

MINISTÈRE DE L'ENSEIGNEMENT SUPÉRIEUR
ET DE LA RECHERCHE SCIENTIFIQUE

RÉPUBLIQUE DU MALI

Un Peuple-Un But -Une Foi

Université des Sciences, des Techniques et des Technologies de Bamako

Faculté de Médecine et d'Odonto-Stomatologie



U.S.T.T-B

Année Universitaire 2025-2026



N/

THEME:

**LES LÉSIONS TRAUMATIQUES MATERNELLES DE
L'ACCOUCHEMENT : ASPECTS CLINIQUES ET
THÉRAPEUTIQUES AU CENTRE DE SANTÉ DE RÉFÉRENCE DE
KITA.**

Présentée et soutenue publiquement le 27 /06 /2026

Par :

Mr. Lassana SANOGO

Devant la Faculté de Médecine et d'Odonto-Stomatologie

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

JURY

Président : Mr Tioukani THERA, Professeur

Membres : Mr Ibrahima O. KANTE, Maître de conférences Agrégé

Mr Seydina Alioune BEYE, Maître de conférences

Mr Bouroulaye DIARRA, Gynécologue obstétricien

Directrice : Mme Aminata KOUMA, Maître de conférences

MINISTÈRE DE L'ENSEIGNEMENT SUPÉRIEUR
ET DE LA RECHERCHE SCIENTIFIQUE



U.S.T.T-B

REPUBLIQUE DU MALI
Un Peuple-Un But-Une Foi



FACULTE DE MÉDECINE ET D'ODONTOSTOMATOLOGIE

SECRETARIAT PRINCIPAL

LISTE DES ENSEIGNANTS DE LA FACULTE DE MÉDECINE ET
D'ODONTO-STOMATOLOGIE
ANNÉE UNIVERSITAIRE 2025-2026

ADMINISTRATION

DOYEN : **Mme Mariam SYLLA** - PROFESSEUR

VICE-DOYEN : **Mr Mamadou Lamine DIAKITE** – PROFESSEUR

SECRÉTAIRE PRINCIPAL : **Mr Monzon TRAORE** - MAÎTRE DE CONFÉRENCES AGENT COMPTABLE : **Mr Yaya CISSE** - INSPECTEUR DU TRÉSOR

LES ENSEIGNANTS A LA RETRAITE

N°	PRENOM S ET NOM	SPECIALITE
1	Mr Ali Nouhoum DIALLO	Médecine Interne
2	Mr Aly GUINDO	Gastro-Entérologie
3	Mr Mamadou M. KEITA	Pédiatrie
4	Mr Siné BAYO	Anatomie-Pathologie-Histo-Embryologie
5	Mr Sidi Yaya SIMAGA	Santé Publique
6	Mr Abdoulaye Ag RHALY	Médecine Interne
7	Mr Boulkassoum HAIDARA	Législation
8	Mr Sambou SOUMARE	Chirurgie Générale
9	Mr Abdou Alassane TOURE	Orthopédie Traumatologie
10	Mr Daouda DIALLO	Chimie Générale & Minérale
11	Mr Mamadou K. TOURE	Cardiologie
12	Mme SY Assitan SOW	Gynécologie/Obstétrique

**LES LÉSIONS TRAUMATIQUES MATERNELLES DE L'ACCOUCHEMENT : ASPECTS CLINIQUES ET
THÉRAPEUTIQUES AU CENTRE DE SANTÉ DE RÉFÉRENCE DE KITA.**

13	Mr Abdourahamane S. MAIGA	Parasitologie
14	Mr Abdel Karim ROUMARE	Chirurgie Générale
15	Mr Amadou DIALLO	Zoologie - Biologie
16	Mr Kalilou OUATTARA	Urologie
17	Mr Amadou DOLO	Gynécologie/Obstétrique
18	Mr Baba ROUMARE	Psychiatrie
19	Mr Bouba DIARRA	Bactériologie -Virologie
20	Mr Bréhima ROUMARE	Bactériologie - Virologie
21	Mr Toumani SIDIBE	Pédiatrie
22	Mr Souleyennane DIALLO	Pneumologie
23	Mr Bakoroba COULIBALY	Psychiatrie
24	Mr Seydou DIAKITE	Cardiologie
25	Mr Amadou TOURE	Histo-Embryologie
26	Mr Mahamane Kalilou MAIGA	Néphrologie
27	Mr Fififing SISSOKO	Chirurgie Générale
28	Mr Djibril SANGARE	Chirurgie Générale
29	Mr Somita KEITA	Dermatologie-Léprologie
30	Mr Bougouzié SANOGO	Gastro-Entérologie
31	Mr Aihousseini Ag MOHAMED	ORL
32	Mme TRAORE J. THOMAS	Ophtalmologie
33	Mr Issa DIARRA	Gynécologie/Obstétrique
34	Mme Habibatou DIAWARA	Dermatologie-Léprologie
35	Mr Yeya Tiémoko TOURE	Entomologie Médicale, Biologie cellulaire, Génétique
36	Mr Sékou SIDIBE	Orthopédie Traumatologie
37	Mr Adama SANGARE	Orthopédie Traumatologie
38	Mr Sanoussi BAMANI	Ophtalmologie
39	Mme SIDIBE Assa TRAORE	Endocrinologie-Diabétologie
40	Mr Adama DIAWARA	Santé Publique
41	Mme Fatimata Sambou DIABATE	Gynécologie/Obstétrique
42	Mr Bakary Y. SACKO	Biochimie
43	Mr Moustapha TOURE	Gynécologie/Obstétrique

**LES LÉSIONS TRAUMATIQUES MATERNELLES DE L'ACCOUCHEMENT : ASPECTS CLINIQUES ET
THÉRAPEUTIQUES AU CENTRE DE SANTÉ DE RÉFÉRENCE DE KITA.**

44	Mr Boubakar DIALLO	Cardiologie
45	Mr Dapa Aly DIALLO	Hématologie
46	Mr Mamady KANE	Radiologie et Imagerie Médicale
47	Mr Hamar A. TRAORE	Médecine Interne
48	Mr. Mamadou TRAORE	Gynécologie/Obstétrique
49	Mr Mamadou Soun calo TRAORE	Santé Publique
50	Mr Mamadou DEMBELE	Médecine Interne
51	Mr Moussa Issa DIARRA	Biophysique
52	Mr Kassoum SANOGO	Cardiologie
53	Mr Arouna TOGORA	Psychiatrie
54	Mr Souleymane TOGORA	Odontologie
55	Mr Oumar WANE	Chirurgie Dentaire
56	Mr Abdoulaye DIALLO	Anesthésie-Réanimation
57	Mr Saharé FONGORO	Néphrologie
58	Mr Ibrahim 1. MAIGA	Bactériologie-Virologie
59	Mr Moussa Y. MAIGA	Gastro-Entérologie-Hépatologie
60	Mr Siaka SIDIBE	Radiologie et Imagerie Médicale
61	Mr Aly TEMBELY	Urologie
62	Mr Tiéman COULIBALY	Orthopédie Traumatologie
63	Mr Zanafon OUATTARA	Urologie
64	Mr Bah KEITA	Pneumo-Phtisiologie
65	Mr Zimogo Zié SANOGO	Chirurgie Générale
66	Mr Cheick Oumar GUINTO	Neurologie
67	Mr Mamadou B. DIARRA	Cardiologie
68	Mr Youssouf SOW	Chirurgie Générale
69	Mme Fatimata KONANDJI	Ophtalmologie
70	Mme Diénéba DOUMBIA	Anesthésie/Réanimation
71	Mr Nouhoum ONGOIBA	Anatomie & Chirurgie Générale
72	Mr Niani MOUNKORO	Gynécologie/Obstétrique
73	Mr Guimogo DOLO	Entomologie Moléculaire Médicale
74	Mr Sidi Mohamed COULIBALY	Ophtalmologie

**LES LESIONS TRAUMATIQUES MATERNELLES DE L'ACCOUCHEMENT : ASPECTS CLINIQUES ET
THERAPEUTIQUES AU CENTRE DE SANTE DE REFERENCE DE KITA.**

75	Mme Hawa THIAM	Dermatologie
76	Mr Hamidou Baba SACKO	ORL
77	Mr Youssouf COULIBALY	Anesthésie-Réanimation
78	Mr Diibril SANGARE	Entomologie Moléculaire Médicale
79	Mr Mamadou BA	Biologie, Parasitologie Entomologie Médicale

D.E.R. CHIRURGIE ET SPECIALITES CHIRURGICALES

PROFESSEURS / DIRECTEURS DE RECHERCHE		
N°	PRENOM(S) ET NOM	SPECIALITE
1	Mr Aladii Seïdou DEMBELE	Anesthésie-Réanimation
2	Mr Brouiave Massaoülé SAMAKE	Anesthésie Réanimation
3	Mr Diibo Mahamane DIANGO	Anesthésie-Réanimation
4	Mr Mohamed KEITA	Anesthésie Réanimation
5	Mr Adegné TOGO	Chirurgie Générale Chef de DER
6	Mr Alhassane TRAORE	Chirurgie Générale
7	Mr Bakary Tientigui DEMBELE	Chirurgie Générale
8	Mr Birama TOGOLA	Chirurgie Générale
9	Mr. Drissa TRAORE	Chirurgie Générale
10	Mr Soumaïla KEITA	Chirurgie Générale
11	Mr Yacaria COULIBALY	Chirurgie Pédiatrique
12	Mr Moussa Abdoulaye OUATTARA	Chirurgie Thoracique et cardio-vasculaire
13	Mr Sadio MENA	Chirurgie Thoracique
14	Mr Seydou TOGO	Chirurgie Thoracique et Cardio Vasculaire
15	Mr Tioukani THERA	Gynécologie/Obstétrique
16	Mr Youssouf TRAORE	Gynécologie/Obstétrique
17	Mr Drissa KANIKOMO	Neurochirurgie
18	Mr Oumar DIALLO	Neurochirurgie
19	Mr Japhet Pobanou THERA	Ophtalmologie
20	Mme Kadidiatou SINGARE	ORL-Rhino-Laryngologie
21	Mr Mohamed Amadou KEITA	ORL

**LES LESIONS TRAUMATIQUES MATERNELLES DE L'ACCOUCHEMENT : ASPECTS CLINIQUES ET
THERAPEUTIQUES AU CENTRE DE SANTE DE REFERENCE DE KITA.**

22	Mr Honoré Jean Gabriel BERTHE	Urologie
23	Mr Mamadou Lamine DIAKITE	Urologie

MAITRES DE CONFERENCES / MAITRES DE RECHERCHE

N°	PRENOM(S) ET NOM	SPECIALITE
1	Mr Abdoul Hamidou ALMEIMOUNE	Anesthésie Réanimation
2	Mr Abdoulaye TRAORE	Anesthésie Réanimation
3	Mr Daouda DIALLO	Anesthésie Réanimation
4	Mr Mahamadoun COULIBALY	Anesthésie Réanimation
5	Mr Mamadou Karim TOURE	Anesthésie Réanimation
6	Mr Moustapha Issa MANGANE	Anesthésie Réanimation
7	Mr Nouhoum DIANI	Anesthésie-Réanimation
8	Mr Seydina Alioune BEYE	Anesthésie Réanimation
9	Mr Siriman Abdoulaye KOITA	Anesthésie Réanimation
10	Mr Thierno Madane DIOP	Anesthésie Réanimation
11	Mr Abdoulaye DIARRA	Chirurgie Générale
12	Mr Amadou TRAORE	Chirurgie Générale
13	Mr Boubacar KAREMBE	Chirurgie Générale
14	Mr Bréhima BENGALY	Chirurgie Générale
15	Mr Idrissa TOUNKARA	Chirurgie Générale
16	Mr Koniba KEITA	Chirurgie Générale
17	Mr Lassana KANTE	Chirurgie Générale
18	Mr Madiassa KONATE	Chirurgie Générale
19	Mr Sékou Bréhima KOUMARE	Chirurgie Générale
20	Mr Sidiki KEITA	Chirurgie Générale
21	Mr Kalifa COULIBALY	Chirurgie orthopédique et traumatologie
22	Mr Issa AMADOU	Chirurgie Pédiatrique
23	Mr Abdoulaye SISSOKO	Gynécologie/Obstétrique
24	Mr Alassane TRAORE	Gynécologie/Obstétrique
25	Mr Amadou BOCOUM	Gynécologie/Obstétrique

**LES LÉSIONS TRAUMATIQUES MATERNELLES DE L'ACCOUCHEMENT : ASPECTS CLINIQUES ET
THÉRAPEUTIQUES AU CENTRE DE SANTÉ DE RÉFÉRENCE DE KITA.**

26	Mme Aminata KOUMA	Gynécologie/Obstétrique
27	Mr Ibrahima TEGUETE	Gynécologie/Obstétrique
28	Mr Ibrahim Ousmane KANTE	Gynécologie/Obstétrique
29	Mr Mamadou SIMA	Gynécologie/Obstétrique
30	Mr Seydou FANE	Gynécologie/Obstétrique
31	Mr Soumana Oumar TRAORE	Gynécologie/Obstétrique
32	Mr Boubacar BA	Médecine et chirurgie buccale
33	Mr Mahamadou DAMA	Neurochirurgie
34	Mr Mamadou Salia DIARRA	Neurochirurgie
35	Mr Moussa DIALLO	Neurochirurgie
36	Mr Oumar COULIBALY	Neurochirurgie
37	Mr Youssouf SOGOBA	Neurochirurgie
38	Mr Abdoulaye NAPO	Ophtalmologie
39	Mr Adama GUINDO	Ophtalmologie
40	Mme Fatoumata SYLLA	Ophtalmologie
41	Mr Lamine TRAORE	Ophtalmologie
42	Mr Nouhoum GUIROU	Ophtalmologie
43	Mr Seydou BAKAYOKO	Ophtalmologie
44	Mr Boubacary GUINDO	ORL-CCF
45	Mr Fatogoma Issa KONE	ORL
46	Mr Siaka SOUMAORO	ORL
47	Mr Youssouf SIDIBE	ORL
48	Mme Kadidia Oumar TOURE	Orthopédie Dentofaciale
49	Mr Abdoul Kadri MOUSSA	Orthopédie Traumatologie
50	Mr Layes TOURE	Orthopédie Traumatologie
51	Mr Mahamadou DIALLO	Orthopédie Traumatologie
52	Mr Bougady COULIBALY	Prothèse Scellée
53	Mr Alphousseiny TOURE	Stomatologie et Chirurgie Maxillo-Faciale
54	Mr Amady COULIBALY	Stomatologie et Chirurgie Maxillo-Faciale
55	Mr Alkadri DIARRA	Urologie
56	Mr Amadou KASSOGUE	Urologie

**LES LESIONS TRAUMATIQUES MATERNELLES DE L'ACCOUCHEMENT : ASPECTS CLINIQUES ET
THERAPEUTIQUES AU CENTRE DE SANTE DE REFERENCE DE KITA.**

57	Mr Dramane Nafo CISSE	Urologie
58	Mr Mamadou Tidiani COULIBALY	Urologie
59	Mr Moussa Salifou DIALLO	Urologie

MAITRES ASSISTANTS / CHARGES DE RECHERCHE

N°	PRENOM(S) ET NOM	SPECIALITE
1	Mme Fadima Koréissy TALL	Anesthésie Réanimation
2	Mr Seydou GUEYE	Chirurgie Buccale
3	Mr Ahmed BA	Chirurgie Dentaire
4	Mr Mohamed Kassoum DJIRE	Chirurgie Pédiatrique
5	Mr Abdoul Aziz MAIGA	Chirurgie Thoracique
6	Mr Abdoulaye KASSAMBARA	Stomatologie et Chirurgie Maxillo-Faciale
7	Mr Mamadou DIARRA	Ophtalmologie
8	Mme Assiatou SIMAGA	Ophtalmologie
9	Mme Hapssa KOITA	Stomatologie et Chirurgie Maxillo-Faciale

ASSISTANTS / ATTACHES DE RECHERCHE

N°	PRENOM(S) ET NOM	SPECIALITE
1	Mme Lydia B. SITA	Stomatologie

D.E.R. DE SCIENCES FONDAMENTALES

PROFESSEURS / DIRECTEURS DE RECHERCHE

N°	PRENOM(S) ET NOM	SPECIALITE
1	Mr Bakarou KAMATE	Anatomie-Pathologie
2	Mr Cheick Bougadari TRAORE	Anatomie-Pathologie Chef de DER
3	Mr Bakary MAIGA	Immunologie
4	Mr Mahamadou A. THERA	Parasitologie - Mycologie
5	Mme Safiatou NIARE	Parasitologie - Mycologie

MAITRES DE CONFERENCES / MAITRES DE RECHERCHE		
N°	PRENOM(S) ET NOM	SPECIALITE
1	Mr Abdoulaye KANTE	Anatomie
2	Mr Bourama COULIBALY	Anatomie Pathologie
3	Mme Aminata MAIGA	Bactériologie-Virologie
4	Mr Bassirou DIARRA	Bactériologie-Virologie
5	Mme Dieneba Bocar FOFANA	Bactériologie-Virologie
6	Mr Ousmane MAIGA	Biologie, Entomologie, Parasitologie
7	Mr Boubacar Sidiki Ibrahim DRAME	Biologie Médicale/Biochimie Clinique
8	Mr Moussa FANE	Biologie, Santé publique, Santé-Environnement
9	Mr Adama DAO	Entomologie médicale
10	Mr Drissa COULIBALY	Entomologie médicale
11	Mr Oumar SAMASSEKOU	Génétique/Génomique
12	Mr Bréhima DIAKITE	Génétique et Pathologie Moléculaire
13	Mr Yaya KASSOGUE	Génétique et Pathologie Moléculaire
14	Mr Sidi Boula SISSOKO	Histologie embryologie et cytogénétique
15	Mr Abdoulaye KONE	Parasitologie - Mycologie
16	Mr Aboubacar Alassane OUMAR	Pharmacologie
17	Mr Sanou Kho COULIBALY	Toxicologie

MAITRES ASSISTANTS / CHARGES DE RECHERCHE		
N°	PRENOM(S) ET NOM	SPECIALITE
1	Mme Assitan DIAKITE	Biologie
2	Antiémé Combo Georges TOGO	Contrôle de qualité des aliments
3	Mr Moussa KEITA	Entomologie Parasitologie
4	Mr Hama Abdoulaye DIALLO	Immunologie
5	Mr Saïdou BALAM	Immunologie
6	Mr Sidy BANE	Immunologie
7	Mr Modibo SANGARE	Pédagogie en Anglais adapté à la Recherche Biomédicale

8	Mr Bamodi SIMAGA	Physiologie
---	------------------	-------------

ASSISTANTS / ATTACHES DE RECHERCHE

N°	PRENOM(S) ET NOM	SPECIALITE
1	Mr Tata TOURE	Anatomie
2	Ibrahim KEITA	Biologie moléculaire
3	Mr Boubacar COULIBALY	Entomologie, Parasitologie médicale
4	Mme Nadié COULIBALY	Microbiologie, Contrôle Qualité

