MINISTERE DE L'ENSEIGNEMENT
REPUBLIQUE DU MALI
SUPERIEUR ET DE LA RECHERCHE
****

Un Peuple - Un But- Une Foi

SCIENTIFIQUE

Université des Sciences, des Techniques
et des Technologies de Bamako

Faculté de Médecine et d'Odonto-Stomatologie

Année universitaire : 2023 - 2024 N°……/

MEMOIRE – D.U

EPIDEMIOLOGIE ET PRISE EN CHARGE DES COMPLICATIONS TRAUMATIQUES DE L'ACCOUCHEMENT DANS LE SERVICE DE GYNECOLOGIE ET D'OBSTETRIQUE DU CHU GABRIEL TOURE

Présenté et soutenu publiquement le 04/03/2025 devant le jury de la
Faculté de Médecine et d'Odonto-Stomatologie
Par : DR KASSE Dado
Pour l'obtention du Diplôme Universitaire de chirurgie du péri-partum

Jury

Président : Mr TRAORE Youssouf Professeur titulaire
Directeur : Mr TRAORE Alassane Maitre-assistant
Membres : Mr BOCOUM Amadou Maitre de conférence agrégé
Mr SANOGO Tiaria Mamadou Médecin pédiatre

DEDICACE ET REMERCIEMENTS

JE DEDIE CE TRAVAIL :

- Au Seigneur Dieu Tout Puissant pour sa protection et son assistance tout au long de ma vie.
- A Toutes les mères, singulièrement à celles qui ont perdu la vie à la suite des complications de l'accouchement.
- A mes parents, mon époux et mes enfants merci beaucoup pour votre patience et vos conseils.

REMERCIEMENTS

Aux Prof TRAORE Youssouf, Prof TEGUETE Ibrahim Prof THERA Augustin T, Prof BOCOUM Amadou, Prof MOUNKORO Niani, Prof TRAORE Alassane, Prof KOUMA Aminata, Prof SIMA Mamadou, Dr DJIRE Mohamed Yaya, Prof TOGO Pierre et son équipe, Pr Lalla Sidibé et son équipe

Chers Maitres, vous avez été des guides et des conseillers attentifs et attentionnés. Vos disponibilités, vos rigueurs, vos courages et vos amours pour le travail bien fait ont toujours fait l'objet d'une grande admiration de notre part.

Vos soutiens indéfectibles et vos sympathies m'ont accompagné tout au long de cette formation.

Merci pour vos conseils précieux et votre encadrement que vous avez accordé.

Ce travail est tout à fait à votre honneur. Qu'il soit le témoin de ma profonde gratitude.

Que Dieu vous bénisse et vous accorde tout ce que vos cœurs désirent.

Table des matières

I. Introduction : 6
II. Objectifs : 7
III. Généralités 8
3.1. Définition : 8
3.2. Epidémiologie : 8
3.3. Etude clinique 9
3.4. Prise en charge des complications traumatiques de l'accouchement 10
IV. Méthodologie 11
V. Résultats 13
d. Commentaires et Discussion 23
Conclusion 25

Liste des tableaux

Tableau 1 : Répartition en fonction des caractéristiques sociodémographiques 13
Tableau 2 : Répartition des complications en fonction des caractéristiques sociodémographiques 15
Tableau 3 : Répartition de la parité selon la présence ou non de complications 16
Tableau 4 : Répartition de la gestité selon la présence ou non de complications 16
Tableau 5 : Répartition de la fréquence de la rupture utérine en fonction de la gestité 17
Tableau 6 : Répartition de la fréquence de la déchirure du col utérin en fonction de la gestité 17
Tableau 7 : Répartition de la fréquence de l'épisiotomie en fonction de la gestité 18
Tableau 8 : Répartition de la fréquence des traumatismes foetaux en fonction de la gestité 18
Tableau 9 : Répartition de la fréquence de la rupture utérine en fonction de la parité 19
Tableau 10 : Répartition de la fréquence de l'épisiotomie en fonction de la parité 19
Tableau 11 : Répartition de la fréquence de la déchirure du col utérin en fonction de la parité 20
Tableau 12 : Répartition de la fréquence des traumatismes fœtaux en fonction de la parité 21
Tableau 13 : Répartition de la fréquence des ruptures utérines en fonction du type d'utérus 21
Tableau 14 : Répartition des Lésions associées à la rupture utérine 22
Tableau 15 : Traitement des lésions associées à la rupture 22
Tableau 16 : Traitement de la rupture utérine 22

