

**BURKINA FASO**  
*Unité - Progrès – Justice*

**MINISTRE DES ENSEIGNEMENTS SECONDAIRE ET SUPERIEUR**

**UNIVERSITE DE OUAGADOUGOU**



**UNITE DE FORMATION ET DE RECHERCHE  
EN SCIENCES DE LA SANTE (UFR-SDS)**

**SECTION MEDECINE**

Année universitaire 2010 – 2011

Thèse n° :001

**Les lésions traumatiques au cours de l'accouchement au Centre  
Hospitalier Universitaire Yalgado Ouédraogo de  
Ouagadougou : Aspects épidémiologiques, cliniques,  
thérapeutiques et pronostic.**

**THESE**

Présentée et soutenue publiquement le 26/01/2012

Par

**SAWADOGO Arnaud**

Né le 10 Février 1982 à Ouagadougou (Burkina Faso)

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

**Directeur de thèse :**

Pr. Blandine BONANE/THIEBA

**Co-directeur de thèse :**

Dr. Ali OUEDRAOGO

**JURY :**

**Président :** Pr. Jean LANKOANDE

**Membres :** Dr. Ali OUEDRAOGO

Dr. Papougnézambo BONKOUNGOU

Dr. Edgar OUANGRE



**LISTE DES RESPONSABLES  
ADMINISTRATIFS ET DES  
ENSEIGNANTS DE L'UFR/SDS  
ANNEE UNIVERSITAIRE  
2010-2011**

-----  
**Unité de Formation et de Recherche  
en Sciences de la Santé (UFR/SDS)**  
-----

**LISTE DES RESPONSABLES ADMINISTRATIFS**  
-----

Directeur	Pr Arouna OUEDRAOGO
Directeur Adjoint	Pr Rabiou CISSE
Coordinateur de la Section Médecine	Pr Kampadilemba OUOBA
Coordinateur de la Section Pharmacie	Pr Mamadou SAWADOGO
Coordinateur de la Section Odontostomatologie	Dr Dieudonné OUEDRAOGO
Directeur des stages de la Section Médecine	Pr Ag Antoine P. NIAMBA
Directeur des Stages (Bobo-Dioulasso)	Pr Ag Athanase MILLOGO
Directeur des Stages de la Section Pharmacie	Pr Ag. Lassana SANGARE
Secrétaire Principal	M. Gildas BADO
Chef de Service Administratif, Financier et Comptable	M. Hervé Oïlo TIOYE
Chef de Service Chef de Service Scolarité	M. Lucien YAMEOGO
Chef de Service Bibliothèque	Mme Mariam TRAORE/SALOU
Secrétaire du Directeur	Mme Adiara SOMDA/CONGO
Secrétaire du Directeur Adjoint	Mlle OUANDAOGO Aminata



## ANNEE UNIVERSITAIRE 2010-2011

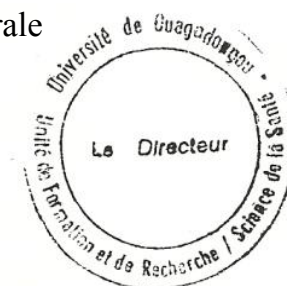
---

### LISTE DES ENSEIGNANTS PERMANENTS

---

#### 1. PROFESSEURS TITULAIRES

- |                              |                                      |
|------------------------------|--------------------------------------|
| 1. Robert T. GUIGUEMDE       | Parasitologie                        |
| 2. Robert B. SOUDRE          | Anatomie pathologique                |
| 3. Innocent Pierre GUISSOU   | Pharmacologie et Toxicologie         |
| 4. Blaise K. SONDO           | Santé publique                       |
| 5. Joseph Y. DRABO           | Médecine interne / endocrinologie    |
| 6. Jean LANKOANDE            | Gynécologie-obstétrique              |
| 7. Daniel P. ILBOUDO         | Hépatologie, gastro-entérologie      |
| 8. Adama TRAORE              | Dermatologie-vénérologie             |
| 9. Kampadilemba OUOBA        | Oto-rhino-laryngologie               |
| 10. Mamadou SAWADOGO         | Biochimie                            |
| 11. Arouna OUEDRAOGO         | Psychiatrie                          |
| 12. Patrice ZABSONRE         | Cardiologie                          |
| 13. Jean B. KABORE           | Neurologie                           |
| 14. Ludovic KAM              | Pédiatrie                            |
| 15. Rabiou CISSE             | Radiodiagnostic et Imagerie Médicale |
| 16. Rasmata OUEDRAOGO/TRAORE | Bactériologie-virologie              |
| 17. Si Simon TRAORE          | Chirurgie viscérale                  |
| 18. Diarra YE/OUATTARA       | Pédiatrie                            |
| 19. Adama LENGANI            | Néphrologie                          |



20. Jean-Baptiste NIKIEMA	Pharmacognosie
21. Martial OUEORAOGO	Pneumo-phtisiologie
22. Olga M. GOUMBRI/LOMPO	Anatomie pathologique
23. Boubacar NACRO	Pédiatrie
24. Blandine THIEBA BONANE	Gynécologie-obstétrique
25. Alain BOUGOUMA	Hépatologie gastro-entérologie
26. Antoine P. NIAMBA	Dermatologie-vénérologie
27. Lassana SANGARE	Bactériologie-virologie
28. Nazinigouba OUEDRAOGO	Anesthésie-réanimation

## 2. MAITRES DE CONFERENCES AGREGES

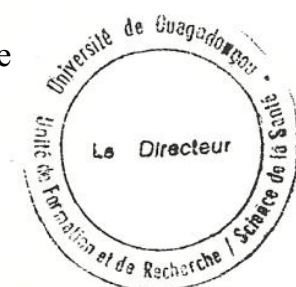
1. François Housséni TALL	Pédiatrie
2. Albert WANDAOGO	Chirurgie pédiatrique
3 Joachim SANOU	Anesthésie-réanimation
4. Théophile L. TAPSOBA	Biophysique, médecine nucléaire
5. Michel AKOTIONGA	Gynécologie-obstétrique
6. Daman SANO	Chirurgie viscérale
7. Abel KABRE	Neuro-chirurgie
8. Athanase MILLOGO	Neurologie
9. Maïmouna DAO/OUATTARA	Oto-rhino-laryngologie
10. Laurent T. OUEDRAOGO	Santé publique
11. Claudine LOUGUE/SORGHO	Radiodiagnostic et Imagerie Médicale
12. Dieudonné N. MEDA	Ophtalmologie



13. Issa T. SOME	Chimie analytique
14. Rasmané SEMDE	Pharmacie galénique
15. Théodore OUEDRAOGO	Anatomie
16. Abel Y. BAMOUNI	Radiodiagnostic et Imagerie Médicale
17. Moussa BAMBARA	Gynécologie-obstétrique
18. Fatou BARRO/TRAORE	Dermatologie-vénérologie
19. Abdel Karim SERME	Hépatogastrologie-entérologie
20. Jean SAKANDE	Biochimie
21. Kapouné KARFO	Psychiatrie
22. Timothée KAMBOU	Urologie
23. André K. SAMADOULOU	Cardiologie
24. Emile BANDRE	Chirurgie pédiatrique
25. Apollinaire SAWADOGO	Hépatologie. gastro-entérologie
26. Françoise D. MILLOGO/TRAORE	Gynécologie-obstétrique
27. Idrissa SANOU	Bactériologie-virologie
28. Elie KABRE	Biochimie
29. Eléonore KAFANDO	Hématologie biologique

### 3. MAITRES – ASSISTANTS

1. Abdoulaye TRAORE	Santé publique
2. Lady Kadiatou TRAORE	Parasitologie
3. Boubacar TOURE	Gynécologie- obstétrique
4. Alain Z. ZOUBGA	Pneumo-phtsiologie
5. Pingwendé BONKOUNGOU	Pédiatrie



6. Arsène M. O. DABOUE	Ophtalmologie
7. Robert O. ZOUNGRANA	Physiologie
8. Christophe S. DA	Orthopédie, traumatologie
9. Eric NACOULMA	Hématologie clinique
10. Sélouké SIRANYAN	Psychiatrie
11. Vincent OUEDRAOGO	Médecine du travail
12. Barnabé ZANGO	Urologie
13. Théodore S. OUEDRAOGO	Médecine du travail
14. Dieudonné OUEDRAOGO	Stomatologie et chirurgie maxillo-faciale
15. Sheick Oumar COULIBALY	Parasitologie
16. Nicolas MEDA	Santé publique
17. Ahgbatouhabeba ZABSONRE/AHNOUX	Ophtalmologie
18. Roger Arsène SOMBIE	Hépatologie-Gastro-Entérologie
19. Ousséïni DIALLO	Radiodiagnostic et Imagerie Médicale
20. Fla KOUETA	Pédiatrie
21. Dieu-Donné OUEDRAOGO	Rhumatologie
22. Assita LAMIEN/SANOUE	Anatomie pathologique
23. Moussa OUEDRAOGO	Pharmacologie
24. Charlemagne OUEDRAOGO	Gynécologie-obstétrique
25. Ali OUEDRAOGO	Gynécologie-obstétrique
23. Christian NAPON	Neurologie
27. Tarcissus KONSEIM	Stomatologie et chirurgie maxillo-faciale
28. Gilbert P. BONKOUNGOU	Chirurgie générale



20. Adama SANOU	Chirurgie générale
30. Charlemagne GNOULA	Chimie thérapeutique
31. Moustapha OUEDRAOGO	Toxicologie
32. Hervé TIENO	Médecine interne
33. Armel R. Flavien KABORE	Anesthésie-réanimation

#### 4. ASSISTANTS

1. Hamado KAFANDO	Chirurgie générale
2. Adrien B SAWADOGO	Maladies infectieuses
3. Lassina DAO	Pédiatrie
4. Georges OUEDRAOGO	Pneumo-phtisiologie
5. Serge Aimé SAWADOGO	Immunologie
6. Fousséni DAO	Pédiatrie Puériculture
7. Mahamoudou SANOU	Bactériologie virologie
8. Yvette Marie GYEBRE/BAMBARA	Oto-rhino laryngologie
9. Gisèle BADOUM/OUEDRAOGO	Pneumo-Phtysiologie
10. Papougnézambo BONKOUNGOU	Anesthésie-Réanimation
11. Gérard COULIBALY	Néphrologie
14. Oumar GUIRA	Médecine interne
15. Nina N. KORSAGA/SOME	Dermatologie-Vénérologie
16. Madina A. NAPON	Radiodiagnostic et Imagerie Médicale
17. Edgar OUANGRE	Chirurgie générale et digestive
18. Issou OUEDRAOGO	Chirurgie Pédiatrique





19. Bertin Priva OUEDRAOGO	Oto-rhino-laryngologie
20. Wélébnoaga Norbert RAMDE	Médecine légale
21. Mamoudou SAWADOGO	Chirurgie Orthopédie et Traumatologie
22. Moustapha SEREME	Oto-rhino-laryngologie
23. Mohamed TALL	Orthopédie – traumatologie
24. Maurice ZIDA	Chirurgie générale
25. Abdoulaye ZAN	Chirurgie générale
26. Estelle Noëla Hoho YOUL	Pharmacologie
27. Solange YUGBARE/OUEDRAOGO	Pédiatrie





**DEDICACES-REMERCIEMENTS**

## Dédicaces

Je dédie ce travail :

*A l'Eternel tout puissant, DIEU de grâce et Père miséricordieux,*

Comment pourrais-je compter tes bienfaits pour moi et pour ma famille.

Père Eternel dans ta bonté infinie tu es toujours avec moi dans les moments de doute et de désespoir et dans les moments de joie me rappelant que tu n'oublies pas tes enfants.

Seigneur permet que par la grâce que tu m'accordes en ce jour, ma vie soit un témoignage de ton amour, chaque fois que j'aurai entre mes mains tes humbles créatures.

Merci Seigneur

Honneur, Louange et Gloire te soient rendus.

*A ma maman,*

Comment mesurer l'amour de celle qui par la grâce divine nous a donné la vie. Dès notre enfance, tu nous as inculqué les valeurs de l'amour, du respect, le pardon, l'amour du travail bien fait et surtout la foi et l'espérance en Dieu.

Que de sacrifices tu as consenti pour voir tes enfants réussir et ne manquer de rien. Même dans les soucis tu as toujours le sourire et les justes mots.

Ton amour et ta bonté ont fait de moi cet homme que je suis devenu.

Maman, en ce jour béni d'obtention de mon diplôme de docteur d'état en médecine, je voudrais aujourd'hui que tu sois fière de moi et que chacune des larmes que tu as versées soient une larme de bonheur.

Trouve ici chère Maman l'expression de mon amour et de ma profonde affection.

Que le Seigneur t'accorde une longue vie et beaucoup de bénédictions afin que tu puisses goûter aux délices de tes efforts acharnés pour chacun de nous.

*A mon papa,*

Ce travail est le résultat d'un chapelet de prière, de bénédictions et d'innombrables sacrifices. Votre rigueur, votre honnêteté, votre tolérance, votre amour du prochain ont fait de vous un homme digne et respecté. Les sacrifices consentis pour notre éducation ont guidés ma vie. Vous nous avez enseigné la droiture, recevez à travers ce travail papa ma reconnaissance et toute mon affection.

*A Mlle Windelafan Rebecca TCHERE, la femme de ma vie,*

Mon Amour, les mots sont insuffisants pour exprimer ce que je ressens en ce jour. Beaucoup de joie, et d'épreuves ont jalonné notre parcours et en ce jour béni grâce à Dieu qui nous a fortifiés, guidés et protégés une nouvelle page de notre vie s'ouvre.

Grâce à ta patience et ton amour, j'ai trouvé la force de me battre chaque jour. Chaque fois que je pose mon regard dans tes yeux, je remercie l'Eternel qui m'a permis de croiser ton chemin . Ce chemin qui n'est que l'introduction de notre vie est encore long mais ensemble nous serons forts car ce travail est aussi le tien. Dans mes bras, tu trouveras toujours un refuge.

Dans mon cœur, beaucoup de chaleur et d'amour.

Merci de m'avoir supporté et accompagné pendant toutes ces années.

Que le tout puissant protège à jamais notre amour.

Avec tout mon amour.

**A mes petites sœurs : Amandine , Nadège, Naomi ,Wintoin et Schiphra**

Merci pour votre soutien, vos conseils et prières. Trouvez dans ce travail le résultat de votre perpétuelle assistance. Restons solidaire et unis dans l'amour fraternel.

**A tous mes oncles, tantes, cousins, cousines nièces et neveux.**

Ce travail est le résultat de votre soutien inconditionnel.

**A mes grands parents**

**A mes amis: Mathias, Romaric, Christophe, Laurent, Harouna , Patéo, Joachim, Yanick le médicament Abdoul, Juve , Bilale, Alassane.**

**A toute la promotion Joachim SANOU**

**Aux patientes de notre étude et à toutes les femmes qui risquent leur vie en donnant la vie.**

Que ce travail contribue à améliorer les conditions et la qualité de vos vies..

## **Remerciements**

**Nous exprimons nos sincères remerciements et gratitude à tous ceux qui ont contribués de loin ou de près à la réalisation de ce travail. Nos remerciements vont particulièrement à l'endroit de :**

### **Pr Blandine BONANE/THIEBA**

Notre maitre et directrice de thèse.

Vous avez accepté de nous confier ce travail en mettant à notre disposition les moyens nécessaires pour sa réalisation. Plus qu'un maître, vous êtes une mère attentionnée pour nous. Trouvez ici l'expression de notre profonde gratitude.

### **Dr Ali OUEDRAOGO**

Notre maitre et co-directeur de thèse

Vous avez su trouver le temps de nous guider pas à pas dans ce travail malgré vos multiples occupations. Merci pour votre dévouement et votre esprit critique tout au long de ce travail. Nous avons appris beaucoup à vos cotés. Notre profonde gratitude.

### **Mr Marc SIMBORO**

Merci pour votre soutien et vos nombreux conseils.

### **Mme KERE Ouindkouni**

Merci pour vos prières et vos conseils avisés.

### **Mes enseignants du primaire, du secondaire et de l'UFR/SDS**

Nous vous disons simplement merci pour l'encadrement et le soutien reçus tout au long de notre formation. Veuillez recevoir toute notre profonde gratitude.

