

UNIVERSITE DE BAMAKO  
FACULTE DE MEDECINE, DE PHARMACIE  
ET D'ODONTO-STOMATOLOGIE

Année : 2007 - 2008

N°

THEME

**LES DECHIRURES DES PARTIES MOLLES  
AU COURS DE L'ACCOUCHEMENT A LA  
MATERNITE DU CENTRE DE SANTE DE REFERENCE  
DE LA COMMUNE V DU DISTRICT DE BAMAKO**

THESE

Présentée et soutenue publiquement le / / 2008

*devant la Faculté de Médecine, de Pharmacie  
et d'Odonto-Stomatologie*

Par

**Bekaye TRAORE**

Pour l'obtention du grade de Docteur en Médecine (Diplôme d'Etat)

**Jury :**

Président :

Professeur Salif DIAKITE

Membre :

**Docteur Oumar M TRAORE**

CoDirecteur

**Docteur Niani MOUNKORO**

Directeur de Thèse :

Professeur Agrégé Mamadou

TRAORE

## **I- INTRODUCTION**

On désigne sous le nom d'accouchement l'ensemble des phénomènes qui permettent l'expulsion du fœtus et ses annexes hors des voies génitales maternelles [24].

L'accouchement peut se dérouler dans les conditions très différentes avec des conséquences aussi différentes pour l'enfant et la mère [24].

L'accouchement normal comporte habituellement une délivrance normale et des suites de couches également normales. C'est l'accouchement eutocique.

L'accouchement dystocique par opposition à l'accouchement eutocique est un accouchement au cours duquel surviennent des difficultés, qu'elles soient d'origine maternelle, fœtale ou ovulaire.

Souvent on a recours à plusieurs manœuvres obstétricales qui ne sont pas sans risque pour le fœtus et la mère. Parmi ces manœuvres, nous avons les applications de forceps qui causent le plus de déchirures des parties molles et aussi des traumatismes fœtaux.

L'intégrité des voies génitales n'est pas toujours respectée au cours de l'accouchement. Leurs lésions nécessitent une prophylaxie et un traitement qui ont une place importante dans la conduite de l'accouchement [24]. C'est ainsi que FANE. S a trouvé 60% de déchirures périnéales simples, 15% de déchirures périnéales complètes, 5% de déchirures périnéales complètes et compliquées, 10% de déchirures vaginales, 10% de déchirures cervicales sur 158 cas d'application de forceps en 2002-2003 à l'hôpital du point G.

KONE. P a trouvé 1,25% de déchirures périnéales, 0,5% de déchirures du col par application de forceps pour 400 cas au centre de santé de référence de la commune V du District de Bamako en 2002-2003.

En France en 1981, le taux de déchirures périnéales complètes était de 0,6% [17].

Les applications de ventouse sont moins traumatiques par rapport à celles du forceps.

L'épisiotomie prenant une place de plus en plus importante dans l'obstétrique doit faire disparaître les grands délabrements périnéaux telles les déchirures périnéales complètes et compliquées [22].

Il existe plusieurs autres facteurs favorisant la survenue des déchirures obstétricales. Certains de ces facteurs sont imputables à l'accoucheur notamment la dilatation artificiel du col, le dégagement trop rapide, la manœuvre de Jacquemier, l'épisiotomie médiane qui est maintenant rare [24]. A ses causes iatrogènes s'ajoutent les causes congénitales telles que les périnées courts ou mal étoffés, les cicatrices périnéales anciennes qui peuvent passer inaperçues pour le praticien.

Ainsi avons-nous décidé de nous intéresser à ce thème peut être rare mais grave de conséquences.

Nous nous sommes fixés les objectifs suivants :

## **II- OBJECTIFS**

### **A- OBJECTIFS GENERAUX :**

Etudier les déchirures des parties molles au cours de l'accouchement à la maternité du centre de santé de référence de la commune V :

### **B- OBJECTIFS SPECIFIQUES :**

- Déterminer la fréquence des déchirures des parties molles au cours de l'accouchement.
- Déterminer le profil socio-démographique de la femme.
- Préciser les circonstances de survenue de ces déchirures
- Décrire la prise en charge des déchirures des parties molles.
- Formuler des recommandations.

### **III- GENERALITES**

#### **A- Rappel anatomique :**

Les déchirures des parties molles sont des complications de l'accouchement qui regroupent les déchirures du périnée, du col, du vagin et de la vulve.

#### **B- Le périnée :**

La paroi pelvi-périnéale qui ferme en bas la cavité abdomino-pelvienne est constituée de deux structures superposées, le périnée et le diaphragme pelvien. Particulièrement solide dans l'espèce humaine, elle est cependant fragilisée chez la femme en raison de la présence d'un hiatus uro-génital vaste qui doit subir en particulier les contraintes de l'accouchement [10].

**1- Définition anatomique :** Le périnée est l'ensemble des parties molles fermant en bas l'excavation pelvienne.

**2- Définition obstétricale :** C'est la partie séparant la fourchette vulvaire de l'anus [21].

#### **3- Description anatomique :**

En position gynécologique le périnée a la forme losangique à grand axe antero-postérieur. Les angles sont définis par :

- La symphyse pubienne en avant
- Le coccyx en arrière
- Les tubérosités ischiatiques latéralement

Les lignes bi ischiatiques le divisent en deux régions :

Une partie urogénitale en avant

Une partie anale en arrière

Chacune de ces deux régions est située dans un plan différent.

Sur le plan anatomique il existe, derrière cette peau périnéale un système musculo-aponévrotique complexe.

### **3-1- Le plan profond :**

C'est le plan des muscles releveurs de l'anus qui sont situés au tiers de l'excavation pelvienne et donnent des expansions superficielles vers le sphincter externe de l'anus. Ils sont poursuivis, en arrière par les muscles ischio-coccygiens. Les releveurs forment une cloison concave en haut appelée diaphragme pelvien principal. Il présente sur la ligne médiane un hiatus allongé d'avant en arrière du pubis jusqu'au coccyx laissant passage à l'urètre, au vagin et au canal anal. Il s'agit de la fente génitale.

Le releveur de l'anus se compose de deux parties :

- une partie externe ou sphinctérienne qui s'attache à la face postérieure du pubis, à l'aponévrose obturatrice et à la face interne de l'épine sciatique. Les faisceaux musculaires se dirigent obliquement en dedans, en bas et en arrière vers le coccyx et la région rétro anale.
- Une partie interne ou élévatrice : elle s'insère en avant sur le pubis. Les fibres se portent en arrière et en dedans de la portion sphinctérienne intérieure. Elles viennent en partie s'attacher sur le sphincter anal et participe à la formation du noyau fibreux central du périnée. Fig 1 B.

### **3-2- Plan superficiel : fig 1 A**

Sa valeur fonctionnelle est faible, sauf en ce qui concerne le sphincter de l'anus.

En dehors du sphincter, il est composé de différents éléments anatomiques, du type des muscles peauciers :

- le transverse profond et le transverse superficiel : ils s'attachent à l'extérieur sur l'ischion et à l'intérieur sur le noyau fibreux central du périnée ;
- l'ischio-caverneux s'insère sur la branche ischio-pubienne et sur la face interne de l'ischion. Il rejoint le muscle transverse superficiel ;

- le bulbo-caverneux recouvre la face externe du bulbe et s'insère en avant sur le bulbe vestibulaire et le corps caverneux du clitoris et en arrière sur le noyau fibreux central du périnée.
- Le sphincter externe de l'anus est situé au tour de la portion anal du rectum. Ses fibres forment deux arcs qui circonscrivent le canal anal. Elles se réunissent en avant pour s'insérer sur le noyau fibreux central du périnée et en arrière pour s'insérer sur la pointe du coccyx.
- Les fosses ischio-rectales : elles sont profondes de 8 à 10 cm environ, elles contiennent de la graisse et le paquet vasculo-nerveux honteux interne[10]

### **3-3- Le noyau fibreux central du périnée :**

C'est une formation fibro-musculaire pyramidale aux limites imprécises situées sous la peau, au dessous du plan bitubéral ischiatique. Il donne insertion au muscle pubo-vaginal, transverse et bulbo-spongieux.

### **3-4- Le diaphragme pelvien :**

Définition : le diaphragme pelvien, constitué des muscles élévateurs de l'anus et coccygien présente sur son axe sagittal en avant le hiatus urogénital traversé par l'urètre et le vagin, et en arrière le hiatus anal, contenant le canal anal [8].

### **3-5- Le fascia pelvien :**

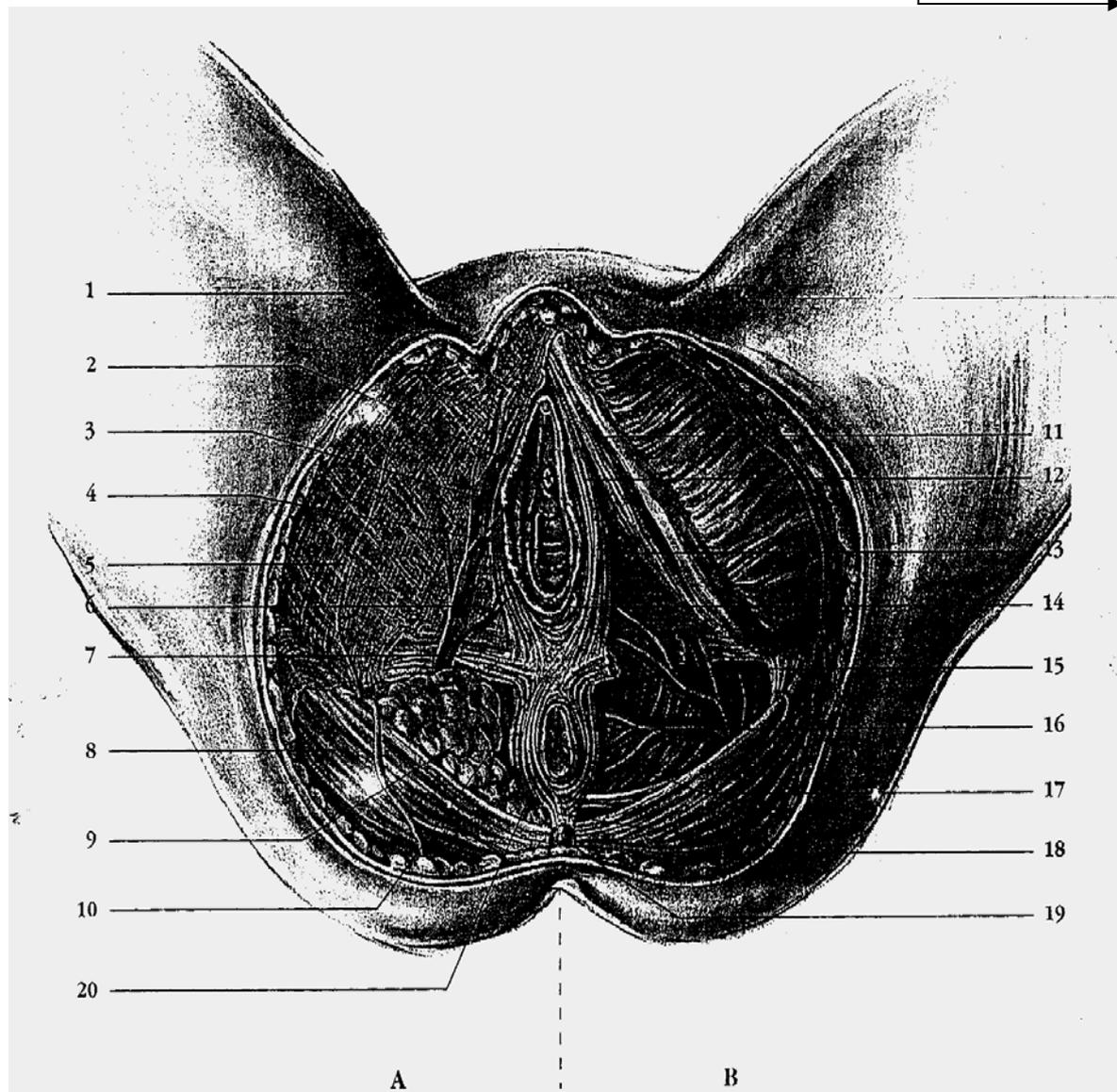
Est l'ensemble des lames fibreuses d'origine mésenchymateuse recouvrant les parois du petit bassin et engainant les viscères qu'ils contiennent. C'est le prolongement du fascia transversal. On distingue deux parties [8] :

- Le fascia pelvien viscéral engainant les viscères et les cloisonne.
- Le fascia pelvien pariétal qui revêt la paroi pelvienne osseuse et musculaire.

