

MINISTRE DE L'ENSEIGNEMENT
SUPERIEUR ET DE LA RECHERCHE
SCIENTIFIQUE (MESRS)

REPUBLIQUE DU MALI
Un Peuple - Un But - Une Foi

UNIVERSITE DES SCIENCES DES
TECHNIQUES ET DES TECHNOLOGIES
DE BAMAKO



FACULTE DE MEDECINE ET
D'ONTO-STOMATOLOGIE

ANNEE UNIVERSITAIRE 2023-2024

N°.....

MEMOIRE

**EPIDEMIOLOGIE ET PRISE EN CHARGE DES
COMPLICATIONS TRAUMATIQUES DE
L'ACCOUCHEMENT AU CSCOM DE ZEGOUA**

Présentée et soutenue publiquement le...../..... / 2024 devant le jury de la
Faculté de Médecine et d'Odontostomatologie.

Par **Dr Yaya SYLLA**

**Pour l'obtention du Diplôme Universitaire de chirurgie péripartum.
(Perisurge Diploma)**

Jury

Président : Pr ALADJI SEIDOU DEMBELE

Membres : Pr BAKARY T DEMBELE

Pr LALA D SIDIBE

Directeur : Pr AMINATA KOUMA

TABLE DES MATIERES

Table des matières

I. Introduction.....	7
II. Objectifs.....	10
2.1. Objectif général	Erreur ! Signet non défini.
2.2. Objectifs spécifiques	Erreur ! Signet non défini.
III. Méthodologie.....	12
1. Cadre de l'étude ou site:.....	Erreur ! Signet non défini.
2. Type étude :	Erreur ! Signet non défini.
3. Collecte des données :	Erreur ! Signet non défini.
4. Population d'étude :	Erreur ! Signet non défini.
5. Saisie et analyse de donnée :.....	Erreur ! Signet non défini.
6. Les Variables :	Erreur ! Signet non défini.
7. Aspect éthique	Erreur ! Signet non défini.
4. Résultats	16
5. Commentaires et discussion.....	23
6. Conclusion.....	27
7. Recommandations	29
Références Bibliographiques.....	31

LISTE DES TABLEAUX

Liste des tableaux

Tableau I : La tranches d'âge	16
Tableau II: Le statut matrimonial	17
Tableau III: Le niveau d'instruction des parturientes	17
Tableau IV: La gestité.....	18
Tableau V : La parité	18
Tableau VI: Les lésions chez la parturiente.....	19
Tableau VII : Les lésions chez l'enfant	19
Tableau VIII: L'état de l'enfant.....	20
Tableau IX : Les complications survenues après prise en charge initiale.....	21

LISTE DES SIGLES ET ABREVIATIONS

Liste des sigles et abréviations

CNGOF : Collège National de gynécologues et obstétriciens Français

COLL : Collaborateurs

CPN : Consultation prénatale

CSCOM : Centre de santé communautaire

CSREF : Centre de santé de référence

DIU : Dispositif intra-utérin

GATPA : Gestion active de la troisième phase de l'accouchement

OMS : Organisation mondiale de la santé

P.F : Planification familiale

UNFPA : Fonds des Nations Unies pour les activités en matière de la population

UNICEF : Fonds des Nations Unies pour l'enfance

INTRODUCTION

I. Introduction

1. Introduction

Même si l'Organisation mondiale de la santé (OMS) et le ministère de la santé de chaque pays mettent tout en œuvre pour assurer une maternité sans danger, les grossesses et les accouchements continuent d'exposer les femmes au risque de maladies et de décès. En gynécologie-obstétrique, les complications traumatiques liées à la grossesse demeurent une préoccupation majeure. Il est essentiel de prévenir la morbi-mortalité obstétricale [1].

En 2019, l'OCDE déclarait que la protection d'une femme pendant le processus de grossesse pourrait être évaluée en observant les déchirures des parties molles qui pourraient être évitées lors des accouchements vaginaux [2].

