal de Ratoma.

Il s'agissait d'une étude observationnelle analytique et comparative de type cas-témoin d'une durée de 6 mois allant du 1^{er} Décembre 2020 au 31 Mai 2021.

Critères d'inclusion

a. **Cas** : Ont été incluses dans notre étude, les parturientes admises dans le service dont l'âge est ≤ 19 ans ou ≥ 35 ans ayant accouché et accepté de participer à l'étude.

b. **Témoin** : Pour ressortir les complications liées aux âges extrêmes de la vie reproductive, une population témoin a été constituée à partir d'un échantillon qui a été tiré au sein des parturientes ayant accouché dans le service, qui ont accepté de participer à l'étude et qui ne sont pas aux âges extrêmes de la vie reproductive dont les âges sont entre 20 et 34 ans. Le groupe des témoins a été choisi en raison d'un cas pour deux témoins.

Critères de non inclusion

- Les adolescentes qui ont été reçues dans le post-partum.
- Les parturientes qui ont accouché dans le service et qui n'ont pas accepté de participer à l'étude.

Définition des concepts clés

- **Pronostic** : jugement que porte un personnel médical sur l'évolution probable ou l'issue d'une urgence obstétricale.
- **Age maternel jeune** : toutes parturientes dont l'âge est ≤ 19 ans.
- **Age maternel avancé** : toutes parturientes dont l'âge est ≥ 35 ans.

Les variables étudiées étaient sociodémographiques, cliniques, thérapeutiques et pronostiques.

Les données ont été recueillies de façon prospective à partir des données issues de l'examen clinique des parturientes, de l'accouchement, de l'examen clinique des nouveau-nés, de l'interview directe des parturientes et la vérification des carnets de CPN. Ces données ont été enregistrées dans un formulaire électronique, sur smartphone grâce à l'application KoboCollect v1.25.1.

Les données ont été analysées à l'aide du logiciel SPSS. Les tableaux et le traitement de texte ont été effectués sur les logiciels Excel et Word 2010. Selon les cas, le test de Khi 2 de Paerson a été utilisé pour la comparaison des variables qualitatives. Le test de STUDENT a été utilisé pour la comparaison des moyennes ou des médianes après vérification des conditions d'application. Le seuil de signification a été fixé à p value = 0,05. Le protocole de recherche a été approuvé par le comité national d'éthique avec un consentement éclairé.

RESULTATS

Fréquences : nous avons enregistré au cours de la période d'étude 425 accouchements chez les femmes aux âges extrêmes de la vie reproductive sur un total de 1850 accouchements réalisés à la maternité du centre médical communal de Ratoma

soit une fréquence de 22,97%.

Parmi ces accouchées aux âges extrêmes de la vie reproductive nous avons recensé 275 adolescentes et 150 accouchés soit respectivement 64,7% et 35,3%.

Caractéristiques sociodémographiques

Tableau I : caractéristiques sociodémographiques des accouchés.

Caractéristiques Sociodémographiques	Ages extrêmes		Ages non extrêmes		Total	
	Effectifs	%	Effectifs	%	Effectifs	%
Age						
≤19	275	21,56			275	21,56
≥35	150	11,76			150	11,76
20-34			850		850	66,66
Age moyen	17,9 ; 36,74		25,61			
Profession						
Elève/Etudiante	90	21,18	125	14,71	215	16,86
Profession libérale	194	45,65	339	39,88	533	41,8
Salariée	27	6	145	17	172	13
Femme au foyer	114	26,82	241	28,35	355	27,84
	Khi2=33,66		ddl=4		p<0,0001	
Situation matrimoniale						
Célibataire	23	5,41	5	0,59	28	2,2
Mariée	402	94,59	845	99,41	1247	97,8
	Khi2=31,16		ddl=2		P<0,0001	
Parité						
Primipare	248	58,35	239	28,12	487	38,2
Paucipare	70	16,47	453	53,29	523	41,02
Multipare	58	13,65	125	14,71	183	14,35
Grande Multipare	49	11,53	33	3,88	82	6,43
	Khi2=18,75		ddl=3		p<0,0001	
Niveau d'instruction						
Non Scolarisée	164	38,59	267	31,41	431	33,8
Primaire	78	18,35	155	18,24	233	18,27
Secondaire	143	33,65	222	26,12	365	28,63
Supérieur	40	9,41	206	24,24	246	19,29
	Khi2=42,19		ddl=3		p<0,0001	

Espace inter-génésique des accouchés : il était court inférieur à 24 mois dans la majorité des cas chez les femmes aux âges extrêmes avec 61,88%. Au contraire pour les femmes d'âges non extrêmes, cet écart était supérieur ou égal à 24 mois dans 61,75% des femmes de cette catégorie avec une différence qui était statistiquement significative.