Il a un rôle de contention et de soutien des viscères pelviens

**Figure 1 : Le périnée Féminin [10]**

↑ Cranial  
→ Gauche



**Fig. 2.2. Périnée féminin.**

A. région superficielle

B. région profonde

1. gland du clitoris

2. ostium externe de l'urètre

3. a., v. et n. périnéaux superficiels

4. orifice vaginal

5. r. périnéal du n. cutané postérieur de la cuisse

6. fascia superficiel du périnée

7. m. transverse superficiel

8. m. grand fessier

9. fosse ischio-rectale

10. centre tendineux du périnée

11. m. ischio-caverneux

12. m. bulbo-spongieux

13. fascia inférieur du diaphragme uro-génital (membrane périnéale)

14. glande vestibulaire majeure

15. a., v. et n. périnéaux profonds

16. a., v. et n. rectaux inf.

17. anus

18. lig. ano-coccygien

19. apex du coccyx

20. m. sphincter externe de l'an

#### **4- Les lésions génitales :**

##### **4-1- Circonstance de survenue de déchirure des voies génitales basses :**

La documentation scientifique du risque est mauvaise car il n'existe pas d'étude expérimentale. Une étude d'observation sur les facteurs de risque de l'épisiotomie retrouve à forte valeur prédictive, la primiparité, les extractions instrumentales et la macrosomie fœtale.

##### **4-2- Les facteurs favorisants :**

Les facteurs favorisants cités dans la littérature sont :

- la qualité de tissu périnéal ;
- l'existence d'infection vaginale à répétition en particulier candidosique pendant la grossesse et lors de l'accouchement ;
- la négligence de l'appréciation clinique ou radiologique des conditions anatomiques du détroit inférieur ;

##### **4-3- Déchirures périnéales :**

Elles concernent les déchirures du périnée qui sont du siège habituellement sagittal et peuvent se latéraliser partiellement au niveau du sphincter anal. Il existe plusieurs classifications, la suivante est celle de la classification de Merger. Cet auteur classe les déchirures du périnée en trois (3) grands types :

Les déchirures incomplètes, les déchirures complètes et les déchirures complètes et compliquées.

##### **4-4- Les déchirures périnéales incomplètes :**

Ces déchirures comportent trois degrés : [14]

- ❖ **La déchirure périnéale 1<sup>er</sup> degré** : Elle intéresse la muqueuse vaginale, la peau périnéale les tissus sous cutanés de la commissure vulvaire.
- ❖ **La déchirure périnéale 2<sup>ème</sup> degré** : Elle intéresse les éléments du 1<sup>er</sup> degré plus les muscles bulbo caverneux, la partie antérieure du

noyau fibreux central du périnée. Les muscles transverses du périnée sont intacts.

- ❖ **La déchirure périnéale 3<sup>ème</sup> degré** : Tous les muscles du noyau fibreux central du périnée sont atteints.

Le sphincter de l'anus est intact :

#### **4-5- Les déchirures périnéales complètes** :

La déchirure atteint le sphincter de l'anus en partie ou en totalité

Les bouts du sphincter déchiré se rétractent laissant communiquer la vulve et l'anus. Le toucher rectal ne soulève plus que la muqueuse anale, tout tissu musculaire a disparu [14].

#### **4-6- Les déchirures périnéales complètes et compliquées** :

Lorsque la déchirure est compliquée, non seulement le sphincter anal est intéressé mais aussi une partie plus ou moins étendue de la muqueuse anale

Le vagin et le canal anal communiquent largement, constituant une sorte de cloaque.

La déchirure anale à la forme d'un v à pointe supérieure [14].

**4-7- La déchirure centrale du périnée** : Cette forme anatomique particulière est rare.

Elle est due à la mauvaise direction de la tête pendant le dégagement (présentation du bregma, quelquefois de la face) ils s'agit des présentations défléchies.

**5- Etiologie** : Les déchirures périnéales surviennent au moment du dégagement de la présentation [20].

#### **5-1- Les causes maternelles** :

- la qualité du tissu périnéal qui peut être souple ou inextensible.
- La longueur du périnée trop courte ou trop longue

Le périnée long se déchire plus facilement, mais les périnée court se déchirure plus gravement. Les périnées de longueurs bonnes sont donc moins vulnérables [14].

- Les périnéés étirés chez les luxées de la hanche.
- Les périnéés mal étoffés (agénésiques, hypotrophique)
- Les périnéés cicatriciels
- Les périnéés œdématiés ou infectés

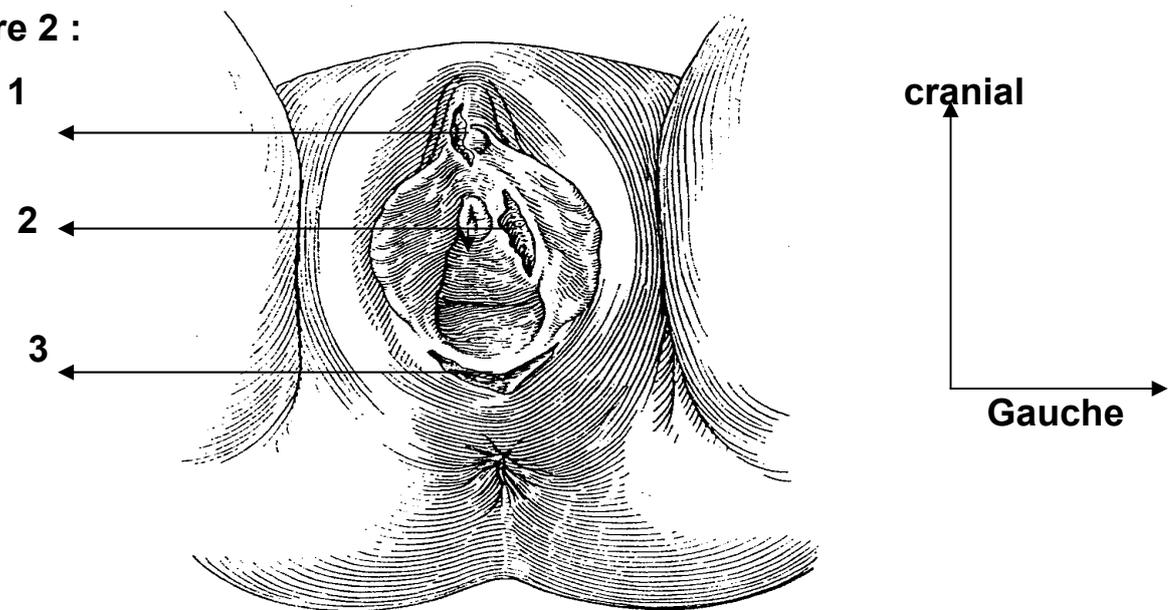
### **5-2- Les causes fœtales**

- le grand volume de la présentation ;
- trop grand diamètre bi-acromial ;
- dégagement du sommet en occipito-sacré ;
- Dégagement des présentations défléchies (face, bregma) ;
- Procidence ou latérocidence d'un membre [1,2] ;
- Brusquerie du dégagement en cas d'accouchement de la tête dernière et en cas de dégagement de têtes trop petites.
- Présentation du siège.

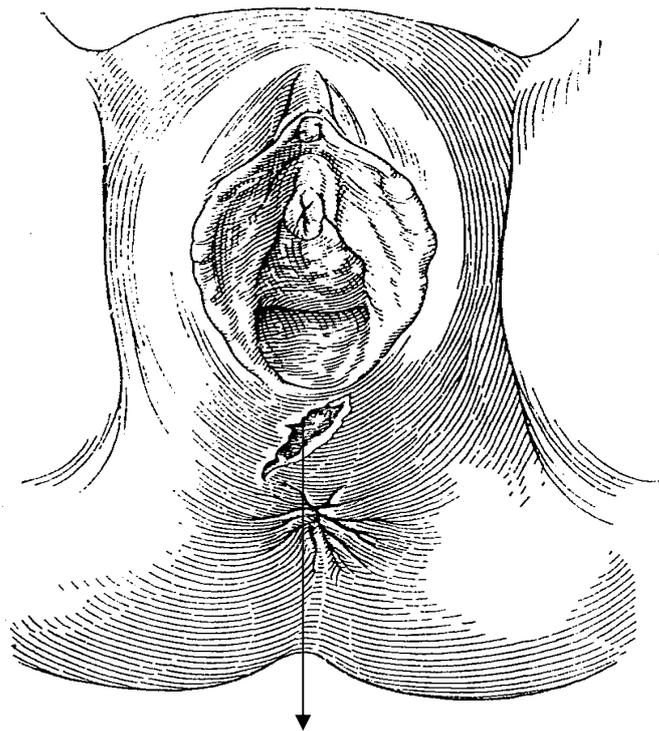
### **5-3- Les causes obstétricales**

- La primiparité : la fréquence des déchirures périnéales complètes est trois fois plus importante lors du premier accouchement que les accouchements suivants [20].
- Les manœuvres obstétricales augmentent deux à trois le risque des déchirures périnéales complètes [20].
- La ventouse est la moins traumatique que le forceps.
- L'épisiotomie médiane augmente quatre à neuf fois le risque le déchirure périnéale complète.
- Les viciations pelviennes prédisposent aux déchirures (luxation de la hanche, cyphotique)
- Toutes extractions instrumentales sans épisiotomie surtout l'application du forceps dans l'extraction sur tête dernière risquent de provoquer des déchirures hélicoïdales du vagin [16].
- accoucheur inexpérimenté ou impatient.

**Figure 2 :**



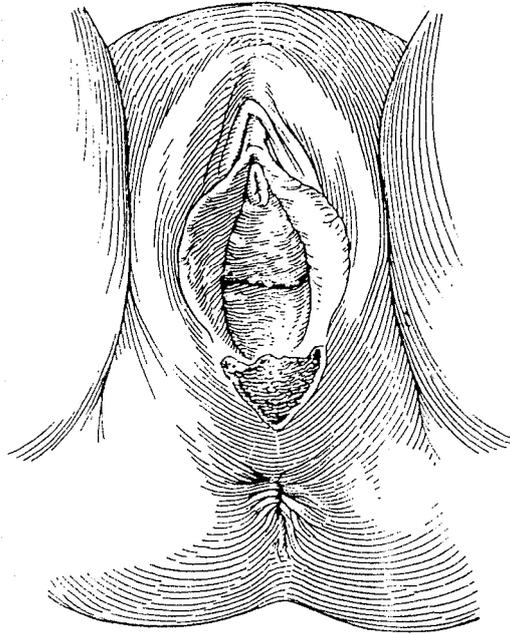
**a) lésions vulvaire et périnéale : (1) clitoridienne, (2) nymphale, (3) déchirure périnéale incomplète (1<sup>er</sup> degré) [14]**



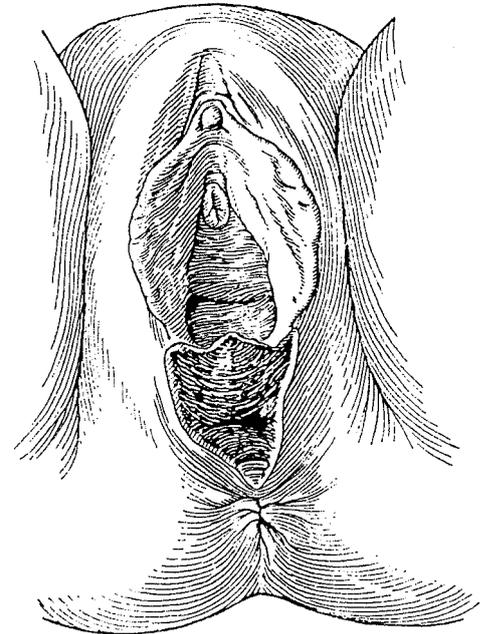
**b) déchirure centrale du périnée [14]**

