

Les urgences obstétricales chez les adolescentes : aspects épidémiologiques, cliniques, thérapeutiques et pronostiques au CHU de Tengandogo, Burkina Faso.

Obstetrical emergencies in adolescent girls: epidemiological, clinical, therapeutic and prognostic aspects at the University Hospital of Tengandogo, Burkina Faso

Kain DP¹, Zamane H², Kientore S², Ilboudo F¹, Ouedraogo A¹, Thieba B²

¹ Centre hospitalier universitaire de Tengandogo, Burkina Faso

² Centre hospitalier universitaire Yalgado Ouédraogo, Burkina Faso

Correspondances : Dr KAIN D Paul, Maître de conférences agrégé, Université Joseph Ki-Zerbo Tel : 00226 66468240 et 0022670721842 Email : zanlotoma@yahoo.fr

Reçu le 20 septembre 2022 - Accepté le 30 novembre 2022 - Publié le 3 janvier 2023

RESUME

Titre : Les urgences obstétricales chez les adolescentes: aspects épidémiologiques, cliniques, thérapeutiques et pronostiques au CHU de Tengandogo, Burkina Faso

Objectif : Etudier les urgences obstétricales chez les adolescentes au CHU de Tengandogo (CHU-T) du 1er juillet 2020 au 30 juin 2021.

Patientes et méthodes : Il s'est agi d'une étude transversale à visée descriptive avec collecte rétrospective des données. Elle a concerné les adolescentes admises pour urgence obstétricale. Les variables étudiées étaient les aspects épidémiologiques, cliniques, thérapeutiques et pronostiques des urgences obstétricales. Les données ont été collectées à partir des dossiers médicaux des patientes.

Résultats : Durant la période d'étude, 194 adolescentes ont été admises pour urgence obstétricale sur 1662 urgences obstétricales soit une fréquence de 11,7 %. L'âge moyen des adolescentes était de 18,03 ± 1,31 ans. Elles étaient des élèves dans 21,1 % des cas et vivaient maritalement dans 87,6 % des cas. Les urgences obstétricales au cours de la grossesse étaient dominées par l'hypertension artérielle et ses complications, l'anémie et les hémorragies dans respectivement 23,2 %, 15 % et 13,4 %. Quant aux urgences obstétricales pendant le travail et dans les suites de couches, elles étaient dominées par la dystocie mécanique par anomalie du bassin et les hémorragies du post partum dans 10,8 % et 7,7 % des cas. Les adolescentes ont accouché par césarienne dans 43,8 % des cas. Deux décès maternels ont été notifiés.

Conclusion : Des efforts en matière de santé sexuelle et reproductive en faveur des adolescentes permettront de réduire l'incidence des grossesses dans cette tranche de la population.

Mots clés : adolescente, urgence obstétricale, pool mère-enfant, CHU-Tengandogo, Burkina Faso.

SUMMARY

Objective: Study obstetrical emergencies in adolescents at the University Hospital of Tengandogo (CHU-T) from July 1, 2020 to June 30, 2021.

Patients and methods: This was a descriptive cross-sectional study with retrospective data collection. It concerned adolescents admitted for obstetrical emergency. The variables studied were the epidemiological, clinical, therapeutic and prognostic aspects of obstetric emergencies. Data were collected from patients' medical records.

Results: During the study period, 194 adolescents were admitted for obstetric emergency out of 1662 obstetric emergencies, a frequency of 11.7%. The average age of adolescents was 18.03 ± 1.31 years. They were students in 21.1% of cases and lived together in 87.6% of cases. Obstetric emergencies during pregnancy were dominated by arterial hypertension and its complications, anemia and haemorrhage in 23.2%, 15% and 13.4% respectively. As for obstetrical emergencies during labor and after childbirth, they were dominated by mechanical dystocia due to abnormality of the pelvis and postpartum hemorrhages in 10.8% and 7.7% of cases. Teenagers gave birth by caesarean section in 43.8% of cases. Two maternal deaths have been notified.

Conclusion: Sexual and reproductive health efforts in favor of adolescent girls will reduce the incidence of pregnancy in this segment of the population.

Key words : adolescent girl, obstetric emergency, mother-child pool, CHU-Tengandogo, Burkina Faso.

