



Article Original

Les Traumatismes Obstétricaux Maternels Spontanés au Cours de l'Accouchement par Voie Vaginale à Libreville

Spontaneous obstetric lacerations during vaginal delivery in the city of Libreville

Minkobame Zaga Minko UP¹, Assoumou Obiang P¹, Makoyo Komba O¹, Ambounda Ledaga N¹, Sobotchou Y¹, Ntsame Mezui E¹, Bang Ntamack JA¹, Meye JF¹

(1) Département de gynécologie obstétrique- Université des Sciences de la Santé- Libreville Gabon.

Auteur correspondant :

Dr Minkobame Zaga Minko UP
Adresse e-mail :
minulpas0703@gmail.com
Boite postale :
Tel : (00241)77284537

Mots-clés : Traumatisme -
Accouchement - Déchirure - Périnée
- Vagin - Utérus - Libreville.

Keywords: Obstetrical laceration-
Delivery - Tearing - Perineum -
Vagina - Uterus - Libreville

RÉSUMÉ

Objectif. Décrire les traumatismes obstétricaux maternels spontanés au cours de l'accouchement par voie vaginale dans les cinq grandes maternités du grand Libreville. **Patientes et méthodes.** Il s'agissait d'une étude rétrospective descriptive et analytique multicentrique, réalisée dans cinq maternités de Libreville. L'étude a été conduite du 1er octobre au 31 Décembre 2019. Nous avons inclus toutes les accouchées par voie basse ayant été prises en charge dans chacune de ces 5 maternités durant la période d'étude, ayant présenté une ou plusieurs lésions de la filière génitale. **Résultats.** Nous avons colligé 1328 cas de lésions traumatiques pour 2684 accouchements soit un pourcentage de 49.5%. Les femmes avaient un âge moyen de 26 ans. Elles étaient en majorité primipares et multipares (36.6% et 34.0%), célibataires (48.6%) et sans emploi (76.8%). Les lésions traumatiques étaient dominées dans 74.9% des cas par les déchirures du périnée. Les facteurs associés aux lésions traumatiques étaient : l'âge maternel, la primigestité, la multiparité, le poids foetal normal et le petit poids de naissance. La prise en charge a été dominée par le traitement médical, les patientes ont bénéficié d'attouchement à la bétadine et d'une antibioprofylaxie. Les complications graves étaient rares et l'évolution volontiers favorable. **Conclusion.** Les traumatismes obstétricaux au cours de l'accouchement sont fréquents. Les complications graves sont rares et l'évolution volontiers favorable.

ABSTRACT

Objective. To describe spontaneous obstetrical lacerations during vaginal delivery in the five major maternities of Greater Libreville. **Patients and methods.** This was a multicenter descriptive and analytical retrospective study, that was carried out in five maternity hospitals in Libreville. The study was conducted from October 1 to December 31, 2019. We included all vaginal births who had been cared for in each of these 5 maternities during the study period, whether or not they presented one or more lesions of the birth canal. **Results.** We collected 1328 cases of traumatic lesions for 2684 deliveries (49.5%). The women had an average age of 26 years. They were mostly primiparous and multiparous (36.6% and 34.0%), single (48.6%) and unemployed (76.8%). Traumatic lesions were mainly perineal tears (74.9%). The factors associated with traumatic lesions were: maternal age, primigestity, multiparity, normal fetal weight and low birth weight. The management was mainly medical treatment and the patients were treated with local betadine and antibiotic prophylaxis. Serious complications were rare and the outcome was usually favorable. **Conclusion.** Obstetric trauma during childbirth is common in Libreville. Serious complications are rare and the outcome is usually favorable.

POINTS SAILLANTS**Ce qui est connu du sujet**

Si les traumatismes obstétricaux sont fréquents dans le monde au cours des accouchements, leur fréquence et leur gravité au Gabon sont encore mal connus.

La question abordée dans cette étude

Fréquence et facteurs de risque des traumatismes obstétricaux au cours de l'accouchement par voie vaginale dans les maternités du Grand Libreville.