Dans les nations occidentales, la gestion efficace des facteurs de risque majeurs a permis d'éviter le développement d'importants délabrements sur un utérus sain [3]. En revanche, dans les pays en développement, notamment ceux d'Afrique subsaharienne, l'accident est couramment observé et constitue une difficulté obstétricale de gravité extrême. Selon l'OMS, le nombre annuel de décès dû des complications liées à la grossesse et à l'accouchement est estimé à 514 000 [4].

La fréquence de ces complications est de 0.97% à Abidjan avec une proportion de 72% des ruptures d'utérus sain et de 0.6% à Kisangani [5].

D'après une enquête menée en RDC, 29,7% des femmes qui ont eu un accouchement ont été victimes d'un traumatisme lié à la grossesse, avec différents pourcentages. Parmi ces derniers figurent 3.4% de ruptures utérine, 10.8% de déchirures périnéales et 2.2% de déchirures vaginales [3].

D'après une étude au Gabon, les traumatismes liés à l'accouchement étaient principalement axés sur le périnée (82%) puis sur le col de l'utérus (99%) [6].

Pour évaluer et diminuer le taux de morbi-mortalité maternelle et néonatale au Mali, nous avons initié cette étude au centre de santé communautaire (CSCOM) de Zégoua.

Questions de recherche

- Quelle est la fréquence des complications traumatiques au cours de l'accouchement ? ;
- Quelles sont les complications traumatiques observées au cours de l'accouchement ? ;
- Quel serait l'issue des accouchées victimes de complications traumatiques ?

Hypothèses de recherche

- La fréquence des complications traumatiques au cours de l'accouchement est élevée ;
- Les épisiotomies compliquées et les déchirures vulvopérinéales sont les types de complications traumatiques les plus fréquents ;
- Le pronostic des accouchées victimes de complications traumatiques est bon.

OBJECTIFS

II. Objectifs

1.1. Objectif général

Etudier les lésions traumatiques de l'accouchement au centre de santé communautaire (CSCOM) de Zégoua.

Objectifs spécifiques

- ✓ Déterminer la fréquence des lésions traumatiques de l'accouchement
- ✓ Décrire les caractéristiques socio-démographiques des patientes
- ✓ Identifier les différents types de complications traumatiques de l'accouchement ainsi leurs fréquences ;
- ✓ Evaluer la prise en charge de lésions traumatiques de l'accouchement.

MATERIEL
&
METHODE

III. Méthodologie

3.1. Lieu d'étude

L'étude a été réalisée au Centre de Santé Communautaire (CSCOM) de Zégoua, cercle de Kadiolo.

3.1.1. Description du Centre

Le Centre de Santé Communautaire (CSCOM) de Zégoua se trouve au cœur de la ville au quartier de Médine, à proximité du service de protections civiles.

Le centre comprend : une pièce de rendez-vous, une pharmacie, un laboratoire, deux espaces dédiés aux soins infirmiers, un vaste entrepôt qui sert d'accueil et d'attente, suivi par divers couloirs facilitant la circulation des patients.

3.1.2. Maternité :

Inclut une salle de CPN, une pièce d'accouchement (équipée de trois tables pour les accouchements), une petite salle de repos dédiée aux gardes, un espace de séjour comprenant un nombre limité de lits. Un vaste entrepôt est utilisé comme centre de discussion, d'attente et d'accueil. Une salle abritant un réfrigérateur destiné aux vaccins est utilisée par le centre de l'enfant.

Elle compte 2 sage-femmes, 4 infirmières obstétriciennes et 02 matrones.

Deux matrones accueillent les patientes sur une seconde table d'accueil. L'une prend soin de celles qui sont reçues pour accouchement et les conduit immédiatement vers la salle d'accouchement. L'autre est chargée de guider les consultantes en fonction des besoins. Si c'est une visite prénatale, elle fournit un carnet de CPN et de vaccinations, mesure le poids et la taille. Une fois les coordonnées de la femme recueillies, elle se rend avec le carnet auprès d'une sage-femme. Les sage-femmes sont chargées des visites prénatales, postnatales et de la planification familiale. À tour de rôle, les sage-femmes en prennent soin. En ce qui concerne les déclarations de naissance, c'est généralement la sage-femme maîtresse qui prend en charge cela le matin dès le lever du jour pour libérer les hommes qui vont au service.

