

**Ministère de l'Enseignement
Supérieur et de la
Recherche Scientifique**

République du Mali

Un Peuple – Un But – Une Foi

Université de Bamako



Faculté de Médecine de Pharmacie et d'OdontoStomatologie

Année universitaire 2009-2010

N°

**Les lésions traumatiques de
l'accouchement : Aspects
cliniques et thérapeutiques à
l'hôpital Nianankoro Fomba de
Ségou (à propos de 115 cas)**

Thèse

Présentée et soutenue publiquement le.... /.... / 2009

**devant la Faculté de Médecine de Pharmacie et
D'Odonto-stomatologie**

Par : Mr Niambouré Camara

**Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine
(Diplôme d'Etat)**

Jury

Président : Pr. Salif DIAKITE

Membre: Dr Bouraïma MAÏGA

Codirecteur : Dr. Chaka KOKAÏNA

Directrice de thèse : Pr. SY Aïssata SOW

DEDICACES :

BISMILAH, RAHMANI, RAHIM

Au nom d'Allah le très miséricordieux, le tout puissant.

<< Gloire à DIEU. Nous n'avons de savoir que ce que tu nous as appris. Certes c'est toi l'omniscient, le sage >>.

Louange et gloire à Allah le tout puissant qui m'a permis de mener à bien ce travail et voir ce jour que j'attendais tant.

Après avoir rendu grâce à DIEU, je dédie ce travail à :

- A mon père feu **Dary Camara** : J'aurai voulu que vous soyez parmi nous en ce jour solennel mais hélas le destin a jugé autrement. Dors en paix !. Que le messager d'Allah vous apporte la bonne nouvelle.

A ma mère **Founémoussou Kanté**, femme de religion, tu es d'une qualité exceptionnelle. Tu as su garder l'entente et la cohésion familiale.

Grâce à toi, j'ai appris le sens de l'honneur, la dignité, la tolérance, le respect de soi et des autres, la rigueur et la loyauté. Ton soutien moral, affectif et matériel ne m'a jamais fait défaut. C'est le lieu de te manifester toute ma sympathie et ma profonde gratitude. Mère, je suis fière d'être ton fils et nous t'aimons tous. Nous nous souviendrons toujours de tes sages conseils et tu pourras toujours compter sur nous. Puisse Allah le Tout puissant te garder encore longtemps près de nous et nous montrer le jour de ton pèlerinage à la Mecque. Merci et merci mère.

A mes frères : Faoussouby Camara, ; Famakan Camara Founéké Camara ; Fodé Camara et Fassega Camara

Ce travail est le votre. Vous avez été d'une qualité inestimable. Votre tendresse et vos sages conseils m'ont permis de garder l'équilibre dans les moments difficiles.

A ma femme **Founémoussou Sissoko** :

Toi qui as été courageuse et patiente tout au long de cette étude.

A mon fils **Koly Camara** : Que ce travail te soit une source d'inspiration et que Dieu te donne longue vie.

A mon maître **Fassayon Sissoko** : Ce travail est le fruit de votre bénédiction. Trouvez ici, l'expression de ma profonde gratitude.

*A ma sœur feu **Mariam Camara** :* Femme tendre, ce travail est le fruit de ton courage et ta persévérance. Tu as su me soutenir dans les moments difficiles. Trouve ici l'expression de mon attachement et de mon amour profond.

Trouvez en ce travail l'expression de ma profonde gratitude. Puisse dieu vous accueillir dans son paradis, amen.

A mon oncle **Touga Demba Camara** : Vous avez été si proche de moi comme un grand frère, un conseiller. Vous avez partagé sans nul doute mes temps de chagrins et mes angoisses. Vous avez initié mes pas contre l'agression externe. J'ai appris avec vous le goût de la vie en groupe. Vous avez forgé en moi la patience et l'endurance. Prenez ce travail comme le vôtre.

A mon oncle Kalilou Sissoko : Vous avez été si proche de moi comme un grand père, un conseiller. Vous avez partagé sans nul doute mes temps de chagrins et mes angoisses. Vous avez initié mes pas contre l'agression externe. J'ai appris avec vous le goût de la vie en groupe. Vous avez forgé en moi la patience et l'endurance. Prenez ce travail comme le vôtre. Que Dieu vous garde encore le plus longtemps possible à nos coté.

A mes belles sœurs chéries :

Je citerai là : **Fanta Dramé ; Ramata Mariko ; Sira Kanté ; Djouncounda Kanté ;**

Mes chères femmes dynamiques, joviales, généreuses, loyales, sociables, attentionnées, croyantes et naturelles. Vos conseils, vos encouragements, vos câlins ne m'ont jamais fait défaut. Vous avez toujours su donner vos seins à vos enfants et aux enfants d'autrui sans aucune distinction. Vous avez été pour beaucoup dans la réalisation de ce travail. Merci encore une fois pour vos très longues prières nocturnes. Que le bon dieu vous donne encore longue vie.

A ma tante Chérie : Siraboula Sissoko

Femme de religion, tu es d'une qualité exceptionnelle. Tu as su garder l'entente et la cohésion familiale.

Grâce à toi, j'ai appris le sens de l'honneur, la dignité, la tolérance, le respect de soi et des autres, la rigueur et la loyauté. Ton soutien moral, affectif et matériel ne m'a jamais fait défaut. C'est le lieu de te manifester toute ma

sympathie et ma profonde gratitude. Mère, je suis fière d'être ton fils et nous t'aimons tous. Nous nous souviendrons toujours de tes sages conseils et tu pourras toujours compter sur nous. Puisse allah le Tout puissant te garder encore longtemps près de nous et nous montrer le jour de ton pèlerinage à la Mecque. Merci et merci mère.

A mes neveux et nièces de la famille Camara à Ségou et à Bamako.

Toutes les patientes souffrant de ces lésions.

- A tous ceux qui de loin ou de près m'ont aidé pour la réussite de ce travail.

REMERCIEMENTS :

C'est le moment de remercier :

- **Dr Théra Augustin; Dr Koné Sory; Dr Ibrahim Donigolo; Dr Mounkoro Makin.**

Vos qualités humaines font que vous resterez toujours des hommes exemplaires. Tout en vous souhaitant une très bonne carrière académique, trouvez ici l'expression de mes sentiments distingués.

- **Tous les aînés et médecin** du service de gynécologie obstétrique : Mes félicitations pour l'ambiance cordiale et la qualité de la formation reçu.
- **Toutes les sages-femmes et Infirmières** : Femme de religion, tu es d'une qualité exceptionnelle. Grâce à toi, j'ai appris le sens de l'honneur, la dignité, la tolérance, le respect de soi et des autres, la rigueur et la loyauté. Ton soutien moral, affectif et matériel ne m'a jamais fait défaut. C'est le lieu de te manifester toute ma sympathie et ma profonde gratitude.
- Tout le personnel du bloc opératoire de l'H.N.F.S.

Mes collègues du service : Kanda Kéita ; Boubacar Djan Diallo ; Kassoum Togola ; Chaka Ballo ; Moussa Coulibaly ; Ladji Bouna Samassa ; Mama Tangara ; Karim Semé. Ce travail est le fruit de l'entente qui a régné entre nous au sein du service. Soyez en félicités.

A tous mes amis : Lassana Sidibé; Soumana Sanogo; Madou M'piè Sidibé. Ce travail est tout à fait à votre honneur.

Mention spéciale à mes cousins **Bambo Sissoko** et sa femme **Djita Kanté** ; **Mamadou ourry Kéita** ; **Sambaly Cissé et sa famille**. Je n'ai pas de qualificatif pour exprimer à suffisance votre apport pour la réussite de ce travail, soyez en remerciés.

A tous mes cousins et cousines de la famille **Sissoko à Magnambougou** : Ce travail est le fruit de l'entente et la chaleur familiale dans la quelle nous avons vécu. Trouvez ici l'expression de ma profonde gratitude.

A notre Maître et président du jury

Professeur Salif DIAKITE

Professeur titulaire de gynécologie et d'obstétrique

Gynécologue accoucheur au centre hospitalier universitaire (CHU)

Gabriel Touré.

Honorable maître,

Notre joie est immense pour l'honneur que vous nous faites en présidant ce jury malgré vos occupations.

Votre sagesse, votre capacité d'écoute et votre expérience professionnelle nous honorent et font de vous un maître de qualité exceptionnelle.

Nous avons été impressionnés par votre sens social et le souci du travail bien fait.

Veillez accepter cher maître, nos sincères remerciements.

A notre Maître et juge

Dr Bouraïma MAÏGA

Gynécologue Obstétricien

Maître Assistant à la FMPOS

Détenteur d'un diplôme de reconnaissance décerné par le Ministère de la femme de l'enfant et de la famille

Détenteur d'un ciwara d'excellence en 1997

Chevalier de l'Ordre National du Mali

Responsable de la filière sage-femme de l'institut national de formation en sciences de la santé (INFSS).

Chef de service de gynécologie et d'obstétrique du CHU du point G

Cher Maître,

La spontanéité avec laquelle vous avez accepté de siéger dans ce jury malgré vos multiples occupations, marque tout l'intérêt que vous accordez à la recherche scientifique, particulièrement la lutte contre les mutilations génitales féminines.

Veillez agréer cher maître l'expression de nos sincères remerciements.

A notre maître et co-directeur de thèse

Docteur Chaka KOKAÏNA

Gynécologue obstétricien à l'hôpital Nianankoro Fomba de Sékou

Cher maître en acceptant de nous compter parmi vos élèves vous nous faites un grand honneur.

Auprès de vous nous avons appris la loyauté, le travail bien fait, l'amour du prochain, le sens de la responsabilité et surtout la modestie.

Cher maître sachez que même l'usure du temps ne pourra effacer vos souvenirs dans nos pensées.

Trouvez ici le manifeste de toute notre reconnaissance et de notre profond respect.

Que Dieu réalise vos vœux !

A notre Maître et Directrice de thèse

Professeur SY Aïssata SOW

Professeur titulaire de gynécologie et d'obstétrique à la FMPOS

Chef de service de gynécologie et d'obstétrique du centre de santé de référence commune II du district de BAMAKO

Présidente de la SOMAGO

Chevalier de l'Ordre National du Mali

Cher maître,

Ce travail est le vôtre, vous n'avez ménagé aucun effort pour sa réussite.

C'est un grand honneur pour nous de compter parmi vos élèves.

Vos immenses qualités maître formateur ; votre courage et abnégation dans le travail font de vous un modèle à suivre.

Cher maître, puisse Allah l'omnipotent vous accordez une longue vie afin que vous continuez à former les jeunes cadres de la santé.

Veillez agréer, cher maître l'expression de notre profonde gratitude et

de notre grand respect pour tous les efforts consentis.

Abréviations

BDCF= Bruit du cœur fœtal

Cm= Centimètre

CSCOM= Centre de santé communautaire

CSREF= Centre de santé de référence

CPN=Consultation prénatale

KG= kilogramme

M= Mètre

Nné=Nouveau-né

LA= liquide amniotique

FVV= Fistule vésico-vaginale

FRV= fistule recto vaginale

PC= périmètre crânien

PT= périmètre thoracique

Ru= rupture utérine

SFA= souffrance fœtale aigue

Tv=Toucher vaginale

TR= Toucher rectal

OS= occipito-sacré

OP= occipito-pubien

Sommaire

Introduction et Objectifs.....	1
I Généralités :.....	4
II Méthodologie :.....	27
III Résultats :.....	38
IV Commentaire et Discussion :.....	51
V Conclusion et Récommandations:.....	59
BIBLIOGRAPHIES ;.....	61



INTRODUCTION ET OBJECTIFS

La naissance d'un enfant est un évènement que l'on célèbre dans le monde entier, or des milliers de femmes vivent quotidiennement cette naissance non pas comme l'évènement heureux qu'elle devrait être mais un enfer qui peut parfois leur coûter la vie [28].

Dans de très nombreux pays en développement particulièrement en Afrique un très grand nombre de femmes accouchent dans des conditions extrêmement primitives, loin de toute structure médicalisée et avec pour toute assistance, celle des accoucheuses traditionnelles, qui ignorent en général tout de l'obstétrique et sur les dystocies [25].

L'accouchement assisté ne représente que 7% au Mali [25]. Dans ces conditions, il n'est pas rare que l'accouchement dystocique aboutisse purement et simplement à la mort de la parturiente. Selon EDS IV, la mortalité maternelle est de 464 pour 100000 naissances vivantes au Mali. Si la parturiente échappe à la mort, ce sont de graves complications principalement d'ordre urinaire qui vont s'installer. Leur expression majeure est la fistule vesico-vaginale, une communication acquise entre la vessie et le vagin

Cependant la notion de fistule vesico-vaginale Africaine ne s'arrête pas là, elle englobe toute une variété de lésions qui ont en commun la perte continue des urines parfois même des selles par le vagin puisqu'une fistule recto vaginale peut être associée.

Cette situation dramatique va priver la malade de ce qu'il y a de plus cher : la possibilité de mener une vie sexuelle, de procréer et

de vivre en société .Cela conduira inexorablement à l'exclusion sociale et économique.

Dans notre pays, la grande multiparité, souvent perçue culturellement comme critère de « bon rendement social » et de « bénédiction de la femme » constitue la principale cause de fragilisation utérine sur des présentations dystociques, des disproportions fœto pelviennes et des rétrécissements pelviens livrées à elles-mêmes à domicile conséquence d'une surveillance obstétricale souvent absente ou inappropriée [22].

OBJECTIFS :

A : Objectif Général :

Etudier les lésions traumatiques au cours de l'accouchement.