Mode d'admission : les femmes provenaient

directement de leur domicile au tant dans la population d'étude que dans la population témoin soit 97,98% versus 99,18% sans différence significative.

Nombre de consultation prénatale : plus de la moitié 50,82% des parturientes aux âges extrêmes avait bénéficié de 4 CPN et plus versus 54,12% de témoins aux âges non extrêmes avec une différence statistiquement non significative.

Mode d'accouchement : nous avons enregistré un taux plus élevé d'accouchement par césarienne chez les parturientes aux âges extrêmes par rapport au groupe témoin où la voie basse dominait (70,82%).

Pronostic maternel : les complications maternelles étaient plus fréquentes chez les parturientes d'âge extrême (15,29%) que chez les parturientes d'âges non extrêmes (4,59%) avec une différence statistiquement significative entre ces deux groupes.

Type de complications chez les accouchés aux âges extrêmes : le risque de survenu de certains type de complication maternelle est majorée chez les parturientes aux âges extrêmes par rapport à celles des témoins. C'est le cas de l'hémorragie du post-partum et de la dystocie avec respectivement 7,29% et 19,52% chez les accouchés aux âges extrêmes contre 1,41% et 5,65% chez les témoins. Ces différences observées étaient statistiquement significative. Nous avons enregistré un cas de décès chez les accouchés d'âge extrême soit une létalité de 2,35% et aucun cas de décès dans le groupe témoin.

Pronostic fœtal : les nouveau-nés de mères d'âges extrêmes avaient un score d'Apgar $\geq 7/10$ dans une proportion de 91,76% contre 92,82% dans la population témoin à la première minute de vie et 94,12% versus 95,53% à la cinquième minute de vie sans différence significative.

Caractéristiques des nouveau-nés

Le terme : l'accouchement s'est déroulé dans la majorité des cas à terme dans les deux groupes soit respectivement, 95,06% et 96,47% sans différence significative.

Cependant nous avons enregistré un taux de prématurité plus élevée chez les parturientes d'âges extrêmes par rapport aux témoins (4% et 2,59%).

Le poids de naissance : les faibles poids de naissance étaient observés chez 10,59% des nouveau-nés de mère d'âges extrêmes contre 6,72% dans le groupe témoin. En revanche s'agissant de la macrosomie fœtale les deux taux sont proches 4,94% et 5,78% respectivement sans différence statistiquement significative.

La mortalité périnatale : le taux de mortinatalité était globalement de 47,06%

DISCUSSION

La fréquence : notre fréquence élevée (22,97%) était proche de celle de Salem KB [15]. Cette fréquence élevée dans notre série pourrait s'expliquer non seulement par la fermeture de la maternité de l'hôpital national Donka pour

renovation mais aussi par le rôle prépondérant que joue le CMC de Ratoma dans la prise en charge des complications de la grossesse et de l'accouchement. En effet ce centre est localisé dans l'une des communes les plus peuplées de Conakry, il constitue le centre de recours dans la prise en charge des grossesses et les accouchements à risque référés par les centres de santé et autres structures de la commune.

Caractéristiques sociodémographiques : l'âge moyen des adolescentes était de 17,9 ans (21,56%) et les parturientes dont l'âge était ≥ 35 ans avaient un âge moyen de 36,74 ans (11,76%). Nos résultats sont comparables à celui de Salem KB et alliés ayant rapportés un âge moyen de $18,6 \pm 0,6$ ans chez les adolescentes et 37 ± 2 ans chez les parturientes d'âge ≥ 35 ans [15]. Notre fréquence élevée pourrait s'expliquer par la non scolarisation des jeunes filles, les besoins non satisfait en planification familiale et le mariage précoce.

Niveau d'instruction : s'agissant du niveau d'instruction dans les deux populations les femmes étaient en majorité non scolarisées soit 38,59% versus 31,49%. La différence était statistiquement significative. Ce résultat pourrait s'expliquer par le faible taux de scolarisation de la population guinéenne qui compte 57% d'analphabète dont 69% dans la population féminine [16].