Ce que cette étude apporte de nouveau

Les traumatismes obstétricaux touchent une accouchée sur deux. Les facteurs associés à leur apparition sont l'âge maternel, la primigestité, la multiparité, le poids fœtal petit ou normal. Les complications graves sont rares.

Les implications pour la pratique, les politiques ou les recherches futures.

Mener des études en vue de la réduction de leur fréquence, prenant en compte la pratique de l'épisiotomie.

- Le groupe des accouchées ayant présenté des lésions traumatiques d'accouchement ;
- Le groupe des accouchées n'ayant pas présenté de lésion traumatique d'accouchement.

Les paramètres étudiés ont été recueillis sur la base de dossiers et de registres obstétricaux par le biais d'une fiche de recueil standardisée. Les paramètres analysés ont été : La fréquence des lésions de la filière génitale ; les caractéristiques socio démographiques ; les paramètres cliniques ; les caractéristiques du travail ; la qualification des accoucheurs ; l'existence ou non d'une hémorragie du post-partum ; la description des lésions de la filière génitale. Les lésions obstétricales ont été décrites en se basant sur la classification française et anglo-saxonne. Les données recueillies ont été saisies et analysées avec le logiciel Epi Info 2000. Le test CHI-2 a été utilisé pour la comparaison des fréquences et le test de Student pour la comparaison des moyennes. Le corrigé de Yates a été utilisé pour les effectifs inférieurs à 5 et le test exact de Fisher lorsqu'ils étaient inférieurs à 3. Chaque résultat était statistiquement significatif pour une valeur de $p < 0,05$. Nous avons également recherché par comparaison des deux groupes, les déterminants des traumatismes obstétricaux au cours des accouchements (facteurs favorisant la survenue de lésions de la filière génitale).

Les responsables des structures sanitaires ont été informés de toutes les étapes de l'évaluation. La confidentialité des informations recueillies a été assurée de même que l'anonymat des patientes ou accouchées.

RÉSULTATS

Durant la période d'étude 2684 accouchements ont été réalisés. Les lésions traumatiques liées à l'accouchement ont été observées chez 1328 accouchées, soit une prévalence de 49.5%.

Nos patientes avaient un âge moyen de 26 ans. Elles étaient en majorité primipares et multipares (36.6% et 34.0%), célibataires (48.6%) et sans emploi (76.8%).(Tableau I).

Tableau I: topographie isolée des lésions

Diagnostic topographique	n	%
Lésions périnéales	995	74,9
Lésions vaginales	86	6,5
Lésions cervicales	119	8,9
Rupture utérine	1	0,1
Lésions associées	127	9,6

Parmi les traumatismes obstétricaux isolés enregistrés, les lésions du périnée ont été les plus nombreuses (82.9%), suivi de celles du col utérin (9.9%). Selon la classification des lésions du périnée, les déchirures superficielles du 1^{er} degré ont constitué le groupe le plus important.(Tableau II).

Tableau II: classification de la déchirure périnéale

Classification française	RCOG-OMS	n	%
Déchirure superficielle	1 ^{er} degré	415	41,7
Déchirure simple	2 ^{ème} degré	341	34,3
Déchirure complète	3 ^{ème} degré	203	20,4
Déchirure complète et compliquée	4 ^{ème} degré	36	3,6

INTRODUCTION

La grossesse et l'accouchement ont toujours fait courir à la femme un risque de morbidité et ou de mortalité. Selon l'organisation mondiale de la santé (OMS), "la grossesse est un moment privilégié rendons la plus sûre"[1]. La prévention de la morbi-mortalité obstétricale est l'une des exigences de l'organisation mondiale de la santé (OMS). Au moment de l'accouchement, la qualité des éléments maternels en présence (utérus, vagin, périnée) et les forces en présence, peuvent induire des traumatismes spontanés. L'organisation de coopération et de développement économique (OCDE) affirmait en 2019 que "la sécurité d'une femme pendant l'accouchement peut être évaluée en examinant les déchirures du périnée potentiellement évitables et d'autres déchirures obstétricales des organes génitaux pendant les accouchements vaginaux"[2]. Les traumatismes obstétricaux spontanés peuvent donc être considérés comme un échec à la bonne conduite de l'accouchement. Leur siège et leur degré de gravité relativisent cette assertion. Les lacérations sont courantes à la suite d'un accouchement vaginal. Les traumatismes peuvent survenir au niveau du col de l'utérus, du vagin et de la vulve, y compris au niveau des régions labiale, périclitorale et périurétrale, ainsi que sur le périnée [3].