INTRODUCTION

Selon l'organisation mondiale de la santé (OMS), en 2015 le nombre d'adolescents de 10 ans à 19 ans était évalué 1,2 milliard, soit une personne sur six et près de 80 % de ces adolescents vivaient dans les pays en développement [1]. Selon l'OMS, près de 16 millions d'adolescentes âgées de 15 à 19 ans accouchent chaque année dans le monde ; 95% de ces naissances surviennent dans les pays en développement soit 11% des naissances à l'échelle mondiale. [1]

Dans les pays en développement et particulièrement en Afrique les complications liées à la grossesse et à l'accouchement sont la principale cause de décès chez les adolescentes de 15 à 19 ans [1,2].

Les répercussions négatives de la grossesse chez les adolescentes concernent également la santé de leurs nourrissons ; la mortalité périnatale augmente d'environ 50% chez les bébés nés de mères âgées de moins de 20 ans que chez les bébés nés de mères âgées de 20 à 29 ans. Les bébés nés de mères adolescentes sont plus enclins à avoir un faible poids de naissance avec des risques à long terme sur leur santé [3].

Au cours de ces dernières années, de nombreux efforts ont été fait pour aider les jeunes à une grande compréhension de la santé sexuelle et reproductive et améliorer leur accès aux services de la planification familiale. Mais ces efforts ont surtout portés sur le volet préventif [4,5]. Notre étude vise à décrire les aspects cliniques, thérapeutiques et pronostiques des urgences obstétricales chez les adolescentes dans le service de maternité du CHU-T.

PATIENTES ET METHODES

Notre étude a été conduite dans le service pool mère-enfant du CHU-Tengandgo de Ouagadougou au Burkina Faso. Il s'est agi d'une étude transversale à visée descriptive. Elle a porté sur la période du 1er juillet 2020 au 30 juin 2021, soit une période de 12 mois. Le mode de collecte des données fut rétrospectif. Notre étude a concerné l'ensemble des patientes admises pour urgences obstétricales. Nous entendons par urgence obstétricale :

- les urgences au cours de la grossesse (les vomissements gravidiques graves, les hémorragies, l'HTA et ses complications, les affections fébriles, l'anémie sévère, la mort du fœtus in utero)
- les urgences pendant le travail (les dystocies, la souffrance fœtale aigue, la rupture utérine)
- les urgences du post partum (les hémorragies du

post partum, les infections puerpérales).

Ont été incluses dans notre étude les patientes issues de la population d'étude âgées de 10 à 19 ans.

Les données ont été recueillies à partir des registres d'admission, des registres de comptes rendus opératoires, les registres de décès en hospitalisation, en réanimation et des dossiers cliniques des patientes.

Pour le recueil des données, une fiche individuelle de collecte de données a été élaborée à cet effet. Les variables d'étude étaient les caractéristiques sociodémographiques, les aspects cliniques, les aspects thérapeutiques et les aspects pronostiques.

Les données ont été traitées grâce au logiciel Word et Excel version 2010. La saisie et l'analyse des données ont été effectuées sur un micro-ordinateur à l'aide du logiciel, Epi-info version 7.2.4. L'anonymat des patientes et la confidentialité ont été respectés.

RESULTATS

1. Fréquence : Durant la période d'étude, 194 adolescentes ont été admises pour urgence obstétricale sur 1662 urgences obstétricales soit une fréquence de 11,7%.

2. Caractéristiques sociodémographiques des patientes : L'âge moyen des patientes était de $18,03 \pm 1,31$ an avec des extrêmes de 14 ans et 19 ans. La répartition des patientes en fonction de leur âge est représentée dans le **tableau I**

Tableau I : Répartition des patientes en fonction de l'âge (n=194).

Age (année)	Effectif	%
14	2	1
15	3	1,5
16	19	9,8
17	29	15
18	50	25,8
19	91	46,9
Total	194	100

Les femmes au foyer représentaient 69 %. Les patientes ayant une vie de couple représentaient 87,6 %. Les adolescentes scolarisées représentaient 59,8 %. Dans notre série, 64,5 % des adolescentes résidaient en zone urbaine. Le nombre moyen de geste était de $1,21 \pm 0,45$ avec des extrêmes de 1 à 3 ; avec 0,9 % des patientes qui étaient à leur première grossesse. La parité moyenne était de $0,13 \pm 0,36$ avec des extrêmes de 0 et 2.

a. Aspects cliniques : Sur 194 adolescentes admises, 95,3% ont été évacuées. La répartition des patientes en fonction du diagnostic retenu à l'admission est représentée dans le tableau II.