**Tiré du Merger [14]**

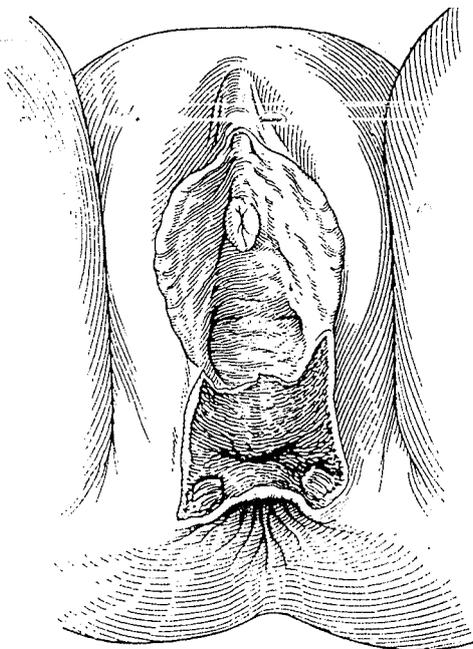
*DÉCHIRURES VULVO-PÉRINÉALES*



**c) déchirure périnéale incomplète : 2e degré.**

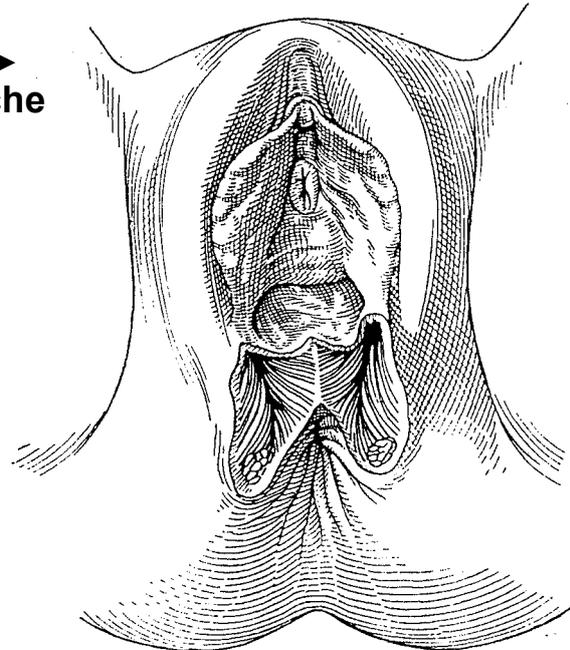


**d) déchirure périnéale incomplète : 3e degré**



**e) déchirure complète du périnée**

↑  
**Cranial**  
→  
**Gauche**



**f) déchirure périnéale complète et compliquée**

## **6- Diagnostic :**

Les déchirures du périnée n'ont guère de signes fonctionnels. Elles sont peu ou pas hémorragiques, sans douleur. Seule l'inspection permet d'apprécier le degré des lésions. La femme étant mise en position gynécologique, on voit en écartant les lèvres de la plaie si la déchirure est complète, compliquée ou incomplète suivant qu'elle intéresse ou pas le sphincter anal et la muqueuse digestive.

**7- Fréquence :** la fréquence des déchirures incomplètes est de 20 à 60% chez la primipare suivant les auteurs [14].

## **C- Le vagin :**

**1- Définition :** c'est un conduit musculo-membraneux qui s'étend de l'utérus à la vulve. Organe de la copulation chez la femme, c'est aussi la voie d'exploration gynécologique par excellence, voie de passage des sécrétions utérines, du fœtus pendant l'accouchement et des annexes fœtales au moment de la délivrance, le vagin représente le mat de soutien des viscères pelviens. Le vagin est aussi une voie d'abord chirurgical gynécologique dite voie basse.

**2- Situation :** organe impair médian, situé en partie dans l'excavation pelvienne en partie dans l'épaisseur du périnée.

Il est compris entre vessie et urètre en avant et rectum en arrière.

Il se fixe en haut sur le col qui fait saillie dans sa cavité.

En bas la frontière entre le vagin et la vulve est marquée par l'hymen.

## **3- Direction :**

En station debout l'axe général du vagin est sensiblement parallèle à celui du détroit supérieur et croise en arrière la troisième ou la quatrième vertèbre sacrée.

Il forme avec l'horizontal un angle ouvert en arrière de 65° environ.

Il forme avec celui du col un angle ouvert en avant de 90° à 110° qui varie avec la réplétion de la vessie et du rectum.

En décubitus dorsal le vagin fait avec l'horizontal un angle de 30° environ. L'axe du vagin se dirige obliquement en direction de la deuxième vertèbre sacrée.

#### **4- Forme :**

A l'état de vacuité le vagin est dans sa plus grande longueur aplati d'avant en arrière, ses parois antérieures et postérieures sont accolées l'une contre l'autre.

Sa longueur moyenne est de 8cm, sa paroi antérieure (7cm) est plus courte que la paroi postérieure (8cm).

#### **5- Les rapports :**

Pelvien à son origine, le vagin est périnéal à sa terminaison après avoir traversé la boutonnière des muscles élévateurs. Les rapports seront donc différents selon l'étage constitué.

##### **5-1- Les rapports antérieurs :**

La paroi antérieure répond à la face postérieure de l'appareil urinaire.

Elle regard en avant et en haut et présente à considérer deux portions :

- une portion supérieure en rapport avec la base vésicale ;
- Le bas-fond vésical est solidement fixé à la paroi antérieure du vagin par l'intermédiaire du septum vésico-vaginal. Celui-ci est individualisé chirurgicalement sous forme d'une lame résistante fibro-conjonctive appelée fascia de Halban. Ce dernier est constitué du septum vésico-vaginal et du fascia isolé artificiellement par la dissection chirurgicale. Cette partie supérieure occupe également la portion terminale de l'uretère pelvien.
- Le trigone vésical est situé au-dessous du bas-fond vésical répondant directement le trigone vaginal.
- Une portion inférieure unie intimement l'urètre constituant le septum uréthro-vaginal et le sphincter de l'urètre.

## **5-2- Rapports postérieurs :**

La paroi postérieure présente à considérer trois segments :

- un segment supérieur postérieur ou péritonéal formant avec la face postérieure de l'utérus et la face antérieure du rectum le cul-de-sac recto-utérin de Douglas.
- Un segment moyen situé au dessous du cul-de-sac de Douglas, le vagin s'applique directement sur 4cm environ contre le rectum.
- Un segment inférieur : le rectum se coude (angle anal) devient oblique en bas en arrière. Il en résulte donc entre vagin et canal le triangle anneau vaginal qui contient le centre tendineux du périnée. Le sommet de ce triangle reçoit des fibres de l'élévateur de l'anus. La base de ce triangle est comprise entre la fourchette vulvaire et l'anus. Elle mesure 25mm. Cette distance est importante en obstétrique. Ainsi les distances ano-vulvaires supérieures à 25mm prédisposent aux déchirures périnéales incomplètes et celles inférieures à 25mm entraînent des déchirures périnéales plus graves mais moins fréquentes.

## **5-3- Les rapports latéraux :**

La paroi latérale présente à étudier trois segments.

Au dessus les élévateurs de l'anus

Le vagin répond au paracervix celui-ci est constitué essentiellement du pédicule consjonctivo-vasculaire infra-urétrique ; y cheminent :

- l'artère vaginale qui se divise en branche vésico-vaginales ;
- les branches vésico-vaginales d'origine utérine ;
- l'important plexus veineux du fond du pelvis ;
- quelques voies lymphatiques et peu nombreuses.

Au niveau des élévateurs :

Le vagin est croisé par le bord interne des élévateurs à peu près à la jonction des 2/3 supérieurs et du tiers inférieur.

Au dessous des éleveurs :

Le vagin est en rapport avec les bulbes vaginaux recouverts par les muscles bulbo-spongieux et la glande vestibulaire majeure de Bartholin.

#### **5-4- Extrémité supérieure ou fornix vaginal :**

Elle comprend 4 segments :

- Le cul-de-sac antérieur, très petit est un simple sillon.
- Le cul-de-sac postérieur (lac spermatique de Commendeur), il mesure 10-25mm.
- Les culs-de-sacs latéraux par lesquels on explore l'état des paramètres.

En avant le fornix vaginal répond à la base de la vessie, il est en rapport avec le paracervix, en arrière il est en contact avec le rectum par l'intermédiaire du cul-de-sac recto-utérin de Douglas.

#### **5-5- L'extrémité inférieure :**

Chez la vierge le vagin est séparé de la vulve par une membrane : l'hymen. Celle-ci est un repli muqueux incomplet, placé horizontalement quand le sujet est debout.

Sa forme est très variable, ces variétés peuvent être groupées en trois types anatomiques :

- L'hymen semi-lunaire ;
- L'hymen annulaire ;
- L'hymen labié ;

**5-6- Configuration interne :** elle est faite de rides vaginaux et de colonnes de rides vaginales.

#### **5-7- Structure :**

La paroi vaginale épaisse en moyenne de 3mm est solide et très extensible. Elle comprend trois tuniques :

- Une tunique externe ou fascia vaginal ;
- Une tunique moyenne ou musculaire ;

- Une tunique interne muqueuse.

#### **5-8- Vaisseaux et nerfs :**

- **Les artères** : elles proviennent de chaque côtés de haut en bas de l'utérine, de la vaginale et de l'hémorroïdale moyenne ;
- **Les veines** : le réseau capillaire, plexi forme des faces antérieures et postérieures rejette dans un important plexis latéro-vaginal. Celui-ci S'anastamose en avant avec le plexis latéro-vésical. Il se draine en arrière dans les veines utérines en haut, et dans les veines rectales honteuses internes en bas.
- **Les lymphatiques** : ils tirent leur origine dans la muqueuse et de la musculuse.
- **Les nerfs** : les filets nerveux proviennent surtout de la partie antéro-inférieure des nœuds iliaques internes et accessoirement du nerf honteux interne.

#### **6- Anatomie pathologique :**

Les déchirures obstétricales du vagin se divisent selon la hauteur des lésions en trois groupes de fréquence de mécanisme et d'aspect fort différents. Elles sont basses, hautes ou moyennes.

##### **6-1- Les déchirures vaginales basses :** (périnéo-vaginales)

Ce sont beaucoup les plus communes. Elles sont aussi fréquentes que celles du périnée dont elles sont le complément constant.

##### **6-2- Les déchirures vaginales hautes ou (déchirures du dôme vaginal) :**

Devenues exceptionnelles elles intéressent les culs-de-sac vaginaux. Elles surviennent quelquefois par effraction. Une branche de forceps par exemple a été introduite non entre la tête et le col mais en dehors de la lèvre cervicale puis on a forcé la résistance et perforé le cul-de-sac. D'où la règle de vérifier après l'application de l'instrument que la tête est prise et seule prise.

Mais le mécanisme habituel est celui de l'éclatement. Parfois la lésion se propage au segment inférieur ce qui fait que souvent sa pathogénie son pronostic et son traitement rappellent ceux des ruptures utérines.

### **6-3- Les déchirures vaginales moyennes :**

Les précédentes avaient un tableau clinique d'emprunt celui des déchirures périnéales pour les basses celui des ruptures utérines pour les hautes. Au contraire les déchirures de la partie moyenne ont un aspect qui leur est propre. Ces déchirures surviennent toujours à la suite d'un accouchement opératoire difficile.

### **6-4 Étiologie :**

- rétrécissement vaginal congénitale ou cicatriciel [1].
- Cancer du vagin
- Les lésions syphilitiques
- Les applications de forceps dans les occipito-postérieures [14].
- Excès de volume de la présentation.

**6-5 Diagnostic :** le diagnostic se fait au cour de l'examen, pas de douleur, peu hémorragique [14].

Le toucher vaginal et l'examen sous valves permettent de reconnaître les déchirures toujours latérales d'un côté ou souvent des deux côtés et parfois la colonne postérieure.