B : Objectifs Spécifiques

- * Déterminer la fréquence des lésions traumatiques de l'accouchement ;
- * Identifier les facteurs de risque de ces lésions ;
- * Décrire les aspects cliniques de ces lésions ;
- * Rapporter les modalités thérapeutiques ;
- * Evaluer le pronostic foeto maternel ;
- * Formuler des recommandations pour une meilleure Prévention de ces lésions traumatiques.



GÉNÉRALITÉS

1. Définitions: Les lésions traumatiques de l'accouchement sont celles qui surviennent au moment de l'accouchement par suite d'un traumatisme. Il peut s'agir de :

- Rupture utérine
- Déchirures périnéales
- Déchirures du col
- Déchirures vaginales
- Fistule vésico-vaginale
- Fistule recto vaginale
- Thrombus vaginal

2. Rappel Anatomophysiologique sur le périnée :

2.1 Anatomique :

2.1.1 Définition du périnée :

-Définition obstétricale : C'est la partie séparant la fourchette vulvaire de l'anus [25].

-Définition Anatomique : Il s'agit de l'ensemble des parties molles fermant en bas l'excavation pelvienne.

Il a pour limites un cadre ostéo-tendineux de forme losangique constitué :

. En avant, par le bord inférieur de la symphyse pubienne les branches ischio-pubiennes.

. En arrière le rectum

2.1.2 Différents plans :

On peut considérer le périnée comme un plancher constitué, en anatomie sommaire, de trois plans, superficiel, moyen et profond.

2.1.2.1 Plan profond : ou Diaphragme pelvien principal.

Il comprend les élévateurs de l'anus et les muscles coccygiens.

-Les élévateurs de l'anus : c'est un muscle puissant de constitution complexe. On lui distingue 2 portions :

*La portion latérale ou sphinctérienne composée du muscle pubo-coccygien antérieur, inséré en avant à la face postérieure de la surface angulaire du pubis ; et le muscle ilio-coccygien latéral, inséré sur l'arcade tendineuse du muscle élévateur de l'anus, arcade de renforcement du fascia du muscle obturateur interne.

* La portion médiale ou élévatrice (muscle pubo-rectal) : Elle est beaucoup plus étroite et plus épaisse que la précédente.

Elle se termine dans le rectum.

Les fibres de la partie latérale (sphinctérienne) compriment le rectum transversalement et d'arrière en avant. Les fibres de la partie médiale (élévatrice) attirent le rectum en haut et avant.

Enfin, ce muscle élévateur de l'anus a un rôle important dans la statique et le soutien des organes pelviens.

-Le muscle coccygien (muscle ischio-coccygien) : Placé en arrière du muscle élévateur de l'anus et sur le même plan, il complète le diaphragme pelvien.

Son rôle est identique à celui de la partie latérale (sphinctérienne) du muscle élévateur de l'anus.

2.1.2.2 Plan moyen du périnée ou diaphragme uro-génital :

Etendu exclusivement au triangle antérieur (uro-génital) du périnée, il est constitué par 3 muscles : un muscle pair et symétrique (le transverse profond du périnée) et un muscle impair (le muscle sphincter de l'urètre).

-Le muscle transverse profond du périnée : C'est un muscle large triangulaire à base latérale.

Il s'insère latéralement sur l'ischion et la branche ischio-pubienne.

Il contribue à constituer le diaphragme uro-génital qui a un rôle de soutien vis-à-vis de la vessie et de l'utérus chez la femme.

-Le muscle sphincter de l'urètre (ou muscle sphincter externe de l'urètre).

Entoure la partie membraneuse de l'urètre. Il ferme la partie membraneuse de l'urètre.

2.1.2.3 Plan superficiel du périnée : Constitué de 2 groupes musculaires distincts :

- **Le groupe postérieur** (triangle postérieur anal) avec un muscle impair : le muscle sphincter externe de l'anus.
- **Le groupe antérieur** (triangle antérieur, uro-génital) avec 3 muscles pairs, annexés aux corps érectiles : les muscles transverse superficiel, ischio-caverneux ; bulbo spongieux et chez la le muscle constricteur de la vulve.

* Le muscle sphincter externe de l'anus ferme le canal anal.

*Le muscle transverse superficiel du périnée joue un rôle dans la défécation (en comprimant la partie antérieure du canal anal) et surtout dans la miction.

2.2 Physiologique : Le périnée au cours de l'accouchement.

Après avoir franchi le détroit supérieur, la présentation effectue sa descente et sa rotation dans l'excavation pelvienne en prenant contact avec les faisceaux externes sphinctériens des releveurs qui se relâchent.

C'est la réaction de ce plancher à la poussée de la tête fœtale qui expliquerait la rotation basse en occipito-pubienne.

Le front vient alors buter sur le sacrum, ce qui accentue la flexion de la tête, puis l'occiput se cale sous la symphyse pubienne alors que se produit une retro-pulsion du coccyx.

Le périnée postérieur est donc le premier à se distendre lors de la descente de la présentation. Cette mise en tension s'accompagne d'une béance de l'anus.

Dans un deuxième temps, la présentation se défléchit et distend le périnée antérieur. Le noyau fibreux central du périnée s'étale et s'aplatit.

Le périnée se moule sur la présentation et s'allonge. Le faisceau pubo-rectal des releveurs est repoussé en bas et en avant et vient s'intégrer dans le périnée superficiel.

L'orifice vulvaire s'horizontalise. C'est à cet instant que la distension devient maximum.

La progression du mobile foetal dans l'excavation pelvienne s'accompagne d'un relâchement de la partie externe des muscles élévateurs de l'anus. L'association des contractions utérines et des efforts de poussée abdominale permet alors à la présentation de prendre contact avec le plancher périnéal qui subit une ampliation. La présentation en OP, idéalement bien fléchie, met en tension le périnée postérieur.

Une fois sous la symphyse, la déflexion de la tête commence avec :

- un allongement de la distance anovulatoire ;
- un étirement du périnée antérieur (faisceau pubo-rectal du muscle élévateur de l'anus, les muscles périnéaux superficiels).

Cet étirement est dangereux au niveau des insertions récto-symphysaires.

- Une dilatation circulaire de l'anus.

Lorsque la présentation est en OS, la déflexion se fait autour de la commissure postérieure de la vulve, et le périnée est distendu. C'est un mouvement difficile entraînant souvent des déchirures de haut degré ; et qui nécessite d'importantes forces car c'est une progression en masse du fœtus et non pas seulement de la tête.

La tête, déjà fléchie, doit se fléchir au maximum « le cou et le tronc se fléchissent eux aussi, afin de s'enrouler en quelque sorte autour de la symphyse ».

Le diamètre de dégagement, l'occito-frontal, est de 12cm. La tête s'oriente dans le diamètre antéropostérieur du détroit inférieur, le front butte sous la symphyse pubienne.

Ce dernier sera le point de pivot sous-symphysaire autour duquel se continuera l'hyperfléxion laissant apparaître à la vulve le front, les pariétaux, l'occiput (qui se dégage souvent brutalement) ; le sous occiput, arrivé à la fourchette vulvaire sera le 2^e point de pivot permettant la déflexion de la tête qui laissera apparaître successivement le bregma, le front, le nez, la bouche et le menton.

Le périnée sur distendu est exposé aux déchirures.

Le mouvement de restitution des épaules se fera le plus souvent d'arrière en avant. Si chez la multipare au périnée souple, le dégagement peut s'avérer aisé, la primipare risque une déchirure grave et l'épisiotomie dans les cas d'expulsion en os doit être d'indication large.

* Les conséquences immédiates :

La progression du mobile fœtal dans l'excavation pelvienne s'accompagne :

. D'un traumatisme de l'urètre et de son appareil sphinctérien avec élongation du sphincter urétral ;

- D'une désolidarisation inter viscérale liée à la descente de la tête qui agit comme un piston ;
- Des lésions du plancher pelvien : Par déchirures interstitielles des muscles du périnée, ou une désinsertion terminale des muscles du noyau fibreux central ;
- Des lésions neurologiques : Par élongation du nerf pudendal avec atteinte de l'innervation des muscles sphinctériens du plancher pelvien, surtout pubo-rectal et sphincter anal externe.

Ce sont ces lésions nerveuses qui, en plus de l'élongation musculaire, seraient responsables de l'incontinence urinaire et anale du post-partum.

* Les conséquences à plus long terme :

A plus long terme, trois conséquences menacent la parturiente : l'incontinence urinaire, l'incontinence anale et le prolapsus.

3) Les Facteurs de risque :

- **L'Age** : Les ages extrêmes (< 15ans ou > 45ans) sont les plus exposés aux lésions traumatiques ;
- **La parité** : Le périnée de la primipare est moins souple car il n'a pas encore été distendu. Soixante-quinze pour cent de déchirures obstétricales s'observent en effet au cours du premier accouchement qui joue un rôle déterminant

dans la survenue ultérieure d'un trouble de la statique pelvienne ou de l'incontinence ;

La grande multiparité fragilise l'utérus, exposant ainsi la parturiente au risque de rupture utérine ;

- **La taille** : Les femmes de moins de 1.50m sont plus exposées aux lésions traumatiques ;
- **La longueur du périnée** : les périnées longs se déchirent plus facilement, les périnées courts se déchirent plus gravement, ce sont les périnées de longueur moyenne qui sont les moins vulnérables [26] ;
- **La qualité du tissu périnéal** : un périnée cicatriciel est 10 fois plus exposé aux

Lésions traumatiques qu'un indenne de toute cicatrice.

- **La macrosomie** : Elle fait craindre une déchirure périnéale lors du dégagement de la tête ou de l'épaule postérieure car le diamètre bis acromial est souvent important ;
- **Les Variétés de position** : Certaines présentations peuvent être à l'origine de lésions périnéales du fait d'une mauvaise accommodation ; c'est le cas des variétés de positions en occipito-sacrée où le diamètre de dégagement fronto-occipital (12.5cm), supérieur à celui d'une présentation en occipito-pubien, aborde le périnée avec un angle inadéquat ;
- **L'excision** : Entraînant une rigidité périnéale qui devient résistant à l'expulsion d'où la déchirure périnéale ou la souffrance foetale aiguë ;

.Les causes iatrogènes : l'extraction instrumentale, usage abusif d'ocytociques, les expressions abdominales.

4) Les différents types lésions traumatiques : Elles concernent :

4.1.1 Les Déchirures périnéales :

Définition : Ce sont des solutions de continuité non chirurgicales au niveau du périnée survenant au moment de l'accouchement.

- **Les Déchirures visibles** : Elles peuvent être simples ou compliquée :

- **simples** : Ce sont des plaies longitudinales partant de l'anneau vulvaire et remontant vers l'épine sciatique ou au-delà. Elles siègent surtout sur la face latérale du vagin.

Leur fréquence est de 5 à 10% des accouchements.

Elles ne doivent pas être négligées car pouvant entraîner un certain risque hémorragique. Elles ne posent pas de problème de réparation mais nécessitent parfois une bonne exposition par valves et, par conséquent, la présence d'un aide.

- **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 en avant que la muqueuse anale ; tout le tissu musculaire a disparu.
- **Compliquées** : Ces plaies sont compliquées soit du fait de leur importance, soit de leur association à des lésions des organes de voisinage. :

Elles donnent lieu à des hémorragies profuses qui peuvent être un mode d'entrée dans des troubles de la coagulation sanguine.

Il est donc très important de procéder à leur réparation dans les meilleurs délais et dans d'excellentes conditions chirurgicales.

Ces plaies peuvent être associées soit à une plaie urinaire, digestive ou périnéale.

-Les Plaies urinaires :

Les plaies urinaires sont exceptionnelles si l'on a pris des précautions de vider la vessie avant toute manœuvre instrumentale.

Elles peuvent survenir lors de la mise en place ou du retrait en force des cuillères des forceps ou des spatules et, classiquement lors de la réalisation de grandes rotations.

La plaie vésicale est suspectée sur la localisation antérolatérale haute de la lésion vaginale et est diagnostiquée lors du parage de la plaie. L'hématurie est inconstante du fait du mécanisme d'écrasement dilacération qui aboutit à la déchirure urinaire.

- Les Plaies digestives :

Une plaie ano-rectale peut survenir lors d'accouchements eutociques avec périnée apparemment intact. La lésion digestive siège au-delà de l'anneau vulvaire, dans la zone de forte adhérence recto vaginale.

En présence d'une plaie vaginale sagittale postérieure isolée, le toucher rectal est impératif, permet le diagnostic.

-Les Plaies périnéales : Elles concernent des déchirures du périnée qui sont de siège habituellement sagittal et peuvent se latéraliser partiellement au niveau du sphincter anal.

Il existe plusieurs classifications. La suivante est celle utilisée dans les publications de langue Anglo-Saxonne [19].

* Les Déchirures du 1^{er} degré : Ce sont des déchirures superficielles qui affectent la muqueuse vaginale et la peau périnéale.

* Les Déchirures du 2ème degré :

Le noyau fibreux central du périnée a éclaté sous la traction des attaches latérales des muscles releveurs de l'anus.

* Les Déchirure du 3ème degré : Il existe une déchirure complète du sphincter externe de l'anus, en plus des lésions précédemment décrites. Cette déchirure fréquente (1-2% des accouchements) ; classiquement de mauvais pronostic, est en réalité de faible gravité à condition d'une réparation correcte.

* Les Déchirures du 4ème degré :

Elles associent, aux lésions précédemment décrites, la présence d'une plaie ano-rectale, le plus souvent médiane.

Il importe de faire le diagnostic précis de la limite supérieure de la lésion digestive ; ce qui ne peut être obtenu que par la pratique d'un toucher rectal.

