

Ministère de l'Enseignement Supérieur
et de la Recherche Scientifique



REPUBLIQUE DU MALI
Un Peuple - Un But - Une Foi



Faculté de Médecine et d'Odontostomatologie (FMO)

Université des Sciences des Techniques et des Technologies de Bamako

Année universitaire : 2023 - 2024

N°...

Mémoire

**Epidémiologie et prise en charge des
complications traumatiques de
l'accouchement au Centre de Santé de
Référence de Bla**

Présenté et soutenu publiquement le 07 / 3 / 2025 devant la Faculté de
Médecine et d'Odontostomatologie

Par

Docteur Soumaïla DIALLO

Diplôme Universitaire Peri-Surge diploma

JURY

Président : Pr Youssouf TRAORE

Directeur : Pr Alassane TRAORE

Membres :

Pr Amadou BOCOUM

Dr Tiaria Mamadou SANOGO

DEDICACES

De tout cœur je dédie ce travail :

A ma mère Djènèba SANGARE,

C'est encore une occasion pour moi de te présenter un autre fruit de ton éducation. Ce travail est le résultat d'un chapelet de prières, de bénédictions et d'innombrables sacrifices que tu fais pour tes enfants.

Je te dédie ce travail qui est le minimum que je puisse faire à ton endroit. Qu'Allah le Tout Puissant te donne la santé nécessaire pour que je puisse d'avantage te rendre heureuse.

REMERCIEMENTS

Je remercie

Allah le tout puissant

Au nom d'Allah, le très clément, le très miséricordieux,

Louange et gloire à toi Allah le tout puissant qui m'a permis de mener à bien ce travail et de voir ce jour important.

Que ta volonté soit faite, Amen.

Mon père Daouda

Encore une fois de plus les mots me manquent pour vous remercier car votre soutien n'a jamais fait défaut, soyez en remercié. Qu'Allah nous accorde une longue vie afin que vous puissiez profiter des fruits de votre labeur.

Toute ma famille

Votre soutien et votre encouragement m'ont toujours amené là où on ne m'attend pas. Qu'Allah nous accorde une longue vie dans une famille paisible et prospère.

Dr Famakan KANE

Vous et tout le personnel du centre de santé de référence de Bla êtes une famille pour moi, m'avez beaucoup soutenu durant cette formation et dans l'élaboration du présent document. Ce travail est le vôtre, veuillez recevoir toute ma gratitude.

Nos Chers Maîtres

Nous reconnaissons en vous des pédagogues passionnés et intègres. Vos savoir-faire et vos connaissances scientifiques nous ont facilités la compréhension de ce diplôme universitaire. Merci pour les savoirs transmis.

ONG MOMENTUM

Merci pour le soutien financier.

LISTE DES ABREVIATIONS

- ASC** : Agent de Santé Communautaire
- CS Réf** : Centre de Santé de Référence
- CSCOM** : Centre de Santé Communautaire
- FMOS** : Faculté de Médecine et d'Odonto-Stomatologie
- OMS** : Organisation Mondiale de la Santé
- ONG** : Organisation Non Gouvernementale
- PEV** : Programme Elargie de Vaccination
- PF** : Planification Familiale

LISTE DES TABLEAUX

Tableau I : La liste des CSCOM fonctionnels en 2024 du district de Bla.....	6
Tableau II : Répartition des participantes selon l'ethnie	12
Tableau III : Répartition des participantes selon la profession.....	12
Tableau IV : Répartition des participantes selon la gestité.....	14
Tableau V : Répartition des participantes selon la parité	14
Tableau VI : Répartition des participantes selon l'âge du 1 ^{er} mariage et du 1 ^{er} accouchement.....	16
Tableau VII : Répartition des participantes selon le type de voie basse	17
Tableau VIII : Répartition des participantes selon la planification familiale.....	18
Tableau IX : Répartition des participantes selon les types de traumatismes maternels	19
Tableau X : Répartition des participantes selon la prise en charge des traumatismes	20
Tableau XI : Répartition des participantes selon le traumatisme fœtal.....	20
Tableau XII : relation entre le traumatisme au cours de l'accouchement et la tranche d'âge.....	21
Tableau XIII : relation entre le traumatisme au cours de l'accouchement et l'âge de mariage	21
Tableau XIV : relation entre le traumatisme au cours de l'accouchement et l'âge d'accouchement	22
Tableau XV : relation entre le traumatisme au cours de l'accouchement et le type d'accouchement	22
Tableau XVI : relation entre le traumatisme au cours de l'accouchement et l'état du nouveau-né.....	23
Tableau XVII : relation entre le traumatisme au cours de l'accouchement et le statut matrimonial	23

LISTE DES FIGURES

Figure 1 : Carte sanitaire de Bla	5
Figure 2 : Répartition des participantes selon la tranche d'âge	11
Figure 3 : Répartition des participantes selon le statut matrimonial	13
Figure 4 : Répartition des participantes selon le niveau d'éducation	13
Figure 5 : Répartition des participantes selon le nombre de césarienne.....	15
Figure 6 : Répartition des participantes selon la voie d'accouchement	16
Figure 7 : Répartition des participantes selon l'état de l'enfant à la naissance...	17
Figure 8 : Répartition des participantes selon la fréquence de traumatisme au cours de l'accouchement.....	19

SOMMAIRE

1. INTRODUCTION	1
2. OBJECTIFS	3
2.1. Objectif général	3
2.2. Objectifs spécifiques	3
3. MATERIELS ET METHODES	4
3.1. Cadre d'étude	4
3.2. Type et période d'étude	9
3.3. Population d'étude.....	9
3.4. Collecte des données	10
3.5. Variable étude	10
3.6. Saisie et analyse des données	10
3.7. Aspect éthiques	10
4. RESULTATS	11
4.1. Caractéristiques sociodémographiques	11
4.2. Caractéristiques thérapeutiques.....	16
4.3. Traumatismes au cours de l'accouchement	19
5. COMMENTAIRES ET DISCUSSION.....	24
5.1. Méthodologie	24
5.2. Prévalence de traumatisme maternel au cours de l'accouchement.....	24
5.3. Caractéristiques sociodémographiques	24
5.4. Voie d'accouchement.....	26
5.5. Type de traumatisme	26
5.6. Pronostic fœtal et maternel.....	27

5.7. Impact sur la qualité de vie	27
CONCLUSION	28
RECOMMANDATIONS	29
REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES	30

Résumé

Les complications traumatiques à la suite d'un accouchement par voie basse sont très fréquentes et contribuent à une morbidité maternelle importante, voire au décès. L'objectif de notre travail était d'étudier les complications traumatiques au cours de l'accouchement au centre de santé de référence de Bla en 2024.

Il s'agissait d'une étude transversale sur une période allant du 15 mai au 15 octobre 2024. L'échantillonnage a été systématique incluant 274 femmes accouchées. Nous avons saisi analysés les données à l'aide du logiciel SPSS version 25. La confidentialité et l'anonymat des participantes étaient respectés.

L'âge moyen des femmes était de $25,5 \pm 6$ ans. Les femmes étaient mariées dans 99,3% des cas et analphabètes dans 44,9%. Elles avaient accouchés par voie basse dans 68,6%. Seulement 36 femmes (13,6%) avaient adopté de méthode contraceptive. La fréquence des traumatismes était de 20.1% des cas dominés par l'épisiotomie 87,5% suivi de la rupture utérine 7,1% et de la déchirure vulvopérinéale dans 3,6% des cas. Le traumatisme fœtal a été retrouvé dans 6,9% à type de bosse serosanguine dans 100% des cas. Aucun impact négatif sur la qualité de vie des patients n'a été noté dans l'étude.

La détection et la prise en charge précoce sont nécessaires pour minimiser les risques et les conséquences des traumatismes au cours de l'accouchement.

