

LES COMPLICATIONS TRAUMATIQUES LORS DU TRAVAIL D'ACCOUCHEMENT A PROPOS DE 320 SUJETS ACCOUCHEES A L'HÔPITAL GENERAL INERA-YANGAMBI EN REPUBLIQUE DEMOCRATIQUE DU CONGO

Ley BAFENO LYANDE

Institut Supérieur des Techniques Médicales de YANGAMBI (ISTM – YBI)

INTRODUCTION

La maternité sans risque est l'objectif idéal. Malgré les efforts de l'Organisation Mondiale de la Santé et du ministère de la santé de chaque pays, la complication traumatique de l'accouchement reste toujours un problème gynécologie obstétrical, l'accouchement se passe en général de façon physiologique et naturelle pour faire sortir le fœtus et ses annexes hors de la voie génitale féminine.

Ces phénomènes sont régis par l'adaptation des dimensions de diamètres fœtaux, ceux de la tête fœtale en particulier, à celle du bassin naturel et des parties molles, permettant au fœtus de traverser la filière génitale, et par les contractions utérines du travail qui poussent le fœtus vers le dehors. (12)

La non adaptation à ces phénomènes entraîne la complication de l'accouchement qui intéresse surtout la partie molle en particulier le col utérin, le vagin, le périnée et le corps utérin qui se manifeste le plus souvent par l'hémorragie du post partum immédiat.

En dépit des progrès de la santé, la situation des gestantes reste préoccupante du fait du risque élevé de décès pendant la grossesse, l'accouchement, ou dans les suites de couches. La grossesse et l'accouchement ont depuis l'origine des temps fait courir à la femme un risque mortel. Cette assertion soutenue par Rivière (25) reste encore valable de nos jours. Les complications traumatiques sont fréquentes au cours de l'accouchement et sont les causes de phénomènes de morbidité de certaines femmes en travail d'accouchement dans le monde.

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

A l'opposé, dans les pays sous- développés et particulièrement ceux d'Afrique sub-saharienne, l'accident est fréquent et représente une complication obstétricale de gravité extrême. . L'Organisation Mondiale de la Santé estime à 514 000 le nombre de femmes qui meurent chaque année des complications de la grossesse et de l'accouchement. (26). C'est une urgence obstétricale qui peut mettre en jeu le pronostic vital en cas des lésions étendues et/ou retard de la prise en charge ?

Ces complications prennent en compte la rupture utérine, les déchirures du vagin, les déchirures du col utérin et les déchirures du périnée. Cette dernière représente environ 10% de cas.

En ce qui concerne la rupture utérine, elle est une solution de continuité complète ou incomplète de l'utérus, survenant au niveau du segment inférieur ou au niveau du corps pendant la grossesse ou pendant le travail d'accouchement.

La fréquence de ces complications est de 0.97% à Abidjan avec une proportion de 72% des ruptures d'utérus sain et de 0.6% à Kisangani (2)

En République Démocratique du Congo, elles demeurent un problème prioritaire de santé publique et Yangambi comme dans d'autres coins du pays, toutes ces complications demeurent une question épineuse au sein de la communauté et mérite qu'on y accorde une attention particulière car la fréquence de ces déchirures est assez élevée, raison du choix de ce sujet.

L'objectif poursuivi dans cette étude est de connaître la fréquence des complications traumatiques dans notre milieu, de déterminer les différents types de complications ainsi que leurs fréquences et de connaître l'issue des accouchées.

METHODOLOGIE

1. **Cadre d'étude**
 Cette étude rétrospective a été menée à l'Hôpital Général INERA YANGAMBI qui est un service d'appui à l'Institut National pour l'Etude et la Recherche Agronomique centre de Yangambi, Province de la Tshopo en R D Congo.
2. **Population et Echantillon**
 La population d'étude est constituée des toutes les accouchées et notre échantillon est constituée par des accouchées par voie base et celles qui ont connu des ruptures utérines pendant le travail d'accouchement dans notre structure durant la période de 18 mois soit du 1^{er} Janvier 2020 au 30 Juin 2021.
3. **Récolte des Données**
 Notre étude est rétrospective, elle est basée sur la technique d'analyse documentaire qui consiste à dépouiller les parthogramme des accouchées en vue d'extraire les renseignements en rapport avec les objectifs de notre étude.
4. **Technique de traitement et analyse des données**
 Les données ont été compilées dans les tableaux des effectifs. Pour analyser les données, nous nous sommes servis de calculs statistiques suivants :
 - Calcul de pourcentage
 - Moyenne arithmétique