3.2. Type d'étude

C'est une étude longitudinale à collecte prospective des données.

3.3. Période d'étude

L'étude s'est étendue du 15 Mai au 15 Octobre 2024.

3.4. Population d'étude

La population d'étude était constituée de dossiers de femmes qui ont accouchés et ayant bénéficié d'une prise en charge durant la période d'étude.

3.5. Echantillonnage

Il s'agissait d'un échantillonnage non probabiliste par commodité de ce fait nous avons recruté tous les cas qui répondaient aux critères d'inclusion pendant la période d'étude.

3.5.1. Critères d'inclusion

Ont été incluses dans cette étude toutes les femmes ayant :

- Accouché et hospitalisée pendant les 24 premières heures après l'accouchement.
- Été examinées après accouchement à J1-J3-j7 et entre J8 à 42^{ème} jour inclus après l'accouchement

3.5.2. Critère de non-inclusion

N'ont pas été incluses dans cette étude :

- Les femmes décédées avant l'accouchement dont la cause du décès est inconnu
- Les femmes non vues après leur sortie
- Les femmes qui ont accouché ailleurs et vues à un (01) jour ou plus après l'accouchement.
- Les nouveau-nés n'ayant pas fait de traumatisme.

3.6. Collecte et analyse des données

Une fiche d'enquête individuelle (les fiches passent en revue, l'identité, complications, la prise en charge, résultat de la prise en charge) préétablie a servi

à recueillir les données des patientes en exploitant les registres des entrantes, de l'accouchement et de CPON.

Variables : âge, ethnie, niveau d'instruction, antécédents obstétricaux, voies d'accouchements, les types de lésions traumatiques, traitement des lésions.

Les données ont été saisies et analysées le logiciel de statistique SPSS version 26.0. La saisie et le traitement de texte ont été faits sur Word. Les tests statistiques descriptives ont été réalisés.

3.7. Déroulement de l'étude

Nous avons commencé cette étude par l'établissement de la liste des complications pour la mère et du nouveau-né des lésions traumatiques de l'accouchement, élaborer le masque de saisie dans SPSS 22.0 juste après les épreuves écrites et pratiques de la semaine II du D.U de chirurgie périspartum « perisurge Diploma ». La saisie a été faite de façon journalière.

3.8. Quelques définitions opératoires :

Primipare: Il s'agit d'une femme qui est à son premier accouchement.

Paucipare : Il s'agit d'une femme qui a fait au moins 2 et au plus 4 accouchements.

Multipare : Il s'agit d'une femme qui a fait au moins 5 accouchements.

3.9. Aspect éthique

La confidentialité des données a été respectée avec attribution d'un numéro d'identifiant aux dossiers et une fiche d'enquête anonymisée. Ce travail est purement scientifique et concerne le secteur de la maternité pour étudier les lésions traumatiques de l'accouchement. Ceci afin de fournir aux décideurs politiques un certain nombre d'éléments utiles pour agir en vue d'améliorer la prise en charge et le pronostic materno-fœtal, ou bien les orienter vers certains axes à explorer de façon plus poussée.

RESULTATS

4. Résultats

4.1. Fréquence

Au cours de notre période d'étude, nous avons enregistré 334 accouchements par voie basse dont 127 cas de lésions traumatiques soit 38%.

4.2. Caractéristiques sociodémographiques

4.2.1. AGE

Tableau I : Les tranches d'âge

Tranche d'âge	Effectifs	Pourcentage
15 - 19 ans	59	46,5
20 - 24 ans	34	27
25 - 29 ans	15	12
30-34 ans	12	9,5
35-39 ans	6	5
40 ans et plus	0	0
Total	127	100

La tranche d'âge la plus représentée était 15 à 19 ans, avec des extrêmes de 15 et 42 ans.