**A tous mes promotionnaires et frères de l'UFR/SDS. La médecine est une famille, restons unis.**



**A NOS MAÎTRES ET JUGES**



**A notre Maître et Président du jury, le Pr Jean LANKOANDE,  
Professeur titulaire de gynécologie et obstétrique à l'UFR/SDS  
Chef de service de gynécologie et d'obstétrique au CHU-YO  
Coordonnateur du DES de gynécologie obstétrique  
Chef du département de gynécologie et obstétrique à l'UFR/SDS  
Officier de l'ordre national.**

Cher maître,

Nous vous sommes très reconnaissant d'avoir accepté et ce malgré vos innombrables tâches, de présider ce jury de thèse. Cela nous touche énormément et humblement nous vous disons merci.

Nous avons eu l'immense honneur de bénéficier de vos enseignements théoriques et pratiques au cours de notre formation. Vous nous avez toujours impressionnés par la clarté et l'aisance avec laquelle vous savez transmettre votre savoir. Votre grande simplicité et votre modestie font de vous un homme admiré et respecté de tous.

Présider ce jury de thèse est un grand privilège que vous nous faites et nous vous en sommes reconnaissants.

Trouvez ici, cher maître, notre profond respect et toute notre gratitude.

Que Dieu vous comble de ses bénédictions au-delà de vos attentes.

**A notre Maître et Directrice de thèse, le Pr Blandine BONANE / THIEBA,  
Professeur titulaire de gynécologie et obstétrique,  
Gynécologue Obstétricienne au CHU-YO,  
Directrice Exécutive de la Société de Gynécologues et obstétriciens du  
Burkina (SOGOB);  
Coordonatrice Nationale de l'Alliance du Ruban Blanc (ARB),  
Chevalier de l'Ordre National,**

Cher maître,

Nous sommes sensibles à l'honneur et au privilège que vous nous avez accordé en acceptant de diriger ce travail malgré vos multiples occupations.

Nous avons bénéficié de vos enseignements théoriques au cours de notre cursus académique.

Nous avons été émerveillés par votre grande simplicité, votre rigueur dans le travail et vos connaissances scientifiques. Grâce à votre sens très aigu des relations humaines, le service de gynécologie-obstétrique était devenu notre seconde demeure.

Nous vous sommes redevable pour l'estime que vous portée à nous dans la réalisation de ce travail qui est digne d'un grand intérêt.

Nous demandons votre indulgence s'il est resté en deçà de vos attentes.

Puissiez-vous rester cette source immense de connaissances et de valeurs à laquelle nous nous abreuvons avec délectation.

Veillez trouver ici l'expression de notre profonde gratitude.

Que Dieu vous comble avec votre famille de multiples grâces.

**A notre maître et co-directeur**

**Le Dr. Ali OUEDRAOGO**

**Maître-assistant en gynécologie-obstétrique à l'UFR/SDS de l'Université de Ouagadougou ;**

**Ancien interne des hôpitaux de OUAGADOUGOU ;**

**Médecin gynécologue-obstétricien au service de Gynécologie-Obstétrique au CHU/YO .**

Cher Maître,

Nous sommes heureux de l'honneur que vous nous avez fait en nous confiant ce travail et en acceptant de nous guider pas à pas dans sa réalisation et ce, malgré vos multiples occupations.

Votre simplicité, votre sympathie, votre enthousiasme et votre ardeur au travail nous ont beaucoup impressionnés tout le temps passé à vos côtés. Vous êtes toujours restés ouvert à nos multiples sollicitations et votre rigueur dans le travail ainsi que vos compétences techniques et scientifiques forcent l'admiration. Plus qu'un maître et un modèle, vous êtes pour nous un grand frère.

Veillez trouver dans ce travail, votre travail, l'expression de notre estime et de notre profonde gratitude.

Que Dieu le miséricordieux vous bénisse et vous assiste dans la réalisation de tous vos projets.

*A notre Maitre et Juge, le Dr Papougnzambo BONKOUNGOU*

**Assistant en anesthésie-réanimation à l'UFR/SDS**

**Anesthésiste réanimateur au CHU-YO.**

**Participant à la formation des attachés de santé en anesthésie-réanimation de l'ENSP.**

Cher Maitre,

Nous avons été surpris par la spontanéité avec laquelle vous avez accepté de siéger dans ce jury pour juger ce travail, malgré vos multiples occupations.

L'amour et la rigueur au travail, votre simplicité et votre amabilité font de vous un grand maitre.

Permettez nous d'exprimer notre profonde gratitude et notre grande considération à votre égard.

Que le Seigneur, le Tout-puissant vous protège et vous garde vous et votre famille.

*A notre Maitre et Juge, le Dr Edgar OUANGRE*

**Assistant en chirurgie à l'UFR/SDS**

**Chirurgien des hôpitaux.**

**Chef de l'unité des urgences viscérales du CHU-YO**

Cher Maitre,

Nous sommes sensibles à l'honneur que vous nous faites en acceptant de juger ce modeste travail.

L'amour et la rigueur au travail, votre simplicité et votre amabilité font de vous un grand maitre.

Permettez- nous d'exprimer notre profonde gratitude et notre grande considération à votre égard.

Que le Seigneur, le Tout-puissant vous protège et vous garde vous et votre famille.



# **AVERTISSEMENT**

**« Par délibération, l'UFR-SDS a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation. »**



## **TABLE DES MATIERES**



## Table des matières

1. Introduction et énoncé du problème.....	1
2. Généralités.....	4
2.1. Rappels anatomiques sur la paroi pelvi-périnéale .....	4
2.2. Définitions.....	11
2.3 Fréquence.....	11
2.4. Etude clinique .....	12
3. Objectifs de l'étude .....	42
3.1. Objectif général.....	42
3.2. Objectifs spécifiques.....	42
4. Méthodologie.....	44
4.1. Cadre d'étude .....	44
4.2. Type et période de l'étude .....	45
4.3. Population d'étude .....	45
4.4. Critères d'inclusion.....	46
4.5 Critère de non inclusions .....	46
4.6 Collecte des données.....	46
4.7 Saisie et analyse des données.....	46
5. Résultats .....	48
5.1 Fréquence.....	48
5.2 Caractéristiques sociodémographiques de la population d'étude.....	49

5.3. Aspects cliniques .....	53
5.4. Prise en charge .....	57
5.5. Evolution.....	58
6. Discussion .....	61
6.1. Limites .....	61
6.2. Fréquence.....	61
6.3. Caractéristiques sociodémographiques de la population.....	61
6.4. Aspects cliniques .....	63
6.5. Complications présentes à l'admission.....	66
6.6. Prise en charge .....	66
7. Conclusion.....	68
8. Suggestions.....	70



## **LISTE DES FIGURES ET DES TABLEAUX**

## Liste des tableaux

<b>Tableau I</b> : Répartition annuelle des lésions traumatiques .....	<b>48</b>
<b>Tableau II</b> : Répartition des parturientes en fonction des tranches d'âge .....	<b>49</b>
<b>Tableau III</b> : Répartition des parturientes selon la parité .....	<b>50</b>
<b>Tableau IV</b> : Répartition des parturientes selon le statut marital .....	<b>51</b>
<b>Tableau V</b> : Répartition des parturientes selon la profession .....	<b>52</b>
<b>Tableau VI</b> : Répartition des parturientes selon le motif d'admission.....	<b>53</b>
<b>Tableau VII</b> : Répartition des parturientes selon le lieu de l'accouchement .....	<b>54</b>
<b>Tableau VIII</b> : Répartition des parturientes selon le diagnostic topographique des lésions .....	<b>55</b>
<b>Tableau IX</b> : Répartition des parturientes en fonction des types de déchirures du périnée .....	<b>56</b>
<b>Tableau X</b> : Répartition des parturientes selon l'association des lésions.....	<b>57</b>
<b>Tableau XI</b> : Répartition des parturientes selon les complications survenues après la prise en charge initiale .....	<b>58</b>

## Liste des figures

<b>Figure 1</b> : Les différents plans du périnée féminin.....	<b>6</b>
<b>Figure 2</b> :Périnée urogénital féminin (vue inférieure) .....	<b>7</b>
<b>Figure 3</b> : Diaphragme pelvien (vue supérieure).....	<b>9</b>
<b>Figure 4</b> : lésions vulvaires et périnéale : clitoridienne, nymphéale, périnéales incomplètes (1 <sup>er</sup> degré).....	<b>14</b>
<b>Figure 5</b> : Déchirure périnéale incomplète : 2 <sup>ème</sup> degré.....	<b>15</b>
<b>Figure 6</b> : Déchirure périnéale incomplète : 3 <sup>ème</sup> degré .....	<b>16</b>
<b>Figure 7</b> : Déchirure complète du périnée.....	<b>17</b>
<b>Figure 8</b> : Déchirure périnéale compliquée .....	<b>18</b>
<b>Figure 9</b> : Déchirure centrale du périnée.....	<b>19</b>
<b>Figure 10</b> : Déchirure sous- vaginale du col .....	<b>28</b>
<b>Figure 11</b> : Déchirure du col propagé au segment inférieur.....	<b>29</b>



## **ABREVIATIONS ET SIGLES**

## Liste des sigles et abreviations

**Coll.** : collaborateurs.

**CHR** : Centre Hospitalier Régional

**CHUP-CDG** : Centre Hospitalier Universitaire Pédiatrique Charles De Gaulle.

**CHU-YO** : Centre Hospitalier Universitaire Yalgado Ouédraogo.

**CHU-SS** : Centre Hospitalier Universitaire Sourou Sanou.

**CMA** : Centre Médicale avec Antenne Chirurgicale.

**CSPS** : Centre de santé et de Promotion Social.

**CPN** : Consultation Périnatale.

**CSREF V** : Centre de santé de référence de la commune V de Bamako

**GATPA** : Gestion Active de la Troisième Période de l'Accouchement

**g/dl**: gramme par décilitre.

**NFS** : numération formule sanguine.

**<** : Inférieur à.

**>** : Supérieur à.

**≤** : inférieur ou égal à.

**≥** : supérieur ou égal à.



# **INTRODUCTION-ENONCE PROBLEME**



## **1. Introduction et énoncé du problème**

En dépit des progrès de la santé, la situation des gestantes reste préoccupante du fait du risque élevé de décès pendant la grossesse, l'accouchement, ou dans les suites de couches.

La grossesse et l'accouchement ont depuis l'origine des temps fait courir à la femme un risque mortel. Cette assertion soutenue par Rivière [31] reste encore valable de nos jours.

L'OMS estime à 514 000 le nombre de femmes qui meurent chaque année des complications de la grossesse et de l'accouchement. La majorité de ces décès surviennent en Afrique Sub Saharienne [31].

Pour chaque femme qui meure, 30 à 100 autres souffriront de complications graves, douloureuses et débilitantes liées à la grossesse à l'accouchement et aux suites de couches [31].

Les complications obstétricales directes représentent environ trois quart des causes de décès maternels. L'hémorragie dans 21% des cas au niveau mondial [13] et 24% au Burina Faso [16] en est la principale cause.

L'hémorragie de la période de la délivrance est non seulement fréquente, mais aussi de pronostic réservé. Elle est la première cause de décès maternel dans le monde [22] touchant plus particulièrement les pays en voie de développement [19].

En Afrique, l'hémorragie de la période de la délivrance est responsable de 28,8 à 39, 5% des décès maternels [1,22].

Au Burkina Faso, également les hémorragies de la période de la délivrance constituent la première cause de mortalité. Elles sont responsables de 30% des cas de décès maternels [26].

Les principales étiologies de ces hémorragies de la période de la délivrance sont : l'hémorragie de la délivrance et les lésions traumatiques des parties molles et les coagulopathies [24].

Si un certain nombre de travaux ont été consacrés aux hémorragies de la délivrance au Burkina Faso, aucune étude à notre connaissance ne s'est intéressée de façon précise aux lésions traumatiques des parties molles survenant lors de l'accouchement.

Une prévention et une prise en charge efficace des hémorragies de la période de la délivrance nécessitent cependant une bonne connaissance de toutes leurs composantes.

C'est dans ce cadre que se situe notre travail. Il vise à étudier les aspects épidémiologiques, cliniques et thérapeutiques des lésions traumatiques survenus au cours des accouchements à la maternité du Centre Hospitalier Universitaire Yalgado Ouédraogo.

# **PREMIERE PARTIE : GENERALITES**

## **2. Généralités**

### **2.1. Rappels anatomiques sur la paroi pelvi-périnéale**

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 [13].

#### **➤ Le périnée**

En position gynécologique le périnée a la forme losangique à grand axe antéropostérieur. 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 et une partie anale en arrière

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

#### **✓ 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.

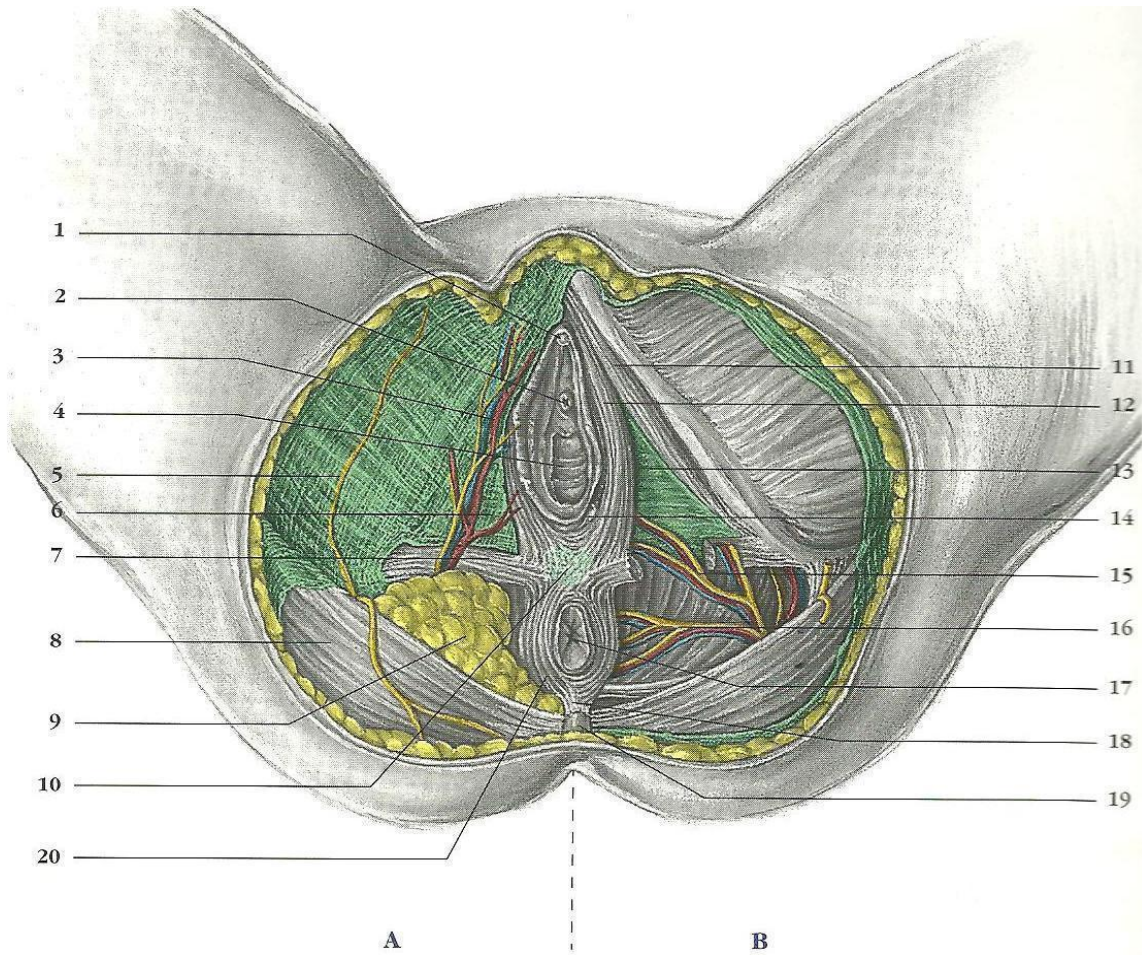
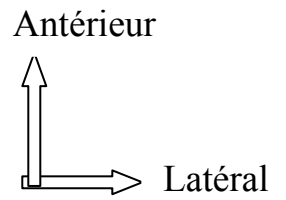
- Une partie interne ou élévatrice : elle s'insère en avant sur le pubis. Les fibres se portent en arrière et en dedans de la portion sphinctérienne intérieure. Elles viennent en partie s'attacher sur le sphincter anal et participe à la formation du noyau fibreux central du périnée.

### ✓ **Plan superficiel :**

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 [13].

La figure 1 montre les différents plans du périnée féminin [18].