D.E.R. DE MEDECINE ET SPECIALITES MEDICALES

PROFESSEURS / DIRECTEURS DE RECHERCHE

N°	PRENOM(S) ET NOM	SPECIALITE
1	Mr Ichaka MENTA	Cardiologie
2	Mr Souleymane COULIBALY	Cardiologie
3	Mr Ousmane FAYE	Dermatologie-Vénérologie
4	Mr Moussa T. DIARRA	Hépatogastro-Entérologie
5	Mr Daouda K. MINTA	Maladies Infectieuses et Tropicales
6	Mr Issa KONATE	Maladies Infectieuses et Tropicales
7	Mr Sounkalo DAO	Maladies Infectieuses et Tropicales
8	Mme KAYA Assétou SOUKHO	Médecine Interne
9	Mr Youssoufa Mamoudou MAIGA	Neurologie
10	Mr Abdoul Aziz DIAKITE	Pédiatrie
11	Mr Boubacar TOGO	Pédiatrie
12	Mme Fatoumata DICKO	Pédiatrie
13	Mme Mariam SYLLA	Pédiatrie
14	Mr Yacouba TOLOBA	Pneumo-Phtisiologie Chef de DER
15	Mr Souleymane COULIBALY	Psychologie
16	Mr Adama Diaman KEITA	Radiologie et Imagerie Médicale
17	Mr Mahamadou DIALLO	Radiologie et Imagerie Médicale

MAITRES DE CONFERENCES / MAITRES DE RECHERCHE		
N°	PRENOM(S) ET NOM	SPECIALITE
1	Mme Asmaou KEITA	Cardiologie
2	Mr Boubacar SONFO	Cardiologie
3	Mme COUMBA Adiaratou THIAM	Cardiologie
4	Mr Hamidou Oumar BA	Cardiologie
5	Mr Ibrahim SANGARE	Cardiologie
6	Mr 110 Bella DIALL	Cardiologie
7	Mr Mamadou DIAKITE	Cardiologie
8	Mr Mamadou TOURE	Cardiologie
9	Mme Mariam SAKO	Cardiologie
10	Mr Massama KONATE	Cardiologie
11	Mr Samba SIDIBE	Cardiologie
12	Mr Youssouf CAMARA	Cardiologie
13	Mr Adama Aguisa DICKO	Dermatologie
14	Mr Mamadou GASSAMA	Dermatologie
15	Mr Yamoussa KARABINTA	Dermatologie
16	Mme SOW Diénéba SYLLA	Endocrinologie, Maladies Métaboliques et Nutrition
17	Mr Anselme KONATE	Hépto Gastro-Entérologie
18	Mme Hourouma SOW	Hépto Gastro-Entérologie
19	Mme Kadiatou DOUMBIA	Hépto-Gastro-Entérologie
20	Mme Sanra Déborah SANOGO	Hépto Gastro-Entérologie
21	Mr Abdoulaye Mamadou TRAORE	Maladies Infectieuses et Tropicales
22	Mr Garan DABO	Maladies Infectieuses et Tropicales
23	Mr Jean Paul DEMBELE	Maladies Infectieuses et Tropicales
24	Mr Yacouba CISSOKO	Maladies Infectieuses et Tropicales
25	Mr Mamadou A.C. CISSE	Médecine d'Urgence
26	Mme Djénébou TRAORE	Médecine Interne
27	Mr Djibril SY	Médecine Interne
28	Mr Hamadoun YATTARA	Néphrologie

**LES LESIONS TRAUMATIQUES MATERNELLES DE L'ACCOUCHEMENT : ASPECTS CLINIQUES ET
THERAPEUTIQUES AU CENTRE DE SANTE DE REFERENCE DE KITA.**

29	Mr Seydou SY	Néphrologie
30	Mr Guida LANDOURE	Neurologie
31	Mr Seybou HASSANE	Neurologie
32	Mr Thomas COULIBALY	Neurologie
33	Mr Belco MAIGA	Pédiatrie
34	Mme Diénéba KONATE	Pédiatrie
35	Mme Fatoumata Léonie François DIAKITE	Pédiatrie
36	Mr Fousseyni TRAORE	Pédiatrie
37	Mr Karamoko SACKO	Pédiatrie
38	Mme N'Drain SIDIBE	Pédiatrie
39	Mr Dianguina dit Noumou SOUMARE	Pneumologie
40	Mme Khadidia OUATTARA	Pneumologie
41	Mr Souleymane dit Papa COULIBALY	Psychiatrie
42	Mr Abdoulaye KONE	Radiologie et Imagerie Médicale
43	Mr Ilias GUINDO	Radiologie et Imagerie Médicale
44	Mr Issa CISSE	Radiologie et Imagerie Médicale
45	Mr Mody Abdoulaye CAMARA	Radiologie et Imagerie Médicale
46	Mr Ouncoumba DIARRA	Radiologie et Imagerie Médicale
47	Mr Ousmane TRAORE	Radiologie et Imagerie Médicale
48	Mr Salia COULIBALY	Radiologie et Imagerie Médicale
49	Mr Souleymane SANOGO	Radiologie et Imagerie Médicale
50	Mr Adama DIAKITE	Radiothérapie
51	Mr Aphou Sallé KONE	Radiothérapie
52	Mr Koniba DIABATE	Radiothérapie
53	Mr Idrissa Ah. CISSE	Rhumatologie

MAITRES ASSISTANTS / CHARGES DE RECHERCHE

N°	PRENOM S) ET NOM	SPECIALITE
1	Mr Diakalia Siaka BERTHE	Hématologie
2	Mr Yacouba FOFANA	Hématologie

**LES LESIONS TRAUMATIQUES MATERNELLES DE L'ACCOUCHEMENT : ASPECTS CLINIQUES ET
THERAPEUTIQUES AU CENTRE DE SANTE DE REFERENCE DE KITA.**

3	Mr Drissa Mansa SIDIBE	Médecine de la Famille/Communautaire
4	Mr Issa Souleymane GOITA	Médecine de la Famille/Communautaire
5	Mr Souleymane SIDIBE	Médecine de la Famille/Communautaire
6	Mr Adama Seydou SISSOKO	Neurologie-Neurophysiologie
7	Mr Aboubacar Sidiki N'DIAYE	Radiologie et Imagerie Médicale
8	Mr Alassane KOUMA	Radiologie et Imagerie Médicale
9	Mme Hawa DIARRA	Radiologie et Imagerie Médicale
10	Mr Mahamadoun GUINDO	Radiologie et Imagerie Médicale
11	Mr Mamadou DEMBELE	Radiologie et Imagerie Médicale
12	Mr Mamadou N'DIAYE	Radiologie et Imagerie Médicale
13	Mr Diigui KEITA	Rhumatologie

ASSISTANTS / ATTACHES DE RECHERCHE

N°	PRENOM S ET NOM	SPECIALITE
1	Mr Boubacari Ali TOURE	Hématologie Clinique

D.E.R. DE SANTE PUBLIQUE

PROFESSEURS / DIRECTEURS DE RECHERCHE

N°	PRENOM(S) ET NOM	SPECIALITE
1	Mr Seydou DOUMBIA	Epidémiologie
2	Mr Sor Ibrahim DIAWARA	Epidémiologie
3	Mr Cheick Oumar BAGAYOKO	Informatique Médicale
4	Mr Hamadoun SANGHO	Santé Publique, Chef de D.E.R.

MAITRES DE CONFERENCES / MAITRES DE RECHERCHE

N°	PRENOM S ET NOM	SPECIALITE
1	Mr Abdourahmane COULIBALY	Anthropologie de la Santé
2	Mr Oumar THIERO	Biostatistique/Bioinformatique
3	Mr Cheick Abou COULIBALY	Epidémiologie
4	Mr Housseini DOLO	Epidémiologie

**LES LESIONS TRAUMATIQUES MATERNELLES DE L'ACCOUCHEMENT : ASPECTS CLINIQUES ET
THERAPEUTIQUES AU CENTRE DE SANTE DE REFERENCE DE KITA.**

5	Mr Oumar SANGHO	Epidémiologie
6	Mr Nafomon SOGOBA	Epidémiologie
7	Mr Nouhoum TELLY	Epidémiologie
8	Mr Moctar TOUNKARA	Epidémiologie
9	Mr Birama Apho LY	Santé Publique

MAITRES ASSISTANTS / CHARGES DE RECHERCHE

N°	PRENOM(S) ET NOM	SPECIALITE
N°	Mr Samba DIARRA	Anthropologie de la Santé
2	Mme Halimatou DIAWARA	Economie de la santé
3	Mr Mahamoudou TOURE	Epidémiologie
4	Mr Souleymane Sékou DIARRA	Epidémiologie
5	Mme Fatoumata Korika TOUNKARA	Epidémiologie/ Santé Publique
6	Mr Salia KEITA	Médecine de la Famille/Communautaire
7	Mr Cheick Papa Oumar SANGARE	Nutrition
8	Mr Bakal DIARRA	Santé Publique
9	Mme Lalla Fatouma TRAORE	Santé Publique
10	Mr Ogobara KODIO	Santé Publique
11	Mr Ousmane LY	Santé Publique
12	Mr Ilo DICKO	Santé Publique
13	Mr Abdoul Salam DIARRA	Santé Publique

ASSISTANTS / ATTACHES DE RECHERCHE

N°	PRENOM(S) ET NOM	SPECIALITE
1	Mr Seydou DIARRA	Anthropologie de la Santé
2	Mr Abdrahamane ANNE	Bibliothéconomie-Bibliographie
3	Mr Bakary COULIBALY	Bibliothèques
4	Mr Mahmoud CISSE	Informatique médicale
5	Mme Fatoumata KONATE	Nutrition et Diététique
6	Mr Moussa SANGARE	Orientation, contrôle des maladies

**LES LÉSIONS TRAUMATIQUES MATERNELLES DE L'ACCOUCHEMENT : ASPECTS CLINIQUES ET
THÉRAPEUTIQUES AU CENTRE DE SANTÉ DE RÉFÉRENCE DE KITA.**

7	Mr Mohamed Mounine TRAORE	Santé Communautaire
8	Mme Diénéba DIARRA	Santé de la reproduction
9	Mme Niélé Hawa DIARRA	Santé Publique
10	Mr Brahima KONATE	Méthodes statistiques en santé

CHARGES DE COURS & ENSEIGNANTS VACATAIRES

N°	PRENOM(S) ET NOM	SPECIALITE
1	Mr Babou BAH	Anatomie
2	Mr Nicolas GUINDO	Anglais
3	Mr Toumaniba TRAORE	Anglais
4	Mr Diibril Mamadou COULIBALY	Biochimie
5	Mr Klétigui Casmir DEMBELE	Biochimie
6	Mr Madani MARICO	Chimie générale
7	Mr Blaise DACKOUO	Chimie organique
8	Mr Mamadou BA	Chirurgie Buccale
9	Mr Oumar KOITA	Chirurgie Buccale
10	Mr Mohamed Cheick HAIDARA	Droit médical appliqué à l'odontologie et Odontologie légale
11	Mr Yaya TOGO	Economie de la santé
12	Mr Bah TRAORE	Endocrinologie
13	Mr Modibo MARIKO	Endocrinologie
14	Mr Baba DIALLO	Santé publique bucco-dentaire
15	Mr Zana Lamissa SANOCJO	Ethique-Déontologie
16	Mr Issa COULIBALY	Gestion
17	Mr Kassim SIDIBE	Imagerie dentaire
18	Mr Kassoum BARRY	Médecine communautaire
19	Mr Lamine DIAKITE	Médecine de travail
20	Mme Mariame KOUMARE	Médecine de travail
21	Mr Brahima DICKO	Médecine Légale
22	Mme Rokia SANOGO	Médecine Traditionnelle
23	Mr Kassoum KAYENTAO	Méthodologie de la recherche

**LES LÉSIONS TRAUMATIQUES MATERNELLES DE L'ACCOUCHEMENT : ASPECTS CLINIQUES ET
THÉRAPEUTIQUES AU CENTRE DE SANTÉ DE RÉFÉRENCE DE KITA.**

24	Mr Fousseyni CISSOKO	OCE
25	Mr Ibrahima FALL	OCE
26	Mr Abdoul Karim TOGO	OCE
27	Mr Aly SY	OCE
28	Mr Abdrahamane A. N. Cisse	ODP
29	Mr Abdrahamane Salia MAIGA	Odontologie gériatrique
30	Mr Amsalla NIANG	Odontologie Préventive et Sociale
31	Mr Madani LY	Oncologie
32	Mr Lamine TRAORE	PAP / PC
33	Mr Souleymane SISSOKO	PAP / PC/Implantologie
34	Mr Aboubacar Sidiki Thissé KANE	Parodontologie
35	Mr Ousseynou DIAWARA	Parodontologie
36	Mr Joseph KONE	Pédagogie médicale
37	Mr Cheick Ahamed Tidiane KONE	Physique
38	Mr Morodian DIALLO	Physique
39	Mr Apérou dit Eloi DARA	Psychiatrie
40	Mme Kadiatou TRAORE	Psychiatrie
41	Mr Ibrahim PAMANTA	Rhumatologie
42	Mme Daoulata MARIKO	Stomatologie

Bamako, le 02 / 06 / 2026

Le Secrétaire Principal

Dr. Monzon TRAORE

DEDICACES ET REMERCIEMENTS

DEDICACES

Je dédie ce travail à :

ALLAH, L'Eternel, le tout Puissant, le tout Miséricordieux, le très reconnaissant. Au prophète **Mohamed** paix et salut sur lui, nous prions DIEU pour qu'il nous donne la foi pour vous témoigner notre respect et notre gratitude pour tout ce que vous avez fait pour l'humanité, afin d'avoir votre amour et que nous soyons à côté de vous à tout moment de la vie. Amen !

A la mémoire de mon très cher et adorable père : Feu Mahamadou L Sanogo, il m'est difficile de trouver les mots justes pour exprimer tout ce que tu représentes pour moi ton départ a laissé un vide immense, mais ton souvenir demeure une source inépuisable de force, de courage et d'inspiration. Tu as été bien plus qu'un père : un guide, un éducateur, un modèle de dignité et de persévérance. Par ton travail, tes sacrifices et ton amour, tu as semé en moi les valeurs qui m'ont permis d'avancer, dans les moments les plus difficiles. Chaque étape de ce parcours porte l'empreinte de ton enseignement et de ton soutien, même silencieux. J'aurais tant souhaité que tu sois présent pour partager ce moment de fierté, entendre tes conseils, et voir ton regard la joie de voir ton enfant accomplir ce rêve. Que le tout puissant t'accorde sa miséricorde et t'accueille dans son paradis. Amen!

A ma très chère et adorable mère : Mme Sanogo Safiatou Soucko, mère exemplaire, respectueuse, battante qui n'a jamais abandonné, ni failli devant une difficulté ou un problème dans son foyer et dans la société. Elle a toujours répondu aux cris de ses enfants. Maman, mettre un enfant au monde demande aussi une certaine responsabilité à savoir son éducation et son bien-être que vous avez pu bien donner à vos enfants. Mère, l'arbre que tu as planté et entretenu est maintenant mur. Cet arbre ne t'a jamais oublié et ne t'oubliera jamais pour tout ce que vous avez fait pour lui. Maman, je n'ai sincèrement pas trouvé de mots qui soient plus suffisants pour te remercier. Mais à travers ce travail, recevez l'expression de toute ma reconnaissance. Que Dieu te donne longue vie. Amen !

A ma Tante : Adama Sanogo Vos conseils, vos encouragements, vos soutiens m'ont beaucoup aidé dans mes études universitaires ; vous avez été toujours là pour me soutenir dans des moments difficiles. Chère tante recevez l'expression de toute ma reconnaissance. Que le tout puissant te donne une longue vie. Amen !

A Mes frères et sœurs : Malick Sanogo ; Mohamed Sanogo ; Brehima Sanogo ; FouneMakan Sanogo ; Kadidiatou Sanogo ; Fanta Sanogo ; nos parents se sont sacrifiés pour que nous ayons une bonne éducation et un avenir meilleur. Chers frères et chères sœurs, il est temps

pour nous, d'essayer de leurs rendre le fruit de tant d'efforts. Ce travail doit être un exemple pour nous et autant d'autres personnes.

REMERCIEMENTS

La réalisation de cette thèse a été possible grâce aux concours de plusieurs personnes à qui je voudrais témoigner toute ma reconnaissance. Je tiens à remercier tous mes professeurs, pour le partage de leurs expériences, leur savoir et leurs conseils.

À mes amis : Mohamed bolly, Mamadou K, souleymane, Moulaye, Housseyni, Ibrahim Sall vos soutiens, vos rigueurs, vos encouragements, vos conseils m'ont permis de franchir les obstacles, d'éviter les pièges et de graver les échelons. A travers ce modeste travail, je pris le bon Dieu que le lien d'amitié continu à être serré d'avantage qui est le fruit de vos efforts.

Au personnel du Csref de Kita :

Merci pour votre accueil chaleureux et votre contribution à la réalisation de ce travail.

Ames Aînés et collègues internes du Csref de Kita : Dr Kadry SANOGO, Dr Fatogoma DEMBELE, Dr Minamba DOUMBIA, Dr Soumaila POUDIOUGOU, Dr Alpha TOURE, Dr Abdoul Karim DIALLO ; N'to Diarra etc.....

Merci pour ces moments de partage. Puisse-nous rester solidaires !

Aux Sages-femmes, Infirmières-obstétriciennes, Matrones du Csref de Kita

Vous faites partie de ces personnes rares par leur gentillesse, leur tendresse et leurs grands cœurs. Trouvez ici, le témoignage de toutes mes reconnaissances pour votre inlassable soutien. Je vous souhaite une vie pleine de réussite, de santé et de bonheur.

A toute la quinzième promotion du numerus clausus FMOS

Merci pour ces temps passés ensemble. Ces 7 années, ont été pour moi une joie. Que Dieu fasse de nous de très bons médecins pour nos parents et pour nos différentes nations. Bonne continuation !

Atous mes maîtres du premier cycle jusqu'à l'Université

Merci pour l'enseignement reçu. Puisse le bon Dieu vous combler de Ses innombrables bienfaits. J'adresse une pensée intime de prompt rétablissement à tous les malades à quelques points du globe terrestre où ils se trouvent. Enfin, merci à tous ceux qui ont contribué de près ou de loin à la réalisation de ce travail dont je n'ai pas pu citer les noms. Qu'Allah vous préserve !

**HOMMAGES AUX
MEMBRES DU JURY**

A notre Maître et Président du jury

Professeur Tioukani A THERA

- ❖ Professeur de gynécologie-obstétrique à la FMOS
- ❖ Chef de service de gynécologie-obstétrique au CHU du Point-G
- ❖ Ancien faisant fonction d'interne des hôpitaux de Lyon (France)
- ❖ Ancien président de la commission médicale établissement au CHU du Point-G
- ❖ Secrétaire général de la Société Malienne de Gynécologie et Obstétrique (SOMAGO)
- ❖ Membre des sociétés maliennes, Africaine et Française de gynécologie obstétrique

Cher Maître

Vous nous avez honoré en acceptant de présider ce jury de thèse et cela malgré vos multiples et importantes occupations. Veuillez croire cher maître à l'expression de toute notre profonde gratitude.

Nous vous souhaitons santé et longévité et pleins de succès dans votre carrière.

A notre Maître et Juge

Professeur Ibrahim O Kanté

- ❖ Maître de conférences agrégé de gynécologie-obstétrique à la FMOS
- ❖ Praticien hospitalier au CHU du Point-G
- ❖ Ancien président de l'antenne de groupe inter africain d'étude , de recherche et d'application sur la fertilité au Mali
- ❖ Membre de la Société Malienne de Gynécologie et Obstétrique(SOMAGO)
- ❖ Titulaire d'un diplôme universitaire d'hormonologie échographie et d'andrologie de l'université Paris Descartes
- ❖ Titulaire d'un master en pédagogie à l'Institut Africain de Formation en Pédagogie , Recherche et Évaluation en Science de la Santé (IAFRES)

Cher Maître

Nous sommes très honorés par la spontanéité avec laquelle vous avez accepté de juger ce travail. Votre rigueur scientifique, votre simplicité et votre disponibilité font de vous un être remarquable. Vous êtes pour nous le modèle scientifique par excellence. Votre humanisme et votre empathie forcent le respect et l'admiration pour les personnes que nous sommes.