Les données recueilli ont été encodées et analysé dans le logiciel Excel

RESULTATS

Tableau I Age de la parturiente

Age en année	Fréquence observée	pourcentage
14-19	80	25
20-24	106	33.1
25 -29	40	12.5
30 – 34	49	15.3
35 – 39	33	10.3
40 et plus	12	3.8
Total	320	100

Il ressort de ce tableau que la majorité de nos accouchées ont l'âge variant entre 20 à 24 ans avec 33.1% et nous avons remarqué une faible proportion des accouchées de plus de 40ans soit 3.8%.

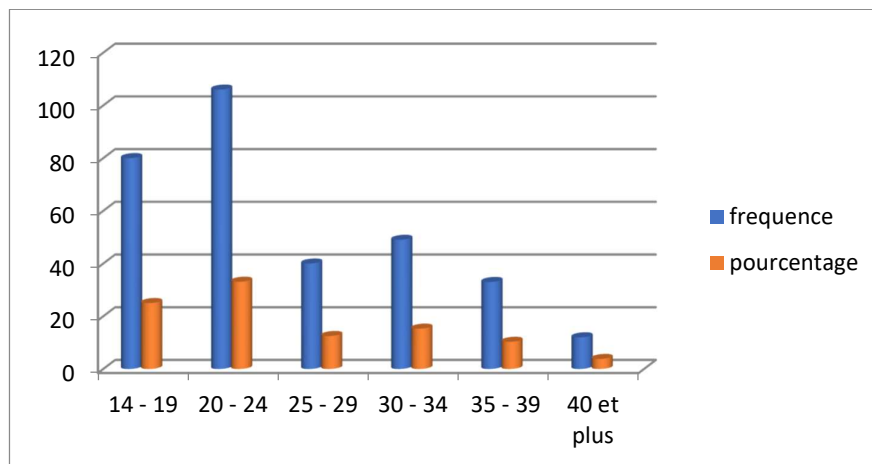


Figure I : répartition de l'âge de la parturiente.

Tableau II poids de la parturiente

Poids en Kg	Fréquence observée	pourcentage
Inférieur à 45	6	1.9
45 – 49	34	10.6
50 – 59	143	44.7
60 – 69	83	26
70 – 79	36	11.2
80 et plus	18	5.6
Total	320	100

Le tableau II montre que 44.7% de nos accouchées avaient un poids variant de 50 à 59kg ; par contre 1.9% avaient un poids inférieur à 45Kgr et 5.6% avaient un poids supérieur à 80Kgr.

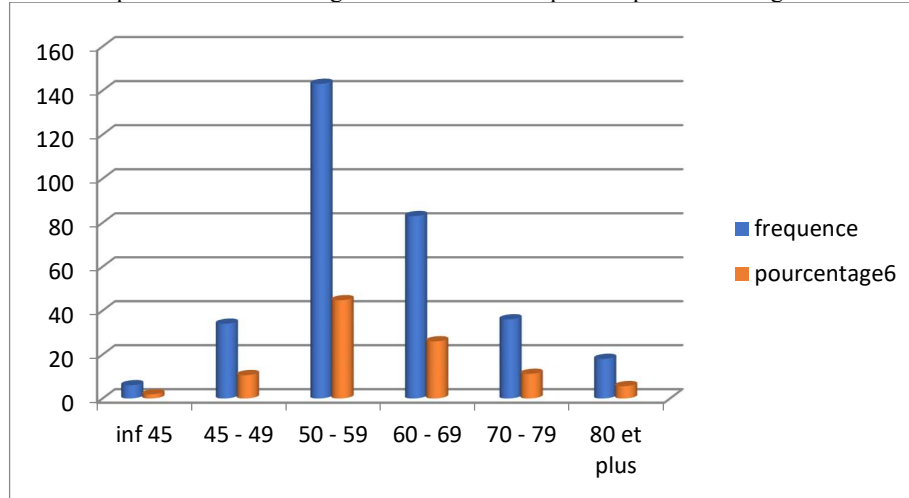


Figure II : répartition selon le poids de la parturiente.
Tableau III Age de la Grossesse

Age de la grossesse en semaine	Fréquence observée	pourcentage
<32 – 37<	14	4.4
<37 – 42<	291	90.9
<42 et plus	15	4.7
Total	320	100

Dans ce tableau, il ressort que 90.9% de nos accouchées, leurs grossesses étaient à terme tandis que 4.7% la grossesse avait dépassé le terme et 4.4% de cas, la grossesse n’avait pas atteint le terme.