4.1.2 Le thrombus vaginal :

Le thrombus vaginal est une pathologie rare, concernant moins d'un cas sur 1000 accouchements. Il correspond à la conséquence d'une plaie vasculaire, le plus souvent veineuse, volontiers spontanée, dans le para vagin. Dans ce tissu conjonctivo-adipeux lâche, l'effraction vasculaire n'a aucune tendance à l'hémostase et l'hématome peut s'étendre vers le haut ; base du ligament large puis rétro péritoine.

Le diagnostic dans les deux heures qui suivent l'accouchement, porté sur :

- . La douleur intense ;
- . L'état de choc de l'accouchée autant par hypovolémie que du fait de la douleur ;

. Et la constatation, à l'inspection d'une tuméfaction « aubergine » unilatérale de la vulve ;

4.1.3 Les DECHIRURES CERVICALES:

4.1.3.1 Définition : Ce sont des solutions de continuités non chirurgicales du col utérin survenue au moment de l'accouchement.

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

Elles sont spontanées ou provoquées.

- *Spontanées* : Toutes les altérations du col les favorisent. Les altérations peuvent être antérieures à la grossesse elles peuvent être dues à des déchirures obstétricales précédentes ou à une maladie du col : cancer, chancre, lésion inflammatoire.

Des déchirures cervicales spontanées surviennent sur le col antérieurement sain ; dont l'altération est contemporaine du travail. Elles sont la conséquence de l'œdème du col et la conséquence indirecte de la cause même de l'œdème. Les dystocies de tous ordres peuvent alors être à leur origine.

-*Provoquées* : Plus graves que les déchirures spontanées, elles sont dues souvent à interventions mal indiquées ou mal exécutées dans de mauvaises conditions:

*au cours de l'accouchement normal, on a fait pousser la patiente trop tôt ;

Une application de forceps ou autre extraction instrumentale avant dilatation complète.

4.1.3.2 La symptomatologie : Les symptômes des déchirures du col sont le plus discrets, un grand nombre d'entre elles passent inaperçues. Il faut une déchirure déjà importante pour

qu'apparaissent les symptômes d'abord uniquement fonctionnels ; essentiellement une hémorragie.

Cette hémorragie a des caractères particuliers qui permettent de la distinguer des hémorragies de la délivrance ou des déchirures de la vulve.

Elle vient de la profondeur, elle est de sang rouge, émise comme un filet qui tranche sur le fond noir de la nappe sanguine provenant des sinus utérins.

Quelquefois même, l'émission de ces filets rutilants est pulsatile.

L'abondance est variable, habituellement légère, mais parfois plus importante, entraînant alors des signes généraux ; pâleur ; et accélération du pouls ; chute de la tension artérielle et nécessitent la mise en œuvre du traitement général des hémorragies.

Alors que dans les hémorragies de la délivrance ; l'utérus est inerte, ici le corps utérin reste bien retracté. Il n'est pas facile de repérer les bords de la déchirure au toucher.

Si la déchirure paraît importante, elle doit être explorée sous le contrôle de la vue.

La patiente est mise en position gynécologique ; endormie s'il le faut.

On met en place deux valves vaginales maintenues par un aide.

Des pinces de Pozzi ou de Museux prennent les deux lèvres de la brèche cervicale et sont déplacées vers le haut jusqu'à ce que l'on voie l'angle supérieur de la déchirure. Cela permet d'apprécier l'étendue de la déchirure et de savoir si elle dépasse l'insertion vaginale.

- *Complications* : La gravité de la déchirure est fonction de sa hauteur.

Au dessus du vagin, elle risque de se propager au segment inférieur. C'est l'un des mécanismes des ruptures utérines.

Les déchirures sous vaginales ne menacent aucun viscère.

*La prophylaxie des déchirures du col consiste à respecter les conditions des interventions par voie basse : ne pas faire de dilatation artificielle du col ; ne pas faire d'extraction instrumentale avant dilatation complète.

4.1.4 La RUPTURE UTERINE :

4.1.4.1 Définition : C'est une solution de continuité non chirurgicale de la paroi utérine [28].

Elle serait responsable de 30% des lésions traumatiques de l'accouchement.

On distingue :

- les ruptures primitives qui surviennent sur un utérus sain ;
- les ruptures secondaires qui surviennent sur un utérus cicatriciel ;
- les ruptures spontanées à la suite d'un avortement ;
- les ruptures provoquées à la suite d'AVP (accident de la voie publique).

4.1.4.2 Etiologie :

La fréquence de la rupture utérine est variable selon les pays.

Si elle est encore exceptionnelle dans les pays développés, elle est malheureusement encore fréquente dans les pays en développement 3, 8% des accouchements à la maternité du point G et elle représente 7% des interventions chirurgicales. Les causes de la rupture utérine sont multiples.

1) Les Causes maternelles :

* Anomalies du bassin osseux : Il s'agit de :

- bassin limite ;
- BGR (bassin généralement rétréci et asymétrie forte)

Elles sont la 1^è cause de rupture utérine dans les pays en développement.

- La multiparité : Elle fragilise l'utérus et favorise de ce fait la survenue de la rupture utérine.
- Cicatrices utérines : Consécutives à une césarienne à fortiori si elles ont lieu sur le corps utérin. Elles sont la 1^è cause des ruptures utérines secondaires.

2) Les Causes fœtales :

- Les Présentations dystociques : Transversale, front, face en variété postérieure.
- La macrosomie fœtale ;
- L'hydrocéphalie ;

3) Les Causes iatrogènes :

- L'usage abusif d'ocytociques est une des principales causes de rupture utérine dans les maternités en Afrique.
- Les extractions instrumentales lorsqu'elles sont mal indiquées et mal pratiquées (forceps/ exemple).
- Manœuvres obstétricales : Version par manœuvre interne (VMI) mal indiquée, mal pratiquée, la manœuvre par version externe.

4.1.4.3 **Anatomie pathologie** : Sièges de la rupture : la rupture siège dans la majorité des cas sur le segment inférieur, rarement sur le corps utérin.

- Direction : Elle est verticale, oblique ou transversale.

- Profondeur : la rupture peut intéresser toutes les tuniques de l'utérus (rupture complète) mais elle peut intéresser les 2 premières (caduque et myomètre) dans ce cas le péritoine est intact (rupture incomplète ou rupture sous péritonéale).

Dans les ruptures complètes le fœtus et le placenta sont expulsés dans la cavité abdominale.

La rupture peut être étendue latéralement et atteindre les pédicules utérins. Ces variétés sont très hémorragiques (mortalité maternelle élevée).

La rupture dans sa forme habituelle survient toujours après un syndrome de pré-rupture, il est essentiel d'en connaître la symptomatologie car son traitement permet de prévenir la rupture utérine.

1. Syndrome de pré rupture : Ses manifestations sont :

- Contractions utérines devenant de plus en plus douloureuses, de plus en plus fréquentes, subintrantes.
- La rétraction de l'utérus s'accroît, le corps utérin devient de plus en plus dur, le segment inférieur au contraire s'étire : c'est le signe de **Bandl Frommel** traduit par l'ascension de l'anneau de rétraction. L'élongation du segment inférieur s'accroît, l'utérus prend la forme de sablier.

Aux anomalies de contractions utérines s'ajoutent celles de la dilatation du col qui s'œdématie et s'épaissit, la parturiente devient anxieuse et agitée.

Si on n'intervient pas à ce stade survient la rupture utérine annoncée par la sensation d'écoulement de liquide chaud dans le ventre de la parturiente, elle ressent un état de bien être relatif.

2. Rupture proprement dite

- L'interrogatoire précise les circonstances de survenue de la rupture utérine ; la date des dernières règles ; son statut matrimonial ; ses antécédents surtout obstétricaux ; gynécologiques ; chirurgicaux ; familiaux.

- Examen physique : Il note :

- ° A l'inspection l'abdomen est déformé ;
- ° A la palpation on perçoit en fleur de peau une masse qui représente le fœtus expulsé ; en bas de cette masse une autre masse qui représente l'utérus rompu ;
- ° A l'auscultation pas de BDCF ;
- ° Au TV : la présentation n'est plus perçue, le doigtier ramène du sang noirâtre d'abondance variable surtout moyenne.

Les autres appareils (cœur, poumons) doivent être auscultés.

L'état général est fonction de l'importance de perte sanguine : TA diminuée, pouls filant accéléré, conjonctives pâles, visage couvert de sueur profuse : ce sont les de choc hypovolémique.

Les Examens complémentaires à ce stade les plus urgents sont : le groupage, le facteur rhésus, le taux d'hémoglobine, et le temps de coagulation.

L'évolution : Si la patiente est correctement prise en charge à ce stade son état s'améliore car l'hémorragie s'arrête, non traitée l'état se détériore et la rupture utérine évolue vers la mort.

Le diagnostic de la forme typique de la rupture utérine est en général facile, néanmoins les formes incomplètes peuvent évoquer d'autres causes d'hémorragie obstétricale au 3^e trimestre. Celles-ci peuvent être :

- Placenta prævia ;

- Hématome rétro placentaire ;
- Hémorragie de Benkiser.

4.1.5 FISTULE VESICO-VAGINALE

4.1.5.1 Etio-pathogenie :

Les FVV obstétricales surviennent au cours d'un accouchement dystocique (c'est – à- dire un accouchement difficile quelque soit la cause de l'obstacle) par manque de surveillance et de traitement appropriés.

On pense que, dans ces conditions, la tête du fœtus peut se bloquer dans le petit bassin et comprimer pendant plusieurs heures ou plusieurs jours la paroi vésicale contre la symphyse pubienne en avant.

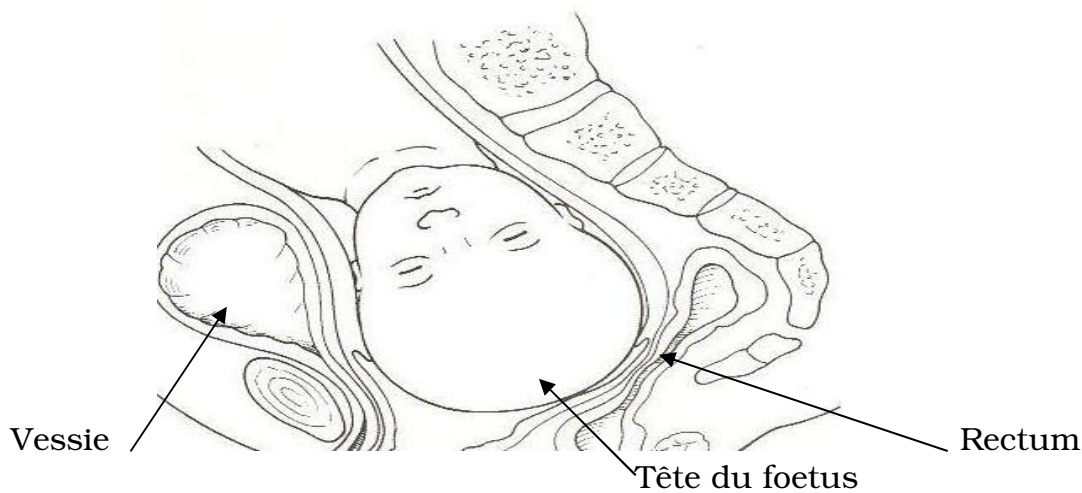
Après un certain délai (plus de 24 heures) cette compression entraîne une nécrose de la paroi vésicale par ischémie. L'accouchement finit par se produire (l'enfant est le plus souvent mort) et, quelques jours après, la fistule apparaît (chute de l'escarre).

Toutes les causes de dystocie peuvent entraîner ces accouchements trop prolongés.

Les FVV obstétricales se voient surtout chez les femmes jeunes, en âge de procréer, et dans plus de la moitié des cas, primipares.

Parmi les facteurs favorisants il y a : Activité génitale précoce (grossesse précoce), accouchement avec vessie pleine, femme de petite taille (taille < 150cm), bassin asymétrique, mutilations génitales féminines (excision), manque de CPN, accouchement à domicile et le sous-équipement et le manque de maternités et de sages-femmes dans les zones rurales.

Chez la fistuleuse=indication absolue de la césarienne.



4.1.5.2 Diagnostic de la FVV

L'écoulement permanent ou intermittent des urines par le vagin constitue le symptôme principal de la fistule obstétricale.

L'interrogatoire s'attachera à préciser les modalités de cette incontinence, si elle est permanente ou intermittente, partielle ou totale :

- . Partielle : la femme pouvant conserver des mictions spontanées ;
- . Intermittentes : l'incontinence est plus marquée en position debout (fistule basse) ou couchée (fistule haute) ; certaines formes dites en « clapet » voient leur incontinence disparaître dans certaines positions.

Les fistules sphinctériennes de petites dimensions et de siège trigonal ne donnent pas l'incontinence mais des mictions intra vaginales.

La mise en place d'une sonde à demeure peut atténuer souvent ou faire disparaître l'incontinence.

Les autres signes :

- . L'hématurie rencontrée dans les suites de couches ;
- . Les brûlures vulvaires dues à l'irritation des urines ;
- . Les leucorrhées dues à l'infection vaginale ;
- . L'odeur ammoniacale rendant la vie sociale indésirable pour la fistuleuse.

Un interrogatoire minutieux et un examen clinique de la sphère urogénitale permettent de poser le diagnostic de la fistule. Il s'agit en général d'une femme en âge de procréer qui sent les urines et chez qui l'interrogatoire retrouve la notion d'incontinence d'urine et précise les circonstances de survenue de cette incontinence.