Mots clés : *Traumatismes obstétricaux - Déchirures du col utérin - épisiotomie - Bosse sérosanguine.*

1. INTRODUCTION

L'accouchement est l'ensemble des phénomènes qui permettent l'expulsion du fœtus et ses annexes hors des voies génitales maternelles. Cependant, l'intégrité des voies génitales n'est pas toujours respectée au cours de l'accouchement. Les traumatismes maternels à la suite d'un accouchement par voie basse sont très fréquents et contribuent à une morbidité maternelle importante, voire au décès [1].

Les lésions maternelles associées à toute forme de traumatisme périnéal après un accouchement par voie basse sont très courantes, allant de 16,2 à 90,4% à l'échelle mondiale [2]. Dans l'ensemble, 80% des femmes qui accouchent par voie vaginale souffrent d'un traumatisme périnéal [3]. La prévalence de la lacération cervicale varie de 0,2 à 1,1% [4]. Dans une série Brésilienne, la prévalence des déchirures périnéales sévères (troisième et quatrième degré) était de 0,9% [5]. De même une étude menée aux États-Unis a constaté une prévalence de déchirures sévères de 0,25% [6]. Au Mali, la fréquence des lésions des parties molles était de 1,15% au Centre de santé de référence de la commune V du district de Bamako [7]. Des études épidémiologiques ont démontré que les traumatismes au cours de l'accouchement sont corrélés à des facteurs maternels, fœtaux et liés à l'accouchement [8].

Les traumatismes au cours de l'accouchement peuvent entraîner une détérioration de la qualité de vie de la patientes en postpartum voire le décès. Cependant, 830 femmes meurent chaque jour de causes liées à la grossesse, l'accouchement ou ses suites [9]. Il arrive aussi que des parturientes en bonne santé subissent des interventions non nécessaires qui entravent les capacités des femmes à accoucher et qui peuvent entraîner des complications. L'OMS s'est prononcée contre l'excès de médicalisation qui a lieu notamment dans des pays à revenu élevé [9].

La prévention, la détection précoce et une prise en charge rapide et efficace minimisent la morbidité maternelle et empêchent de nombreux problèmes gynécologiques de se développer plus tard dans la vie [10]. Le périnée et le vagin doivent être examinés minutieusement pour détecter tout signe de blessure après l'expulsion du placenta. Le col de l'utérus doit être examiné en cas de saignement important ou après un accouchement vaginal opératoire [11].

Le district sanitaire de Bla avec une moyenne de 1 330 accouchements par an n'a jamais réalisé d'étude sur les traumatismes obstétricaux, c'est fort de ce constat que nous nous proposons de faire une étude sur les complications traumatiques de l'accouchement au centre de santé de référence de Bla dans le cadre de l'obtention du Diplôme Universitaire en chirurgie péri-partum (Peri-surge diploma) sur financement de l'ONG MOMENTUM.

2. OBJECTIFS

2.1. Objectif général

Etudier les complications traumatiques au cours de l'accouchement au centre de santé de référence de Bla.

2.2. Objectifs spécifiques

- Décrire les caractéristiques sociodémographiques des femmes accouchées au centre de santé de référence de Bla.
- Déterminer la fréquence des traumatismes au cours de l'accouchement au centre de santé de référence de Bla.
- Déterminer les différents types de traumatismes dont les femmes et les nouveau-nés sont victimes au cours de l'accouchement.
- Décrire la situation de la planification familiale pratiquée par les femmes accouchées au CSRéf de Bla.
- Décrire l'impact des traumatismes au cours de l'accouchement sur la qualité de vie des patientes.

3. MATERIELS ET METHODES

3.1. Cadre d'étude

Notre étude s'est déroulée au Centre de Santé de Référence (CS Réf) de Bla.

Caractéristiques administratifs du district sanitaire de Bla [12].

Bla a été érigé en cercle suivant l'ordonnance n°77- 44/CMLN du 12 Juin 1977. Le premier commandant du cercle y fut officiellement installé le 5 Octobre 1978. Le cercle de Bla est situé dans la partie sud à 80 km de la région de Ségou. Il comprend Cinq arrondissements : Bla central, Touna, Diaramana, Yangasso et Falo. Les Cinq arrondissements sont divisés en 17 communes qui sont : Benguènè, Bla, Diaramana, Dièna, Dougouolo, Falo, Fani, Kazangasso, Kéméni, Koulandougou, Korodougou, Niala, Somasso, Samabogo, Tièmèna, Touna, Yangasso

Il est limité par :

- Le cercle de San à l'Est;
- Le cercle de Barouéli à l'Ouest ;
- Le cercle central de Ségou au Nord ;
- Le cercle de Koutiala au Sud.

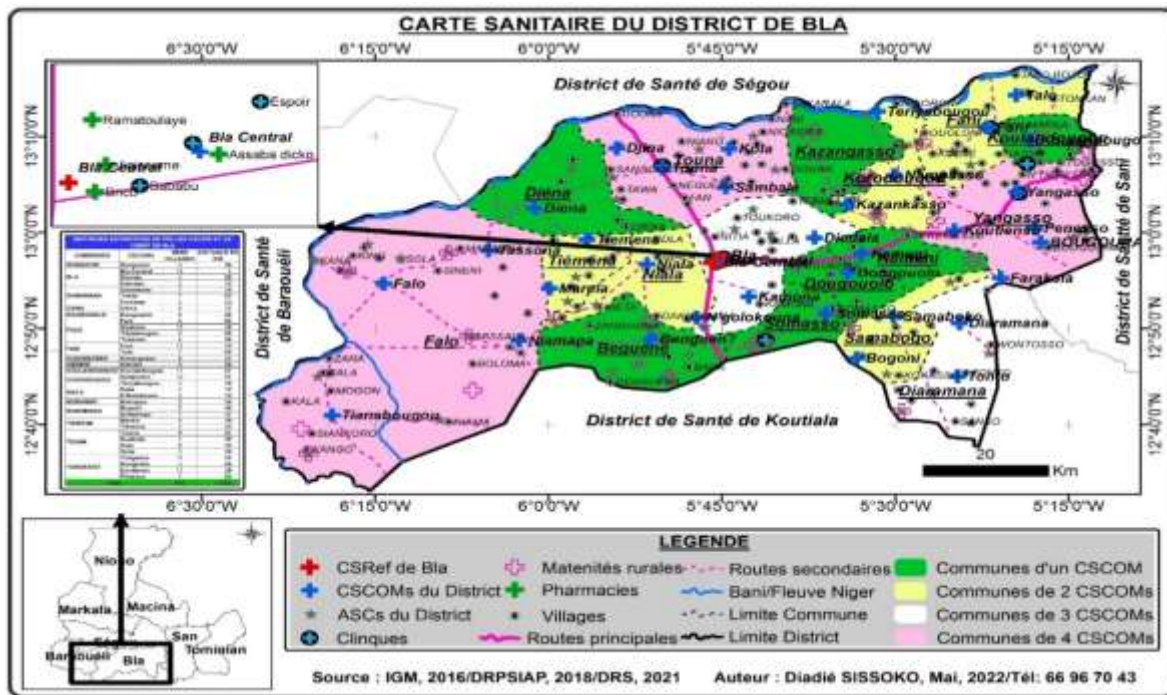


Figure 1 : Carte sanitaire de Bla

Caractéristiques socio-sanitaires du district du cercle de Bla [13].

Le district sanitaire de Bla a une superficie de 6 200 km² pour une population totale estimée à 447 144 habitants en 2024.

Il comprend :

- 1 CS Réf (Bla)
- 36 CSCOM
- 85 Sites Agent de santé communautaire (ASC)
- 23 Maternités rurales
- 5 Cabinets médicaux
- 5 Cabinets de soins
- 5 Officines privées
- 2 écoles de santé.