S'il est impossible de prévenir tous les cas de déchirure, il est toutefois possible d'en réduire le nombre par une prise en charge appropriée des phases du travail et la prestation de soins obstétricaux de qualité. [2] Le but du travail est de décrire les traumatismes obstétricaux observés au cours de l'accouchement par voie vaginale dans les maternités du Grand Libreville en 2019.

PATIENTES ET MÉTHODES

Il s'est agi d'une étude multicentrique rétrospective descriptive et analytique. Elle s'est tenue du 01 Octobre au 31 Décembre 2019 dans 5 maternités de Libreville. Nous avons inclus toutes les accouchées par voie basse ayant été prises en charge dans chacune de ces 5 maternités durant la période d'étude, ayant présenté ou pas une ou plusieurs lésions de la filière génitale et dont les dossiers médicaux étaient exploitables. Il en ressortait 2 groupes :

Facteurs associés aux traumatismes obstétricaux (Tab III)

Tableau III: Facteurs associés aux traumatismes obstétricaux spontanés

Facteurs associés	Lésions de la filière génitale (%)	Pas de lésions de la filière génitale (%)	p	OR	IC
Age maternel <30 ans	832 (70,2)	751(55,4)	<0,001	2,95	[2,46 -3,54]
1 ^{er} geste	444 (34,7)	135 (10,1)	< 0,001	4,73	[3,83- 5,85]
Multipare	452 (34,0)	294 (21,7)	< 0,001	1,86	[1,56- 2,21]
Poids de naissance 2500- 3999 g	1166 (87,8)	1101 (81,2)	< 0,001	1,66	[1,34- 2,06]
Qualification accoucheur Sage-femme	1193 (89,8)	1001 (73,8)	<0,001	3,13	[2,52- 3,88]

Les lésions traumatiques de l'accouchement ont été observées chez les femmes les plus jeunes avec un âge moyen de 26,05±5,64 ans versus 28,47±7,30 ans.

Plus les parturientes avaient moins de 30 ans, plus il a été observé des lésions traumatiques de l'accouchement (OR 2,95). Les parturientes scolarisées présentaient plus de risque d'avoir des lésions traumatiques (OR 3,02)

Les primigestes avaient 4.73 fois plus de risque d'avoir des lésions traumatiques de l'accouchement. Les multipares ont été plus concernées par les lésions traumatiques de l'accouchement (OR 1,86).

Les lésions traumatiques de l'accouchement sont les plus souvent apparues lorsque l'enfant avait un poids normal (OR 1,66). La présentation céphalique était associée à un grand risque de lésions traumatiques (OR 22,67). Les prestataires de soins les plus responsables des lésions étaient les sage-femmes (OR 3,13).(Tableau III)

La prise en charge était fonction du type de lésion. Un traitement médical à été réalisé chez 74.7% des accouchées. Chacune d'entre elles ayant présenté une ou plusieurs lésions traumatiques ont été mises sous traitement antibiotique préventif. (Tableau IV)

Tableau IV: lésions traumatiques de l'accouchement selon le type de traitement médical

Traitement médical	n	%
Attouchements bétadinés	415	31.3
Sutures simples	341	25.7
Transfusion	80	6.0
Antalgique	580	43.7
Antibiothérapie	913	68.7

Les complications ont été dominées par les hémorragies de pronostic favorable dans 88% des cas et le choc hémorragique dans 12% des cas. Aucun décès n'a été enregistré durant la période d'étude.