I. Introduction :

La maternité sans risque est l'objectif idéal. Malgré les efforts de l'Organisation Mondiale de la Santé et du ministère de la santé de chaque pays, la complication traumatique de l'accouchement reste toujours un problème gynécologique et obstétrical, l'accouchement se passe en général de façon physiologique et naturelle pour faire sortir le fœtus et ses annexes hors de la voie génitale féminine. Ces phénomènes sont régis par l'adaptation des dimensions de diamètres fœtaux, ceux de la tête fœtale en particulier, à celle du bassin naturel et des parties molles, permettant au fœtus de traverser la filière génitale, et par les contactions utérines du travail qui poussent le fœtus vers le dehors (1). La non-adaptation à ces phénomènes entraine la complication de l'accouchement qui intéresse surtout la partie molle en particulier le col utérin, le vagin, le périnée et le corps utérin qui se manifeste le plus souvent par l'hémorragie du post-partum immédiat.

Dans les pays occidentaux (Europe, Amérique du Nord), la maitrise des principaux facteurs de risque a rendu exceptionnel la survenue des grands délabrements sur un utérus sain ; se sont souvent observées : les déhiscences de cicatrice de césarienne segmentaire qui sont des lésions minimes au pronostic rendu bénin par leur dépistage systématique et la qualité de prise en charge.

A l'opposé, dans les pays sous- développés et particulièrement ceux d'Afrique sub-saharienne, l'accident est fréquent et représente une complication obstétricale de gravité extrême. L'OMS estime à 514 000 le nombre de femmes qui meurent chaque année des complications de la grossesse et de l'accouchement (2).

Les femmes victimes de morbidités graves en obstétrique, sur 15 à 30 de ces victimes, il survient un décès (3). Environ 10 à 34% des gestantes sont confrontées à des expériences d'accouchement traumatiques (4). C'est une urgence obstétricale qui peut mettre en jeu le pronostic vital en cas de lésion étendue et/ou un retard dans la prise en charge.

C'est ainsi que nous avons initié ce travail pour faire le point sur les traumatismes liés à l'accouchement dans notre service.

II. Objectifs :

Objectif général

- Déterminer les complications traumatiques de l'accouchement dans le service de Gynécologie / Obstétrique du CHU Gabriel TOURE

Objectifs spécifiques :

- ✓ Déterminer la fréquence des complications traumatiques de l'accouchement
- ✓ Décrire les caractéristiques socio-démographiques des patientes
- ✓ Décrire les aspects épidémiologiques de ces complications
- ✓ Evaluer la prise en charge de ces complications

III. Généralités

3.1. Définition :

Les traumatismes obstétricaux désignent l'ensemble de lésions résultant de l'accouchement qu'elles soient physiques ou mentales.

Les lésions traumatiques physiques concernent soit le bassin (disjonction symphysaire), soit les parties molles qui regroupent les lésions vulvo-périnéales, les déchirures du col, les déchirures du vagin, les thrombus génitaux et les ruptures utérines (5).

3.2. Epidémiologie :

3.2.1. La fréquence :

La fréquence des traumatismes est très variable au cours de l'accouchements, et il manque des données nationales fiable sur l'incidence et la prévalence des complications traumatiques de l'accouchement.

Les traumatismes psychologiques et le trouble de stress-post traumatiques lié à l'accouchement représentent un fardeau considérable des complications obstétricales.

Chaque année 6,6 million de mères et 1,7 million de pères ou coparents sont touchés par le syndrome de stress post traumatique lié à l'accouchement dans le monde (6).

A Libreville les complications traumatiques représentaient 49,5% (7).

En ce qui concerne l'appréciation sur le vécu des parturientes au Bénin, 24,64% avaient un vécu négatif de l'accouchement. Elles auraient subi un traumatisme obstétrical soit physique ou mental (8).

