

LISTE DES ABREVIATIONS

CHU	: Centre Hospitalier Universitaire
Cm	: Centimètre
CPN	: Consultation Périnatale
CSB	: Centre de Santé de Base
EVASAN	: Evacuation Sanitaire
EMC	: Encyclopédie Médico-Chirurgicale
G	: Gestité
H	: Heure
HU	: Hauteur utérine
IST	: Infection sexuellement Transmissible
Kg	: Kilogramme
ml	: millilitre
mn	: minute
OMS	: Organisation Mondiale de la Santé
O.C	: Opération Césarienne
PP	: Placenta Praévia
SA	: Semaine d'aménorrhée
SGI	: Sérum Glucosé Isotonique
TPHA	: Treponema Pallidum Haemagglutination Assay
UI	: Unité International
VDRL	: Venereal Disease Research Laboratory
VR	: Vraie référé
<	: Inférieur
%	: Pour cent

SOMMAIRE

	Page
INTRODUCTION	01
<u>PREMIERE PARTIE</u> : REVUE DE LA LITTERATURE	
I-RAPPEL ANATOMO-PHYSIOLOGIQUE DES ORGANES GENITAUX	
DE LA FEMME	02
<i>I-1 Anatomie</i>	02
<i>I-1-1- Structure de l'utérus:</i>	02
<i>I-1-2 -Rapport de l'utérus:</i>	06
<i>I-1-3- Vascularisation de l'utérus</i>	08
<i>I-1-4-Structure histologique du col utérin.</i>	09
<i>I-2 Les différents aspects physiologiques du col utérin.</i>	09
<i>I-2-1-Aspect du col utérin en dehors de la grossesse</i>	09
<i>I-2-2-Aspect du col utérin au cours de la grossesse.</i>	10
<i>I-2-3-Maturation du col utérin à la fin de la gestation</i>	11
II-ACCOUCHEMENT :	13
<i>II-1-Définition</i>	13
<i>II-2- Les présentations rencontrées</i>	13
<i>II-3 Le travail</i> :	14
III-LA DECHIRURE DU COL UTERIN :.....	18
<i>III-1- Définition</i>	18
<i>III-2- Circonstance de découverte et manifestation clinique</i>	18
<i>III-3- Forme anatomo-pathologique</i>	19
<i>III-4- Etio-pathogénie</i>	21
<i>III-5 -Complications</i>	22

<i>III-6- Traitement</i>	22
<i>III-7- Pronostic</i>	25

DEUXIEME PARTIE : NOTRE ETUDE

I-OBJECTIFS D'ETUDE	26
II-CADRE D'ETUDE	26
III-METHODE ET MATERIELS D'ETUDE	27
IV-RESULTATS	28
<i>IV-1-Fréquence</i>	28
<i>IV--2-Aspects épidémiologiques selon les antécédents maternels</i>	30
<i>IV-3-Mode d'admission</i>	40
<i>IV-4-Mode d'accouchement</i>	44
<i>IV-5-Caractéristiques fœtales</i>	49
<i>IV-6-Réfection de la déchirure cervicale</i>	54
V-COMMENTAIRE ET DISCUSSION	59
VI- SUGGESTIONS	67
CONCLUSION	69
BIBLIOGRAPHIES	

INTRODUCTION

INTRODUCTION

La maternité sans risque est l'objectif idéal. Malgré les efforts de l'OMS et du ministère de la santé de chaque nation, 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. [1]

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

Durant notre stage dans le service de Gynécologie Obstétrique du Centre Hospitalier Universitaire de Mahajanga de cette année 2006, la fréquence de déchirure cervicale post partum est assez élevée. C'est pour cela que nous avons fait cette étude.

C'est une urgence obstétricale qui peut mettre en jeu le pronostic vital en cas de lésion étendu et/ou de retard du diagnostic et de la prise en charge.

L'objectif de cette étude est de faire connaître la déchirure cervicale afin d'instaurer la meilleure prévention et la prise en charge.

Ainsi notre étude concerne :

Les rappels anatomophysiologiques des organes génitaux de la femme, l'accouchement et la déchirure cervicale dans la première partie ;

La deuxième partie c'est notre étude : la méthodologie avec les résultats et la discussion.

Quelques suggestions suivies de conclusion générale termineront ce travail.

PREMIERE PARTIE

*REVUE DE LA
LITTERATURE*

I. RAPPEL ANATOMO-PHYSIOLOGIQUE DES ORGANES GENITAUX DE LA FEMME

I-1-Anatomie :

I-1-1-Structure de l'utérus : [1]

L'utérus est un muscle creux destiné à recevoir l'œuf après la migration, à le contenir pendant la grossesse tout en permettant son développement et à l'expulser lors de l'accouchement.

Il subit au cours de la grossesse des modifications importantes qui porte sur sa morphologie, sa structure, ses rapports, et ses propriétés physiologiques.

Au point de vu anatomique, l'utérus gravide comprend trois parties : le corps, le col entre lesquels se développe, dans les derniers mois une portion propre à la gravidité, le segment inférieur.

✚ *Corps de l'utérus :*

L'utérus augmente progressivement de volume, d'autant plus vite que la grossesse est plus avancée. Cette croissance se fait en deux périodes distinctes :

La première est la phase d'épaississement des parois : l'utérus a une forme sphéroïde ;

La seconde est la phase de distension : l'utérus est en réalité ovoïde à grosse extrémité supérieure.

Le passage de la première phase à la seconde porte le nom de conversion. Elle survient habituellement au cours de la vingtième semaine.

	Hauteur	Largeur
Utérus non gravide	6-8cm	4-5cm
A la fin du 3 ^{ème} mois	13cm	10cm
A la fin du 6 ^{ème} mois	21cm	16cm
A terme	32cm	22cm

La forme de l'utérus varie avec l'âge de la grossesse : globuleux pendant les premiers mois, il dévient ovoïde à grand axe vertical et à grosse extrémité supérieure pendant les derniers mois. [1]

Au début de la grossesse, les parois s'hypertrophient, puis s'amincissent progressivement en proportion de la distension de l'organe. A terme, l'épaisseur est de 8 à 10 mm au niveau du fond, de 5 à 7 mm au niveau du corps. Après l'accouchement, elle se rétracte et deviennent plus épaisses qu'au cours de la grossesse.

L'utérus non gravide est ferme et il se ramollit au cours de la grossesse.

L'utérus est pelvien pendant la première semaine de la grossesse, son fond déborde le bord supérieur du pubis dès la fin du deuxième mois, puis, il se développe dans l'abdomen pour atteindre à terme, l'appendice xyphoïde.

Au début de la grossesse, l'utérus conserve ou même accentue son antéversion. Puis, il s'élève dans l'abdomen, derrière la paroi abdominale antérieure.

A terme, la direction de l'utérus dans le sens antéro-postérieur dépend de l'état de la paroi abdominale.

Sur la femme debout, l'axe de l'utérus est sensiblement parallèle à celui du détroit supérieur si la paroi abdominale est résistante. Quand la paroi est flasque, l'utérus se place en antéversion.

Sur le plan frontal, le grand axe utérin s'incline en général du côté droit (76%), plus rarement à gauche.

L'utérus subit un mouvement de rotation sur son axe vertical, de gauche à droite, qui oriente sa face antérieure en avant et à droite.

Le segment inférieur :

C'est la partie basse, amincie de l'utérus gravide, situé entre le corps et le col. Il n'existe que pendant la grossesse et n'acquiert son plein développement que dans les trois derniers mois. Sa forme, ses caractères, ses rapports, sa physiologie, sa pathologie sont d'une importance obstétricale considérable. [1]

Il a la forme d'une calotte évasée ouverte en haut. Le col s'attache sur la convexité, mais assez en arrière, de sorte que la paroi antérieure est plus bombée et plus longue que la paroi postérieure : caractère important, puisque c'est sur la paroi

antérieure que porte l'incision de la césarienne segmentaire. Le caractère essentiel de cette partie est sa minceur de 2 à 4 mm, qui s'oppose à l'épaisseur du corps.

Cette minceur est d'autant plus marquée que le segment inférieur coiffe plus intimement la présentation, circonstance réalisée au maximum sur la présentation du sommet engagée.

C'est dire que la minceur du segment, qui traduit l'excellence de sa formation, est la marque de l'eutocie. La bonne ampliation du segment inférieur, appréciée par la clinique, est donc un élément du pronostic de l'accouchement.

La limite inférieure correspond à l'orifice interne du col, bien visible après l'hystérotomie lors de l'opération césarienne pratiquée avant le travail. La limite supérieure est marquée par le changement d'épaisseur de la paroi, qui augmente assez brusquement en devenant corporéale. Cet épaissement donne l'impression d'un anneau musculaire, surtout au moment de la contraction et plus encore après l'expulsion du fœtus.

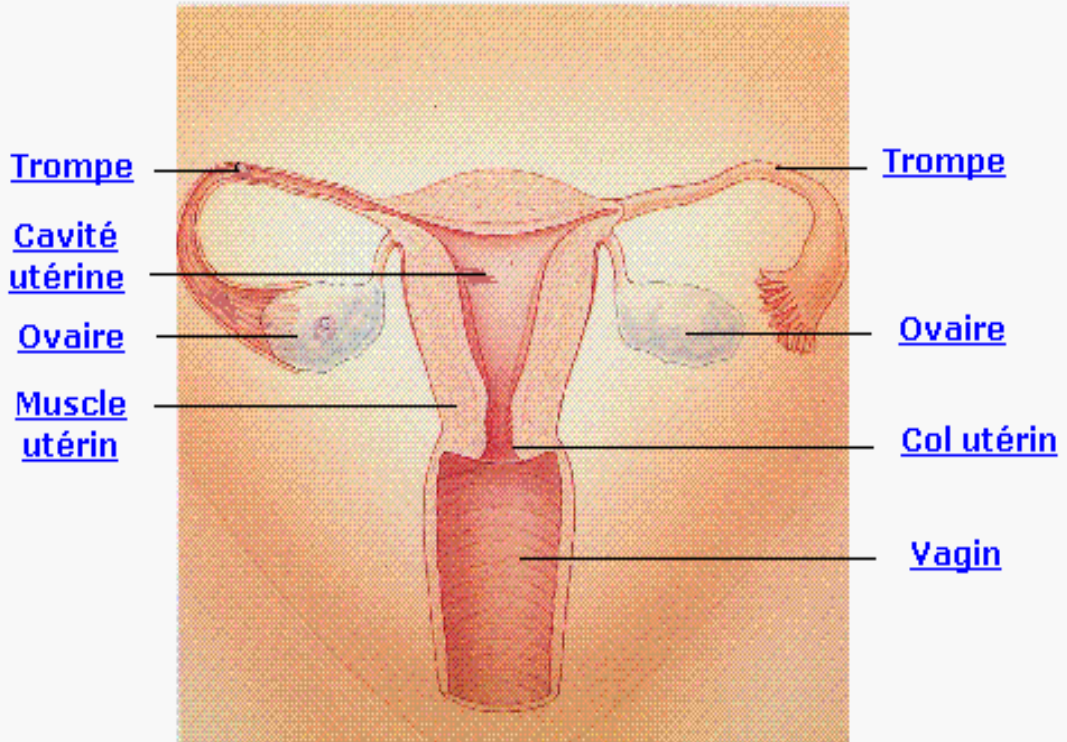
Le segment inférieur se développe aux dépens de l'isthme utérin, zone ramollie dès le début de la grossesse comme le prouve le signe de Hégar. Mais il n'acquiert son ampleur qu'après le sixième mois, plus tôt et plus complètement chez la primipare que chez la multipare. Pendant le travail, le col effacé et dilaté se confond avec le segment inférieur pour constituer le canal cervico-segmentaire.

Le col utérin :

Contrairement au corps, il se modifie peu pendant la grossesse.

Son volume, sa forme restent comme ce qu'ils étaient. Sa situation et sa direction ne change qu'à la fin de la grossesse, lorsque la présentation s'accommode ou s'engage. Il est alors rapporté en bas et en arrière, et c'est souvent loin vers le sacrum que le doigt l'atteint au cours du toucher.

L'état de ses orifices ne varie pas, ils restent fermés jusqu'au début du travail chez la primipare. Chez la multipare, l'orifice externe est le plus souvent entrouvert, l'orifice interne peut lui aussi être perméable au doigt dans les derniers mois, il peut même être franchement dilaté, sa longueur peut diminuer mais il ne s'efface pas avant le travail.

Schéma n°01 : [31]**COUPE TRANSVERSALE des organes genitaux**

I-1-2-Rapports de l'utérus :

- ❖ *Au début de la grossesse*, les rapports de l'utérus encore pelvien sont les mêmes qu'en dehors de la grossesse :

Sa face antérieure répond à la face supérieure de la vessie, la face antérieure du corps de l'utérus est recouverte par le péritoine qui forme au niveau de l'isthme le cul de sac vésico-utérin. La face antérieure du col est en rapport avec la vessie, sans interposition de péritoine, par intermédiaire seulement des tissus cellulaires lâche.

