

AUXOMETRIE MATERNELLE DES NOUVEAU-NES DE MERES
ADOLESCENTES DE L'INSTITUT MATERNO-INFANTIL (I.M.I.)
DE BOGOTA - COLOMBIE.

AUXOMETRIC EVALUATION OF PREGNANT TEENAGERS
AT THE INSTITUTO MATERNO INFANTIL (IMI)

CARRILLO J.C.¹, IRETON M.J., CARO L.E., CHARRY S., MORALES J.C., VILLAMOR E.

RÉSUMÉ

D'un échantillon représentatif de la totalité des femmes qui accouchèrent dans la période comprise entre septembre 1994 et septembre 1995, nous avons sélectionné 90 mères adolescentes ayant entre 12 et 18 ans, dont les accouchements se présentèrent sans complication et dont les enfants eurent un APGAR supérieur à 8.

Pour toutes ces femmes nous avons analysé les variables de santé reproductive et nous avons réalisé les mesures auxométriques suivant un protocole pré-établi qui a permis d'établir le lien entre les caractéristiques de risque maternel et du nouveau-né, utilisant l'Indice Pondéral de Prise de Poids proposé par les docteurs Rosso et Mardones.

Le but de l'étude fut d'établir la relation entre les variables âge, poids, taille, niveau d'éducation, état civil, niveau socio-économique et activité professionnelle de l'adolescente enceinte, les caractéristiques des nouveau-nés et la classification du risque materno-foetal.

SUMMARY

We chose a representative sample of pregnant teenagers who had been attended in the maternity ward, between september 1994 and september 1995. All of them were 12-18 years old, had pregnancies and deliveries without obstetric complications, and their newborns got Apgar Scores of more than 8 in the first minute. We established a protocol to get information of reproductive health patterns which determine maternal and neonatal risks. A new maternal weight gain chart, proposed by Rosso & Mardones was used. Also we analysed the relationship between age, weight, height, educational degree, marital status, social class, employment, and newborns characteristics and the materna-fetal risk evaluation.

Mots-clés - Grossesse, adolescence, auxométrie maternelle, augmentation de poids.

Key-words - Pregnancy, adolescence, maternal auxometry, weight gain.

¹ Unité d'Auxologie, Université Nationale de Colombie

INTRODUCTION

Durant ces dernières années, des changements dans les tendances démographiques se sont produits en Colombie; ceux-ci sont associés à des modifications structurelles de caractère social, économique et politique. Les processus migratoires urbains accélérés ont abouti à un accroissement considérable du nombre de personnes exposées aux facteurs de risque, pour la population infantile et adolescente sans accès à l'éducation, à la santé et sans opportunité. Les circonstances antérieures ont modifié les comportements face à la reproduction, exposant les adolescentes à des risques majeurs de maladies sexuellement transmissibles et des grossesses répétées, aux conséquences imprévisibles sur l'ensemble de la société colombienne (Balcazar H. et coll. 1994) (Iwabashi K. et coll. 1994) (Wiley A.S. 1994) (Rosso P. 1991).

La présente étude prétend aborder des critères portants sur quelques caractéristiques auxométriques, de scolarité et professionnelles qui nous permettent de comprendre l'ampleur du problème et de détecter, prévenir et contrôler quelques-uns des facteurs de risque (Lechtig A. et coll. 1976) (Nirmala A. et coll. 1992) (DHS/Newsletter 1995).

MATERIEL ET METHODES

Population et échantillon

Utilisant comme référence la population calculée des femmes enceintes susceptibles de fréquenter l'institut materno-infantile en 1994 et 1995, nous avons sélectionné un nombre représentatif d'adolescentes qui se rendaient à notre maternité pour le suivi de l'accouchement et de la période post-natale.

Critères de sélection des adolescentes enceintes et des nouveau-nés.

- *Mère adolescente*

âge chronologique entre 10 et 19 ans; accouchement à terme, par voie basse, pratiqué dans l'institution sans complication obstétrique ou médicale apparente; ainsi que le poids, la taille, l'indice de corpulence (IMC), les périmètres des bras, le statut socio-économique, l'état civil, l'activité professionnelle et le niveau de scolarité.

- *Nouveau-né*

à terme, auprès de sa mère, sur qui ont été effectués un examen médical et des mesures anthropométriques : taille, poids, périmètres cranien, thoracique et des bras, ainsi que la notification de son âge.

Pour établir l'âge gestationnel, nous utilisons l'indice de Capurro, qui évalue cinq critères :

- la forme du mamelon
- la taille du mamelon
- le forme de l'oreille
- les plis plantaires
- la texture de la peau.