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 (5). Le thrombus génital est une complication rare du post partum survenant dans moins de 1 pour mille accouchements (9). 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

Les traumatismes obstétricaux constituent de même un facteur déterminant dans la morbi-mortalité néonatale ; une revue médicale Algérienne retrouve un taux de traumatisme néonatal à 6,8% de naissance en 2018 (10).

3.3. Etude clinique

3.3.1. 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.

-L'étirement Le périnée des luxées de la hanche, étiré par l'écartement des ischions, est particulièrement fragile.

-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.

-Pathologie acquise Les déchirures de périnée cicatriciel récidivent à chaque accouchement avec une grande facilité. Les périnées œdématiés de certaines albuminuriques, les périnées infectés sont particulièrement fragiles.

Causes fœtales

Le grand volume de la tête, le trop grand diamètre bi-acromial dans la dystocie des épaules sont des causes de déchirure périnéale et de rupture utérine.

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.

3.4. Prise en charge des complications traumatiques de l'accouchement

Il est important de remédier aux complications obstétricales, malgré qu'il ne soit pas évident d'éradiquer ces traumatismes.

L'approche révèle des efforts de **préventions primaires** consistant à identifier les facteurs de risque prénatals ; utiliser les soins préventifs. **Secondairement** identifier les cas de traumatismes, assurer une thérapie adéquate. Et la **prévention tertiaire** consiste à identifier les séquelles de traumatismes, traiter ces femmes jusqu'à rétablissement de sorte que le trouble de stress post-traumatiques lié à l'accouchement ne devienne pas chronique (6).

IV. Méthodologie

a. Cadre d'étude :

L'étude s'est déroulée dans le service de gynécologie/obstétrique du CHU Gabriel TOURE qui est une structure de 3ième référence

b. Type et Population d'étude :

Il s'agit d'une étude descriptive transversale à collecte rétrospective, sur une période de cinq mois, allant du 15 mai au 15 octobre 2024.

Il s'agit de l'ensemble des parturientes accouchées dans nos services pendant la période d'étude. Ces patientes étaient admises directement ou référées par autres structures avec ou sans urgence.

c. Echantillonnage

L'échantillonnage a été systématique et a concerné tous les accouchements dans le service de gynécologie et d'obstétrique du CHU Gabriel TOURE durant la période d'étude.

i. Critère d'inclusion :

Ont été incluses, toutes les femmes ayant accouché à la maternité.

Qui ont été réexaminées le 07ème, 21 -ème, 35 -ème et 42 -ème jour du post partum.

ii. Critère de non inclusion :

N'ont pas été incluses toutes les femmes n'ayant pas accouché dans la structures.

d. Déroulement de l'étude

Nous avons fait un masque de saisie incluant toutes les admissions ayant conduit à un accouchement et se focaliser sur les caractéristiques des femmes admises notamment le profil sociodémographique, la voie d'accouchement, le pronostic maternel et fœtal.

e. Collecte des données :

i. Sources des données :

Les données ont été collectées à partir de dossiers d'accouchements au niveau de la structure. Et au besoin, nous avons utilisé les registres d'accouchements.

ii. Techniques de collecte :

Les données ont été extraites des différents supports suscités sur la base d'une simple lecture. Nous avons appelé au téléphone certaines patientes pour complément d'information.

f. Analyse statistique :

Les données ont été saisies dans le logiciel SPSS version 22.0. Les analyses ont été faites sur le même logiciel. Les statistiques descriptives et analytiques ont été utilisées pour estimer la fréquence des données de complications et celles socio-démographiques.

g. Les aspects éthiques :

Ce travail sera mis à la disposition du ministère de la santé dans le cadre du partenariat avec la faculté de Médecine et d'Odontostomatologie pour l'amélioration de la politique de la santé dans notre pays le Mali.