Sa face postérieure répond aux anses intestinales et au rectum. Cette face est entièrement tapissée par le péritoine ; celui-ci descend même au dessous de l'utérus, sur la partie supérieure de la face postérieure du vagin puis se réfléchit sur la face antérieure du rectum en formant le cul de sac vagino-rectal ou Douglas.

Ses bords latéraux répondent aux ligaments larges et sont longés par les artères et les veines utérines.

Le fond de l'utérus est toujours situé un peu au dessous du détroit supérieur. Il est coiffé par les anses intestinales ou par le colon ilio-pelvien.

Le sommet est représenté par la portion intra vaginale du col de l'utérus. [8]

- ❖ *Au terme*, l'utérus est abdominal :

En avant, sa face antérieure répond directement à la paroi abdominale ; l'interposition d'épiploon ou d'anses grêles est très rare. Dans sa partie inférieure, elle entre en rapport avec la vessie lorsqu'elle est pleine.

En arrière, l'utérus est en rapport avec la colonne vertébrale flanquée de la veine cave inférieure et de l'aorte, avec les muscles psoas croisés par les uretères, avec une partie des anses grêles.

En haut, le fond utérin soulève le colon transverse, refoule l'estomac en arrière et peut entrer en rapport avec les fausses côtes. A droite, il répond au bord inférieur du foie et à la vésicule biliaire.

Le bord droit regarde en arrière, il entre en contact avec le caecum et le colon ascendant.

Le bord gauche répond à la masse des anses grêles refoulés et, en arrière, au colon descendant. [1]

Le petit bassin de la femme

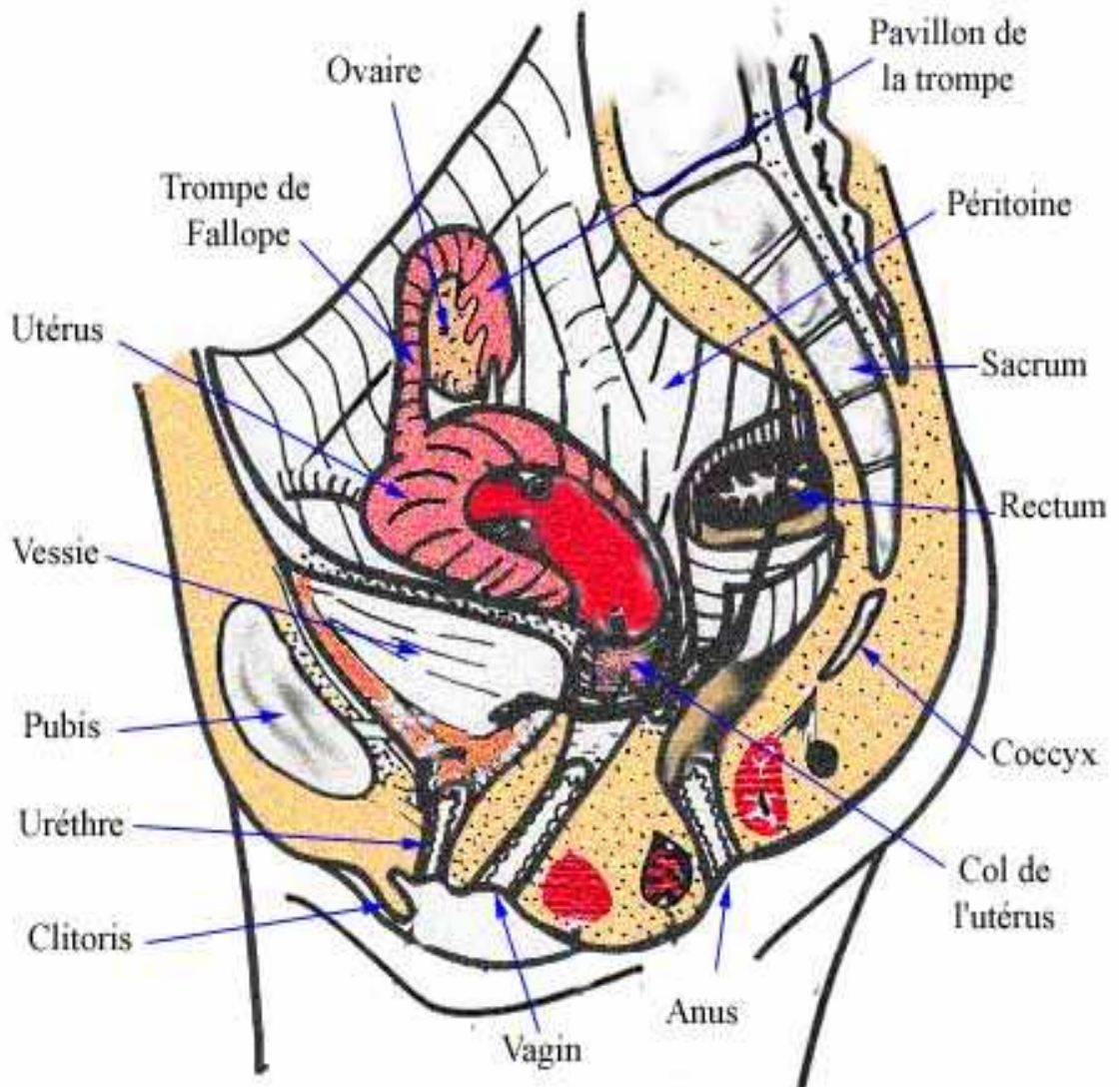


Schéma n°02 : *Le petit bassin de la femme vu de profil [31]*

I-1-3-Vascularisation de l'utérus :

Les artères, ce sont les branches de l'utérine, anastomosées entre elles de chaque côté, mais non avec celle du côté opposé, une zone médiane longitudinale peu vasculaire est ainsi ménagée, empruntée par le ciseau d'hystérotomie dans la césarienne corporéale.

Dans l'épaisseur du corps elles parcourent les anneaux musculaires de la couche pléxiforme, deviennent rectilignes, s'anastomosent richement en regard de l'aire placentaire.

Le col utérin est irrigué par les artères cervico-vaginales qui se bifurquent pour donner une branche antérieure et une branche postérieure avant de pénétrer dans son épaisseur. Cette disposition permet la dilatation du col.

Les veines, considérablement développées, forment les gros troncs veineux latéraux utérins qui collectent les branches corporéales réduites à leur endothélium à l'intérieur de la couche pléxiforme, soumise ainsi à la rétractilité des anneaux musculaire après la délivrance. [1]

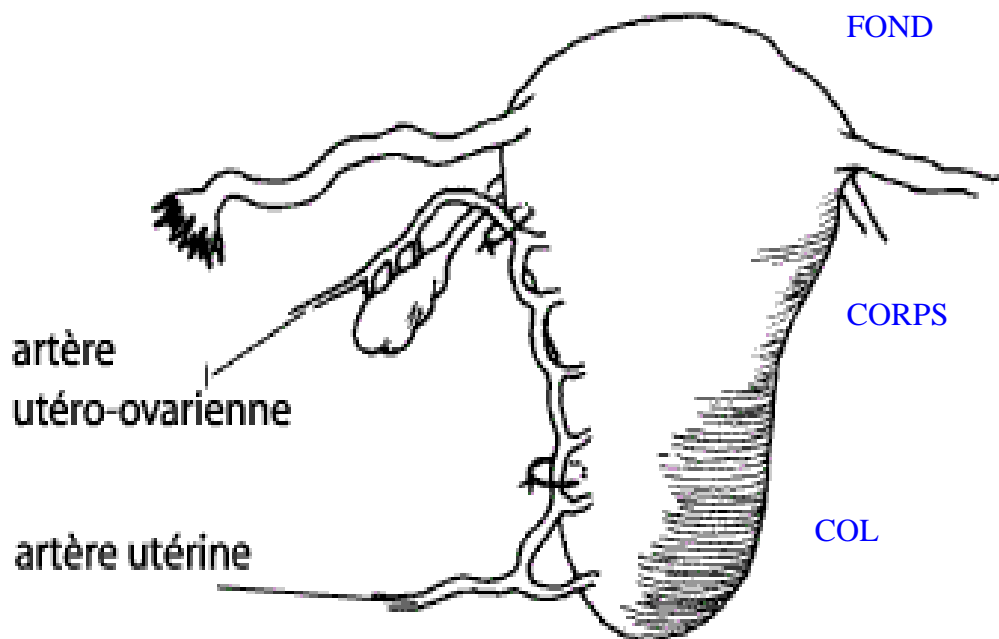


Schéma n°03 : Vascularisation de l'utérus [12]

I-1-4-Structure histologique du col utérin :

Le col utérin est centré par un canal cylindrique reliant la cavité utérine à la cavité vaginale. Sa paroi comporte une muqueuse bordant sa face interne puis se réfléchissant au niveau de l'orifice cervical externe pour border sa face externe, et une partie centrale en continuité avec le myomètre.

La muqueuse de l'endocol est plissée et décrit des « crypte » extrêmement nombreuses et ramifiées. Elle ne subit pas de modifications cylindriques.

Elle comporte :

Un épithélium simple, cylindrique, fait de cellules sécrétrices de mucus et de cellules ciliées ; un chorion de tissu conjonctif dense contenant les glandes endocervicales : tubulo-alvéolaires, ramifiées, muqueuses pures, parfois kystiques.

La muqueuse de l'exocol :

Elle fait suite à celle de l'endocol, la transition étant brutale au niveau de l'orifice externe du col où l'épithélium devient pavimenteux stratifié, non kératinisé La partie centrale du col est essentiellement composée d'un tissu conjonctif dense ; au sein duquel se répartit un nombre variable de cellules musculaires lisses à orientation circulaire prédominante.

Au moment du travail, l'évasement progressif du canal cervical sous l'effet des contractions, n'est possible que lorsque surviennent des modifications de structure du tissu conjonctif qui se ramolli. [2]

I-2-Les différents aspects physiologiques du col utérin :

I-2-1-Aspect du col utérin en dehors de la grossesse :

Chez la femme en âge de procréer, en dehors de la grossesse, le col utérin subit des modifications cycliques.

Cette modification est caractérisée par la sécrétion de glaire cervicale.

Elle est importante à observer car elle reflète l'activité cylindrique hormonale de la femme. [3]

En première partie du cycle, normalement, elle augmente progressivement en abondance, pour être au maximum au 14^{ème} jour du cycle, au moment de l'ovulation. La glaire est claire, s'écoulant du col sans cesse.

Après l'ovulation, en seconde moitié de cycle, la glaire s'épaissit, devient opaque et n'a plus de filance. [3,4]

Les aspects morphologiques sont différents chez la nullipare, chez la femme qui a accouché et chez la femme ménopausée.

- *Chez la nullipare* : l'orifice externe du col est arrondi, souvent la zone de jonction pavimento-cylindrique correspond à l'orifice externe du col. La muqueuse exo-cervicale est rose, identique à celle du vagin mais bien lisse et sans pli.
- *Chez la femme qui a accouché* : l'orifice externe est légèrement ouvert transversalement. On voit en général la muqueuse endo-cervicale plus rouge.
- *Chez la femme ménopausée* : au contraire, la zone de jonction remonte dans l'orifice cervical et on ne voit que la muqueuse malpighienne. Les muqueuses sont plus pâles. [4]

I-2-2-Aspect du col utérin au cours de la grossesse :

Les glandes de la muqueuse endo-cervicale, qui ne subissent pas la transformation déciduale, sécrètent un mucus abondant qui formera le bouchon muqueux.

Le col grévide devient plus violacé et plus vasculaire mais demeure ferme, et conserve sensiblement sa forme et sa taille. La partie inférieure du canal cervical a une tendance à s'everser. La jonction entre épithélium malpighien exocervical et épithélium cylindrique endocervicale étant reportée sur le col intra vaginal donne l'aspect d'un extropion. Durant la seconde moitié de la grossesse le col devient plus souple et s'hypertrophie mais il conserve sa forme et le canal endo-cervical reste résistant à la dilatation instrumentale. [4]

Sa position et sa direction ne change qu'à la fin de la gestation ; il est alors rapporté en arrière. [1]

I-2-3-Maturation du col utérin à la fin de la gestation :

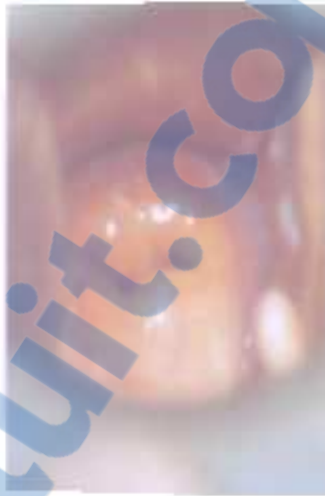
La maturation du col se produit le plus souvent quelques jours avant le début du travail. Le col qui était resté résistant jusque-là devient mou. Il se produit généralement au même moment une légère diminution de longueur du canal cervical, prélude à l'effacement du col. La partie haute du canal cervical va s'incorporer au segment inférieur, phénomène que nous décrirons plus loin.