DISCUSSION

Prévalence

La fréquence des lésions traumatiques au cours de l'accouchement par voie basse était très variée selon les auteurs. À Libreville cette complication représentait 49.5% des accouchements. Nous avons enregistré 74.9% de lésions périnéales correspondant à un total de neuf-cent-quatre-vingt-quinze (995) cas sur les 1328 enregistrés. Notre taux de traumatisme était plus élevé que celui enregistré par Morhe [4] au Ghana (17,4%) ; et ceux rapportés par Van Den Bergh [5] au Zimbabwe (27%) et Ying Lai [6] en Chine (26,8%). Par contre il se rapprochait davantage des 47 % rapporté en France en 2005 par le

CNGOF [7]. Ce taux apparaissait très élevé en comparaison aux chiffres rapportés par Nguembi *et al.* [8] en république Centre Africaine (5,6%), Eckman [9] en France (3,4%), et Traoré [10] au Mali (1,15 %). Cela peut s'expliquer par notre type d'étude qui était une étude multicentrique.

Typologie et gravité des lésions traumatiques de l'accouchement

Dans notre étude les déchirures périnéales et les lésions cervicales constituaient les traumatismes obstétricaux maternels observés les plus fréquents et représentaient respectivement 74.9% et 18.5%. Ces résultats étaient relativement comparables à ceux de Traoré [10] au Mali qui rapportaient respectivement 81,0% de lésions périnéales contre 12% de lésions cervicales et 7% pour les autres traumatismes.

Nous avons enregistré 76% de déchirures périnéales incomplètes(déchirure superficielle+déchirure simple) contre 24% de déchirures complètes (complète+complète et compliquée).Le travail de Traoré [10] au Mali rapportait quant à lui, 98,4 % de déchirures incomplètes et 1,6% de déchirures complètes mais aucun cas de déchirure complète et compliquée.. Barbier et al [11] en France trouvaient 0,6 % de déchirures périnéales complètes.

Une seule rupture utérine a été retrouvée dans 1 contexte de prise d'ocytocique indigène et d'utérus cicatriciel. C'est une complication très rarement retrouvée dans la littérature. [10]

Facteurs de risque

Dans notre série, le jeune âge des patientes était associé de manière significative au risque de lésions obstétricales (p= 0,001). Ce constat avait déjà été fait par Tebeu [12] au Cameroun. Au cours de notre étude les patientes qui avaient moins de 30 ans étaient au nombre de 832 soit 70.2 %.Elles présentaient un risque certain de connaître des lésions traumatiques OR 2,95. Ce résultat est comparable à celui de Traoré [10] au Mali qui rapportait 72,0 % pour la tranche d'âge de 18-39 ans.

La majorité de nos patientes, 486 soit 36.6%, étaient primipares. Cela corrobore le constat de Traoré [10] au Mali qui trouvait 45,3 % pour les primipares. Nguembi *et al.* [8] en République Centre Africaine rapportaient quant à eux une majorité de paucipares avec 91,7 %. La sous fréquentation des centres de santé par les nullipares, les primipares et les paucipares ainsi que le manque de tonicité du tissu périnéal pourrait expliquer le fait qu'elles soient les plus exposées.

En France, Barbier [11] avait montré que la primiparité était un facteur de risque de lésion obstétricale sévère au cours de l'accouchement par voie basse (71% avec p= 0,001).

La profession de sage-femme était associée au risque de lésions traumatiques OR 3,13. En effet, l'inexpérience de l'accoucheur avec mauvais contrôle du dégagement avait été identifié comme étant un facteur de risque lésions obstétricales par Le Ray [13] et Moubarak [14]. Nous avons démontré qu'un poids compris entre 2500 et 3999 g était à risque de causer des traumatismes obstétricaux. En revanche, dans la littérature plusieurs auteurs ont pu démontrer que la macrosomie fœtale causait des lésions traumatiques, au travers d'études réalisées [15,16]. Le mécanisme de la déchirure dans ce cas se fait par surdistension périnéale lors du dégagement. [17, 18]

Nous n'avons trouvé aucun lien statistique entre dégagement en occipito-pubien (variété postérieure) et traumatisme obstétrical ; tandis que dans la littérature de nombreux auteurs font ressortir le lien statistique non négligeable [19,20] entre les présentations postérieures [17], les présentations de la face et du siège [18].