Recevez, cher maître, l'expression de notre infinie reconnaissance et de notre profond respect.

A notre Maître et juge

Professeur Seydina Alioune BEYE

- ❖ Maître de conférences agrégé à la FMOS
- ❖ Chef de service d'anesthésie-Réanimation à la clinique Mohamed VI de Bamako
- ❖ Membre de la Société d'Anesthésie-Réanimation et de la Médecine d'Urgence Mali
- ❖ Membre de la Société de Réanimation de la langue Française

Cher Maître

Nous tenons à vous exprimer notre profonde gratitude pour tout ce que vous avez apporté à la formation des professionnels de santé, votre rigueur scientifique, votre humanisme resteront pour nous un exemple à suivre.

Recevez ici mes sincères reconnaissances

A notre maître et juge

Dr Bouroulaye Diarra

- ❖ Praticien Gynécologie et obstétricien au service de gynécologie-obstétrique au CHU Pr BSS de Kati
- ❖ Membre de la Société Malienne de Gynécologie et Obstétrique (SOMAGO)
- ❖ Membre de la société Gynécologie et Obstétrique du Burkina Faso
- ❖ Membre du groupe technique du vaccin et de la vaccination du Mali

Cher maître,

C'est un plaisir pour nous d'avoir eu des moments d'entretien, de partage avec vous pour ce travail, vous êtes resté disponible, les bras ouverts pour nous et cela malgré vos multiples occupations.

Recevez ici mes sincères reconnaissances.

A notre Maître et Directeur de thèse

Professeur Aminata Kouma

- ❖ Chef de service de gynécologie –obstétrique du CHU Bocar Sidy Sall de Kati
- ❖ Maître de conférences de gynécologie et obstétrique à la FMOS
- ❖ Praticienne gynécologie obstétricienne au service de gynécologie et obstétrique du CHU Bocar Sidy Sall de Kati
- ❖ Membre de la Société Malienne de Gynécologie et Obstétrique (SOMAGO)
- ❖ Secrétaire général adjointe de la société Africaine de Gynécologie et Obstétrique (SAGO)
- ❖ Présidente de la commission médicale d'établissement du CHU Pr BSS de Kati

Cher Maître

C'est un grand honneur et une grande fierté pour nous d'être compté parmi vos élèves.

Vous êtes et demeurez une référence par votre expérience et par votre parcours professionnel. Nous, vous prions cher maître, d'accepter nos sincères remerciements.

Que le bon Dieu vous gratifie d'une longue et heureuse vie.

SIGLES ET ABREVIATIONS

LISTE DES SIGLES ET ABBREVIATIONS

BDCF : Bruit du cœur fœtal

BGR : Bassin généralement rétréci

CHUYO : Centre Hospitalier Universitaire Yalgado Ouédraogo

Cm : Centimètre

CSC : Centre de santé du cercle

Cscom : Centre de santé communautaire

Csref : Centre de santé de référence

DRC : Direction des ressources communes

FVV : Fistule vésico-vaginale

Gr : Gramme

IBM SPSS : International Business Machines – Statistical Package for the Social Sciences

KBK : Kita BafoulabéKénièba

Mm : Millimètre

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

TV : Touchée vaginale

USAC : Unité de soins ambulatoire et de consultation

VBG : Violence basée sur le genre

VMI : Version par manœuvre interne

LISTE DES TABLEAUX

LISTE DES TABLEAUX

Tableau I: Répartition selon la tranche d'âge	37
Tableau II: Répartition des patientes selon la profession.....	37
Tableau III: Répartition selon le niveau d'étude	38
Tableau IV: Répartition selon la phase du travail d'accouchement	41
Tableau V: Répartition selon agent ayant effectué les consultations prénatales.....	42
Tableau VI: Répartition des patientes selon agent accoucheur.....	42
Tableau VII: Répartition selon le type de bassin	42
Tableau VIII: Répartition selon l'état du périnée	43
Tableau IX: Répartition des patientes selon la cause de la lésion.....	44
Tableau X: Répartition des patientes selon le type de lésion.....	44
Tableau XI: Répartition des patientes de type lésion selon l'âge	45
Tableau XII: Répartition de type de lésion selon la parité	46
Tableau XIII: Répartition des patientes selon la parité et les degrés de déchirure périnéale ...	47
Tableau XIV: Répartition des patientes selon le geste réalisé	47
Tableau XV: Pronostic et profil évolutif des patientes	48

LISTE DES FIGURES

LISTE DES FIGURES

Figure 1: Vue anatomique inférieure du périnée féminin	9
Figure 2: Déchirure périnéale incomplète (2 ^e et 3 ^e degré) et Complète [18]	21
Figure 3: Déchirure cervicale selon leur localisation vaginale [14]	25
Figure 4: Carte administrative du district sanitaire de Kita	31
Figure 5: Distribution des patientes selon le statut matrimonial	38
Figure 6: Distribution des patientes selon les résidences	39
Figure 7: Distribution des patientes selon le mode d'admission	39
Figure 8: Distribution des patientes selon le motif d'admission	40
Figure 9: Distribution des patientes selon les antécédents médicaux	40
Figure 10: Distribution des patientes ayant effectuées la CPN	41
Figure 11: Distribution des patientes selon la voie d'accouchement	43

TABLE DES MATIÈRES

LISTE DES MATIERES

1. INTRODUCTION.....	2
2. OBJECTIFS	5
2.1 Objectif général	5
2.2 Objectifs spécifiques	5
3. GENERALITES.....	7
3.1Définition.....	7
3.2 Rappels anatomiques	7
3.2.1Lépinée.....	7
3.2.1.1 Définition anatomique.....	7
3.2.1.2 Définition obstétricale	7
3.2.1.3Description anatomique.....	7
3.2.2 Le vagin [18]	10
3.2.2.1 Définition	10
3.2.2.2 Situation anatomique.....	10
3.2.2.3 Description Anatomique	10
3.2.3 La vulve.....	13
3.2.3.1. Définition	13
3.2.3.2 Situation Anatomique.....	13
3.2.3.3 Direction.....	13
3.2.3.4 Forme	13
3.2.4 Le col de l'utérus.....	15
3.2.5 Utérus gravide.....	16
3.3. Etudes cliniques.....	17
3.3.1. Lésions génitales.....	17
3.3.1.1Circonstances de survenue de déchirures des voies génitales basses.....	17
3.3.1.2. Déchirures périnéales	18
3.3.1.3 Déchirures vaginales.....	21
3.3.1.4. Le thrombus vulvaire	22
3.3.1.5Lésions vulvaires.....	22
3.3.1.6Déchirures cervicales	23
3.3.1.7 la rupture utérine	25
3.3.2Prise en charge	28
3.3.2.1Traitement curatif.....	28
3.3.2.2 Traitement préventif.....	29

4. METHODOLOGIE	31
4.1. Lieu d'étude	31
4.2 Type et période d'étude	34
4.3 Population d'étude	34
4.4 Critères d'éligibilités	34
4.4.1critères d'inclusions	34
4.4.2 Critères de non inclusion.....	34
4.5 Échantillonnage	35
4.6 Procédures d'étude	35
4.6.1Technique de collecte des données	35
4.6.2Variables étudiées	35
4.6.3 Saisie et analyse de données	35
4.7Aspects éthiques	35
5. RESULTATS	37
6. COMMENTAIRES ET DISCUSSIONS	50
8. RECOMMANDATIONS.....	56
9. REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES	58
10. ANNEXES	63
10. FICHE SIGNALÉTIQUE	63

INTRODUCTION

1. INTRODUCTION

La maternité sans risque est un objectif idéal vers lequel tendent les efforts de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) et des ministères de la santé de chaque pays. Cependant les complications traumatiques maternelles liées à l'accouchement demeurent un problème majeur en gynécologie obstétrique [1]. Les traumatismes obstétricaux peuvent aussi être considérés comme un échec de la conduite de l'accouchement. Ils désignent toutes les lésions acquises résultant des forces mécaniques et/ou psychologiques durant le processus de l'accouchement. L'OMS veut réduire la mortalité maternelle en dessous de 70 pour 100000 naissances d'ici 2030 selon les objectifs du développement durable [2].

Au Mali la mortalité maternelle est de l'ordre de 325 pour 100000 naissances [3]. Les femmes victimes de morbidités graves en obstétrique, sur 15 à 30 de ces victimes, il survient un décès [4]. En règle générale l'accouchement est un processus naturel et physiologique permettant au fœtus et à ses annexes de franchir la voie génitale de manière harmonieuse [5]. Ce passage est rendu possible par l'adaptation des diamètres fœtaux notamment ceux de la tête à ceux du bassin maternel et des parties molles. L'accouchement est l'un des événements psychologiques les plus difficiles de la vie d'une mère [6]. Cependant celles qui ont vécu des complications de l'accouchement trouvent que c'est un processus négatif [7]. Environ 10 à 34% des gestantes sont confrontées à des expériences d'accouchement traumatiques [8].

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 [9]. Elles nécessitent une prophylaxie et un traitement qui ont une place importante dans la conduite de l'accouchement. 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 [10]. Une étude réalisée dans cinq maternités de Libreville par Minkobame Zaga Minko UP allant du 1er octobre au 31 Décembre 2019 a retrouvé 1328 cas de lésions traumatiques pour 2684 accouchements soit un pourcentage de 49,5% [11]. Sawadogo A a trouvé 2,6% au CHUYO de Ouagadougou sur une étude rétrospective de 2006 à 2009 à propos de 685 cas sur 22.888 accouchements [12]. Camara N a trouvé 9,3% sur une période de 6 mois à l'hôpital Niamakoro Fomba de Ségou à propos de 115 cas sur 1226 accouchements [13]. Témé O a retrouvé 3,8% sur 8426 accouchements sur une période d'une année [14]. Ces lésions peuvent concerner le col utérin, le vagin, le périnée et même hors des organes génitaux y compris la psychologie [15].

Il existe plusieurs facteurs favorisants : la macrosomie fœtale, la dystocie des épaules, l'allongement de la 2^e phase du travail, les présentations postérieures, celles des femmes excisées. Certaines sont dues à l'accoucheur : l'expression abdominale, les extractions instrumentales, les manœuvres obstétricales, le mauvais contrôle manuel du dégagement, dilatation artificielle du col. A ses causes s'ajoutent les facteurs congénitaux tels que les périnées courts ou cicatriciels [16].

Ces situations représentent une véritable urgence obstétricale, qui, en cas de lésions étendues où de retard dans la prise en charge peuvent engager le pronostic vital.

A ce jour aucune étude n'a encore été menée spécifiquement sur les lésions traumatiques maternelles de l'accouchement au centre de santé de référence de Kita, ce qui justifie ce travail dont les objectifs sont les suivants :

OBJECTIF

2. OBJECTIFS

2.1 Objectif général

- ❖ Etudier les lésions traumatiques maternelles de l'accouchement.

2.2 Objectifs spécifiques

- ❖ Déterminer la fréquence des lésions traumatiques maternelles de l'accouchement au Csref de Kita ;
- ❖ Identifier les facteurs de risque des lésions traumatiques maternelles de l'accouchement au Csref de Kita ;
- ❖ Décrire les aspects cliniques des lésions traumatiques maternelles de l'accouchement au Csref de Kita;
- ❖ Rapporter les modalités thérapeutiques des lésions traumatiques maternelles de l'accouchement au Csref de Kita.

GENERALITES

3. GENERALITES

3.1 Définition

Les lésions traumatiques maternelles de l'accouchement sont celles qui surviennent au moment de l'accouchement par suite d'un traumatisme [17].

Il peut s'agir de :

- ❖ Rupture utérine
- ❖ Déchirures périnéales
- ❖ Déchirures du col
- ❖ Déchirures vaginales
- ❖ Hématomes
- ❖ Fistule (vésico-vaginale, recto vaginale)

3.2 Rappels anatomiques

3.2.1 Le périnée

La paroi pelvi-périnéale 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 [17].

3.2.1.1 Définition anatomique

Le périnée est l'ensemble des parties molles fermant en bas l'excavation pelvienne [17].

3.2.1.2 Définition obstétricale

En obstétrique, il s'agit de la zone anatomique située entre la fourchette vulvaire et l'anus, communément appelée le périnée [18].

3.2.1.3 Description anatomique

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
- ❖ Une partie anale en arrière

Chacune de ces deux régions est située dans un plan différent, Sur le plan anatomique il existe, derrière cette peau périnéale un système musculo-aponévrotique complexe.

a- 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.

b- 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 anale du rectum. Ses fibres formes 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 [17].

c- 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.

d- Le diaphragme pelvien

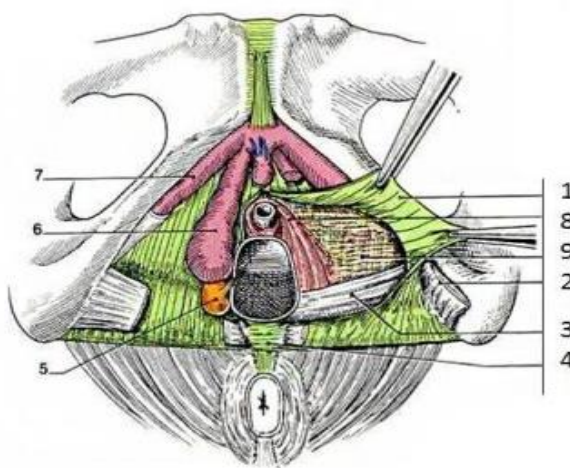
Le diaphragme pelvien, constitué des muscles élévateurs de l'anus et coccygien présente sur son axe sagittal en avant le hiatus urogénital traversé par l'urètre et le vagin, et en arrière le hiatus anal, contenant le canal anal [19].

e- Le fascia pelvien

Est l'ensemble des lames fibreuses d'origine mésenchymateuse recouvrant les parois du petit bassin et engainant les viscères qu'ils contiennent. C'est le prolongement du fascia transversal. On distingue deux parties [19] :

- ❖ Le fascia pelvien viscéral engainant les viscères et les cloisonne.
- ❖ Le fascia pelvien pariétal qui revêt la paroi pelvienne osseuse et musculaire. Il a un rôle de contention et de soutien des viscères pelvien.

- 1- feuillet inférieur de l'aponévrose périnéale moyenne
- 2- muscle transverse superficiel
- 3- muscle transverse profond
- 4- centre tendineux du périnée
- 5- glande vestibulaire majeure
- 6- bulbe vestibulaire
- 7- piliers du clitoris
- 8- sphincter externe de l'urètre
- 9- feuillet profond de l'aponévrose périnéale moyenne



Source : Université Claude Bernard Lyon 1. *Le périnée féminin* [Internet]. Anatomie Lyon1; 2020.

Figure 1: Vue anatomique inférieure du périnée féminin

3.2.2 Le vagin [18]

3.2.2.1 Définition

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

3.2.2.2 Situation anatomique

Il s'agit de l'organe impair médian, situé en partie dans l'excavation pelvienne en partie dans l'épaisseur du périnée. Il est compris entre vessie et urètre en avant et rectum en arrière. Il se fixe en haut sur le col qui fait saillie dans sa cavité. En bas la frontière entre le vagin et la vulve est marquée par l'hymen.

3.2.2.3 Description Anatomique

En station debout l'axe général du vagin est sensiblement parallèle à celui du détroit supérieur et croise en arrière la troisième ou la quatrième vertèbre sacrée. Il forme avec l'horizontal un angle ouvert en arrière de 65° environ. Il forme avec celui du col un angle ouvert en avant de 90° à 110° qui varie avec la réplétion de la vessie et du rectum. En décubitus dorsal le vagin fait avec l'horizontal un angle de 30° environ. L'axe du vagin se dirige obliquement en direction de la deuxième vertèbre sacrée.

❖ Forme

A l'état de vacuité le vagin est dans sa plus grande longueur aplati d'avant en arrière, ses parois antérieures et postérieures sont accolées l'une contre l'autre. Sa longueur moyenne est de 8cm, sa paroi antérieure (7cm) est plus courte que la paroi postérieure (8cm).

❖ Les rapports

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

a-Les rapports antérieurs

La paroi antérieure répond à la face postérieure de l'appareil urinaire, elle regarde en avant et en haut et présente à considérer deux portions :

❖ Une portion supérieure en rapport avec la base vésicale

Le bas-fond vésical est solidement fixé à la paroi antérieure du vagin par l'intermédiaire du septum vésico-vaginal. Celui-ci est individualisé chirurgicalement sous forme d'une lame résistante fibro-conjonctive appelée fascia de Halban. Ce dernier est constitué du septum vésico-vaginal et du fascia isolé artificiellement par la dissection chirurgicale. Cette partie supérieure occupe également la portion terminale de l'uretère pelvien.

Le trigone vésical est situé au-dessous du bas-fond vésical répondant directement le trigone vaginal.

❖ Une portion inférieure unie intimement à l'urètre

La portion inférieure du vagin, également appelée fornix vaginal inférieur, est intimement reliée à l'urètre, formant une structure anatomique importante appelée septum uréthro-vaginal. Ce septum est une fine cloison de tissu conjonctif et musculaire qui sépare l'urètre du vagin et contribue à la stabilité et à la continence urinaire.

b-Rapports postérieurs

La paroi postérieure présente à considérer trois segments :

- ❖ Un segment supérieur postérieur ou péritonéal formant avec la face postérieure de l'utérus et la face antérieure du rectum le cul-de-sac recto-utérin de Douglas.
- ❖ Un segment moyen situé au-dessous du cul-de-sac de Douglas, le vagin s'applique directement sur 4cm environ contre le rectum.
- ❖ Un segment inférieur : le rectum se coude (angle anal) devient oblique en bas en arrière. Il en résulte donc entre vagin et canal le triangle anneau vaginal qui contient le centre tendineux du périnée.

Le sommet de ce triangle reçoit des fibres de l'élévateur de l'anus. La base de ce triangle est comprise entre la fourchette vulvaire et l'anus. Elle mesure 25mm. Cette distance est importante en obstétrique. Ainsi les distances Ano-vulvaires supérieures à 25mm prédisposent aux déchirures périnéales incomplètes et celles inférieures à 25mm entraînent des déchirures périnéales plus graves mais moins fréquentes.

c- Les rapports latéraux

La paroi latérale présente à étudier trois segments. Au-dessus les élévateurs de l'anus

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

- ❖ L'artère vaginale qui se divise en branche vésico-vaginales ;
- ❖ Les branches vésico-vaginales d'origine utérine ;
- ❖ L'important plexus veineux du fond du pelvis ;

❖ Quelques voies lymphatiques et peu nombreuses.

Au niveau des élévateurs :

Le vagin est croisé par le bord interne des élévateurs à peu près à la jonction des 2/3 supérieurs et du tiers inférieur ; Au-dessous des élévateurs :

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

▪ **Extrémité supérieure ou fornix vaginal**

Elle comprend 4 segments :

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

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

▪ **L'extrémité inférieure**

Chez la vierge le vagin est séparé de la vulve par une membrane : l'hymen. Celle-ci est un repli muqueux incomplet, placé horizontalement quand le sujet est debout. Sa forme est très variable, ces variétés peuvent être groupées en trois types anatomiques

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

d-Configuration interne

Elle est faite de rides vaginales et de colonnes de rides vaginales.