La maturation du col est due au changement du tissu conjonctif du stroma cervical. Elle s'accompagne d'une modification des propriétés mécaniques du col. Une force constante étant appliquée au col, l'augmentation de distributivité de celui-ci est beaucoup plus forte à la fin de la gestation qu'à son début.

Cette évolution clinique et histologique du col s'explique par une modification de la composition moléculaire du tissu conjonctif cervical. [4]



COL SAIN DE NULIPARE



COL SAIN DE MULTIPARE



COL AU 14^e JOUR
DU CYCLE

Schéma n°04 : Les différents aspects du col utérin [3]

II. Accouchement :

II-1- Définition :

L'accouchement est l'ensemble des phénomènes mécaniques et physiologiques qui ont pour conséquence la sortie du fœtus et de ses annexes hors des voies génitales maternelles, à partir du moment théorique où la grossesse atteint le terme. [8]

II-2- Les présentations rencontrées :

On a trois grands types de présentation, ce sont la présentation céphalique qui est le plus fréquent suivi de la présentation siège, et en fin la présentation transverse qui est la plus rare.

II-2-1-Les présentations céphaliques :

Ces sont les présentations le plus fréquent (96%) ; mais il ne suffit pas que le fœtus se présente par la tête pour que l'accouchement soit toujours facile.

II-2-2-Présentation du siège :

C'est la présentation de l'extrémité pelvienne du fœtus. Sa fréquence est de 3,87%. [1]

Il y a deux modalités de la présentation de siège :

Le siège est dit complet lorsque les jambes sont fléchies sur les cuisses et les cuisses fléchies sur l'abdomen.

Le siège est dit décompleté mode des fesses lorsque les membres inférieurs sont étendus devant le tronc, jambe en extension totale, de sorte que les pieds sont à la hauteur de la tête du fœtus, cette variété est la plus fréquente. [26]

II-2-3-La présentation transverse et oblique :

Lorsque, à la fin de la grossesse ou pendant le travail, l'air du détroit supérieur n'est occupée ni par la tête, ni par le siège du fœtus, celui-ci au lieu d'être en long, se trouve en travers ou en biais. Il est en position transversale ou plus souvent oblique. Ces faits sont habituellement décrits sous le nom de « présentation de l'épaule».

Sa fréquence est de 0,27%.

La dilatation du col est troublée, en raison des anomalies dynamiques et de l'infection ovulaire. A un moment donné, elle cesse de progresser. Le col s'œdématie, s'épaissit. Le segment inférieur reste mal constitué, épais, sans contact intime avec la présentation. [1]

II-3-Le travail :

C'est l'ensemble des phénomènes physiologiques constituant les deux premières périodes de l'accouchement, avec pour la première effacement et dilatation du col utérin, et pour le deuxième sortie de fœtus. [5]

II-3-1-Contraction utérine :

Une fois commencé, le travail est caractérisé par l'apparition de contractions utérines ayant acquis des caractères particuliers.

Elles sont involontaires, la femme les subit et ne peut les empêcher.

Elles sont intermédiaires et rythmées, relativement régulières, séparé par un intervalle de durée variable, d'abord long au début du travail puis de plus en plus court : 2 à 3 mn à la fin de la période de dilatation.

II-3-2-Effacement et dilatation :

Ce phénomène est différent chez la primipare et chez la multipare.

✚ Chez la primipare :

On assiste successivement à l'effacement puis à la dilatation. Le deuxième ne commence que quand le premier est tout à fait terminé.

☞ ***Effacement*** : le col qui a gardé tout ou partie de sa longueur jusqu'à la fin de la grossesse se raccourcit progressivement. A la fin de l'effacement, le col est incorporé au segment inférieur réduit à son orifice externe, de sorte que le doigt ne perçoit plus de saillie cervicale, mais seulement le dôme régulier du segment inférieur, percé au centre d'un orifice de un centimètre de diamètre, à bord mince et régulier. Le degré d'effacement du col se mesure en centimètre ou en pourcentage. [1]

☞ ***Dilatation*** : le col effacé s'ouvre peu à peu circulairement, à la façon de diaphragme de photographie. Le diamètre du cercle cervical augmente progressivement de un à onze centimètres, dimension de la dilatation complète :

les bords de l'orifice atteignent alors les parois pelviennes, le vagin fait directement suite au canal cervico-segmentaire. [26]

La marche de la dilatation n'est pas régulière, plus lente au début qu'à la fin. Il faut autant de temps pour passer de 1 à 4 cm de diamètres que de 4 cm à dilatation complète.

🚦 *Chez la multipare :*

L'effacement et dilatation sont simultanés au début. On vient de voir que la dilatation pouvait même commencer pendant la grossesse et précéder l'effacement. Ainsi, le pourtour du col utérin reste épais jusqu'à un degré avancé de la dilatation.

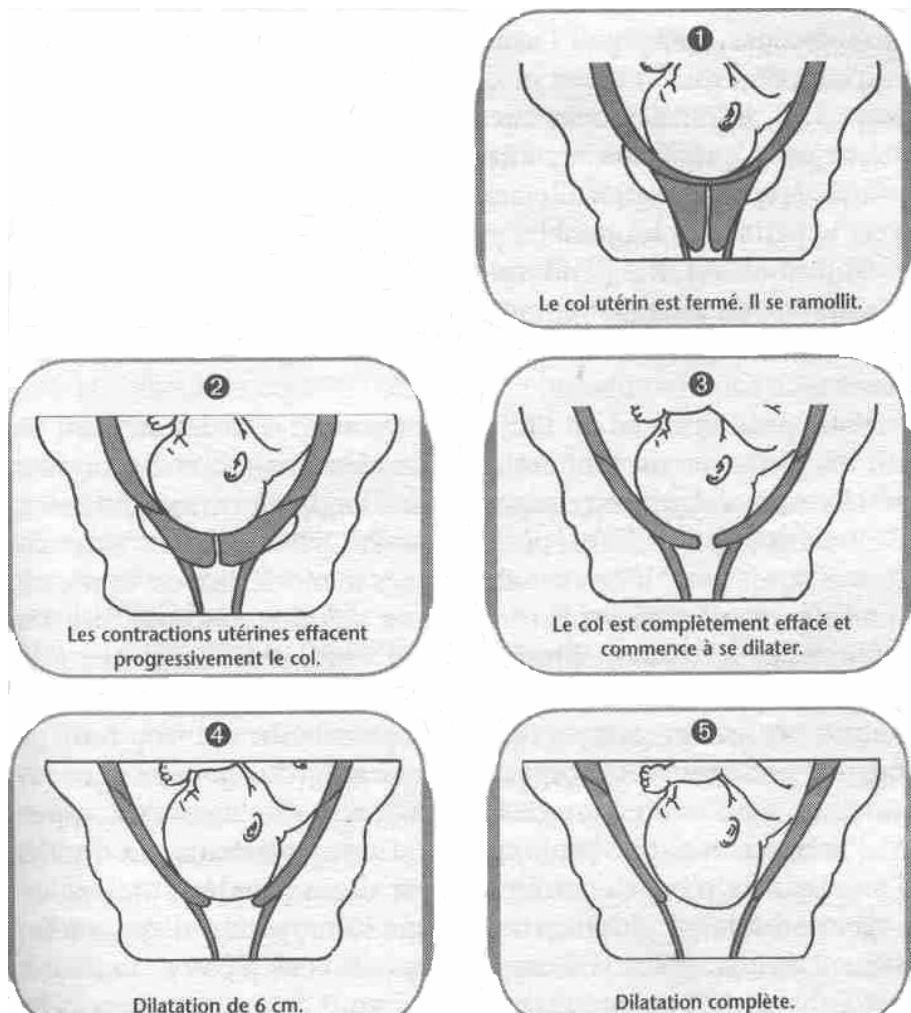


Schéma n° 05: Les étapes de l'effacement et de la dilatation du col [8]

II-3-3-L'expulsion :

L'étude clinique se superpose à celle des phénomènes physiologiques. La contraction s'accompagne du besoin de pousser. Sous l'influence simultanée de la contraction et de l'effort abdominal, le périnée postérieur s'étend, l'orifice anal devient béant. Après la contraction, la présentation remonte et le périnée se détend. Mais, à chaque poussée, les phénomènes s'accroissent, puis le périnée antérieur se distend à son tour. La longueur ano-vulvaire augmente progressivement ; de 3 à 4 cm, elle passe à 12 à 15 cm. La peau s'amincit, le périnée bombe à chaque contraction.

L'orifice vulvaire, de travail devient horizontal. Il se dilate progressivement, en même temps que s'y encadre à chaque poussée, une partie de plus en plus grande de la présentation, jusqu'à ce que les releveurs franchissent, le terrain gagné reste entièrement acquis. A ce moment, un petit écoulement sanguin traduit chez la primipare, la déchirure du reste de l'anneau hyménéal.

La dilatation vulvaire se poursuit jusqu'à atteindre les dimensions de la grande circonférence de la présentation. Celle-ci ayant franchi l'orifice, le retrait du périnée en arrière dégage complètement la présentation.

Chez la primipare, la durée de la période d'expulsion était, en moyenne, pour les classiques, d'une à deux heures. Mais, elle ne devrait pas, dans l'intérêt de fœtus, dépasser trente minutes. Chez la multipare, elle est beaucoup plus rapide, excédant rarement quinze minutes.



Schéma n°06 : Le dégagement au cours de l'expulsion [32]

III. La déchirure du col utérin : [1,8]

III-1-Définition :

Ce sont les solutions de continuité non chirurgicales du col utérin, survenues au moment de l'accouchement. [1]

III-2- La circonstance de découverte et manifestation clinique :

Les symptômes des déchirures du col sont le plus souvent discrets ; un grand nombre d'entre elles passe inaperçu. Il faut une déchirure déjà importante pour qu'apparaissent des symptômes d'abord uniquement fonctionnels, essentiellement une hémorragie. Cette hémorragie a des caractères particuliers qui permettent de la distinguer des hémorragies de la délivrance ou des déchirures de la vulve. Elle vient de la profondeur, elle est faite de sang rouge, émise comme un filet qui tranche sur le fond noir de la nappe sanguine provenant des sinus utérins. Quelquefois même, l'émission de ces filets rutilants est pulsatile. L'abondance est variable, habituellement légère, mais parfois plus importante, entraînant alors des signes généraux, pâleur et accélération du pouls, chute tensionnelle, et nécessitant la mise en œuvre du traitement général des hémorragies.

A la palpation, le corps reste bien rétracté sauf dans le cas associé à l'hémorragie de la délivrance où l'utérus est inerte.

Au toucher, il n'est facile de repérer au doigt les bords de la déchirure. Habituellement, sur ces tissus mous et fuyants, on ne perçoit rien.

A l'inspection sous deux valves, la déchirure est presque toujours longitudinale et latérale, en « v » de bords irréguliers, souvent déchiquetés. Un lambeau violacé se détache parfois du col, voué au sphacèle et à l'élimination dans les suites de couches.

La déchirure circulaire « en bobèche » est très rare et ne se rencontre guère que sur un col pathologique. [1,8]

III-3- Forme anatomo-pathologique :

On peut distinguer deux types de déchirures cervicales : la déchirure cervicale sous vaginale et déchirure cervical sus vaginale.

III-3-1- La déchirure sous-vaginale :

Comme son nom l'indique, elle est limitée au dessous de l'insertion vaginale. C'est le type le plus fréquent de la déchirure cervicale mais elle ne menace aucun viscère. Généralement, elle est longitudinale, latérale, en « v », à bords irréguliers, rarement circulaire.

III-3-2- La déchirure sus-vaginale :

Ces sont des déchirures qui atteignent et dépassent la zone d'insertion vaginale.

Elle est rare, mais caractérisée par sa gravité à la menace du segment inférieur en haut, la vessie en avant, les rameaux vasculaires sur les côtés. Au dessus du vagin, elle risque de se propager au segment inférieur, c'est même un des mécanismes des ruptures utérines, le plus souvent, elle est sous péritonéale.