Tableau I : La liste des CSCOM fonctionnels en 2024 du district de Bla

N°	Aire de santé	Nombre de village	Distance CSCOM /CS Réf, km
1	BEGUENE	6	26
2	BLA CENTRAL	12	1
3	BOGONI	04	45
4	BOUGOURA	03	66
5	DIARAMANA	07	75
6	DIEDALA	04	20
7	DIENA	07	37
8	DJINA	03	30
9	DOUGOUOLO	06	25
10	FALO	09	65
11	FANI	08	74
12	FARAKALA	04	53
13	KAMONA	2	12
14	KAZANGASSO	08	47
15	KEMENI	08	25
16	KOLA	7	33
17	KOULANDOUGOU	11	67
18	KOUTIENSO	11	39
19	MARELA	06	30
20	NAMPASSO	10	51
21	NIALA	05	12
22	NIAMANA	10	45
23	N'GOLOKOUNA	03	12
24	OUOLONI	04	60

25	PENESSO	07	63
26	SAMABOGO	07	37
27	SAMBALA	05	30
28	SOMASSO	05	34
29	TALO	07	85
30	TASSONA	04	56
31	TERYABOUGOU	04	70
32	TIEMENA	06	25
33	TIENABOUGOU	08	85
34	TONTO	07	82
35	TOUNA	9	21
36	YANGASSO	17	55

1.3. Présentation du CS Réf

Les infrastructures

Le CS Réf de Bla comprend les unités suivantes

- L'Administration,
- L'unité chirurgicale,
- L'unité maternité:
- Le service de médecine :
- L'unité d'odontostomatologie
- L'unité d'ophtalmologie
- L'unité du programme élargie de vaccination (PEV)
- L'unité pharmacie
- L'unité de consultation externe et de soins
- Le laboratoire
- L'unité d'hygiène

- Le bureau des entrées
- La morgue.
- L'unité de la radiographie

La maternité

La prise en charge des femmes enceintes se fait dans ce service composé:

- D'une salle d'attente d'une capacité de trois lits,
- D'une salle d'accouchement dotée de deux tables d'accouchement, deux ventouses fonctionnelles, quatre boîtes d'instruments, de trois bassins de lit, d'une balance pèse bébé, d'un mètre ruban et d'un stéthoscope obstétrical, d'un plateau avec couvercle, quatre poires nasales enfants,
- Deux salles pour les accouchées avec quatre lits dans chacune,
- D'une salle de garde pour les sages-femmes et infirmières obstétriciennes,
- D'un bureau pour la sage- femme maitresse de la maternité qui sert de salle d'échographie aussi,
- D'un bureau pour le médecin responsable de la maternité,
- D'un bureau de consultation de planning familial et de consultation post natale.

L'organisation des activités

La consultation se fait dans deux box et assurée par un médecin de garde ; un technicien de santé et un étudiant faisant Fonction d'Interne du Lundi au Vendredi. La permanence est assurée par une équipe de garde composée de :

- D'un médecin généraliste à compétence chirurgicale,
- D'une sage-femme ou une infirmière obstétricienne,
- D'un technicien de santé ou technicien supérieur de santé
- D'un infirmier faisant fonction d'anesthésiste,
- D'un instrumentiste,

- D'un chauffeur d'ambulance, muni d'un téléphone portable, pour recevoir les appels des CSCOM.
- D'un agent chargé de recouvrement des coûts, et de la vente des médicaments

Les activités de la journée commencent par un staff qui réunit tous les prestataires cliniques. Il est dirigé par un médecin. La visite est quotidienne à la maternité, à la chirurgie et à la médecine. Elle est dirigée par un médecin.

3.2. Type et période d'étude

Il s'agissait d'une étude transversale sur une période allant du 15 mai au 15 octobre 2024.

3.3. Population d'étude

L'étude a concernée toutes les femmes accouchées au centre de santé de référence de Bla.

3.3.1. Critères d'inclusion

Ont été incluses dans l'étude :

- toute femme accouchée au CS Réf de Bla durant la période d'étude
- toute femme âgée de 15 ans ou plus
- toute femme accouchée dont le dossier obstétrical était exploitable.

3.3.2. Critères de non-inclusion

N'ont pas été incluses dans l'étude :

- toute femme accouchée hors au centre de santé de référence de Bla et référée dans ledit CS Réf.
- toute femme accouchée en dehors de la période de l'étude.
- tout dossier obstétrical non-exploitable.

3.3.3. Echantillonnage

L'échantillonnage été systématique. Nous avons inclus tous les dossiers obstétricaux qui répondaient à nos critères d'inclusion. La taille d'échantillon était de 274 femmes accouchées au centre de santé de référence de Bla.

3.4. Collecte des données

Les données ont été collectées à l'aide d'une fiche d'enquête individuelle. Nous nous sommes servis des dossiers obstétricaux et du registre d'accouchement comme support de collecte.

3.5. Variable étude

Les variables étudiées étaient celles du formulaire de base de donnée offert par nos encadreurs ils s'agissaient des données sociodémographiques, cliniques et thérapeutiques.

3.6. Saisie et analyse des données

Nous avons saisi les données à l'aide du logiciel SPSS version 25. Les données ont été vérifiées pour corriger les données aberrantes et incorrectes avant de les analyser avec le même logiciel. Les résultats obtenus comportant les effectifs et le pourcentage. Nous avons recodé l'âge et tranche d'âge soit (≤ 19 ans, 20-34 et >34 ans). Les résultats ont été présentés sous formes de tableaux et de figures.

3.7. Aspect éthiques

Nous avons obtenu l'autorisation du médecin chef du CS Réf et celui du responsable de l'unité de la maternité pour l'utilisation des données. La confidentialité et l'anonymat des participantes étaient respectés. Nous avons saisi le numéro du dossier à la place des noms et prénoms des participantes.

4. RESULTATS

Au cours de la période de l'étude, nous avons enregistré 274 femmes accouchées au centre de santé de référence de Bla.

4.1. Caractéristiques sociodémographiques

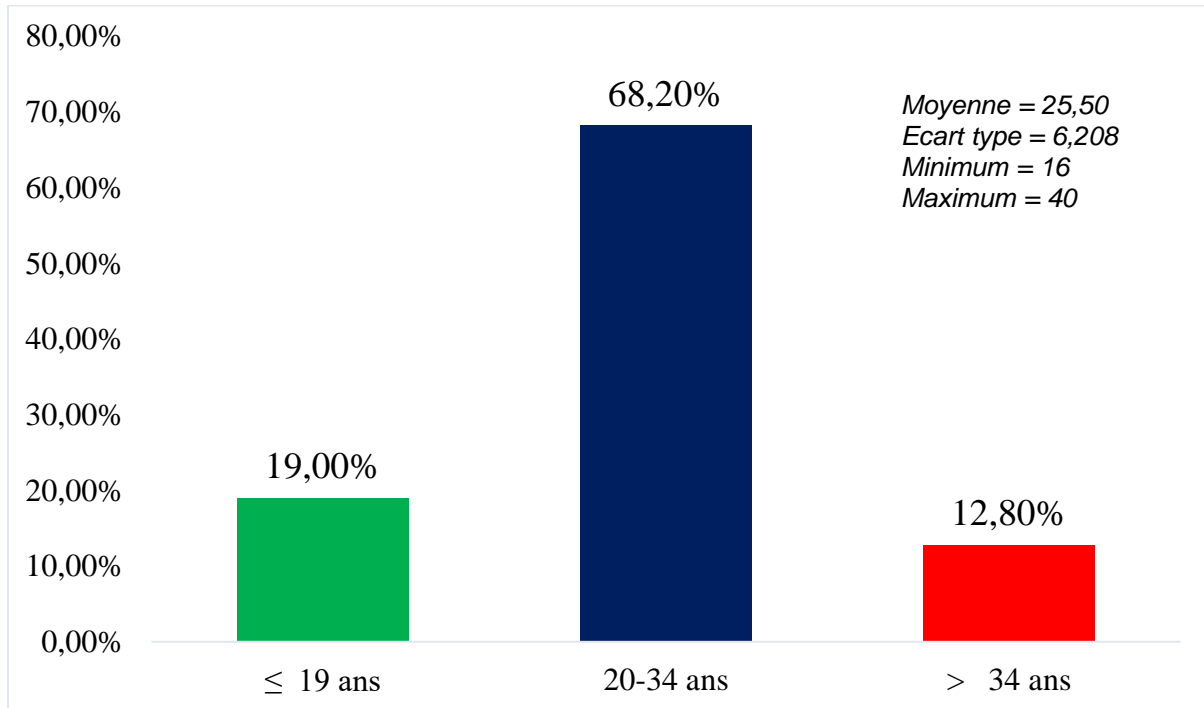


Figure 2 : Répartition des participantes selon la tranche d'âge

Les femmes de notre échantillon étaient âgées de 20 à 34 ans dans 68,2% des cas. L'âge moyen était de $25,5 \pm 6$ ans.