Pour enregistrer et analyser l'information obtenue, nous utilisons un programme EPI-info 6 modifié; les comparaisons statistiques étant fournies par le test de Student.

Pour connaître le poids des femmes nouvellement accouchées, nous utilisons la table de Rosso et Marfones, adaptée à ces adolescentes.

RESULTATS

Pour la période stipulée antérieurement, nous avons évalué 90 adolescentes - entre 13 et 18 ans d'âge chronologique, ayant eu leurs premières règles entre 10 et 16 ans et leur première grossesse entre 12 et 17 ans - ainsi que leurs nouveau-nés respectifs.

Le total des adolescentes enceintes qui mettent un enfant au monde représente environ 22% du total des femmes qui accouchent chaque année à l'Institut Materno-infantil - ce qui coïncide pleinement avec le comportement de notre échantillon - et est constitué principalement par une population qui provient des quartiers pauvres de la ville.

La distribution des mères adolescentes en fonction de leur âge chronologique et du nombre de leurs grossesses est présenté sur la figure 1.

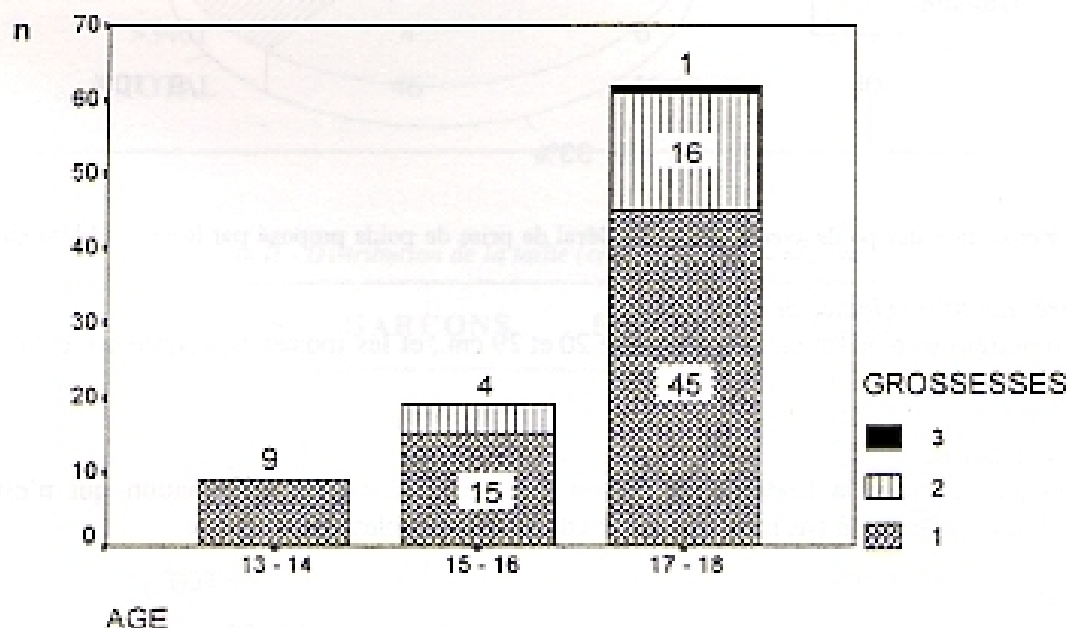


Fig. 1 - Classification des adolescentes enceintes en fonction du nombre de grossesses et par groupe d'âge.

Tailles des adolescentes

Elles sont comprises entre 140 et 163 cm. Ces mesures ont été recueillies dans les premières 24 heures après l'accouchement - puisqu'il n'existe pas d'enregistrement préalable de ces données, du fait de l'absence de programme de contrôle prénatal.

Poids des adolescentes

Egalement relevés lors des premières 24 heures après l'accouchement pour la même raison qu'antérieurement.

L'intervalle se situe entre 48 et 78 kg.

Nous avons mis en rapport les deux mesures antérieures, modifiant au préalable les poids des mères - en prenant en compte le poids des nouveaux nés, ceux du placenta et du liquide amniotique - pour établir les pourcentages des poids en fonction des tailles et les classer selon le paramètre de prise de poids des femmes enceintes de Rosso et Mardones, qui recommande d'augmenter le poids d'1 kg. pour les adolescentes; nous avons obtenu les résultats mentionnés sur la figure 2.