❖ **Structure :**

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

- Une tunique externe ou fascia vaginal ;
- Une tunique moyenne ou musculaire ;
- Une tunique interne muqueuse.

❖ **Vaisseaux et nerfs**

Les artères : elles proviennent de chaque côté de haut en bas de l'utérine, de la vaginale et de l'hémorroïdale moyenne ;

Les veines : le réseau capillaire, plexus forme des faces antérieures et postérieures rejette dans un important plexus latéro-vaginal. Celui-ci s'anastomose en avant avec le plexus latéro-vésical. Il se draine en arrière dans les veines utérines en haut, et dans les veines rectales honteuses internes en bas.

Les lymphatiques : ils tirent leur origine dans la muqueuse et de la musculuse.

Les nerfs : les filets nerveux proviennent surtout de la partie antéro-inférieure des nœuds iliaques internes et accessoirement du nerf honteux interne.

3.2.3 La vulve

3.2.3.1. Définition

La vulve est une fente cutanée aboutissant au vestibule uro-génital [20].

3.2.3.2 Situation Anatomique

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

3.2.3.3 Direction

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

3.2.3.4 Forme

En position gynécologique elle se présente comme une saillie ovoïde à grande taille verticale avec le mont du pubis en avant et l'anus en arrière [20]. Les éléments qui la composent sont :

❖ Le mont du pubis

C'est une saillie arrondie triangulaire à sommet inférieur, situé devant la symphyse pubienne et limitée latéralement par les plis de l'aîne. Il se compose essentiellement d'un amas cellulo-adipeux recouvert d'un revêtement cutané.

❖ Les formations labiales

Elles sont constituées de :

a-Les grandes lèvres

Ce sont deux replis cutanés allongés transversalement du mont du pubis à la région périnéale. Elles mesurent en moyenne 7-8cm, épaisses de 2-3cm à leur base, à l'union de leur 1/3 antérieur, leurs 2/3 postérieurs et hautes de 1,5-2cm. Elles sont triangulaires et présentent deux faces externes et internes, un bord libre, une base et deux extrémités antérieures et

postérieures. Elles sont constituées par une lame conjonctivo-adipeuse avec un épithélium de type malpighien.

b-Les petites lèvres

Ce sont des replis cutanés d'apparences muqueuses en dedans. Elles sont roses unies humides dépourvues de poils, elles mesurent en moyenne 30-35mm de longueur, 10-15mm de hauteur, elles sont épaisses de 3-4mm à leur base. Elles présentent à décrire deux faces externes et internes, un bord libre, un bord adhérent aux deux extrémités. Elles sont formées par un double feuillet cutané emprisonnant au centre une lame fibro-élastique riche en feuillet nerveux et surtout en vaisseaux rappelant les corps érectiles.

❖ L'espace inter labial ou canal vulvaire

C'est l'espace limité par la face interne des petites et grandes lèvres, virtuel à l'état normal, il devient un véritable canal lorsqu'on écarte les formations labiales. Il mesure 6-7cm de long et 2cm de large. Le fond du canal constitue le vestibule limité en avant par le clitoris en arrière par la commissure postérieure des petites lèvres. Ils présentent à décrire deux régions : en avant le vestibule de l'urètre en arrière le vestibule du vagin.

❖ Les organes érectiles

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

❖ Le clitoris

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

❖ Les rapports

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

❖ Les bulbes vestibulaires

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

d-Les glandes vulvaires

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

❖ **Les glandes urétrales (de SKENE)**

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

❖ **Les glandes vestibulaires majeures (de Bartholin)**

Ce sont des glandes mucipares qui secrètent au cours des rapports sexuels un liquide lubrifiant le vagin. Elles sont au nombre de deux situées de chaque côté de la moitié postérieure de l'orifice vaginale. Elle mesure 10-15mm de long 8mm long de hauteur et 5mm d'épaisseur et pèsent environ 4-5g. Elles sont situées entre le muscle constructeur du vagin et le muscle bulbo-spongieux. C'est une glande en grappe.

e-Vaisseaux et nerfs

Les artères : la partie antérieure est vascularisée par :

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

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

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

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

3.2.4 Le col de l'utérus

3.2.4.1. Description anatomique

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

- ❖ L'une intra vaginale ou museau de tanche qui est visible lors de l'examen au spéculum et porte l'orifice externe du col.
- ❖ L'autre supra vaginale dont l'intérêt est avant tout d'ordre pathogénique lors des prolapsus et chirurgical.
- ❖ La portion intermédiaire correspond à l'insertion vaginale qui se fait suivant un plan oblique en bas et en avant.

L'orifice externe est d'aspect variable.

- ❖ Punctiforme ou circulaire chez la vierge et la nullipare.

- ❖ Transversal avec des incisions après un accouchement.

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

Le canal cervical est long de 2 à 3cm. L'exo col est constitué de lèvres antérieure et postérieure allongées transversalement arrondi chez la nullipare, aplati transversalement chez la multipare. Ces deux lèvres centrent l'orifice externe. A l'état normal le col de l'utérus est enté fléchi faisant un angle de 100 à 120 degrés sur le corps utérin.

- ❖ Sa portion supra vaginale est en rapport avec la base de la vessie en avant en arrière le rectum latéralement le tissu cellulo-fibreux de la base du ligament large et le croisement de l'artère utérine et de l'uretère.
- ❖ Dans sa portion intra vaginale il répond au cul-de-sac du vagin plus ample et profond en arrière qu'en avant [21].

3.2.5 Utérus gravide

Il subit d'importantes modifications portant sur sa morphologie, sa structure, ses rapports, ses propriétés physiologiques :

- ❖ Le péritoine viscéral est hypertrophié,
- ❖ La vascularisation, tant artérielle que veineuse, subit une inflation considérable,
- ❖ Le segment inférieur se constitue au dernier trimestre, une couche superficielle très mince aux fibres longitudinales.

C'est la partie comprise entre le corps et le col utérin sur laquelle la césarienne s'effectue le plus souvent. La musculature du segment inférieur est constituée de trois couches, deux couches profondes dont les fibres ont une direction transversale. Il est riche en éléments conjonctifs, ce qui favorise la cicatrisation et la muqueuse est moins épaisse. Ses artères sont des branches cervico vaginales peu nombreuses sinueuses de direction transversale: les points simples sont préférés aux points X qui sont ischémies [22]. L'utérus augmente progressivement de volume, d'autant plus vite que la grossesse est plus avancée. Globuleux pendant les premiers mois, il devient ovoïde à grand axe vertical et à grosse extrémité supérieure pendant les derniers mois.

Capacité : la capacité de l'utérus est de 2 à 3ml l'état non gravide ; à terme, elle est de 4 à 5l.

Poids : Non gravide, l'utérus pèse 50gr ; à terme, son poids varie de 900 à 1200gr.

Consistance : Non gravide, l'utérus est ferme ; il devient mou pendant la grossesse.

Situation : L'utérus est en situation pelvienne en dehors et pendant les premières semaines de la grossesse. Son fond déborde légèrement le bord supérieur du pubis dès la fin du deuxième mois. Secondairement, son développement se fait dans l'abdomen pour atteindre à terme l'appendice xiphoïde.

❖ **Rapport**

Au début de la grossesse, les rapports de l'utérus sont les mêmes qu'en dehors de la grossesse. Ils sont encore pelviens. A terme, l'utérus est abdominal.

- En avant : sa face antérieure répond à la paroi abdominale.
- En arrière : L'utérus est en rapport avec la colonne vertébrale, la veine cave inférieure et l'aorte. Sur les flancs, les muscles psoas croisés par les uretères une partie d'anses grêles.
- En haut : le fond utérin soulève le colon transverse, refoule l'estomac en arrière et peut rentrer en rapport avec les fosses côtes. Adroite, il répond au bord inférieur du foie à la vésicule biliaire ; le bord droit étant tourné vers l'arrière rentre en contact avec le caecum et le colon ascendant ; le bord gauche, quant à lui, répond à la masse des anses refoulées en arrière au colon ascendant.

3.3. Etudes cliniques

3.3.1. Lésions génitales

3.3.1.1 Circonstances de survenue de déchirures des voies génitales basses

Les déchirures des voies génitales basses surviennent le plus souvent au cours du travail et de l'accouchement, et leur fréquence est influencée par plusieurs facteurs obstétricaux. Parmi les circonstances les plus fréquentes, on retrouve :

- ❖ **La primiparité** : Les femmes accouchant pour la première fois ont un vagin et un périnée moins étirables, ce qui les expose davantage aux déchirures, notamment du périnée et des lèvres vaginales.
- ❖ **Les extractions instrumentales** : L'utilisation de forceps ou de ventouses augmente le risque de traumatisme des tissus génitaux, en raison de la traction exercée sur le périnée et le canal vaginal.
- ❖ **La macrosomie fœtale** : L'accouchement d'un bébé de poids élevé (souvent > 4 kg) entraîne un étirement excessif des tissus et accroît le risque de déchirures sévères, notamment du périnée et du canal vaginal inférieur.

D'autres facteurs peuvent également intervenir, tels que la vitesse d'expulsion trop rapide, les positions maternelles, ou les anomalies de présentation fœtale, mais la primiparité, les extractions instrumentales et la macrosomie restent les facteurs les plus corrélés aux lésions des voies génitales basses

3.3.1.2. Déchirures périnéales

Il existe plusieurs classifications, la suivante est celle de la classification de Merger. Cet auteur classe les déchirures du périnée en trois (3) grands types : Les déchirures incomplètes, les déchirures complètes et les déchirures complètes et compliquées.

❖ Les déchirures périnéales incomplètes

Ces déchirures comportent trois degrés [23].

Les déchirures périnéales sont classées selon la profondeur et l'étendue des tissus atteints, et leur identification est essentielle pour la prise en charge post-partum et la prévention des complications :

▪ Déchirure périnéale du 1er degré

Elle concerne uniquement les tissus superficiels : la muqueuse vaginale, l'anneau périnéale, ainsi que les tissus sous-cutanés de la commissure vulvaire. Les structures musculaires profondes ne sont pas atteintes. Cette déchirure guérit généralement rapidement et peut être suturée avec une anesthésie locale minimale.

▪ Déchirure périnéale du 2ème degré

Elle englobe tous les éléments du 1er degré et les muscles superficiels du périnée, notamment les muscles bulbo-caverneux et la partie antérieure du noyau fibreux central du périnée. Les muscles transverses du périnée restent intacts. La réparation nécessite une suture musculaire soigneuse pour restaurer le soutien périnéal et prévenir l'incontinence.

▪ Déchirure périnéale du 3ème degré

Elle affecte tous les muscles du noyau fibreux central du périnée, incluant le sphincter vaginal et les muscles profonds du périnée. Le sphincter anal est intact, ce qui la distingue des déchirures du 4ème degré. La prise en charge requiert une réparation chirurgicale minutieuse sous anesthésie appropriée afin d'éviter des séquelles fonctionnelles telles que l'incontinence urinaire ou sexuelle.

❖ Les déchirures périnéales complètes

La déchirure atteint le sphincter anal, de manière partielle ou complète. Les extrémités du sphincter lésé se rétractent, créant une communication anormale entre la vulve et l'anus. Au toucher rectal, on ne perçoit plus que la muqueuse anale, tout le tissu musculaire ayant disparu [23].

❖ Les déchirures périnéales complètes et compliquées

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

communiquent largement, constituant une sorte de cloaque. La déchirure anale à la forme d'un v à pointe supérieure [23].

❖ **La déchirure centrale du périnée**

Cette forme anatomique particulière est rare. Elle est due à la mauvaise direction de la tête pendant le dégagement (présentation du bregma, quelquefois de la face) ils s'agit des présentations défléchies [23].

❖ **Etiologies**

Les déchirures périnéales surviennent au moment du dégagement de la présentation [24].

a-causes maternelles

❖ **Qualité du tissu périnéal**

La constitution tissulaire varie d'une femme à l'autre. Un périnée souple et bien vascularisé s'adapte mieux à la distension, tandis qu'un périnée rigide, inextensible ou peu élastique se déchire plus facilement.

❖ **Longueur du périnée**

La longueur périnéale joue un rôle déterminant dans le risque traumatique.

Un périnée long est généralement plus sujet aux déchirures superficielles, car il offre une résistance plus importante lors du passage de la présentation.

Un périnée court, en revanche, bien qu'il se déchire moins souvent, présente des déchirures plus graves lorsqu'elles surviennent, en raison de la proximité des structures profondes.

Ainsi, les périnées de longueur moyenne sont considérés comme les moins vulnérables [23].

❖ **Périnée étiré chez les patientes avec luxation de la hanche**

Certaines anomalies posturales ou pathologies orthopédiques, telles que les luxations de la hanche, modifient la dynamique pelvienne et tendent excessivement le périnée, diminuant sa capacité d'adaptation.

❖ **Périnée mal étoffé**

Les périnées hypotrophiques ou agénésiques, caractérisés par un manque de tissu musculaire ou conjonctif, sont moins résistants et donc prédisposés aux lésions lors de l'accouchement.

❖ **Périnée cicatriciel**

Les antécédents de traumatismes, de chirurgies périnéales ou de déchirures mal cicatrisées altèrent l'élasticité et la résistance du périnée, ce qui augmente le risque de déchirure lors d'un accouchement ultérieur.

❖ **Périnée œdématié ou infecté**

Un périnée présentant un œdème, une inflammation ou une infection perd sa souplesse naturelle et devient plus fragile, favorisant l'apparition de déchirures pendant l'expulsion fœtale.

b-causes fœtales

- ❖ Présentation de grand volume ;
- ❖ Diamètre bi-acromial important ;
- ❖ Dégagement du sommet en occipito-sacré ;
- ❖ Dégagement des présentations défléchies (face, bregma) ;
- ❖ Procidence ou latérocidence d'un membre ;
- ❖ Dégagement brusque en cas d'accouchement de la tête dernière et en cas de dégagement de têtes trop petites.
- ❖ Présentation du siège.

c-causes obstétricales

La primiparité : la fréquence des déchirures périnéales complètes est trois fois plus importante lors du premier accouchement que les accouchements suivants [24]. Les manœuvres obstétricales augmentent deux à trois le risque des déchirures périnéales complètes [24]. L'épisiotomie médiane augmente quatre à neuf fois le risque de déchirure périnéale complète. Les viciations pelviennes prédisposent aux déchirures (luxation de la hanche, cyphotique) Toutes extractions instrumentales sans épisiotomie surtout l'application du forceps dans l'extraction sur tête dernière risquent de provoquer des déchirures hélicoïdales du vagin [25].

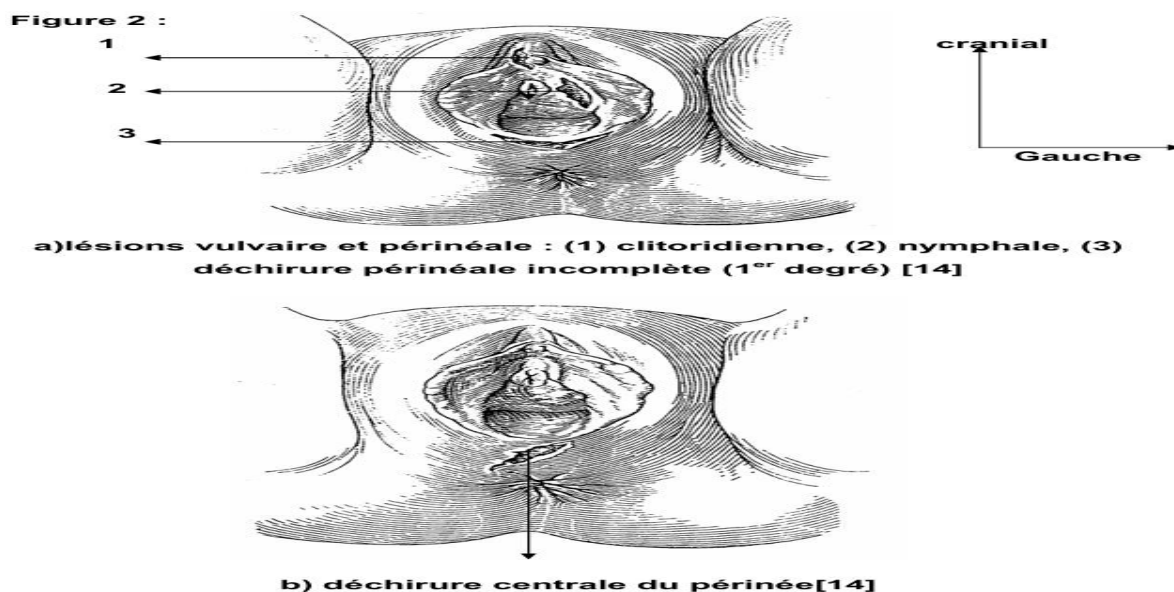


Figure 2 : Représentation anatomique des principales lésions vulvaires et périnéales observées lors de l'accouchement. [18]

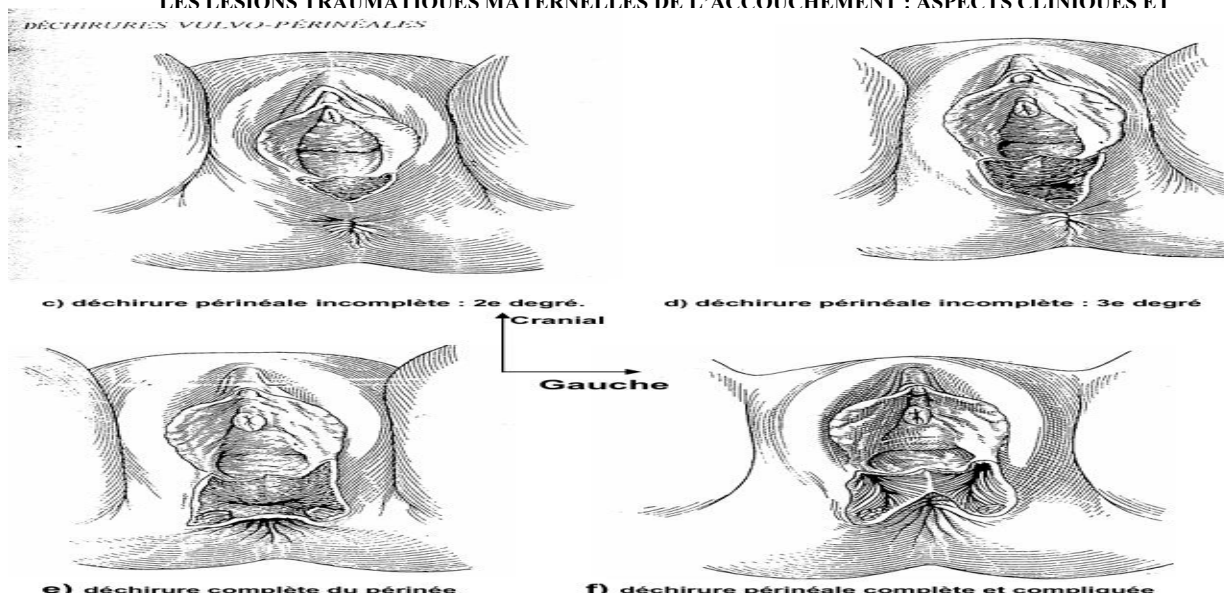


Figure 2: Déchirure périnéale incomplète (2e et 3e degré) et Complete [18]

3.3.1.3 Déchirures vaginales

❖ Anatomie pathologique

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

a- Les déchirures vaginales basses (périnée-vaginales)

Les déchirures vaginales basses, encore appelées déchirures périnée-vaginales, représentent les lésions les plus fréquemment observées lors de l'accouchement. Elles intéressent le tiers inférieur du vagin et s'étendent souvent vers le périnée superficiel

b- Les déchirures vaginales hautes ou (déchirures du dôme vaginal)

Les déchirures vaginales hautes, également appelées déchirures du dôme vaginal, sont des lésions exceptionnelles observées au cours de l'accouchement. Elles intéressent principalement les **culs-de-sac vaginaux** (fornix antérieur, postérieur ou latéraux), zones profondes du vagin situées au contact direct du col utérin.