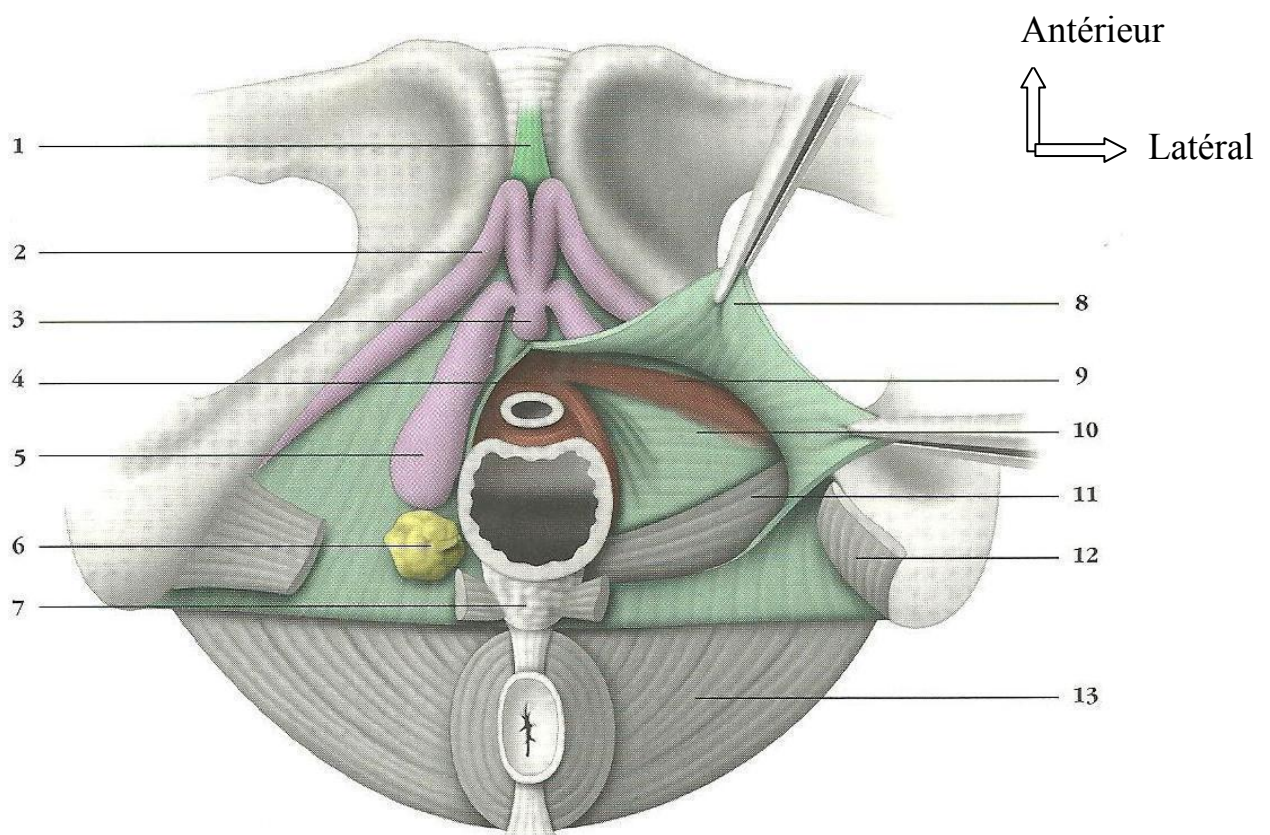
**Figure 1** : Les différents plans du périnée féminin

- A. région superficielle
- B. région profonde

- |                                       |  |
|---------------------------------------|--|
| 1. gland du clitoris                  | 5. rameau périnéal du nerf cutané postérieure de la cuisse |
| 2. ostium externe de l'urètre         | 6. fascias superficiel du périnée                          |
| 3. paquet vasculo-nerveux superficiel | 7. muscle transverse superficiel                           |
| 4. orifice vaginal                    |  |

- |   |  |
|---|--|
| 8. muscle grand fessier                       | 15. paquet vasculo-nerveux périnéaux profond |
| 9. fosse ischio-rectal                        | 16. paquet vasculo-nerveux rectaux inférieur |
| 10. centre tendineux du périnée               | 17. anus                                     |
| 11. muscle ischio-caverneux                   | 18. ligament ano-coccygien                   |
| 12. muscle bulbo-spongieux                    | 19. apex du coccyx                           |
| 13. fascia inférieur du diaphragme urogénital | 20. muscle sphinctérien externe de l'an      |
| 14. glande vestibulaire majeure               |  |

La figure 2 montre une vue inférieure du périnée urogénital féminin [18



**Figure 2 :Périnée urogénital féminin (vue inférieure)**

- |                                    |                                |
|------------------------------------|--------------------------------|
| 1. ligament suspenseur du clitoris | 5. bulbe vestibulaire          |
| 2. corps caverneux                 | 6. glande vestibulaire majeur  |
| 3. gland du clitoris               | 7. centre tendineux du périnée |
| 4. muscle uro-génital              |                                |

8. fascia inférieur du diaphragme uro-génital
9. muscle compresseur de l'urètre
10. fascia supérieur du diaphragme uro-génital
11. muscle transverse profond
12. muscle transverse superficiel
13. muscle élévateur de l'an

✓ **Le noyau fibreux central du périnée :**

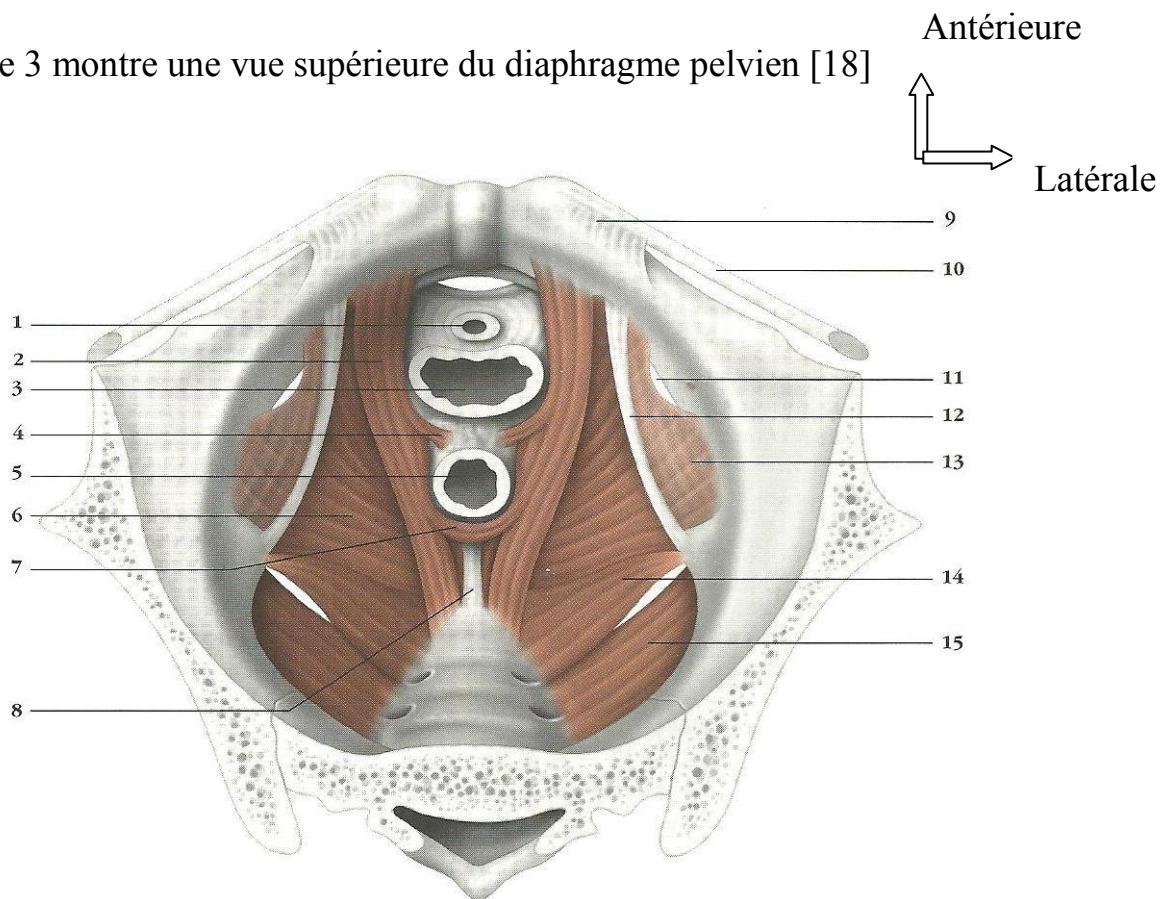
C'est une formation fibro-musculaire pyramidale aux limites imprécises situées sous la peau, au dessous du plan bitubéral ischiatique. Il donne insertion au muscle pubo-vaginal, transverse et bulbo-spongieux.

➤ **Le diaphragme pelvien :**

Le diaphragme pelvien, constitué des muscles élévateurs de l'an 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 [24].



La figure 3 montre une vue supérieure du diaphragme pelvien [18]



**Figure 3 : Diaphragme pelvien (vue supérieure)**

- |                           |   |
|---------------------------|---|
| 1. urètre                 | 9. ligament lagunaire                   |
| 2. muscle pubo-coccygien  | 10. ligament inguinal                   |
| 3. vagin                  | 11. canal obturateur                    |
| 4. muscle pubo-vaginal    | 12. arcade tendineuse du fascia pelvien |
| 5. rectum                 | 13. muscle obturateur interne           |
| 6. muscle ilio-coccygien  | 14. muscle ischio-coccygien             |
| 7. faisceau retro rectal  | 15. muscle pyriforme                    |
| 8. ligament ano-coccygien |   |

## 2.2. Définitions

- **Hémorragie de la période de la délivrance**

L'hémorragie de la période de la délivrance est une hémorragie contemporaine de la délivrance provenant de l'utérus ou de la voie génitale basse, extériorisée ou non anormale par son retentissement sur l'état général maternel [7].

- **Lésions traumatiques des parties molles**

Les lésions traumatiques des parties molles sont des complications de l'accouchement qui regroupent les lésions vulvo-périnéales, les déchirures du col, les déchirures du vagin, les thrombus génitaux et les ruptures utérines [24].

## 2. 3 Fréquence

Les déchirures vulvo-périnéales sont fréquentes au cours de l'accouchement. Elles se rencontrent dans 20 à 60% des accouchements.

Les déchirures du vagin sont relativement peu fréquentes [14,24].

Les déchirures sus-vaginales sont rares alors que les déchirures sous-vaginales sont d'une extrême fréquence. Au cours de tout accouchement les commissures se déchirent quelque peu [ 24].

Le thrombus génital est une complication rare du post partum survenant dans moins de 1 pour mille accouchements [35].

## **2.4. Etude clinique**

### **2.4.1. Déchirures vulvo-périnéales**

#### **2.4.1.1. Etiologie/pathogénie**

##### **➤ Les causes tenant au périnée lui-même**

##### **-La longueur**

Les périnées longs se déchirent plus facilement, mais les périnées courts, formés d'une simple bandelette séparant l'anus de la commissure, se déchirent plus gravement. Les périnées de longueur moyenne sont donc les moins vulnérables [24].

##### **-L'étirement**

Le périnée des luxées de la hanche, étiré par l'écartement des ischions, est particulièrement fragile [24].

##### **-L'atrophie**

Certaines femmes ont le périnée mal étoffé, plus ou moins agénésique. C'est la véritable cause de la plupart des déchirures complètes du périnée qui surviennent tout d'un coup, bien plus que le défaut de surveillance. Cette notion peut avoir un intérêt médico-légal [24].

##### **-Pathologie acquise**

Les déchirures de périnée cicatriciel récidivent à chaque accouchement avec une grande facilité.

Les périnées œdématisés de certaines albuminuriques, les périnées infectés sont particulièrement fragiles.

##### **➤ Causes fœtales**

Le grand volume de la tête, le trop grand diamètre bisacromial dans la dystocie des épaules sont des causes de déchirure périnéale.

Telle lésion minime après l'accouchement de la tête peut être notablement agrandie lors de l'accouchement des épaules.

Certaines présentations favorisent les ruptures périnéales. Dans le dégagement du sommet en occipito-sacrée la mauvaise utilisation de l'ogive pubienne oblige l'occiput à distendre le périnée. Il en est de même dans le dégagement des présentations défléchies : face et surtout bregma. Dans l'accouchement de la tête dernière, c'est la brusquerie du dégagement, l'absence de progressivité dans l'ampliation périnéale qui prédisposent à la déchirure.

D'une façon générale, toutes les accommodations imparfaites sont dangereuses. A ce point de vue, on prendra garde au dégagement des têtes trop petites souvent expulsées en oblique avec trop de brusquerie.

#### ➤ **Causes obstétricales**

Les applications de forceps, l'extraction de la tête dernière n'augmentent pas sensiblement le nombre ni l'importance des déchirures parce qu'elles sont accompagnées d'une épisiotomie.

Mais ces interventions doivent être exécutées lentement, pour permettre l'ampliation progressive du périnée même si l'on intervient parce que le fœtus souffre. Beaucoup de ces déchirures sont dues à trop de brusquerie dans l'exécution de la technique.

#### **2.4.1.2. Lésions périnéales**

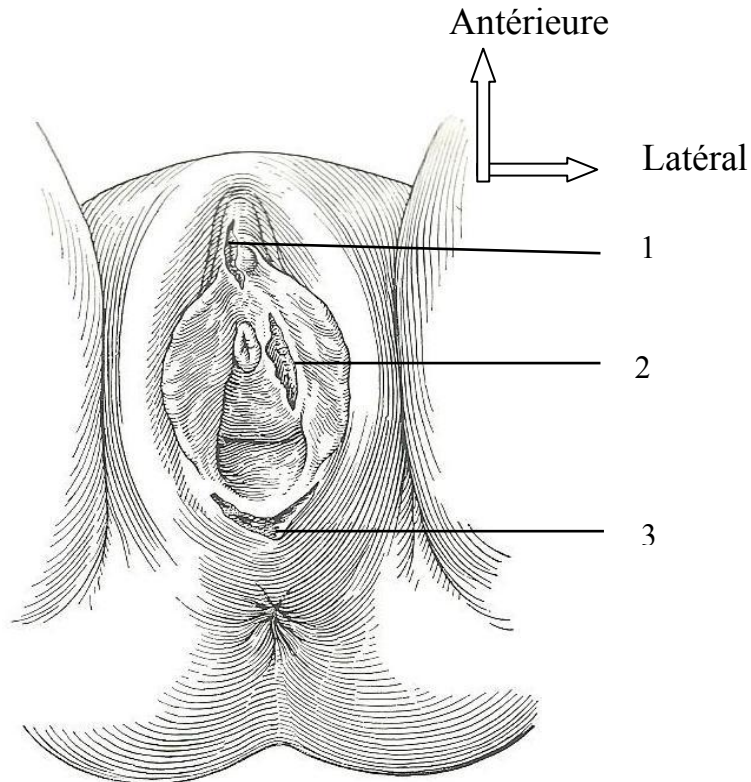
L'inspection permet d'apprécier le degré des lésions. La femme étant mise en position gynécologique, on voit en écartant les lèvres de la plaie si la déchirure est compliquée, complète ou incomplète suivant qu'elle intéresse ou n'intéresse pas le sphincter anal et la muqueuse digestive.

#### ➤ **Déchirures incomplètes**

Les déchirures incomplètes ont trois degrés :

- Dans le premier degré, c'est la déchirure de la commissure. Il s'agit d'une déchirure bénigne.