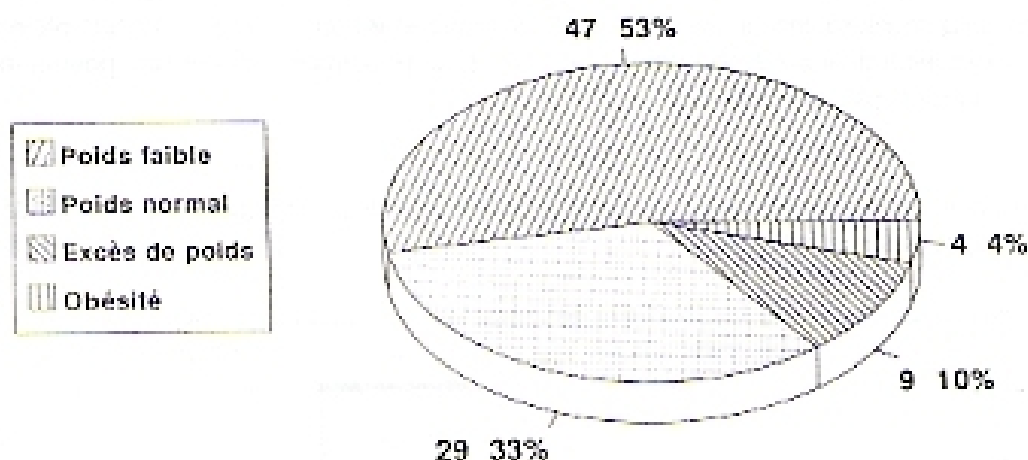


Fig. 2 - Répartition des poids avec l'indice pondéral de prise de poids proposé par Rosso et Mardones.

Périmètres des bras et Indice de Corpulence

Les périmètres des bras furent compris entre 20 et 29 cm., et les indices de corpulence entre 18 et 30.

Niveau de scolarité

Pour ces adolescentes, la tendance est d'avoir une scolarité courte; information qui n'est que partielle puisqu'elle ne fut pas recueillie auprès de 30% des adolescentes.

Etat civil

55 adolescentes (61,1%) nous ont informé vivre une relation stable, 5 (5,5%) une relation instable, 27 (30%) être mères célibataires et 1 (1,1%) être veuves.

Activité

61 adolescentes (68%) déclarèrent être femmes au foyer, 15 (16%) être lycéennes ou étudiantes et 13 (15%) avoir une activité professionnelle.

Classification des nouveau-nés

La classification, par sexe, des 90 nouveau-nés (46 garçons et 44 filles) en fonction de leurs poids, tailles, périmètres crânien, thoracique et des bras, peut s'observer sur les tableaux de I à VI, présentées ci-dessous.

La mise en rapport des mesures des nouveau-nés avec les critères de Capurro (Lubchenco et coll. 1963), nous permet de mettre en évidence que tous furent des enfants à terme, dont la maturité correspondait à leur âge gestationnel.

Tableau I - Distribution du poids (Kg) des nouveau-nés par sexe

POIDS	GARÇONS	FILLES	TOTAL
< 2500	2	2	4
2501 - 2800	17	15	32
2801 - 3100	13	13	26
3101 - 3400	10	8	18
>3401	4	6	
TOTAL	46	44	90

Tableau II - Distribution de la taille (cm) des nouveau-nés par sexe

TAILLES	GARÇONS	FILLES	TOTAL
< 49	14	10	24
49 - 53	30	27	57
>53	1	7	8
TOTAL	45	44	89

Tableau III - Distribution du périmètre crânien (cm) des nouveau-nés par sexe.

TAILLES	GARÇONS	FILLES	TOTAL
< 32.9	4	10	14
33.0 - 34.9	29	27	56
> 35	13	7	20
TOTAL	46	44	90

Tableau IV - Distribution du périmètre du bras gauche (cm) des nouveau-nés par sexe.

PB	GARÇONS	FILLES	TOTAL
< 9	4	6	10
9 - 10.4	36	28	64
> 10.5	6	10	16
TOTAL	46	44	90

Tableau V - Distribution du périmètre thoracique (cm) des nouveau-nés par sexe.

PT	GARÇONS	FILLES	TOTAL
< 29.9	5	4	9
30.0 - 33.9	39	38	77
> 34.0	2	2	4
TOTAL	46	44	90

Tableau VI - Moyennes des poids (g), tailles et périmètres crâniens, thoraciques et des bras gauches (cm) des nouveau-nés par sexe.

SEXE	n	POIDS	TAILLE	PC	PT	PB
		x ms	x ms	x ms	x ms	x ms
FEMININ	42	2961 367	49,1 1,4	33,5 1,1	31,7 1,4	9,7 0,8
MASCULIN	43	2964 379	49,5 1,5	34,4 1,9	31,5 1,5	9,8 1,7

DISCUSSION

Nous avons eu quelques difficultés à rassembler une information complète auprès des 90 adolescentes.