A l'examen physique la malade est en position gynécologique :

L'odeur ammoniacale à l'approche de la malade est évocatrice.

L'inspection : Permet de noter les lésions d'irritation vulvo-périnéale et une cicatrice périnéale.

Les touchers pelviens permettent de localiser la fistule, d'apprécier sa taille et l'état des tissus adjacents.

4.1.5.3. Diagnostic différentiel :

Il se pose avec les autres causes d'incontinence urinaire.

L'examen clinique à la valve, au mieux l'épreuve au bleu de méthylène permet de faire la part des choses dans :

- L'incontinence d'effort ;
- L'incontinence résiduelle après une cure de fistule réussie ;
- Les fistules uréthro-vaginales.

L'épreuve au bleu de méthylène vésical et la cystoscopie sont négatives, l'injection intra veineuse du bleu de méthylène ou d'indigo carmin est positive.

5. Prise en charge : Cette prise en charge dépend du type de lésion.

5.1. Traitement curatif :

5.1.1. Les Déchirures vulvo-périnéale : Le diagnostic se fait à l'examen sous valves et à l'inspection du périnée.

La prise en charge se en fonction du degré de déchirure.

*Dans les déchirures incomplètes (1^è et 2^è degrés) :

La réparation se fait en 3plans selon l'anatomie du périnée.

1^è 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.

2^è temps : suture de la musculuse en surjet ou par des points simples.

3^è temps : suture de la peau par du fil non résorbable en points simples séparés.

* Dans les déchirures complètes et compliquées (3^è et 4^è degrés) :

La réparation a comporté deux (2) temps :

1^è temps : la réfection du sphincter anal par des points séparés.

2^è temps : On change de gant et on procède à la réparation comme dans le cas d'une déchirure incomplète.

5.1.2. Déchirures cervicales :

Le diagnostic a été fait par l'examen sous valves qui a permis de préciser l'étendue les lésions. Dans certains cas, les lésions saignent peu et un simple tamponnement avec des compresses stériles permet l'arrêt de l'hémorragie.

Souvent l'hémostase est difficile d'où la nécessité d'une suture hémostatique.

Si la déchirure s'étend au segment inférieur, la prise en charge relève alors de celle d'une rupture utérine.

NB : Tous les cas de déchirures cervicales ont été examinés sous anesthésié générale au bloc opératoire.

5.1.3. Déchirures vaginales :

Le diagnostic se fait aussi à l'examen sous qui permet de préciser le siège des lésions. Le suffit souvent pour arrêter l'hémorragie. Dans le cas échéant on procède à une suture d'hémostase.

Les soins post opératoires :

Ils consistent à des soins locaux aux antiseptiques et une hygiène corporelle. Dans certains contextes de risque infectieux élevé, une antibioprophylaxie à large spectre est instaurée pendant au moins 7 jours.

Toutes les femmes ont été revues au 10ème jour post-partum pour ablation du fil. La cicatrice était bonne.

5.2. Traitement préventif :

- respect de la physiologie de l'accouchement ;
- maîtrise des manœuvres obstétricales ;
- penser à la pratique de l'épisiotomie face à certains périnées rigides.

.5.2.1. Rupture utérine :

- Le traitement médical a consisté en une oxygénothérapie ; un remplissage vasculaire avec des macromolécules ; et une transfusion dans la plupart des cas.

- Le traitement chirurgical : Il y a deux options :

*hystérorraphie : elle a pour avantage sa rapidité et le maintien de la fonction de l'utérus. Après avoir ravivé les berges on procède à une suture en 2 plans extra muqueux avec du fil résorbable

(vicryl O). La suture utérine peut être assortie d'une ligature résection des trompes sous conditions.

* L'hystérectomie : Elle est plus longue à réaliser ; pouvant être totale ou subtotale.

Dans notre étude, l'hystérectomie a constitué le principal acte chirurgical ; un drain est mise en place pendant trois jours et une antibiothérapie à large spectre est instaurée pendant 7 à 10 jours. Cela pourrait s'expliquer par le fait que la plupart de nos cas de rupture utérine provenaient des CSCOM et de certains CSRef avec des lésions où la conservation de l'utérus n'est possible.

* Indications : L'hystérorraphie est indiquée si les lésions sont minimales ; récentes (< 6 heures) siégeant sur la face antérieure du segment inférieur.

L'hystérectomie est indiquée lorsque les lésions sont étendues, si la patiente est d'un certain âge avec des enfants vivants.

*Pronostic fœto-maternel : Durant la période d'étude nous avons enregistré 14 cas de rupture utérine soit 12.2 %.

Nous avons malheureusement perdu 3 patientes et 12/14 de ces nouveaux-nés étaient des mort-nés.

5.1.3 La fistule vésico-vaginale : La technique de Chassar-moir a été appliquée.

L'Opération de CHASSAR- MOIR :

Il s'agit en fait d'un perfectionnement de la technique originale décrite en 1852 par MARIONS SIMS

• **Technique :**

La malade est installée en position gynécologique. Une sonde est mise en place dans la vessie. Quatre pinces d'ALLIS, placées en

losange autour de la fistule saisissent le vagin et l'abaisse à la vulve ; on peut aussi bien placer une sonde à ballonnet dans la vessie à travers l'orifice fistuleux. Une traction sur la sonde produirait le même effet.

Les différents temps opératoires sont :

- **Incision Verticale du Vagin :**

L'incision commence à 1 cm au dessus de l'orifice fistuleux, contourne l'orifice et se termine à 1 cm au dessous de lui.

- **Décollement vésico - vaginal :**

Il est peu poussé, l'objectif étant d'éviter tout espace mort inter vésico vaginal. Un décollement de 10 à 15 mm au pourtour de la fistule est en général suffisant et permettra un bon affrontement de la paroi vaginale.

- **Fermeture de l'orifice vésical :**

Elle est réalisée en un seul plan ou deux, de préférence extra muqueux en points séparés au vicryl 3/0.

- **Vérification de l'étanchéité vésicale :**

Elle se fait par injection d'environ 150 cm³ d'eau distillée colorée en bleu de méthylène. Si la moindre fuite apparaît, on complète la suture.

Cette vérification permet aussi de s'assurer qu'il n'existe pas un deuxième orifice fistuleux dont la méconnaissance compromettrait l'intervention.

- **La suture vaginale :**

Les points sont passés en BLAIR- DONATI au vicryl 3/0, pour affronter les lèvres vaginales jusqu'aux limites du décollement de sorte que l'on élimine tout espace mort entre vessie et vagin.

Les fils sont noués lorsqu'ils ont été passés.



MÉTHODOLOGIE

METHODOLOGIE

1. Cadre d'étude

Ce travail s'est déroulé dans le service de gynéco obstétrique de l'hôpital Nianankoro Fomba de Ségou

1.1 Présentation géographique de la région de Ségou

La Région de Ségou, quatrième Région administrative du Mali, est située au centre du Mali entre 13ème et 16ème de l'attitude Nord et entre le 4ème et 7ème de longitude Ouest.

La Région de Ségou couvre une superficie de 64 821 km² soit 4% de la superficie du Mali. Elle est répartie entre 7 cercles (Ségou, Baraoueli, Bla, Macina, Niono, San et Tominian) et décentralisée en 118 communes dont 3 urbaines et 115 rurales.

Elle est limitée au Nord par la République de Mauritanie, à l'Est les Régions de Tombouctou et de Mopti, au Sud-est par la République du Burkina Faso, la Région de Sikasso au sud et par la Région de Koulikoro à l'ouest.

Deux zones climatiques distinctes caractérisent la région.

-Une zone Sahélienne au Nord où la pluviométrie atteint 250-600mm/an avec une steppe épineuse.

-Une zone soudano Sahélienne au sud où la pluviométrie atteint 600-800mm/an avec une steppe arbustive composée de karité, Balanzan, baobab.

La Région de Ségou a un relief bien accidenté avec plateau et plaines alternés : les plaines de l'office du Niger sont caractéristiques de la Région et s'étendent sur plusieurs milliers d'hectare, les plaines de l'Opération Riz, les plaines aménagées de San. Elle est traversée par le fleuve Niger avec un de ses principaux affluents: le Bani. Le barrage de Markala régularise le

cours du Fleuve Niger et irrigue les terres de l'Office du Niger. Elle est pauvre en faune à cause de la sécheresse et les braconniers, mais très riche dans le domaine de l'élevage : les bovins, les caprins et les ovins.

- L'économie de la Région de Ségou est basée principalement sur l'agriculture qui occupe 80% des activités de la population. La production agricole est basée sur la production du riz de l'Office du Niger (ON), le riz de l'Office Riz (OR), il faut ajouter à cela d'autres céréales (mil sorgho, maïs, haricot) et la compagnie malienne de développement de textile (CMDT) qui s'occupe du coton.

C'est une zone d'élevage par excellence (ovin, bovin, caprin) D'autres activités économiques comme la pêche, le commerce, l'artisanat sont aussi pratiqués.

- L'industrie y est peu développée. Le pouvoir d'achat de la population est en général très peu élevé.

Quelques grandes unités industrielles comme la COMATEX-SA, les usines de décortication du riz, les complexes sucriers de Dougabougou et de Siribala, les ateliers centraux de Markala contribuent fortement à l'essor économique de la Région.

La Région de Ségou, en 2005 comptait 2.009.482 habitants soit 30 habitants/km² avec 994.208 hommes et 1.008.263 femmes, cette population est à majorité jeunes (48% ont moins de 15 ans) et rurale.

La population active représente 58% de la population générale et elle est concentrée dans les cercles, traversés par le fleuve Niger et les canaux irrigués par celui-ci.

La Région de Ségou trouve son fondement historique dans le royaume bambara de Ségou créée par Mamary dit Biton Coulibaly au 16ème siècle.

Après la mort de Biton, le pouvoir passa entre les mains des Diarra dont le plus connu fut Dah Monzon Diarra, communément appelée <<Dah>>. La ville de Ségou portait en un moment donné son nom "Dakagoun" ou la terre de Dah. La rentrée de El hadji Oumar Tall à Ségou en 1861 mit fin au règne des bambaras et instaura l'Islam. Amadou Sékou le fils de El hadji Oumar, fut intronisé Roi.

La Pénétration coloniale française dirigée par Archinard mit fin au règne des TALL en 1893. Ainsi depuis cette date Ségou devient le chef lieu des cercles de l'administration coloniale et capitale de la Région de Ségou en 1961.

La Région de Ségou fut modifiée par la loi No77/44/CMLN du 12 juillet 1977 et remodifiée par la loi No99-035 du 10 août 1999 pour devenir une collectivité décentralisée.

Les traditions font référence aux ethnies et se manifestent lors des cérémonies rituelles (Mariage, Baptêmes, Circoncision, Décès) et lors des grandes rencontres, les langues parlées sont propres aux ethnies (Bambara, Bozo, Somono, Minianka, Sarakolé, Peulh et Bobo), mais le bambara est la langue couramment utilisée dans les échanges et le commerce dans la Région.

Les religions pratiquées sont : l'Islam, le Christianisme, et l'animisme.

La ville de Ségou est communément appelée la cité des Balanzan à cause de l'abondance de Balanzan sur le territoire de Ségou

autrefois. Avec une population de 106336 habitants, la commune urbaine de Ségo compte 18 quartiers.

Le village de Pélongana contiguë à la ville de Ségo a une population de 15. 534 habitants.

La commune de Ségo dispose de 9 formations sanitaires plus quatre cabinets de soins infirmiers ;

2-formations sanitaires publiques :

- * L'hôpital Nianankoro FOMBA ;

- * Le centre de santé de référence Famory DOUMBIA ;

4 centres de santé communautaires : Dar-salam, Médine, Ségo coura et Pélongana.

1 formation sanitaire para publique : le centre médical inter entreprise de L'INPS.

1 formation sanitaire du service de santé des armées : l'infirmierie du camp militaire ;

2 formations sanitaires privées ;

- * le cabinet médical Yida KOUYATE ;

- * la clinique d'accouchement Maya BOLLI

A celle-ci s'ajoute quatre (4) écoles de formation de techniciens de santé :

CFTSS, CFIS, EFTSS et Vicenta Maria.

1.2- Présentations de l'hôpital Nianankoro FOMBA :

Situé au centre de la ville au bord de la route nationale No6 reliant Bamako aux Régions du Nord. Cet hôpital a une capacité d'accueil de 165 lits.

1.2.1 Historique de l'Hôpital Nianankoro FOMBA :

Les premiers bâtiments de l'hôpital de Ségou ont été achevés vers le début de la deuxième guerre mondiale. Il comprenait un dispensaire et une maternité.

D'autres bâtiments furent ajoutés en 1946 et 1947 pour des hospitalisations chirurgie hommes, chirurgie femmes. De 1950 à 1959 d'autres constructions furent réalisées dont :

- * le bâtiment d'hospitalisation nommé « clinique »
- * la radiographie.
- * service d'ophtalmologie (Yeelen).

En 1962, l'établissement deviendra Hôpital secondaire ; en 1983 l'établissement fut baptisé Hôpital Nianankoro FOMBA de Ségou. Il sert de deuxième référence pour l'ensemble de la Région et de première référence pour les centres de santé de cercle de la commune de Ségou. Il comporte une cinquantaine de bâtiments repartis sur une superficie de 6 hectares, il est actuellement un établissement public hospitalier par la loi N°03-017 du 14 juillet 2003. Les structures de l'hôpital sont réparties en services :

- service Administratif (direction),
- service de Médecine générale,
- service de Chirurgie générale,
- service de Traumatologie,
- service de Gynéco Obstétrique,
- service ORL,
- Cabinet dentaire,
- service de Pédiatrie,
- service d'Ophtalmologie
- la pharmacie,

-service de Radiologie,

-un laboratoire et un nouveau plateau technique construit en 2002 composé d'un service d'anesthésie réanimation, le bloc opératoire et un service de stérilisation.