La figure 4 montre des lésions vulvaires et périnéale du 1<sup>er</sup> degré [24]



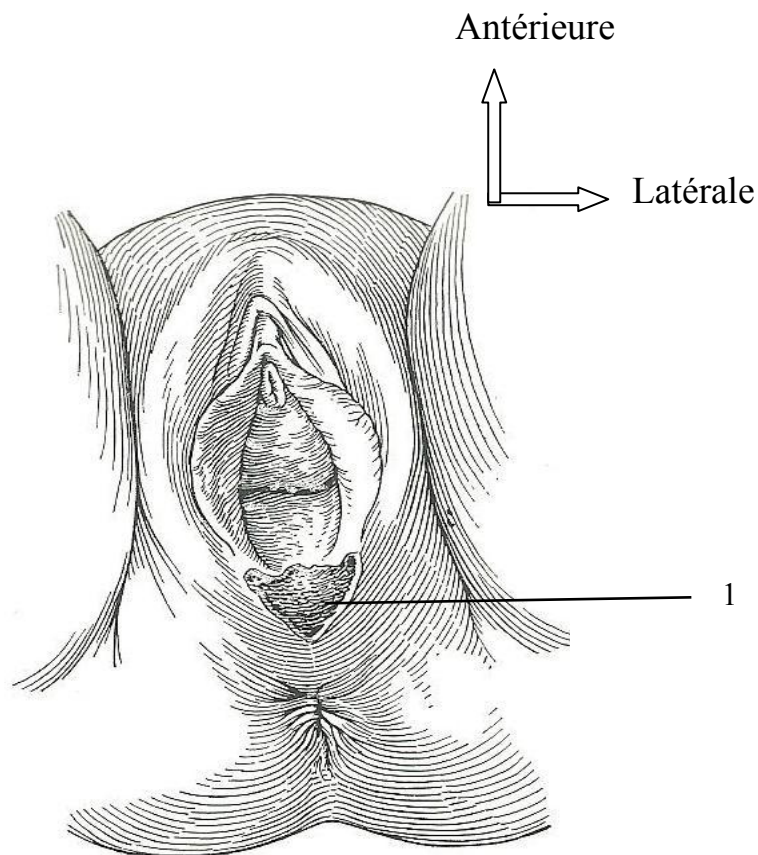
**Figure 4** : lésions vulvaires et périnéale : clitoridienne, nymphéale, périnéales incomplètes (1<sup>er</sup> degré)

- 1 déchirure clitoridienne
- 2 déchirure nymphéale
- 3 déchirure périnéale incomplète

- Dans le deuxième degré, le bulbo-caverneux et la partie antérieure du noyau fibreux central sont intéressés, mais on voit les fibres transversales des muscles transverses du périnée encore intactes.

Le périnée reste sous tendu par ce cordage transversal. Ces déchirures moyennes sont encore bénignes.

La figure 5 montre une déchirure périnéale incomplète du 2<sup>ème</sup> degré [24]

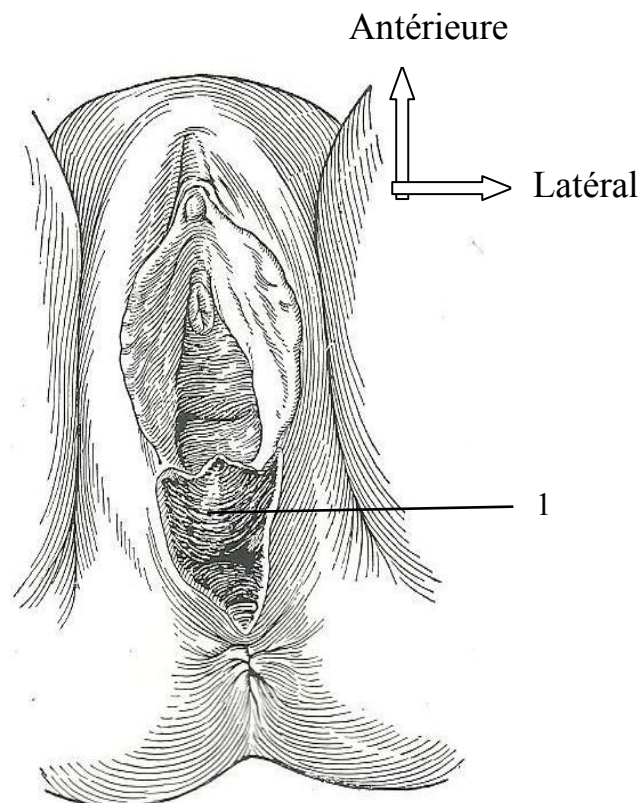


**Figure 5** : Déchirure périnéale incomplète : 2<sup>ème</sup> degré

1 déchirure périnéale incomplète du 2<sup>ème</sup> degré

- Dans le troisième degré, tous les muscles du noyau fibreux central sont intéressés, mais le sphincter de l'anus reste intact. On le voit dans la plaie comme une virole musculaire. Il faut donc s'assurer de cette intégrité, point capital pour le pronostic et le traitement.

La figure 6 montre une déchirure périnéale incomplète du 3<sup>ème</sup> degré [24]



**Figure 6 :** Déchirure périnéale incomplète : 3<sup>ème</sup> degré

1 déchirure périnéale incomplète du 3<sup>ème</sup> degré

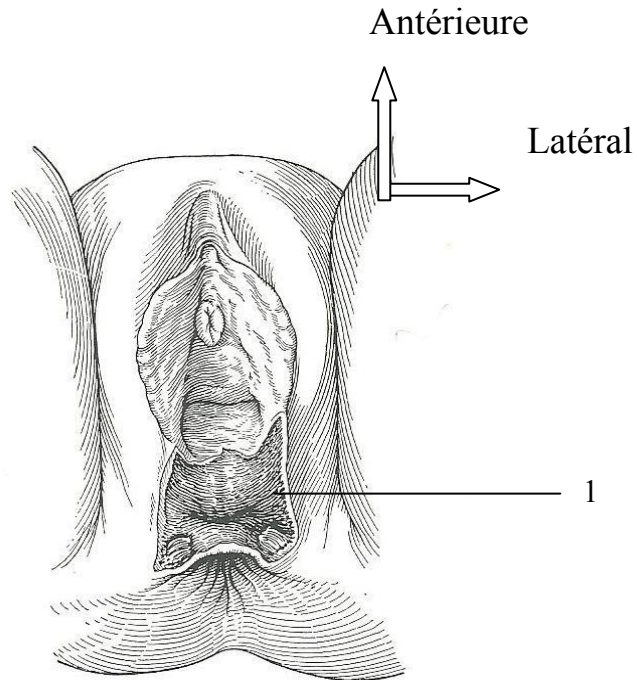
### ➤ **Déchirures complètes et compliquées**

La rupture du sphincter de l'anus fait communiquer la vulve et l'anus. Une sorte de cloaque se constitue. Lorsque la déchirure est complète, par le toucher rectal le doigt ne soulève plus que la muqueuse anale, tout tissu musculaire ayant disparu.

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

Les deux canaux communiquent largement. La déchirure anale a la forme d'un V à pointe supérieure.

La figure 7 montre une déchirure complète du périnée [24]

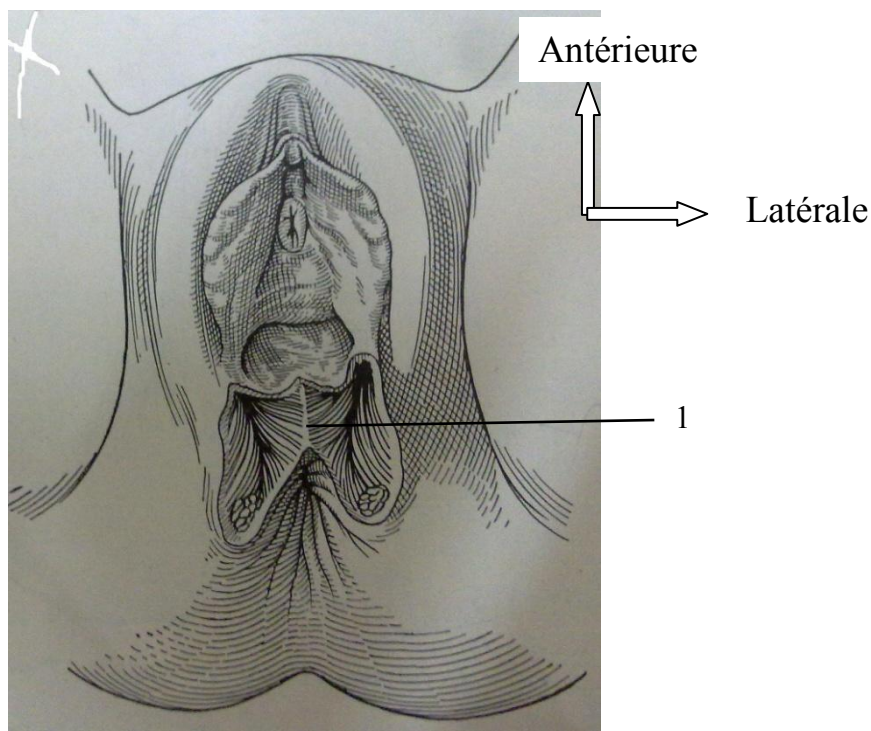


**Figure 7 :** Déchirure complète du périnée

1 Déchirure périnéale complète

La figure 8 montre une déchirure périnéale compliquée [24]





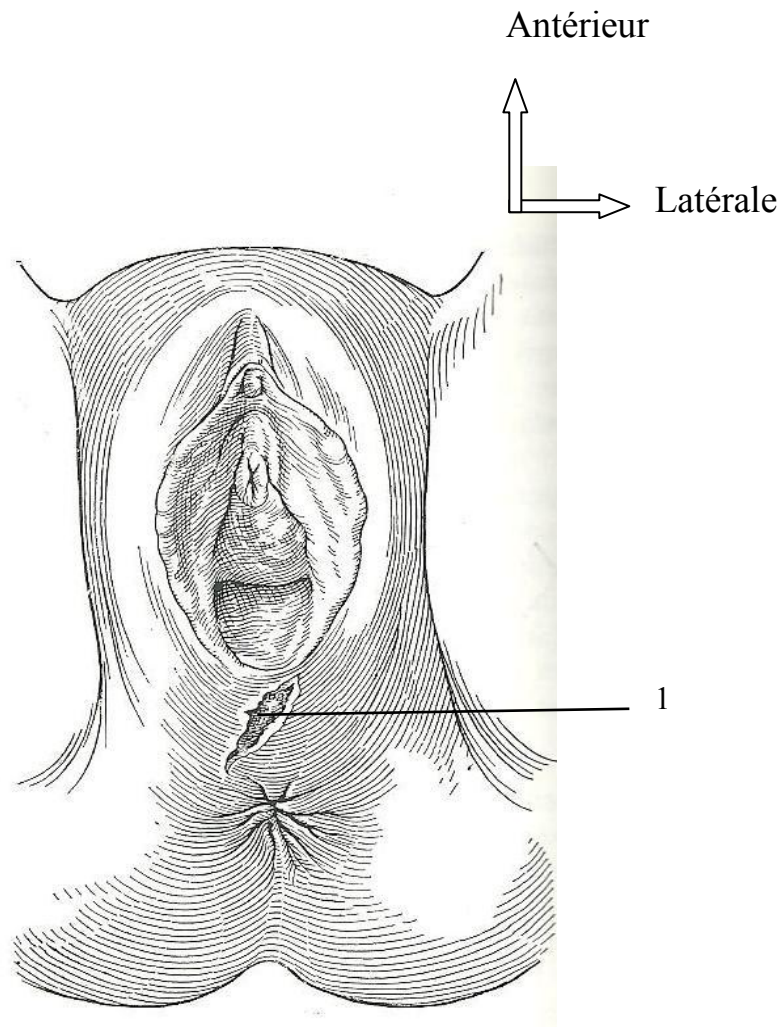
**Figure 8 :** Déchirure périnéale compliquée

➤ **Déchirure cen** 1 déchirure périnéale compliquée

Cette forme anatomique particulière est rare. Elle est due à la mauvaise direction de la tête pendant le dégagement. La tête vient buter au milieu du périnée, qu'elle rompt entre la commissure et l'anus en laissant en avant un pont de tissu.

La déchirure se voit surtout dans les présentations du bregma et quelquefois de la face. Elle n'est pas verticale, mais oblique.

La figure 9 montre une déchirure centrale du périnée [24]



**Figure 9 :** Déchirure centrale du périnée

1 déchirure centrale du périnée

✓ **Evolution et pronostic.**

La cicatrisation spontanée se ferait dans les déchirures incomplètes mais elle pourrait laisser des cicatrices irrégulières ou douloureuses. Dans les déchirures complètes, la réparation spontanée est rare. Le pronostic fonctionnel est beaucoup plus grave.

Dans une certaine mesure, le périnée profond peut suppléer à l'incontinence du sphincter, mais cette suppléance reste incomplète, incapable de contenir les matières liquides et les gaz. Si la déchirure est compliquée, un véritable cloaque se constitue, amenant une déplorable infirmité à laquelle il faudra remédier par une intervention plastique ultérieure.

Toutes les déchirures, même incomplètes, peuvent favoriser à longue échéance la constitution d'un prolapsus génital si elles ont été mal réparées ou ne l'ont pas été du tout.

Mais la véritable étiologie des prolapsus, ce sont les accouchements eux-mêmes, au cours desquels les parois vaginales glissent sur les viscères voisins, la vessie en particulier, avec lesquels elles perdent quelque peu de leur solidarité.

Il faut y ajouter les ruptures interstitielles du périnée, associées souvent à la distension des faisceaux pubo-vaginaux des releveurs.

Ces ruptures masquées sont donc dangereuses. On ne cédera pas à la vanité de conserver à tout prix des périnées apparemment intacts ; mieux vaut une déchirure incomplète, franche et bien réparée, et mieux une épisiotomie, qu'une façade cutanée derrière laquelle il n'y a plus rien.

#### **2.4.1.3. Lésions vulvaires**

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 : lésions hyménéales, vulvaires antérieures et latérales.

##### **➤ Déchirures hyménéales**

Au cours de l'accouchement, la tête fœtale doit agrandir la vulve à ses propres dimensions. Les lésions hyménéales sont alors constantes chez la primipare.

Le premier accouchement achève de détruire l'hymen non entièrement disparu après la défloration, ce que l'on remarque par l'apparition d'un filet de sang rouge au début du dégagement.

Seule la multipare n'a plus que quelques restes d'hymen sans continuité, connus sous le nom de caroncules myrtiliformes, dont l'intérêt n'est guère que médico-légal.

Hors ces déchirures hyménéales sans importance clinique, les déchirures isolées de la vulve ne sont pas fréquentes.

En général, c'est le périnée qui se déchire. Et quand la vulve se rompt latéralement ou en avant, c'est souvent parce que le périnée est resté intact. La déchirure du périnée est parfois la sauvegarde de la vulve.

#### ➤ **Déchirures antérieures clitoridiennes**

Les lésions vulvaires antérieures sont périclitoridiennes. Le gland du clitoris est rarement atteint. Ce sont ses deux branches latérales qui sont étirées et effilochées. Les lésions sont 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.

#### ➤ **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 quelquefois douloureuse, origine possible 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.

#### 2.4.1.4. Prise en charge

##### ➤ **Traitement prophylactique [2]**

Il consiste à faire les accouchements en milieu obstétrical, puis à bien exécuter le dégagement de la tête et des épaules qu'il s'agisse d'accouchement spontané ou de forceps.

Quand la déchirure périnéale menace malgré les précautions prises, on peut l'éviter par une épisiotomie. Toutefois si le périnée est aplasique, l'épisiotomie n'évite pas toujours la déchirure.

##### ➤ **Traitement curatif [24,4]**

Une fois la lésion vulvo-périnéale diagnostiquée, il faut la réparer, sans tabler, à moins d'une simple « éraillure » de la commissure, sur la coaptation spontanée. Et il faut la réparer soigneusement.

La réparation des lésions vulvo-périnéales doit être considérée comme ce qu'elle est : une intervention chirurgicale ne laissant pas prise à la négligence.

Anesthésie de qualité, asepsie complète, installation confortable, instrumentation en bon état, assistance qualifiée sont les conditions d'une réussite presque certaine. C'est, en effet, immédiatement après l'expulsion du placenta que la réparation doit être faite.

L'anesthésie locale est le plus souvent suffisante sauf dans les formes compliquées où l'anesthésie générale est nécessaire.

##### **Déchirure incomplète**

Certains opérateurs font la suture en un seul plan aux crins ou à la soie, prenant la peau, les muscles et la muqueuse vaginale : procédé acceptable à condition

d'assurer la coaptation exacte des lèvres de la plaie. Mieux vaut faire une réparation plus anatomique en trois plans.

### **Déchirure complète**

Le premier temps est la suture du sphincter anal. La difficulté est de bien repérer les deux extrémités déchirées de ce muscle en virole, qui a tourné de sorte que les surfaces irrégulières de sa section ne sont pas toujours clairement retrouvées.

Deux points de catgut en U chargent les extrémités du sphincter, ou, lorsque celui-ci ne peut être distinctement retrouvé, les éléments musculaires consistants voisins.

Le toucher rectal vérifie ensuite que l'habillement de la paroi antérieure du canal anal est suffisant. Le reste de l'intervention se pratique comme dans la déchirure incomplète.

### **Déchirure compliquée**

Le premier temps est la suture du canal anal par de fins catguts chromés passés à l'aiguille courbe sertie et noués à l'intérieur du canal.