❖ Les déchirures vaginales moyennes

Les déchirures vaginales moyennes se situent entre les lésions vaginales basses et les déchirures du dôme vaginal. Elles intéressent généralement la partie moyenne du canal vaginal et sont presque toujours associées à un accouchement opératoire difficile

❖ Étiologies

- rétrécissement vaginal congénitale ou cicatriciel [26].
- Cancer du vagin
- Les lésions syphilitiques
- Les applications de forceps dans les occipito-postérieures [23].
- Excès de volume de la présentation.

❖ **Pronostic et complications**

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

3.3.1.4. Le thrombus vulvaire

Il apparaît le plus souvent après la suture d'une déchirure vaginale dû à un défaut de suture qui n'a pas intéressé les plexus veineux de la paroi vaginale à la partie haute de la déchirure. Le développement du thrombus est lié à une dilacération des plexus veineux dans l'épaisseur de la paroi vaginale après dissociation de ces différentes couches. La douleur pelvi-périnéale est le principal symptôme du thrombus. Son traitement consiste à une évacuation et suture de la paroi vaginale [27].

3.3.1.5 Lésions vulvaires

❖ **Anatomie pathologique**

Les lésions vulvaires peuvent être isolées : Les lésions hyménales, les lésions vulvaires antérieures et les lésions vulvaires latérales.

a-Les déchirures hyménales

Ces lésions sont constantes chez la primipare, le 1er accouchement achève de détruire l'hymen non entièrement disparu après défloration. Chez la multipare il n'existe plus que quelques restes d'hymen sans continuité connu sous le nom de caroncules myrtiliformes dont l'intérêt n'est guère que médico-légal.

b-Les déchirures antérieures clitoridiennes

Les lésions vulvaires antérieures sont péri-clitoridiennes le plus souvent unilatérales de caractère hémorragique. On peut observer un décollement de la région urétrale rendant le sondage difficile.

c-Les déchirures latérales nymphales

Quant aux lésions latérales, ce sont de petits éclatements vulvaires qui saignent moins que les lésions antérieures et n'ont d'autre inconvénient que leur cicatrisation quelque fois douloureuse, origine de dyspareunie.

❖ **Évolutions et pronostic des déchirures vulvo-périnéales**

La cicatrisation spontanée est possible dans les déchirures incomplètes mais elle pourrait laisser des cicatrices irrégulières et douloureuses ;

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

3.3.1.6 Déchirures cervicales

❖ Définition

Ce sont des solutions de continuité non chirurgicales du col utérin survenues au moment de l'accouchement. Il s'agit des saignements provenant de la profondeur, fait de sang rouge émis comme un filet qui tranche sur le fond noir de la nappe sanguine provenant de sinus utérins. L'abondance est variable, habituellement légère mais parfois importante entraînant des signes généraux : pâleur état de choc, hypovolémie.

❖ Les différents types de déchirures du col

Il y a trois types de déchirures du col utérin [23]:

a-Les déchirures sous vaginales

Ces déchirures ne menacent aucun viscère, car elles sont limitées aux structures superficielles. Elles siègent dans la partie basse du col utérin, en regard de la face postérieure du vagin, et correspondent à des lésions généralement bénignes mais nécessitant une inspection attentive pour éviter un saignement persistant

b-Les déchirures sus vaginales

Les déchirures sus-vaginales sont des lésions plus sévères car elles dépassent le niveau du dôme vaginal. Contrairement aux déchirures vaginales basses ou moyennes, elles menacent des structures anatomiques majeures.

c-Les déchirures latérales

Ces déchirures touchent les parois latérales du vagin et peuvent s'étendre vers le segment inférieur de l'utérus, impliquant parfois les tissus adjacents.

❖ **Etiologies**

Les déchirures du col peuvent survenir de façon spontanée, provoquée ou pathologique.

- **Spontanées**

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

- **Pathologiques:**

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

- **Provoquées**

Elles sont plus graves que les précédentes. Les causes sont : les indications les instruments mal indiqués ou mal exécutés.

- Poussée sur le col à dilatation incomplète.
- Manœuvres instrumentales sur le col à dilatation incomplète
- Extraction de la tête dernière avant dilatation complète
- Ocytocique [26].
- Version par manœuvre interne à dilatation incomplète [26].
- Dilatation artificielle du col [26].
- Gros fœtus [26].

❖ **Les complications**

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

❖ **Pronostic**

- Le pronostic bénin pour la déchirure sous vaginale
- Réservé pour la déchirure sus vaginale
- Récidives des déchirures latérales hautes
 - Ectropion (col déchiqueté)
 - Brides cervico-vaginales qui donnent souvent les dyspareunies

- Cancer chez la multipare à col déchiqueté.

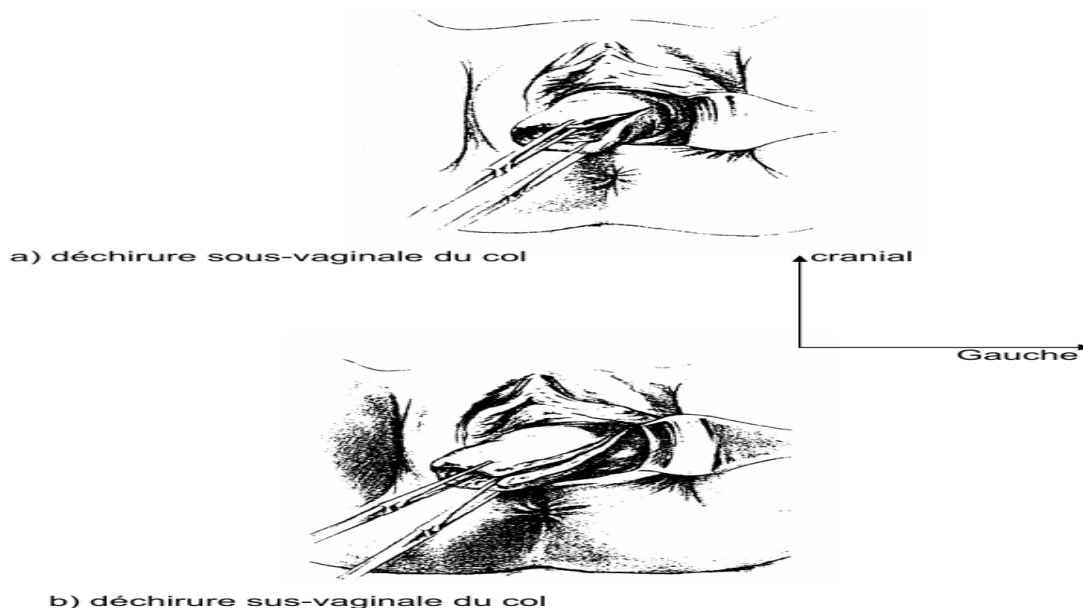


Figure 3: Déchirure cervicale selon leur localisation vaginale [14]

3.3.1.7 la rupture utérine

❖ Définition

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

❖ Anatomie pathologie

- **Siège de la rupture** : sur le segment inférieur, rarement sur le corps utérin.
- **Direction** : Elle est verticale, oblique ou transversale.
- **Profondeur** : la rupture peut intéresser toutes les tuniques de l'utérus (rupture complète) mais elle peut intéresser les 2 premières (caduque et myomètre) dans ce cas le péritoine est intact (rupture incomplète ou rupture sous péritonéale).

Dans les ruptures complètes le fœtus et le placenta sont expulsés dans la cavité abdominale. La rupture peut être étendue latéralement et atteindre les pédicules utérins. Ces variétés sont très hémorragiques (mortalité maternelle élevée). La rupture dans sa forme habituelle survient toujours après un syndrome de pré- rupture, il est essentiel d'en connaître la symptomatologie car son traitement permet de prévenir la rupture utérine.

a-Syndrome de pré rupture

Ses manifestations sont :

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

Aux anomalies de contractions utérines s'ajoutent celles de la dilatation du col qui s'œdématisent et s'épaississent, la parturiente devient anxieuse et agitée. Si on n'intervient pas à ce stade survient la rupture utérine annoncée par la sensation d'écoulement de liquide chaud dans le ventre de la parturiente, elle ressent un état de bien être relatif.

b-Rupture proprement dite

L'interrogatoire précise les circonstances de survenue de la rupture utérine ; ses antécédents surtout obstétricaux ; gynécologiques ; chirurgicaux.

❖ Examen physique

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

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

❖ Etiologies

Les causes de la rupture utérine sont multiples.

a-Causes maternelles

Il s'agit des anomalies du bassin osseux notamment :

- bassin limite ;
- BGR (bassin généralement rétréci)
- La multiparité ;
- Cicatrices utérines.

b-Causes fœtales

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

c-Causes iatrogènes

- L'usage abusif d'ocytociques
- Les extractions instrumentales lorsqu'elles sont mal indiquées et mal pratiquées (forceps/ exemple).
- Manœuvres obstétricales : Version par manœuvre interne (VMI) mal indiquée, mal pratiquée, la manœuvre par version externe.

3.3.1.8. Fistule vésico-vaginale

❖ Etiopathogénie

Les FVV obstétricales surviennent au cours d'un accouchement dystocique (c'est – à- dire un accouchement difficile quel que soit la cause de l'obstacle) par manque de surveillance et de traitement appropriés. On pense que, dans ces conditions, la tête du fœtus peut se bloquer dans le petit bassin et comprimer pendant plusieurs heures ou plusieurs jours la paroi vésicale contre la symphyse pubienne en avant. Après un certain délai (plus de 24 heures) cette compression entraîne une nécrose de la paroi vésicale par ischémie. L'accouchement finit par se produire (l'enfant est le plus souvent mort) et, quelques jours après, la fistule apparaît (chute de l'escarre). Toutes les causes de dystocie peuvent entraîner ces accouchements trop prolongés. Les FVV obstétricales se voient surtout chez les femmes jeunes, en âge de procréer, et dans plus de la moitié des cas, primipares. Les facteurs favorisant : Activité génitale précoce (grossesse précoce), accouchement avec vessie pleine, femme de petite taille (taille < 150cm), bassin asymétrique, mutilations génitales féminines (excision), CPNO, accouchement à domicile et le sous-équipement et le manque de maternités et de sages-femmes dans les zones rurales.

❖ Diagnostic de la FVV

L'écoulement permanent ou intermittent des urines par le vagin constitue le symptôme principal de la fistule obstétricale. L'interrogatoire s'attachera à préciser les modalités de cette incontinence, si elle est permanente ou intermittente, partielle ou totale :

Partielle : la femme pouvant conserver des mictions spontanées ;

Intermittentes : l'incontinence est plus marquée en position debout (fistule basse) ou couchée (fistule haute) ; certaines formes dites en « clapet » voient leur incontinence disparaître dans certaines positions. Les fistules sphinctériennes de petites dimensions et de siège trigonal ne donnent pas l'incontinence mais des mictions intra vaginales. La mise en place d'une sonde à demeure peut atténuer souvent ou faire disparaître l'incontinence.

❖ **Les autres signes**

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

A l'examen physique la malade est en position gynécologique : L'odeur ammoniacale à l'approche de la malade est évocatrice. Les touchers pelviens permettent de localiser la fistule, d'apprécier sa taille et l'état des tissus adjacents. L'épreuve au bleu de méthylène vésical et la cystoscopie sont négatives, l'injection intra veineuse du bleu de méthylène ou d'indigo carmin est positive.

3.3.2 Prise en charge

Elle dépend du type de lésion.

3.3.2.1 Traitement curatif

❖ **Les Déchirures vulvo-périnéale**

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

- **Dans les déchirures incomplètes (1ère et 2ème degrés)**

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

- 1è temps : la suture de la muqueuse vaginale par le vicryl 2/0 en surjet simple à partir du point apical de la déchirure vers l'orifice vaginal.
- 2è temps : suture de la musculature en surjet ou par des points simples.
- 3è temps : suture de la peau par du fil non résorbable en points simples séparés.

- **Dans les déchirures complètes et compliquées (3ème et 4ème degrés)**

La réparation comporte deux (2) temps :

- 1è temps : la réfection du sphincter anal par des points séparés.
- 2è temps : On change de gant et on procède à la réparation comme dans le cas d'une déchirure incomplète.

❖ **Déchirures cervicales**

Dans certains cas, les lésions saignent peu et un simple tamponnement avec des compresses stériles permet l'arrêt de l'hémorragie. Souvent l'hémostase est difficile d'où la nécessité d'une suture hémostatique. Si la déchirure s'étend au segment inférieur, la prise en charge relève alors de celle d'une rupture utérine.

❖ **Déchirures vaginales**

Le tamponnement suffit souvent pour arrêter l'hémorragie. Dans le cas échéant on procède à une suture d'hémostase.

❖ **Rupture utérine**

- **Traitement médical** : oxygénothérapie ; remplissage vasculaire avec des macromolécules ; une transfusion dans la plupart des cas.
- **Traitement chirurgical** : deux options :
 - **Hystéroggraphie** : elle a pour avantage sa rapidité et le maintien de la fonction de l'utérus.
 - **L'hystérectomie** : Elle est plus longue à réaliser ; pouvant être totale ou subtotale.

3.3.2.2 Traitement préventif

- ❖ Respect de la physiologie de l'accouchement ;
- ❖ Maîtrise des manœuvres obstétricales ;
- ❖ Respecter les indications de l'épisiotomie.

METHODOLOGIE

4. METHODOLOGIE

4.1. Lieu d'étude

Notre étude a été réalisée au service de maternité dans le centre de santé de référence de Kita.

❖ Présentation du centre de santé de référence de Kita (CS Réf)

• Situation géographique

Situé dans la partie Sud-Est de la première région du Mali, la région de Kita abrite l'un des plus grands districts sanitaires de la région de Kayes avec 40 Centres de Santé Communautaires. Le cercle compte en plus du district de Kita deux autres districts sanitaires : Sagabari et Sefeto. Il s'étend au Nord par le cercle de Diéma et Sefeto ; au Sud par le district de Sagabari et la république de Guinée; à l'Est par les cercles de Kati et de Kolokani ; et à l'Ouest par les cercles de Bafoulabe et Kéniéba.

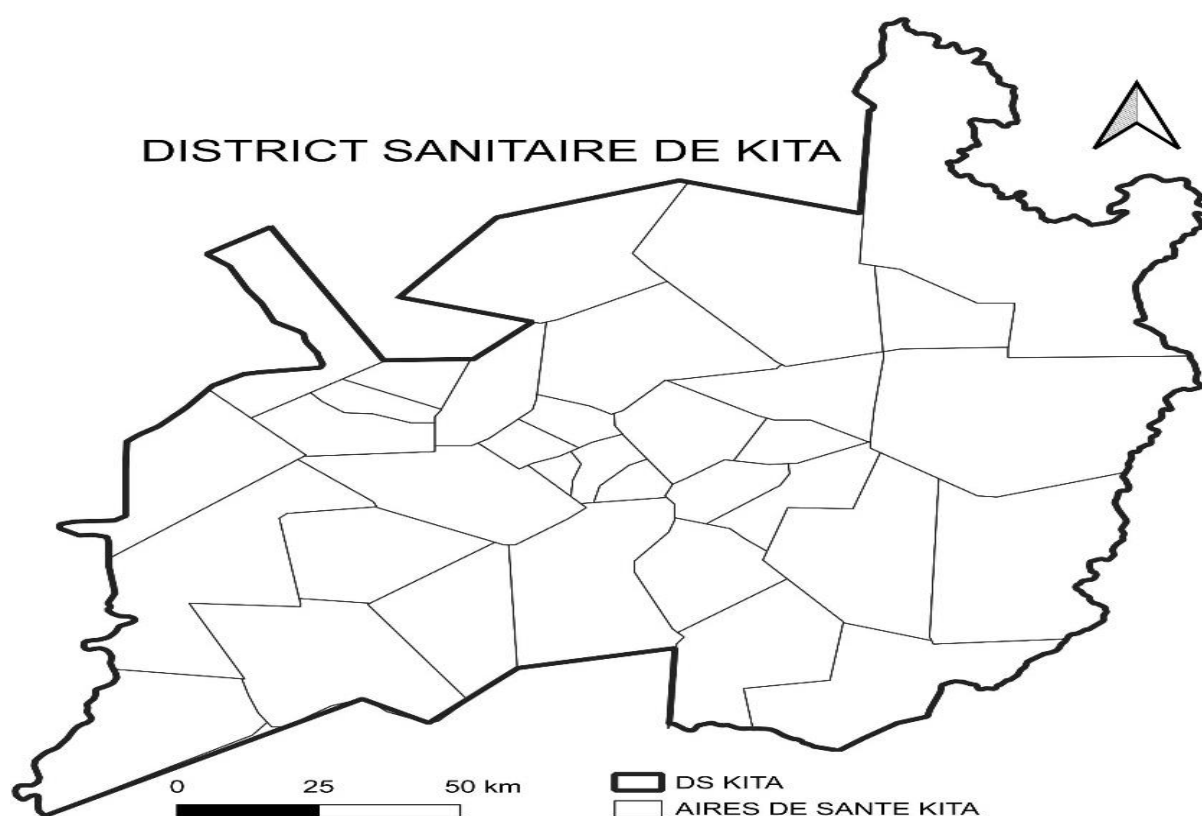


Figure 4: Carte administrative du district sanitaire de kita

l'Ouest par les cercles de Bafoulabe et Kéniéba.

• Superficie et population

Le District sanitaire de Kita couvre une superficie de 35250 km², avec une population de 681671 en 2023. Il compte 25 communes dont 23 rurales et 2 urbaines (Kita et Krounikoto) 347 villages. La commune urbaine de Kita compte 17 quartiers. Construit en 1981 comme

centre de santé de cercle (CSC) de Kita dans le cadre du projet KBK (Kita, Bafoulabe, Kéniéba) et érigé en centre de santé de référence (CS Réf) en 2002, le CS Réf de Kita couvre une superficie de 10 hectares. Le centre de santé de référence de la commune urbaine de Kita est le premier des 3 structures de référence du cercle de Kita. En effet la commune urbaine de Kita, pour répondre aux besoins de la population abrite un centre de santé de référence, autour duquel gravitent deux (2) CSCOM (Darsalam et Makandiamougou) ; 2 cliniques privées, 6 cabinets médicaux et un centre confessionnel (Dispensaire saint Félix). Le CS Réf de Kita dispose d'infrastructures, de moyens logistiques, de ressources humaines et de l'appui des partenaires pour répondre aux besoins de santé de la population

- **Infrastructures**

Le CS Réf de Kita abrite :

- Une administration ;
- Un service de maternité ;
- Un service d'hygiène et assainissement ;
- Une unité d'ophtalmologie ;
- Une unité d'odontostomatologie ;
- Un service de médecine générale ;
- Un service de chirurgie générale ;
- Un service de laboratoire ;
- Un service de radiologie ;
- Un service de nutrition ;
- USAC (Unité de soins d'appui et de conseil pour les personnes vivant avec le VIH/ SIDA) ;
- Une unité d'isolement pour les cas suspects du Covid-19
- Deux dépôts de vente de médicament et un DRC ;
- Un service de développement social ;
- Un service de prise en charge des cas de VBG
- Une morgue ;
- Un bâtiment pour le groupe électrogène ;
- Une salle pour les manœuvres ;
- Un magasin ;
- Une salle pour le gardien.