L'hôpital a un effectif de 205 personnels dont :

- 1 Directeur général ;
- 1 Directeur général adjoint ;
- 1 Directeur administratif ;
- 2 Inspecteurs de finance ;
- 11 comptables ;
- 17 médecins généralistes ;
- 11 spécialistes dont quatre gynécologues obstétriciens ;
- 17 Assistants médicaux ;
- 15 Techniciens supérieurs ;
- 1 Biologiste ;
- 1 Technicien sanitaire ;
- 21 Techniciens B1 ;
 - 4 techniciens de labo ;
 - 8 sages femmes ;
 - 8 Infirmières obstétriciennes ;
- 7 secrétaires ;
- 3 Electriciens ;
- 1 magasinier ;
- 6 chauffeurs ;
- 2 agents sociaux ;
- 28 manœuvres ;
- 10 Gardiens ;
- 24 aides-soignants

a) Le Service de gynéco obstétrique :

Gère toutes les pathologies gynécologiques et obstétricales de la ville de Ségou et de certains centres de santé de référence de cercles.

Actuellement le service fait partie du groupe « Pool mère enfant », constitué de service de gyneco-obstetrique et de la pédiatrie.

Le service comprend :

- ✓ quatre (4) Bureaux de consultation pour les médecins avec toilette ;
- ✓ un (1) Bureau pour la sage femme maîtresse avec toilette ;
- ✓ une (1) Salle d'accouchement avec 3 bouches d'oxygène et aspirateur, ventilée et climatisée ;
- ✓ une (1) Salle d'attente avec toilette, 3 bouches d'oxygène et aspirateur, ventilée et climatisée ;
- ✓ une (1) Salle d'urgence, 3 bouches d'oxygène et aspirateur, ventilée et climatisée ;
- ✓ une (1) Salle de garde avec toilette, ventilée, climatisée, réfrigérateur ;
- ✓ une (1) Salle de CPN ventilée et climatisée ;
- ✓ une (1) Salle de vaccination ventilée ;
- ✓ une (1) Salle de soins climatisée et ventilée ;
- ✓ un (1) Magasin ;
- ✓ une (1) Salle pour manoeuvre ;
- ✓ huit (8) Salles d'hospitalisation comprenant :
 - * 5 Salles d'hospitalisation ayant 4 lit chacune et ventilée ;
 - * 1 Salle d'hospitalisation ayant 1 lits et ventilée ;
 - * 2 Salles VIP ayant 1 lits chacune, ventilée, climatisée avec un (1) téléviseur, réfrigérateur et douche interne.

- ✓ huit (8) Toilettes pour les patientes ;
- ✓ cinq (5) Toilettes pour le personnel ;

Le personnel est composé :

*Quatre (4) Spécialistes en gynécologie obstétrique dont un Cubain ;

*deux (2) Médecins généralistes payés sur fond spécial;

*huit (8) Sages femmes ;

*sept (7) Infirmières obstétriciennes ;

*trois (3) Manœuvres.

C'est un lieu de stage qui reçoit les internes, les étudiants et thésard et des techniciens en santé.

Les consultations externes se font du lundi au vendredi par les médecins avec le concours des internes. Les mardi et mercredi sont les jours d'intervention. Les visites des malades hospitalisées se font également tous les jours à partir de 9heures après le staff du service qui se tient chaque jour à partir de 8heures.

La garde est assurée par un médecin spécialiste, un médecin généraliste, sage femme, infirmière obstétricienne complétés par les stagiaires en formation (un interne, étudiant) et un personnel d'appui (un manœuvre). Le service reçoit les patientes de la ville de Ségou et environnant, les patientes référées des CSCOM et des CSRef des cercles.

Le bloc fistuleux reçoit toutes les fistuleuses retenues dans le cadre de l'ONG « IAMANEH MALI » qui assure leur prise en charge gratuite. Elle prend en charge toutes les fistuleuses de la Région de Ségou.

Les fistuleuses provenant d'autres Régions sont référées à Bamako car n'étant pas couvertes par l'ONG.

2. Type d'étude :

Il s'agit d'une étude prospective, descriptive et transversale.

3. Période d'étude :

Notre étude s'est déroulée du 1^{er} Août 2008 au 31 Mars 2009 soit une période de huit (8) mois.

4. Population d'étude : Il s'agit de toutes les femmes en âge de procréer.

5. Echantillonnage :

- Critère d'inclusion : Ont été incluses dans l'étude toutes les femmes ayant accouché dans le service de gynécologie – obstétrique de l'hôpital ou ont été admises après accouchement chez qui une lésion traumatique de l'accouchement a été constatée.

- Critère de non inclusion : sont exclues de notre étude toutes les femmes indemnes de toute lésion traumatique.

6. Technique de collecte des données :

6.1. Support des données : Pour chaque patiente une fiche d'enquête individuelle a été établie comportant les paramètres suivants :

- les caractères sociodémographiques de la patiente ;
- les facteurs de risque ;
- le résultat de l'examen clinique ;
- le traitement reçu.

6.2. Recueil des données :

- . Dossiers obstétricaux ; compte rendu opératoire ;
- . Registre d'accouchement du service.

7. Traitement et Analyse des données : Les données ont été traitées et analysées sur le logiciel épi info version 6.04 *FR*. Le test utilisé est celui de khi2.

8. Difficultés rencontrées :

- constitution des dossiers d'accouchement non assisté (à domicile ou au cours du transport).



RÉSULTATS

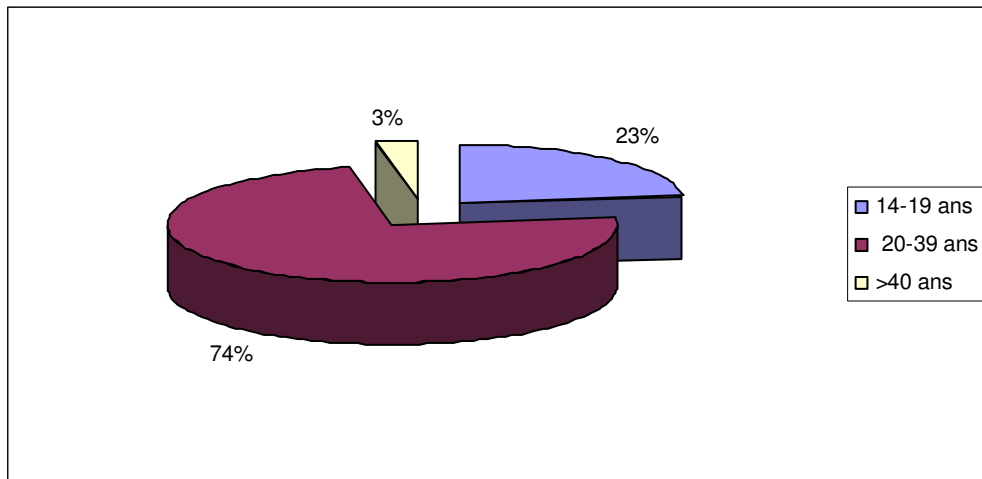
1. Fréquence :

Durant notre étude nous avons enregistré 115 cas de lésions traumatiques sur 1226 accouchements soit 9.3 % des accouchements.

2. Profil sociodémographique :

Age :

Figure I : Répartition des patientes selon l'âge.



La tranche d'âge 20-39 ans était la plus représentée avec 74 %.

Tableau II : Répartition des patientes selon le niveau d'étude.

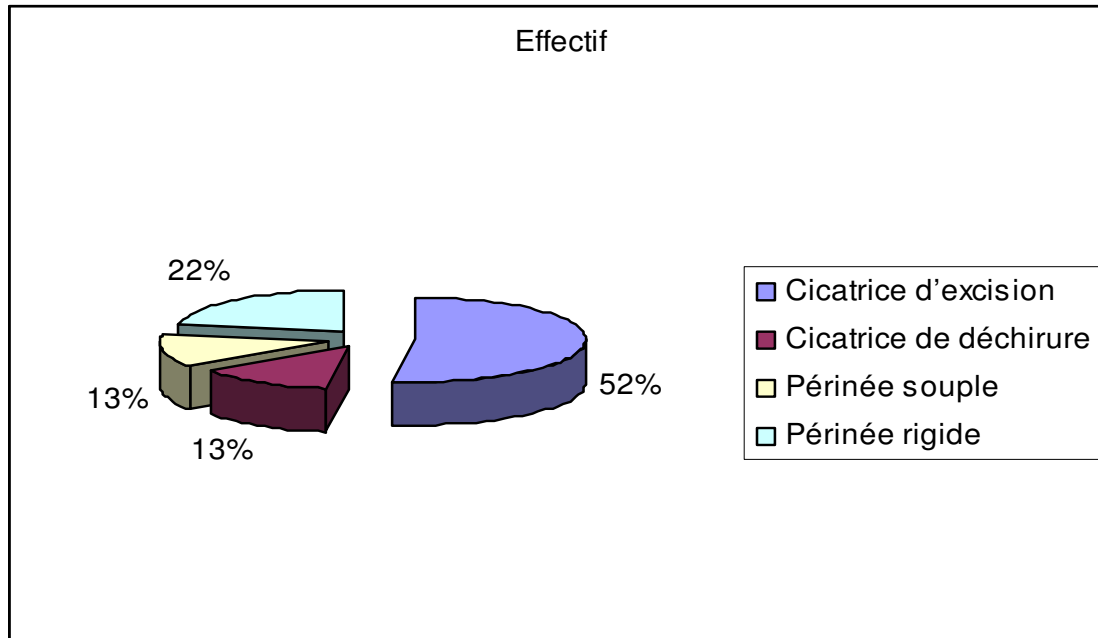
<i>Niveau d'étude</i>	<i>Effect if</i>	pourcentage
Non scolarisée	76	66.1
Primaire	29	25.2
Secondaire	9	7.8
Supérieur	1	0.9
Total	115	100

Les non scolarisées ont représenté 66.1% de l'échantillon.

3. Les facteurs de risque :

3.1 .Etat périnéal

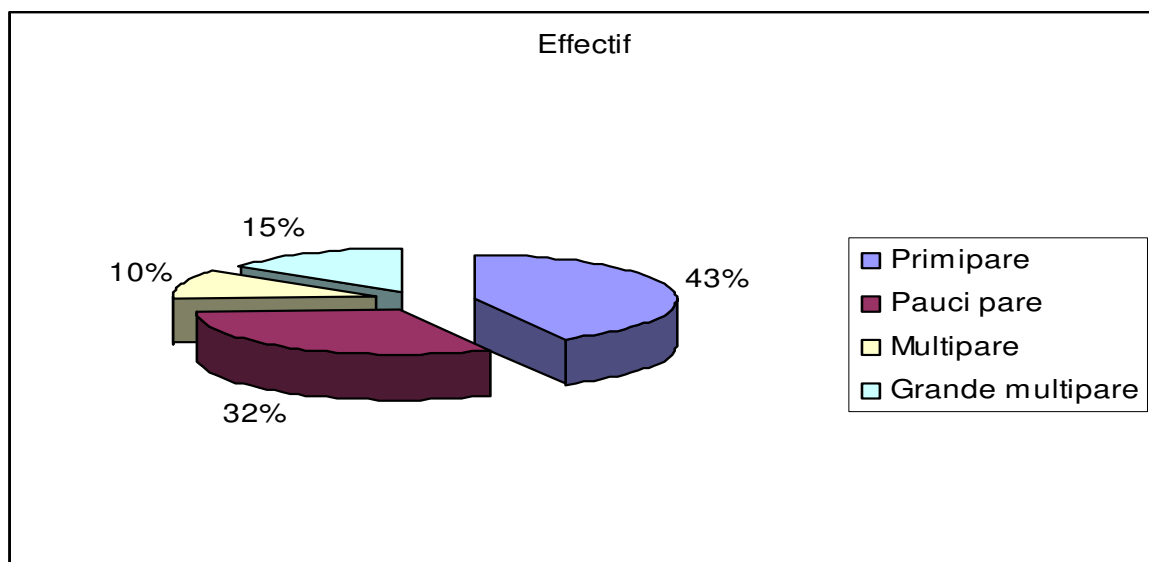
Figure II : Répartition des patientes selon l'état périnéal.



Une cicatrice d'excision était retrouvée chez 52 % des patientes.

3.2 Les antécédents obstétricaux :

Figure III : Répartition des patientes selon les antécédents Obstétricaux.



Les primipares étaient plus représentées avec 43 %.

Tableau III : Répartition des patientes selon le type d'excision.

Type d'excision	Effectif	<i>Pourcentage</i>
Type I	8	13
Type II	30	50
Type III	22	37
Total	60	100

50 % des patientes avaient une excision de type II .

Tableau IV : Répartition des patientes selon le nombre de consultations prénatales (CPN)

<i>Nombre de CPN</i>	<i>Effectif</i>	Pourcentage
0	16	13.9
1-3	43	37.4
4 ou Plus	56	48.7
Total	115	100

13.9 % de nos patients n'avaient pas fait de consultations prénatales (CPN).

Tableau V : Répartition des patientes selon l'agent ayant effectué les consultations prénatales (CPN).

<i>Agent CPN</i>	<i>Effectif</i>	Pourcentage
Sage-femme	66	57.4
Médecin	4	3.5
Infirmière	4	3.5
Matrone	25	21.7
Aucun	16	13.9
Total	115	100

Les sages-femmes et les matrones avaient effectué le maximum des Consultations prénatales (CPN) avec respectivement 57.4 % et 21.7 %.