### **6-6 Pronostic et complications :**

Les déchirures basses sont plus fréquentes, mais les déchirures hautes et moyennes sont les plus graves à cause des possibilités d'extension au rectum et à la vessie.

### **7- Le thrombus vulvaire :**

Il représente 1/1000 accouchements. Il apparait le plus souvent après la suture d'une déchirure vaginale et dans ce cas il est souvent du à un défaut de suture qui n'a pas intéressé les plexus veineux de la paroi vaginale à la partie haute de la déchirure.

Le développement du thrombus est lié à une délacération des plexus veineux dans l'épaisseur de la paroi vaginale après dissociation de ces différentes couches.

La douleur pelvi-périnéale est le principal symptôme du thrombus. Son traitement consiste à une évacuation et suture de la paroi vaginale [23].

## **D- La vulve**

### **1- Définition :**

La vulve est une fente cutanée aboutissant au vestibule uro-génitale.

Elle représente l'ensemble des formations génitales de la femme ; c'est-à-dire le mont du pubis, les formations labiales, le vestibule, les organes érectiles et les glandes vulvaires [9].

### **2- Situation :**

Elle est située entre les faces internes de cuisses, s'étendant dans le sens antéro-postérieur de la région hypogastrique à 3cm environ en avant de l'anus.

### **3- Direction :**

Elle est fonction de l'inclinaison du bassin. Chez la femme debout, avec un bassin normal la vulve est dans son ensemble légèrement oblique en bas et en arrière faisant avec la verticale un angle de 60° environ.

### **4- Forme :**

En position gynécologique elle se présente comme une saillie ovoïde à grande taille verticale avec le mont du pubis en avant et l'anus en arrière [9].

Les éléments qui la composent sont :

### **5- Le mont du pubis :**

C'est une saillie arrondie triangulaire à sommet inférieur, situé devant la symphyse pubienne et limitée latéralement par les plis de l'aîne.

Il se compose essentiellement d'un amas cellulo-adipeux recouvert d'un revêtement cutané.

## **6- Les formations labiales :**

Elles sont constituées de :

### **6-1- Les grandes lèvres :**

Ce sont deux replis cutanés allongés transversalement du mont du pubis à la région périnéale.

Elles mesurent en moyenne 7-8cm d'épaisseur de 2-3cm à leur base et à l'union de leur 1/3 antérieur et leurs 2/3 postérieurs, hautes de 1,5-2cm.

Elles sont triangulaires et présentent deux faces externes et internes, un bord libre, une base et deux extrémités antérieures et postérieures. Elles sont constituées par une lame conjonctivo-adipeuse avec un épithélium de type malpighien.

### **6-2- Les petites lèvres :**

Ce sont des replis cutanés d'apparences muqueuses en dedans. Elles sont roses unies humides dépourvues de poils, elles mesurent en moyenne 30-35mm de longueur, 10-15mm de hauteur, elles sont épaisses de 3-4mm à leur base.

Elles présentent à décrire deux faces externes et internes, un bord libre, un bord adhérent aux deux extrémités. Elles sont formées par un double feuillet cutané emprisonnant au centre une lame fibro-élastique riche en feuillet nerveux et surtout en vaisseaux rappelant les corps érectiles.

### **6-3- L'espace inter labial ou canal vulvaire :**

C'est l'espace limité par la face interne des petites et grandes lèvres, virtuel à l'état normal, il devient un véritable canal lorsqu'on écarte les formations labiales.

Il mesure 6-7cm de long et 2cm de large. Le fond du canal constitue le vestibule limité en avant par le clitoris en arrière par la commissure postérieure des petites lèvres. Ils présentent à décrire deux régions : en avant le vestibule de l'urètre en arrière le vestibule du vagin.

#### **6-4- Les organes érectiles :**

L'appareil érectile comprend classiquement le clitoris et les bulbes vestibulaires, il faut y ajouter l'appareil semi érectile des lèvres.

#### **6-5- Le clitoris :**

C'est l'homologue de corps caverneux de l'homme. Il se compose d'un corps et d'une terminaison libre appelée gland, le tout recouvert d'un prépuce. Il mesure en moyenne 6-7cm dont environ 3cm pour la racine 2,5cm pour le corps et 0,6 pour le gland et 0,6 à 0,7cm de diamètre.

#### **7- Les rapports :**

Les piliers du clitoris sont en rapport en dedans avec les muscles ischio-caverneux. La hampe est recouverte par le prépuce. Sur la face postérieure il se fixe au frein clitoridien. Il est constitué d'une gaine fibro-élastique et d'un tissu érectile.

#### **8- Les bulbes vestibulaires :**

Ils sont similaires au corps spongieux masculin. Il confine en arrière les glandes vestibulaires de Bartholin, leur rupture au cours de l'accouchement entraîne le thrombus vulvaire.

#### **9- Les glandes vulvaires :**

Les glandes vulvaires mineures se sont des glandes disséminées à la surface des formations labiales.

#### **9-1- Les glandes urétrales (de Skène) :**

Ce sont les deux plus volumineuses glandes urétrales dont les canaux excréteurs s'ouvrent au voisinage de l'ostium externe de l'urètre. C'est l'homologue de la prostate.

#### **9-2- Les glandes vestibulaires majeures (de Bartholin) :**

Ce sont des glandes mucipares qui secrètent au cours des rapports sexuels un liquide lubrifiant le vagin. Elles sont au nombre de deux situées de chaque côté de la moitié postérieure de l'orifice vaginale.

Elle mesure 10-15mm de long 8mm long de hauteur et 5mm d'épaisseur et pèsent environ 4-5g.

Elles sont situées entre le muscle constructeur du vagin et le muscle bulbo-spongieux. C'est une glande en grappe.

### **10- Vaisseaux et nerfs :**

**Les artères** : la partie antérieure est vascularisée par :

- les artères honteuses externes supérieures et inférieures qui viennent de la fémorale.
- Une branche terminale de l'obturatrice
- La paroi postérieure est sous la dépendance des branches de la honteuse interne en particulier les artères caverneuse, bulbaire et périnéale superficielle.

**Les veines** : les veines sont la honteuse externe et interne, la fémorale.

**Les lymphatiques** : il s'agit des nœuds inguinaux superficiel interne et externe.

**Les nerfs** : il s'agit des nerfs ilio-hypogastrique, ilio-inguinal et gento-fémoral, nerfs honteux interne, nerf périnéal.

### **11- Anatomie pathologique :**

Les déchirures du périnée sont toujours associées à des lésions vulvaires basses dont elles ne se différencient pas. Mais les lésions vulvaires peuvent être isolées : Les lésions hyménéales, les lésions vulvaires antérieures et les lésions vulvaires latérales.

#### **11-1- Les déchirures hyménéales :**

Ces lésions sont constantes chez la primipare, le 1<sup>er</sup> accouchement achève de détruire l'hymen non entièrement disparu après défloration.

Chez la multipare il n'existe plus que quelques restes d'hymen sans continuité connu sous le nom de caroncules myrtiformes dont l'intérêt n'est guère que médico-légal.

### **11-2- Les déchirures antérieures clitoridiennes :**

Les lésions vulvaires antérieures sont péri clitoridiennes. Le gland du clitoris est rarement atteint. Les lésions le plus souvent unilatérales. Leur caractère est d'être hémorragique. Les petits vaisseaux, les artérioles donnent parfois à plein jet. Ce sont des lésions superficielles qu'il suffit parfois de tamponner mais qu'il vaut mieux suturer. On peut observer un décollement de la région urétrale, le sondage est alors difficile.

### **11-3- Les déchirures latérales nymphéales :**

Quant aux lésions latérales, ce sont de petits éclatements vulvaires qui saignent moins que les lésions antérieures et n'ont d'autre inconvénient que leur cicatrisation quelque fois douloureuse, origine de dyspareunie. Plus rarement on peut observer la désinsertion d'une petite lèvre ou sa perforation comme à l'emporte-pièce dont la cicatrisation ne se fait pas toujours spontanément. Les lésions des grandes lèvres siègent sur leur face interne sous forme d'éraillures. Le bord libre peut être sectionné plus ou moins profondément.

### **12- Évolutions et pronostic des déchirures vulvo-périnéales**

- La cicatrisation spontanée est possible dans les déchirures incomplètes mais elle pourrait laisser des cicatrices irrégulières et douloureuses ;
- Dans les déchirures complètes la réparation spontanée est rare, le pronostic fonctionnel est beaucoup plus grave, il peut y avoir une incontinence du sphincter aux gaz et les matières liquide ;
- Les déchirures hyménéales sont constantes chez les primipares qui saignent peu et n'ont qu'un intérêt médico-légal ;
- Les déchirures clitoridiennes antérieures leur constance et d'être hémorragique. Le tamponnement suffit pour arrêter l'hémorragie mais parfois une suture s'impose pour faire l'hémostase ;
- Les déchirures latérales nymphéales sont parfois constatées et leur cicatrisation entraîne des dyspareunies.

## **E- Le col de l'utérus :**

### **1- Description anatomique :**

C'est une portion de l'utérus séparée du corps par l'isthme. On lui décrit suivant la ligne d'insertion vaginale deux portions :

- L'une intra vaginale ou museau de tanche qui est visible lors de l'examen au spéculum et porte l'orifice externe du col.
- L'autre supra vaginale dont l'intérêt est avant tout d'ordre pathogénique lors des prolapsus et chirurgical.

La portion intermédiaire correspond à l'insertion vaginale qui se fait suivant un plan oblique en bas et en avant.

L'orifice externe est d'aspect variable.

- Punctiforme ou circulaire chez la vierge et la nullipare.
- Transversal avec des incisions après un accouchement.

Il est souvent large plus ou moins déchiré chez la grande multipare.

Le canal cervical est long de 2 à 3cm. L'exo col est constitué de lèvres antérieure et postérieure allongées transversalement arrondi chez la nullipare aplati transversalement chez la multipare.

Ces deux lèvres centrent l'orifice externe.

A l'état normal le col de l'utérus est antéfléchi faisant un angle de 100 à 120 degré sur le corps utérin.

Sa portion supra vaginale est en rapport avec la base de la vessie en avant en arrière le rectum latéralement le tissu cellulo-fibreux de la base du ligament large et le croisement de l'artère utérine et de l'uretère.

Dans sa portion intra vaginale il répond au cul-de-sac du vagin plus ample et profond en arrière qu'en avant [15].

## **2- Anatomie pathologique :**

### **2-1- Définition :**

Ce sont des solutions de continuité non chirurgicales du col utérin survenues au moment de l'accouchement. Pour en comprendre les variétés et les complications il est nécessaire de connaître les rapports du col gravide.

Si les déchirures sus vaginales sont rares, les déchirures sous vaginales sont d'une extrême fréquence.

Au cours de tout accouchement les commissures se déchirent quelque peu. L'étiologie des déchirures du col est soit spontanée ou provoquée.

[14]. Elles représentent 11% chez les primipares et 4% chez les multipares [6].

### **2-2- Les différentes déchirures du col :**

Il y a trois types de déchirures du col utérin : [14]

**a- Les déchirures sous vaginales** : Elles ne menacent aucun viscère. Ce sont les déchirures qui se situent dans la partie basse du col utérin en regard de la face postérieure du vagin. Fig 3a.

**b- Les déchirures sus vaginales** : Par contre menacent le segment inférieur en haut la vessie en avant et les rameaux vasculaires sur les côtés. Fig 3b.

**c- Les déchirures latérales** : Elles peuvent se prolonger au segment inférieur. L'ensemble de ces déchirures peut survenir de façon spontanée ou provoquée.

**3- Etiologie** : Les déchirures du col peuvent survenir de façon spontanée, provoquée ou pathologique.

#### **- Spontanées:**

Elles sont dues aux altérations du col utérin antérieur à la grossesse, traumatiques par déchirures obstétricales précédentes, les lésions thérapeutiques (électrocoagulation endocervicale trop profonde ou répétée) section chirurgicale du col.

- **Pathologiques** :

Les cancers du col, chancre ou lésions inflammatoires, les altérations contemporaines du travail : Œdème du col.