Le Personnel comprend

Le personnel médical du centre de santé de référence de Kita est composé de :

- Un médecin chef,
- Un médecin ophtalmologiste,
- Un chirurgien généraliste
- Un chirurgien maxillo-facial,
- Un chirurgien-dentiste,
- Un épidémiologiste,
- Deux gynécologues,
- Deux pharmaciens,
- Sept médecins généralistes,
- Deux assistants ophtalmologistes,
- Deux assistants en anesthésistes réanimateur
- Un technicien radiologue,
- Deux assistants aides de bloc,
- Un assistant en psychiatrie,
- Un assistant en nutrition,
- Seize infirmiers
- Neuf sage-femmes,
- Neuf infirmières obstétriciennes,
- Une matrone
- Un agent chargé de maintenir l'hygiène du centre ;
- Huit chauffeurs ;
- Deux comptables ;
- Une gérante ;
- Quatre techniciens de laboratoire ;
- Un biologiste ;
- Trois aides-soignants ;
- Deux secrétaires ;
- Huit manœuvres ;
- Un gardien.

Le fonctionnement

- Un service d'accueil et d'orientation

- Un bureau pour le Gynécologue-Obstétricien
- Un bureau pour la sage-femme maitresse
- Une salle de soins après avortement
- Une salle d'accouchement avec deux tables et un coin nouveau-né
- Deux salles de réveil pour les malades opérées comportant chacune 2 lits
- Trois salles d'hospitalisation avec 12 lits
- Une salle de travail avec 3 lits
- Une salle de consultation prénatale
- Une salle chargée de planification familiale, consultation post natale et de dépistage des lésions précancéreuses du col de l'utérus
- Une salle chargée des consultations gynécologiques et de grossesse à haut risques
- Une salle de garde des sages-femmes.

4.2 Type et période d'étude

Il s'agissait d'une étude prospective, descriptive et transversale. Elle s'est déroulée sur une période de 13 mois, allant du 1er mars 2024 au 31 mars 2025, permettant de recueillir et d'analyser les données.

4.3 Population d'étude

La population cible était constituée de toutes les femmes en travail, ayant accouché ou admises en post-partum au Centre de Santé de Référence de Kita durant la période d'étude (du 1er mars 2024 au 31 mars 2025).

4.4 Critères d'éligibilités

4.4.1 critères d'inclusions

Ont été incluses dans l'étude

- ❖ Toutes les femmes ayant accouché dans le service de Maternité du centre de référence de Kita chez qui une lésion traumatique de l'accouchement a été constatée.
- ❖ Toutes les femmes ayant été admises pendant le travail ou après accouchement chez qui une lésion traumatique de l'accouchement a été constatée.

4.4.2 Critères de non inclusion

N'ont pas été inclus dans notre étude

- ❖ Toutes les femmes indemnes de toute lésion traumatique et qui ont accouché dans un autre centre non vu par la maternité du Csref de Kita.
- ❖ Toutes les femmes ayant refusé de donner leur consentement

4.5 Échantillonnage

Il s'agissait d'un échantillonnage exhaustif de l'ensemble des femmes en travail, accouchées ou admises en post partum dans le service et qui ont développé des lésions traumatiques de l'accouchement pendant la période d'étude.

4.6 Procédures d'étude

Les objectifs de l'étude ont été clairement expliqués aux patientes ; leurs consentements éclairés ont été obtenus. Le rythme de l'examen a été expliqué à toutes les patientes et/ou aux accompagnants. Cet examen comprenait l'interrogatoire et l'examen physique complet.

4.6.1 Technique de collecte des données

Les données ont été recueillies à l'aide de fiches d'enquête élaborées pour l'étude. Les sources utilisées comprenaient :

- ❖ Des dossiers obstétricaux
- ❖ Des registres d'admission
- ❖ Des registres d'accouchements
- ❖ Des registres de références /évacuation des patientes

4.6.2 Variables étudiées

Les variables d'études

- ❖ Les caractères socio démographiques de la patiente
- ❖ Les antécédents
- ❖ Le suivi prénatal
- ❖ L'examen obstétrical
- ❖ L'auteur du suivi

4.6.3 Saisie et analyse de données

. Elles ont été saisies sur Excel et analysées à l'aide du logiciel IBM SPSS version 25. Les tests statistiques de Khi carré et de Fisher ont été utilisés pour la comparaison des valeurs catégorielles avec un seuil de significativité de 5%.

4.7 Aspects éthiques

Le protocole d'étude a reçu l'approbation du comité d'éthique de la Faculté de Médecine et d'Odontostomatologie (FMOS) de l'Université des Sciences, des Techniques et des Technologies de Bamako (U.S.T.T-B). Chaque cas éligible a reçu une explication de l'étude en français ou en bambara.

RESULTATS

5. RESULTATS

▪ Résultats globaux

Nous avons enregistré **140** cas de lésions traumatiques sur **3393** accouchements soit une fréquence de **4,12%**.

▪ Caractères Sociodémographiques

Tableau I: Répartition selon la tranche d'âge

Tranche d'âge	N	%
14 -19	58	41,4
20 – 39	81	57,9
Plus de 40ans	1	0,7
Total	140	100

La majorité des femmes de l'étude appartenaient à la tranche d'âge **20 à 39 ans**.

Tableau II: Répartition des patientes selon la profession

Profession	N	%
Ménagère	119	85
Commerçante	5	3,6
Matrone	3	2,1
Élève étudiante	12	8,6
Autres	1	0,7
Total	140	100

La répartition socioprofessionnelle des parturientes révèle une prédominance des ménagères

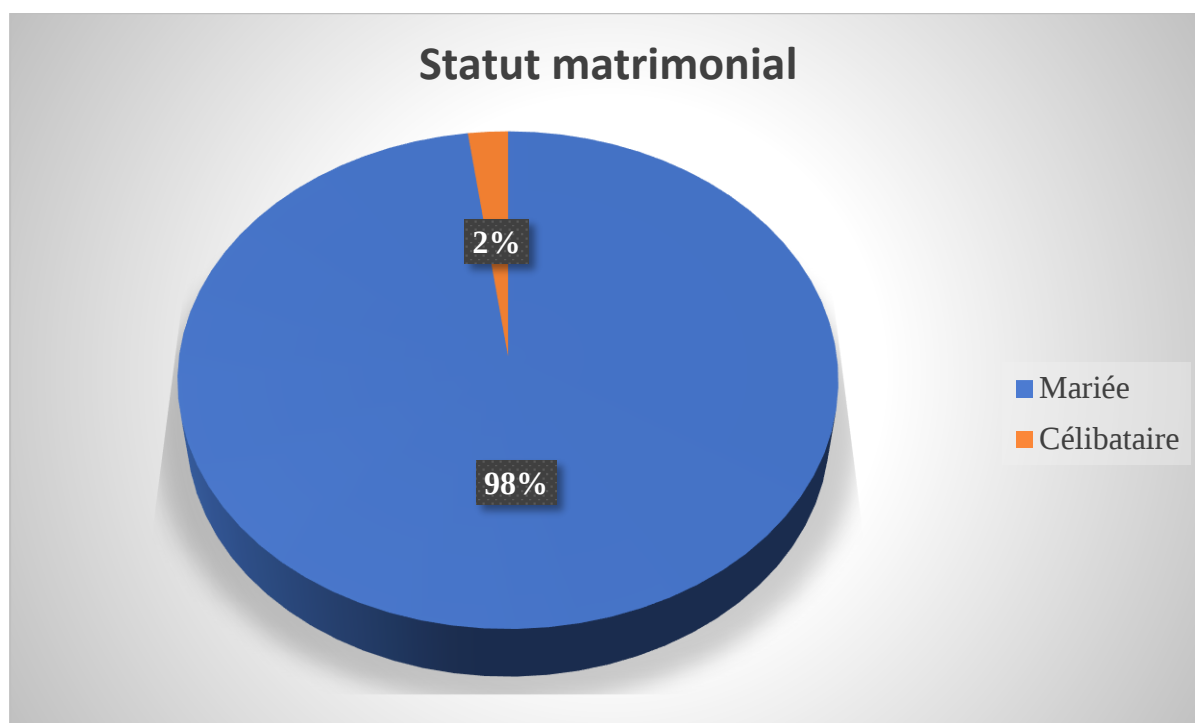


Figure 5: Distribution des patientes selon le statut matrimonial

La quasi-totalité des femmes incluses dans l'étude étaient **mariées**

Tableau III: Répartition selon le niveau d'étude

Niveau d'étude	N	%
Primaire	40	28,57
Secondaire	45	32,1
Supérieure	1	0,7
Non scolarisée	54	38,57
Total	140	100

La proportion la plus importante des parturientes était constituée de femmes non scolarisées

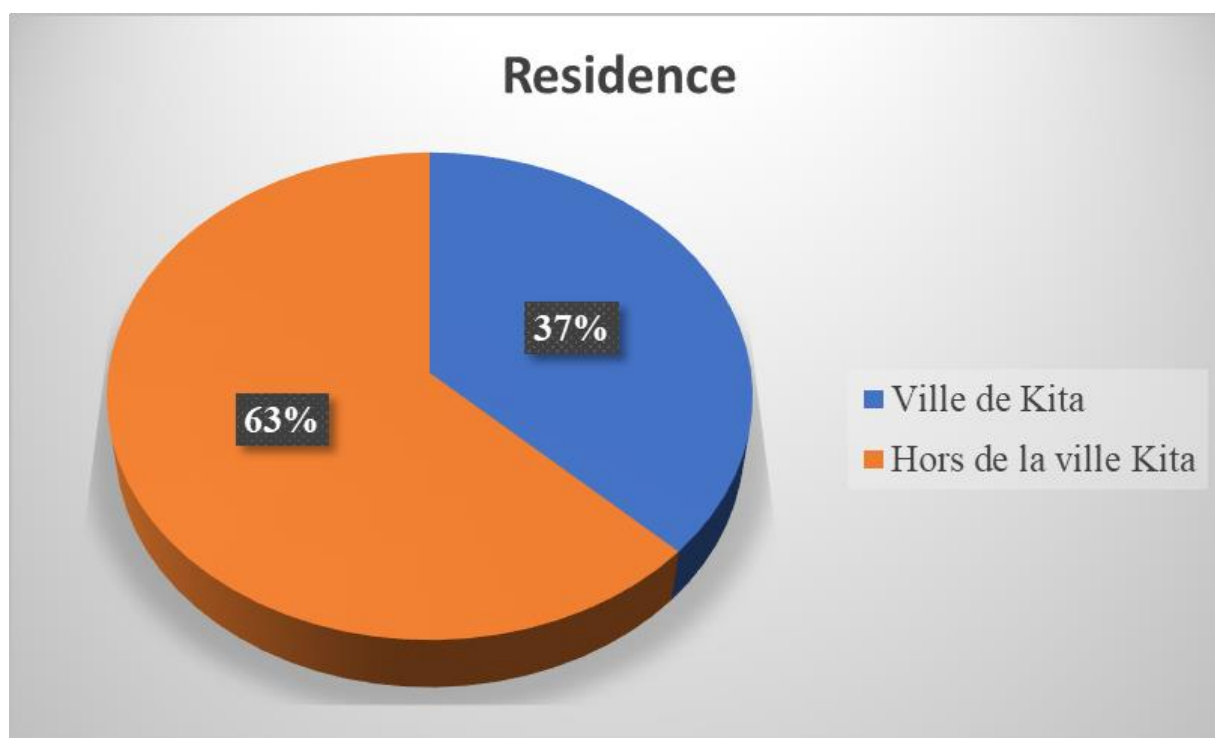


Figure 6: Distribution des patientes selon les résidences

La majorité des parturientes résidaient hors de la ville de Kita

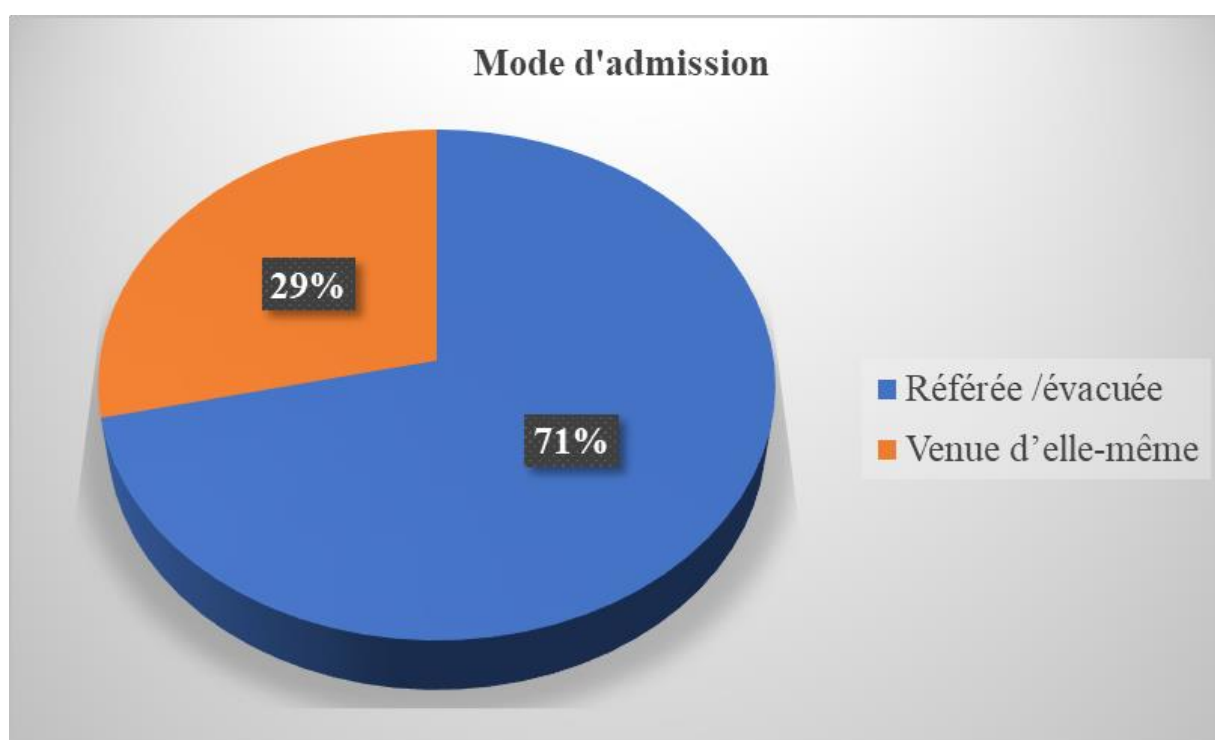


Figure 7: Distribution des patientes selon le mode d'admission

La majorité des parturientes ont été référées ou évacuées vers le Centre de Santé de Référence de Kita

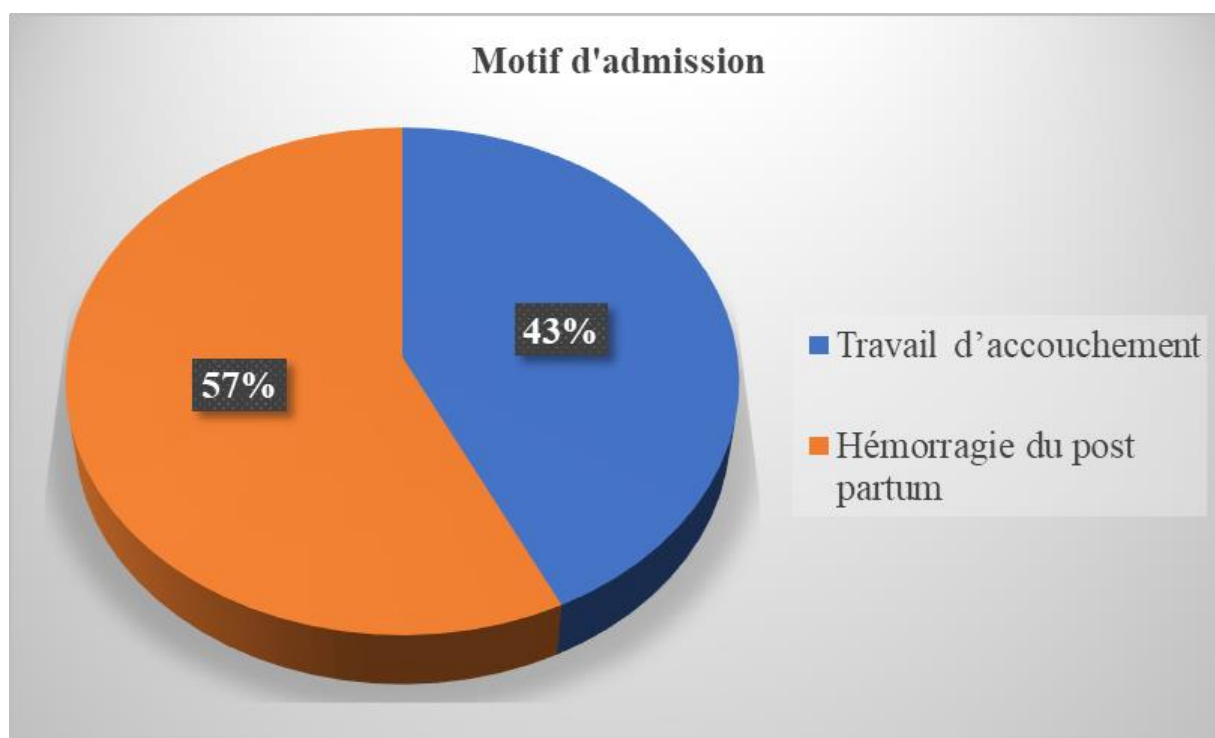


Figure 8: Distribution des patientes selon le motif d'admission

La majorité des admissions étaient motivées par une hémorragie du post-partum

▪ **Antécédents Obstétricaux**

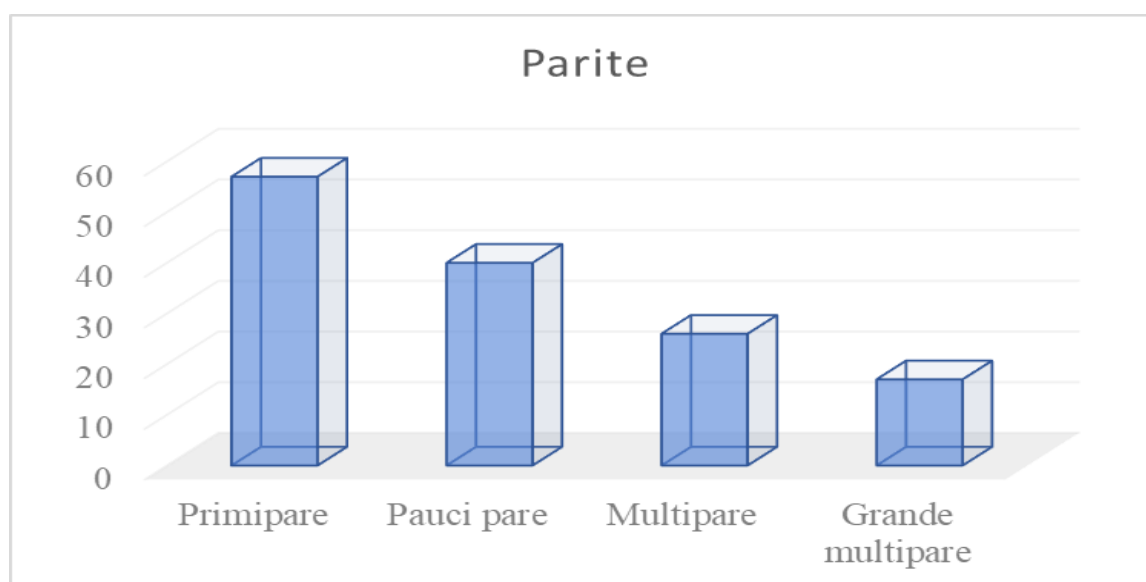


Figure 9: Distribution des patientes selon les antécédents médicaux

La majorité des parturientes étaient des primipares

▪ Examens Obstétricaux

Tableau IV: Répartition selon la phase du travail d'accouchement

Phase du travail	N	%
Latence	17	12,14
Active	40	28,57
Expulsive	3	2,14
Post partum	80	57,14
Total	140	100