Entre autres, comme autres facteurs de risque ressortis par les études de Parant [18] et Vardon [17], la texture du périnée, une distance ano-vulvaire courte et le mauvais contrôle manuel du dégagement avec un accouchement très rapide « en boulet de canon » où le périnée n'a pas eu le temps de s'assouplir et se distendre. Les facteurs de risques sont souvent associés entre eux avec un effet cumulatif sur le risque de déchirures [17].

Prise en charge

Le traitement médical était réalisé chez la majorité de nos patientes 74.7% des cas versus 62.4% dans l'étude de Sawadogo [21]. La prise en charge chirurgicale a été effectuée chez 336 patientes soit 25.3% des cas versus 37.6%. [21] Une seule hystérectomie a été réalisée contre 3 dans l'étude de Sawadogo. Quatre-vingt femmes (6%) ont été transfusés dans notre étude versus 8.3% dans celle de Sawadogo. [21] Les lésions périnéales observées (déchirures incomplètes du 1er degré) n'ont majoritairement pas bénéficié d'une prise en charge chirurgicale.

Pronostic

Il était favorable pour 1253 patientes, soit 94.4% de l'effectif total des lésions traumatiques d'accouchement. Les complications étaient dominées par les hémorragies avec 88.0% des cas. Les données de la littérature sont pauvres. Les complications immédiates restent néanmoins l'hémorragie, l'anémie, le choc hémorragique et la douleur. [17,22]

CONCLUSION

Les traumatismes obstétricaux survenant au décours de l'accouchement constituent un sujet aussi ancien que celui même de l'essence de l'obstétrique.

Il ressort de notre étude que ces lésions traumatiques d'accouchement sont assez fréquentes dans notre contexte et peuvent avoir un pronostic très grave pouvant parfois conduire au décès.

Les femmes concernées sont le plus souvent jeunes (entre 20 et 30 ans en majorité), primigestes et multipares avec un enfant de poids de naissance normal et ayant été accouchées par une sage-femme.

Le diagnostic lésionnel étant dominé par les déchirures du périnée (1er degré).

La connaissance du mécanisme de survenue et des facteurs prédisposant contribue à diminuer de façon notable ces lésions.

Contribution des auteurs

MUP a rédigé l'article, AOP, MKO,AL, NME,SY ont participé au recueil des informations et à la relecture, BNJA et MJF ont corrigé l'article.