Après le temps anal, changer de gants, de champs et d'instruments.

Le reste de l'intervention comme dans la déchirure complète.

### **Déchirure centrale**

Le pont de tissu compris entre la déchirure et la vulve doit être sectionné. La déchirure centrale est transformée en déchirure incomplète et traitée comme telle.

### **Lésions vulvaires**

Lorsqu'une plaie des racines clitoridiennes provoque une hémorragie notable, le tamponnement de quelque durée est souvent plus efficace que l'aléatoire hémostase au catgut.

Les plaies nymphéales sont suturées par de fins catguts.

### **Suture secondaire précoce**

Immédiatement et bien réparées, les plaies vulvo-périnéales guérissent le plus souvent. Des échecs sont cependant possibles, dans cette région constamment

baignée par l'écoulement lochial et exposée à l'infection ; la suture opératoire se désunit.

On peut alors faire la suture secondaire précoce vers le dixième jour suivant l'accouchement. C'est toutefois une époque moins favorable à la reprise des sutures.

Beaucoup d'opérateurs passés le premier jour des suites de couches, préfèrent la suture tardive pour opérer sur des tissus qui ne sont plus soumis à l'infection toujours plus ou moins latente et à l'imbibition gravidique.

### Soins postopératoires

Ils contribuent beaucoup au succès de l'intervention. La plaie est protégée par un pansement aseptique. Elle est asséchée après chaque miction. On ne doit pas constiper les opérées.

L'issue de selles dures est douloureuse, et dangereuse pour les sutures. Dès le deuxième jour, on donne deux cuillerées à potage d'huile de paraffine par jour, pour assurer l'évacuation de selles molles.

Dans les formes compliquées, donner la première semaine une alimentation pauvre en résidus.

L'infection est préventivement traitée par les antibiotiques. Ces opérations ne contre-indiquent pas le lever précoce.

### Suture tardive

Lorsque la suture d'une déchirure complète ou compliquée s'est désunie, on doit attendre quatre mois avant d'en entreprendre la réparation. C'est alors une opération de chirurgie gynécologique dont la voie d'abord est le dédoublement du périnée, décrite dans les traités de gynécologie.

## 2.4.2. Déchirures du vagin

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

#### **2.4 .2.1. Description [24]**

##### **✓ Les déchirures basses ou déchirures périnéo-vaginales**

Elles sont aussi fréquentes que les déchirures du périnée dont elles sont le complément constant. Elles sont étudiées avec les déchirures du périnée qui sont l'accident dominant ; bénignes en elles-mêmes, le pronostic est celui de la lésion périnéale.

La rupture, toujours postérieure, n'est qu'un des éléments de la déchirure périnéale dont la réparation anatomique commence par la suture séparée des lèvres de la plaie vaginale au catgut : sa minutie est une des conditions de la réussite opératoire.

##### **✓ Les déchirures hautes ou déchirures du dôme vaginal**

Devenues exceptionnelles, elles intéressent le cul-de-sac vaginal. 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. La pathogénie, le pronostic, l'aspect clinique et le traitement rappellent ceux des ruptures utérines.

L'association avec une lésion du segment inférieur est d'ailleurs fréquente, soit que



la déchirure ait commencé sur le segment inférieur pour s'étendre au cul-de-sac vaginal, soit que l'éclatement vaginal ait secondairement intéressé l'utérus.

Souvent, la rupture vaginale reste sous péritonéale, donnant lieu à la constitution d'un hématome ou thrombus pelvien qui décolle le péritoine plus ou moins loin, parfois jusque dans la région lombaire, surtout si une branche artérielle de la cervico-vaginale a été intéressée par la déchirure.

Ces déchirures sous péritonéales restent graves par l'infection du tissu cellulaire qu'elles peuvent entraîner et surtout par le choc qu'elles provoquent.

Parfois justiciables du tamponnement et du traitement anti-infectieux lorsqu'elles sont incomplètes, ou même de la suture par voie basse, elles relèvent le plus souvent de la coeliotomie suivie de suture ou d'hystérectomie.

#### ✓ **Déchirures de la partie moyenne**

Les déchirures 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.

##### **2.4.2.2. Etiologie [8 ,20]**

- Accouchement difficile : forceps, version.
- Étroitesse du vagin
- Excès de volume de la présentation : les déchirures du vagin sont fréquentes dans l'accouchement des gros enfants.
- Certaines présentation comme les occipito-postérieures.

##### **2.4.2.3. Diagnostic**

Le diagnostic se fait sur les signes physiques. Le toucher et l'examen sous valves permettent de reconnaître ces déchirures toujours latérales, d'un seul côté ou souvent des deux côtés.

Bilatérales, elles peuvent détacher la colonne postérieure qui fait saillie entre deux déchirures longitudinales.

A la vue, dans l'interstice d'une déchirure toujours irrégulière, on peut apercevoir la graisse jaune de la fosse ischio-rectale, et quelquefois en arrière les fibres musculaires de la paroi rectale.

Au toucher, le doigt accède aux espaces périvaginaux.

#### **2.4.2.4. Pronostic et complication [9,15]**

Malgré leur mauvaise apparence, ces vastes déchirures ont un pronostic généralement bénin. Le vagin a une grande facilité de réparation.

Les cicatrisations vicieuses peuvent cependant exister, causes de dyspareunie. La nécessité d'une autoplastie est exceptionnelle.

Ce qui peut faire la gravité des déchirures de la partie moyenne. C'est leur extension aux organes voisins, rectum rarement, vessie quelquefois.

Soit immédiatement, soit au bout de quelques jours après chute d'escarre, une fistule vésico-vaginale peut se constituer.

#### **2.4.2.5. Prise en charge [27,28]**

Le traitement chirurgical s'adresse aux lésions rectales ou urinaires lorsqu'elles existent.

On aura parfois à rapprocher des déchirures aux bords devenus trop distants, à rétablir en sa place la colonne postérieure du vagin, à suturer dans un but hémostatique. Mais, assez souvent, la suture de ces déchirures moyennes est difficile.

La coaptation spontanée est aisée, la réparation ad integrum souvent surprenante, sans aucun traitement.

Dans les vastes déchirures, l'infection locale, le sphacèle, les coalescences peuvent être évitées soit par la simple injection de bouillie lactique liquide, soit par la mise

en place de mèches imbibées de bouillie et souvent renouvelées. Les antibiotiques généraux seront souvent prescrits.

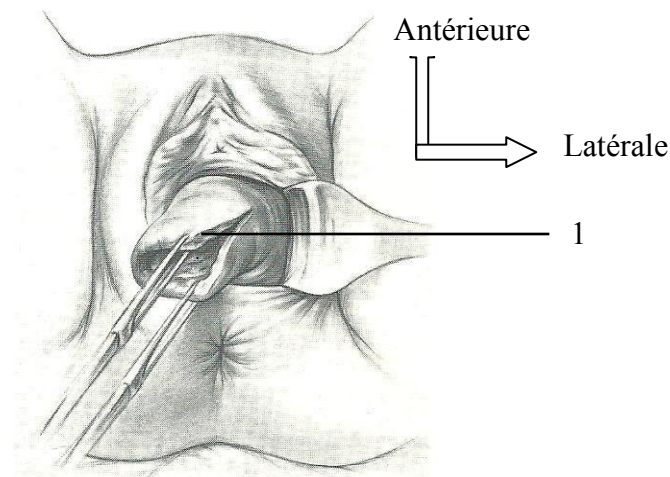
### 2.4.3 Déchirure du col utérin

Les déchirures du vagin sont les solutions de continuité non chirurgicales du col utérin, survenues au moment de l'accouchement.

Elles se divisent en deux groupes :

- les déchirures sous -vaginales qui ne menacent aucun viscère.

La figure 10 montre une déchirure sous-vaginale du col [24]

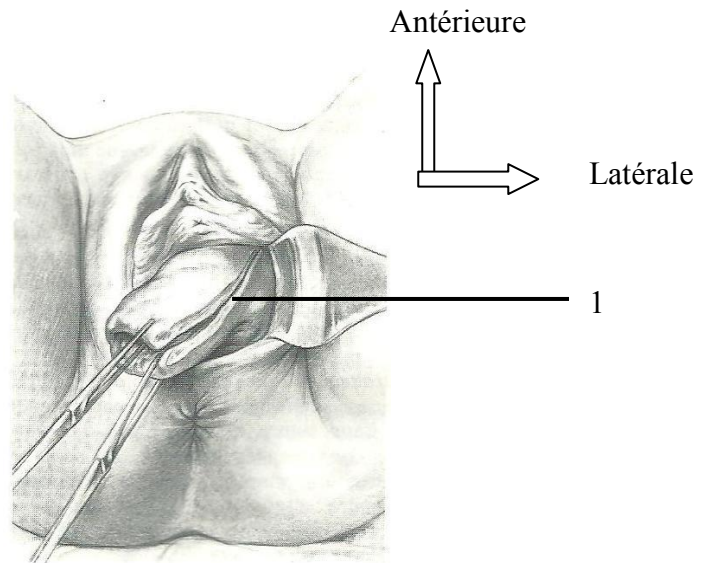


**Figure 10 :** Déchirure sous- vaginale du col

1 déchirure sous-vaginale du col

- les déchirures sus- vaginales qui menacent le segment inférieur en haut, la vessie en avant, les rameaux vasculaires sur les côtés.

La figure 11 montre une déchirure sus-vaginale du col



**Figure 11 :** Déchirure du col propagé au segment inférieur

1 déchirure sus-vaginale du col

#### **2.4.3.1. Etiologie [24]**

Les déchirures du col sont spontanées ou provoquées :

➤ **Spontanées.**

Toutes les altérations du col les favorisent. Les altérations peuvent être antérieures à la grossesse.

Traumatiques, elles sont dues à des déchirures obstétricales précédentes, à des sections chirurgicales du col (amputation), à des lésions d'origine thérapeutique (électrocoagulations endocervicales trop profondes ou répétées).

Pathologiques, elles sont dues à une maladie, du col : cancer, chancre, lésion inflammatoire. Ces altérations pathologiques sont rares.

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 souvent dues à des interventions mal indiquées ou exécutées dans de mauvaises conditions :

- au cours de l'accouchement normal, on a fait pousser la femme trop tôt ;
- on a fait une prise de forceps ou une extraction de la tête dernière avant la dilatation complète ;
- les incisions du col ne se pratiquent plus. Elles risquaient de se propager sous forme de déchirures au-dessus de l'insertion vaginale.

#### **2.4.3.2. Description [24]**

Les symptômes des déchirures du col sont le plus souvent discrets : un grand nombre d'entre elles passent inaperçues.

Il faut une déchirure déjà importante pour qu'apparaissent des 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 tensionnelle, et nécessitant la mise en œuvre du traitement général des hémorragies.

### **A la palpation**

Le corps utérin reste bien rétracté alors que dans les hémorragies de la délivrance, l'utérus est inerte.

### **Au toucher**

Il n'est pas facile de repérer au doigt les bords de la déchirure. Habituellement, sur ces tissus mous et fuyants, on ne perçoit rien.

### **Au spéculum**

Si la déchirure paraît importante, elle doit être étudiée sous le contrôle de la vue. La femme 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 Museaux 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.

C'est le seul moyen d'en apprécier l'étendue et de savoir si elle dépasse l'insertion vaginale. La déchirure opposée est étudiée de la même façon.

La déchirure est presque toujours longitudinale et latérale en V à bords irréguliers, souvent déchiquetés.

Un lambeau violacé se détache parfois du col, voué au sphacèle et à l'élimination dans les suites de couches. La déchirure circulaire « *en bobèche* » est très rare et ne se rencontre guère que sur un col pathologique.

### **Complications [36 ,38]**

La gravité de la déchirure est fonction de sa hauteur. Au-dessus du vagin, elle risque de se propager au segment inférieur. C'est même un des mécanismes des ruptures utérines.

Ces déchirures cervicales hautes devenues segmentaires restent le plus souvent sous péritonéales.

Elles s'accompagnent alors de signes généraux plus ou moins graves, pouvant aller jusqu'au choc, et de la constitution d'un hématome pelvien unilatéral fusant plus ou moins le long de la gaine hypogastrique. Elles peuvent aussi, si elles siègent en avant, se propager à la vessie.

Les déchirures hautes ne sont pas toujours aussi graves. Beaucoup d'entre elles, accompagnées d'un état syncopal passager, guérissent spontanément et passent inaperçues.

#### **2.4.3.3. Pronostic [29, 33,37]**

Si le pronostic des déchirures sus vaginales doit comporter des réserves, les déchirures sous vaginales sont en général bénignes.

L'hémorragie, parfois importante, s'arrête presque toujours d'elle-même.

Habituellement les déchirures n'apportent aucune gêne aux accouchements ultérieurs.

On est même surpris de voir l'excellente réparation de cols qui avaient paru profondément déchiqueté après l'accouchement.

Les déchirures latérales hautes peuvent cependant créer dans un paramètre une gangue cicatricielle qui englobe des branches vasculaires, cause possible de récurrence et d'hémorragies lors d'accouchements ultérieurs.

Sur ces cols très déchirés, la muqueuse peut rester en ectropion et devenir sensible.

Des brides cervico-vaginales douloureuses peuvent se constituer, causes de dyspareunie.

Une déchirure étendue efface parfois le cul-de-sac latéral du vagin. Ces séquelles pourraient être à l'origine de stérilité secondaire ou d'avortements spontanés par béance du col.

Enfin les statistiques montrent que le cancer du col se développe plus souvent chez les multipares à col déchiré.

#### **2.4.3.5. Prise en charge [27,40]**

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 appliquer de forceps et ne pas extraire la tête dernière avant dilatation complète ; ne plus faire d'incisions du col.

Le traitement doit rester simple. La plupart des déchirures sous vaginales se réparent spontanément.

Leur suture n'apporte pas d'amélioration notable dans les résultats.

Ce ne sont que les déchirures importantes, ou très hémorragiques, qu'il faudra suture sous valves par des points hémostatiques en X au catgut, en se servant d'une aiguille à forte courbure.

Le traitement des déchirures sus vaginales est plus difficile. On se gardera d'actions précipitées en tenant compte de l'aspect général de l'accouchée.

Beaucoup guérissent encore spontanément, d'autant mieux que des explorations plus ou moins choquantes ne les auront pas aggravées. D'autres seront justiciables de la suture par voie vaginale, si elles ne remontent pas trop loin et n'altèrent pas l'état général.

D'autres enfin, les plus rares, propagées au segment inférieur on à la vessie, relèvent du traitement des ruptures utérines par voie abdominale.

L'hémorragie reste le plus souvent modérée et s'arrête spontanément quand la femme a été remise en décubitus horizontal, les jambes rapprochées.

Si elle devenait importante pour entraîner un état d'anémie aiguë, le traitement général des hémorragies et du collapsus à vasculaire devrait être institué associé à l'hémostase locale.



#### **2.4.4. Hématomes périgénitaux ou thrombus génitaux [35,41]**

Les Hématomes périgénitaux ou thrombus génitaux sont des collections sanguines constituées en général au moment de l'accouchement, siégeant dans le tissu cellulaire de la vulve, du vagin ou du paramètre, et ayant une certaine tendance à la diffusion.

Le terme d'hématome est donc exact et devrait définitivement remplacer celui de thrombus, qui évoque l'idée d'une coagulation intravasculaire.

Les hématomes périgénitaux sont vulvaires vaginaux ou pelviens. Les deux premiers peuvent être groupés en hématomes bas situés, souvent associés ; ils ont une pathogénie et un pronostic semblables. Les hématomes pelviens, haut situés au-dessus des releveurs, occupent une place qui leur est propre. Toujours graves, ils sont en général la conséquence d'une lésion traumatique du col, du segment inférieur ou d'un cul-de-sac vaginal.

##### **❖ Hématomes vulvo- vaginaux**

##### **➤ Etiologie et pathogénie**

Les hématomes vulvo-vaginaux sont rares. Exceptionnels avant l'accouchement, consécutifs alors à un traumatisme local, ils sont presque toujours provoqués par l'accouchement lui-même, mais ne se manifestent qu'après lui, et même en général après la délivrance.

Les causes prédisposantes que l'on a évoquées ne sont pas très probantes : primiparité, albuminurie, étroitesse du vagin, gros enfant, gémellaire, lenteur ou rapidité de l'accouchement. Les hématomes peuvent en effet, se produire après les accouchements les plus normaux.

La cause immédiate est une rupture vasculaire, mais le plus souvent une rupture de capillaires. Elle est favorisée par l'hypervascularisation gravidique et provoquée par le glissement des tissus les uns sur les autres, facilité par l'imbibition gravidique et la laxité des tissus.