4.2.2. Statut Matrimonial

Tableau II: Le statut matrimonial

Statut matrimonial	Effectifs	Fréquence (%)
Mariée	117	92
Célibataire	10	8
Divorcée	0	0
Veuve	0	0
Total	127	100,0

La plupart des parturientes soit 92% étaient mariées.

4.2.3. Niveau d'instruction

Tableau III: Le niveau d'instruction des parturientes

Niveau d'instruction	Effectifs	Fréquence (%)
Analphabète	80	63
Ecole coranique	0	0
Primaire	35	27,6
Secondaire	8	6,3
Supérieure	4	3,1
Total	127	100,0

La majorité des femmes soit 63% étaient analphabètes.

4.2.4. Gestité

Tableau IV: La gestité

Gestité	Effectifs	Fréquence (%)
Primigestes	75	59
Multigestes	46	36
Grande multigestes	6	5
Total	127	100,0

Les Primigestes ont été les plus représentées avec 59%.

4.2.5. Parité

Tableau V : La parité

Parité	Effectifs	Fréquence (%)
Primiparité	83	65,3
Pauci-parité	30	23,7
Multigestes	13	10,2
Grande multigestes	1	0,8
Total	127	100,0

Les primipares ont représenté la plus grande fréquence avec 65,3%.

4.3. Aspects cliniques

4.3.1. Principales lésions traumatiques de l'accouchement

➤ Diagnostic Topographique

Tableau I : Les lésions chez la parturiente

Diagnostic Topographique	Effectifs	Fréquence (%)
Déchirure vulvopérinéale	19	15
Déchirure vaginale	4	3,1
Épisiotomie	95	74,8

Nous avons observé 19 cas de déchirure vulvopérinéale, 4 cas de déchirure vaginale et 95 cas d'épisiotomie, soit 74,8%.

Dans notre étude, les lésions des voies génitales étaient souvent associées à un traumatisme fœtal.

Tableau II: Les lésions chez l'enfant

Lésions traumatiques	Effectifs	Fréquence (%)
Bosse serosanguine	11	8,6

4.3.2. Etat de l'enfant à la naissance

Tableau VIII : L'état de l'enfant à la naissance

Etat de l'enfant	Effectifs	Fréquence (%)
Vivant	117	92,1
Mort-né frais	4	3,1
Mort-né macéré	6	4,7
Total	127	100,0

Durant notre période d'étude, le taux de mort-né était à 8% environ dont 3,1% de mort-né frais et 4,7% de Mort-né macéré.

4.4. Prise en charge

4.4.1. Prise en charge médicale

La prise en charge médicale se reposait sur l'antalgique, l'anti-inflammatoire, l'antibiothérapie et parfois la perfusion de macromolécule.

4.4.2. Prise en charge chirurgicale

Un geste chirurgical à type d'épisiorrhaphie ou une suture simple était réalisé en cas d'une épisiotomie, déchirure vulvopérinéale ou vaginale.

Ce geste chirurgical était réalisé sous anesthésie locale par xylocaïne 1%.

4.5. Evolution

L'évolution était favorable dans 124 lésions traumatiques, soit 97,7%.

3.5.1 Complications survenues après une prise en charge initiale

Tableau IX : Les complications survenues après une prise en charge initiale

Complications	Effectifs	Fréquence (%)
Infection	3	2,4
Anémie	1	0,8

Nous avons enregistré des complications après la prise en charge initiale à type d'infection (2,4%) et d'anémie (0,8%).

COMMENTAIRES & DISCUSSION

5. Discussion

Notre étude était prospective, descriptive et transversale portant sur les lésions traumatiques de l'accouchement allant du 15 Mai 2024 au 15 Octobre 2024. Dans la littérature malienne, peu d'études ont englobé l'ensemble de ces lésions. Elles sont abordées partiellement soit dans les hémorragies du post partum ou les extractions instrumentales. De ce fait nous ne disposons pas assez de référence et de chiffre pour une discussion plus large.

5.1. Fréquence

Durant notre période d'étude, nous avons colligé 127 cas de lésions traumatiques pour 334 accouchements par voie basse, soit une fréquence des lésions traumatiques de 38%.