- **Provoquées** :

Elles sont plus graves que les précédentes.

Les causes sont : Indications mal indiquées ou mal exécutées.

- ❖ Poussée sur le col avant dilatation incomplète.
- ❖ Manœuvres instrumentales sur le col non à dilatation complète
- ❖ Extraction de la tête dernière avant dilatation complète
- ❖ Ocytocique [1].
- ❖ Version par manœuvre interne avant dilatation complète [1].
- ❖ Dilatation artificielle du col [1].
- ❖ Gros fœtus [1].

**4- Diagnostic** :

Elles ont une symptomatologie particulière qui permet de les distinguer de l'hémorragie de la délivrance et déchirure vulvaire. Il s'agit des saignements provenant de la profondeur, fait de sang rouge émis comme un filet qui tranche sur le fond noir de la nappe sanguine provenant de sinus utérins. L'abondance est variable, habituellement légère mais parfois importante entraînant des signes généraux: pâleur état de choc, hypovolemie.

**4-1- Les complications** :

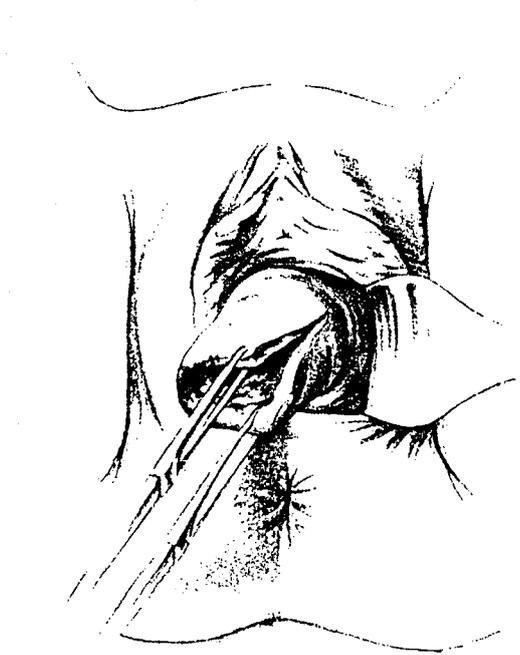
- La propagation au segment inférieur
- L'atteinte de la vessie
- L'hématome pelvien unilatéral

**4-2- Pronostic** :

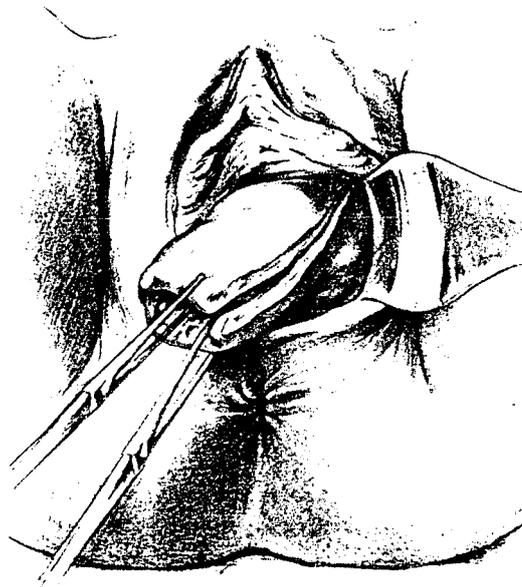
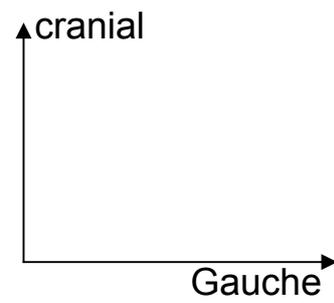
- Le pronostic bénin pour la déchirure sous vaginale
- Réserve pour la déchirure sus vaginale
- Récidives des déchirures latérales hautes
- Ectropion (col déchiqueté)

- Brides cervico-vaginales qui donnent souvent les dyspareunies
- Cancer chez la multipare à col déchiqueté

Figure 3 : [14]



a) déchirure sous-vaginale du col



b) déchirure sus-vaginale du col

## **IV- METHODOLOGIE**

### **1- Cadre d'étude :**

Notre étude s'est déroulée au centre de santé de référence de la commune V du District de Bamako. La commune v du District est une commune urbaine qui couvre une superficie de 41,59km<sup>2</sup> avec une population de 228859 habitants soit une densité de 5503 habitants /km<sup>2</sup> Elle comprend 137915 femmes.

Dans le cadre de la politique sectorielle de santé le gouvernement du Mali a crée des centres de santé de référence dans chaque commune du district. C'est ainsi que fut crée en 1982 le centre de santé de référence de la commune V avec un plateau technique minimum.

Le centre de santé de référence de comme V comprend plusieurs services entre autres la Médecine Ophtalmologie, O.R.L, Pédiatrie, le Laboratoire, la Radiologie, l'odontologie et une unité chirurgicale : le service de gynéco obstétrique sur lequel sera centrée notre étude.

Il comprend :

- Le bloc de la maternité qui abrite.
- L'unité de planning familial.
- La salle d'accouchement avec quatre tables d'accouchement.
- L'unité de grossesse à risque, l'unité de suites de couches et pathologie gynécologique
- L'unité de néonatalogie.
- L'unité d'AMIU
- La salle des urgences gynéco obstétricales.
- Le bureau des médecins.
- Le bloc opératoire avec ses deux salles d'opération, une salle de réveil, la salle de consultation pré anesthésique et les salles d'hospitalisation pour les post opérés.

- L'unité de consultation gynécologique comprenant le bureau du médecin chef et la salle de consultation externe.

Le centre de santé de référence de la commune V compte plus de 135 travailleurs et est dirigé par un médecin chef.

## **2- Type d'étude :**

Notre étude, est une étude prospective transversale

## **3- Période d'étude :**

Notre étude s'est déroulée du 1<sup>er</sup> janvier au 31 décembre 2005 à la maternité du centre de santé de référence de la commune V du District de Bamako.

**4- Population d'étude :** Il s'agissait des femmes qui ont accouché dans le centre de santé de référence de la commune V, des femmes qui sont venues d'autres structures sanitaires et des femmes qui ont accouché à domicile ou au cours du transport et qui sont enregistrées sur le registre d'accouchement du centre santé de référence de la commune V.

## **5- Echantillonnage :**

L'échantillonnage est non exhaustif portant sur les cas de déchirures des parties molles au cours de l'accouchement durant la période d'étude.

### **- Critère d'inclusion :**

- Toutes les femmes ayant accouché au centre de santé de référence de la commune V ou qui ont été reçues dans le centre avec une déchirure des parties molles.

### **- Critère de non inclusion :**

- Toutes les femmes ayant accouché ou qui ont été reçues dans le centre, présentant d'autres complications que des déchirures des parties molles.

- **Recueil des données** :

- Nos données ont été collectées à partir des questionnaires individuels, des registres d'accouchement, des comptes-rendus opératoires, des dossiers obstétricaux et des fiches d'anesthésie.

**6- Variables étudiées** :

Les principales variables étudiées sont : la gestité, la parité, l'âge, le terme de la grossesse, lieu de l'accouchement, la dilatation du col, l'anthropométrie fœtale et les complications de l'accouchement.

**7- Les définitions opérationnelles** :

- **Excision** :

- **Type I** : l'amputation d'une partie ou de la totalité du clitoris.
- **Type II** : l'amputation d'une partie du clitoris et des petites lèvres.
- **Type III** : l'amputation du clitoris, des petites lèvres et une incision des grandes lèvres suivies du recouvrement du vagin (infibulation).
- **Grande multipare** : femme ayant fait 6 accouchements ou plus.
- **Multipare** : femme ayant fait 4 à 5 accouchements.
- **Paucipare** : femme ayant fait 2 à 3 accouchements.
- **Primipare** : femme ayant fait un accouchement.

**8- Difficultés de l'étude** :

- Difficultés de constitution des dossiers d'accouchement non assisté ;
- Le non respect des indications de l'épisiotomie.

## **V- RESULTATS**

### **1. Fréquence :**

Dans notre étude nous avons enregistré 1,15% de cas de déchirure des parties molles sur 6520 accouchements par voie basse du 1<sup>er</sup> janvier au 31 décembre 2005.

### **2. Profil sociodémographique :**

**Tableau I** : répartition des parturientes selon les tranches d'âge.

<b>Tranches d'âge</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage</b>
< 18 ans	11	26,7
<b>18-39 ans</b>	<b>63</b>	<b>72</b>
≥ 40 ans	1	1,3
<b>Total</b>	<b>75</b>	<b>100</b>

**NB** : ages extrêmes sont 15 et 44 ans

**Age moyen** : 29,5

**Tableau II** : répartition des parturientes selon le statut matrimonial.

<b>Statut matrimonial</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage</b>
<b>Mariés</b>	<b>63</b>	<b>84</b>
Célibataires	12	16
<b>Total</b>	<b>75</b>	<b>100</b>

**Tableau III** : répartition des parturientes selon le niveau d'étude.

<b>Niveau d'instruction</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage</b>
<b>Analphabètes</b>	<b>57</b>	<b>76</b>
Primaire	14	18,7
Secondaire	2	2,7
Supérieur	1	1,3
Coranique	1	1,3
<b>Total</b>	<b>75</b>	<b>100</b>

**Tableau IV** : répartition des parturientes selon l'ethnie.

<b>Ethnie</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage</b>
<b>Bambara</b>	<b>22</b>	<b>29,3</b>
Malinké	8	10,7
Peulh	18	24
Soninké	7	9,3
Sonrhaï	3	4
Dogon	12	16
Senoufo	3	4
Minianka	2	2,7
<b>Total</b>	<b>75</b>	<b>100</b>

**Tableau V** : répartition des parturientes selon la profession.

<b>Profession</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage</b>
<b>Sans profession</b>	<b>61</b>	<b>81,3</b>
Enseignante	1	1,3
Élèves/Étudiantes	10	13,4
Aides ménagères	3	4
<b>Total</b>	<b>75</b>	<b>100</b>

**3. Antécédents gynécologiques :**

**Tableau VI** : répartition des parturientes selon l'antécédent d'excision.

<b>Antécédents</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage</b>
<b>Femmes excisées</b>	<b>59</b>	<b>78,7</b>
Femmes non excisées	16	21,3
<b>Total</b>	<b>75</b>	<b>100</b>

**Tableau VII** : répartition des parturientes selon le type d'excision.

Type	Effectif	Pourcentage
Type I	19	25,3
<b>Type II</b>	<b>54</b>	<b>72,1</b>
Type III	2	2,6
<b>Total</b>	<b>75</b>	<b>100</b>

**Tableau VIII** : répartition des parturientes selon l'état du périnée.

Cicatrice périnéale	Effectif	Pourcentage
Cicatrice de déchirure périnéale	4	5
<b>Cicatrice d'excision</b>	<b>59</b>	<b>79</b>
<b>Périnée normal</b>	<b>12</b>	<b>16</b>
<b>Total</b>	<b>75</b>	<b>100</b>

#### 4. Les antécédents obstétricaux :

**Tableau IX** : répartition des parturientes selon le nombre de consultation prénatale.

<b>Nombre de consultation</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage</b>
0	26	34,7
1-3	22	29,3
<b>≥ 4</b>	<b>27</b>	<b>36</b>
<b>Total</b>	<b>75</b>	<b>100</b>

**Tableau X** : Répartition des parturientes selon la parité.

<b>Parité</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage</b>
<b>Primipare</b>	<b>34</b>	<b>45,3</b>
Paucipare	23	30,7
Multipare	15	20
Grande multipare	3	4
<b>Total</b>	<b>75</b>	<b>100</b>

## **5- Le mode d'admission**

**Tableau XI** : répartition des parturientes selon le mode d'admission.

<b>Mode d'admission</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage</b>
<b>Venue d'elle-même</b>	<b>71</b>	<b>94,4</b>
Evacuée	4	5,6
<b>Total</b>	<b>75</b>	<b>100</b>