V. Résultats

a. Les caractéristiques sociodémographiques des patientes

Tableau 1 : Répartition en fonction des caractéristiques sociodémographiques

Caractéristiques sociodémographiques	Effectifs	Pourcentage
Niveau d'instruction		
Analphabète	641	**55,8**
Alphabétisation fonctionnelle	136	11,8
Ecole coranique	18	1,6
Primaire	160	13,9
Secondaire	116	10,1
Supérieur	78	6,8
Tranche d'âge en année		
14-19	211	18,4
20-29	**519**	**45,2**
30-39	375	32,6
40-50	44	3,8
Profession		
Ménagère	**780**	**67,9**
Commerçante	86	7,5
Cultivatrice	6	0,5
Fonctionnaire	26	2,3
Elève/Etudiante	104	9,1
Autre	147	12,8
Statut matrimonial		
Mariée	**1104**	**96,1**
Célibataire	44	3,8
Veuve	1	0,1

b. La fréquence des complications traumatiques de l'accouchement

Notre étude s'est déroulée sur une période de cinq mois, allant du 15 Mai au 15 Octobre 2024. Il y a eu 3935 accouchements dans notre structure en 2024.
Cette étude a concerné 1149 patientes (soit 29% des accouchements), parmi lesquelles 25 ont présenté une complication soit 2,2**%.**

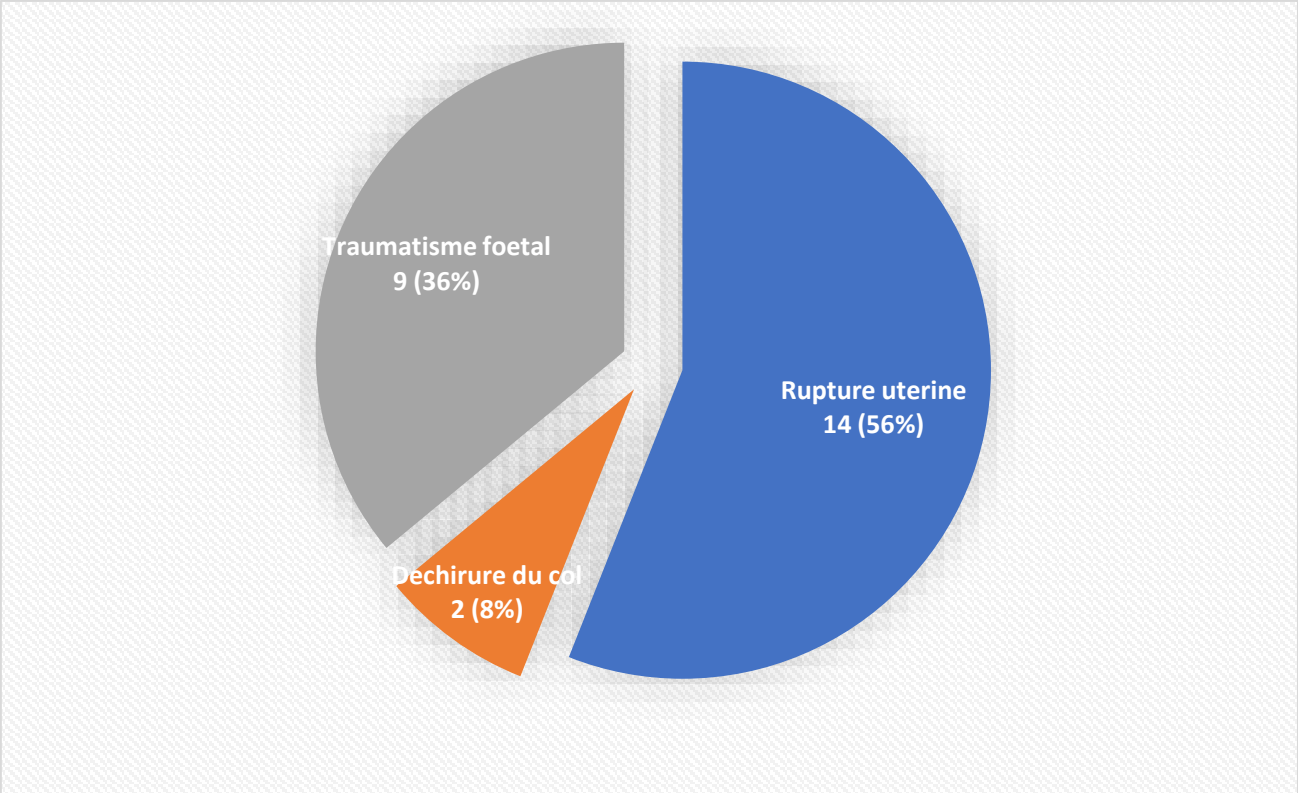

Figure 1 : Répartition de la fréquence des complications traumatiques

Tableau 2 : Répartition des complications en fonction des caractéristiques sociodémographiques