Tableau II : Répartition des participantes selon l'ethnie

Ethnie	Effectifs	Pourcentage
Bambara	166	60,6
Mianka	55	20,1
Peulh	19	6,9
Soninké	9	3,3
Dogon	7	2,6
Sonrhäi	6	2,2
Bozo	5	1,8
Malinké	4	1,5
Senoufo	3	1,1
Total	274	100,0

Les bambaras représentaient 60,6% des participantes de l'étude.

Tableau III : Répartition des participantes selon la profession

Profession	Effectifs	Pourcentage
Ménagère	231	84,3
Commerçante	36	13,1
Elève/Etudiante	5	1,8
Fonctionnaire	1	0,4
Autre	1	0,4
Total	274	100,0

Les femmes accouchées étaient des ménagères dans 84,3% des cas.

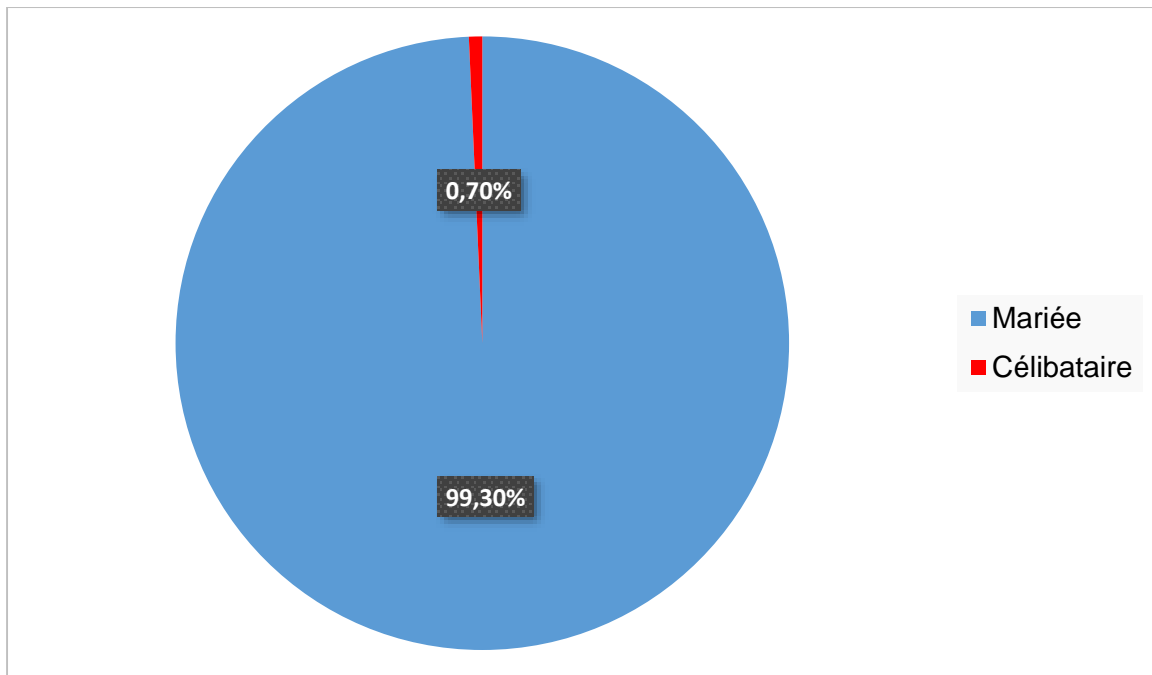


Figure 3 : Répartition des participantes selon le statut matrimonial

Les femmes étaient mariées dans 99,3% des cas.

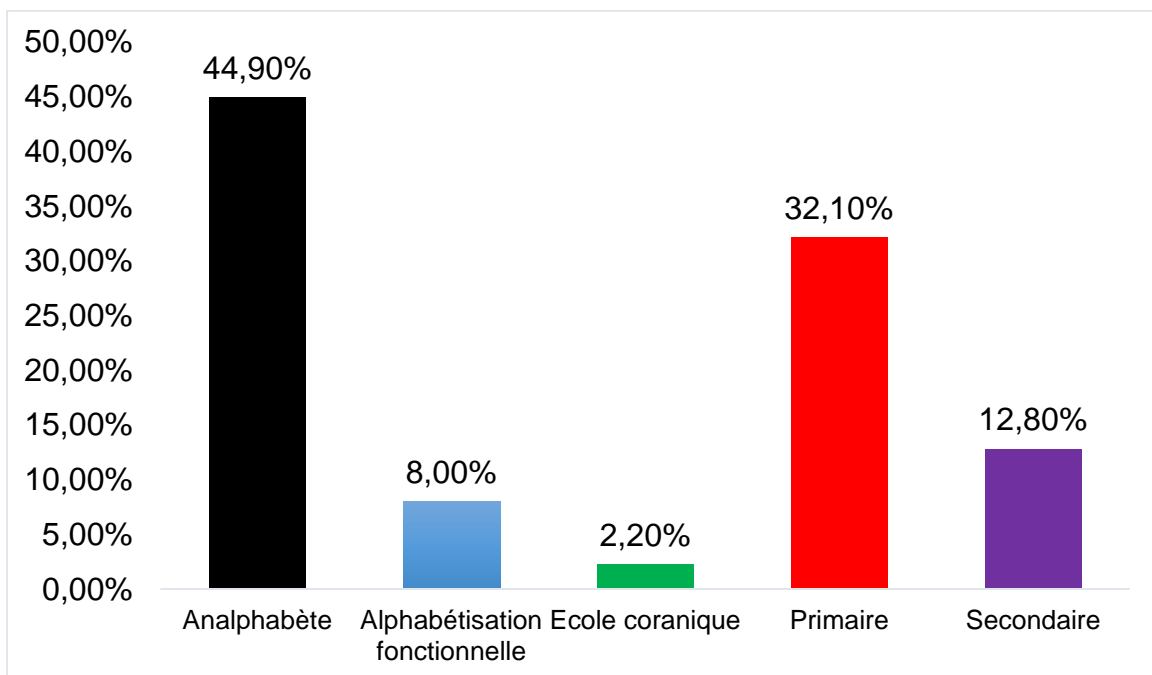


Figure 4 : Répartition des participantes selon le niveau d'éducation

Les analphabètes représentaient 44,9% des participantes.

Tableau IV : Répartition des participantes selon la gestité.

Gestité	Effectifs	Pourcentage
Primigeste	79	28,8
Paucigeste	44	16,1
Multigeste	86	31,4
Grande Multigeste	65	23,7
Total	274	100,0

Les multigestes étaient les plus représentées avec une proportion de 31,4% des participantes de l'étude.

Tableau V : Répartition des participantes selon la parité

Parité	Effectifs	Pourcentage
Nullipare	80	29,2
Primipare	44	16,1
Paucipare	35	12,8
Multipare	70	25,5
Grande Multipare	45	16,4
Total	274	100,0

Les nullipares étaient les plus représentées avec une proportion de 29,2% des participantes de l'étude.