RÉFÉRENCES

- 1- OMS. Journée mondiale de la Santé ; Maternité sans risque ; Genève : oms 1998,50p
- 2- Institut canadien pour la sécurité des patients (ICSP). Ressource d'amélioration pour les préjudices à l'hôpital. Traumatisme obstétrical ; 2020, 17p. [En ligne]. <https://www.patientsafetyinstitute.ca/en/toolsResources/Hospital-Harm-Measure/Improvement-Resources/Obstetric-Trauma/Documents/HHIR-Traumatisme-obstetrical-A03-D03.pdf>. Consulté le 23.12.2020
- 3- Collège américain des obstétriciens et gynécologues, Committee on Practice Bulletins-Obstetrics. Practice bulletin no 198 : Prevention and Management of Obstetric Lacerations at Vaginal Delivery. *Obstet Gynecol.* 2018 ;132(3) : 87-102.
- 4- Morhe ESK, Sengretsi S, Danso KA. Episiotomy in Ghana. *J Gynecol Obstet* 2004 ; 86 : 46-7
- 5- Van Den Bergh JE, Sueters M, Segaar M. Determinants of episiotomy in rural Zimbabwe. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2003 ; 82 (10) : 966-68.
- 6- Ying Lai C, Wah Chung H, Tzu Hsi Lao T et al. Is the policy of restrictive episiotomy generalisable ? A prospective observational study. *J Maternal-Fetal and Neonatal Med* 2009 ; 22(12) : 1116-121.
- 7- CNGOF L'épisiotomie : Recommandations pour la pratique clinique. *J. Gynecol. Obstet. Biol. Reprod.* 2006 ; 35 (1) : 77-80.
- 8- Nguembi E, Sepou A, Ngbale R. Les lésions des parties molles au cours de l'accouchement dans les maternités de Bangui. *Med Afriq Noire* 2004 ; 51 :83-6.
- 9- Eckman A, Ramanah R, Gannard E et al. Evaluation d'une politique restrictive d'épisiotomie avant et après les recommandations du Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français. *J Gynecol Obstet Biol Reprod* 2010 ; 39 (1) : 37-42
- 10- 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 de Bamako Thèse de Doctorat en médecine, Faculté de médecine, de pharmacie et d'odonto-stomatologie, Bamako 2008 : 63p
- 11- Barbier A, Poujade O, Faye R, et al. La primiparité est-elle le seul facteur de risque des lésions du sphincter anal en cours d'accouchement ? *Gynécol Obstet Fertil* 2007 ; 35 : 101-06.
- 12- Tebeu PM, Mbu R, Kongnyuy E et al. Influence du jeune âge maternel sur l'issue de l'accouchement à l'hôpital provincial de Maroua, Nord Cameroun, de 2003 à 2005. *Méd trop* 2008 ; 68 (5) : 553-54.
- 13- Le Ray C, Audibert F. Durée des efforts expulsifs : données de la littérature. *Rev Sage-Femme* 2008 ; 7 : 217-20.
- 14- Moubarak MO. Les déchirures spontanées du périnée au cours de l'accouchement et les épisiotomies à propos de 200 cas. Mémoire DES Gynécologie-Obstétrique, Dakar, 2006, 112p

- 15- Fatnassi R, Rasmoun H, Marzougui L, et al. Facteurs de risque et pronostic materno-fœtal de la macrosomie fœtale : étude comparative à propos de 820 cas Risk factors and materno- fetal prognosis of fetal macrosomia : comparative study of 820 cases Pan Afr Med J 2017 ;28 (126) : 8502-12
- 16- Treisser A. Macrosomie fœtale - Papiernick, Cabrol D. Pons J ed Obstét 1995 ; 35 :653-73. Google Scholar
- 17- Vardon D, Reinbold D, Dreyfus M. Épisiotomie et déchirures obstétricales récentes. EMC (Elsevier Masson, Paris) - Techniques chirurgicales - Gynécologie 2013 :1-16 [Article 41897].[Enligne].<https://www.emconsulte.com/article/734743/episiotomie-et-dechirures-obstetricales-recentes>. Consulté le 26.03.2020
- 18- Parant O, Reme JM, Monorozies X. Déchirures obstétricales récentes. EMC (Elsevier Masson, Paris). Techniques chirurgicales-Gynécologie, 2001, 41-898. [En ligne]. <https://www.emconsulte.com/article/23020>. Consulté le 27.03.2020
- 19- Ponkey SE, Cohen AP, Heffner LJ, et al. Persistent fetal occiput posterior position : obstetric outcomes. Obstet Gynecol 2003 ;101 :915- 20
- 20- Gardberg M, Laakkonen E, Sälevaara M. Intrapartum sonography and persistent occiput posterior position : a study of 408 deliveries. Obstet Gynecol 1998 ;91 :746-49.
- 21- Sawadogo A. Les lésions traumatiques au cours de l'accouchement au Centre Hospitalier Universitaire Yalgado Ouédraogo de Ouagadougou : Aspects épidémiologiques, cliniques, thérapeutiques et pronostic. Thèse de Doctorat en médecine, Université de Ouagadougou, Unité de formation et de recherche en sciences de la sante (UFR-SDS), Ouagadougou 2011 : 117p
- 22- Merger R, Levy J, Melchior J. Précis d'obstétrique : Accouchement normal. 6^e édition. Paris : Masson ; 1995, 599p