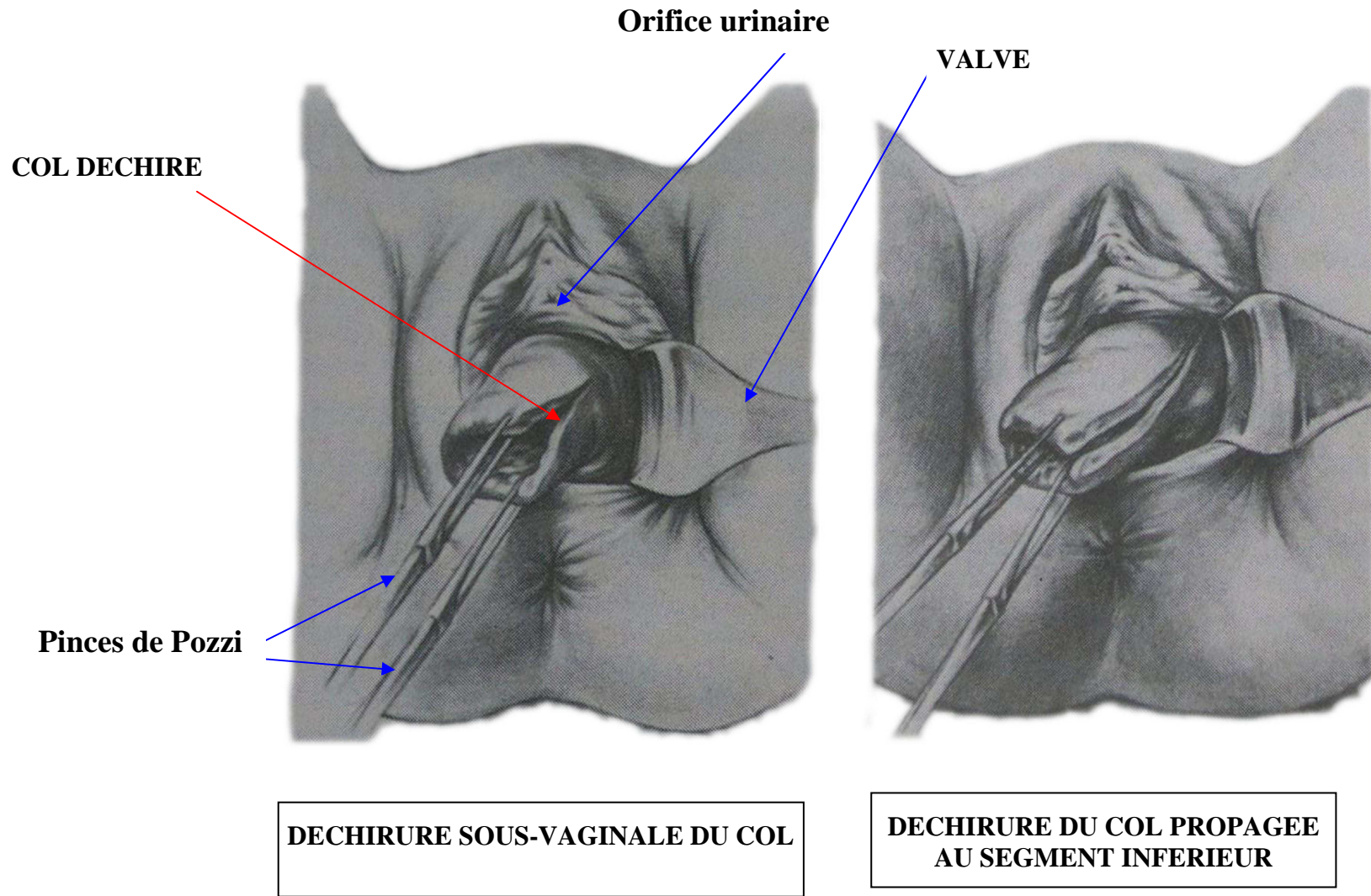


Schéma n° 07 : Les différents types de déchirures du col utérin [1]

III-4- Etio-pathogénie :

Les déchirures cervicales sont survenues de façons spontanées ou provoquées.

III-4-1- les déchirures cervicales spontanées :

Elles sont favorisées par toute altération du col.

Ces altérations peuvent être antérieure à la grossesse, traumatique. Elles sont dues à des déchirures obstétricales précédentes, à des sections chirurgicales du col (amputation), à des lésions d'origine traumatique comme : électrocoagulations endocervicales trop profondes ou répétées.

Dans les cas pathologiques, elles sont dues à une maladie du col : cancer, chancre, lésion inflammatoire. Ces altérations pathologiques sont rares. Les plus fréquents des déchirures cervicales spontanées surviennent sur le col antérieurement sain, dont l'altération est contemporaine du travail.

Elles sont la conséquence de l'oedème du col et la conséquence indirecte de la cause même de l'oedème.

Les dystocies de tous ordres peuvent alors être à leur origine. [1]

III-4-2- Les déchirures cervicales provoquées :

Dans ce cas, elles sont plus graves que les déchirures spontanées, elles sont souvent dues à des interventions mal indiquées ou exécutées dans des mauvaises conditions :

Pendant l'accouchement normal, on a fait pousser la femme trop tôt. ; une prise de forceps ou une extraction de la tête derrière avant la dilatation complète, risquent de se propager sous forme de déchirure au dessus de l'insertion vaginale. [1]

III-5- Complication :

La gravité de la déchirure est fonction de sa hauteur. Au dessus du vagin, elle risque de se propager au segment inférieur. C'est même un des mécanismes des ruptures utérines.

Ces déchirures cervicales hautes devenues segmentaires restent le plus souvent sous péritonéales. Elles s'accompagnent alors de signes généraux plus ou moins graves, pouvant aller jusqu'au choc, et de la constitution d'un hématome pelvien unilatéral fusant plus ou moins le long de la gaine hypogastrique. Elles peuvent aussi, si elles siègent en avant, se propager à la vessie.

Les déchirures hautes ne sont pas toujours aussi graves. Beaucoup d'entre elles, accompagnées d'un état syncopal passager, guérissent spontanément et passent inaperçues. [1,8]

III-6- Traitement :

❖ *La prophylaxie :*

Elle consiste à respecter les conditions des interventions par voie basse : la dilatation artificiellement du col est à éviter ; écarter toute tentative d'extraction instrumentale ou non avant la dilatation complète ; ne plus faire d'incision du col [1].

❖ *L'exposition des lésions est un temps indispensable.*

La femme est en position gynécologique, parfois endormie ou sous péridurale, un aide tient une ou deux valves vaginales. Le col est attiré vers l'extérieur par des pinces de Museux ou de Pozzi. La déchirure est presque toujours latérale, le plus souvent à gauche, longitudinale à bords irréguliers. Il faut absolument voir la limite supérieure. Si l'on n'y parvient pas, malgré une bonne exposition, c'est qu'elle dépasse l'insertion vaginale et atteint l'isthme ; l'appel à un chirurgien qualifié est alors indispensable. Il faut vérifier l'intégrité de l'utérus et du péritoine pour tenter une suture par voie basse, sinon il faut passer par voie abdominale. [8]

❖ *Indication*

Les déchirures physiologiques de moins de un cm quasi constantes chez les primipares cicatrisent en général seules bien que Palmer conseille d'y mettre un point, ce qui assurait des gros ectropions. [8] De même, R. MARGER et ses collaborateurs ont évoqué que la plupart des déchirures sous vaginales se réparent spontanément.

La déchirure importante, plus de trois centimètres ou très hémorragique doit être suturer immédiatement. [1]

❖ *Réfection :*

Elle doivent être suturées par deux ou trois points de Catgut 0 serti en prenant largement les tissus qui sont oedématisés et fragiles, et en commençant la suture par le haut. S'il on n'y arrive pas, il faut mettre un premier point au milieu de la brèche, il servira de tracteur. [1,8]

Le traitement des déchirures sus vaginales est plus difficile. On se gardera d'actions précipitées en tenant compte de l'aspect général de l'accouchée. Beaucoup guérissent alors spontanément, d'autant mieux que des explorations plus ou moins choquantes ne les auront pas aggravées. D'autres seront justiciables de la suture par voie vaginale, si elles ne remontent pas trop loin et n'altèrent pas l'état général. D'autres enfin, les plus rares, propagées au segment inférieur ou à la vessie, relèvent du traitement des ruptures utérines par voie abdominale.

L'hémorragie reste le plus souvent modérée et s'arrête spontanément quant la femme a été remise en décubitus horizontal, les jambes rapprochées. Si elle devenait importante pour entraîner un état d'anémie aiguë, le traitement général des hémorragies et du collapsus vasculaire devrait être institué, associé à l'hémostase locale.[1]

L'antibiothérapie de cinq à sept jours est indispensable.

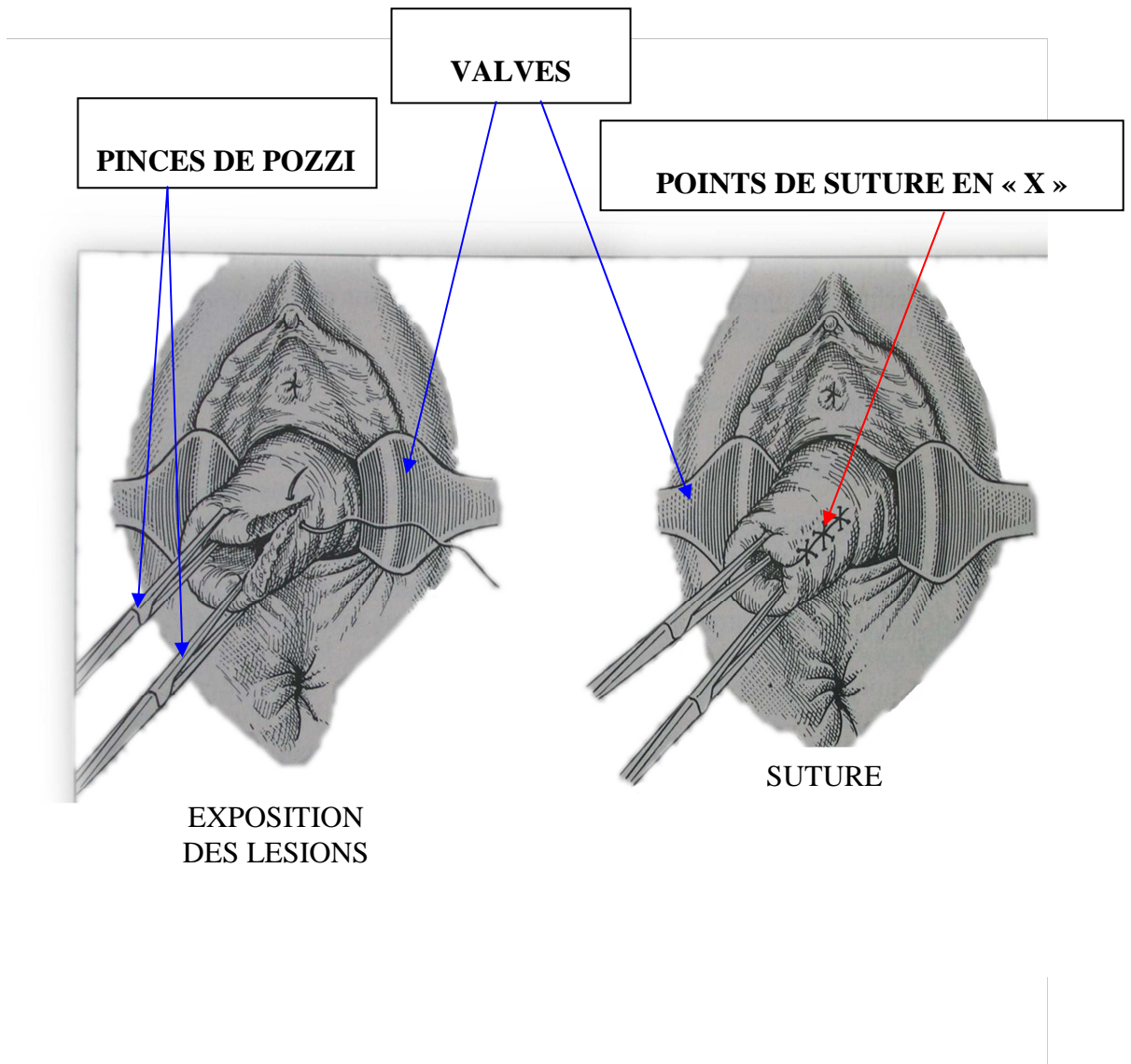


Schéma n°08: Réfection de la déchirure sous-vaginale du col [8]

III-7- Pronostic :

Si le pronostic des déchirures sus-vaginales doit comporter des réserves, les déchirures sous-vaginales sont en générales bénignes [1,8]. L'hémorragie, parfois importante, s'arrête presque toujours d'elle-même. Habituellement, les déchirures n'apportent aucune gêne aux accouchements ultérieurs. On est même surpris de voir une excellente réparation de cols qui avaient paru déchiquetés après l'accouchement. Les déchirures latérales hautes peuvent cependant créer dans un paramètre une gangue cicatricielle qui englobe des branches vasculaires, cause possible de récurrence et d'hémorragie lors de l'accouchement ultérieurs.