## **6- La présentation du fœtus**

**Tableau XII** : répartition des parturientes selon la présentation du fœtus.

<b>Présentation</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage</b>
<b>Céphalique</b>	<b>46</b>	<b>61,3</b>
Indéterminée	29	38,7
<b>Total</b>	<b>75</b>	<b>100</b>

**NB** : indéterminée = accouchement non assisté. (à domicile ou au cours du transport).

## **7 – La variété de position de la présentation**

**Tableau XIII** : répartition des parturientes selon la variété de position de la présentation du fœtus.

<b>Variété</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage</b>
OIGA	28	40
OIDA	15	20
OIDP	3	4
<b>Indéterminé</b>	<b>29</b>	<b>38,7</b>
<b>Total</b>	<b>75</b>	<b>100</b>

## **8 – Le lieu d'accouchement**

**Tableau XIV** : répartition des parturientes selon le lieu d'accouchement.

<b>Lieu d'accouchement</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage</b>
Domicile ou hors structures sanitaires	25	33,1
<b>CSREF CV</b>	<b>46</b>	<b>61,3</b>
CSCOM	4	5,6
<b>Total</b>	<b>75</b>	<b>100</b>

## 9 – La durée de l'expulsion

**Tableau XV** : répartition des parturientes selon la durée d'expulsion.

Durée d'expulsion	Effectif	Pourcentage
< 45 mn	34	45
> 45 mn	12	16
Indéterminée	29	39
<b>Total</b>	<b>75</b>	<b>100</b>

## 10 – Mode d'expulsion :

**Tableau XVI** : répartition des parturientes selon le mode d'expulsion.

Mode d'expulsion	Effectif	Pourcentage
Expulsion spontanée	63	84
Extraction instrumentale	12	16
<b>Total</b>	<b>75</b>	<b>100</b>

## **11 – Variété de position à l'expulsion**

**Tableau XVII** : répartition des parturientes selon la variété de position de la présentation à l'expulsion.

<b>Variété d'expulsion</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage</b>
<b>OP</b>	<b>41</b>	<b>54,7</b>
<b>OS</b>	<b>5</b>	<b>6,7</b>
<b>Indéterminée</b>	<b>29</b>	<b>38,6</b>
<b>Total</b>	<b>75</b>	<b>100</b>

**Tableau XVIII** : répartition des parturientes ayant bénéficié d'une épisiotomie.

<b>Episiotomie effectuée</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage</b>
<b>Oui</b>	<b>21</b>	<b>28</b>
<b>Non</b>	<b>54</b>	<b>72</b>
<b>Total</b>	<b>75</b>	<b>100</b>

## **12 – Les parties génitales lésées :**

**Tableau XIX** : répartition des parturientes selon les différentes parties génitales lésées

<b>Parties génitales lésées</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage</b>
Déchirures cervicales	9	12
<b>Déchirures périnéales</b>	<b>61</b>	<b>81</b>
Déchirures vaginales	5	7
<b>Total</b>	<b>75</b>	<b>100</b>

## **13 – Les types de déchirures du périnée**

**Tableau XX** : répartition des parturientes selon les types de déchirures périnéales.

<b>Types de déchirures</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage</b>
<b>Incomplète</b>	<b>60</b>	<b>98,4</b>
Complète	1	1,6
<b>Total</b>	<b>61</b>	<b>100</b>

**Tableau XXI** : répartition des parturientes selon le degré de déchirure périnéale incomplète.

<b>Degré</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage</b>
<b>1<sup>er</sup> degré</b>	<b>32</b>	<b>53</b>
<b>2<sup>e</sup> degré</b>	<b>26</b>	<b>43</b>
<b>3<sup>e</sup> degré</b>	<b>2</b>	<b>4</b>
<b>Total</b>	<b>60</b>	<b>100</b>

**Tableau XXII** : répartition des parturientes selon les lésions associées.

<b>Lésions associées</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage</b>
Cervicale + périnéale + vaginale	1	2
<b>Périnéale + vaginale</b>	<b>5</b>	<b>8</b>
<b>Déchirure périnéale simple</b>	<b>55</b>	<b>90</b>
<b>Total</b>	<b>61</b>	<b>100</b>

#### 14 - Données anthropométriques du fœtus :

**Tableau XXIII** : répartition des nouveau-nés selon le sexe.

<b>Sexe</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage</b>
Masculin	33	44
<b>Féminin</b>	<b>42</b>	<b>56</b>
<b>Total</b>	<b>75</b>	<b>100</b>

**Tableau XXIV** : répartition des nouveau-nés selon le poids de naissance.

<b>Poids</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage</b>
< 2500g	12	16
<b>&gt; 2500g &lt; 4000</b>	<b>58</b>	<b>77,3</b>
≥ 4000g	5	6,7
<b>Total</b>	<b>75</b>	<b>100</b>

**Tableau XXV** : répartition selon l'état des nouveau-nés à la naissance.

<b>Etat des nouveau-nés</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage</b>
<b>Vivants</b>	<b>71</b>	<b>94,7</b>
Mort-nés	4	5,3
<b>Total</b>	<b>75</b>	<b>100</b>

**15 – La prise en charge**

**Tableau XXVI** : répartition selon le lieu de prise en charge de la déchirure.

<b>Lieu de prise en charge</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage</b>
<b>Salle d'accouchement</b>	<b>61</b>	<b>81</b>
Bloc opératoire	14	19
<b>Total</b>	<b>75</b>	<b>100</b>

## **VI- COMMENTAIRES**

Notre étude est prospective et transversale portant sur les déchirures des parties molles au cours de l'accouchement du 1<sup>er</sup> janvier au 31 décembre 2005.

Dans la littérature malienne, peu d'études ont porté spécifiquement sur ce thème. Les études faites sont sommaires ou ont abordé ce thème soit dans les extractions instrumentales, soit dans les hémorragies du post-partum. Donc nous avons peu de références et de chiffres pour une discussion plus large. De ce fait, notre intervention sera essentiellement basée sur les commentaires de notre travail.

### **A- Fréquence :**

Durant cette étude, nous avons enregistré 75 cas de déchirures des parties molles sur un total de 7773 accouchements dont 6520 accouchements par voie basse, soit un taux de 1,15%. En 1998, Ongoiba A. a trouvé 0,93% dans une étude cas témoins [19].

Au Sénégal, Diadiouf F. a trouvé 1,6% en 1996 [4].

### **B- Profil socio-démographiques :**

#### **a) Age :**

Dans l'étude, la tranche d'âge 18-39 ans représente 72% des cas de complications.

La fréquence des déchirures dans cette tranche d'âge s'explique par le fait que cette période de la vie correspond à celle d'activité génitale donc de la parturition.

#### **b) Statut matrimonial :**

Les femmes mariées ont constitué 84% des cas.

### **c) Ethnie :**

L'ethnie Bambara était la plus représentée dans l'étude avec 29% de cas, suivent les Peuhls avec 24%, les Malinkés : 10,7%, les Soninkés : 9,3%.

La signification épidémiologique est que ce sont ces ethnies qui font plus d'excision, facteur de risque de déchirures obstétricales.

Selon Nahid Toubia, les bambaras viennent au quatrième rang des ethnies au Mali qui font plus d'excision avec 61,6% après les Malinkés : 85,1%, les Soninkés : 75%, les Sarakolés : 62%.

### **d) Antécédents gynécologiques :**

Dans l'étude, 78,7% des femmes étaient excisées, Nahid Toubia montre que la fréquence de l'excision au Mali est de 80% [18].

## **C- Les différents types de déchirures :**

Les déchirures du périnée ont été les plus fréquentes avec 81%, puis viennent respectivement celles du col et du vagin avec 12% et 7%.

Diallo A. a trouvé 36,20% de déchirures du périnée et Diallo B. 28,2% de déchirures du col [4, 5].

Les déchirures incomplètes du périnée ont représenté 79,7% parmi elles, 42,3% de déchirures du 1<sup>er</sup> degré, 34,7% de déchirures du 2<sup>ème</sup> degré, 2,7% du 3<sup>ème</sup> degré.

Les déchirures périnéales complètes étaient de 1,3%.

Musset R. et Petit CH. Ont trouvé 0,6% de déchirures périnéales complètes en 1981 en France.

Nous n'avons pas enregistré de cas de déchirures complètes et compliquées.

## **D- Les facteurs favorisants :**

Les déchirures obstétricales peuvent avoir essentiellement trois (3) facteurs étiologiques :

### **a) Les facteurs étiologiques maternels :**

Ils se résument en 2 facteurs essentiels :

- **La primiparité** qui est le premier facteur étiologique avec 75% de cas selon Rouvillois J-L. et Levarden M.

45,3% de nos parturientes étaient des primipares.

KEITA S. a trouvé 58,9% de déchirures chez les primipares [11].

Selon PIGNE A. et FRITEL X. la primiparité augmenterait trois fois les risques de déchirure périnéale complète lors du 1<sup>er</sup> accouchement que lors des accouchements suivants à cause de la rigidité du périnée [20].

- **La qualité du tissu périnéal** : Les périnées mal étoffés, œdematiés, trop courts, trop longs, infectés, cicatriciels favorisent les déchirures périnéales. Le diagnostic de ces anomalies congénitales ou acquises est souvent difficile. Elles sont à l'origine des déchirures inexplicables. Souvent la configuration du périnée peut aussi expliquer certaines déchirures notamment chez les luxées de la hanche, les cyphotiques qui ont soit le périnée trop tiré en arrière soit dévié latéralement.

Dans notre étude 84% des parturientes avaient un périnée cicatriciel.

### **b) Les facteurs étiologiques fœtaux :**

Notre analyse a montré que 77,3% des nouveau-nés avaient un poids compris entre 2500g-3999g. Nous avons donc les mêmes approches qu'Ingrahan et Gartner Heuss qui montraient que dans toute une série de 159 cas de déchirures périnéales complètes et compliquées, le poids fœtal moyen des enfants se situait entre 3200 et 3400 g. Il est ainsi prouvé que le facteur poids fœtal n'est pas essentiel dans la genèse des traumatismes périnéaux. Ce sont les petits poids qui entraîneraient plus de lésions [20]. Par contre De Tourris H. Henrion R. Delecour M. :

trouvent que c'est le trop grand volume foetal surtout l'épaule qui est prépondérant.

Les présentations céphaliques défléchies sont aussi à l'origine des traumatismes génitaux. Les expulsions en os ont entraîné 6,7% de déchirures périnéales.

c) **Les facteurs étiologiques obstétricaux** :

L'application de forceps est la cause la plus fréquente avec 10% contre 2% pour la ventouse.

FANE. S a trouvé 12% de complications maternelles par application de forceps sur 158 cas en 2002-2003 à l'hôpital du Point G [7].

KONE.P : 1,75% à propos de 400 cas d'application de forceps au centre de santé de référence de la commune V [14].

Selon Pigne A. et Fritel X. les extractions instrumentales augmentent de 2 à 3 fois le risque de déchirure du périnée. Dans notre étude le Forceps a causé 16% de déchirures périnéales et les accouchements spontanés 84%.

Il existe plusieurs autres causes de déchirure obstétricale que sont les extractions de la tête dernière, la dystocie des épaules, la dilatation artificielle du col, qui n'ont pas été enregistrées dans l'étude.

## **E- La prise en charge :**

La déchirure des parties molles est une entité des hémorragies du post-partum, mais leur symptomatologie et leur diagnostic sont différents de ceux de l'hémorragie de la délivrance. Le diagnostic se fait à l'examen sous valves et à l'inspection du périnée d'où une prise en charge chirurgicale.

### **1) Traitement curatif :**

#### **a) La prise en charge des déchirures périnéo-vulvaires :**

Ces déchirures ont été mises en évidence par l'examen du périnée. Leurs prises en charge ont été faites en fonction du degré de déchirure.

❖ **Dans les déchirures incomplètes** : la réparation s'est faite en 3 plans par rapport aux différents plans anatomiques du périnée.

- 1<sup>er</sup> temps la suture de la muqueuse vaginale par le vicryl 2/0 en surjet simple à partir du point apical de la déchirure vers l'orifice vaginal. (Fig 4a).

- 2<sup>e</sup> temps la suture de la musculature par des points simples ou des points en x. (Fig 4b).