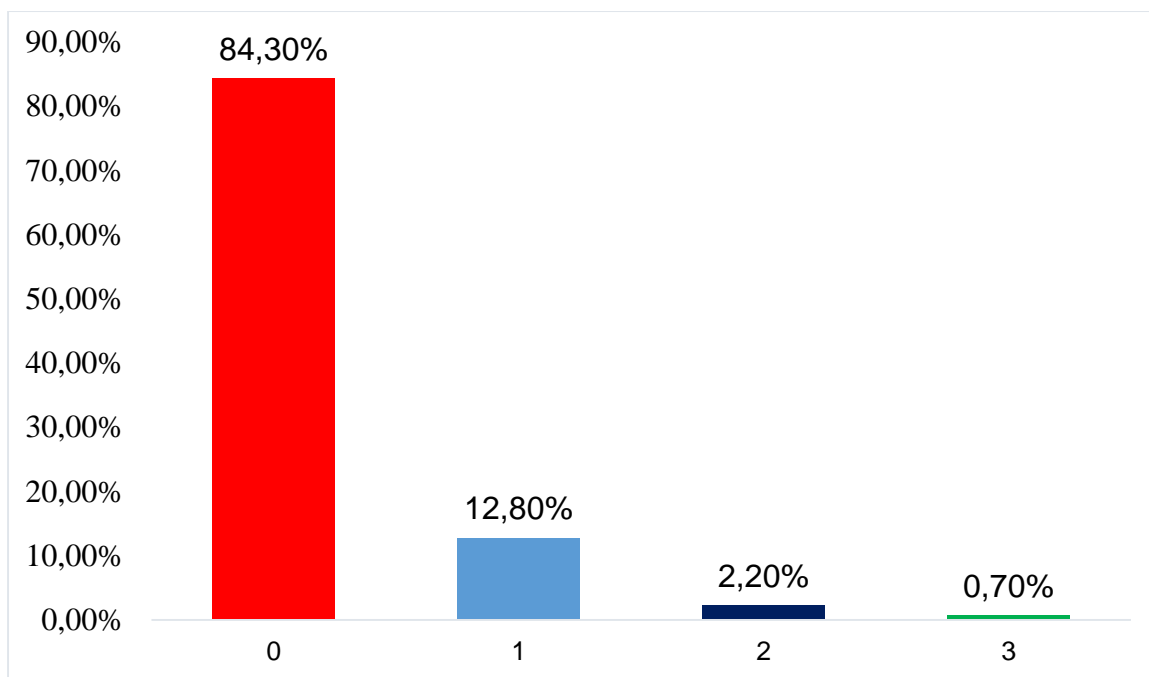


Figure 5 : Répartition des participantes selon le nombre de césarienne

La majorité des participantes n'avaient pas d'antécédent de césarienne soit 84,3% des cas.

Tableau VI : Répartition des participantes selon l'âge du 1^{er} mariage et du 1^{er} accouchement

	Effectifs	Pourcentage
Age du 1^{er} mariage	<i>Moyenne ±ET = 17±2 ans</i>	
< 18 ans	181	66,1
≥ 18 ans	93	33,9
Total	274	100,0
Age du 1^{er} accouchement	<i>Moyenne ±ET = 19±2 ans</i>	
< 18 ans	57	20,8
≥ 18 ans	217	79,2
Total	274	100,0

La majorité des femmes dans notre étude avaient un âge inférieur à 18 ans à leur premier mariage dans 66,1% des cas. La majorité des femmes avait fait leur premier accouchement à un âge supérieur ou égale à 18 ans dans 79,2% des cas.

4.2. Caractéristiques thérapeutiques

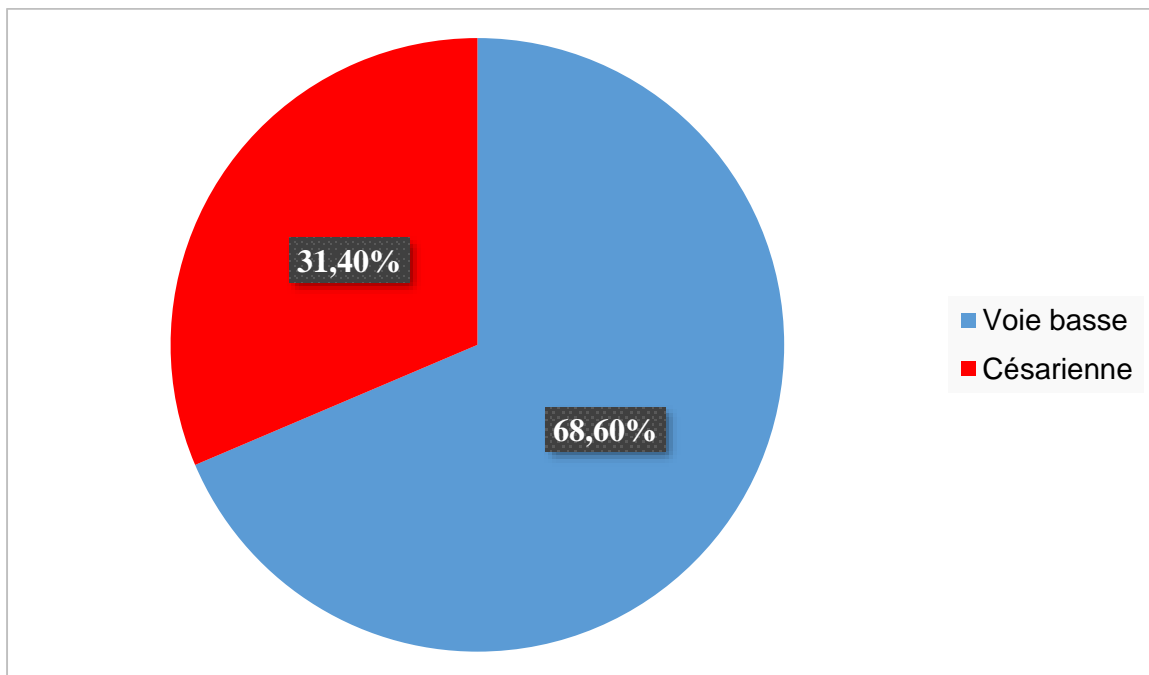


Figure 6 : Répartition des participantes selon la voie d'accouchement

La voie basse était la voie d'accouchement dans 68,6% des cas.

Tableau VII : Répartition des participantes selon le type de voie basse

Type de voie basse	Effectifs	Pourcentage
Voie basse normale	154	82,4
Ventouse	33	17,6
Total	187	100,0

La voie basse était instrumentale dans 17,6% des cas.

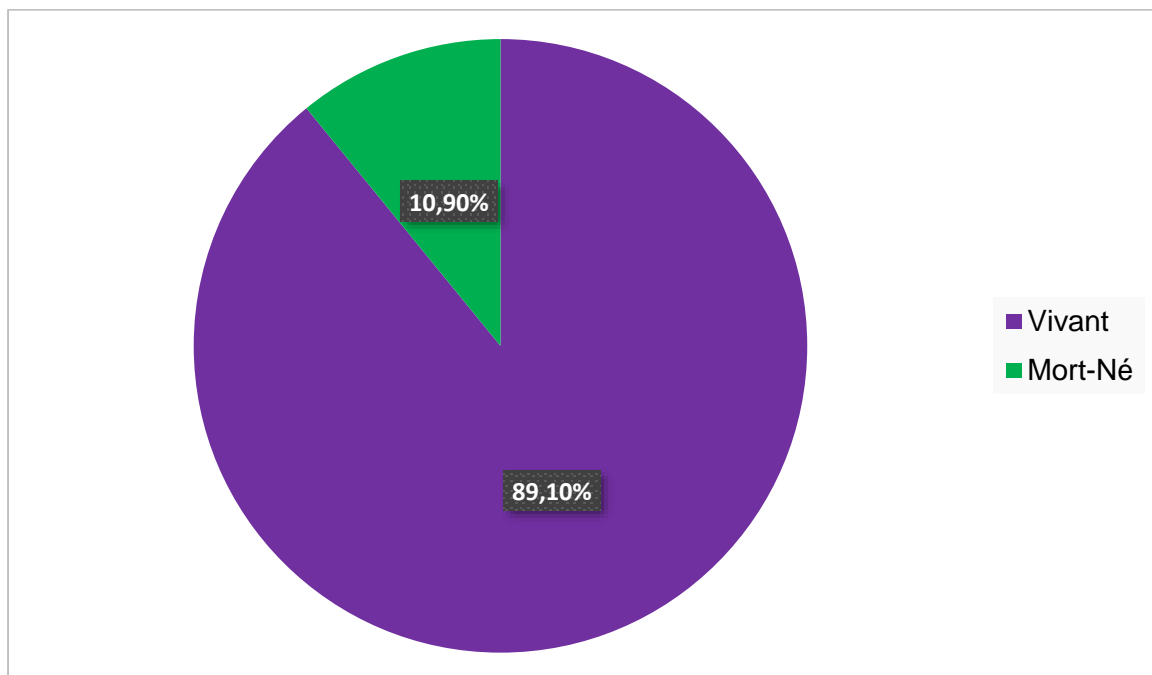


Figure 7 : Répartition des participantes selon l'état de l'enfant à la naissance

L'enfant était vivant à la naissance dans 89,1% et mort-né dans 10,9% des cas.