Lors de la rotation intrapelvienne de la tête fœtale, un décollement du vagin sur les plans profonds se produit qui ouvre les capillaires ; les occipito-postérieures, les grandes rotations au moyen du forceps sont en effet, souvent à l'origine des hématomes.

Le décollement effectué, une cavité est réalisée dans le tissu cellulaire périvaginal ou vulvaire, virtuelle tant que la tête fœtale non expulsée en comprime les parois. Après l'accouchement, l'hématome d'origine capillaire se produit progressivement et ne se manifeste qu'après la délivrance. Si une branche vasculaire était intéressée, la constitution serait plus rapide, dès après l'accouchement.

### ➤ Anatomie pathologique

Les hématomes vulvo vaginaux sont plus fréquents à droite qu'à gauche, peut-être en raison de la plus grande fréquence des occipito-iliaques droites postérieures, l'occiput décollant le vagin lors de la rotation.

L'hématome vulvaire occupe le tissu cellulaire de la grande lèvre sur toute la hauteur de la vulve et se prolonge souvent vers le vagin.

L'hématome vaginal occupe le tissu cellulaire périvaginal d'un côté. La tendance à la diffusion faite que le sang gagne très souvent le périnée, assez souvent la fesse et la cuisse, mais il est arrêté par le raphé médian, et l'épanchement reste unilatéral.

Le volume en est variable. Tantôt l'hématome est petit et peut même passer inaperçu : tantôt il atteint le volume d'une orange ou davantage.

La poche est constituée par la paroi vulvaire ou la paroi vaginale en dedans, tendue parfois jusqu'à la fissuration, par le tissu cellulaire comprimé en dehors. Le contenu est d'abord du sang liquide, puis des caillots.

## Description

L'apparition de l'hématome est imprévisible. Parfois seuls existent les signes physiques.

D'autres fois, des signes fonctionnels et généraux attirent l'attention.

La femme se plaint d'une douleur, d'une sensation de pesanteur localisée à la vulve ou au rectum, de ténesme, d'une envie d'expulser aussi bien rectale que vaginale alors que la délivrance est parfois déjà faite.

D'autre fois, elle est pâle, sujette à des tendances syncopales et même à des phénomènes de choc.

### **\* Si l'hématome est vulvaire**

On voit une tuméfaction qui s'est vite constituée et qui déforme l'orifice devenu excentrique. La fente vulvaire est repoussée latéralement par la collection. De volume variable, la tuméfaction est de forme oblongue, de couleur aubergine ; à sa surface, la muqueuse est amincie et comme prête à se fissurer.

Rapidement apparaissent des ecchymoses très étendues, qui gagnent le périnée, la fesse et souvent la région supérieure de la cuisse correspondante.

A la palpation, ces tumeurs sanguines donnent une sensation de crépitation neigeuse. Elles sont mal limitées en dehors, où elles infiltrent le tissu cellulaire, alors que leur limite interne est nette.

### **\* Dans la forme vaginale**

Les signes d'inspection sont absents ou réduits à l'asymétrie vulvaire. Mais le toucher vaginal et le toucher rectal, reconnaissent facilement la tuméfaction qui emplit et déforme la cavité du vagin, refoulant la paroi opposée. Le volume en est assez difficilement appréciable, car les contours externes, vers le tissu cellulaire, sont imprécis. La base a une large surface et la quantité de sang épanché est souvent plus grande qu'elle ne le paraît.

## **Diagnostic**

Le diagnostic différentiel des hématomes vulvo-vaginaux est facile.

- le kyste du vagin est plus petit, mieux limité, et ne s'accompagne pas d'ecchymose.
- La bartholinite n'a ni la même date d'apparition, ni la même couleur, ni le même aspect ;
- Ce qu'on appelle improprement le thrombus pédiculé du vagin n'est qu'un hématome superficiel de la colonne postérieure du vagin.

Aucune de ces trois affections ne s'accompagne d'ecchymoses.

## **Evolution et pronostic**

L'évolution est habituellement marquée par une régression lente qui demande des jours et quelquefois des semaines et qui, souvent, laisse un petit noyau, long à se résorber, dur et sensible. Des complications peuvent survenir. La rupture peut être primitive ; la muqueuse, tendue à la surface de la tuméfaction, se fissure, et les caillots sortent peu à peu. Elle peut être secondaire à un sphacèle plus tardif de la muqueuse vulvaire ou vaginale.

Une hémorragie peut s'ensuivre, parfois abondante, de sang noir coagulé ; quand tous les caillots sont évacués, l'hémorragie peut continuer, de sang rouge, véritable reprise, parfois de grande gravité.

La seconde complication est l'infection de la poche, possible après sa fissuration.

Le pronostic des hématomes bas situés est habituellement bénin, mais la bénignité n'est pas constante. L'état général est souvent médiocre. L'importance de l'hémorragie, ses récurrences, le choc, l'infection reste la cause d'une morbidité prolongée, d'une lente convalescence.

## **Prise en charge des hématomes vulvo-vaginaux**

L'abstention opératoire doit être remplacée par l'intervention dans les nombreux cas suivants :

- Pendant l'accouchement, l'hématome est cause de dystocie mécanique ;

- Après l'accouchement, l'augmentation de volume de l'hématome a été trop rapide, témoignant d'une brèche vasculaire de notable calibre ;
- L'hématome est très volumineux et très douloureux ;
- L'hématome est fissuré ;
- L'hématome est infecté ;
- Point particulier : quand l'hématome s'est constitué avant la délivrance et surtout s'il est vaginal, on peut être en présence d'une dystocie particulière de la délivrance.

Le placenta est retenu et le cordon est déjeté latéralement. On est obligé d'extraire manuellement le placenta tombé et resté dans le segment inférieur.

Des traitements adjuvants sont nécessaires :

- L'infection étant le plus grand danger, les antibiotiques seront toujours utilisés, par voie locale et générale.
- Les conséquences de l'hémorragie seront éventuellement traitées : médications ferriques, transfusions.

#### ❖ **Hématomes pelviens**

Les hématomes pelviens sont très rares. A la suite de l'accident causal, déchirure segmentaire sous-péritonéale en général, une rupture vasculaire s'est produite : ouverture de capillaires, ou assez souvent ouverture d'un vaisseau plus important, branche d'une artère ou d'une veine utérine. Le sang s'épanche dans le tissu cellulaire du paramètre, sous le péritoine.

La collection peut rester relativement localisée, avec un prolongement périvaginal fréquent. Mais parfois, il diffuse loin en décollant le péritoine, vers la fosse iliaque, vers la loge périrénale et même vers les piliers du diaphragme. L'hématome est alors pelvi-abdominal.

### ▪ **Symptomatologie**

Aux signes fonctionnels et généraux de l'accident causal s'ajoutent, dans les formes diffuses, des signes d'anémie aiguë et des signes de choc : pâleur, syncope, tachycardie, chute tensionnelle. Au toucher, l'un des paramètres est occupé par une tuméfaction latérale qui repousse l'utérus du côté opposé, de consistance d'abord molle, sensible ou douloureuse en raison des lésions associées, mal limitées.

La tuméfaction, lorsqu'elle est volumineuse, peut être perceptible à la palpation au dessus du ligament inguinal ou dans la fosse lombaire.

### ▪ **Evolution**

L'évolution est variable, en rapport avec l'importance de l'hématome et avec les lésions associées. Les petits hématomes isolés guérissent, laissant dans le cul-de-sac latéral une tuméfaction de plus en plus dure, longue à se résorber.

Les hématomes volumineux peuvent entraîner la mort, soit par choc soit par infection du tissu cellulaire, soit surtout par le fait de la lésion segmentaire associée.

### ▪ **Prise en charge des hématomes pelviens**

Le traitement est essentiellement celui de la cause. Si certains petits hématomes isolés peuvent guérir par de simples soins médicaux et par les antibiotiques, les autres relèvent du traitement chirurgical : coeliotomie, suivie d'hystérectomie, de suture ou de drainage. La thérapeutique du choc et de l'infection complète toujours la précédente.

**DEUXIÈRE PARTIE :**  
**NOTRE ETUDE**



## **OBJECTIFS**



### **3. Objectifs de l'étude**

#### **3.1. Objectif général**

Etudier les aspects épidémiologiques, cliniques et thérapeutiques des lésions traumatiques survenues lors des accouchements par voie basse dans le service de gynécologie obstétrique du CHU YO.

#### **3.2. Objectifs spécifiques**

1. Déterminer la fréquence des lésions traumatiques au cours des accouchements par voie basse dans le service de gynécologie obstétrique du CHU YO.
2. Décrire les caractéristiques sociodémographiques de la population d'étude
3. Décrire les aspects cliniques des lésions traumatiques au cours des accouchements par voie basse dans le service de gynécologie obstétrique du CHU YO
4. Décrire l'évolution clinique des lésions traumatiques au cours des accouchements par voie basse dans le service de gynécologie obstétrique du CHU YO.
5. Décrire les aspects thérapeutiques des lésions traumatiques au cours des accouchements par voie basse dans le service de gynécologie obstétrique du CHU YO.



## **METHODOLOGIE**

## 4. Méthodologie

### 4.1. Cadre d'étude

L'étude s'est menée dans la ville de Ouagadougou (province du Kadiogo) capitale du Burkina Faso au sein du service de Gynécologie-Obstétrique du CHU-YO.

Le CHU-YO constitue avec le CHU-SS, le CHU pédiatrique Charles De Gaulles (CHUP-CDG) et l'hôpital national Blaise Compaoré les quatre centres de références du niveau le plus élevé de la pyramide sanitaire du Burkina Faso.

Le CHU-YO dispose de plusieurs services spécialisés dont le service de Gynécologie- obstétrique.

Le service de gynécologie-obstétrique, site de notre étude est le centre de référence en gynécologie et obstétrique de l'ensemble des formations sanitaires publiques ou privées de la ville de Ouagadougou et des provinces avoisinantes.

Le service dispose de :

- Une salle d'accouchement ;
- Une unité de Soins après avortement
- Une unité d'échographie ;
- Un bloc opératoire muni de 3 salles d'interventions ;
- Une unité de puériculture ;
- Une unité de planification familiale ;
- Un service d'hospitalisation disposant de 86 lits et subdivisé en 5 unités qui sont les suivantes : soins intensifs, post opérées, réanimation, suites de couches, grossesses pathologiques ;
- Un service de consultation externe ;
  
- Un service administratif comprenant :
  - Un service d'état civil ;
  - Un secrétariat ;
- Un hall et une paillote d'attente pour les accompagnateurs des malades.

- Un dépôt SONU
- Une caisse

Le personnel est composé de :

- Douze gynécologues obstétriciens dont 2 professeurs titulaires, 2 professeurs agrégés, 2 maitres assistants ;
- Un médecin anesthésiste ;
- Vingt et sept attachés de santé en chirurgie et en anesthésie-réanimation,
- Trente huit sages femmes et maïeuticiens d'état ;
- Douze infirmiers ;
- Trente garçons et filles de salle ;
- Une secrétaire ;
- Un agent d'état civil ;
- Un agent comptable.

Il faut noter la présence de médecins stagiaires en spécialisation de gynécologie obstétrique.

Le service accueille aussi les étudiants stagiaires de septième et quatrième année de médecine, des élèves sages femmes, maïeuticiens et infirmiers d'état de l'école Nationale de Santé Publique (ENSP).

#### **4.2. Type et période de l'étude**

Il s'agit d'une étude rétrospective à visée descriptive portant sur la période allant du 1<sup>er</sup> Janvier 2006 au 31 Décembre 2010.

#### **4.3. Population d'étude**

La population d'étude comprenait les femmes admises au CHU YO pour accouchement ou complications traumatiques du post partum.

#### **4.4. Critères d'inclusion**

Ont été incluses dans l'étude les femmes admises à la maternité du CHU YO pour accouchement et ayant présenté une lésion traumatique du col, du vagin, du périnée ou un thrombus génital ainsi que celles qui y ont été référées pour ce motif.

#### **4.5 Critère de non inclusions**

Les patientes dont le dossier clinique était incomplet n'étaient pas exploitables n'ont pas été incluses dans l'étude.

#### **4.6 Collecte des données**

Pour la réalisation de notre enquête nous avons élaboré une fiche de collecte. Les données ont été recueillies à partir des dossiers cliniques, des registres d'accouchement et de comptes rendus opératoires.

Les variables suivantes ont été explorées :

- L'identité
- Les antécédents
- le motif d'admission
- Les données de l'examen physique
- Le diagnostic
- Les examens paracliniques
- Les complications
- La prise en charge

#### **4.7 Saisie et analyse des données**

Les données ont été saisies et analysées sur micro-ordinateur grâce au logiciel Epi-info version 3.5.1.

Le test du Chi<sup>2</sup> a été utilisé pour la comparaison de nos données.

Les différences ont été considérées significatives au seuil de probabilité de 0,05



## **RESULTATS**

## 5. Résultats

### 5.1 Fréquence

Au cours de la période d'étude, 22 818 accouchements par voie basse ont été enregistrés dont nous avons colligé 605 cas de lésions traumatiques. La fréquence des lésions traumatiques était de 605 /22 818 soit 2,6 pour cent.

Les dossiers exploitables étaient au nombre de 521 exploitables

La fréquence annuelle des lésions traumatiques est représentée dans le tableau I  
Tableau I : Répartition annuelle des lésions traumatiques

<b>Année</b>	<b>Accouchements</b>	<b>Lésions traumatiques</b>	<b>Fréquences</b>
<b>2006</b>	4693	49	1,0
<b>2007</b>	4207	79	1,9
<b>2008</b>	3586	145	4,0
<b>2009</b>	5091	162	3,2
<b>2010</b>	5241	170	3,2
<b>TOTAL</b>	22818	605	2,6

La moyenne des lésions traumatiques était de 121 avec des extrêmes de 49 en 2006 et 170 en 2010

## 5.2 Caractéristiques sociodémographiques de la population d'étude

### 5.2.1. Age

La figure 1 représente la répartition des parturientes en fonction des tranches d'âges

**Tableau II** : Répartition des parturientes en fonction des tranches d'âge (n=(514))

Tranche d'âge	Effectifs	Pourcentage
≤ 19 ans	52	10
20-24 ans	124	23,8
25-29 ans	169	32,4
30-34 ans	113	21,7
35-39 ans	50	9,6
≥ 40 ans	13	2,5
Total	521	100

La moyenne d'âge était de 25,5 ans ± 5,7 avec des extrêmes de 16 ans et 45ans.

### 5.2.2. La parité

Les parturientes ont été classées en :

- Primipares : une parité
- Paucipares : 2 à 3 parités
- Multipares : 4 à 6 parités
- Grandes multipares : supérieure ou égal à 7 parités



Le tableau III représente la répartition des parturientes selon la parité

**Tableau III** : Répartition des parturientes selon la parité (n=514)

<b>Parité</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage</b>
<b>Primipares</b>	248	48,2
<b>Pauci pares</b>	165	32,1
<b>Multipares</b>	91	17,7
<b>Grandes multipares</b>	10	2
<b>TOTAL</b>	514	100

### **5.2.3. Le statut marital**

Les parturientes ont été regroupées selon leur statut marital en célibataires, divorcées, mariées, concubine et veuves

Le tableau IV représente la répartition des parturientes selon le statut marital

**Tableau IV** : Répartition des parturientes selon le statut marital (n=505)

<b>Statut marital</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage</b>
<b>Célibataires</b>	50	9,8
<b>Divorcée</b>	1	0,2
<b>Mariée</b>	255	50,4
<b>Concubine</b>	200	39,4
<b>Veuve</b>	1	0,2
<b>TOTAL</b>	507	100

#### **5.2.4. La profession**

Les parturientes ont été regroupé selon leur profession en : femmes au foyer, salariée, commerçantes, élèves /étudiantes et autres (coiffeuses, esthéticiennes, filles de ménage)

Le tableau V représente la répartition des parturientes selon la profession

**Tableau V** : Répartition des parturientes selon la profession (n=515)

<b>Profession</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage</b>
<b>Femmes au foyer</b>	363	70,5
<b>Salariée</b>	37	7,2
<b>Commerçantes</b>	38	7,3
<b>Elèves /Etudiante</b>	71	13,8
<b>Autres</b>	6	1,2
<b>TOTAL</b>	515	100

### **5.2.5. Lieu de résidence**

Le lieu de résidence était précisé dans 518 cas. Les parturientes qui résidaient dans la ville de Ouagadougou représentaient 94 ,8 pour cent des et 5,2 pour cent hors de la ville de Ouagadougou.