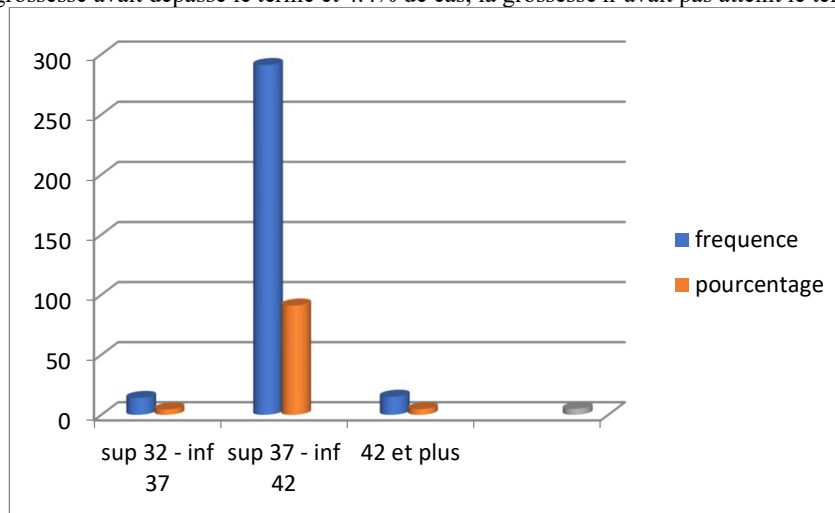


Figure III : Répartition selon l'âge de la grossesse

Tableau IV Gestité

Gestité	Fréquence observée	pourcentage
Geste I	41	12.8
Geste II et III	51	15.9
Geste IV et V	99	31
Geste VI et plus	129	40.3
Total	320	100

La majorité de femmes de notre étude avaient plus de 5 grossesses par contre 15.9% de femmes étaient dans leur première expérience.

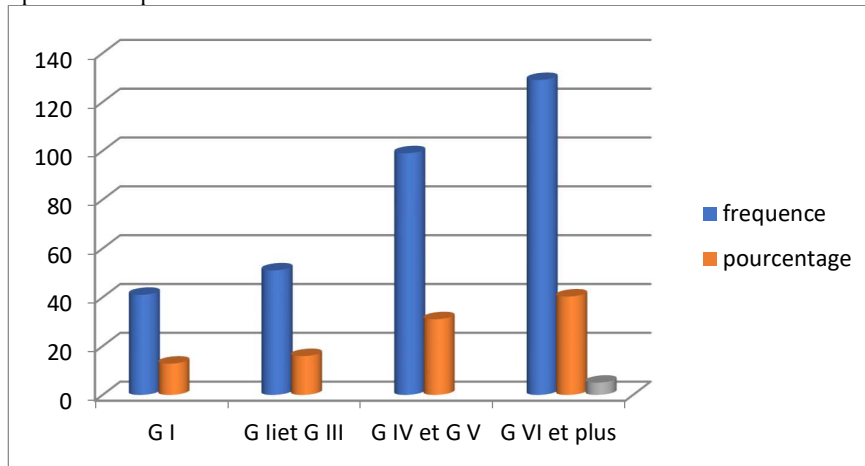


Figure IV : Répartition selon la gestité
Tableau V Parité

parité	Fréquence observée	pourcentage
Primipare	143	44.7
Paucipare	48	15
Multipare 3 à 5	93	29
Grande multipare 6 et plus	36	11.3
Total	320	100

44.7% de nos femmes étaient de primipare contre 29% qui sont des multipares et 15% des paucipares.