Un obstacle que nous n'avons pas pu surmonter fut l'absence d'information antérieure concernant les femmes enceintes; en effet il n'existe pas de registre fournissant les renseignements prénataux adéquats et nous ne disposons pas, en Colombie, de valeurs de référence.

Notre système de santé ne protège pas adéquatement les femmes en âge de procréer et que peu les femmes enceintes, ce qui fait que dans la majorité des cas celles-ci ne se présentent à l'IMI que lorsque surviennent les premières douleurs, et que le plus souvent, l'accouchement ne se réalise pas dans de bonnes conditions du fait de l'incompétence de nos équipes de santé.

Un autre obstacle important est constitué par la méconnaissance du processus des adolescents colombiens; il n'existe pas de programme les concernant, et aucune étude sur sa normalité et son altération n'a été réalisée.

Il est donc pratiquement impossible d'offrir une surveillance prénatale et post-natale à la majorité des adolescentes et des mères de notre pays, ce qui est d'autant plus grave puisque la majorité d'entre elles, appartient aux couches les plus défavorisées de la population, n'a que peu d'opportunités et est souvent écolière.

Les processus de formation, dans le domaine de la vie reproductive, ne sont pas efficaces et ne touchent que de façon précaire notre population, principalement les femmes.

En conséquence, l'une des principales difficultés est dûe à ce que les adolescentes ne connaissent pas toujours les modifications naturelles qui leur sont propres, par exemple: l'âge de leurs premières règles, la date de leur dernière menstruation etc...

D'autre part le peu d'informations recueillies par l'institution, et la précarité - pour ne pas dire l'absence - de renseignements sur le suivi des adolescentes et des mères, représentent une difficulté supplémentaire.

Les données sur la scolarité, l'activité professionnelle et l'état civil correspondent à des projections dont la validité n'a pas été démontrée.

Néanmoins, il est frappant de remarquer que presque un quart des femmes enceintes correspond à une population d'adolescentes, situation très préoccupante pour le présent et l'avenir de la Colombie.

Nous pensons que l'absence d'un système de surveillance, suffisant et de qualité, pour protéger les femmes en âge de procréer et la population générale de moins de 20 ans d'âge chronologique, contribue à ce que ces groupes soient plus vulnérables.

Il est important de remarquer que notre échantillon met en évidence que 60 (66.6%) d'entre elles eurent des problèmes de poids qui influent sur le bon déroulement de leurs grossesses.

Cependant, pour des raisons qui ne sont pas encore clairement définies, les nouveau-nés n'ont pas été réellement affectés et leur comportement général fut satisfaisant. Il faut dire que le critère de maturation et d'harmonie utilisé comporte un risque de biais possible dû à la subjectivité.

Finalement, nous osons affirmer qu'il est urgent de mettre en place des programmes dirigés pour adolescents - en particulier pour les femmes enceintes et pour les mères - qui nous permettront de connaître réellement ce qui leur arrive et comment elles se comportent face aux différents événements.

Notre recherche se poursuit, en essayant de comparer des variables similaires dans d'autres régions du pays.

BIBLIOGRAPHIE

- BALCAZAR H., KEEFER L., CHARD T. (1994). Use of anthropometric indicators and maternal risk factors to evaluate intrauterine growth retardation in infants weighting more than 2500 grams at birth. *Early Human Development* vol. 36 : 147-155.
- DHS/NEWSLETTER. (1995). Summary of demographic and health surveys as of september 1995, vol. 7, No. 2 : 6-7.
- ITABASHI K., TAKEUCHI T., HAYASHI T., OKUYAMA K., KURIYA N., OTANI Y. (1994). Postnatal reference growth curves for very low birth weight infants. *Early Human Development* vol. 37 : 151-160.
- LECHTIG A., DELGADO H., YARBROUGH C., HABITCH J.P., MARTORELL R., KLEIN R. (1976). A simple assessment of the risk of low birth weight to select women for nutritional intervention. *Am. J. Obst. Gynecol.* May 1 : 25-34.
- LUBCHENCO L.O., HANSMAN C., DRESSIER M., BOYD E. (1963). Intrauterine growth as estimated from liveborn birth-weight data at 24 to 42 weeks of gestation. *Pediatrics* vol. 32, p. 793-800.
- NIRMALA A., CHENGAL REDDY P. (1992) Menstrual patterns in Andhra girls. *Acta Med. Auxol.* vol. 24, No. 2 : 95-100.
- ROSSO P. (1991). Maternal anthropometry in prenatal care. LATHR No. 21 - World Bank, Washington D.C.
- WILEY A.S. (1994). Neonatal size and infant mortality at high altitude in Western Himalaya. *American Journal of Physical Anthropology* vol. 94 : 289-305.