Caractéristiques sociodémographiques		**complications**		
		oui	**non**	**p**
Niveau d'instruction				
	Analphabète	**11(1,7%)**	630(98,3%)	**0,057**
	Alphabétisation fonctionnelle	2(1,5%)	134(98,5%)	
	Ecole coranique	0(0%)	18(100%)	
	Primaire	3(1,9%)	157(98,1%)	
	Secondaire	0(0%)	116(100%)	
	Supérieur	0(0%)	78(100%)	
Tranche d'âge en année				
	14-19	**0(0%)**	211(100%)	**0,069**
	20-29	11(2,1%)	508(97,9%)	
	30-39	4(1,1%)	371(98,9%)	
	40-50	1(2,3%)	43(97,7%)	
Profession				
	Ménagère	12(1,5%)	768(98,5%)	0,76
	Commerçante	2(2,3%)	84(97,7%)	
	Cultivatrice	0(0%)	6(100%)	
	Fonctionnaire	0(0%)	26(100%)	
	Elève/Etudiante	0(0%)	104(100%)	
	Autre	2(1,4%)	145(98,6%)	
Statut matrimonial				
	Mariée	15(1,4%)	1089(98,6%)	**0,015**
	Célibataire	**1(2,3%)**	43(97,7%)	
	Veuve	0(0%)	1(100%)	

c. Epidémiologie analytique des complications

Tableau 3 : Répartition de la parité selon la présence ou non de complications

Parité	Complications		Total
	oui	non	
Primipare	**1(0,3%)**	378(99,7%)	379(100%)
Paucipare	8(2,3%)	340(97,7%)	348(100%)
Multipare	16(1,4%)	1133(98,6%)	1149(100%)

p=0,071

Tableau 4 : Répartition de la gestité selon la présence ou non de complications

Gestité	Complications		Total
	oui	non	
Primigeste	**1(0,3%)**	346(99,7%)	347(100%)
Paucigeste	8(2,4%)	324(97,6%)	332(100%)
Multigeste	7(1,5%)	463(98,5%)	470(100%)

p=0,070

Tableau 5 : Répartition de la fréquence de la rupture utérine en fonction de la gestité

Rupture utérine	Gestité Primigeste	Paucigeste	Multigeste
Oui	0(0,0%)	**7(2,1%)**	**7(1,5%)**
non	347(100%)	325(97,9%)	463(98,5%)
Total	347(100%)	332(100%)	470(100%)

p=0,077

Tableau 6 : Répartition de la fréquence de la déchirure du col utérin en fonction de la gestité

Déchirure du col utérin	**Gestité** Primigeste	Paucigeste	Multigeste
oui	**1(0,3%)**	**1(0,3%)**	0(0,0%)
non	346(99,7%)	331(99,7%)	470(100%)
Total	347(100%)	332(100%)	470(100%)

p=0,035

Tableau 7 : Répartition de la fréquence de l'épisiotomie en fonction de la gestité

Episiotomie	**Gestité**		
	Primigeste	Paucigeste	Multigeste
oui	**38(10,95%)**	8(2,4%)	3(0,6%)
non	309(89,05%)	324(97,6%)	467(99,4%)
Total	347(100%)	332(100%)	470(100%)

p=0,22

Tableau 8 : Répartition de la fréquence des traumatismes foetaux en fonction de la gestité

	Gestité		
Traumatisme fœtal	Primigeste	Paucigeste	Multigeste
oui	4(1,2%)	4(1,2%)	1(0,2%)
non	343(98,8%)	328(98,8%)	469(99, 8%)
Total	347(100%)	332(100%)	470(100%)

p=0,054

Tableau 9 : Répartition de la fréquence de la rupture utérine en fonction de la parité