Tableau VIII : Répartition des participantes selon la planification familiale

	Effectifs	Pourcentage
Eligibilité à la contraception		
Oui	265	96,7
Non	9	3,3
Total	274	100,0
Adoption de méthode de contraception		
Oui	36	13,6
Non	229	86,4
Total	265	100,0
Type d'utilisatrice de la PF		
Nouvelle	1	2,8
Ancienne	35	97,2
Total	36	100,0
Méthode de contraception choisie		
Pilule	10	27,8
Implants sous cutanés	24	66,7
Méthodes injectables	2	5,6
Total	36	100,0

Dans notre échantillon, 96,7% des femmes (265) étaient éligibles à la planification familiale parmi lesquels 36 avaient adopté une méthode contraceptive soit 13,6% des cas. Les femmes ayant adopté de méthodes contraceptives étaient des anciennes utilisatrices dans 97,2%, les implants sous cutanés était la méthode la plus utilisée avec une proportion de 66,7% des cas.

4.3. Traumatismes au cours de l'accouchement

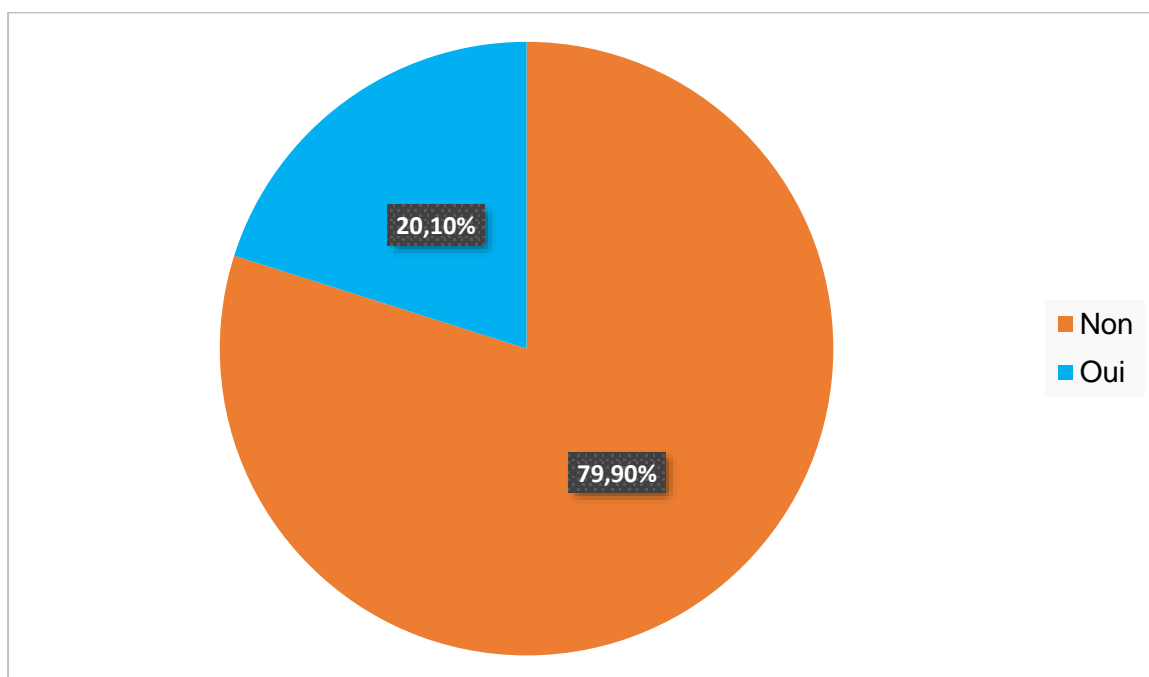


Figure 8 : Répartition des participantes selon la fréquence de traumatisme au cours de l'accouchement

La prévalence des traumatismes était de 20.1% des cas dans notre étude.

Tableau IX : Répartition des participantes selon les types de traumatismes maternels

	Effectifs	Pourcentage
Épisiotomie	49	87,5
Rupture utérine	4	7,1
Déchirure vulvoperinéale	2	3,6
Déchirure du col utérin	1	1,8
Déchirure vaginale	0	0,0
Hématomes péri-génitaux	0	0,0
Fistule	0	0,0
Total	56	100,0

L'épisiotomie était le type de traumatisme retrouvé dans 87,5% suivi de la rupture utérine 7,1% et de la déchirure vulvopérinéale dans 3,6% des cas.

Tableau X : Répartition des participantes selon la prise en charge des traumatismes

Pris en charge	
Épisiotomie	Suture simple
Rupture utérine	Hystérorraphie
Déchirure vulvoperinéale	Suture simple
Déchirure du col utérin	Surjet simple

Nous n'avons pas réalisés d'hystérectomie pour la prise en charge des ruptures utérines.

Tableau XI : Répartition des participantes selon le traumatisme fœtal

	Effectifs	Pourcentage
Présence de traumatisme fœtal		
Oui	19	6,9
Non	255	93,1
Total	274	100,0
Type de traumatisme fœtal		
Bosse serosanguine	19	100,0
Total	19	100,0

Le traumatisme fœtal a été retrouvé dans 6,9% à type de bosse serosanguine dans 100% des cas.

Tableau XII : relation entre le traumatisme au cours de l'accouchement et la tranche d'âge

Tranche d'âge	Traumatisme au cours de l'accouchement		Total
	Non	Oui	
< 19 ans	27	25	52
20 à 34 ans	161	26	187
> 34 ans	31	4	35
Total	219	55	274

Test exact de Fisher = 26,829 p= 0,0001

Il existait une relation entre la tranche d'âge et le traumatisme au cours de l'accouchement (p=0,0001)

Tableau XIII : relation entre le traumatisme au cours de l'accouchement et l'âge de mariage

Age de mariage	Traumatisme au cours de l'accouchement		Total
	Non	Oui	
< 18 ans	148	33	181
≥ 18 ans	71	22	93
Total	219	55	274

Test exact de Fisher = 1,105 p= 0,339

Il n'existait pas une relation entre le traumatisme au cours de l'accouchement et l'âge de mariage (p=0,339)

Tableau XIV : relation entre le traumatisme au cours de l'accouchement et l'âge d'accouchement

Age d'accouchement	Traumatisme au cours de l'accouchement		Total
	Non	Oui	
< 18 ans	49	8	57
≥ 18 ans	170	47	217
Total	219	55	274

Test exact de Fisher = 1,746 p= 0,265

Il n'existait pas une relation entre le traumatisme au cours de l'accouchement et l'âge d'accouchement (p=0,265)

Tableau XV : relation entre le traumatisme au cours de l'accouchement et le type d'accouchement

Type d'accouchement	Traumatisme au cours de l'accouchement		Total
	Non	Oui	
Voie basse	138	50	188
Césarienne	81	5	86
Total	219	55	274

Test exact de Fisher = 26,829 p= 0,0001

Il existait une relation entre le traumatisme au cours de l'accouchement et le type d'accouchement (p=0,0001)

Tableau XVI : relation entre le traumatisme au cours de l'accouchement et l'état du nouveau-né

Etat du nouveau-né	Traumatisme au cours de l'accouchement		Total
	Non	Oui	
Vivant	194	50	244
Mort-né	25	5	30
Total	219	55	274

Test exact de Fisher = 0,254 p= 0,817

Il n'existait pas une relation entre le traumatisme au cours de l'accouchement et l'état du nouveau-né (p=0,817)

Tableau XVII : relation entre le traumatisme au cours de l'accouchement et le statut matrimonial

Statut matrimonial	Traumatisme au cours de l'accouchement		Total
	Non	Oui	
Mariée	219	53	272
Célibataire	0	2	2
Total	219	55	274

Test exact de Fisher = 0,254 p= 0,040

Il existait une relation entre le traumatisme au cours de l'accouchement et le statut matrimonial (p=0,040)

5. COMMENTAIRES ET DISCUSSION

5.1. Méthodologie

Nous avons réalisé une étude transversale au centre de santé de référence de Bla. A travers cette étude, nous avons décrit les caractéristiques sociodémographiques des femmes accouchées ainsi que les aspects cliniques du traumatisme et leur prise en charge. Les données recueillies dans le cadre de la pratique clinique quotidienne peuvent avoir conduit à un enregistrement imprécis de certaines variables qui doit être pris en compte dans l'interprétation de ces résultats.