Sur ces cols très déchirés, la muqueuse peut rester en ectropion et devenir sensible. Des brides cervico-vaginales douloureuses peuvent se constituer, cause de dyspareunie. Une déchirure étendue efface parfois le cul de sac latéral du vagin ; ces séquelles pourraient être à l'origine de stérilité secondaire ou d'avortement spontanés par béance du col.

Enfin, les statistiques montrent que le cancer du col se développe plus souvent chez les multipares à col déchiré. [1]

DEUXIEME PARTIE

NOTRE ETUDE

I. OBJECTIFS

Notre étude a pour objectif de :

- Faire mieux connaître cette pathologie pour prendre de façon précoce les mesures préventives et de prise en charge ;
- Informer les femmes à l'âge de procréer l'importance des consultations prénatales régulière au cours de la grossesse pour évaluer tous les risques ;
- Attirer l'attention de tous les personnels de la santé pour appliquer la meilleure prise en charge pour lutter contre toute sorte des complications de l'accouchement.

II. CADRE DE L'ETUDE :

II-1-Présentation :

Notre étude concerne les déchirures cervicales vues au Service de Gynécologie Obstétrique du Centre Hospitalier Universitaire de Mahajanga.

La maternité Androva est un centre de référence de la province de Mahajanga, donc la majorité des cas sont des malades référés.

Actuellement, ce service comprend :

- ☞ Un service de consultation externe,
- ☞ Un service de consultation prénatal et postnatal,
- ☞ Un service de planification familial,
- ☞ Un service de néonatalogie,
- ☞ Une salle d'accouchement,
- ☞ Une salle de soins,
- ☞ Un bloc opératoire,
- ☞ Des salles d'hospitalisation pour:
 - Grossesses pathologiques,
 - Post opérés,
 - Pathologies gynécologiques,
 - Suites de couches

Le service de réanimation néonatal n'est pas encore disponible dans notre service, un transfert au service pédiatrie est alors nécessaire.

II-2- Critère d'inclusion :

Notre étude concerne les femmes ayant présentées des déchirures du col utérin du post-partum immédiat, c'est-à-dire dues à l'accouchement.

II-3- critère d'exclusion :

Les femmes ayant subi des déchirures cervicales au cours de l'avortement provoqué ou dues à la dilatation instrumentale du col utérin et les dossiers incomplets.

III. METHODES ET MATERIELS :

III-1- Type d'étude :

Il s'agit d'une étude rétrospective du janvier 1999 au décembre 2005, et prospective du janvier au mois d'août 2006.

III-2- Matériels d'étude :

Durant nos études, nous avons utilisé les sources des données suivantes :

- ❖ Le registre d'hospitalisation et le protocole d'accouchement,
- ❖ Le protocole du bloc opératoire,
- ❖ Les dossiers d'hospitalisation,
- ❖ Statistiques mensuelles et annuelles des activités du service.
- ❖ Les résultats sous formes des tableaux et des graphiques sont traités par les logiciels : Word, Excel et SPSS 13.0 sur Windows xp.

III-3- Les paramètres d'étude :

Les paramètres de notre étude sont :

- ✚ **La fréquence annuelle,**
- ✚ **Les antécédents maternels :**
 - ☞ âge,
 - ☞ gestité,
 - ☞ parité,
 - ☞ avortement
 - ☞ situation professionnelle,
 - ☞ lieu de résidence,
 - ☞ groupe ethnique,
 - ☞ notion d'IST,
 - ☞ affection du col utérin.
- ✚ **Mode d'admission :**
 - ☞ motif de référence,
 - ☞ origine de référence,
- ✚ **Mode d'accouchement :**
 - ☞ présentation,
 - ☞ poche des eaux,
 - ☞ liquide amniotique,
 - ☞ utilisation d'instrument,
 - ☞ prescription d'ocytocique.
- ✚ **Caractéristiques du nouveau né :**
 - ☞ état à la naissance.
 - ☞ poids à la naissance,
 - ☞ périmètre crânien,
 - ☞ périmètre thoracique,
- ✚ **Topographie des lésions.**

IV. RESULTATS :

IV-1- Fréquence :

IV-1-1- Fréquence annuelle :

Tableau n°01 : Répartition des déchirures cervicales de 8 dernières années :

ANNEE	ACCOUCHEES PAR VOIE BASSE	FREQUENCE	POURCENTAGE %
1999	405	3	0,06%
2000	455	4	0,09%
2001	491	14	0,32%
2002	548	9	0,20%
2003	616	11	0,25%
2004	853	6	0,13%
2005	594	3	0,06%
2006	401	14	0,32%
Total	4363	64	1,53%

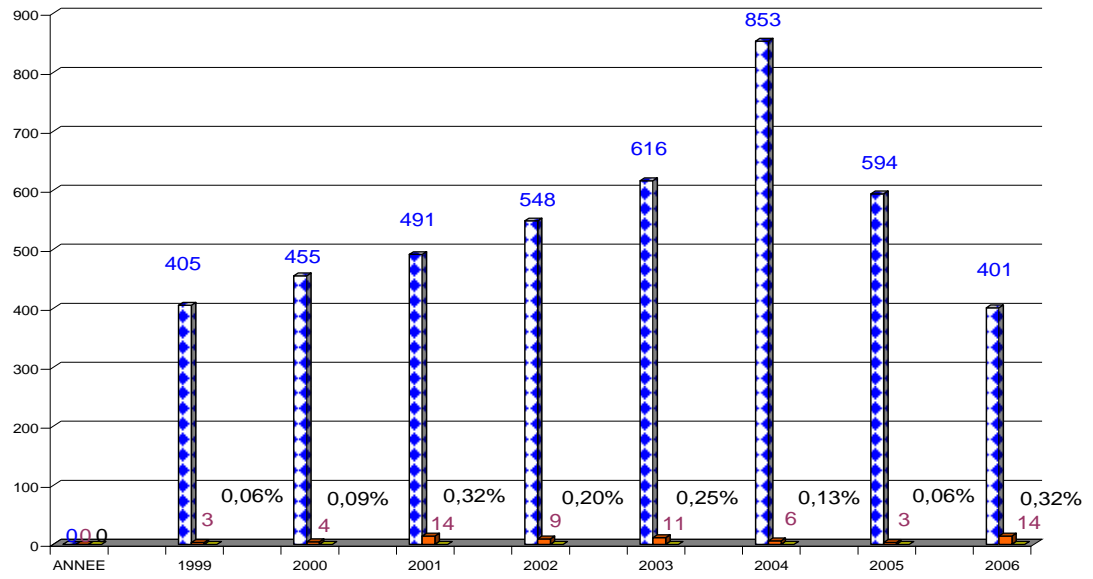


Figure n° 01 : Répartition des déchirures de huit dernières années

IV-2- Aspect épidémiologique selon les antécédents maternels :

IV-2-1- Age de la mère :

Tableau 02: Répartition selon l'âge de la mère:

AGE DE LA MERE	FREQUENCE	POURCENTAGE%
< 18 ans	7	10,9%
18 à 21 ans	16	25,0%
22 à 25 ans	11	17,2%
26 à 29 ans	15	23,4%
30 à 33 ans	3	4,7%
34 ans et plus	12	18,8%
Total	64	100,0%

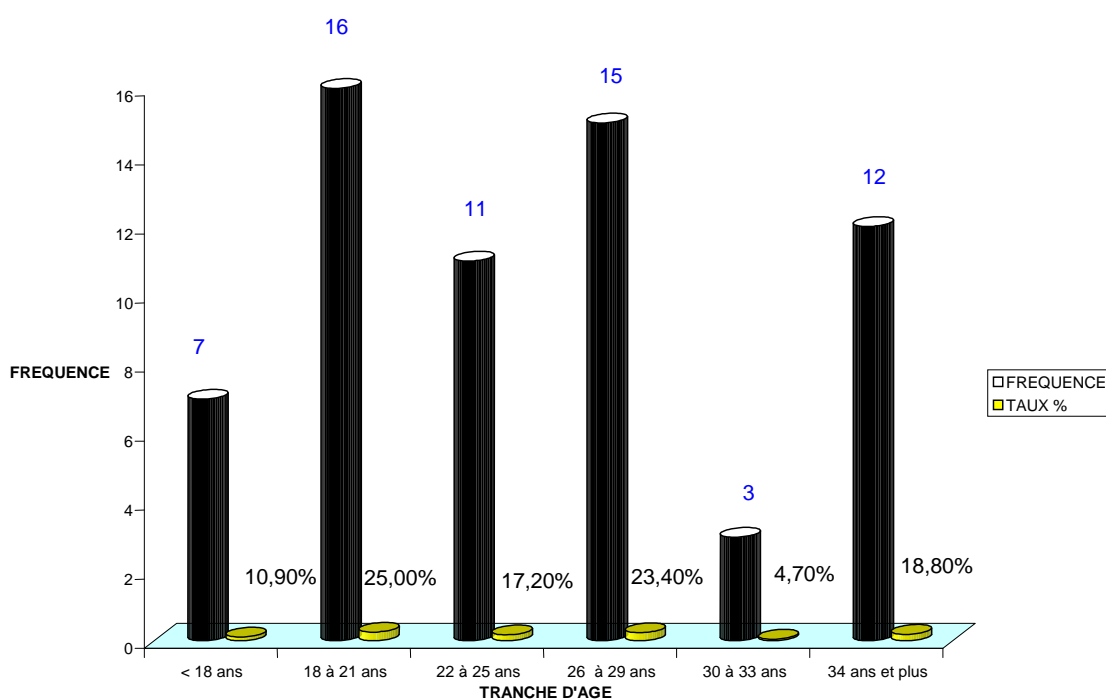


Figure n°02 : Répartition selon l'âge de la mère

IV-2-2- Gestité :

Tableau n°03 : Répartition selon la gestité de la mère

GESTITE	FREQUENCE	POURCENTAGE (%)
G I	24	37,5%
G II et G III	25	39,1%
G IV et G V	6	9,4%
G VI et plus	9	14,1%
Total	64	100,0%

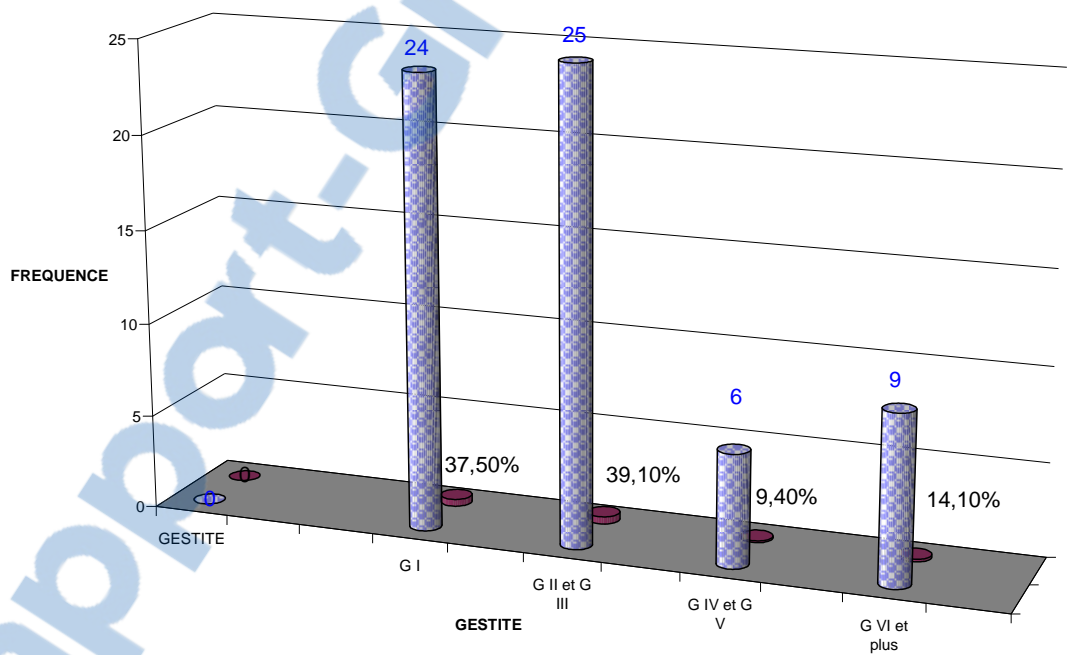


Figure 03 : Répartition selon la gestité

IV-2-3- Parité :

Tableau 04 : Répartition selon la parité

PARITE	FRÉQUENCE	POURCENTAGE (%)
PRIMIPARE	34	53,1%
PAUCIPARE	21	32,8%
MULTIPARE	4	6,3%
GRANDE MULTIPARE	5	7,8%
Total	64	100,0%