Tableau II: Répartition des patientes en fonction du diagnostic retenu à l'admission (n=194).

Urgences obstétricales	Effectif	%
Urgences au cours de la grossesse	121	62,4
-HTA et ses complications	45	23,2
-Anémie et grossesse	29	15
-Hémorragies	26	13,4
-Hémoglobinopathie et grossesse	10	5,1
-Paludisme grave	10	5,1
-Vomissement gravidique	1	0,5
Urgences pendant le travail	58	29,8
-Bassin limite/immature	21	10,8
-Souffrance fœtale aigue	11	5,6
-Présentation dystocique	7	3,6
-Disproportion fœto-pelvienne	6	3,1
-Pré rupture utérine	4	2
-Macrosomie	4	2
-Circulaire du cordon	2	1
-Dilatation stationnaire	2	1
-Procidence du cordon	1	0,5
Urgences au cours du post partum	15	7,8
-Hémorragie du post partum	15	7,8
Total	194	100

b. Aspects thérapeutiques

Les patientes ont bénéficié d'un ou de plusieurs traitements à la fois. Il s'est agi d'un traitement obstétrical avec un accouchement par voie basse, du traitement médical et du traitement chirurgical (césarienne, suture des parties molles). En cas d'accouchement par voie basse, une épisiotomie a été réalisée dans 24,6 % des cas. Une césarienne a été réalisée chez 85 adolescentes. Les indications des césariennes ont été représentées dans le tableau III.

Tableau III : Répartition des patientes selon l'indication de césarienne

Indications	Effectif(n)	%
Pré éclampsie/Eclampsie	26	30,6
Anomalies du bassin	21	24,7
Asphyxie fœtale aigue	9	10,6
Disproportion fœto pelvienne	7	8,2
Présentation dystocique	7	8,2
Macrosomie	5	5,9
Pré rupture utérine	4	4,7
Hématome retro placentaire	4	4,7
Placenta prævia	2	2,4
Total	85	100

c. Aspects pronostiques

Pronostic maternel : La durée moyenne d'hospitalisation était de $3,7 \pm 3$ jours avec des extrêmes de 1 et 22 jours. Parmi les 194 adolescentes admises, l'évolution a été simple dans 175 cas (90,2%). Il y a eu 17 complications (13 cas d'hémorragie de la délivrance, 2 cas d'endométrite et 2 cas de suppuration pariétale) soit un taux de morbidité de 8,7 % et 2 décès (hémorragie de la délivrance, éclampsie) soit un taux de létalité maternelle de 1 %.

Pronostic fœtal et du nouveau-né : Nous avons enregistré 158 naissances au cours de la période d'étude dont 137 naissances vivantes (86,7 %), 19 mort-nés (12 %) et 2 décès néonatal (1,3 %) donnant un taux de mortalité périnatale de 13,3 %. Le faible poids de naissance a concerné 18,3 % des nouveau-nés. La prématurité a concerné 10,9 % des nouveau-nés. Parmi les naissances vivantes, 13,1 % ont présenté une souffrance néonatale.

DISCUSSION

Parmi les patientes admises pour urgence obstétricale, 11,7% étaient des adolescentes. Cette fréquence est supérieure aux 10,5% retrouvé par Thiéba et coll [6] en 2000, comparable à celle retrouvée par Sanou [7] en 2001 qui notait 11,5%. Cependant ce taux reste inférieur à celui retrouvé par Ouédraogo et coll [8] au Burkina en 2010 qui notait 12,87 %. Cette disparité pourrait s'expliquer par les critères d'échantillonnage.

L'âge des patientes admises pour urgence obstétricale au cours de notre étude variait de 14 à 19 ans avec une moyenne de 18,03 ans. L'âge moyen retrouvé dans des études africaines était comparable au notre. Ainsi au Burkina, Thiéba et Coll [6] en 2000, Ouédraogo et coll[8] en 2010 notaient respectivement, 17,8 ans et 17,8 ans tandis que Konaté[9] au Mali en 2010 notait un âge moyen de 17,1. Dans notre étude, les femmes au foyer étaient les plus représentées avec 69%, secondairement, venaient les élèves avec 21,1%, puis celles exerçant dans le secteur informel avec 9,8%. Ces chiffres sont comparables à ceux retrouvés par Ouédraogo et Coll [8] en 2010 avec 70% de femmes au foyer, 19% d'élèves, et 10,8% de femmes exerçant dans le secteur informel. Le faible niveau d'instruction des filles, associé à une nuptialité précoce et certaines valeurs socioculturelles pourraient expliquer ces chiffres.