- 3<sup>e</sup> temps la suture de la peau par du fil non résorbable en points simples séparés. (Fig 4c).

❖ **Dans les déchirures complètes** : la réparation à comporté 2 temps :

- 1<sup>er</sup> temps : la réfection du sphincter anal par 2 points en U séparés. (Fig 5a).

- 2<sup>e</sup> temps : la suture d'une déchirure incomplète à savoir la suture de la muqueuse vaginale, la musculature et la peau. (Fig 5b).

#### **b) La prise en charge des déchirures du col :**

Le diagnostic des déchirures du col a été fait à l'examen sous valves qui à préciser l'étendue des lésions. Dans la majorité des cas ce sont des lésions qui saignent peu et sont souvent maîtrisées par de simples

tamponnements avec des compresses stériles. Parfois l'hémostase est difficile d'où la nécessité de faire une suture hémostatique.

Si les lésions sont sus-vaginales atteignant le segment inférieur la réparation est difficile et relève donc de la prise en charge d'une rupture utérine.

Les 12% des déchirures cervicales ont été prises en charge au bloc opératoire sous anesthésie générale.

c) **La prise en charge des déchirures vaginales :**

Le diagnostic se fait également à l'examen sous valves qui permet d'objectiver le siège des lésions.

Le tamponnement suffit souvent à arrêter l'hémorragie dans le cas échéant on effectue des points de sutures pour assurer hémostase. Les 7% de déchirures vaginales enregistrées au cours de l'étude ont été prises en charge également au bloc opératoire.

d) **Les soins post opératoires :**

Ils consistent à des soins locaux aux antiseptiques et une hygiène de vie alimentaire et corporelle. Dans certains contextes de risque infectieux élevé une antibioprophylaxie à large spectre est conseillée.

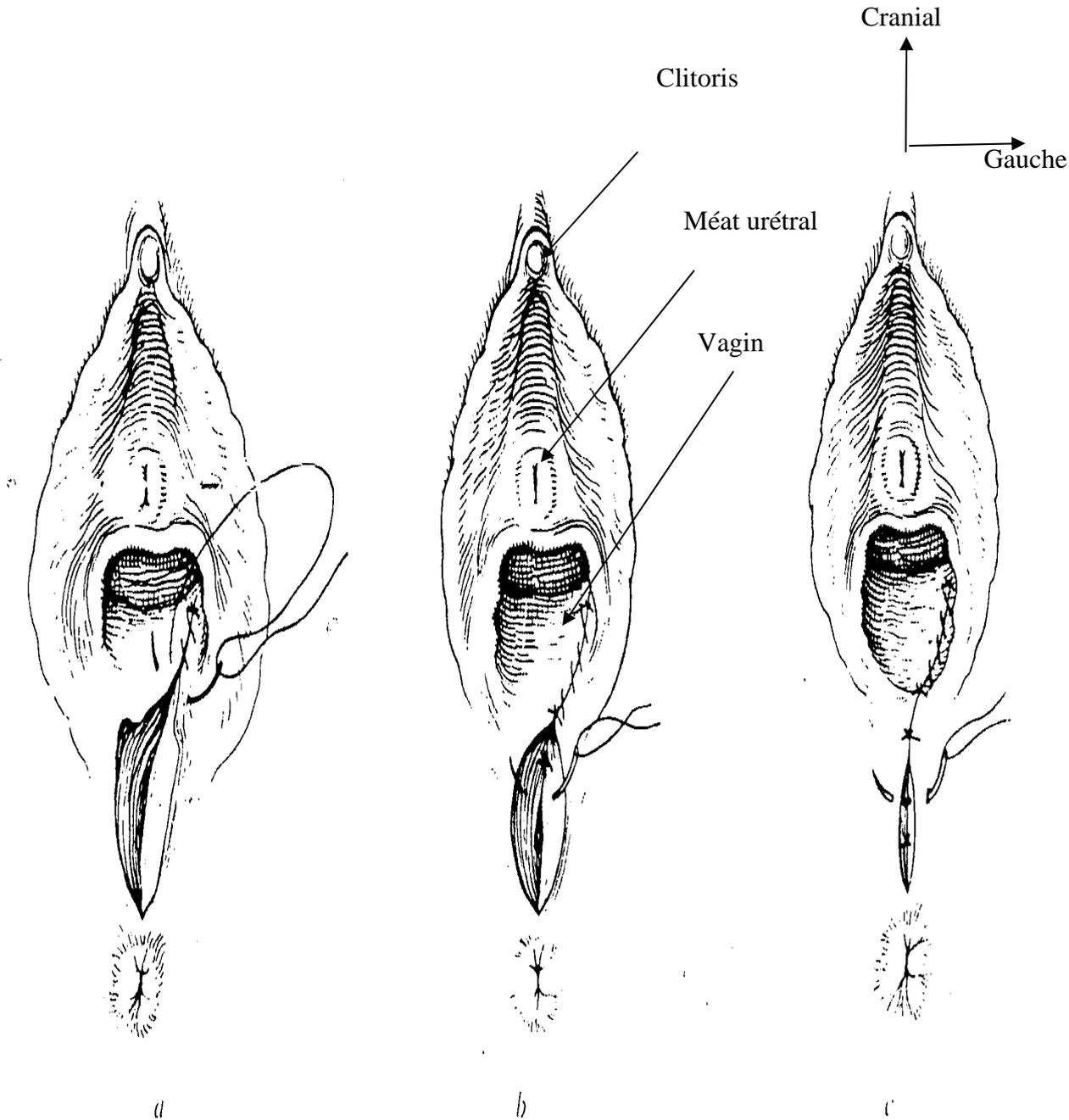
Toutes les femmes ont été vues au 10e jour post-partum pour l'ablation des fils.

La cicatrisation était bonne.

**2- Traitement préventif :**

- respect des indications d'épisiotomie ;
- respect des conditions d'extraction instrumentale ;
- la maîtrise des techniques de dégagement.

Figure 4 : techniques de sutures des déchirures simples [14].

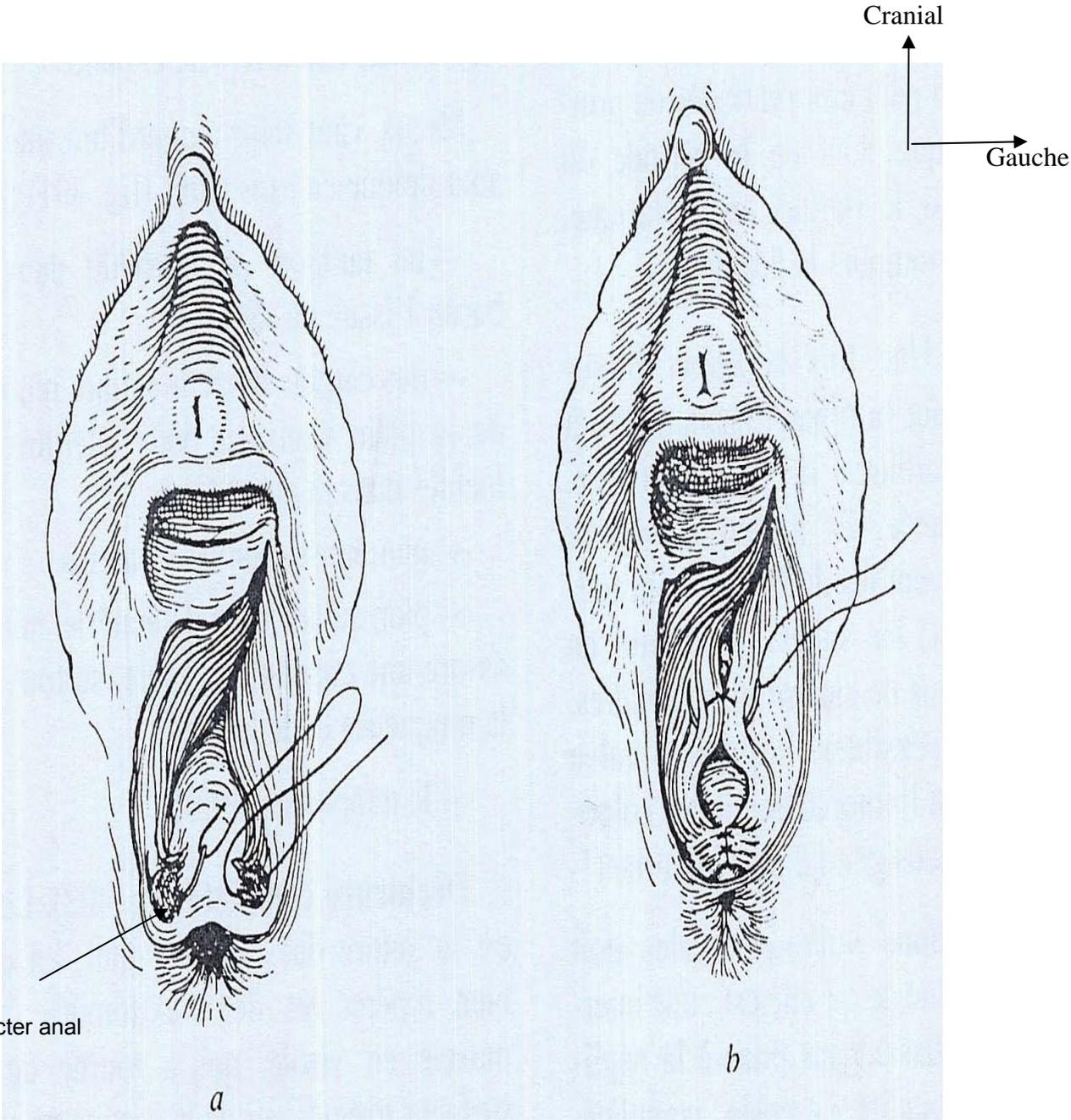


Suture de la muqueuse  
En surjet simple.  
simples

Suture de la musculature  
En points séparés en x

Suture de la peau  
en points séparés

**Figure 5 : techniques de sutures d'une déchirure compliquée [14]**



**Suture du sphincter anal**  
Par deux points en U

**Suture de la musculature**  
par des points simples séparés.

## VII- CONCLUSION

S'il est injuste d'imputer systématiquement à l'accoucheur la responsabilité des déchirures des parties génitales auxquelles sont indiscutablement prédisposées certaines femmes, un bon praticien doit pouvoir éviter la plupart des grandes déchirures périnéales [25].

La déchirure des parties molles est relativement peu fréquente au cours de l'accouchement mais peut avoir un pronostic très grave à long terme.

La connaissance de son mécanisme de survenue et des facteurs prédisposant contribue à diminuer de façon notable ces déchirures. Pour cela la prophylaxie des déchirures périnéo-vulvaires repose sur une conduite convenable des accouchements et sur la pratique de l'épisiotomie dans certains cas.

La direction des accouchements en évitant toute brusquerie du dégagement, en supprimant la prolongation excessive du travail, en proscrivant les extractions instrumentales hasardeuses au profit de la césarienne permettrait de réduire la prévalence des déchirures. Cela, représente la meilleure prévention des déchirures obstétricales.

Comme on le dit « le périnée est la porte de la vie et du plaisir »

## VIII- RECOMMANDATIONS

### 1- Appel aux autorités :

- La scolarisation des filles
- Le recyclage du personnel de santé
- La lutte contre les mutilations génitales féminines

### 2- Appel au personnel de santé :

- Assimilation des techniques d'accouchement ;
- Interdiction des expressions abdominales au cours de l'accouchement ;
- Respect des indications de l'épisiotomie ;
- Education et sensibilisation des gestantes aux risques des grossesses non suivies et les conséquences des accouchements non assistés.

### 3- Appel aux populations :

- Faire un suivi régulier de toutes les grossesses ;
- Etre à l'écoute du personnel socio-sanitaire ;
- Accoucher toujours dans une structure sanitaire.