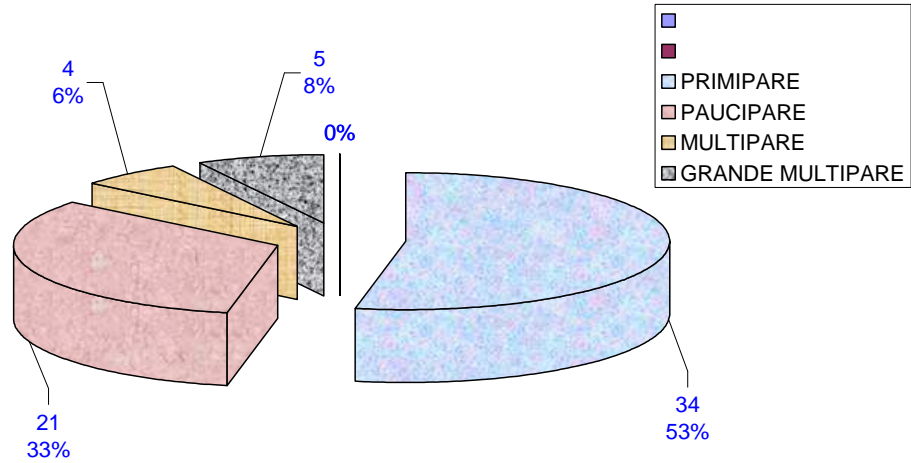


Figure n°04 : Répartition selon la parité

IV-2-4- Antécédent d'avortement :

Tableau n° 05 : Répartition selon l'antécédent d'avortement

AVORTEMENT	FREQUENCE	TAUX (%)
JAMAIS	45	70,3%
UNE FOIS	10	15,6%
DEUX FOIS	5	7,8%
TROIS FOIS ET PLUS	4	6,3%
Total	64	100,0%

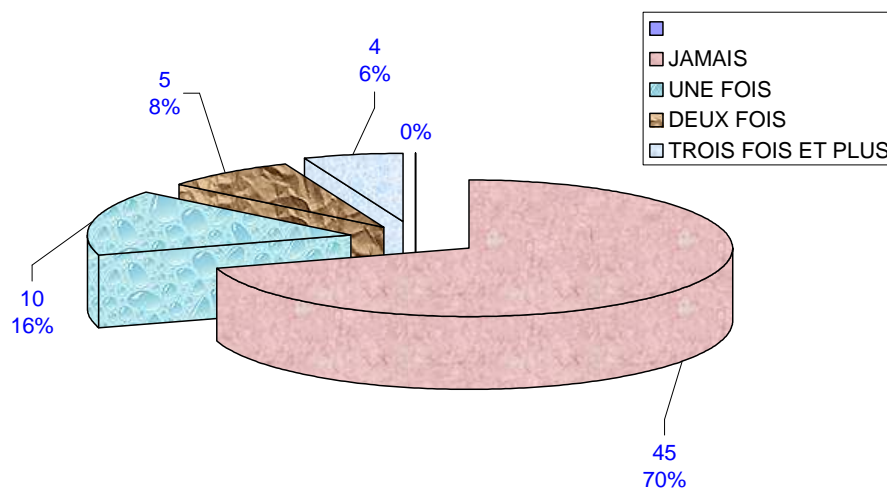


Figure n° 05 : Répartition selon l'antécédent d'avortement

IV-2-5- Situation professionnelle :

Tableau 06 : Répartition selon la situation professionnelle

PROFESSION	FREQUENCE	TAUX (%)
MENAGERE	38	59,4%
CULTIVATRICE	8	12,5%
VENDEUSE	11	17,2%
INSTITUTRICE	3	4,7%
BUREAUCRATE	4	6,3%
Total	64	100,0%

59,4 de nos patientes sont des ménagères et 12,5% sont cultivatrices.

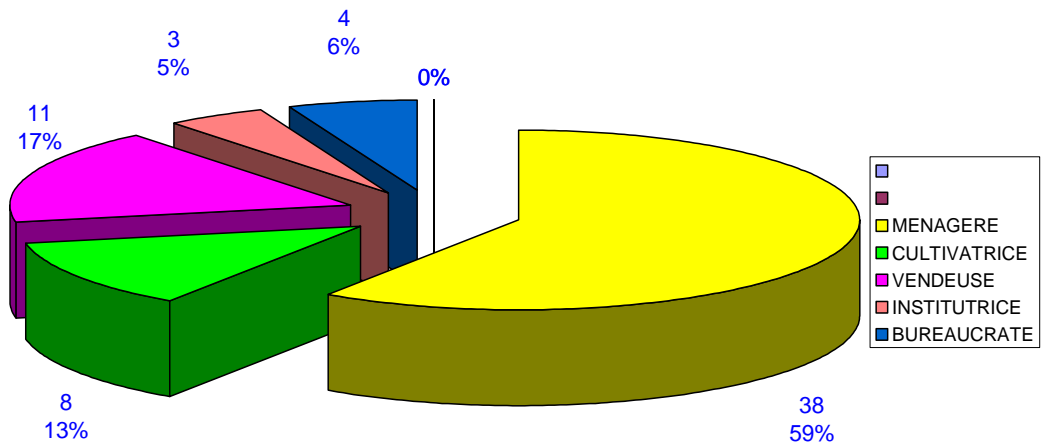


Figure n°06 : Répartition selon la situation professionnelle

IV-2-6- Groupe ethnique :

Tableau 07 : Répartition selon le groupe ethnique

GROUPE ETHNIQUE	FREQUENCE	POURCENTAGE %
TSIMIHETY	7	10,9%
SIHANAKA	2	3,1%
SAKALAVA	7	10,9%
MERINA	17	26,6%
ANTANDROY	5	7,8%
BETSIREBAKA	4	6,3%
VEZO	3	4,7%
BARA	1	1,6%
BETSIMISARAKA	3	4,7%
ANTAIMORO	3	4,7%
METISSE LIBANAISE	1	1,6%
INDIENNE	1	1,6%
BETSILEO	8	12,5%
COMORIENNE	1	1,6%
MAHAFALY	1	1,6%
Total	64	100,0

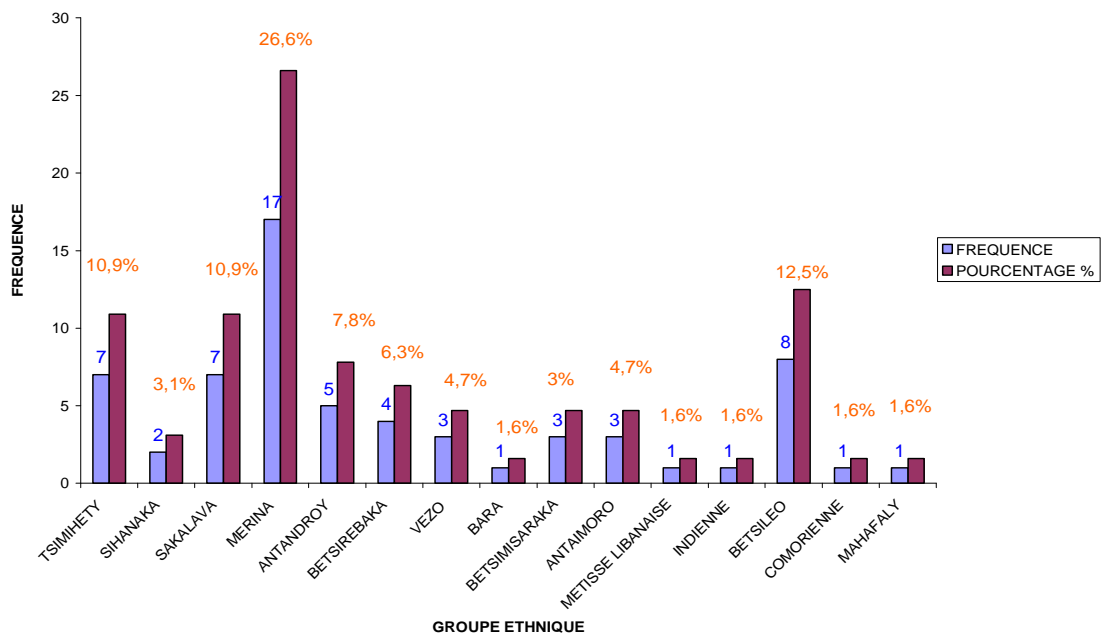


Figure n° 07 : Répartition selon le groupe ethnique

IV-2-7- Lieu de résidence :

Tableau n°08 : Répartition selon le lieu de résidence

LIEU DERESIDENCE		FREQUENCE	POURCENTAGE (%)
MAJUNGA I	MANGA	4	6,3%
	FIOFIO	4	6,3%
	TSARARANO	5	7,8%
	ANDOVINJO	3	4,7%
	AMBOROVY	4	6,3%
	MAJUNGA-BE	2	3,1%
	ANTANIMASAJA	1	1,6%
	MAHAVOKY	3	4,7%
	ANTSAHAVAKY	1	1,6%
	AMBALAVOLA	4	6,3%
	MAROVATO ABATTOIR	4	6,3%
	LA CORNICHE	3	4,7%
	ARANTA	1	1,6%
	PLATEAU DE TOMBE	2	3,1%
	TSARAMANDROSO	1	1,6%
	MANJARISOA	1	1,6%
	MAHABIBO	4	6,3%
	SOTEMA	4	6,3%
ANTANIMALANDY	3	4,7%	
MAJUNGA II	BELOBAKA	2	3,1%
	MANARANTSANDRY	1	1,6%
	AMBOVONDRAMANESY	1	1,6%
	MAHAJAMBA	1	1,6%
AUTRES	MAROVOAY	1	1,6%
	MAMPIKONY	4	6,3%
Total		64	100,0%

94,20% de nos patientes viennent de Mahajanga-I, 7,90% à Majunga-II et 7,90% de Mampikony et Marovoay.

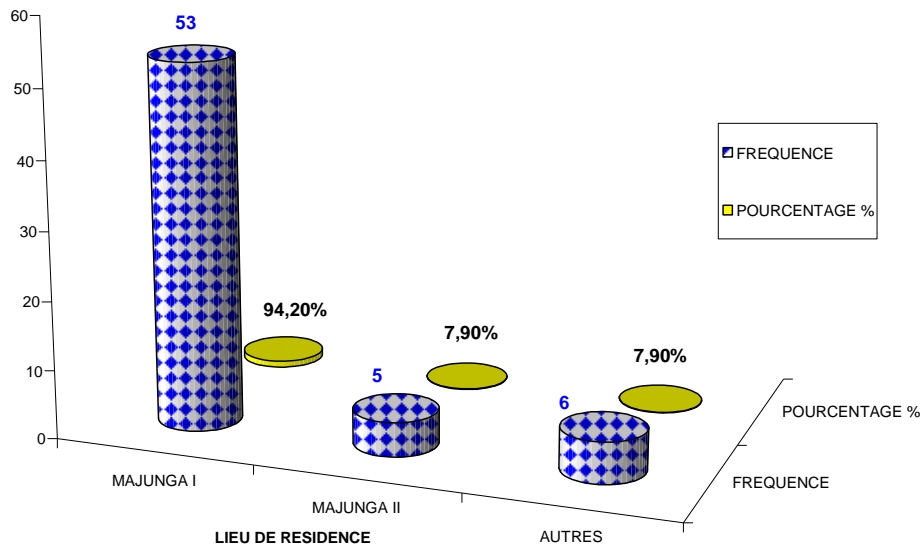


Figure n°8 : Répartition selon le lieu de résidence

IV-2-8- Notion d'IST :

Tableau n° 09 : Répartition selon la notion d'IST :

IST	FREQUENCE	POURCENTAGE (%)
LEUCORRHEE	24	37,5%
SYPHYLIS	5	7,8%
NON MENTIONNEE	35	54,7%
Total	64	100,0%

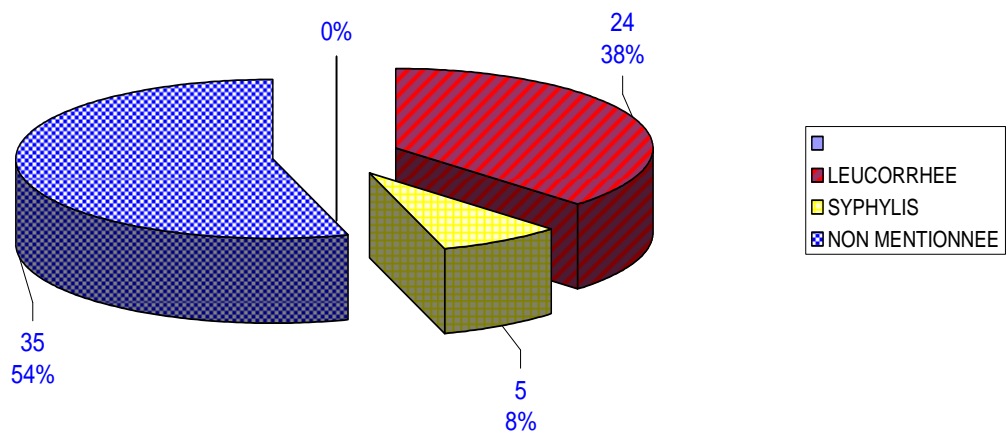


Figure n° 09 : Répartition selon la notion d'IST

IV-2-9- Affection cervicale :