4. L'examen obstétrical :

Tableau VI : Répartition des patientes selon la taille.

<i>Taille</i>	<i>Effectif</i>	Pourcentage
< 1.50 m	3	2.6
≥ 1.50 m	112	97.4
Total	115	100

97.4 % des patientes avaient une taille supérieure ou égale à 1.50 m.

Tableau VII : Répartition des patientes selon la qualification de l'agent effectué l'accouchement.

Agent accoucheur	Effectif	<i>pourcentage</i>
Matrone	55	47.8
Infirmière obstétricienne	25	21.7
Sage-femme	8	7.0
Médecin	8	7.0
Accoucheuses traditionnelles	19	16.5
Total	115	100

Les matrones ont effectué 47.8 % suivies des infirmières obstétriciennes avec 21,7 %.

Tableau VIII : Répartition des patientes selon la distance anovulvaire.

<i>Distance anovulvaire</i>	<i>Effectif</i>	Pourcentage
< 2 cm	21	18.2
2-3 cm	68	59.2
> 3cm	26	22.6
Total	115	100

59.2 % de nos patientes avaient un périnée de longueur moyenne.

Tableau IX : Répartition des patientes selon le type de bassin.

<i>Type de bassin</i>	<i>Effectif</i>	<i>Pourcentage</i>
Normal	90	78.3
Limite	20	17.4
Chirurgical	5	4.3
Total	115	100

Le bassin était normal dans 78.3 % des cas.

5. La voie d'accouchement :

Tableau X : Répartition des patientes selon la voie d'accouchement.

<i>Voie d'accouchement</i>	<i>Effectif</i>	<i>Pourcentage</i>
Voie basse	103	89.6
Laparotomie	12	10.4
Total	115	100

L'accouchement par voie basse représentait 89.6 % de nos cas.

6. La présentation du fœtus.

Tableau XI : Répartition des patientes selon la présentation.

<i>Présentation</i>	<i>Effectif</i>	<i>Pourcentage</i>
Céphalique	112	97.3
Siège	1	0.9
Epaule	1	0.9
Non assisté	1	0.9
Total	115	100

La présentation céphalique a représenté 97.3 % de nos accouchements.

7. Le déroulement du travail :

Tableau X : Répartition des patientes selon déroulement du travail.

Déroulement <i>du travail</i>	Effectif	pourcentage
Spontané	89	77.4
Dirigé	26	22.6
Total	115	100

Le travail a été dirigé dans 22.6 % de cas.

8. La variété de dégagement.

Tableau XI : Répartition des patientes selon la variété de dégagement.

Variété de dégagement	Effectif	Pourcentage
OP	83	72.2
OS	13	11.3
Non assisté	19	16.5
Total	115	100

Dans 72.2 % des cas, le dégagement s'était fait en occipito-pubien (OP).

9. Les causes des lésions :

Tableau XII : Répartition des patientes selon la cause de la lésion

Cause	Effectif	Pourcentage
Forceps	7	6.1
Ventouse	4	3.5
VMI	2	1.7
Expression utérine	1	0.9
Dystocie mécanique	26	22.6
Séquelles d'excision	75	65.2
Total	115	100

Les séquelles d'excision et la dystocie mécanique ont été les principales causes des lésions avec respectivement 65.2 % et 22.6 %.

10. La réalisation de l'épisiotomie :

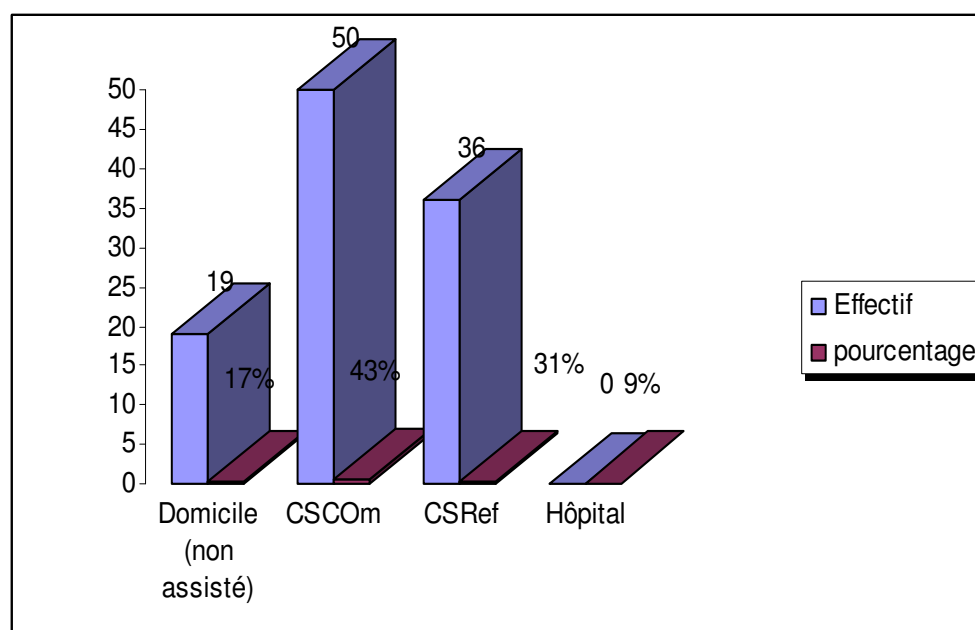
Tableau XIII : Répartition des patientes selon la réalisation de l'épisiotomie

<i>Episiotomie</i>	<i>Effectif</i>	Pourcentage
Oui	19	16.5
Non	96	83.5
Total	115	100

83,5 % des patientes n'ont pas bénéficié d'une épisiotomie.

10. Le lieu d'accouchement :

Figure IV : Répartition des patientes selon le lieu d'accouchement.



L'accouchement non assisté a représenté 17 % des cas.

11. Le type de lésion :

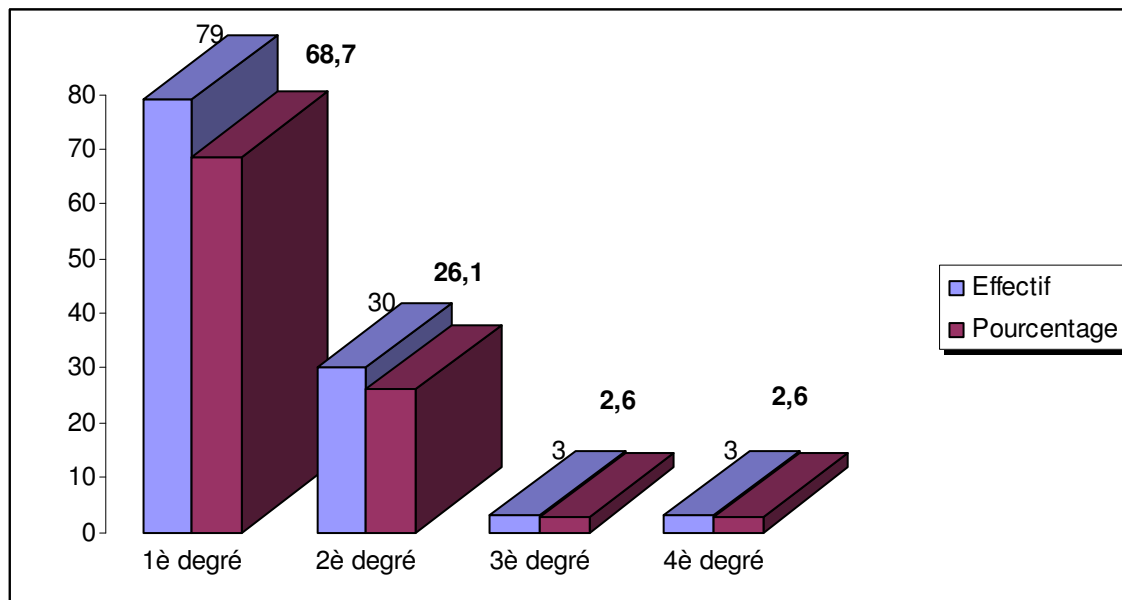
Tableau XIV : Répartition des patientes selon le type de lésion :

Type de lésion	Effectif	Pourcentage
Rupture utérine	14	12
Déchirures périnéales	61	53
Déchirures cervicales	30	26
F.V.V	6	5
Trouble du sphincter vésical	2	2
Thrombus vaginal	1	1
Déchirures vaginales	1	1
Total	115	100

Les déchirures périnéales et cervicales ont été les lésions les plus fréquentes avec respectivement 53 % et 26 %.

12. Le degré de déchirure du périnée :

Figure V: Répartition des patientes selon le degré de déchirure du périnée.



Le 1^{er} degré a représenté 68,7 % de l'échantillon.

Tableau XV: Répartition des patientes selon le temps d'expulsion.

<i>Temps d'expulsion</i>	<i>Effectif</i>	<i>Pourcentage</i>
< 45 min	65	56.5
≥ 45 min	30	26.1
Non assisté	19	16.5
Total	115	100

Dans 26.1 % des cas, la période d'expulsion avait excédé les 45minutes.

13. Les données anthropométriques du nouveau-né

Tableau XVI: Répartition des patientes selon le poids des nouveaux-nés.

<i>Poids nouveaux-nés</i>	<i>Effectif</i>	<i>Pourcentage</i>
< 2500 grammes	15	13.0
2500-4000 grammes	97	84.4
≥ 4000 grammes	3	2.6
Total	115	100

84.4 % des nouveaux-nés avaient un poids normal.

TableauXVII : Répartition des patientes selon le périmètre crânien (PC).

<i>Périmètre crânien</i>	<i>Effectif</i>	<i>Pourcentage</i>
< 33 cm	36	31.3
33-35 cm	75	65.2
> 35 cm	4	3.5
Total	115	100

65.2 % des nouveaux-nés avaient un périmètre crânien (PC) moyen.

17 Etat des nouveaux-nés à la naissance :

Tableau XVIII:Répartition des nouveaux-nés selon le score d'Apgar à la 1^{ère} minute.

Score d'Apgar	Effectif	Pourcentage
0	27	23.5
1-6	2	1.7
≥ 7	74	64.4
Indéterminé	12	10.4
Total	115	100

64.4 % des nouveaux-nés avaient un bon score d'Apgar à la 1^{ère} minute ; 23.5 % des mort-nés.

NB : 0=Mort-né ; 1-6 =état de mort apparente ; ≥ 7= bon Apgar.

Tableau XIX: Répartition des nouveaux-nés selon le score d'Apgar à la 5^{ème} minute.

Score d'Apgar	Effectif	Pourcentage
0	27	23.5
1-6	1	0.3
≥ 7	75	65.2
Non assisté	12	10.4
Total	115	100

A la 5^{ème} minute, 65.2 % des nouveaux-nés avaient un bon Apgar.

Tableau XX : Répartition des patientes selon le type de lésions et la parité

<i>Lésions/parité</i>	<i>primipare</i>	<i>paucipare</i>	<i>Multipare</i>	Total
Déchirures périnéales	54 (83.1%)	7 (10.8%)	4 (6.1%)	65 (57%)
Déchirures cervicales	10 (33.3 %)	18 (60 %)	2 (6.7 %)	30 (26 %)
Rupture utérine	5 (35.6 %)	3 (21.4 %)	6 (43 %)	14 (12 %)
F.V.V	3 (50 %)	2 (33.3 %)	1 (16.7 %)	6 (5 %)
Total	72(62,6%)	30(26%)	13(11%)	115(100%)

P=0.004

Les multipares ont été les plus exposées à la rupture avec 43 % et les primipares aux déchirures périnéales avec 83.1 %.

TableauXXI : Répartition des patientes selon le type de lésions et l'âge.

<i>Lésions /âge</i>	<i>14-19 ans</i>	<i>20 -39 ans</i>	<i>≥ 40 ans</i>	Total
Déchirures périnéales	50 (43,47 %)	10 (9 %)	5 (4,34 %)	65 (57 %)
Déchirures cervicales	10 (9 %)	16 (14 %)	4 (3,47 %)	30 (26, 4%)
Rupture utérine	1 (1 %)	9 (8 %)	4 (3,47 %)	14 (12,4 %)
F.V.V	3 (3 %)	1 (1 %)	2 (2 %)	6 (5,21 %)
Total	64(55,7%)	36(31,3%)	15(13%)	115(100%)

P=0.005

La tranche d'âge 14-19 ans été la plus exposée aux déchirures périnéales avec 43.4 % ; ensuite à la fistule avec 3 % et 8 % de rupture utérine étaient survenues dans la tranche d'âge 20-39 ans.

TableauXXII : Répartition des degrés de déchirures selon la distance anovulvaire.

<i>Distance/Degré</i>	<i>1èr Degré</i>	<i>2èm degré</i>	<i>3èm degré</i>	<i>4èm degré</i>	Total
< 2 cm	1(5.5 %)	11(61.1 %)	5(27,7%)	5(27,7%)	22(34%)
2-3 cm	10(47.7%)	11(52.3%)	0	0	21(32%)
> 3 cm	14(63.6%)	8 (36.3%)	0	0	22(34%)
Total	25(38%)	30(46%)	5(8%)	5(8%)	65(100%)

Les périnéés courts ont été les plus exposés aux déchirures de 3èm et 4èm degrés avec 27,7 % dans les deux cas.

Tableau XXIII : Répartition des patientes selon le geste effectué.