### **5.2.6. Consultations prénatales**

Le nombre de parturientes qui avaient eu au moins une CPN étaient de 378 soit 72,6%.

Le nombre moyen de CPN était de 3 ,3 CPN avec des extrêmes de 1 et 8.

### 5.3. Aspects cliniques

#### 5.3.1. Age gestationnel

Les parturientes, dans 93,6 % (486) avaient un âge gestationnel compris entre 37 et 42 semaines d'aménorrhée (SA)

Dans 5,7 % (30) elles avaient un âge gestationnel de moins de 37 SA

Et dans 0,7% (5) elles avaient un âge gestationnel de supérieur à 42 SA

La moyenne de l'âge gestationnel était de 39,2 SA  $\pm$  3,4 avec des extrêmes de 31 SA et de 43 SA.

#### 5.3.2. Mode et motif d'admission

Les parturientes étaient venues d'elles même dans 79,5 % (414). Les références et évacuations au nombre de 107 (20,5).

Le tableau VI représente la répartition des parturientes selon le motif d'admission

**Tableau VI** : Répartition des parturientes selon le motif d'admission (n=521)

<b>Motif d'admission</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage</b>
<b>Travail d'accouchement</b>	433	83,1
<b>Hémorragie de la période de la délivrance</b>	62	12
<b>Lésion traumatique</b>	15	2,9
<b>TOTAL</b>	521	100

### 5.3.3. Lieu de l'accouchement

Le tableau VII représente la répartition des parturientes selon le lieu d'accouchement

**Tableau VII** : Répartition des parturientes selon le lieu de l'accouchement

Lieu de l'accouchement	Effectif	Pourcentage
CHU YO	420	80,6
Domicile ou en trajet	10	1,9
Centres de santé périphériques	91	17,6
Total	521	100

Les Centres de santé périphériques étaient constitués des structures suivantes : CMA, CM, CSPS et structures privées de santé.

### 5.3.4. Etat de la conscience

L'état de conscience était précisé dans 515 cas. Dans 7 cas soit 1,4% les patientes présentaient une altération de l'état général (obnubilation ou coma).

### 2.6.3.5 Anémie clinique à l'admission

La mention de la coloration conjonctivale était précisée dans 513 Cas.

Une anémie clinique était présente chez 53 parturientes dans 10, 3% des cas.

### 5.3.6. Principales lésions des voies génitales

#### ➤ Diagnostic topographique

Dans notre étude, les lésions des voies génitales étaient souvent associées.

Le tableau VIII représente la répartition des parturientes en fonction du diagnostic topographique

**Tableau VIII** : Répartition des parturientes selon le diagnostic topographique des lésions

<b>Diagnostic topographique</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage</b>
<b>Lésion du vagin</b>	42	8,1
<b>Lésion du périnée</b>	430	82,5
<b>Lésion du col</b>	91	17,4

Aucun cas de thrombus génital n'a été observé.

#### ➤ Les déchirures du périnée

Nous avons observé 430 cas de lésions du périnée.

Le tableau IX représente la répartition des parturientes en fonction du type de déchirure du périnée

**Tableau IX** : Répartition des parturientes en fonction des types de déchirures du périnée

Type	Effectif	Pourcentage
Déchirures périnéales complètes	8	1,8
Déchirures périnéales compliquées	2	0,5
Déchirures périnéales incomplètes	420	97,7
<i>1<sup>er</sup> degré</i>	335	77,9
<i>2<sup>eme</sup> degré</i>	78	18,2
<i>3<sup>eme</sup> degré</i>	7	1,6
<b>Total</b>	<b>430</b>	<b>100</b>

### ➤ Les Lésions associées aux déchirures du périnée

Le tableau X représente la répartition des parturientes selon les lésions associées aux déchirures du périnée

**Tableau X** : Répartition des parturientes selon l'association des lésions

Lésions associées	Effectif	Pourcentage
Périnée+col+ vagin	5	0,9
Périnée+vagin	34	6,5
Périnée isolé	392	75,2

#### 5.3.7. Taux d'hémoglobine à l'admission

Le taux d'hémoglobine était précisé dans 115 cas.

Le taux moyen d'hémoglobine était de 8,0 g/dl avec des extrêmes de 3,9g/dl et 13,2 g/dl.

#### 5.4. Prise en charge

##### 5.4.1. Réanimation médicale

Une réanimation médicale à base de macromolécule a été effectuée chez 18 parturientes (3,5 %).

La transfusion sanguine était indiquée chez 58 parturientes (11,2 %). Elle a pu être réalisée dans 8,3% des cas soit un taux de transfusion de 74,1% et des besoins transfusionnels non couverts de 25,9%.

La quantité de sang (culot globulaire et sang total) transfusée a été précisée dans 36 cas. La moyenne était de 2 poches avec des extrêmes d'une poche et 3 poches transfusées.



### 5.4.3. Prise en charge chirurgicale

Un geste chirurgical a été réalisé dans 196 cas : une réparation chirurgicale des lésions dans 193 cas soit 37% et une hystérectomie d'hémostase dans 3 cas soit chez 0,6% des parturientes.

### 5.5. Evolution

L'évolution a été favorable dans 486 cas soit 93,1 pourcent.

#### 5.5.1. Complications survenues après la prise en charge initiale

Le tableau XI représente la répartition des parturientes selon les complications survenues après la prise en charge initiale

**Tableau XI** : Répartition des parturientes selon les complications survenues après la prise en charge initiale

Complications	Effectif	Pourcentage
Anémie	8	1,5
Infection	4	0,8
Coagulopathie	3	0,6
Etat de choc	11	2,1
Décès	9	1,7

#### 5.5.2. Taux de létalité par lésions traumatiques

Le taux de létalité par lésions traumatiques était de 52%.

### **5.5.3. Causes des décès**

Deux causes ont été isolées pour les décès : l'hémorragie de la période de la délivrance dans 8 cas et l'infection dans un cas.

### **5.5.4. Durée de séjour**

La durée du séjour était précisée dans 516 cas. La durée moyenne de séjour était de 1,9 jour avec des extrêmes de 1 jour et 14 jours



## **DISCUSSION**

## **6. Discussion**

### **6.1. Limites**

Le caractère rétrospectif de l'étude ne nous a pas permis d'étudier certains aspects tel que les antécédents de lésions traumatiques ou d'épisiotomie, les facteurs étiologiques et la notion d'excision.

Nos résultats sont des résultats hospitaliers, difficiles à généraliser à la population générale.

### **6.2. Fréquence**

Durant la période de l'étude nous avons colligé 605 cas de lésions traumatiques pour 22 816 accouchements soit une fréquence des lésions traumatiques de 2,6%. Ce résultat est supérieur à celui de Traoré [39] au Mali qui rapporte 1,15 % mais inférieur à celui de Nguembi et Coll. [30] qui rapportait 5,6 % en république Centre Africaine.

Les fréquences annuelles donnent des extrêmes de 1,0 en 2006 et 3,2 % en 2009 et 2010.

L'augmentation des lésions diagnostiquées serait liée à l'augmentation des prestations. La mise en œuvre de la GATPA permet une meilleure surveillance et la détection précoce des lésions.

### **6.3. Caractéristiques sociodémographiques de la population**

#### **➤ L'âge**

Dans notre étude les parturientes ayant un âge compris entre 20 ans et 39 ans étaient au nombre de 427 soit 81,9 %.

Ce résultat est proche de celui de celui de Traoré [31] au Mali qui rapportait 72,0 % pour la tranche d'âge des 18-39 ans.

La fréquence des lésions traumatiques dans cette tranche d'âge pourrait s'expliquer par le fait que cette période de la vie correspond à celle de l'activité génitale la plus intense donc de l'accouchement. Ces lésions traumatiques entraînant de nombreuses conséquences notamment prolapsus et dyspareunie, toutes choses, qui compromettraient la qualité de vie de ces jeunes femmes.

#### ➤ **La parité**

La majorité de nos patientes, 248 soit 48,2 % étaient des primipares.

Cela corrobore le constat de Traoré [39] au Mali qui trouvait 45,3 %.

Nguembi et Coll. [30] en République Centre Africaine rapportent quand à eux une majorité de paucipares avec 91,7 %.

La sous fréquentation des centres de santé par les primipares et les paucipares ainsi que le manque de tonicité du tissu périnéal pourrait expliquer le fait qu'elles soient plus exposées.

#### ➤ **Le statut marital**

Nos patientes vivaient en majorité 89,8 % en union soit 50,4 % (soit 255) en mariage et 39,4 % (soit 200) en concubinage.

Ce résultat est proche de celui de Traoré [39] au Mali qui rapporte 90% de femmes vivantes en union.

L'entrée en union précoce des femmes au Burkina Faso pourrait expliquer ce constat.

Au Burkina Faso plus de la moitié des femmes entre en union dès l'âge de 17 ans [16].

#### ➤ **La profession**

La majorité de nos patientes 83,3 % étaient sans profession rémunérées : 70,5 de femmes au foyer et 13,8 % d'élèves /étudiantes.

Traoré [39] faisait un constat semblable avec 81,3 % de femmes sans emploi rémunérée.

Ce niveau socioéconomique reflète celui de la population générale dont 43,3 % vit en dessous du seuil de pauvreté.

Cette situation de pauvreté rime avec accès difficile aux soins sociaux de base, malnutrition, chômage, analphabétisme et situation sociale inférieure des femmes [16].

#### ➤ **Le lieu de résidence**

Nos patientes résidaient en majorité 64,8 % dans la ville de Ouagadougou.

Ce résultat est proche de ceux de Dabiré [6] et Lankoandé [21] au Burkina Faso qui au cours d'études sur les hémorragies de la période de la délivrance trouvaient respectivement 67,4 % et 68,5 % des cas.

Ceci pourrait s'expliquer par la situation du CHU YO dans la ville de Ouagadougou et la possibilité d'accès direct dont les patientes disposent.

### **6.4. Aspects cliniques**

#### ➤ **Consultation prénatale**

Dans notre étude 27,4 % des patientes n'avaient pas fait de CPN.

Ce résultat est proche de ceux de Dabiré [6] au Burkina Faso et de Fonseca [12] qui trouvaient respectivement 29,3 % et 28,7 %.

Ceci pourrait s'expliquer par le manque ou l'insuffisance d'information et de sensibilisation des femmes sur l'importance du suivi de toute grossesse et par le peu d'accessibilité aux structures sanitaires. C'est l'occasion d'insister auprès des prestataires pour que la préparation à l'accouchement soit systématique au cours des CPN.

#### ➤ **Age gestationnel**

La majorité de nos patientes, 488 soit 93,6 % avait mené leurs grossesses à terme (37-42 SA).

Ce résultat est supérieur à celui de Fonseca [12] qui trouvait 58,9 %.

### ➤ **Mode et motif d'admission**

La majorité de nos patientes 79,5 % était venue d'elle-même.

Ce résultat est inférieur à celui de Traoré [39] au Mali qui trouvait 94,4%.

Ceci pourrait s'expliquer par les cadres d'études. Le CSREF V de Bamako étant un hôpital de district est d'accès plus libre que le CHU YO qui est au sommet de la pyramide sanitaire.

C'est l'occasion d'insister auprès des prestataires de soins sur la possibilité de survenue de complications chez toutes les parturientes d'où l'intérêt d'une bonne surveillance.

La majorité de nos patientes 83,1 % était admise pour une symptomatologie en rapport avec le début du travail d'accouchement.

Ceci pourrait s'expliquer par le fait que la majorité des patientes soient venues d'elles-mêmes.

Le faible taux de parturientes admises pour lésions traumatiques 2,9% pourrait s'expliquer par une moins qualité moindre de l'examen clinique en périphérie pour poser le diagnostic.

### ➤ **Lieu de l'accouchement**

Pour la majorité (414 soit 79,9%) de nos patientes l'accouchement à eu lieu à la maternité du CHU YO.

Ce résultat est supérieur à celui de Traoré [39] au Mali qui trouvait 61,3%.

Ceci pourrait s'expliquer par un dysfonctionnement des maternités périphériques d'une part et d'autre par le fait que les patientes à la quête de soins de qualité s'adressent directement au CHU YO.

### ➤ **Etat de la conscience**

A l'admission l'état de conscience de nos patientes était altéré (conscience obnubilé ou coma) dans 1,4% des cas. Ce taux est inférieur à celui de Dabiré [6] qui trouvait 41,3% au cours d'une étude sur les hémorragies obstétricales graves.

Ceci pourrait s'expliquer par le fait que la majorité des lésions traumatiques sont des lésions du premier degré donc pas très hémorragiques.

### ➤ Principales lésions traumatiques des parties molles

Dans notre étude les lésions du vagin, du périnée et du col représentaient respectivement 8,1%, 82,5%, et 17,4%.

Ces résultats sont proches de ceux de Traoré [39] au Mali qui trouvait respectivement 7,0%, 81,0% et 12%.

La déchirure incomplète du périnée représentait dans notre étude 97,7 % et les déchirures complètes du périnée 1,8% des déchirures périnéales.

Ces résultats sont proches de ceux de Traoré [39] au Mali qui trouvait respectivement 98,4 % et 1,6%.

Musset R et Petit C [28] en France trouvaient 0,6 % de déchirures périnéales complètes.

Les déchirures complètes et compliquées représentaient dans notre étude 0,5%.

Traoré [39] au Mali n'avait trouvé aucun cas de déchirure complète et compliquée.

Dans notre étude les déchirures du périnée étaient isolées dans 75,2%.

Elles étaient associées aux déchirures du vagin dans 6,5 % des cas.

Les déchirures du périnée, du vagin et du col étaient associées dans 0,9 % des cas.

Traoré [39] au Mali trouvait 90 % de déchirures du périnée isolée, 8 % d'association lésionnelle périnée + vagin et 2 % d'association lésionnelle périnée+col+Vagin.

Dans les deux études l'association la plus fréquente est l'association déchirure du périnée + déchirure du vagin.

Ceci pourrait s'expliquer par le fait que les déchirures vaginales basses se prolongent fréquemment au périnée [24].

La fréquence de ces associations lésionnelles justifie une recherche systématique des lésions associées dans tous les cas de lésions du périnée.



## **6.5. Complications présentes à l'admission**

L'anémie clinique était présente à l'admission chez 10,3% des patientes.

Le taux d'hémoglobine moyen était de 8,0g/dl. Ceci pourrait s'expliquer par la forte prévalence de l'anémie chez la femme enceinte dans notre contexte d'endémie palustre ainsi que par les carences alimentaires.

## **6.6. Prise en charge**

### **➤ Réanimation médicale**

Dans notre étude une réanimation médicale à base de macromolécule a été effectuée chez 18 parturientes soit 3,5%.

Dans notre étude une transfusion sanguine a été effectuée chez 43 parturiente soit 8,3% des patientes. Les besoins transfusionnels non couverts étaient de 25,9%.

Ceci s'expliquerait par la forte demande en produit sanguin qui n'est pas toujours en adéquation avec la disponibilité des produits sanguin.

### **➤ Prise en charge chirurgicale**

Dans notre étude un geste chirurgical à été effectué chez 196 parturientes soit 37,6 %.

Une réparation chirurgicale des lésions était réalisée chez 193 parturientes soit 37,0 %, une hystérectomie dans 3 cas.

La majorité des lésions périnéales observée (déchirures incomplètes du 1<sup>er</sup> degré) n'ont pas bénéficié d'une prise en charge chirurgicale.

Cependant toute déchirure périnéale diagnostiquée à moins d'une simple éraillure de la commissure devrait bénéficier d'une réparation chirurgicale [30].



## **CONCLUSION**

## 7. Conclusion

Le problème des lésions traumatiques des parties molles au cours de l'accouchement est un sujet aussi ancien que l'obstétrique. Il ressort de notre étude que ces lésions traumatiques sont relativement peu fréquentes au cours de l'accouchement mais peuvent avoir un pronostic très grave pouvant même conduire à la mort.

Les femmes concernées sont le plus souvent jeunes (entre 19 et 39 ans), primipares, mariées et sans emploi rémunérés.

Le diagnostic topographique des lésions des parties molles est dominé par les déchirures incomplètes du périnée.

La connaissance du mécanisme de survenue et des facteurs prédisposant contribue à diminuer de façon notable ces déchirures. Pour cela la prophylaxie des lésions traumatiques 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, au profit de la césarienne permettrait de réduire la prévalence des déchirures.