Tableau n°10 : Répartition selon l'affection cervicale :

AFFECTION CERVICALE	FREQUENCE	TAUX (%)
CERCLAGE DU COL	2	3,1%
COL OEDEMATIE	20	31,3%
COL TUMEFIE ET HYPERVASCULARISE	1	1,6%
COL D'ASPECT NORMAL	41	64,1%
Total	64	100,0%

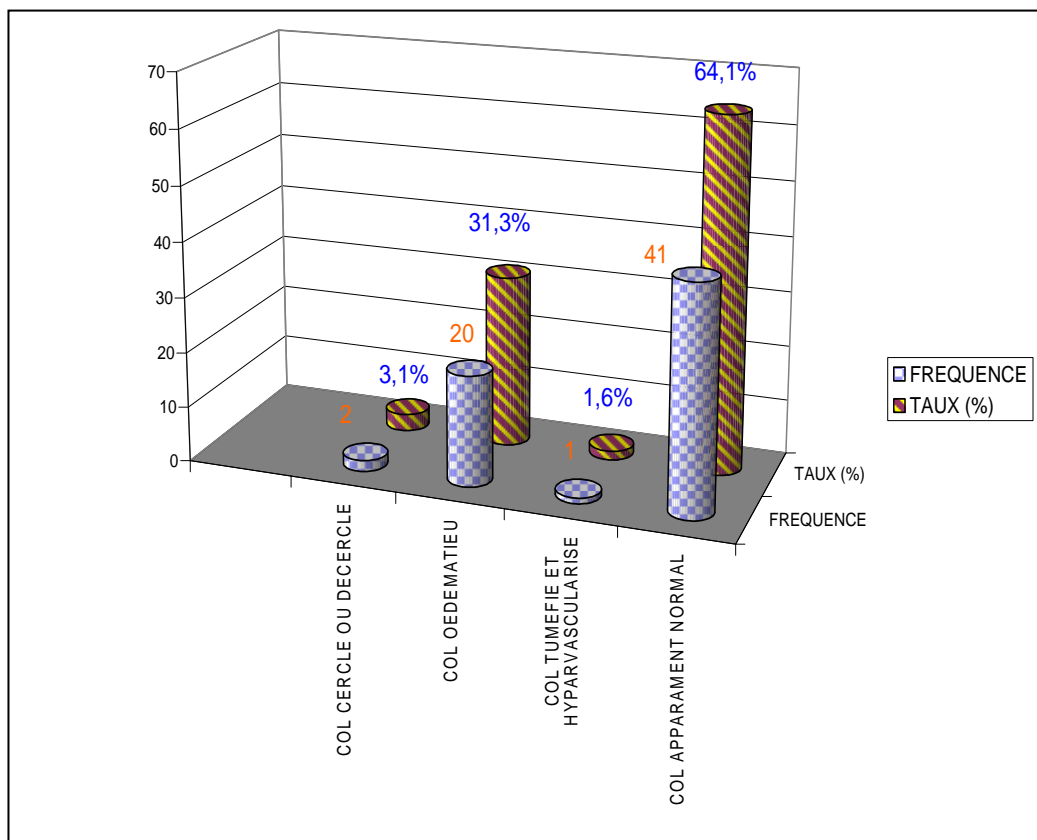


Figure n°10 : Répartition selon l'affection cervicale

IV-3-Mode d'admission :

IV-3-1- Motif d'entrée :

Tableau n°11 : Répartition selon le motif d'entrée

MOTIF D'ENTREE	FREQUENCE	TAUX (%)
<i>HU EXAGERE</i>	8	12,5%
<i>PRIMIPARE DE PETITE TAILLE ET</i>	9	14,1%
<i>PRIMIPARE AGE</i>		
<i>P. P RECOUVRANT</i>	1	1,6%
<i>GROSSESSE POST TERME</i>	2	3,1%
<i>DYSTOCIE DE L'EPAULE</i>	2	3,1%
<i>SYNDROME DE PRE-RUPTURE</i>	1	1,6%
<i>HEMORRAGIE POST PARTUM</i>	13	20,3%
<i>ETAT DE CHOC POST PARTUM</i>	4	6,3%
<i>PRESENTATION SIEGE</i>	2	3,1%
<i>PROCIDENCE DES DEUX MAINS</i>	3	4,7%
<i>BASSIN LIMITE</i>	1	1,6%
<i>DILATATION STATIONNAIRE</i>	8	12,5%
<i>FEMME CERCLEE</i>	1	1,6%
<i>O.C ANTERIEURE</i>	2	3,1%
<i>SOUFRANCE FOETALE</i>	7	10,9%
Total	64	100,0%

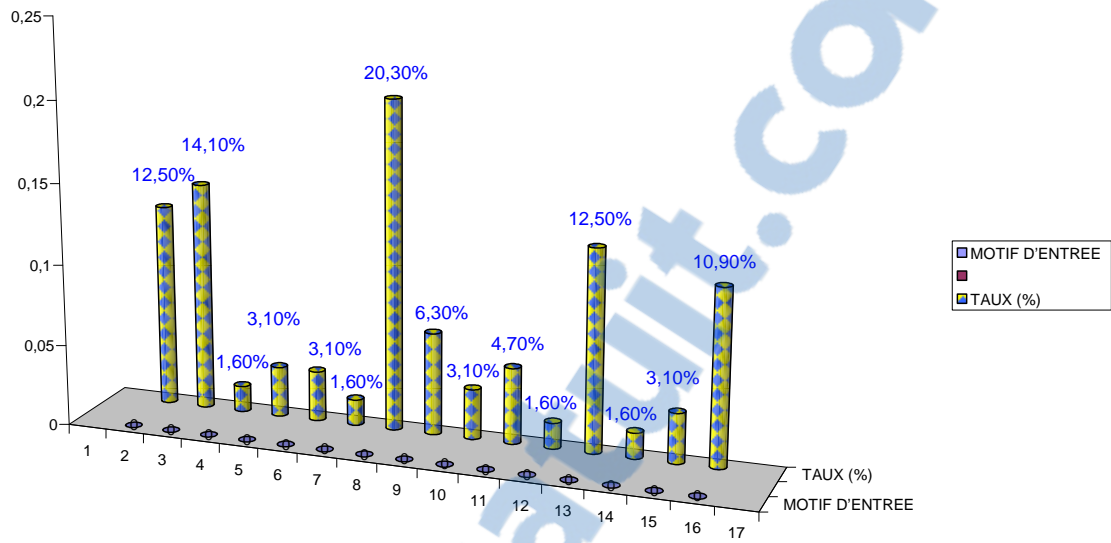


Figure n° 11 : Répartition selon le motif d'entrée

*IV-3-2- Mode et origine de référence :***Tableau 12** : Répartition selon le mode de référence

ORIGINE DE REFERENCE	FREQUENCE	TAUX (%)
CPN DU SERVICE	9	14,1%
VR/CSB II MAHABIBO	16	25,0%
VR/CSB II TANAMBAO SOTEMA	4	6,3%
VR/ CSB II TSARARANO	4	6,3%
VR/CSB II AMBOROVY	2	3,1%
VR/CSB II BELOBAKA	1	1,6%
VR/ SAGE FEMME DE LA VILLE	11	17,2%
VR/ MEDECIN DE LA VILLE	8	12,5%
VR/ESPACE MEDICAL	1	1,6%
AUTO REFEREE	1	1,6%
EVASAN MAROVOAY	2	3,1%
EVASAN NAMAKIA	1	1,6%
EVASAN MAMPIKONY	3	4,7%
EVASAN MANARANTSANDRY	1	1,6%
Total	64	100,0%

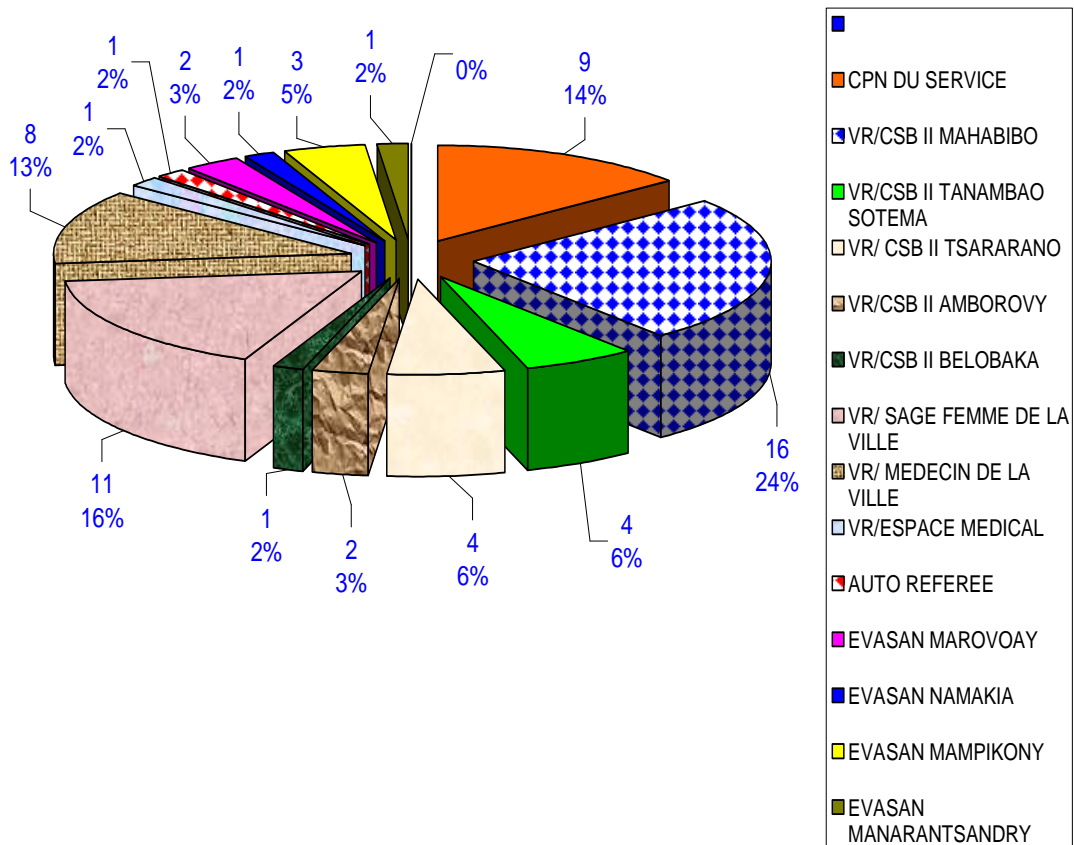


Figure n°12 : Répartition selon le mode de référence



IV-4- Mode d'accouchement :

IV-4-1- La présentation :

Tableau 13 : Répartition selon la présentation :

PRESENTATION	FREQUENCE	TAUX (%)
CEPHALIQUE	55	85,9%
TRANSVERSE	4	6,3%
SIEGE	4	6,3%
NON MENTIONNEE	1	1,6%
Total	64	100,0%

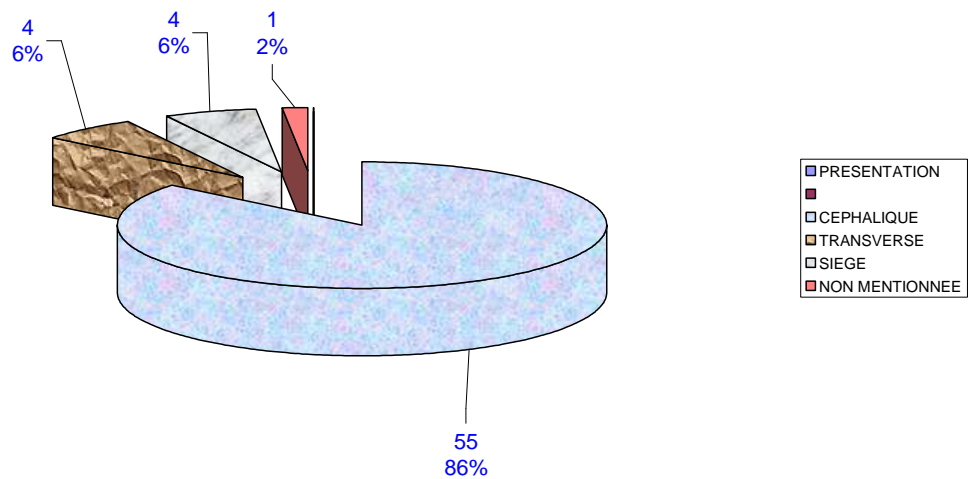


Figure n°13 : Répartition selon la présentation

IV-4-2- Poche des eaux :

Tableau 14 : Répartition selon l'état de la poche des eaux à l'entrée

POCHE DES EAUX	FREQUENCE	POURCENTAGE (%)
INTACTE	29	45,3%
ROMPU CHEZ ELLE	35	54,7%
Total	64	100,0%

54,7% de nos patientes présentent des poches des eaux rompues chez elle.