La majorité des parturientes étaient admise dans le post-partum

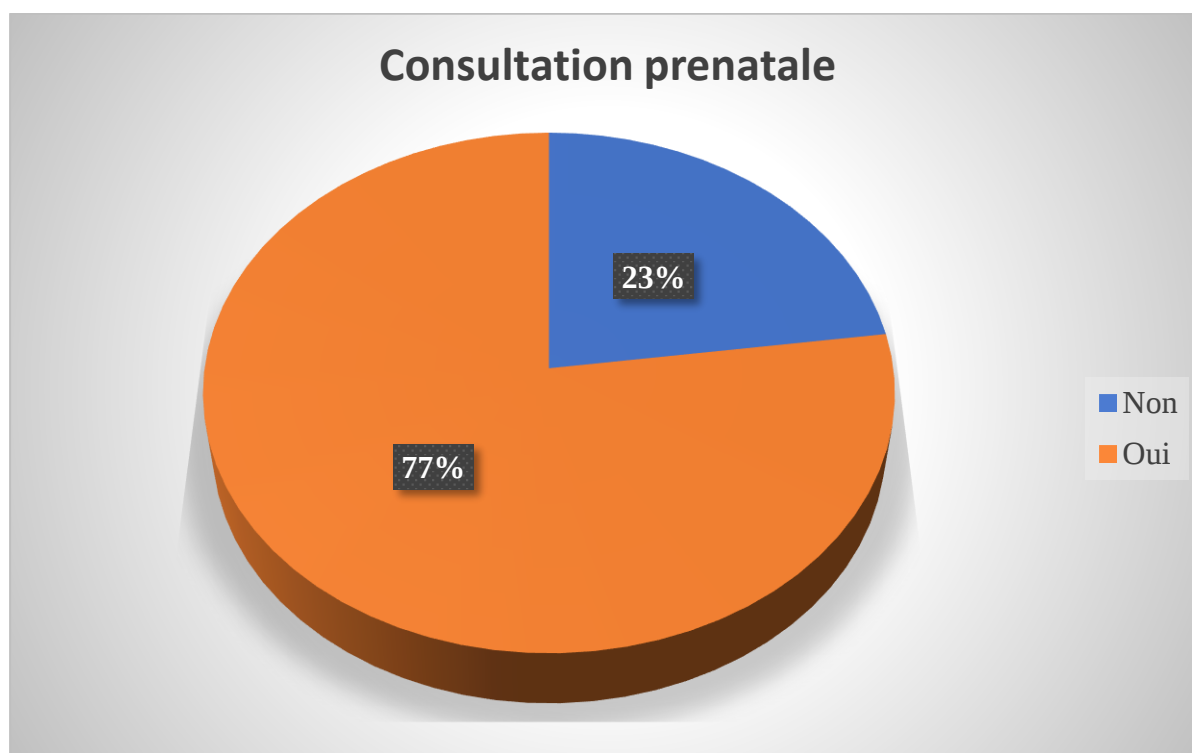


Figure 10: Distribution des patientes ayant effectuées la CPN

La majorité des parturientes avaient effectué des consultations prénatales (CPN)

Tableau V: Répartition selon agent ayant effectué les consultations prénatales

Agent	N	%
Sage-femme	18	16,6
Médecin	9	8,3
Infirmière	81	75
Total	108	100

La majorité des patientes ont été prises en charge par des **infirmières**

Tableau VI: Répartition des patientes selon agent accoucheur

Agent accoucheur	N	%
Matrone	11	7,85
Infirmière	83	59,3
Sage-femme	33	23,6
Médecin	10	7,14
Accoucheuse traditionnelle	3	2,1
Total	140	100

La majorité des accouchements ont été réalisés par des **infirmières**

Tableau VII: Répartition selon le type de bassin

Type de Bassin	N	%
Normal	131	93,6
Limite	8	5,7
Rétréci	1	0,7
Total	140	100

La majorité des parturientes présentaient un **bassin normal**

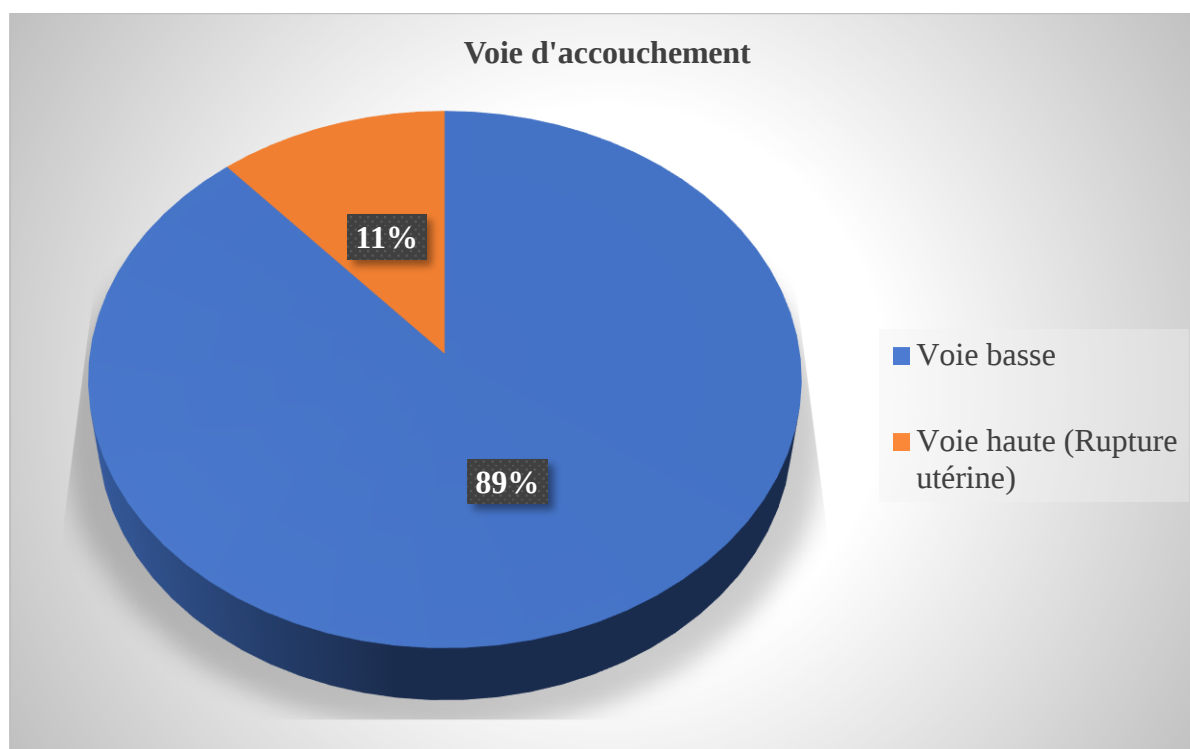


Figure 11: Distribution des patientes selon la voie d'accouchement

La majorité des parturientes ont accouché par **voie basse**

▪ Facteurs De Risque

Tableau VIII: Répartition selon l'état du périnée

Périnée	N	%
Cicatrice d'excision	65	46,4
Cicatrice déchirure périnéale	18	12,9
Périnée souple	40	28,6
Périnée rigide	17	12,1
Total	140	100

La majorité des parturientes présentaient une **cicatrice d'excision**

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

Cause de la lésion	N	%
Ventouse	37	26,42
Macrosomie	27	19,3
Séquelle d' excision	20	14,3
Perfusion Ocytocine	32	22,85
Utérus multi cicatriciel	5	3,6
Expression abdominale	18	12,9
Présentation dystociques	1	0,7
Total	140	100

La majorité des lésions étaient liées à l'utilisation de la **ventouse**

▪ **Types de Lésions**

Tableau X: Répartition des patientes selon le type de lésion

Lésions	N	%
Rupture utérine	16	11,4
Déchirure périnéale	53	37,9
Déchirure cervicale	50	35,7
Lésions vésicales	5	3,6
Thrombus vulvo vaginal et du ligament large	3	2,1
Déchirure vaginale	13	9,3
Total	140	100

La majorité des patientes présentaient une déchirure périnéale

Tableau XI: Répartition des patientes de type lésion selon l'âge

Type de lésions	Tranche d' âge			Total (n, %)	P value
	14-19 ans	20-39 ans	Plus de 40 ans		
Rupture utérine	0	16 (100%)	0	16 (100%)	0,001
Déchirure périnéale	31 (58,5%)	22 (41,5%)	0	53 (100%)	0,02
Déchirure cervicale	16 (32,0%)	33 (66,0%)	1 (2,0%)	50 (100%)	0,03
FVV	1 (20%)	4 (80%)	0	5 (100%)	0,40
Thrombus vulvo-vaginal	3 (100%)	0	0	3 (100%)	0,01
Déchirure vaginale	7 (53,8%)	6 (46,2%)	0	13 (100%)	0,30
Total	58 (41,4%)	81 (57,9%)	1 (0,7%)	140 (100%)	

Les ruptures utérines sont exclusivement observées chez les femmes de 20–39 ans. Les déchirures périnéales sont majoritaires chez les adolescentes, tandis que les déchirures cervicales prédominent chez les 20–39 ans. Les thrombus vulvo-vaginaux sont exclusivement retrouvés chez les 14–19 ans.

Tableau XII: Répartition de type de lésion selon la parité

Types de déchirures	Parité				Total (n, %)	P value
	Primipare (n, %)	Pauci pare (n, %)	Multipare (n, %)	Grande multipare (n, %)		
Rupture utérine	0 (0,0%)	4 (25,0%)	7 (43,8%)	5 (31,3%)	16 (100%)	<0,001
Déchirure périnéale	31 (58,5%)	16 (30,2%)	4 (7,5%)	2 (3,8%)	53 (100%)	0,02
Déchirure cervicale	15 (30,0%)	19 (38,0%)	7 (14,0%)	9 (18,0%)	50 (100%)	0,03
Lésions vésicales	1 (20,0%)	1 (20,0%)	3 (60,0%)	0 (0,0%)	5 (100%)	0,40
Thrombus vaginal	3 (100,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	3 (100%)	0,01
Déchirure vaginale	7 (53,8%)	0 (0,0%)	5 (38,5%)	1 (7,7%)	13 (100%)	0,30
Total	57 (40,7%)	40 (28,6%)	26 (18,6%)	17 (12,1%)	140 (100%)	0,04

Les ruptures utérines surviennent principalement chez les multipares et les grandes multipares. Les déchirures périnéales concernent surtout les primipares. Les déchirures cervicales sont plus fréquentes chez les pauci pares et multipares. Les thrombus vaginaux sont exclusivement observés chez les primipares.

Tableau XIII: Répartition des patientes selon la parité et les degrés de déchirure périnéale

Parité	Degré de déchirure				P value
	1er degré (n,)	2e degré (n,)	3e degré (n,)	Total (n,)	
Primipare	15 (48,4%)	10 (32,3%)	6 (19,3%)	31 (100%)	0,02
Pauci pare	1 (6,3%)	12 (75,0%)	3 (18,7%)	16 (100%)	0,03
Multipare	1 (25,0%)	2 (50,0%)	1 (25,0%)	4 (100%)	0,40
Grande multipare	0 (0,0%)	2 (100,0%)	0 (0,0%)	2 (100%)	0,50
Total	17 (32,1%)	26 (49,1%)	10 (18,9%)	53 (100%)	

Les primipares présentent la majorité des déchirures périnéales 1er degré et du 2e degré. Les pauci pares sont surtout concernées par les déchirures de 2e degré.

Prise en charge

Tableau XIV: Répartition des patientes selon le geste réalisé

Geste réalisé	N	%
Périnéorraphie	53	37,9
Suture hémostatique	66	47,1
Hystérectomie d'hémostase	4	2,9
Hystérorraphie	12	8,6
Cystorraphie	5	3,6
Total	140	100

L'analyse des gestes obstétricaux réalisés montre une prédominance nette des sutures hémostatiques.

Tableau XV: Pronostic et profil évolutif des patientes

Evolution	N	%
Simple	83	59,3
Complicée d' anémie	53	37,9
Fistule Vésico Vaginale	3	2,1
Décès	1	0,7
Total	140	100

L'évolution post-traumatique a été simple dans la majorité des cas

COMMENTAIRES ET DISCUSSION

6. COMMENTAIRES ET DISCUSSIONS

La quasi-totalité des patientes étaient mariées 97,9 %, ce qui rejoint les observations faites dans d'autres études en Afrique de l'Ouest, où l'entrée en union précoce demeure fréquente. La majorité n'exerçait pas d'activité rémunérée 85%, situation traduisant un faible niveau socio-économique, facteur qui limite l'accès aux soins de santé.

Par ailleurs, plus de la moitié des patientes provenaient de zones rurales 62,85%, ce qui reflète les difficultés d'accessibilité aux structures de santé qualifiées.

En ce qui concerne le mode d'admission 71,42% était référé ou évacuée. L'hémorragie du post partum était le motif d'admission dans la majorité 57,14%. Ce taux est largement supérieur à celui de Témé O 6,7% [14].

Le taux de non-scolarisation 38,57 %, bien qu'inférieur à ceux de Camara N 66,1% [13] et Témé O 56,9% [14], ce qui justifie le recours aux accoucheurs traditionnels.

La fréquence des lésions traumatiques de l'accouchement était de 4,12 %. Ce taux reste inférieur à celui de Camara N 9,3 % [13], mais supérieur à celui de Témé O 3,8 % [14] et de Dembélé D 2,1 % [29].

Les lésions dominantes étaient les déchirures périnéales 37,9 %, suivies des déchirures cervicales 35,7 % et des ruptures utérines 11,4 %, les déchirures vésicales et les déchirures vaginales. Ces déchirures sont liées au non qualification de l'accoucheur et la non maîtrise d'utilisation de la ventouse ou les indications de la ventouse. La vulgarisation de la GATPA contribue à améliorer la surveillance et à réduire l'incidence des hémorragies du post partum.

Par ailleurs l'utilisation inappropriée de l'ocytocine pendant le travail peut renverser cette tendance qui est similaire dans notre cas.

Sur le plan sociodémographique, les patientes âgées de 20 à 39 ans représentaient plus de la moitié des cas 57,9 %. Ce constat, bien qu'inférieur à ceux de Camara N 73,9 % [13] et de Témé O 68 % [14], s'explique par le fait que cette tranche d'âge correspond à la période reproductive des femmes dans notre pays. Concernant la parité, la majorité des parturientes étaient des primipares (40,7 %). notre étude corrobore à celui de Camara N qui avait retrouvé respectivement 43% [13] Cette prédominance traduit la forte représentation des premières grossesses dans la population étudiée.

les déchirures périnéales étaient plus fréquentes chez les primipares 58,5 %, résultat inférieur à ceux de Camara N 43% [13] et Témé O 45% [14].

Cette vulnérabilité pourrait être expliquée par la faible élasticité des tissus périnéaux d'une part et d'autre part par les différentes séquelles d'excision dans les différentes régions et la sous-fréquentation des structures de santé. Les ruptures utérines étaient plus fréquentes chez les multipares 43,8 %, ce résultat est similaire à ceux de beaucoup d'autre dans la littérature. La fragilisation progressive de l'utérus après plusieurs grossesses constitue un facteur explicatif majeur et l'utilisation abusive des utérotoniques.

Du point de vue clinique, près du quart des patientes 22,9 % n'avaient bénéficié d'aucune consultation prénatale, un taux supérieur à ceux rapportés par Camara N 13,9% [13] et Témé O 11,4% [14]. Cette situation pourrait être liée au manque d'information et à la faible accessibilité aux structures sanitaires.

Parmi celles ayant eu un suivi prénatal, seules 16,6 % avaient été suivies par des sages-femmes, contrairement à l'étude de Camara N 57,4 % [13]. Ce résultat illustre la insuffisance de personnel qualifié dans les structures périphériques.

La majorité des accouchements 59,3 % ont été réalisés par des infirmières obstétriciennes, un résultat plus élevé que celui de Camara N 21,7% [13]. Ce qui peut refléter l'organisation des soins obstétricaux dans le contexte de notre étude et pourrait influencer la qualité de la prise en charge ainsi que la survenue de certaines complications obstétricales.

L'examen du bassin était anormal dans 6,4 %, taux inférieur à ceux de Camara N 21,7 % [13] et de Témé O 15,5% [14]. Ces anomalies constituent un facteur de dystocie mécanique et sont souvent à l'origine de complications graves lorsqu'elles ne sont pas diagnostiquées à temps.

S'agissant de la voie d'accouchement, la grande majorité des patientes 88,6 % ont accouché par voie basse, ce qui rejoint les observations de Témé O 94,3 % [14].

Par ailleurs, 46,4 % des patientes présentaient une cicatrice d'excision, un taux inférieur à ceux de Témé O 58% [14] et de Camara N 52% [13], mais qui reste préoccupant, car l'infibulation favorise les déchirures périnéales du fait du rétrécissement de l'orifice vulvaire. Concernant les causes directes des lésions, la ventouse était impliquée dans 26,42% des cas, et la perfusion d'ocytocine dans 22,85 %. Ces taux apparaissent nettement plus élevés que ceux rapportés par Camara N 3,5% [13] et Témé O 4% [14], mais se rapprochent des résultats de Traoré B 16 % [19]. Cette disparité pourrait être liée au non-respect des indications de l'accouchement instrumental, à une mauvaise technique d'utilisation de la ventouse et à

l'absence d'épisiotomie systématique. Ces constats soulignent la nécessité de réserver l'usage de la ventouse à du personnel qualifié et de renforcer la formation continue des prestataires.

Les déchirures du 1^{er} degré, 2^e degré et 3^e degré étaient respectivement de 32,1% ; 49,1% et 18,1%. Ces chiffres sont inférieurs à ceux trouvés par Traoré B [19] qui sont respectivement : 79,7 %, 42,3 %, 34,7 % et Camara N 69%, 26%, 3% [13]. Cette disparité entre les taux pourrait s'expliquer d'une part par la maîtrise des techniques de dégagement et d'autre part la systématisation de l'épisiotomie chez les primipares et lors d'extractions instrumentales. Comme geste effectué, la suture hémostatique (vaginoplastie et trachéorrhaphie) était la plus pratiquée 47,1% suivie de périnéorrhaphie 37, 9%. Les 2,9% des patientes ont subi une hystérectomie totale pour sauvetage maternelle. Témé O [14] a fait un constat respectivement 32,5%, 60,5%, et 2%.