Dans notre étude 40,2% des adolescentes étaient analphabètes. Ce taux est inférieur ceux retrouvés dans certaines études ouest-africaines. Ainsi au Burkina Ouédraogo et Coll [8] en 2010, Ba [10] au Sénégal en 1999, notaient respectivement 52,7%,

46,7% de non scolarisées. Ces chiffres montrent une croissance du taux de scolarisation des adolescentes. Ainsi Konaté [9] au Mali en 2010 retrouvait 41,7% de non scolarisées. Soula et coll [11] en Guyane française en 2006 notait 24,6% d'adolescentes analphabètes.

Dans notre étude, les urgences au cours de la grossesse dominaient avec un taux de 62,4% des cas. L'HTA et ses complications occupaient le premier rang avec 23,2% dont 10,3% d'éclampsies, 12,5% de pré éclampsies et 1% d'HTA gravidiques. Notre taux d'HTA et complications est supérieur à celui trouvé par Ouédraogo et Coll [8] en 2010 qui notait 11,3%. Au Sénégal, Dia et coll [12] en 2002 notait un taux de 17,5 %. Notre proportion élevée d'éclampsie serait lié au fort taux de primigeste que nous avons enregistré mais aussi au faible suivi prénatal de nos adolescentes.

L'anémie a représenté 15 des urgences obstétricales. Ce taux est supérieur à ceux retrouvés par Kakudji et coll [13] en RDC en 2017 qui notaient 2,1 % et Diallo [14] au Mali en 2008 qui retrouvait 10,5 %, mais reste inférieur aux 25 % de Dia et coll [12] en 2002 au Sénégal. Les effets du paludisme et autres parasitoses anémiantes, la carence martiale et la drépanocytose sont les principales causes d'anémies dans notre contexte.

Nous avons enregistré 10 cas de paludisme grave au cours de la grossesse soit une fréquence de 5,1%. Ce taux est proche des 3,3% de Ouédraogo et Coll [8] en 2010. Le paludisme sévissant de façon endémique dans nos différents pays pourrait expliquer ses différentes fréquences.

Le taux de césarienne était de 43,8 %. Ouédraogo et coll [8], Thiéba et Coll [6] au Burkina Faso, Alouini et coll [15] et Kakudji et coll [13] en RDC en 2017 notaient respectivement 40,8 %, 11, 8%, 13, 7 % et 11, 4 % de taux de césarienne. Les taux de césarienne sont variables d'une étude à l'autre et fonction des habitudes des équipes obstétricales.

En cas d'accouchement par voie basse, une épisiotomie était pratiquée dans 24,6% des cas. Ce taux est faible par rapport au 33,1% de Iloki et coll [16] au Congo Brazaville en 2004. Kakudji et coll [13] en RDC en 2017 retrouvaient 29,1% de taux d'épisiotomie.

Les complications que nous avons notifié ont été également évoquées par Ouédraogo et Coll [8] en 2010 et par Kakudji et coll [13] en 2017 en RDC. Au cours de notre étude, nous avons enregistré 2 cas de décès maternel soit 1%. Notre taux est comparable à celui retrouvé par Ouédraogo et Coll [8] au Burkina en 2010 qui notait 1,4%.

La souffrance néonatale a concerné 13,1 % des

naissances vivantes, le taux prématurité était de 10,9 % et le faible poids de naissance a concerné 18,3 % des nouveau-nés. Il ressort de ces chiffres que la grossesse et l'accouchement chez l'adolescente comportent beaucoup de risques liés à l'immaturité de son appareil reproducteur. L'absence ou l'insuffisance de suivi prénatal chez ces adolescentes, le retard dans les évacuations, et la qualité de la surveillance au cours du travail ont certainement contribué à ces taux élevés.

CONCLUSION

Des efforts en matière de santé sexuelle et reproductive en faveur des adolescentes permettront de réduire l'incidence des grossesses dans cette tranche de la population.