Parité	**Rupture utérine**		**Total**
	oui	non	
Primipare	0(0,0%)	379(100%)	379(1000%)
Paucipare	7(2,01%)	341(97,9%)	348(100%)
Multipare	7(1,7%)	415(98,3%)	422(100%)

p=0,79

Tableau 10 : Répartition de la fréquence de l'épisiotomie en fonction de la parité

Parité	**Episiotomie**		**Total**
	oui	non	
Primipare	42(11,08%)	337(88,92%)	379(100%)
Paucipare	4(1,2%)	344(98,8%)	348(100%)
Multipare	3(0,7%)	419(99,3%)	422(100%)

p=0,23

Tableau 11 : Répartition de la fréquence de la déchirure du col utérin en fonction de la parité

Parité	**Déchirure du col utérin**		**Total**
	oui	non	
Primipare	1(0,3%)	378(99,7%)	379(100%)
Paucipare	**1(0,3%)**	347(99,7%)	348(100%)
Multipare	0(0,0%)	422(100%)	422(100%)

p=0,032

Tableau 12 : Répartition de la fréquence des traumatismes fœtaux en fonction de la parité

Parité	**Traumatisme Fœtal**		**Total**
	oui	non	
Primipare	**4(1,1%)**	375(98,9%)	379(100%)
Paucipare	4(1,1%)	344(98,9%)	348(100%)
Multipare	1(0,2%)	421(99,8%)	422(100%)

p=0,047

Tableau 13 : Répartition de la fréquence des ruptures utérines en fonction du type d'utérus

Type d'utérus	**Rupture utérine**		**Total**
	oui	non	
Sain	**9 (0,8%)**	1065 (99,2%)	1074 (100%)
Cicatriciel	5 (6,7%)	70 (93,3%)	75 (100%)

P=0,13

Tableau 14 : Répartition des Lésions associées à la rupture utérine

Lésions associées à la rupture utérine	Effectifs	Pourcentage valide
Vasculaire	**4**	0,3%
Urinaire	1	0,1%
Pas de lésion	1144	99,6%
Total	1149	100,0%

Tableau 15 : Traitement des lésions associées à la rupture

Traitement des lésions associées à la rupture	Effectifs	Pourcentage valide
Cystorraphie	1	0,1%
Ligature vasculaire	**4**	0,3%
Pas de lésion	1144	99,5%
	1149	100,0%

Tableau 16 : Traitement de la rupture utérine

Traitement de la rupture utérine	Effectifs	Pourcentage valide
Hystérorraphie	9	0,8%
Hystérectomie	**2**	0,2%
Pas de lésion	1138	99,0%
Total	1149	100,0%

VI. Commentaires et Discussion

Dans notre étude la tranche d'âge la plus représentée était comprise entre 20 et 29 ans, soit une prévalence de 45,2%. Ce résultat est inférieur à celui retrouvé par TRAORE et al au Mali qui a rapporté 72%. Cette différence pourrait être due à la taille de l'échantillon, la nôtre était nettement inférieure à celle de TRAORE et al (N=6520)(11).

Les complications traumatiques représentaient 25 parturientes soit 2,2% de notre population d'étude. Ce résultat est inférieur celui retrouvé en Libreville lors d'une étude concernant cinq (05) maternités, à l'issu de cette étude les lésions traumatiques liées à l'accouchement étaient de l'ordre 49,5%, cette différence pourrait être expliquer par la taille de l'échantillon, notre étude concernait un seul site tandis que celle du Gabon avait utiliser 4 sites(7).

La tranche d'âge comprise entre (20 et 29) était plus susceptible à faire une déchirure soit 11partirentes (cela peut être expliqué par le fait qu'à cette période de la vie, l'activité génitale est plus intense et elle correspond à la période de reproduction pour les femmes, suivi de la tranche d'âge de 14 – 19 ans, qui pourrait être due à la fragilité des organes génitaux qui sont en voie de maturation.