La parité : s'agissant de la parité notre étude révèle que les accouchés aux âges extrêmes étaient plus fréquemment des primipares (58,35%) et celles témoins étaient le plus souvent des paucipares (53,29%). Les différences étaient significative ($p < 0,0001$). Cette fréquence élevée de primipare est liée à l'effectif plus élevé d'adolescente dans l'échantillon (275 contre 150) et cette tranche d'âge représente la période d'activité génitale la plus intense de la reproduction. La précocité du mariage dans notre société Guinéenne ajouté au faible niveau d'éducation des jeunes filles expliquerait ce phénomène. Selon Salem KB 40% des parturientes âgées étaient des primipares [15].

S'agissant de l'intervalle inter-génésique nos résultats sont différents de ceux rapporté par Zhu BP aux Etats Unies [17] qui ont trouvés dans leur étude que l'intervalle inter-génésique était court dans 83,6% chez les parturientes aux âges extrêmes contre 56,09% chez les parturientes aux âges non extrêmes. Dans notre étude ce résultats pourrait s'expliquer par la faible scolarisation et le manque d'information des jeunes filles et des femmes âgées sur les différentes méthodes de contraception leur permettant d'avoir un meilleur contrôle de leur fécondité afin d'éviter les grossesses rapprochées mais aussi les risques

encourus par ces mères et ces nouveau-nés.

Le suivi prénatal des patientes dans notre série ne cadrerait pas avec les recommandations de l'OMS (nombre insuffisant de CPN). Les soins prénatals sont essentiels car ils permettent aux intervenant d'offrir aux femmes enceintes une prise en charge, un soutien et des informations, notamment de favoriser l'adoption d'un mode de vie sain y compris une bonne nutrition, de détecter et de prévenir des complications et de donner des conseils en matière de planification familiale.

Mode d'accouchement : nous avons noté une inflation du taux de césarienne dans notre série par contre Tebeu PM et alliés le taux de césarienne de 15-18% est comparable dans les deux groupes [18]. Notre taux est nettement supérieur à celui de 7 à 10% couramment rapporté par les auteurs dans les accouchements en générale [19,20].

Pronostic maternel : le taux élevé des complications maternelles chez les parturientes d'âges extrêmes pourrait s'expliquer par diverses raisons :

- Immaturité du bassin maternel et des organes génitaux chez les adolescentes ou la survenue de la grossesse et l'accouchement sont des phénomènes à risques.

- La fréquence plus élevée de l'atonie utérine, de la macrosomie chez les parturientes âgées multipares ainsi que la survenue plus fréquente des pathologies maternelles (HTA, Diabète) chez les femmes âgées enceintes (grossesse tardive).

Le risque de survenue de certains types de complications maternelles est majoré dans un groupe par rapport à l'autre. Nos résultats rejoignent ceux de Patricia A aux USA [21] rapportant une probabilité plus élevée d'hémorragie du post-partum et de dystocie chez les parturientes d'âges extrêmes par rapport aux parturientes d'âges non extrêmes. Chez les parturientes âgées l'hémorragie du post-partum pourrait être favorisée par la multiparité (utérus flasque) qui serait constatée dans 84% de cette couche féminine en Afrique [8].

Notre taux de létalité maternelle (2,35‰) chez les accouchés d'âges extrêmes pourrait s'expliquer par la mauvaise organisation de la référence recours ainsi que la prise en charge des cas compliqués.

Pronostic fœtale : pour Tebeu PM et alliés le taux de mortinatalité était de 11,88% comparable dans les deux groupes [18]. Notre taux élevé pourrait s'expliquer par la fréquence des pathologies aux âges extrêmes de la vie reproductive et à l'immaturité du bassin chez les adolescentes.

CONCLUSION

Les accouchements aux âges extrêmes de la vie reproductive étaient fréquents au cours de cette étude. Ils restent associés à un mauvais pronostic maternel et fœtal. Nous avons noté une inflation du taux de césarienne, la dystocie, l'hémorragie du post-partum et la prématurité étaient des complications fréquemment rencontrées. Ces grossesses nécessitent un suivi prénatal régulier pour le dépistage précoce des grossesses pathologiques nécessitant une prise en charge adaptée. Ceux-ci pourraient améliorer le pronostic maternel et fœtal de l'accouchement aux âges extrêmes de la vie reproductive.