5.2. Prévalence de traumatisme maternel au cours de l'accouchement

La prévalence des traumatismes était de 20,1% des cas dans notre étude. Notre fréquence est inférieure à celui de Minko et al au Gabon qui ont trouvé les lésions traumatiques liées à l'accouchement chez 1328 accouchées, soit une fréquence de 49.5% des cas [14]. Notre taux est comparable à celui de Morhe et al [15] au Ghana qui ont trouvé une fréquence de traumatisme dans 17,4% dans leur étude. Au Zimbabwe Van Den Bergh et al [16] avaient trouvé une fréquence de 27% des cas et Chine, Ying L et al [17] avaient rapporté dans leur étude une fréquence de 26,8% des cas.

Ces résultats pourraient s'expliquer par la diversité de la méthode d'échantillonnage mais aussi de la qualité des plateaux techniques. Dans les pays en développement avec les ressources limités la formation continue du personnel est nécessaire pour minimiser les risques de traumatismes au cours de l'accouchement.

5.3. Caractéristiques sociodémographiques

Selon l'organisation mondiale de la santé, les facteurs qui empêchent les femmes de recevoir ou de rechercher des soins pendant la grossesse et l'accouchement sont les déterminants sociaux, notamment le revenu, l'accès à l'éducation, la race

et l'origine ethnique, qui exposent certaines sous-populations à des risques plus élevés [9].

Les femmes de notre échantillon étaient âgées de 20 à 34 ans dans 68,2% des cas. L'âge moyen était de $25,5 \pm 6$ ans. Dans l'étude de Jansson M H et al[22], l'échantillon avait un âge moyen de $28,7 \pm 3,7$ ans. Les lésions traumatiques de l'accouchement ont été observées chez les femmes les plus jeunes avec un âge moyen de $26,05 \pm 5,64$ ans dans l'étude Minko M Z et al[23]. La fréquence des lésions traumatiques dans cette tranche d'âge pourrait s'expliquer par le fait que cette période de la vie correspond à celle de l'activité génitale la plus intense donc de l'accouchement. Ces lésions traumatiques entraînant de nombreuses conséquences notamment prolapsus et dyspareunie, toutes choses, qui compromettraient la qualité de vie de ces jeunes femmes.

La majorité des femmes dans notre étude avaient un âge inférieur à 18 ans à leur premier mariage dans 66,1% des cas. La majorité des femmes avait fait leur premier accouchement à un âge supérieur ou égale à 18 ans dans 79,2% des cas. Selon la Murguía-González et al [24] l'accouchement d'une femme de moins de 20 ans multiplie par 16 fois le risque de traumatisme à la naissance. De même, l'accouchement à la première grossesse augmente par 4 fois le risque de traumatisme. Ces risques sont plus graves lorsque qu'il s'agit d'une mineure. Des campagnes de sensibilisation sont donc nécessaires sur les dangers du mariage précoce.

Les femmes accouchées étaient des ménagères dans 84,3% des cas. Ce niveau socioéconomique reflète celui de la population générale dont 43,3 % vit en dessous du seuil de pauvreté. Cette situation de pauvreté rime avec accès difficile aux soins sociaux de base, malnutrition, chômage, analphabétisme et situation sociale inférieure des femmes [25]. De même dans l'étude de Sawadogo A[26], 83,3 % des patientes étaient sans profession rémunérées : 70,5 de femmes au foyer et 13,8 % d'élèves /étudiantes.

Dans notre étude, les femmes étaient mariées dans 99,3% des cas. Cela pourrait s'expliquer par l'entrée précoce des femmes en mariage dans notre pays. Un constat assez proche a été fait par Sawadogo A[26] au Burkina et Traoré B [7] au Mali, qui ont trouvé respectivement 89,8% et 90 % des femmes mariées.

Les nullipares étaient les plus représentées avec une proportion de 29,2% des participantes de l'étude. Ce résultat est différent de celui de Minko M Z et al[23], Traoré B [7], où les primipares représentaient respectivement 36,6% et 45,3 %. Sepou U et al [27] en République Centre Africaine rapportaient quant à eux une majorité de paucipares avec 91,7 %. La sous fréquentation des centres de santé par les nullipares ainsi que le manque de tonicité du tissu périnéal pourrait expliquer le fait qu'elles soient les plus exposées. En France, Barbier A[18] avait montré que la primiparité était un facteur de risque de lésion obstétricale sévère au cours de l'accouchement par voie basse (71% avec $p=0,001$).

5.4. Voie d'accouchement

La voie basse était la voie d'accouchement dans 68,6% des cas. La voie basse était instrumentale dans 17,6% des cas. Selon Murguía-González et al [24] dans leur étude, l'accouchement par forceps multiplie par 9 le risque de traumatisme à la naissance. Dans la littérature, l'extraction par ventouse est un facteur de risque associée d'avulsion du releveur de l'anus [28] , mais aussi c'est un facteur de risque de déchirure vaginale haute, compte tenu de l'association entre les déchirures des parois vaginales et l'avulsion du releveur de l'anus.

5.5. Type de traumatisme

L'épisiotomie était le type de traumatisme retrouvé dans 87,5% suivi de la rupture utérine 7,1% et de la déchirure vulvopérinéale dans 3,6% des cas. La prise en charge de l'épisiotomie et des déchirures a été faite par suture simple et celle de la rupture utérine a été faite par l'hystérogénie. Nos résultats sont contraires à ceux rapportés dans l'étude de Minko et al [14] au Gabon, où les déchirures périnéales et les lésions cervicales constituaient les traumatismes

obstétricaux maternels observés les plus fréquents et représentaient respectivement 74,9% et 18,5%. Au centre de santé de référence de la Commune V, Traoré et al [7] avaient trouvé respectivement 81,0% de lésions périnéales contre 12% de lésions cervicales et 7% pour les autres traumatismes. Par contre en France, Barbier et al [18] trouvaient 0,6% de déchirures périnéales complètes. Dans une étude réalisée en Suède, les déchirures vaginales hautes étaient assez fréquentes touchant 14,0 % des femmes [19]. Dans la littérature l'incidence des déchirures vaginales varie entre de 7,8 à 35,1%, indépendamment de la parité [20,21].

5.6. Pronostic fœtal et maternel

Nous n'avons pas retrouvé de cas de mort maternel dans l'étude. L'enfant était vivant à la naissance dans 89,1% et mort-né dans 10,9% des cas. La santé maternelle et la santé du nouveau-né sont étroitement liées. Il est particulièrement important que tous les accouchements soient assistés par des professionnels de santé qualifiés, car une prise en charge et un traitement opportun peuvent faire la différence entre la vie et la mort pour les femmes comme pour les nouveau-nés.