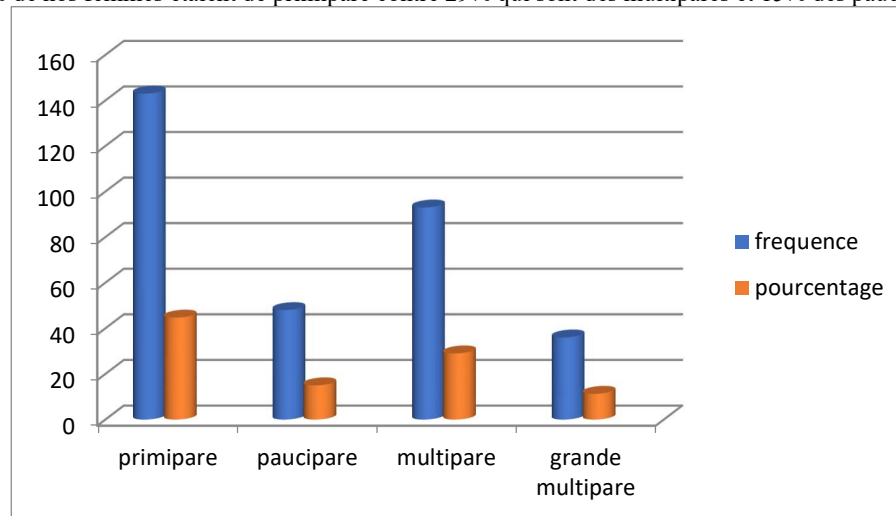


Figure V: Répartition selon la parité

Tableau VI Antécédent traumatique de l'accouchée

Antécédents	Fréquence observée	pourcentage
Utérus cicatriciel	31	9.7
Déchirure du col	13	4.1
Déchirure du vagin	11	3.4
Déchirure du périnée	28	8.8
Épisiotomie	36	11.2
Sans traumatisme	201	62.8
Total	320	100

62.8% des femmes n'avaient pas connu de traumatisme dans leurs accouchements précédents par contre 37.2% avaient connu des traumatismes divers au cours des accouchements précédents.

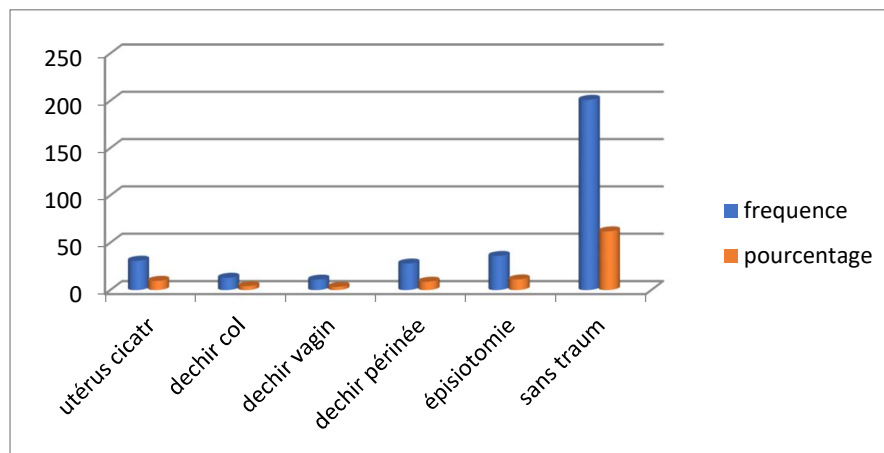


Figure VI : Répartition selon les antécédents traumatiques de l'accouchée

Tableau VII Poids de naissance du nouveau-né

Poids en gramme	Fréquence observée	pourcentage
< 2500	12	3.7
2500 à 2950	82	25.6
3000 à 3450	110	34.4
3500 à 3950	79	24.7
4000 et plus	37	11.6
Total	320	100

Dans ce tableau 60% de nouveau-nés avaient à la naissance un poids variant de 2500 grammes à 3500 grammes contre 3.7% de moins de 2500 grammes et 11.6% de plus de 4000 grammes.