Notre taux de traumatisme était plus élevé que celui enregistré par Traoré [7] au Mali (1,15 %) et ceux rapportés par Morhe [8] au Ghana (17,4%) ; Van Den Bergh [9] au Zimbabwe (27%) et Ying Lai [10] en Chine (26,8%). Par contre il était inférieur des 47 % rapporté en France en 2005 par le CNGOF [11].

5.2. Caractéristiques sociodémographiques de la Population

➤ L'âge

L'âge moyen des patientes était de 19,50 ans avec des extrêmes à 15 et 39 ans.

La tranche d'âge 15-19 ans était la plus représentée avec 46,5 %.

Notre résultat était inférieur à celui de Traoré [7] Camara N [12] qui ont respectivement trouvé dans leurs séries un taux de 72 % ,73,9% et corrobore avec celui de 64,9% de Témé O [13]. La fréquence élevée dans cette tranche d'âge pourrait s'expliquer par le fait que cette période correspond à l'adolescence où la filière pelvienne n'a pas atteint tout son développement.

➤ **Le niveau d'instruction**

Les patientes analphabètes et celles ayant niveau d'étude primaire ont été les plus représentées avec fréquence respective de 63% et 27% des cas.

Ce taux est supérieur à celui de Camara N [12] et Témé O[13] qui ont respectivement trouvé 25,2% et 25,9% , cette différence pourrait s'expliquer le plus souvent par le taux d'alphabétisation élevé en milieu urbain qu'en rural et le mariage précoce où les adolescentes non pas finis les études primaires.

➤ **Parité**

La plupart de nos parturientes étaient primipares avec un effectif de 83 soit 65,3%. Cela confirme le constat de Traoré [7] qui rapportait 45,3%.

Nguembi et Coll. [14] en République Centre Africaine rapportent quant 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.

5.3. Aspects cliniques

➤ **Principales lésions traumatiques**

Dans notre étude, les lésions d'épisiotomie et vulvopérinéale représentaient respectivement 78,8% et 15%.

Ces résultats sont proches à ceux de SAWADOGO.A [15] au Burkina Faso qui rapportait respectivement 81% et 7 %.

Nous n'avons trouvé aucun cas de déchirure périnéale complète. Par contre, SAWADOGO.A [15] au Burkina Faso, Musset R et Petit C [16] en France trouvaient respectivement 1,8% et 0,6%.

Dans notre étude, nous n'avons enregistré aucun cas de déchirure de col utérin, comparativement à Traoré [7] au Mali et SAWADOGO A [15] au Burkina Faso qui ont respectivement trouvé 17,4% et 12%.

➤ **Facteurs de risque**

La voie d'accouchement : 100 % de nos patientes ont accouché par voie basse ce résultat diffère de celui de Témé O[13] qui a trouvé 94,3% d'accouchement par voie basse et 5,7% de césarienne . Cette voie serait à la base de la fréquence élevée des lésions des parties molles comme en témoignent nos résultats : épisiotomies 74% ; déchirures vulvopérinéales 15 % ; déchirures vaginales 3,1%.

5.4. Prise en charge

Dans cette étude, un geste chirurgical a été effectué chez 118 parturientes soit 92,9%. La majorité des lésions traumatiques survenaient à la suite d'une épisiotomie, 95 parturientes soit 74,8%, ont bénéficié d'une prise en charge chirurgicale par épisiorraphie.

Les déchirures vulvo-périnéales et vaginales observées représentaient respectivement 14,9% et 3,1%, ont bénéficié d'une prise en charge chirurgicale par suture simple.

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

CONCLUSION

6. Conclusion

Les lésions traumatiques au cours de l'accouchement sont relativement fréquentes au centre de santé communautaire (CSCOM) de Zégoua avec un taux de 38 %, ont été les plus fréquentes l'épisiotomie (74,8%), la déchirure vulvopérinéale (15%), la déchirure vaginale (3,1%) et la bosse serosanguine (8,6%) et peuvent avoir un pronostic très grave si non prise en charge adéquate. La tranche d'âge 15-19ans est la plus touchée avec une prédominance des primipares. La connaissance du mécanisme de survenue et des facteurs prédisposant contribue à diminuer de façon notable ces lésions traumatiques au cours de l'accouchement. La meilleure prévention des lésions traumatiques de l'accouchement passe par une bonne conduite de l'accouchement et une maîtrise parfaite des différentes manœuvres appliquées.