<i>Geste effectué</i>	<i>Effectif</i>	<i>Pourcentage</i>
Hystérectomie	11	9.6
Hystérorraphie	3	2.6
Périnéorraphie	61	53
Fistulorraphie	6	5.2
Suture du col utérin	25	21.7
Tamponnement	6	5.2
Autres	3	2.6
Total	115	100

La périnéorraphie et la suture du col de l'utérus étaient les plus réalisées avec respectivement 53 % et 21.7 %.

Tableau XXIV: Répartition des patientes selon l'évolution.

<i>Suites</i>	<i>Effectif</i>	<i>Pourcentage</i>
Simple	104	90.4
Rétention d'urines	2	1.7
Anémie	6	5.3
Décès maternel	3	3
Total	115	100

Les suites étaient simples dans 90.4 % des cas. Néanmoins, elles ont été émaillées de décès maternel dans 3 % de cas.



COMMENTAIRES
ET DISCUSSION

Notre étude était prospective, descriptive et transversale portant sur les lésions traumatiques de l'accouchement allant du 1^{er} Août 2008 au 31 Mars 2009.

Dans la littérature malienne, peu d'études ont englobé l'ensemble de ces lésions. Elles sont abordées partiellement soit dans les hémorragies du post partum ou les extractions instrumentales. De ce fait nous ne disposons pas assez de référence et de chiffre pour une discussion plus large.

1. Fréquence :

Au cours de cette étude nous avons enregistré 115 cas de lésion traumatique de l'accouchement sur 1226 accouchements soit un taux de 9,3 %.

Les déchirures périnéales, cervicales et la rupture utérine ont été les plus fréquentes avec respectivement 53 %, 26,1 % et 12,2 %.

Cette fréquence élevée des lésions pourrait s'expliquer d'une part par l'abus d'ocytocine, la non réalisation de l'épisiotomie dans certains cas et d'autre part par certaines extractions instrumentales comme le forceps et le faible taux d'accouchement assisté (30 %).

2. profils sociodémographiques :

a) Age : L'âge moyen des patientes était de 30 ans avec des extrêmes à 14 et 46 ans.

La tranche d'âge 20-39 ans était la plus représentée avec 73,9 %. Ce taux est comparable à celui de Traoré B. qui a trouvé dans sa série un taux de 72 %.

La fréquence élevée dans cette tranche d'âge pourrait s'expliquer par le fait que cette période correspond à celle d'activité génitale chez la femme, donc de la parturition.

b) **Le niveau d'étude** : Les non scolarisées ont constitué la majorité de notre échantillon soit 66,1 % des cas.

Ce taux élevé des non scolarisées est retrouvé chez la plupart des auteurs [7 ; 12 ; 21] et pourrait s'expliquer le plus souvent par le taux élevé des accouchements non assistés.

La femme africaine, ignorant pour la plupart du temps la nécessité d'accoucher dans une structure de santé préfère le plus souvent accoucher sans assistance.

3. Les facteurs de risque :

3.1 Etat périnéal :

Dans notre étude, 52 % des femmes avaient une cicatrice d'excision, ce taux est inférieur à celui de Traoré .B [7] qui a rapporté dans sa série 78,7 %. Les déchirures périnéales chez les femmes excisées étaient estimées à 52 % l'orifice vulvaire étant rétréci à cause de l'infibulation, l'expulsion se fait le plus souvent au prix d'une déchirure périnéale.

L'expulsion se fait le plus souvent au prix d'une déchirure périnéale.

3.2 .Les antécédents obstétricaux :

3.2.1 La parité : Les lésions traumatiques de l'accouchement intéressent les primipares (43%) ainsi que les multipares (25 %). La fréquence élevée de ces lésions chez les primipares surtout les déchirures périnéales pourrait s'expliquer par le fait que le périnée n'est pas encore distendu et le manque d'épisiotomie dans certains cas.

Les multipares étaient les plus exposées aux ruptures utérines avec 43 %. Ce taux est inférieur à celui de Touré.C.K et coll[32] au CHU de Treichville qui rapportent un taux de 61.4 %.

Chez les multipares, la fragilisation de l'utérus pourrait être à l'origine des multiples ruptures utérines [22].

3.2.2 Le nombre de consultations prénatales : 13,9 % des femmes enceintes n'avaient pas fait de consultations prénatales. Cela pourrait s'expliquer par le fait que la plupart de nos patientes étaient des non scolarisées à faible ou sans revenu.

Du coup elles ignorent la nécessité du suivi de la grossesse entraînant très souvent des cas d'abandon de suivi et dans le pire des cas l'absence de CPN.

3.2.3. Les facteurs iatrogènes : L'application du forceps et de la ventouse est une cause fréquente de déchirures périnéales surtout si les conditions ne sont pas réunies.

Dans notre étude, le forceps a causé 6 % de déchirures périnéales.

Cette fréquence est inférieure à celle de Fané S et Traoré B [7]. Qui ont trouvé respectivement 12% et 16 %.

Cette disparité entre les taux nationaux pourrait s'expliquer par la non systématisation de l'épisiotomie lors de ces extractions instrumentales.

L'usage d'ocytocine a été évoqué dans 22,6 % de cas des lésions traumatiques de l'accouchement à type de rupture utérine dans notre étude.

L'ocytocine utilisée à dose réglementaire c'est dire 8 gouttes par minute se justifie en salle de travail aussi bien dans

l'hypocinésie que dans l'hypertonie utérine en l'absence de tout obstacle mécanique. Mais à dose non contrôlée, elle peut occasionner une rupture utérine chez la grande multipare où l'utérus est déjà fragilisé et chez la primipare où certaines angusties pelviennes peuvent passer inaperçues [32].

C'est pourquoi nous pensons que son usage mérite une réflexion et devrait être réservé aux médecins et aux sages-femmes.

3.2.4. L'agent accoucheur : 48 % des accouchements avaient été effectués par les matrones.

Cette fréquence élevée des lésions observées chez les femmes pourrait s'expliquer par le comportement de certaines matrones en salle de travail qui ignorent que leur profession exige une perpétuelle mise à niveau. Ce comportement est le plus souvent la non maîtrise des gestes tentés tels que la perfusion d'ocytociques, et la mauvaise appréciation de la dilatation du col et du niveau de la présentation: d'où la nécessité d'un stage de mise à niveau à leur endroit.

4. L'examen obstétrical :

4.1. La taille : 98 % des patientes avaient une taille supérieure à 1.50 m. Cette fréquence est supérieure à celle de Coulibaly M[21] qui était de 48,6 %.

Face à ce résultat nous pourrions dire que la taille n'est pas déterminante dans la survenue des lésions traumatiques au cours de l'accouchement.

4.2. La distance anovulvaire : 59,1 % des patientes avaient une distance anovulvaire moyenne. Dans certaines séries ce sont les périnées de longueur moyenne qui sont les moins

vulnérables. Les périnéés courts sont exposés aux déchirures de 3^e et 4^e degrés comme le confirme notre étude (16.7 %).

4.3 Le type de bassin : Les bassins anormaux (limites 17,4 % et chirurgicaux 4,3 %) ont représenté 21,7 % de l'échantillon. Ces types de bassin sont pour la plupart des cas à l'origine des dystocies mécaniques lesquelles ; si elles ne sont pas diagnostiquées et traitées de façon appropriée peuvent aboutir par le biais de la rétention prolongée de la tête fœtale au niveau du vagin soit à la fistule vésico-vaginale, recto-vaginale ou à la rupture utérine.

5. La voie d'accouchement : 89,6 % de l'échantillon avaient accouché par voie basse. Cette voie serait à la base de la fréquence élevée des lésions des parties molles comme en témoignent nos résultats : déchirures périnéales 53 % ; déchirures cervicales 26 % ; déchirure vaginale 1% ; thrombus vaginal 1%.

6. La présentation du fœtus : Le fœtus était en présentation céphalique dans 97,4 % de l'échantillon.

Cette approche est la même dans l'étude de Traoré B [7]. Celles défléchies seraient à l'origine des traumatismes génitaux.

7. Les variétés de dégagement : Le dégagement était fait en occipito-pubien dans 72,2 % des cas.

Les dégagements en occipito-sacré sont aussi pourvoyeurs de déchirures périnéales soit 11,3 % dans notre série.

Ce taux est supérieur à celui de Traoré B [7], chez qui ce type de dégagement avait occasionné 6,7 % de déchirures périnéales.

8. La réalisation de l'épisiotomie : Dans notre étude, 83,5 % des patientes n'avaient pas bénéficié d'épisiotomie. Ce taux est

supérieur à celui trouvé par Traoré B qui était de 76 % dans sa série.

Cette non réalisation de l'épisiotomie serait à l'origine des déchirures périnéales face à des périnées le plus souvent cicatriciels d'excision.

Sa réalisation devrait être systématique chez les primipares, chez les femmes présentant des séquelles d'excision type III et lors d'extractions instrumentales (forceps et ventouse).

9. Le lieu d'accouchement : L'accouchement non assisté a représenté 17 % des cas. Ce taux bien que inférieur à celui de Traoré B qui était de 33,1 % reste toujours élevé.

Cela nous interpelle à redoubler d'ardeur dans la sensibilisation.

10. Le degré déchirure du périnée :

Les déchirures du 1^{er} degré ont représenté 69 %, 26 % pour le 2^e degré, 3 % pour les 3^e et 4^e degrés.

Ces chiffres sont inférieurs à ceux trouvés par Traoré.B qui sont respectivement : 79,7 %, 42,3 %, 34,7 % et 2,7 %.

Cette disparité entre les taux pourrait s'expliquer d'une part par la maîtrise des techniques de dégagement et d'autre part la systématisation de l'épisiotomie chez les primipares et lors d'extractions instrumentales.

12. Les données anthropométriques du nouveau-né :

- **Poids** : 84,4 % des nouveaux-nés avaient un poids compris entre 2500 et 4000 grammes.

Nous avons les mêmes approches que Traoré B. qui avait trouvé un taux de 77,3 % .Il est ainsi prouvé que le facteur poids foetal n'est pas essentiel dans la genèse des traumatismes périnéaux.

Ce sont les petits poids de naissance qui entraînent plus de lésions [7]. Par contre De Tourris H. et collaborateurs trouvent que c'est le volume fœtal surtout l'épaule qui est prépondérant.

- **Le périmètre crânien** : Le périmètre crânien moyen se situait entre

33-35 cm. Le périmètre crânien exagéré serait responsable des déchirures des parties molles : les déchirures cervicales survenant le plus souvent au décours d'expulsion fœtale avant dilatation complète.

Dans les cas de rétrécissement vulvaire consécutif à une excision, le périmètre crânien peut provoquer des déchirures périnéales en l'absence d'épisiotomie large.

13. L'état des nouveaux-nés : 64,4 % des nouveaux-nés avaient un bon score d'Apgar à la 1^{ère} minute. 23,5 % étaient des morts-nés ou des nouveaux-nés en état de mort apparente (1,7 %).

Cette situation alarmante pourrait s'expliquer par la fréquence élevée de la rupture utérine 12,2 % et de la fistule vésico-vaginale 5,2 % dans lesquels cas le fœtus est le plus souvent mort.

Ce faible taux (1,7%) de souffrance fœtale aiguë pourrait s'expliquer par une prise en charge adéquate incluant Pédiatres, obstétricien et Réanimateurs. Cela dénote encore une fois l'indissociabilité du couple mère-enfant.

14. L'évolution : Les suites ont été simples dans 90,4 % des cas dû au fait que la prise en charge était effectuée par un personnel qualifié.

Cependant l'arbre ne doit pas cacher la forêt, malgré ces suites simples, nous avons malheureusement déploré 3 cas de décès maternel soit 3 %.

Ces décès étaient dûs pour la plupart du temps au retard d'évacuation des patientes.

A cela s'ajoute le manque crucial de sang au laboratoire pour les cas d'hémorragie nécessitant une transfusion en urgence : d'où la nécessité de la redynamisation de la mini banque de sang de l'hôpital.



CONCLUSION ET
RECOMMANDATIONS

S'il est injuste d'imputer systématiquement à l'accoucheur la responsabilité des lésions traumatiques de l'accouchement auxquelles sont indiscutablement prédisposées certaines femmes, un bon praticien doit pouvoir éviter la plupart des ces lésions[7].

Il ressort de notre étude que les lésions traumatiques de l'accouchement sont relativement encore fréquentes (9,3 %) dans nos contrées.

Le profil socio démographique est celui d'une femme dont l'âge moyen est de 29 ans le plus souvent primipare 42,6 % ou multipare 25,2 % ; analphabète 66,1 %.

Pressentant le plus souvent une mutilation génitale féminine type II ou III 65,2 % ; à faibles revenus. Elle était le plus souvent référée ou évacuée.

Les déchirures périnéales ont dominé notre série avec 53 % suivies des déchirures cervicales 26 % et de la rupture utérine 12 %. Les périnées courts étaient exposés aux déchirures de 3^{em} et 4^{em} degrés (27,7 %). Les gestes effectués ont été respectivement la périnéorrhaphie 53 % ; la colporrhaphie 21,7 % ; L'hystérectomie 9,6 %. Les suites ont été simples dans 90,4 % des cas. Nous avons déploré 3 décès maternels soit 3 %.

La connaissance de leur mécanisme de survenue et les facteurs de risque permettra de réduire considérablement cette fréquence.

La meilleure prévention des déchirures obstétricales passe par une par bonne conduite de l'accouchement et une maîtrise parfaite des différentes manœuvres appliquées.

1- **Aux autorités :**

- une meilleure organisation du système référence/ Evacuation ;
- un recyclage du personnel de santé ;
- Doter les Cscm et les Csref en personnels qualifiés ;
- un renforcement de la lutte contre les mutilations génitales féminines.