## REFERENCES

1. **Bedrine H., Paucot H.** Obstétrique pratique, Paris : VI, Librairie Le François 1952 ; 577 pages.
2. **De Tourris H., Henrion R., Delecour.** Abrégé illustré de gynécologie et obstétrique, Paris, Masson 6<sup>e</sup> édition, 1994 ; 671 pages.
3. **Diadhiouf F., Cissé C T., Ewagninon E., Hojerge A :** Eclampsie en milieu Africain : épidémiologie et pronostic au CHU de Dakar. La semaine des hôpitaux de Paris 1997.
4. **Diallo A O.** Contribution à l'étude de l'hémorragie de la délivrance à l'hôpital Gabriel Touré thèse de Méd.Bamako 1989.
5. **Diallo B.** Les hémorragies de la délivrance au service de gynécologie obstétrique à l'hôpital Gabriel Touré. Thèse de Méd. Bamako 2000.
6. **Dumont J., Body G., J, Lansac J.** Pratique de l'accouchement Paris, Masson, 1997 ; 385 pages.
7. **Fané S.** Les accouchements par forceps dans le service de gynécologie obstétrique de l'hôpital du point G à propos de 158 cas. Thèse de Méd. Bamako 2002-2003.
8. **Kamina P.** Anatomie gynécologie et obstétricale, Paris, Maloine 3<sup>e</sup> édition, 1979 ; 509 pages.
9. **Kamina P.** Anatomie gynécologie et obstétricale, Paris, Maloine, 4<sup>e</sup> édition, 1984; 516 pages.
10. **Kamina P.** Anatomie opératoire gynécologique et obstétricale, Paris Maloine ;2000 ; 326 pages.
11. **Kéita S.** Etude des hémorragies du post-partum dans le service de gynécologie obstétrique de l'hôpital du point G 1991-2001, thèse de Méd. Bamako 2003.

12. **Koné P.** Extraction du fœtus par application du forceps au centre de santé de référence de la commune V, thèse de Méd. Bamako 2002-2003.
13. **Lewin D.** Particularité de la grossesse et de l'accouchement en rapport avec l'âge et la parité. Encycl. Méd. Chir, Paris obstétrique ; 5-1974, 5049 C-10.
14. **Merger R.** Gynécologie obstétrique, Paris, Masson 6<sup>e</sup> édition, 2001 ; 597 pages.
15. **Merger R.** Précis d'anatomie gynécologique ; Paris, Masson 6<sup>e</sup> édition ; 1978 ; 885 pages.
16. **Morin P.** Atlas de technique opératoire et accouchement, Paris VI, Flammarion, 1965 ; 375 pages.
17. **Musset R., Petit Ch.** Déchirures obstétricales récentes du périnée et épisiotomie dans traité obstétrique tome II ; Paris, Masson : 1955 ; 506 pages.
18. **Nahid T.** Mutilation génitale féminine appel à la mobilisation mondiale, RAINOO 1993.
19. **Ongoiba A.** Grossesse et l'accouchement chez l'adolescente à propos d'une étude de cas témoins de 1993-1996. Thèse de Méd. Bamako 1998.
20. **Pigne A., Fritel X.** déchirures obstétricales, Paris, Flammarion ; 1995, 1584 pages.
21. **Renglewicz J M.** Déchirures périnéales et épisiotomie, asincoprob du Haut-Rhin, Hôpitaux civils de Colmar ; 2002 ; 17.
22. **Rouvillois J L., Levardon M.** Déchirures obstétricales récentes du périnée, épisiotomie. Encycl. Méd. Chir ; Paris obstétrique ; 5-1974, 5078 A-10.
23. **Shall J P., Riethmuller Didier., Maillet Robert.** Mécanique et technique obstétricale, Montpellier Sauramps Medical 2eme édition ; 1998, 604 pages.

**24. Trillat P., Magnin P.** Accouchement normal et dystocique dans Précis d'obstétrique tome II, Paris, J.-B. Baillière et Fils; 1962 ; 513 pages.

**25. Vokaer R.** La grossesse pathologie et l'accouchement dystocique, Paris Masson, 1985 ; Tome II 596 pages.

**FICHE D'ENQUETE**  
**LA DECHIRURE DES PARTIES MOLLES AU COURS DE L'ACCOUCHEMENT A**  
**LA MATERNITE DU CENTRE DE SANTE DE REFERENCE DE LA COMMUNE V**  
**DU DISTRICT DE BAMAKO**

**I- IDENTIFICATION**

- 1- Nom : ..... Prénom : .....
- 2- Age :   (ans)
- 3- Etat matrimonial :  (1=mariée, 2=célibataire, 3=divorcée)
- 4- Niveau d'étude :  (0=analphabète, 1=primaire, 2=secondaire, 3=supérieur, 4=coranique)
- 5- Nationalité :  (1=malienne, 2=autre)
- 5a- Autre à préciser : .....
- 6- Ethnie :   
 (1=bambara, 2=malinké, 3=peulh, 4=soninké, 5=sonraï, 6=dogon, 7=senoufo, 8=minianka, 9=autre)
- 6a- Autre à préciser : .....
- 7- Profession :  (1=ménagère, 2=fonctionnaire, 3=élève/étudiante, 4=autre)
- 7a- Autre à préciser : .....

**II- ANTECEDENTS**

**Gynécologiques**

- 8- Ménarche :  (99=indéterminée)
- 9- Cycle :  (1=régulier, 2=irrégulier, 9=indéterminé)
- 10- Durée des règles :  (jours)
- 11- Leucorrhée :  (1=oui, 2=non)
- 12- Dysurie :  (1=oui, 2=non)
- 13- Dyspareunie :  (1=oui, 2=non)
- 14- Contraception :  (1=oui, 2=non)
- 15- DDR :  (1=connu, 2=inconnu)
- 16- Prurit :  (1=oui, 2=non)
- 17- Excision :  (1=oui, 2=non)
- 17a- Si oui type :  (1 à 3, 9= indéterminé)

**Médicaux**

- 18- Asthme :  (1=oui, 2=non)
- 19- Tuberculose :  (1=oui, 2=non)
- 20- Diabète :  (1=oui, 2=non)
- 21- Cardiopathie :  (1=oui, 2=non)
- 22- HTA :  (1=oui, 2=non)
- 23- Drépaniocytose :  (1=oui, 2=non)

**Chirurgicaux**

- 24- Césarienne :  (1=oui, 2=non) - si oui Indication : .....
- 25- Présence de cicatrice :  (1=oui, 2=non)
- 26- Prolapsus :  (1=oui, 2=non) - si oui Indication : .....
- 27- Autre : .....

### Obstétricaux

- 28- Gestité :     
29- Parité :     
30- Vivants :     
31- Décédés :    
32- Avortements :    
33- IIG :     
34- Nombre de CPN :

### III- EXAMEN OBSTETRICAL

- 35- Termes :  (1=oui, 2=non)  
36- HU :  (1=normale, 2=petite, 3=excessive, 9=indéterminée)  
37- TV :  (1=oui, 2=non)  
38- Périnée :  (1=rigide, 2=souple, 3=cicatriciel, 9=indéterminé)  
39- Présentation :  (1=céphalique, 2=siège, 3=transversale, 4=Bregma, 9=indéterminée)  
39a- Variété présentation :  (1=OIGA, 2=OIDA, 3=OIGP, 4=OIDP, 5=MP, 9=indéterminé)  
39b- Siège :  (1=complet, 2=décompleté)

### IV- DEROULEMENT DU TRAVAIL

- 40- Lieu :  (1=CSCOM, 2=CSRéf, 3=Hôpital, 4=Domicile)  
41- Auteurs :  (1=sage-femme, 2=gynécologue obstétricien, 3=interne, 4=matrone, 5=accoucheuse traditionnel)  
42- Accouchement assisté :  (1=oui, 2=non)  
43- Durée travail :  (1=normal, 2=prolongé, 3=rapide, 9=indéterminé)  
44- Dilatation :  (1=complète, 2=incomplète)

### PHASE D'ATTENTE

- 45- TA :    /     
46- BDCF :  (1=présent, 2=absent)  
47- Dilatation :  (1=complète, 2=incomplète)  
48- Contraction :  (1=oui, 2=non)  
49- PDE :  (1=intacte, 2=rompue)  
50- Engament :  (1=oui, 2=non)

### PHASE ACTIVE

- 51- TA :    /     
52- BDCF :  (1=présent, 2=absent)  
53- Dilatation :  (1=complète, 2=incomplète)  
54- Contraction :  (1=normale, 2=anormale)  
55- PDE :  (1=intacte, 2=rompue)  
56- Engament :  (1=oui, 2=non)  
57- Ocytocine :  (1=oui, 2=non)

### PHASE D'ACTION

- 58- TA :    /     
59- BDCF :  (1=présent, 2=absent)  
60- Dilatation :  (1=complète, 2=incomplète)  
61- Contraction :  (1=normale, 2=anormale)  
62- PDE :  (1=intacte, 2=rompue)  
63- Engament :  (1=oui, 2=non)  
64- Expulsion :  (1=oui, 2=non)

**Accouchement**

65- Mode d'accouchement :  (1=eutocique, 2=dystocique, 3=ventouse, 4=forceps)

65a- Episiotomie :  (1=oui, 2=non)

*L1 OP=1 OS=2 indécise=3*

**Déchirure constatées**

66- Vaginale :  (1=oui, 2=non)

66a- si oui type :  (1=antérieure, 2=postérieure, 3=latérale, 9=indéterminée)

67- Périnéale :  (1=oui, 2=non)

67a- si oui degré :  (1=D1, 2=D2, 3=D3, 4=complété, 5=compliquée)

68- Col :  (1=oui, 2=non)

68a- si oui type :  (1=sus vaginale, 2=sous vaginale, 3=latérale)

**Nouveau-né**

69- Sexe :  (1=masculin, 2=féminin)

70- Poids de l'enfant :  (1=hypotrophie, 2=eutrophie, 3=macrosomie)

71- Taille :

72- PC :

73- PT :

*74 - Argen*

## FICHE SIGNALÉTIQUE

**Nom** : TRAORE

**Prénom** : Bekaye

**Titre de thèse** : 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.

**Année universitaire** : 2006 - 2007.

**Ville de soutenance** : Bamako.

**Pays d'origine** : République du Mali.

**Lieu de dépôt** : Faculté de Médecine de Pharmacie et d'Odonto-Stomatologie du Mali.

**Secteur d'intérêt** : Obstétrique.

**Résumé de thèse** : la déchirure des parties molles est une complication de l'accouchement qui concerne les traumatismes du périnée, du col, du vagin et de la vulve. Elle se classe dans les causes des hémorragies du post-partum immédiat.

C'est une étude prospective transversale qui s'est déroulée à la maternité du centre de santé de référence de la commune V du District de Bamako durant la période du 1<sup>er</sup> janvier au 31 décembre 2005.

L'étude portait sur l'ensemble des femmes qui ont accouché ou qui ont été admises à la maternité et qui présentaient des déchirures des parties molles. Ont été exclues toutes les femmes qui présentaient autres complications que les déchirures des parties molles.

Au cours de notre étude nous avons enregistré 75 cas de déchirures des parties molles sur un total de 6520 accouchements par voie basse soit un taux de 1,15% de déchirures.

La primiparité avec 45,3%, les accouchements non assistés avec 38,7% et les extractions instrumentales avec un taux de 16% constituent les plus grands facteurs étiologiques des déchirures obstétricales.

Leur diagnostic et leur prise en charge sont fonctions du degré de la déchirure. C'est une complication rare mais qui peut avoir des conséquences graves.

**Mots clés** : Déchirures des parties molles, extractions instrumentales, accouchement non assisté, primiparité.

# **SERMENT D'HIPPOCRATE**

En présence des Maîtres de cette faculté, de mes chers condisciples, devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Être suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine.

Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au dessus de mon travail, je ne participerai à aucun partage clandestin d'honoraires.

Admis à l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs, ni à favoriser le crime.

Je ne permettrai pas que des considérations de religion, de nation, de race, de parti ou de classe sociale viennent s'interposer entre mon devoir et mon patient.

Je garderai le respect absolu de la vie humaine dès la conception.

Même sous la menace, je n'admettrai pas de faire usage de mes connaissances médicales contre les lois de l'humanité.

Respectueux et reconnaissant envers mes maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses.

Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque.

**JE LE JURE**