Les suites ont été simples dans 59,3% du fait que la prise en charge était effectuée par un personnel qualifié ; compliquée d'anémie dans 37,9%. Témé O [14] a retrouvé dans son étude 87% ont été simple, 11,4% compliquée d'anémie.

Cette différence des taux pourrait s'expliquer par le retard dans l'évacuation d'une part et d'autre part par la distance et l'accessibilité entre les Cscm et les Csref.

Malgré les suites simples nous avons malheureusement déploré un cas de décès 0,7% dans l'échantillon. Ce décès était dû au retard d'évacuation de la patiente. A cela s'ajoute aussi le manque crucial de sang au laboratoire pour les cas d'hémorragie nécessitant une transfusion en urgence : d'où la nécessité de la redynamisation du mini banque de sang au Csref.

CONCLUSION

7. CONCLUSION

Les lésions traumatiques de l'accouchement demeurent fréquentes dans notre contexte avec une prévalence de 4,12 %. Elles concernent principalement les déchirures périnéales et cervicales, ainsi que les ruptures utérines. Ces complications, parfois graves, surviennent le plus souvent chez les primipares pour les lésions périnéales et chez les multipares pour les ruptures utérines. Plusieurs facteurs favorisants ont été identifiés : la non-maîtrise des gestes obstétricaux, le non-respect des conditions d'utilisation de la ventouse, l'absence ou l'insuffisance du suivi prénatal, la faible accessibilité aux soins obstétricaux qualifiés, ainsi que certaines pratiques traditionnelles comme l'excision. La vulnérabilité socio-économique et l'analphabétisme de la majorité des patientes aggravent encore la situation. Ces résultats rappellent l'importance d'un diagnostic précoce et d'une prise en charge obstétricale de qualité afin de réduire la morbi-mortalité maternelle liée aux lésions traumatiques de l'accouchement.

RECOMMANDATIONS

8. RECOMMANDATIONS

Au regard de ces résultats, nous formulons les recommandations suivantes

❖ Aux autorités sanitaires

- Renforcer la formation et la mise à disposition de sages-femmes qualifiées dans les structures périphériques.
- Mettre en place des campagnes d'information et de sensibilisation sur l'importance du suivi prénatal et de l'accouchement en milieu sanitaire.
- Lutter contre les mutilations génitales féminines, qui constituent un facteur favorisant des déchirures périnéales sévères.

❖ Aux prestataires de soins

- Respecter les indications et la technique d'utilisation de la ventouse, en réservant son emploi à du personnel formé.
- Assurer un suivi prénatal de qualité et orienter précocement les cas à risque vers les structures de référence.
- Systématiser un examen clinique complet post-partum afin de dépister précocement les lésions traumatiques.

❖ Aux patientes et à la communauté

- Encourager la fréquentation régulière des consultations prénatales.
- Promouvoir l'accouchement en milieu sanitaire et décourager les pratiques traditionnelles à risque.
- Sensibiliser sur les dangers des mariages et grossesses précoces.

REFERENCES

9. REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. Organisation mondiale de la Santé (OMS). *Le dossier mère-enfant : guide pour une maternité sans risque* [Internet]. Genève : OMS ; 1996
2. Organisation mondiale de la Santé (OMS). *Réduire la mortalité maternelle : déclaration commune OMS/FNUAP/UNICEF/Banque mondiale* [Internet]. Genève : Organisation mondiale de la Santé ; 1999
3. Institut National de la Statistique (INSTAT), Cellule de Planification et de Statistique Secteur Santé-Développement Social et Promotion de la Famille (CPS/SS-DS-PF), ICF. *Enquête Démographique et de Santé au Mali 2018* [Internet]. Bamako (Mali) et Rockville (MD, USA) : INSTAT, CPS/SS-DS-PF, ICF ; 2019
4. United Nations Population Fund (UNFPA). *The Campaign to End Fistula: 10 Years On* [Internet]. New York: UNFPA; 2015
5. Cunningham FG, Leveno KJ, Bloom SL, Dashe JS, Hoffman BL, Casey BM, et al. *Williams Obstetrics*. 25th ed. New York: McGraw-Hill Education; 2018
6. Taheri M, Takian A, Zeraati H, Nasiri M, Naghizadeh S. Creating a positive perception of childbirth experience: systematic review and meta-analysis of prenatal and intrapartum interventions. *Reproductive Health*. 2018;15(1):73.
7. The impact of previous birth experiences on maternal fear of childbirth - PubMed [Internet]. [cité 26 juill 2025]. Disponible sur: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23278249/>
8. Størksen HT, Garthus-Niegel S, Vangen S, Eberhard-Gran M. The impact of previous birth experiences on maternal fear of childbirth. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 2013;92(3):318-324.

9. Horsch A, Garthus-Niegel S, Ayers S, Child C, Harris K, Vignato E, et al. Childbirth-related posttraumatic stress disorder: definition, risk factors, pathophysiology, diagnosis, prevention, and treatment. *Am J Obstet Gynecol*. 2024;230(3 Suppl):S889–S903.
10. Ahouingnan nfmh. facteurs associés au vécu de l'accouchement par voie basse au centre hospitalier universitaire et départemental/borgoualibori au benin en 2021. *journal de la sago (gynécologie – obstétrique et santé de la reproduction)* [internet]. 2022 [cité 26 juill 2025];23(2). disponible sur: <https://jsago.org/index.php/jsago/article/view/122>
11. 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 26 juill 2025];24(7). Disponible sur: <https://www.hsd-fmsb.org/index.php/hsd/article/view/4581>
12. Sawadogo A. Les complications obstétricales directes du post-partum à la maternité du CHU Yalgado Ouédraogo : aspects épidémiologiques, cliniques et pronostiques à propos de 507 cas colligés du 1er janvier au 31 décembre 2010. Thèse de Médecine. Université de Ouagadougou ; 2012.
13. Camara N. Les lésions traumatiques de l'accouchement : Aspects cliniques et thérapeutiques à l'hôpital Nianankoro Fomba de Ségou. Thèse de Médecine. Université de Bamako; 2010. Disponible sur: <https://www.bibliosante.ml/handle/123456789/9504>
14. Témé O. Les lésions traumatiques au cours l'accouchement : Aspects épidémiologiques, cliniques, Thérapeutiques et pronostic au centre de santé de référence de la commune l [Internet] [Thesis]. Université des sciences, des techniques et des technologies de Bamako; 2017 [cité 26 juill 2025]. Disponible sur: <https://www.bibliosante.ml/handle/123456789/14342>
15. ACOG Practice Bulletin No. 198: Prevention and Management of Obstetric Lacerations at Vaginal Delivery. *Obstetrics and gynecology* [Internet]. sept 2018 [cité 27 juill 2025];132(3). Disponible sur: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30134424/>

16. Lansac J, Magnin G, Body G. *Obstétrique pour le praticien* [Internet]. 4e éd. Issy-les-Moulineaux: Elsevier Masson; 2013 [cité 26 juill 2025]. Disponible sur: <https://shop.elsevier.com/books/obstetrique-pour-le-praticien/lansac/978-2-294-72764-1>.
17. Kamina P. *Anatomie opératoire : gynécologie & obstétrique*. Paris: Maloine; 2000.
18. Déchirures périnéales et épisiotomie [Internet]. [cité 26 juill 2025]. Disponible sur: <http://asincoprob.free.fr/compterendus/dechirureperineea.htm>
19. Traoré B. Les déchirures des parties molles au cours de l'accouchement à la maternité du centre de santé de référence de la commune V du District de Bamako à propos de 75 cas [Internet] [PhD Thesis]. Université de Bamako; 2008 [cité 26 juill 2025]. Disponible sur: <https://bibliosante.ml/handle/123456789/8387>
20. Kamina P, Delmas A. Anatomie gynécologique et obstétricale / Pierre Kamina [Internet]. Maloine; 1984 [cité 26 juill 2025]. 1 vol. (516 p.); ill. en noir et en coul.; 27 cm. Disponible sur: <https://bibliotheque.univ-catholille.fr/Default/doc/SYRACUSE/388735/anatomie-gynecologique-et-obstetricale-pierre-kamina>
21. Ribemont-Dessaignes A (1847 1940) A du texte, Lepage G (1859 1917) A du texte. Précis d'obstétrique (6e édition entièrement refondue) / par MM. A. Ribemont-Dessaignes,... et G. Lepage,... [Internet]. 1904 [cité 26 juill 2025]. Disponible sur: <https://gallica.bnf.fr/ark:/12148/bpt6k58300490>
22. Diabaté AK. Les ruptures utérines à l'hôpital Fousseyni Daou de Kayes. Facteurs influençant le pronostic materno-foetal et mesures prophylactiques. A propos de 22 cas [Internet] [Thesis]. Université de Bamako; 2007 [cité 27 juill 2025]. Disponible sur: <https://www.bibliosante.ml/handle/123456789/8228>
23. Elsevier Masson SAS [Internet]. [cité 27 juill 2025]. Précis d'obstétrique | Livre | 9782294008979. Disponible sur: <https://www.elsevier-masson.fr/precis-dobstetrique-9782294008979.html>
24. Lansac J, Magnin G, Body G. *Obstétrique pour le praticien*. 4e éd. Issy-les-Moulineaux: Elsevier Masson; 2013

25. Morin P, Barbé R. Atlas de technique opératoire: L'Accouchement. Flammarion; 383 p.
26. Princesse Mémoire-1 : Accouchement et Grossesse [Internet]. Scribd; [cité 27 juill 2025].
Disponible sur: <https://fr.scribd.com/document/827790571/PRINCESSE-MEMOIRE-1>
27. Schaal. Mécanique et techniques obstétricales. Montpellier: SAURAMPS MEDICA; 1998.
604 p.
28. Guèye SM, Moreau JC, Moreira P, Faye EO, Cissé CT, De Bernis L, et al. Uterine ruptures in Senegal: Results of two surveys in 1992 and 1996 [Internet]. ResearchGate; 2001 [cité 2025 juill 27]. Disponible sur : [ResearchGate](#)
29. Dembélé DD. Épidémiologie et prise en charge des complications traumatiques de l'accouchement dans le service de Gynécologie/Obstétrique de la Clinique Périnatale Mohammed VI et de l'Hôpital Mali Gavarado de Bamako [mémoire de DU]. Bamako (Mali) : Faculté de Médecine et d'Odonto-Stomatologie, Université des Sciences, des Techniques et des Technologies de Bamako ; 2025. 35 p.

ANNEXES

10. ANNEXES

10. FICHE SIGNALÉTIQUE

1. **Nom** : Lassana

Prénom : SANOGO

TEL : 00223 89 68 15 13

Email :

Titre de la thèse : les lésions traumatiques maternelles de l'accouchement : aspects cliniques et thérapeutiques au centre de santé de référence de Kita.

Secteur d'intérêt : Gynéco-obstétrique

2. **Année de soutenance** : 2026

3. **Lieu de soutenance** : Bamako/Point G

4. **Pays d'origine** : MALI

Lieu de dépôt : Bibliothèque de la Faculté de Médecine et d'Odontostomatologie du Mali.

Résumé :

Introduction : Les lésions traumatiques maternelles de l'accouchement constituent un problème majeur de santé en gynécologie-obstétrique. Elles surviennent lors du passage du fœtus dans la filière génitale et peuvent concerner le col, le vagin, le périnée ou même des organes extra-génitaux. L'OMS vise à réduire la mortalité maternelle en dessous de 70/100 000 naissances d'ici 2030, mais au Mali elle reste élevée (325/100 000). Aucune étude spécifique n'avait été menée au CSRéf de Kita, ce qui justifie ce travail.

Méthodes : Il s'agit d'une étude descriptive et prospective réalisée au Centre de Santé de Référence de Kita. Ont été incluses toutes les parturientes présentant des lésions traumatiques au moment de l'accouchement. Les variables étudiées portaient sur la fréquence, les facteurs de risque, les aspects cliniques et les modalités thérapeutiques.

Résultats : La fréquence globale des lésions traumatiques retrouvée était de 4,12 % ; comparable aux données régionales. Les lésions traumatiques observées concernaient principalement les déchirures périnéales 37,9 %, suivies des déchirures cervicales 35,7 % et vaginales 9,3%, la rupture utérine 11,4%. Les facteurs favorisants identifiés étaient la macrosomie fœtale 19,3%, perfusion d'ocytocine 22,85%, les présentations postérieures 0,7% et l'excision 14,3%. Les causes iatrogènes incluaient l'expression abdominale 12,9%, les extractions instrumentales 26,42% et un mauvais contrôle du dégagement.

Discussion : Les lésions traumatiques de l'accouchement représentent une urgence obstétricale pouvant engager le pronostic vital en cas de retard de prise en charge. Leur prévention repose sur le respect de la mécanique obstétricale et des manœuvres obstétricales, l'anticipation de la prise en charge des facteurs de risque et le recours raisonné à l'épisiotomie. Cette étude comble un vide scientifique au CsRéf de Kita et fournit des données utiles pour améliorer la qualité des soins obstétricaux.

IDENTIFICATION SHEET

1. **Name:** Lassana

2. **Surname:** SANOGO

3. **Phone :** +223 89 68 15 13

4. **Email:**

5. **Thesis Title:** Maternal Traumatic Lesions of Childbirth: Clinical and Therapeutic Aspects at the Kita Referral Health Center

6. **Field of Interest:** Gynecology-Obstetrics

7. **Year of Defense:** 2026

8. **Place of Defense:** Bamako / Point G

9. **Country of Origin:** Mali

10. **Deposit Location:** Library of the Faculty of Medicine and Dentistry, Mali

Abstract

Introduction: Maternal traumatic lesions of childbirth represent a major health problem in gynecology and obstetrics. They occur during the passage of the fetus through the genital tract and may involve the cervix, vagina, perineum, or even extra-genital organs. The WHO aims to reduce maternal mortality below 70 per 100,000 live births by 2030, yet in Mali it remains high (325 per 100,000). No specific study had previously been conducted at the Kita Referral Health Center, which justifies this work.

Methods: This was a descriptive and prospective study carried out at the Kita Referral Health Center. All parturients presenting traumatic lesions at the time of delivery were included. Variables studied concerned frequency, risk factors, clinical aspects, and therapeutic modalities.

Results: The traumatic lesions observed mainly involved perineal tears, followed by cervical and vaginal tears. Favoring factors identified were fetal macrosomia, shoulder dystocia, prolonged second stage of labor, posterior presentations, and female genital mutilation. Iatrogenic causes

included abdominal expression, instrumental extractions, and poor control of fetal expulsion. The overall frequency found was comparable to regional data (Sawadogo 2.6% at CHUYO, Camara 9.3% in Ségou, Témé 3.8% in Bamako, Dembélé 2.1%).

Discussion: Traumatic lesions of childbirth constitute an obstetric emergency that may endanger maternal prognosis if management is delayed. Prevention relies on careful obstetric practice, anticipation of risk factors, and judicious use of episiotomy. This study fills a scientific gap at the Kita Referral Health Center and provides useful data to improve the quality of obstetric care.

Fiche d'enquête

Caractéristiques sociodémographiques

Q1 : Nom :.....

Q2 : Prénom :.....

Q3 : Age :.....

Q4 : Profession :.....

Q5 : Provenance :.....

Q6 : Ethnie :.....

Statut matrimonial: /...../

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

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

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

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

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

Q11 : Motif d'admission 1 : travail d'accouchement 2:hemorragie du post partum
.....

CPN:/...../

Q12 : 1= oui ; 2= non

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

Q13 : 1= sage-femme ; 2= Médecin ; 3= Infirmier(e) ; 4= Aucun

Antécédents :

Q14 : Médicaux :

Q15 : Chirurgicaux :

Q16 : Obstétricaux :

Examen obstétrical :

Q17 : Taille :.....cm ;

Q18 : Présence de cicatrice périnéale :

Cicatrice d'excision:/...../ ; Cicatrice de déchirure:/...../ ; Type de bassin:/...../

Phase de travail :

Q19 : 1= Latence ; 2=Active ; 3= Expulsive. 4= post partum

Mode d'accouchement :

Q20 : 1= Naturel ; 2= Dirigé ; 3= Autres manœuvres obstétricales :.....

Durée du travail : /..... /

Q21 : 1= moins de 24 heures ; 2= Plus de 24 heures.

Réalisation de l'épisiotomie : /.../

Q22 : 1= oui ; 2=non

Durée d'expulsion :

Q23 : 1< 45 mn ; ≥ 45 mn

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

Q24: 1= Domicile ; 2= CSCOM ; 3= CSREF

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

Q25 : 1= Sage-femme ; 2= Médecin ; 3= Infirmier ; 4= Matrone 5= Accoucheuses traditionnelles.

Type de lésion :

I. Rupture utérine : /.... /

A. Terrain: /...../

Q26 : 1= utérus cicatriciel ; 2= utérus non cicatriciel.

B. Siège: /...../

Q27 : 1= Segmentaire ; 2= Corporel ; 3= Segmento-corporéal ; 4= Antérieur ; 5=Postérieur.

Type : /...../

Q28 : 1= Spontané ; 2= Provoqué.

Gravité des lésions : /...../

Q29 : 1= Atteinte des pédicules ; 2= Sans atteinte des pédicules ; 3= Atteinte vésicale ;

Q30 : Fistule :

II. Déchirures cervicales : /...../

Q31 : 1= Sous vaginale ; 2= Sus vaginale.

III. Lésions vésicales: /...../

Q32 : 1= Fistule ; 2= Incontinence urinaire ; 3= Rétention urinaire.

IV .Déchirures vaginales:/ .../

Q33 : 1=Paroi latérale droite ; 2= Paroi latérale gauche ; 3= paroi antérieure ;

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

V. Déchirures périnéales : /...../

Q34 : 1= 1^{er} degré ; 2= 2^{ème} degré ; 3= 3^{ème} degré ; 4= 4^{ème} degré.

Q35 : Hématome prégénitaux :

Prise en charge :

I. Prise en charge médicale :

1. Remplissage vasculaire par des macromolécules

2. Oxygéno- thérapie.

3. Transfusion sanguine

4. Antibioprophylaxie

5. 1+ 2+3+4

6. Aucune

II. Prise en charge chirurgicale :

Rupture utérine :

1°) Hystérectomie:/...../

1= Totale

2= Subtotale

2°) Hystérorraphie :

3°) Autres gestes à préciser :

Déchirures cervicales:/...../

Suture 1= en surjet

2= Points séparés

3= Points en X.

Déchirures vaginales : /...../

Suture 1= en surjet

2= en points séparés

3= Points en X.

Déchirures périnéales : /...../

Suture 1= en 2 plans

2= en 3 plans

3= à plus de 3 plans

4=Autres gestes à préciser.

III. Evolution après traitement :

Simple:/...../

Complicée de:/...../

1°) Lâchage de fil de suture ;

2°) Suppuration ;

3°) Péritonite ;

4°) Occlusion ;

5°) Incontinence Urinaire ;

6°) Rétention d'urine ;

7°) Fistule vésico-vaginale ;

8°) Anémie ;

9°) Décès maternel.

SERMENT D'HIPPOCRATE

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

Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail.

Je ne participerai à aucun partage clandestin d'honoraires.

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

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

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

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

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

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

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

Je le Jure !