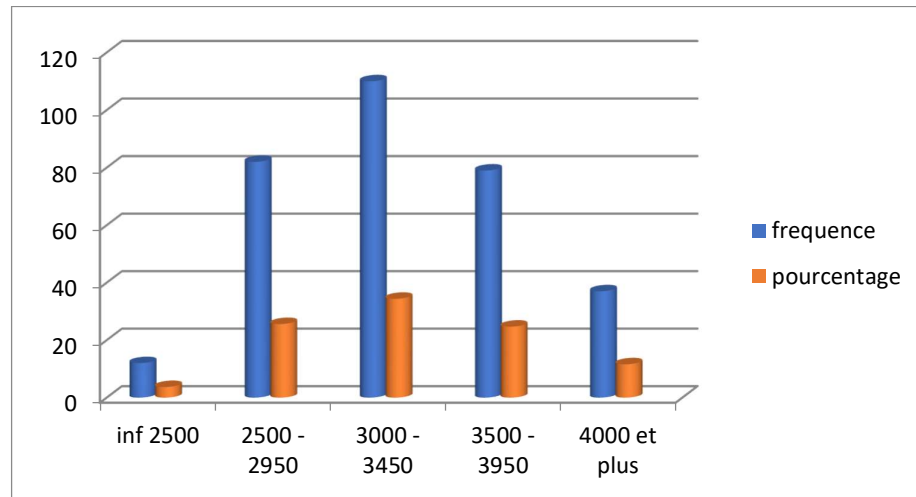


Figure VII : Répartition selon le poids du Nouveau-Né

Tableau VIII Complication traumatique de l'accouchée

Complication traumatique	Fréquence observée	pourcentage
Rupture utérine	11	3.4
Déchirure du col	6	1.9
Déchirure du vagin	7	2.2
Déchirure du périnée	33	10.3
Épisiotomie	38	11.9
Sans traumatisme	225	70.3
Total	320	100

Ce tableau montre que 70.3% de nos accouchées n'avaient pas connu de traumatisme au cours du dernier accouchement contre 29.7%.

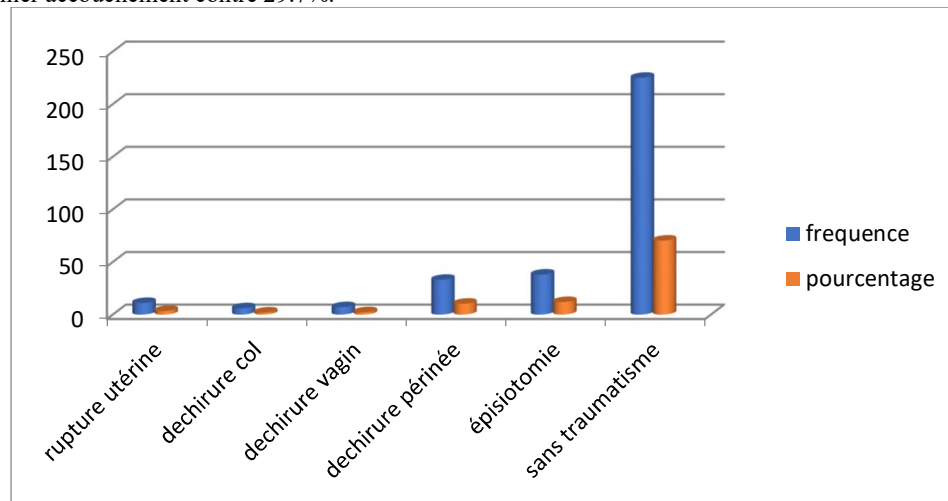


Figure VIII : Répartition selon les complications traumatiques de l'accouchée

Issu des accouchées	fréquence	pourcentage
Réparé et guéri	81	25.3
Complicé et référé	12	3.8
Décès	2	0.6
Aucune complication	225	70.3
total	320	100

Il ressort de ce tableau que 25% des accouchées leurs traumatismes ont été réparé et sont guéri par contre 3.8% des accouchées ont été référé et 0.6% sont décédées.