5.7. Impact sur la qualité de vie

Aucun impact négatif sur la qualité de vie des patients n'a été noté dans l'étude

CONCLUSION

Nos résultats ont démontré une fréquence de 20,1% de traumatisme maternel au cours de l'accouchement. Les traumatismes étaient dominés par l'épisiotomie 87,5% suivi de la rupture utérine 7,1% et de la déchirure vulvopérinéale dans 3,6% des cas. Aucun impact négatif sur la qualité de vie des patients n'a été noté dans l'étude. L'âge moyen des participantes était de $25,5 \pm 6$ ans. Les analphabètes représentaient 44,9% des participantes. La détection et la prise en charge précoce des traumatismes sont nécessaires pour assurer une bonne qualité du postpartum. Ces résultats n'ont pas été documentés auparavant et devraient être confirmés par des études supplémentaires approfondies.

RECOMMANDATIONS

Nous recommandons

Aux autorités sanitaires

- Assurer formation continue du personnel et la responsabilisation afin d'améliorer la qualité des soins.
- Organiser les campagnes de sensibilisation de la population sur les dangers du mariage précoce.

Au personnel du CS Réf de Bla

- Procéder à l'épisiotomie seulement en cas d'indication justifiée.
- Faire un suivi rigoureux des femmes victimes de traumatismes lors de l'accouchement.

Aux accouchées

- Respecter les consignes données par les professionnels de santé pour minimiser les risques de traumatismes lors de l'accouchement.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. Dutta, D. C. DC Dutta's textbook of obstetrics : including perinatology and contraception / DC Dutta, [Internet]. [cité 24 déc 2024]. Disponible sur: <https://opac.library.lirauni.ac.ug/bib/2995>
2. Addis NA, Abraham D, Getnet M, Bishaw A, Mengistu Z. Prevalence and associated factors of maternal birth trauma following vaginal delivery at University of Gondar Comprehensive Specialized Hospital, North-West Ethiopia, 2022. *BMC Pregnancy Childbirth*. 27 juin 2024;24:445.
3. Hodgetts Morton V, Man R, Perry R, Hughes T, Tohill S, MacArthur C, et al. Childbirth Acquired Perineal Trauma study (CHAPTER): a UK prospective cohort study protocol. *BMJ Open*. 24 mai 2024;14(5):e086724.
4. Landy HJ, Laughon SK, Bailit J, Kominiarek MA, Gonzalez-Quintero VH, Ramirez M, et al. Characteristics Associated With Severe Perineal and Cervical Lacerations During Vaginal Delivery. *Obstet Gynecol*. mars 2011;117(3):627-35.
5. Oliveira LS, Brito LGO, Quintana SM, Duarte G, Marcolin AC. Perineal trauma after vaginal delivery in healthy pregnant women. *Sao Paulo Med J*. 28 mai 2014;132(4):231-8.
6. Groutz A, Hasson J, Wengier A, Gold R, Skornick-Rapaport A, Lessing JB, et al. Third- and fourth-degree perineal tears: prevalence and risk factors in the third millennium. *Am J Obstet Gynecol*. avr 2011;204(4):347.e1-4.
7. Traoré B. Les déchirures des parties molles au cours de l'accouchement à la maternité du centre de santé de référence de la commune V du District de Bamako à propos de 75 cas. Bamako. USTTB. Thèse Médecine. 2008. N° 61. 63 pages.
8. Dudding TC, Vaizey CJ, Kamm MA. Obstetric anal sphincter injury: incidence, risk factors, and management. *Ann Surg*. févr 2008;247(2):224-37.
9. OMS. Mortalité maternelle [Internet]. [cité 22 déc 2024]. Disponible sur: <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/maternal-mortality>
10. Lavand'homme P. Postpartum chronic pain. *Minerva Anesthesiol*. mars 2019;85(3):320-4.

11. Landon MB, Galan HL, Jauniaux ERM, Driscoll DA, Berghella V, Grobman WA, et al. *Obstetrics: Normal and Problem Pregnancies E-Book*. Elsevier Health Sciences; 2024. 1547 p.
12. Plan de Développement Socio-sanitaire du Cercle de Bla (PDSC) 2013-2017.
13. Carte sanitaire 2024 du district sanitaire de Bla.
14. Minko UMZ, Obiang PA, Komba OM, Légada NA, Sobotchou Y, Mezui EN, et al. Les Traumatismes Obstétricaux Maternels Spontanés au Cours de l'Accouchement par Voie Vaginale à Libreville. *HEALTH SCIENCES AND DISEASE*. 25 juin 2023;24(7):79-83.
15. Morhe ESK, Sengretsi S, Danso KA. Episiotomy in Ghana. *Int J Gynaecol Obstet*. juill 2004;86(1):46-7.
16. van den Bergh JE, Sueters M, Segaar M, van Roosmalen J. Determinants of episiotomy in rural Zimbabwe. *Acta Obstet Gynecol Scand*. oct 2003;82(10):966-8.
17. Lai CY, Cheung HW, Hsi Lao TT, Lau TK, Leung TY. Is the policy of restrictive episiotomy generalisable? A prospective observational study. *J Matern Fetal Neonatal Med*. déc 2009;22(12):1116-21.
18. Barbier A, Poujade O, Fay R, Thiébauges O, Levardon M, Deval B. La primiparité est-elle le seul facteur de risque des lésions du sphincter anal en cours d'accouchement? *Gynécologie Obstétrique & Fertilité*. févr 2007;35(2):101-6.
19. Jansson MH, Franzén K, Hiyoshi A, Tegerstedt G, Dahlgren H, Nilsson K. Risk factors for perineal and vaginal tears in primiparous women – the prospective POPRACT-cohort study. *BMC Pregnancy and Childbirth*. 2 déc 2020;20(1):749.
20. Birri J, Kreft M, Zimmermann R, Kimmich N. [Association of Birth Trauma with the Implementation of Obstetrical Monitoring Tools: A Retrospective Cohort Study]. *Z Geburtshilfe Neonatol*. juin 2019;223(3):157-68.
21. Kimmich N, Grauwiler V, Richter A, Zimmermann R, Kreft M. Birth Lacerations in Different Genital Compartments and their Effect on Maternal Subjective Outcome: A Prospective Observational Study. *Z Geburtshilfe Neonatol*. déc 2019;223(6):359-68.
22. Jansson MH, Franzén K, Hiyoshi A, Tegerstedt G, Dahlgren H, Nilsson K. Risk factors for perineal and vaginal tears in primiparous women – the

- prospective POPRACT-cohort study. *BMC Pregnancy and Childbirth*. 2020;20(1):749.
23. Minko UMZ, Obiang PA, Komba OM, Légada NA, Sobotchou Y, Mezui EN, et al. Les Traumatismes Obstétricaux Maternels Spontanés au Cours de l'Accouchement par Voie Vaginale à Libreville. *HEALTH SCIENCES AND DISEASE* [Internet]. 25 juin 2023 [cité 25 déc 2024];24(7). Disponible sur: <https://www.hsd-fmsb.org/index.php/hsd/article/view/4581>
 24. Murguía-González A, Hernández-Herrera RJ, Nava-Bermea M. [Risk factors of birth obstetric trauma]. *Ginecol Obstet Mex*. juin 2013;81(6):297-303.
 25. Institut nationale de la statistique et de la démographie, et ORC Macro. Enquête démographique et de santé du Burkina Faso 2003, Calverton, Maryland USA :INSD et ORC.67.
 26. Sawadogo A. Les lésions traumatiques au cours de l'accouchement au Centre Hospitalier Universitaire Yalgado Ouédraogo de Ouagadougou : Aspects épidémiologiques, cliniques, thérapeutiques et pronostic. Ouagadougou. Unité de Formation et de Recherche en Sciences de la Santé (UFR-SDS). Thèse Médecine. 2012. N°01. 117 pages.
 27. Sepou A, Yanza MC, Nguembi E, Ngbale R, Kouriah G, Kouabosso A, et al. [Uterine rupture in the maternity ward of the Bangui Community Hospital (Central Africa)]. *Med Trop (Mars)*. 2002;62(5):517-20.
 28. Caudwell-Hall J, Kamisan Atan I, Martin A, Guzman Rojas R, Langer S, Shek K, et al. Intrapartum predictors of maternal levator ani injury. *Acta Obstet Gynecol Scand*. avr 2017;96(4):426-31.