2- **Au personnel de santé :**

- Usage contrôlé des ocytociques en salle d'accouchement ;
- Une maîtrise parfaite des gestes et techniques dégagement du fœtus ;
- Eviter le retard à l'évacuation ;
- Education et sensibilisation des gestantes aux risques des grossesses non suivies et les conséquences des accouchements non assistés.

3- **A la population :**

- Faire un suivi régulier de toutes les grossesses ;
- Respecter les conseils prodigués par les agents de santé ;
- Accoucher toujours dans une structure de santé ;
- Consulter le plus tôt possible les structures de santé pour éviter le premier retard.



BIBLIOGRAPHIE

1 A.Leguerrier, O.Chevrant-Breton : Nouveaux dossiers d'anatomie,27-28-29-30-31-32-33 pages.

2 Aboubakar Koné : Etude de la fistule vésico-vaginale obstétricale au CHU du Point G, thèse de Médecine 2007 n°206.

3 Aboubacar Dokan Koné.Etude de FVV obstétricale à Sikasso. Thèse de Méd. 2007 n° 208 ; 24-46.

4 Al lieu Y Gail Lens J Teot L et Pous JG : La paralysie obstétricale. EMC, kinésithérapie ; 26,473, 1988.

5 Auzépy P : Les paralysies dites obstétricales : La revue pratique 1961, 11 : pp 3049- 3070.

6 Bar Roux p : Les types anatomocliniques des fistules vésicovaginales.J urologie 1950, 62, 592, 617.

7 Bekaye Traoré : Les déchirures des parties molles au cours de l'accouchement à la maternité du CSREF CV du district de BKO thèse de Méd.2008 n°261

8 Berthe Honoré Jean Gabriel : Etude des fistules urogénitales dans le service d'urologie de l'hôpital Nianankoro Fomba de Ségo.A propos de 16 cas thèse de Médecine, Bko 1999 n° 61.

9 Comey. M : Les fistules obstétricales,édition 1998(pp3)

10 Correa, P ; Diadhiouf, F ; Diop, PM ; Badiane, S. La rupture utérine; hier et aujourd'hui en milieu Africain à Dakar Bull Soc.Méd.Afr-Noire.long.Franç 1972tXVII ; 2,228-234.

11 Diakité.M : Les ruptures utérines. A propos de 41 cas observés à Bamako
thèse de Méd. : 1985 ENMP. Bko n° 10

12 Dieng Abdellahi dit Youba : Actualités de la prise en charge de la FVV au Mali et résultats à propos de 300 cas traités au service d'urologie du CHU du point G 2006 n° 128 p u.

13 Dominique Cabrol Jean-Claude pons : Obstétrique Médecine-Sces.1^{ère} édition 2003.

14 Emile Papernik 1353, 1354, 1355, 1356.1^{ère} édition 2003.

15 Falandry-L : La fistule vésico-vaginale en Afrique ; 230 observations. La presse Médicale 15 Fév. 1992, 25.n°6

16 Fo Ko Pouanka Justin : les ruptures utérines au service de gynécologie obstétricale de l'HGT: les facteurs qui influencent le pronostic materno- fœtal et mesures prophylactiques à propos de 30 cas.thèse de méd. 2002 m-34.

17 Harouna Y.D; Seibou A; Maikanos, Djanbeibou J; Sangaré A; Bilane SS; Abouhn.

La fistule de cause obstétricale : enquête auprès de 52 femmes admises au village des fistuleuses.Médecine d'Afrique Noire ; 2001, 48(2) ; pages 56-59.

18 J.Lansac : Pratique de l'accouchement 3^e édition, p : 351-357, 409-420.

19 Jean Patrick Schaal Didier Riethmuller-Robert Maillet : Mécanique et Techniques Obstétricales 2^e édition Pages ; 394-397.

20 Lu fuma L.N ; Tshipeta N ; uwoda ; Tozin R : Les fistules vésico-vaginale obstétricales africaines. A propos de cinquante-sept cas. Sem.Hôp. Paris ; 1985, 61, n°44 ; 3061-3063.

21 Madou Coulibaly : Etude des fistules vésico-vaginales à l'hôpital Nianankoro Fomba de ségou.Thèse de médecine ,Bko 2009 n° 147 page 38

22 Mariam Sidibé : Les ruptures utérines.Expérience d'une structure de 2^{ème}. Référence (le service gynécologie obstétrique de l'hôpital régional de Sikasso) Thèse de méd.2000 n°100.

- 23 Nicodème Ballo :** Les incontinenances urinaires post-cure de fistule au service d'urologie du point G thèse de Médecine Bko, 2004.
- 24 Ouattara K et coll. :** Problématiques de la fistule vésico-vaginale obstétricale, service d'urologie de l'hôpital du point G Bko, Mali.
- 25 Oumar Doumbia :** Fistules vésico-vaginale : Bilan d'activité l'hôpital Sominé Dolo de Mopti de 1993à 2004. Thèse de Médecine 06-M-124 pages 10 à 24.
- 26 Oumar Mariam Traoré :** Problématique des fistules vésico-vaginales au Mali thèse de Médecine Bko 1991 n°76.
- 27 R.Merger :** Précis d'obstétrique J.Levy.J.Melchoir 6è édition 339-340.
- 28 Serigne Madou Kane Gueye :** La rupture utérine au Sénégal : Résultats de deux enquêtes effectuées en 1992 et 1996 ,47-48-49 pages.
- 29 Seydou Traoré :** « .Les urgences obstétricales au service de gynécologie obstétricale de l'hôpital du point G.2000 n°117.
- 30 Youssouf Traoré :** Les ruptures utérines à l'hôpital national du point G : Facteurs influençant le pronostic materno-fœtal et mesures prophylactiques (à propos de 180 cas) thèse de Méd. 1996-M-27-P-1
- 31 Zoung-Kanyi, Sow.M :** Le point sur les fistules vésico-vaginales à l'hôpital central de Yaoundé à propos de 111cas observés en 10 ans.Annale d'urologie 1990, 6, pp457-467.
- 32 Touré C.K et Collaborateurs :** Les ruptures utérines au CHU de Treichville.Vè congrès de la société Africaine de gynécologie et d'obstétrique ,1998 ; 49 pages.
- 33 B. Maïga et coll. :** Etude épidémiologique, clinique et pronostique des ruptures utérines au CsRef de la C5 du district de Bamako.SAGO VIIè édition 2003 ; 284 pages.

Annexes

Fiche d'enquête
Caractéristiques sociodémographiques

Q1 : Nom :.....

Q2 : Prénom :.....

Q3 : Age :.....

Q4 : Profession :.....

Q5 : Provenance :.....

Q6 : Ethnie :.....

Q7 : Profession du conjoint :.....

Statut matrimonial: /...../

Q8 : 1=mariée ; 2= célibataire ; 3= veuve ; 4= divorcée

Niveau d'instruction:/...../

Q9 : 1= Primaire ; 2= secondaire ; 3= supérieur ; 4= non scolarisée

Mode d'admission:/...../

Q10 : 1= Référé/ évacuée ; 2= venue d'elle-même

Q11 : Motif d'évacuation :

Nombre de CPN:/...../

Q12 : 1= 0 ; 2= 1 ; 3= 2 ; 4= 3 ; 5 \geq 4

Age de la grossesse à la 1^{ère} CPN : /... /

Q13 : 1= 1^{er} Trimestre ; 2= 2^{ème} Trimestre ; 3= Trimestre

Qualification de l'agent ayant effectué les CPN : /..... /

Q14 : 1= sage-femme ; 2= Médecin ; 3= Infirmier(e) ; Matrone ; 4= Aucun

Antécédents : Q15 : Médicaux :

Q16 : Chirurgicaux :

Q17 : Obstétricaux :

Examen obstétrical :

Q18 : Poids :.....kg ; Taille :.....cm ; Hu :.....cm ; Dilatation :.....cm

Distance anovulvaire :.....cm ; BDCF :.....bts/mn ; Présence de cicatrice périnéale :

oui non : /...../ ; Cicatrice d'excision:/...../ ; Type d'excision:/..... / ; Cicatrice de

déchirure:/...../ ; Type de bassin:/...../ ; RPM : oui non : /.../

Phase de travail :

Q19 : 1= Latence ; 2=Active ; 3= Expulsive.

Liquide amniotique :

Q20 : 1=Clair ; 2= Teinté ; 3= Hydramnios ; 4= Oligoamnios ;

Mode d'accouchement :

Q21 : 1= Naturel ; 2= Dirigé ; 3= Autres manœuvres obstétricales :.....

Durée du travail : /..... /

Q22 : 1= moins de 24 heures ; 24 heures ; 3= Plus de 24 heures.

Réalisation de l'épisiotomie : /.../

Q23 : 1= oui ; 2=non

Durée d'expulsion :

Q24 : 1< 45 mn ; \geq 45 mn

Lieu d'accouchement : /...../

Q25: 1= Domicile ; 2= CSCOM ; 3= CSREf ; 4= Hôpital.

Qualification de l'agent ayant effectué l'accouchement:/...../

Q26 : 1= Sage-femme ; 2= Médecin ; 3= Infirmier ; 4= Mtrone ;

5= Accoucheuses traditionnelles.

Nouveau-né :

Q27 : Nombre:/...../ ; Poids :gramme ; Taille :cm ; Pc :cm ;

PT :cm ; Sexe : ; Présence de bosse sero-sanguine : /...../ oui non.

Autres : ; Apgar : 1^{ère} minute :/10 ; 5^{ème} minute :/10.

Type de lésion :

I. Rupture utérine : /.... /

A. Terrain:/...../

Q28 : 1= utérus cicatriciel ; 2= utérus non cicatriciel.

B. Siège:/...../

Q29 : 1= Segmentaire ; 2= Corporéal ; 3= Segmento-corporéal ; 4= Antérieur ; 5=Postérieur.

C.Type : /...../

Q30 : 1= Spontané ; 2= Provoqué.

D.Gravité des lésions : /...../

Q31 : 1= Atteinte des pédicules ; 2=Sans atteinte des pédicules ; 3= Atteinte vésicale ;

4=Autres :

II. Déchirures cervicales : /...../

Q32 : 1= Sous vaginale ; 2= Sus vaginale.

III. Lésions vésicales:/...../

Q33 : 1=Fistule ; 2= Incontinence urinaire ; 3= Rétention urinaire.

IV .Déchirures vaginales:/ .../

Q34 : 1=Paroi latérale droite ; 2= Paroi latérale gauche ; 3= paroi antérieure ;

4= P. postérieure ; 5= Délabrement vaginal ; 6= Thrombus vaginal.

V.Déchirures périnéales : /...../

Q35 : 1= 1^{er} degré ; 2= 2^{ème} degré ; 3= 3^{ème} degré ; 4= 4^{ème} degré.

Prise en charge :

I. Prise en charge médicale :

1. Remplissage vasculaire par des macromolécules
2. Oxygène- thérapie.
3. Transfusion sanguine
4. Antibiothérapie
5. 1+ 2+3+4
6. Aucune

II. Prise en charge chirurgicale :

Rupture utérine :

- 1°) Hystérectomie:/...../
1= Totale
2= Subtotale
2°) Hystérorraphie :
3°) Autres gestes à préciser :

Déchirures cervicales:/...../

- Suture 1= en surjet
2= Points séparés
3= Points en X.

Déchirures vaginales : /...../

- Suture 1= en surjet
2= en points séparés
3= Points en X.

Déchirures périnéales : /...../

- Suture 1= en 2 plans
2= en 3 plans
3= à plus de 3 plans
4=Autres gestes à préciser.

III. Evolution après traitement :

Simple:/...../

Complicée de:/...../

- 1°) Lâchage de fil de suture ;
- 2°) Suppuration ;
- 3°) Péritonite ;
- 4°) Occlusion ;
- 5°) Incontinence Urinaire ;
- 6°) Rétention d'urine ;
- 7°) Fistule vésico-vaginale ;
- 8°) Anémie ;
- 9°) Décès maternel.

Fiche signalétique :

Nom : Camara

Prénom : Niambouré

Titre de thèse : Les lésions traumatiques de l'accouchement : Aspects cliniques et Thérapeutiques à l'hôpital Nianankoro Fomba de Ségou.

Année Universitaire : 2009-2010

Ville de soutenance : Bamako

Pays d'origine : Mali

Lieu de dépôt : Bibliothèque de la faculté de médecine de Pharmacie et d'odonto stomatologie.

Secteur d'intérêt : Gynécologie- Obstétrique

Mots clés : lésions ; Accouchement ; Traumatisme.

Résumé :

Il ressort de notre étude que les lésions traumatiques de l'accouchement sont relativement encore fréquentes (9,38 %) dans nos contrées.

Le profil socio démographique est celui d'une femme dont l'âge moyen est de 29 ans le plus souvent primipare 42,6 % ou multipare 25,2 % ; analphabète 66,1 %. Ces patientes présentent le plus souvent une mutilation génitale féminine type II ou III 52 % ; à faibles revenus. Elle était le plus souvent référée ou évacuée.

Les déchirures périnéales ont dominé notre série avec 53 % suivies des déchirures cervicales 26 % et de la rupture utérine 12 %.

Les périnées courts étaient exposés aux déchirures de 3^{em} et 4^{em} degrés (6 %).

Les gestes effectués ont été respectivement la périnéorrhaphie 53 % ; la colporraphie 21,7 % ; l'hystérectomie 9,6 %. Les suites ont été simples dans 90,4 % des cas. Nous avons déploré 3 décès maternels soit 3 %.

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 dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui se 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 leur père.

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.