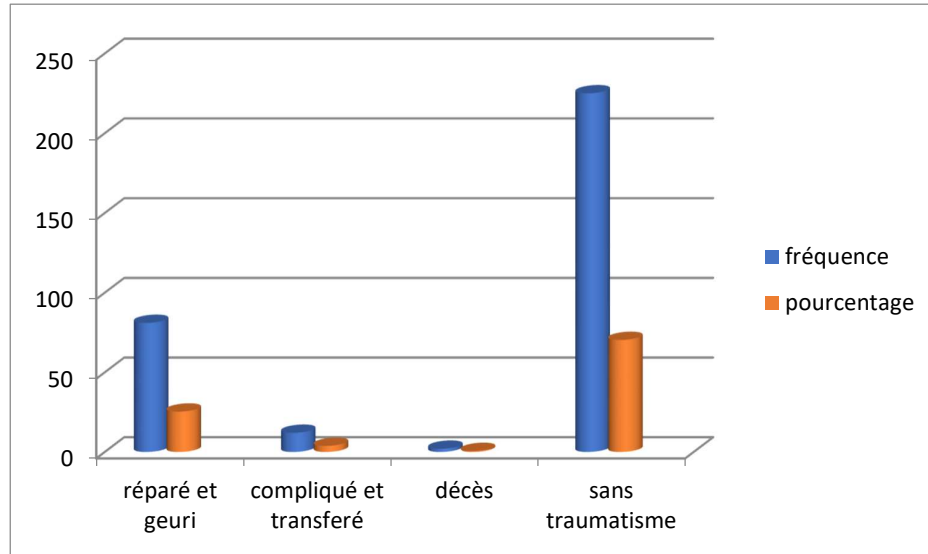


Figure IX : répartition selon l'issue de l'accouchée

DISCUSSION

1. Age

Dans notre étude, nous avons retrouvé que la majorité de nos accouchées avaient en moyenne la tranche d'âge de 20 – 39 ans, la proportion est de 71.2%, elle est identique à celle trouvé par TRAORE (24) au Mali qui rapportait 72%. Cette tranche d'âge est plus susceptible à faire une déchirure, cela s'expliquerait par le fait que cette période de la vie correspond à l'activité génitale la plus intense. Pour la tranche d'âge de 14 – 19 ans qui a un taux de 25% de lésions traumatiques et que ces organes sont en voie de maturation et sont fragile.

2. Poids de la parturiente

Il ressort de cette étude que la fréquence élevée du poids de nos accouchées est située entre 50 et 69kg avec une dominance entre 50 et 59Kgr. Plusieurs auteurs affirment que le poids et la taille sont de facteurs qui peuvent faciliter un accouchement physiologique.

3. Age gestationnel

90.7% des grossesses étaient à terme dans notre série, la prématurité constitue 4.4%. Bien que largement supérieur à ceux trouvé par RAJAOZAFY Fredon (3) pour le terme de la grossesse et largement inférieur pour l'accouchement prématuré, nous pensons également comme pour certains auteurs que cela pourrait être lié à la poussée précoce avant la modification complète du col utérin (13)

4. Gestité

Dans notre série, 12.8% de cas sont de primigestes contre 40.3% de cas de plus de 6 gestes, contrairement à celui trouvé par RAJAOZAFY Fredon (3). Les primigestes consultent nos services dès qu'elles constatent qu'il y a absence de règle pour soit confirmer ou infirmer la grossesse. Dès que le résultat est positif, ceux dernières consultent une fois par trimestre aux consultations prénatales (CPN) nos services pour le suivi de la grossesse pour identifier précocement les dystocies et la prise en charge adéquat par rapport aux moyens que nous disposons. Ces moyens sont limités ; c'est ainsi que malgré les suivis, le taux de traumatismes au cours du travail d'accouchement et l'accouchement reste élevé dans notre milieu.

5. Parité

Les primipares dominant notre série avec 44.7% de cas et les paucipare et les grandes multipares sont minoritaires avec respectivement 15% et 11.3%. Plusieurs auteurs signalent que les primipares sont plus exposées aux traumatismes au cours du travail d'accouchement et l'accouchement suite à plusieurs facteurs. Ces dernières ne savent pas

différencier les étapes de l'accouchement et elles poussent précocement le fœtus avant la dilatation complète du col utérin ou soit même s'il n'y a pas de contraction. Les traumatismes au cours du travail d'accouchement et l'accouchement chez les multipares et les grandes multipares est lié à la mauvaise technique ou manœuvre de l'accoucheuse et aussi à la disproportion fœto-maternelle (gros bébé, macrosomie, certains antécédents...) que nous n'avons pas mis en évidence bien avant. Ce résultat corrobore à celui trouvé par SAWADOGO (25) au Burkina-Faso qui a observé 48.2% ; signalons qu'il y a eu un grand nombre d'avortement soit spontané soit provoqué.