Nous avons retrouvé 64% des complications suite à l'accouchement chez les multipares contre 32% et 4% respectivement chez les paucipares et les primipares, ce résultat corrobore à celui obtenu au Gabon ou les multipares étaient également les plus concernés par les complications(Gabon). Par contre Plusieurs auteurs signalent que les primipares sont plus exposées aux traumatismes au cours du travail d'accouchement suite à plusieurs facteurs. Une étude réalisée par SAWADOGO au Burkina-Faso a retrouvé des traumatismes obstétricaux chez 48,2% des primipares (12). Les primipares poussent précocement le fœtus avant la dilatation complète du col utérin ou soit même s'il n'y a pas de contraction. Les traumatismes au cours du travail d'accouchement chez les paucipares et les

multipares étaient lié à la mauvaise technique ou manœuvre de l'accoucheur et aux antécédents de traumatismes obstétricaux.

L'incidence des traumatismes maternels : la rupture utérine et la déchirure du col étaient respectivement à 56% et 8%. La rupture utérine varie d'une nation à une autre avec un taux particulièrement élevé dans les pays en développement. Elle varie de 0.25 à 2.33% d'accouchement(13).

Conclusion

Les traumatismes obstétricaux survenant au décours de l'accouchement constituent un sujet aussi ancien que celui même de l'essence de l'obstétrique. Il ressort de notre étude que ces lésions traumatiques de l'accouchement sont assez fréquentes dans notre contexte et peuvent avoir un pronostic très grave pouvant parfois conduire au décès. Les jeunes femmes sont le plus souvent concernées. Par contre une bonne pratique clinique réduirait considérablement leurs incidences.

Références

1. R. MERGER. J. LEVY, J.MELCHIOR : Utérus gravide,... - Google Scholar [Internet]. [cité 22 janv 2025].

2. OMS : Réduire la mortalité maternelle : Déclaration commune OMS, UNICEF, UNFPA, Banque Mondiale, Genève 1994, p29 - Recherche Google [Internet]. [cité 22 janv 2025].

3. The Campaign to End Fistula: What have we learned? Findings of facility and community needs assessments - Velez - 2007 - International Journal of Gynecology & Obstetrics - Wiley Online Library [Internet]. [cité 21 janv 2025].

4. Taheri M, Takian A, Taghizadeh Z, Jafari N, Sarafraz N. Creating a positive perception of childbirth experience: systematic review and meta-analysis of prenatal and intrapartum interventions. Reprod Health. 2 mai 2018;15(1):73.

5. Merger R, Levy J, Melchior J, Bernard N. Précis d'obstétrique 6eme édition Masson. Paris. 1995;1995:415-37.

6. Horsch A, Garthus-Niegel S, Ayers S, Chandra P, Hartmann K, Vaisbuch E, et al. Childbirth-related posttraumatic stress disorder: definition, risk factors, pathophysiology, diagnosis, prevention, and treatment. American Journal of Obstetrics and Gynecology. 1 mars 2024;230(3, Supplement):S1116-27.

7. Minko UMZ, Obiang PA, Komba OM, Légada NA, Sobotchou Y, Mezui EN, et al. Les Traumatismes Obstétricaux Maternels Spontanés au Cours de l'Accouchement par Voie Vaginale à Libreville. HEALTH SCIENCES AND DISEASE [Internet]. 25 juin 2023 [cité 20 janv 2025];24(7).

8. Ahouingnan NFMH. FACTEURS ASSOCIÉS AU VÉCU DE L'ACCOUCHEMENT PAR VOIE BASSE AU CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE ET DEPARTEMENTAL/BORGOU ALIBORI AU BENIN EN 2021. JOURNAL DE LA SAGO (Gynécologie – Obstétrique et Santé de la Reproduction) [Internet]. 2022 [cité 21 janv 2025];23(2).

9. Riethmuller D, Pequegnot-Jeannin C, Rabenja CA, Koeberle P, Schaal JP, Maillet R. Une cause rare d'hémorragie du post-partum: le thrombus génital. Journal de gynécologie obstétrique et biologie de la reproduction. 1997;26(2):154-8.

10. Bouabida D. Les traumatismes obstétricaux chez les nouveau-nés à l'EHS Nouar Fadéla : résultats préliminaires. La revue médicale de l'HMRUO. 15 sept 2021;8(2):28-34.