REFERENCES

1. **Organisation Mondiale de la Santé** : santé de la reproduction chez adolescentes. [Internet]. [visité 19 juin 2021]. Disponible sur: <https://www.who.int>
2. **Institut National de la Statistique et de la Démographie**. Rapport préliminaire du 5e recensement général de la population et de l'habitation du Burkina Faso. [Internet]. 2020. Disponible sur: <https://www.insd.bf>
3. **Organisation mondiale de la Santé**. Issues in adolescent health and development: adolescent pregnancy. Geneva (CH): WHO, Department of Child and Adolescent Health and Development; 2004.
4. **Ministère de la santé** (2005). Stratégie nationale de subvention des accouchements et des soins obstétricaux d'urgence au Burkina Faso. Direction de la santé de la famille, Ouagadougou.
5. **Organisation Mondiale de la Santé**. Bureau régional pour l'Afrique. Feuille de route : l'Union Africaine s'engage à lutter contre la mortalité maternelle. Bulletin régional de la santé génésique n 2. Brazzaville 2004 : 218-223
6. **Thieba B, Akotionga M, Ouattara T, Ouédraogo A, Lankoande J, Kone B**. 2002. Adolescentes et urgences gynéco-obstétricales à Ouagadougou. Journal de la SAGO, vol.1, no1, p7-11.
7. **Sanou Z P**. Les urgences gynécologiques et obstétricales à la maternité du C.H.N.-Y.O : aspects épidémiologiques, cliniques et cout de leur prise en charge. Thèse de médecine N° 39 Année 2001/2002 Université de Ouagadou, 107 pages
8. **Ouédraogo A, Ouédraogo CMR, Kain P, Toé A, Traore/Millogo F, Bonane/Thieba B**. Les urgences gynécologiques et obstétricales chez l'adolescente dans le service de gynécologie et d'obstétrique du centre Hospitalier Universitaire Yalgado Ouédraogo

de Ouagadougou, Burkina Faso. Annales de l'Université de Ouagadougou-Série D, vol. 008, Décembre 2010 : 231-246

9. **Konaté B.** les urgences gynéco-obstétricales chez l'adolescente au centre de santé de référence de la commune II du district de Bamako. Th Méd. Faculté de Médecine, de Pharmacie et d'Odontostomatologie Université de Bamako, 2010.108p

10. **Ba M-G, Faye O, Diouf A, Cisse J-T, Diadhiou, F.** Grossesse et accouchement chez les adolescentes : aspects cliniques et socioaux. Etude 211 cas, suivis pendant un an au CHU de Dantec de Dakar, 1999 Bénin Med, 12,13 : 1/1

11. **Soula O, Carles G, Largeaud M, Guindi W El, Montoya Y.** Grossesse et accouchement chez les adolescentes de moins de 15 ans : étude de 181 cas en Guyane française. Journal de gynécologie obstétrique et biologie de la reproduction 35 (1), 53-61, 2006.

12. **Dia TA, Diallo Y, Guillemin F, Deschamps JP.** Facteurs pronostiques des complications de la grossesse et de l'accouchement chez l'adolescente et son nouveau-né au Sénégal. Cahiers d'études et de recherches francophones/Santé 11 (4), 221-8, 2002

13. **Kakudji LP, Mukuku O, Mwembo Tambwe A, Kalenga Muenze P.** Etude du pronostic maternel et périnatal au cours de l'accouchement chez l'adolescente à Lubumbashi, RDC. The Pan African Medical Journal.2017 ; 26 : 9.

14. **Diallo OH.** les urgences gynéco-obstétricales chez l'adolescente au centre de santé de référence de la commune V du district de Bamako. Th Med. Faculté de Médecine, de Pharmacie et d'odontostomatologie, Université de Bamako, Mali 2008 ;N°182 : 114p

15. **Alouini S, Randriambololona D, Randriamboavonjy R.** Facteurs de risque de la grossesse, de l'accouchement et du post partum des adolescentes dans le département de Loiret. Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la reproduction 44 (5), 443-450, 2015.

16. **Iloki R, Koubaka, itoua C, G-M Mbemba Moutounou.** Grossesse et accouchement chez l'adolescente au Congo : A propos de 276 cas au CHU de Brazzaville. Journal de gynécologie obstétrique et biologie de la reproduction 33 (1), 37-42, 2004