6. Antécédents de traumatisme des parties molles
62.8% de cas n'avaient pas de traumatisme jusqu'au dernier accouchement, d'autres avaient subi des traumatismes suite aux raisons évoqués ci haut. En ce qui concerne la rupture utérine, elle est due à plusieurs facteurs entre autre la maturation cervicale par le prostaglandine, le poids fœtal supérieur ou égal à 4000 grammes, la cicatrice utérine, la dystocie et usage abusif de l'ocytocine (22)
7. Complication traumatique lié à l'accouchement
Dans notre étude 70.3% des accouchées n'ont pas subi de traumatisme au cours du travail d'accouchement et de l'accouchement ; par contre 29.7% de cas ont subi un des traumatismes liés à l'accouchement à des proportions différentes. Cette incidence est plus élevée que celle trouvée par TRAORE (24) et SAWADOGO (25)
Signalons que l'incidence de rupture utérine varie d'une nation à une autre avec un taux particulièrement élevé dans les pays en développement. Elle varie de 0.25 à 2.33% d'accouchement (7,9). Pour notre étude, elle est de 3.4%, très élevée par rapport aux moyennes observées dans différents pays d'Afrique (à Bangui : 0.6% (15), au Sénégal : 2.2% (16), au Niger : 2.33% (6), au Madagascar 0.29% (22) et les pays de la péninsule arabique de l'Asie, elle varie de 0.09 pour mille à 0.09% (8, 11)
Pour les déchirures du périnée, le plus souvent associées aux déchirures vaginales, dans notre série, nous avons observé 10.8% pour les déchirures du périnée et 2.2% pour les déchirures vaginales, cela pourrait être dû à la mauvaise technique de l'accoucheuse qui n'avait pas protégé le périnée quand la parturiente poussait pour expulser le fœtus, également dû aux gros bébé et les macrosomes que nous n'avons pas mis en évidence suite aux moyens limités que nous disposons et aussi à la présentation vicieuse du fœtus.
L'augmentation des lésions traumatiques lors du travail d'accouchement et de l'accouchement s'expliquerait par la mise en œuvre de la Gestion Active de la Troisième Période de l'Accouchement (GATPA) par les prestataires de soins qui permet une meilleure surveillance et la détection précoce des lésions.

CONCLUSION

Les lésions traumatiques au cours de l'accouchement est un sujet aussi ancien que l'obstétrique. Il ressort de notre étude que ces lésions traumatiques sont relativement fréquentes au cours de l'accouchement mais peuvent avoir de répercussion sur la santé de la mère et du nouveau bébé.

Notre étude est transversale descriptive. Nous avons utilisé la méthode d'échantillonnage non probabiliste à travers l'analyse documentaire qui a consisté à dépouiller le partogramme des accouchées en vue d'extraire les renseignements ayant trait à notre étude.

Au terme de notre étude, nous sommes arrivés aux résultats suivants :

- Il ressort de ce tableau que la majorité de nos accouchées ont l'âge variant entre 20 à 24 ans avec 33.1% et nous avons remarqué une faible proportion des accouchées de plus de 40ans soit 3.8%.
- 44.7% de nos accouchées avaient un poids variant de 50 à 59kgr ; par contre 1.9% avaient un poids inférieur à 45Kgr et 5.6% avaient un poids supérieur à 80Kgr.
- 90.9% de nos accouchées, leurs grossesses étaient à terme tandis que 4.7% la grossesse avait dépassé le terme et 4.4% de cas, la grossesse n'avait pas atteint le terme
- 44.7% de nos femmes étaient de primipare contre 29% qui sont des multipares et 15% des paucipares.

- 62.8% des femmes n'avaient pas connu de traumatisme dans leurs accouchements précédentes par contre 37.2% avaient connu des traumatismes divers au cours des accouchements précédents.
- 60% de nouveau-nés avaient à la naissance un poids variant de 2500 grammes à 3500 grammes contre 3.7% de moins de 2500 grammes et 11.6% de plus de 4000 grammes.
- 70.3% de nos accouchées n'avaient pas connu de traumatisme au cours du dernier accouchement contre 29.7%.
- 25.3% des accouchées, leurs traumatismes ont été réparé et guéri et 3.8% des accouchées ont été référé et enfin 0.6% sont décédées.