Des efforts importants de prévention sont faits dans notre pays notamment avec la formation sur place de médecins spécialiste en gynécologie-obstétrique. De ce fait les années à venir devraient voir une diminution significative du nombre et de la gravité des lésions traumatiques des parties molles lors des accouchements.



## **SUGGESTIONS**

## **8. Suggestions**

### **1- Au ministre de la santé :**

- Augmenter le nombre de formations sanitaires
- Doter toutes les formations sanitaires en personnels qualifié en quantité suffisante : sages femmes/maïeuticiens d'état, médecins généralistes et gynécologues-obstétriciens
- Assurer un recyclage régulier des agents de santé

### **2- Au directeur du CHU-YO:**

- Améliorer le système d'archivage des dossiers médicaux

### **3- Au chef du service de gynécologie-obstétrique du CHU-YO :**

- Faire observer rigoureusement les principes de la GATPA
- Faire respecter les indications de l'épisiotomie
- Eduquer et sensibiliser les gestantes aux risques des grossesses non suivit et les conséquences des accouchements non assisté
- Rendre systématique la préparation à l'accouchement lors des CPN

### **3-Au personnel du service de gynécologie-obstétrique du CHU-YO**

- Bien tenir les dossiers médicaux
- Observer rigoureusement les principes de la GATPA
- Respecter les indications de l'épisiotomie
- Eduquer et sensibiliser les gestantes aux risques des grossesses non suivit et les conséquences des accouchements non assisté

### **4-Aux gestantes et à la communauté**

- Etre à l'écoute du personnel sanitaire
- Accoucher toujours dans une formation sanitaire.



## **REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES**

## Références bibliographiques

1. **Aguesoy E, Alihonou E.** Les hémorragies de la délivrance: étude statistique et étiologique. Publication Médicale Africaine 1990 ;121 :511.
2. **Arurkumaran S.** The surgical management of post-partum hemorrhage .Best practice and Researches Clinical Obstet and Gynaecol 2002; 16(1):81-98.
3. **Bedrine H, Paucot H.** Obstétrique pratique. Paris VI : Librairie Le François 1999.
4. **Bernard P.** Le traitement des hémorragies obstétricales incoercibles d'origine utérine. Rev. Gynécol. Obstet du Prat. 1989 ; 9:29-34.
5. **Cho J H, Hun H S, Lee C N.** Haemostating suturing technic for uterine bleeding during caesarean delivery. Obstet Gynécol. 2009 ; 9 :129-139.
6. **Dabiré M.** Aspect épidémiologiques, cliniques, thérapeutiques et pronostiques des hémorragies obstétricales graves :A propos de 92 cas colligés dans le service de gynéco-obstétrique du CHU YO [Thèse]. Med : Ouagadougou 2009.114p.
7. **Delcroix M, Du Masgenet G.** Hémorragie de la délivrance. In Décision en gynécologie-obstétrique. Paris : Edition Vigot ; 1996 .p.293-301.
8. **Delecour M, Tourris H, Henrion R.** Abrégé illustré de gynécologie obstétrique .6<sup>ème</sup> édition. Paris : Masson ; 1998.
9. **Diallo B.** Les hémorragies de la délivrance au service de gynécologie et d'obstétrique à l'HGT [Thèse] Med Bamako ; 1999.72 p.

**10. Dumont J, Body G J, Lansac J.** Pratique de l'accouchement. Paris : Masson ; 1997.

**11. Fassin D, Henni N, Ahmed A.** Une étude sociologique de l'accès aux soins en milieu urbain à Tunis. Bull Soc Path Ex. 1984 ; 77 :717-24.

**12. Fonseca N R.** Placenta prævia hémorragique : aspects épidémioclinique au centre de référence de la commune V de Bamako à propos de 334 cas [Thèse] . Med : Bamako ; 2003 .p87.

**13. Godard C, Berhoune M, Bertrand E.** Le misoprostol pour le traitement des hémorragies du post-partum. Press médicales. 2008 ;37 n°3 :477-84.

**14. Goffinet F.** Hémorragies de la délivrance : prise en charge en France et intérêt des prostaglandines. J Gynécol Biol Reprod. 1997 ; 26:34-8.

**15. Hyjazi Y, Sy T, Diallo Y, Camara M K, Keita N.** Les déchirures obstétricales du périnée : aspects épidémiologiques et cliniques au service de gynécologie-obstétrique Donka du CHU de Conakry.Le Bénin méd. 2006 ; 33 :37-9.

**16. Institut nationale de la statistique et de la démographie, et ORC Macro.** Enquête démographique et de santé du Burkina Faso 2003, Calverton, Maryland USA :INSD et ORC.67.

**17. Kamina P.** Anatomie gynécologie et obstétricale. Paris : 4<sup>e</sup> édition. Maloine ; 1984.



- 18. Kamina P.** Anatomie opératoire gynécologique et obstétricale, Paris : Maloine ; 2000.
- 19. Kéïta S.** Etude des hémorragies du post-partum dans le service de gynécologie obstétrique de l'hôpital du point G [Thèse]. Med: Bamako. 2003 99p.
- 20. King P, Duthie S J , Dong Z G ,Mah K.** Secondary post partum hemorrhage. *Obst Gynecol* 1989;29 :394-8.
- 21. Lankoandé J.** Ruptures utérines au cours du travail à propos de cas en 5 ans au CHU de Cocody 1986-1987 ; Mémoire de CES de Gynécologie-Obstétrique, Abidjan ; 1987 .p51.
- 22. Le Blanche A, Lamotte M, Morez B.** L'embolisation dans l'hémorragie du post-partum : un sauvetage en équipe. *Reprod Hum Harm* 2008 ; 21:299-306.
- 23. Mailman School of Public Health.** Orientation du programme AMDD; soin obstétricaux d'urgence à l'intention du médecin et de la sage-femme Columbia University ; Juin 2003.
- 24. Merger R, Levy J, Melchior J.** Précis d'obstétrique. 6<sup>e</sup> édition. Paris : Masson 1995.
- 25. Ministère de la santé. Direction de la santé de la famille.** Annuaire statistique 2004 .Ouagadougou, Burkina Faso .p355.
- 26. Ministère de la santé BF** plan d'amélioration et de réductions de mortalité maternel et néonatale au B.F .Feuille de route. Octobre 2006 .p15.

- 27. Morin P.** Atlas de techniques opératoire et accouchement. Paris : Flammarion ; 1965.
- 28. Musset R, Petit Ch.** Traité obstétrique tome II. Paris : Masson ; 1997.
- 29. Net Works.** Des meilleurs soins dans le post-partum sauvent des vies. Net Works .1997 ; 17 : 1-17.
- 30. Nguembi E, Sepou A, Ngbale R, Yankima, Nzimbi F, Nali M N** Les lésions des parties moles au cours de l'accouchement dans les maternités de Bangui. Med Afrique Noire .2004 ; 51 :83-86.
- 31. OMS.** Réduire la mortalité maternelle: déclaration commune OMS, UNFRA, UNICEF, Banque Mondial. Genève ; 1999.p21.
- 32. Pambou O, Ekoudzola J R, Yoza G, Uzan S.** Les graves de la délivrance au CHU de Brazzaville. Med Afrique noire .1996 ; 43 :418-22.
- 33. Pigne A, Fritel X.** Déchirures obstétricales. Paris : Flammarion ; 2001.
- 34. Rault.** Hémorragie du post-partum. American college of obstétrician and gynaecologist.2000. [Consulté le 10 juin 2011].Consultable à l'URL : [http// :www.adrenaline122.org](http://www.adrenaline122.org)
- 35. Riethmuller D., Pequegnot–Geannin C. :** Une cause rare d'hémorragie du post-partum: le thrombus génital. J Gynécol Obstet Biol Réprod. 1997; 26 :154–8.

**36. Sebgo T.** Les hémorragies du post-partum immédiat au CHU Sourou Sanou de Bobo Dioulasso. Aspects épidémioclinique et thérapeutique à propos de 68 cas colligés du 28 Février 2006 au 31 Janvier 2008.[Thèse].Med : Ouagadougou. 2009 ; 100p.

**37. Shall J, Riethmuller D, Maillet R.** Mécanique et technique obstétrical. 2<sup>e</sup> édition. Montpellier : Sauramps Médical;1998.

**38. Suzanne I Y, Allard h, Meyer J L.** Hémorragies obstétricales graves du post-partum immédiat.Encycl Med Chir(Elsevier Masson, Paris),5109-A-10,1989,12p.

**39. TRAORE B.** Les déchirures des parties molles au cours de l'accouchement à la maternité du centre de santé de référence de la commune V de Bamako [Thèse] Med : Bamako ; 2008. 63p.

**40. Trillat P, Magnin P.** Précis d'obstétrique tome II . Paris : B.Baillière et Fils;1997.

**41. Zeghal D, Kehila M, Mahjoub S, Ben Brahim F, Zouari F.** L'hématome périgénital : diagnostic et prise en charge[En ligne].2010

[Consulté le 24 Novembre 2011] à l'URL :

[http://www.latunisiemedical.com /article-medicale-tunisie\\_1267\\_fr](http://www.latunisiemedical.com /article-medicale-tunisie_1267_fr)



# **ANNEXES**

# Fiche de collecte

**Les lésions traumatiques au cours de l'accouchement au CHU YO de Ouagadougou : aspects épidémiologique, cliniques, thérapeutiques et pronostic.**

**Fiche n° :**

**Dossier n° :**

**Année :**

**Mois :**

## I-Données sociodémographiques

-Age:.....ans

-Profession : ménagère  commerçante  élève

Étudiante  salariée  autre(précisée) :.....

-Profession du conjoint : commerçant  Elève  étudiant

Salarié  autre (précisée) :.....

-Statut matrimonial : mariée  célibataire

Divorcée  concubine  veuve

-lieu de résidence

## II-Antécédents

### 1-Antécédents gynécologique et obstétrique

-Nombre de gestes

-Nombre de pares

-Nombre d'enfants vivants

-Avortement : oui  non  si oui préciser le nombre

## 2-Antécédent chirurgicaux

-Césarienne : Oui :  Non  si oui précisé le nombre :.....

-Myomectomie

-Laparotomie

## 3-Antécédents médicaux

-HTA  Diabète  Drépanocytose

## III –Motif d’hospitalisation

-Travail d’accouchement

-Hémorragie de la période de la délivrance

-Lésion traumatique

## IV-Suivit de la grossesse

-Nombre de CPN

-Age chronologique ou échographique  SA

-Pathologie au cours de la grossesse :

.Paludisme

.Anémie

.Autre (précisé).....

## V-Examen clinique

### 1-Etat général

-Conscience : Normale :  Obnubilée :  Coma :

-Etat général : Bon  Assez bon  Mauvais

-Conjonctives : Colorés  Non colorés

-Température : .....°C -Pouls..... /min -Fréquence cardiaque :.....

TA :.....

### 2-Examen physique

-globe de sécurité : présent  absent

-Hémorragie: Absente Minime  Abondante

-Déchirure vulvaire : Oui  Non

-Déchirure simple du périnée : 1er degré  2ème degré

3ème degré

-Déchirure complète du périnée : Oui  Non

-Déchirure périnéale complète et compliqué :oui  non

-Déchirure du col : Oui  Non

.Déchirure sous vaginale

.Déchirure sus vaginale

-Déchirure du vagin :Oui Non  Si oui

.Déchirure haute

.Déchirure basse

### 3-Diagnostic :

-Déchirure vulvaire

-Déchirure du périnée

-Déchirure du sphincter anal

-Déchirure du col

-Déchirure du vagin

### V-Examens complémentaires

-Taux d'hémoglobine(en g /dl) :

-Nombre de leucocytes:...../ml

### VI-Traitement reçu

-Suture Oui  Non

-Macromolécules Oui  Non

-Transfusion sanguine Oui  Non

-Utérotoniques Oui  Non

-Antibiotiques Oui  Non

-Autre.....

## VII-Evolution

-Favorable

-Défavorable

-Complication (si défavorable)

.Anémie

.Infection

.Trouble de la coagulation

.Thrombus génitaux

.Etat de choc :oui  non

.Décès Oui  Non  Si oui précisé la cause





**RESUME-ABSTRACT**

## **RESUME**

**Titre** : Lésions traumatiques au cours de l'accouchement au Centre Hospitalier Universitaire Yalgado Ouédraogo : aspects épidémiologiques, cliniques, thérapeutiques et pronostic.

**Objectifs** : Etudier les aspects épidémiologiques, cliniques et thérapeutiques des lésions traumatiques survenues lors des accouchements par voie basse à la maternité du CHU-YO.

**Méthode** : Il s'agissait d'une étude rétrospective descriptive. Le service de Gynécologie-Obstétrique du CHU-YO a servi de cadre d'étude. L'étude s'est déroulée du 1<sup>er</sup> janvier 2005 au 31 Décembre 2010. Elle a porté sur les femmes admises à la maternité du CHU YO pour accouchement et ayant présenté une lésion traumatique du col, du vagin, du périnée ou un thrombus génital ainsi que celles qui y ont été référés pour ce motif.

**Résultats** : Nous avons colligé 605 cas de lésions traumatiques pour 22 818 accouchements soit une fréquence des lésions traumatiques de 2,6%.

L'âge moyen était de 25,5 ans et la tranche d'âge des 20-39 ans était la plus représentée (81,9%). Nos patientes étaient en majorité primipares (48,2%), vivaient en union (mariage ou concubinage) dans 89,8% des cas, étaient sans emploi rémunéré dans 83,3 % et résidait dans la ville de Ouagadougou dans 64,8 %.

Les lésions traumatiques étaient dominées par les déchirures du périnée (82,5%) suivit du col (17,4%). Les déchirures du périnée étaient associées à d'autres lésions dans 39 cas.

La prise en charge était chirurgicale dans 37,6 % des cas. Une transfusion sanguine a été effectuée dans 8,3 % des cas.

L'évolution clinique était favorable dans 93,1%. Les principales complications étaient le choc hypovolémique (2,5%), le décès (1,7%) et l'anémie (1,5%). Les décès étaient dus à l'hémorragie (9 cas) et à l'infection (1 cas).

**Conclusion** : Les lésions traumatiques des parties molles sont relativement peu fréquentes. Elles peuvent cependant avoir d'importantes séquelles et complications mettant parfois en jeu le pronostic maternel.

**Mots clés** : lésions traumatiques, parturientes, hémorragie de la période de la délivrance.

**Auteur** : SAWADOGO Arnaud ; **E-mail** : saw\_arnaud@yahoo.fr ; **Tel** : 78 04 05 81

## **Abstract**

**Title:** Injury during childbirth at the University Hospital Yalgado Ouédraogo: epidemiological, clinical, therapeutic and prognosis.

**Objectives:** To study the epidemiological, clinical and therapeutic traumatic injury occurring during vaginal deliveries in the maternity of the CHU-YO.

**Method:** This was a descriptive retrospective study. The department of Obstetrics and Gynecology at CHU-YO has provided a framework of study. The study took place from 1 January 2005 to December 31, 2010. It involved women admitted to the maternity of the CHU YO for delivery and who presented a traumatic injury of the cervix, vagina, perineum or genital thrombus as well as those who have been referred for this reason.

**Results:** We collected 605 cases of traumatic childbirth is 22 818 for a frequency of traumatic lesions of 2.6%.

The average age was 25.5 years and the age group of 20-39 years was the most represented (81.9%). Our patients were mostly primiparous (48.2%) were in common (marriage or cohabiting) in 89.8% of cases were not in paid employment and 83.3% resided in the city of Ouagadougou in 64.8%.

Injuries were dominated by perineal tears (82.5%) followed by cervical (17.4%). The perineal tears were associated with other lesions in 39 cases.

The management was surgical in 37,6% of cases. A blood transfusion was performed in 8,3% of cases.

The clinical course was favorable in 93, 1% . The main complications were hypovolemic shock (2.5%), death (1.7%) and anemia (1.5%). The deaths were due to bleeding (cases) and infection .

**Conclusion:** The soft tissue injuries are relatively infrequent. However, they can have significant consequences and complications involving sometimes-threatening breast.

**Key words:** traumatic injuries, parturients, hemorrhage of the period of delivery.

**Author:** Arnaud Sawadogo, **E-mail:** saw\_arnaud@yahoo.fr, **Tel:** 78 04 05 81



## **SERMENT D'HIPPOCRATE**

## SERMENT D'HIPPOCRATE

*En présence des maîtres de cette école et de mes chers condisciples, je promets et je jure 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 je n'exigerai jamais de salaire au dessus de mon travail.*

*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 les crimes.*

*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 resté fidèle à mes promesses. Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque.*