RECOMMANDATIONS

7. Recommandations

Au ministre de la santé :

- Augmenter le nombre de formations sanitaires.
- Doter toutes les formations sanitaires en personnels qualifié en quantité suffisante : sages-femmes d'état, infirmière obstétricienne, médecins généralistes, médecins diplômés universitaires de chirurgie peripartum et gynécologues-obstétriciens.
- Assurer un recyclage régulier des agents de santé.

Au directeur technique du centre et aux personnels :

- Améliorer le système d'archivage des dossiers médicaux.
- 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.

Aux gestantes et à la communauté :

- Etre à l'écoute du personnel sanitaire.
- Suivre correctement les CPN et accoucher toujours dans une formation sanitaire.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

Références Bibliographiques

1. **OMS.** Journée mondiale de la Santé ; Maternité sans risque ; Genève : oms 1998,50p.
2. **OCDE (2015),** « Traumatisme obstétrical », dans Health at a Glance 2015 : OECD Indicators, Éditions OCDE, Paris.
3. **Institut Supérieur des Techniques Médicales de YANGAMBI (ISTM – YBI) :** les complications traumatiques lors du travail d'accouchement à propos de 320 sujets accouchées à l'hôpital général inera-yangambi en RDC Congo ; ijrdo. Journal of health sciences and nursing.
4. **OMS :** Réduire la mortalité maternelle : Déclaration commune OMS, UNICEF, UNFPA, Banque Mondiale, Genève 1994, p29. In.
5. **Labama B. Obstétrique du praticien.** Presse de l'Université de Kisangani, 2005.
6. **Minkobame et al:** Les Traumatismes Obstétricaux Maternels Spontanés au Cours de l'Accouchement par Voie Vaginale à Libreville, Health Sci. Dis: Vol 24 (7) July 2023 pp 79-83.
7. **TRAORE.** 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.
8. **Morhe ESK, Sengretsi S, Danso KA. Episiotomy in Ghana. J Gynecol Obstet.** 2004 ; 86 : 46-7
9. **Van Den Bergh JE, Sueters M, Segaar M.** Determinants of episiotomy in rural Zimbabwe. Acta Obstet Gynecol Scand 2003 ; 82 (10) : 966-68.
10. **Ying Lai C, Wah Chung H, Tzu Hsi Lao T et al.** Is the policy of restrictive episiotomy generalisable ? A prospective observational study. J Maternal-Fetal and Neonatal Med 2009 ; 22(12) : 1116-121.

- 11. Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français (CNGOF).** Hémorragies du post-partum au Mali : fréquences, causes, facteurs de risque et pronostic Paris 2014. p277.
L'épisiotomie : Recommandations pour la pratique clinique. J. Gynecol. Obstet. Biol. Reprod. 2006 ; 35 (1) : 77-80
- 12. Camara N.** Les lésions traumatiques de l'accouchement : Aspects cliniques et thérapeutiques à propos de 115 cas .Thèse Médecine Bamako 2009 ; 65.
- 13. Témé O:** Les lésions traumatiques de l'accouchement au centre de santé de référence de la commune I du district de Bamako [thèse] Méd. FMOS, 2017, n°17M261 [thèse] Méd. FMPOS, 2008, n°08M261. In.
- 14. 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.
- 15. SAWADOGO A.** Les lésions traumatiques au cours de l'accouchement au Centre Hospitalier Universitaire Yalgado Ouédraogo de Ouagadougou : Aspects épidémiologiques, cliniques, thérapeutiques et pronostic. [Thèse] Med : Ouagadougou ; 2012. 93p.
- 16. Musset R, Petit Ch.** Traité obstétrique tome II. Paris : Masson ; 1997.