BIBLIOGRAPHIE

1. KOY G. : Atlas de poche d'obstétrique 2007
2. LABAMA B. Obstétrique du praticien, presse de l'Université de Kisangani 2005
3. RAJAOZAFY Fredon : Déchirure du col utérin vu au service de Gynécologie Obstétrique du CHU de MAHAJANGA 2006 N° 915
4. DAHMANI et Coll. : Diagnostic et conduite à tenir devant une rupture utérine pp 45-47 2007
5. LANSAC J. : Obstétrique du praticien, 4^{ème} Edition 1995
6. J. LANSAC, P. LECOMTE : Extraction instrumentale, Episiotomie et la réparation du périnée Gynécologie pour le praticien, 4^{ème} Edition
7. J. PORIER : Structure histologique de l'utérus et du col utérin. Histologie Humaine, Fascicule 5
8. Annie CAMPAGNE : check-up de l'utérus en cours de travail, octobre 2002
9. M. TOURNAIRE : Physiologie de la contraction, col utérin. Physiologie de la grossesse. Masson Paris 1986
10. DEDECKER F., BALLIENGOURT T., BARAUG et Al. : Etude des facteurs de risques obstétricaux dans le suivi de 365 grossesses primipares adolescentes à l'Ile de la Réunion. Gynécologie obstétrique, Biologie de la reproduction. Masson, Paris 2005, volume 34, N°7
11. SEVEN MICESARL : Anatomie du petit bassin de la femme, 2005
12. R. MERGER. J. LEVY, J.MELCHIOR : Utérus gravide, complication traumatique de l'accouchement. Précis d'obstétrique 4^{ème} Edition 1974
13. J. LANSAC, G. BODY : Evaluation du col au cours du travail, Hémorragie de la délivrance, extraction instrumentale, réfection des déchirures périnéales. Pratique de l'accouchement 2^{ème} Edition 1992
14. MATTHEWS MATHAI, HARSHOU SANGHUI, RICHARDY AUIDOTI et Al. : Prise en charge des complications de la grossesse et de l'accouchement, OMS 2004
15. M. SCHENKER'S : Bulletin smur, Aout 2004
16. HANVUKUN et G. MALLANDAH : Etude des causes des infections du liquide amniotique avant l'accouchement
17. MANGA O : Anatomie des organes féminins de reproduction. Cours inédit, UNIKIS 2018
18. MERGER R et coll : précis d'obstétrique. Masson, Paris 2001
19. HOUEBINE L.M : Rupture utérine EMC d'obstétrique 4^{ème} Edition
20. MAQMOURU. K et coll : Rupture utérine au cours de la grossesse ; 1995
21. SEINE N., PHARISENI : Grossesse et accouchement des adolescents. Gynécologie 2018
22. J.J.C RAJAONARISON et al. : Facteurs étiologiques et pronostic materno-fœtal
23. FONSECA N R : placenta praevia hémorragique : aspects épidémio-clinique au CSR de la commune V de BAMAKO à propos de 334cas (thèse) BAMAKO 2003
24. TRAORE B : les déchirures des parties molles au cours de l'accouchement à la maternité du CSR de la commune V de BAMAKO (thèse) 2008
25. SAWADOGO Armand : les lésions traumatiques au cours de l'accouchement au CHU YALGADO OUEDRAOGO de OUAGADOUGOU : Aspects épidémiologiques, cliniques, thérapeutique et pronostic. (thèse) 2012
26. OMS : Réduire la mortalité maternelle : Déclaration commune OMS, UNICEF, UNFPA, Banque Mondiale, Genève 1994, p29
27. PIGNE A, FRITEL X : traité obstétrique tome II Paris Masson 1997
28. Parant O, Reme JM, Monorozies X. Déchirures obstétricales récentes. EMC (Elsevier Masson, Paris). Techniques chirurgicales-Gynécologie, 2001, 41-898
29. Vardon D, Reinbold D, Dreyfus M. Episiotomie et déchirures obstétricales récentes. EMC (Elsevier Masson, Paris) - Techniques chirurgicales - Gynécologie 2013: 41-897
30. Médecins sans Frontière : obstétrique en situation d'isolement, 3^{ème} Edition, Mars 2007
31. OMS : Prise en charge des complications de la grossesse et de l'accouchement, 2004