11. 08M261.pdf [Internet]. [cité 22 janv 2025]. Disponible sur: https://bibliosante.ml/bitstream/handle/123456789/8387/08M261.pdf?sequence=1&isAllowed=y

12. M12687.pdf [Internet]. [cité 20 janv 2025]. Disponible sur: https://beep.ird.fr/collect/uouaga/index/assoc/M12687.dir/M12687.pdf

13. M. TOURNAIRE : Physiologie de la contraction, col utérin. Physiologie de la grossesse. Masson Paris 1986 - Recherche Google [Internet]. [cité 22 janv 2025].

Fiche signalétique

Nom : KASSE

Prénoms : Dado

Courriel : dadokasse79@gmail.com tél : 00223 79670532

Titre : EPIDEMIOLOGIE ET PRISE EN CHARGE DES COMPLICATIONS TRAUMATIQUES DE L'ACCOUCHEMENT DANS LE SERVICE DE GYNECOLOGIE ET D'OBSTETRIQUE DU CHU GABRIEL TOURE

Année universitaire : 2023-2024

Ville de soutenance : Bamako

Pays d'origine : Mali

Lieu de dépôt : Bibliothèque de la Faculté de Médecine et d'Odontostomatologie (FMOS)

Secteur d'intérêt : Gynécologie Obstétrique, Pédiatrie

Résumé

Introduction : La complication traumatique de l'accouchement reste toujours un problème gynécologique et obstétrical, l'accouchement se passe en général de façon physiologique et naturelle pour faire sortir le fœtus et ses annexes hors de la voie génitale. La non adaptation à ces phénomènes entraine la complication de l'accouchement qui intéresse surtout la partie molle en particulier le col utérin, le vagin, le périnée et le corps utérin qui se manifeste le plus souvent par l'hémorragie du post-partum immédiat.

Objective : Evaluer les complications traumatiques de l'accouchement dans le service de Gynécologie / Obstétrique du CHU Gabriel TOURE

Méthodologie : L'étude s'est déroulée dans le service de gynécologie/obstétrique du CHU Gabriel TOURE. Il s'agit d'une étude descriptive transversale à collecte rétrospective, sur une période de cinq mois, allant du 15 mai au 15 octobre 2024. Il s'agit de l'ensemble des parturientes accouchées dans nos services pendant la période d'étude. Les données ont été collectées à partir de dossiers et registre d'accouchement d'accouchements. La saisie et l'analyse des données ont été faites sur le logiciel SPSS version 22.0. Les statistiques descriptives ont été utiliser pour estimer la fréquence des données de complications et celles sociodémographiques.

Résultats : Notre étude a concerné 1149 patientes parmi lesquelles 72 ont présenté une complication soit **6,3%.** *La tranche d'âge de 20 à 29 ans était la plus représentée*. Les ménagères ainsi que les femmes mariées représentaient respectivement 67% et 96%. Plus de la moitié des traumatismes obstétricaux ont été observés chez les primipares avec une prévalence de 63,9%. La rupture utérine a été observée avec la même fréquence 50% chez les pauci-pares ainsi que les multipares. La déchirure du col utérin a été retrouvée chez les primipares et les pauci pares avec la même prévalence 50%. Dans notre étude les utérus sains étaient les plus concernés par la rupture utérine avec une prévalence de 64%.

Commentaires – Discussion : La tranche d'âge ayant présentée le plus de traumatisme était comprise entre 14 et 19 ans, soit une prévalence de 33,3%. Ce résultat est inférieur à celui retrouvé par TRAORE au Mali qui a rapporté 72%. Cette différence serait due à la taille de notre échantillon qui est inférieure à celle de TRAORE (N=6520). Nous avons retrouvé 63,9% des complications chez les primipares contre 20,8% et 15,3% respectivement chez les pauci-pares et les multipares. Plusieurs auteurs signalent que les primipares sont plus exposées aux traumatismes au cours du travail d'accouchement suite à plusieurs facteurs. Une étude réalisée par SAWADOGO au Burkina-Faso a retrouvé des traumatismes obstétricaux chez 48,2% des primipares

Conclusion : Il ressort de notre étude que ces lésions traumatiques de l'accouchement sont assez fréquentes dans notre contexte. Les primipares sont le plus souvent concernées. Une bonne pratique de la mécanique obstétricale réduirait de façon considérable ces complications.

Mots-clés : Accouchement, traumatisme, parité