REFERENCES

1. **Treffers PE.** Teenage pregnancy, a worldwide problem. *Ned Tijdschr Geneesk* 2003; 22:2320-5.
2. **Montan S.** Increased risk in the elderly parturient. *Curr Opin Obstet Gynecol* 2007; 19: 110-2.
3. **World Health Organization, technical report series N° 583.** Pregnancy and abortion in adolescence. Geneva: WHO publications; 1975 <http://whqlibdoc.who.int/trs/WHO-TRS-583.Pdf>.
4. **Braine T;** Grossesses à adolescence: un problème culturel complexe. *Bull OMS* 2009 ; 87 :405-84 <http://WWW.Who.int/bulletin/volume/87/6/09-020609/fr/>
5. **Yoder BA, Young MK-** Neonat outcomes of teenage pregnancy in a military population. *Obstet Gynecol*, 1997, 90, 500-6.
6. **Grimes DA, Gross GK.** Pregnancy outcomes in black women aged 35 and older. *Obstet Gynecol*, 1981, 58, 614, 20.
7. **Murgia P, Rao Cameni V, Cadili G.** Pregnancy and delivery after 40 years of age. *Minerva Gynecol*, 1997, 49, 377-81.
8. **Tebeu PM, Kouam L, Obama AMT et al.** Quel serait l'âge de la parité précoce chez les adolescentes au Cameroun ? 5 années d'expérience / CHU Yaoundé (Cameroun). *Med Afr N.* 2002, 49, 417-424.
9. **Organisation Mondiale de la Santé.** La grossesse chez les adolescentes. Aide-mémoire n 364, Mai 201 Consulté le 3 Aout 2014. Disponible sur <http://WWW.Who.int/meia-centre/factsheets/fs364/fr/>. Google Scholar.
10. **Organisation Mondiale de la Santé.** Statistiques mondiales. OMS : Genève. 2013 ; 172p.
11. **Seoud MA, Nassar AH, Usta IM, Melhem Z, Kasma A, Khalil AM.** Impact de l'age maternel avancé sur l'issue de la grossesse. *Suis J Perinatol.* 2002; 19: 1-8.
12. **Chan BC, Lao TT.** Effet de la parité et de l'âge

avancé de la mère sur le résultat obstétrique. *Int J Gynecol Obstet.* 2008; 102: 237-241.

13. Jacobsson B, Ladfors L, Milsom I. Age avancé de la mère et évolution périnatale défavorable. *Obstet Gynecol.* 2004; 104:727-733.

14. Bianco A, Pierre J, L Lynch, R Lapinski, G Berkowitz, Berkowitz RL. Issue de la grossesse à 40 ans et plus. *Obstet Gynecol.* 1996; 87: 917-922.

15. Salem KB, Mhamdi SE, Amor IB, Sriha A, Letaief M, Soltani MS. Caractéristiques épidémiologiques et chronologiques des parturientes aux âges extrêmes dans la région de Monastir entre 1994-2003. *Tunisie médicale.* 2010 ; 88 (8) : 563-8.

16. Enquête Démographique et de Santé (EDS V) Guinée 2018. Institut national de la statistique. The DHS program, ICF-Rockville, Mariland, USA. Juillet 2019 :39-68

17. Zhu BP, Haines KM, Le T, McGrath-Miller

K, Boulton ML. Effect of the interval between pregnancies on perinatal out-comes among white and black women. *Am J Obstet Gynecol.* 2001; 185: 1403-10.

18. Teube PM, Major AL, Ludicke F, Obama MT, Kouam L, Doh AS. Devenir de l'accouchement aux âges extrêmes de la vie reproductive. *Rev Med Liège* 2004; 59: 7-8: 455-459.

19. Anate M, Akeredolv O. Pregnancy outcome in elderly primigravidae at University of Ilorin Teaching Hospital Nigeria. *East Afr J Med.* 1996. 73. 548-51.

20. Yeast JD, Jones A, Poskin M. Induction of labor and the relationship to caesarean section delivery: A review of 7001 consecutive cases of inductions. *Am J Obstet Gynecol,* 1999, 180, 628-633.

21. Cavazos-Rehg PA, Krauss MJ, Spitznagel EL, Bommarito K, Madden T, Olsen MA et al. Maternal Age and Risque of Labor and Delivery Complications. *Matern Child Health J.* 2015; 19 (6): 1202-1211.