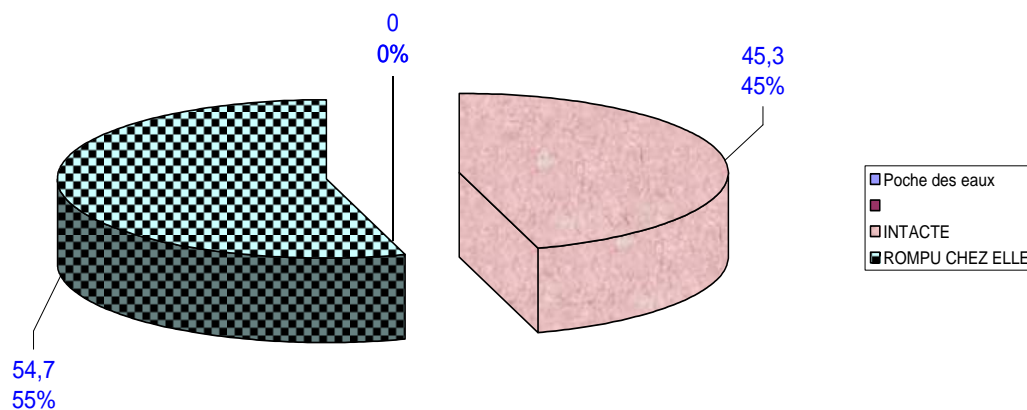


Figure 14 : Répartition selon l'état de la poche des eaux à l'entrée

IV-4-3- Liquide amniotique :

Tableau 15 : Répartition selon le type de liquide amniotique

LIQUIDE AMNIOTIQUE	FRÉQUENCE	TAUX (%)
CLAIR	17	26,6%
TEINTE	25	39,1%
MECONIAL	6	9,4%
NON MENTIONNE	16	25,0%
Total	64	100,0%

39,1 % des liquides amniotiques sont teintés.

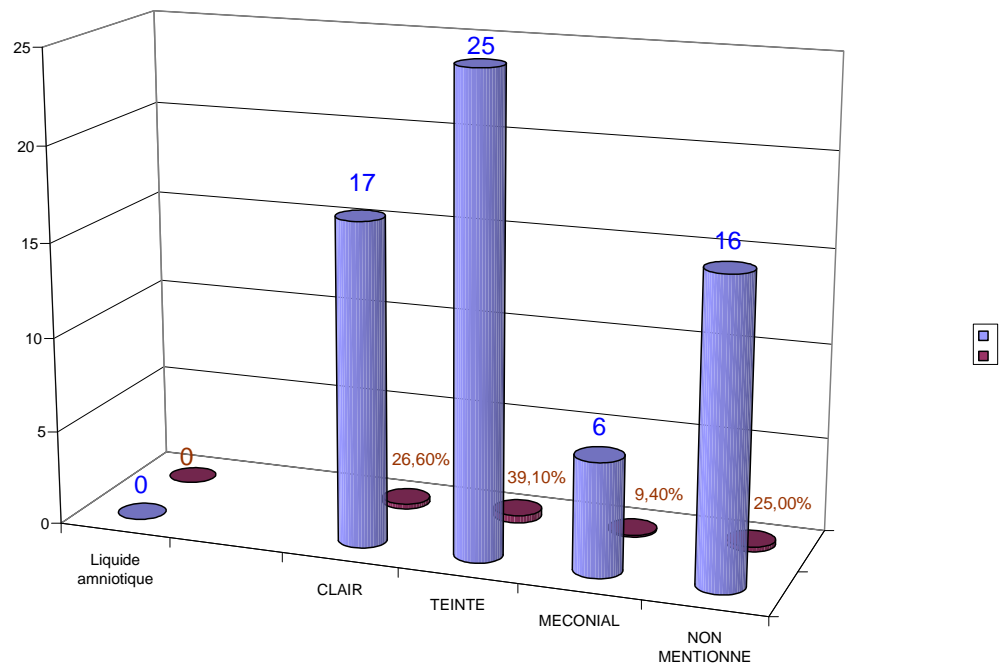


Figure n° 15 : Répartition selon le type des liquides amniotiques

IV-4-4- Utilisation d'instrument :

Tableau n° 16 : Répartition selon l'utilisation d'instrument

INSTRUMENT	FREQUENCE	TAUX (%)
VACUUM	14	21,9%
FORCEPS	2	3,1%
SANS INSTRUMENT	48	75,0%
Total	64	100,0%

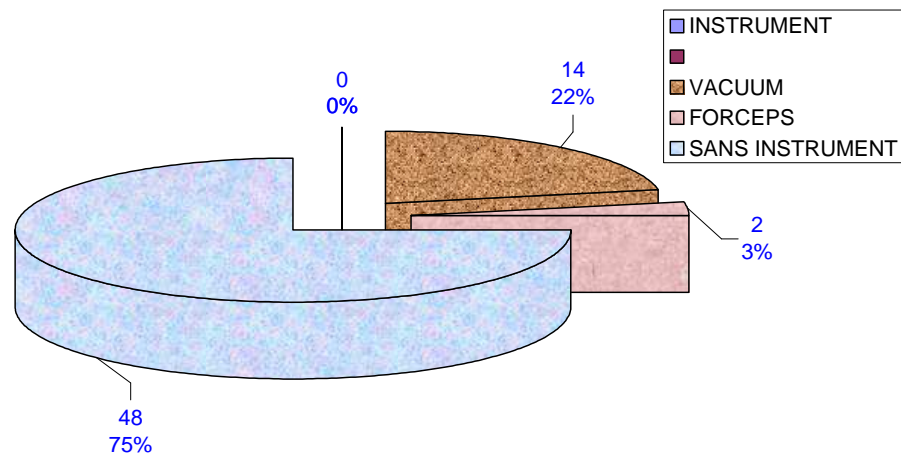


Figure n°16 : Répartition selon l'utilisation d'instrument

IV-4-5- La prescription d'ocytocique :

Tableau n°17: Répartition selon la prescription d'ocytocique

OCYTOCIQUE	FREQUENCE	TAUX (%)
SYNTOCINON	38	59,4%
MISOPROSTOL	2	3,1%
SANS OCYTOCIQUE	24	37,5%
Total	64	100,0%

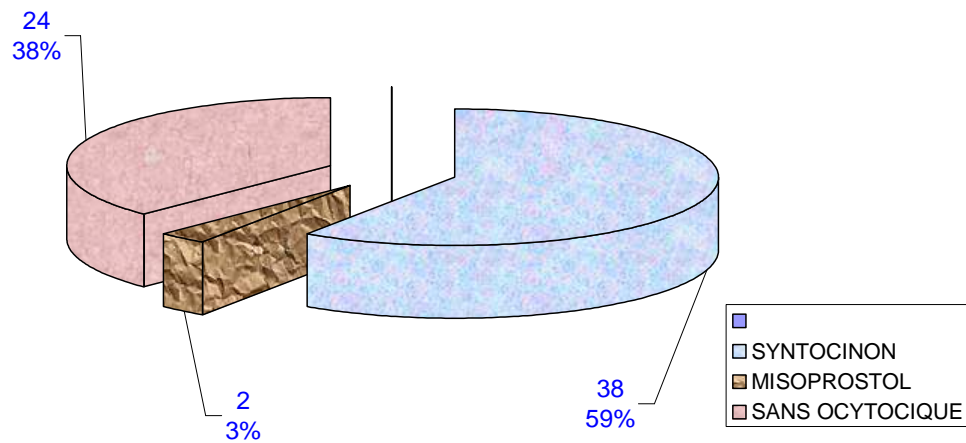


Figure n°17 : Répartition selon la prescription d'ocytocique

IV-5- Caractéristiques du nouveau né :

IV-5-1- Age gestationnel :

Tableau n°18: Age gestationnel

AGE GESTATIONNEL	FREQUENCE	TAUX (%)
30 à 33 SA	1	1,6%
34 à 37 SA	7	10,9%
38 à 41 SA	24	37,5%
Plus de 41 SA	5	7,8%
Inconnu	27	42,2%
Total	64	100,0%

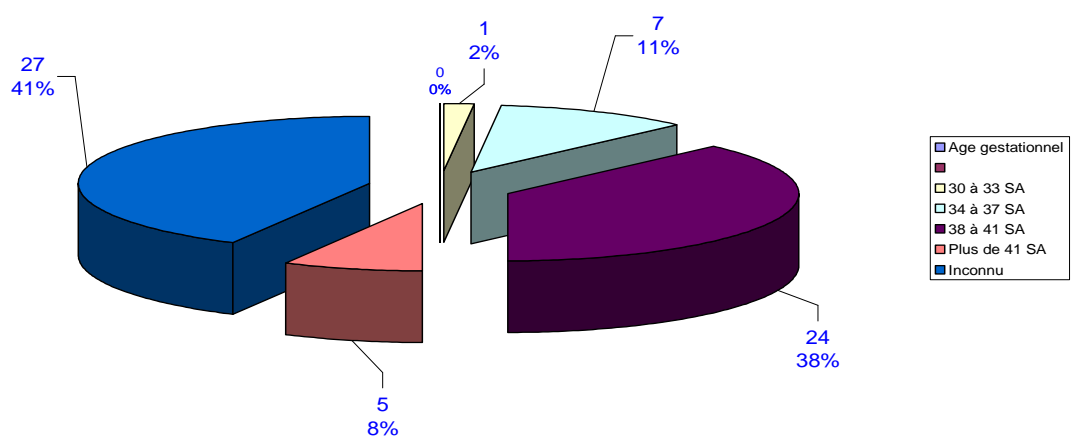


Figure n°18 : Répartition selon l'âge de la grossesse

IV-5-2- Etat à la naissance :

Tableau n°19 : Répartition selon l'état à la naissance

ETAT DU NOUVEAU NE	FREQUENCE	POURCENTAGE (%)
Né vigoureux	44	68,8%
Né asphyxié	4	6,3%
Non réanimé	4	6,3%
Mort in utéro	12	18,8%
Total	64	100,0%

68% du nouveau né sont nés vigoureusement et 18,8% sont mort in utero.

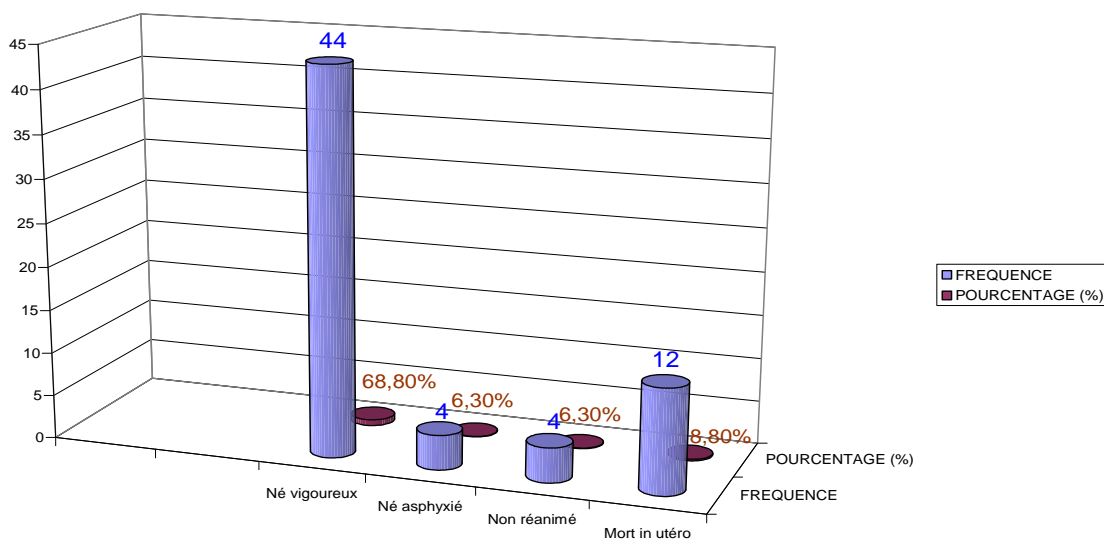


Figure n° 19 : Répartition selon l'état à la naissance

IV-5-3- Poids à la naissance :

Tableau n°20 : Répartition selon le poids à la naissance

POIDS A LA NAISSANCE	FREQUENCE	TAUX (%)
2 à 2,500 Kg	3	4,7%
2,501 à 3 Kg	16	25,0%
3,001 à 3,500 Kg	29	45,3%
3,501 à 4 Kg	13	20,3%
PLUS DE 4 Kg	3	4,7%
Total	64	100,0%

45,3% du nouveau né pèsent 3,001 à 3,500 kg.

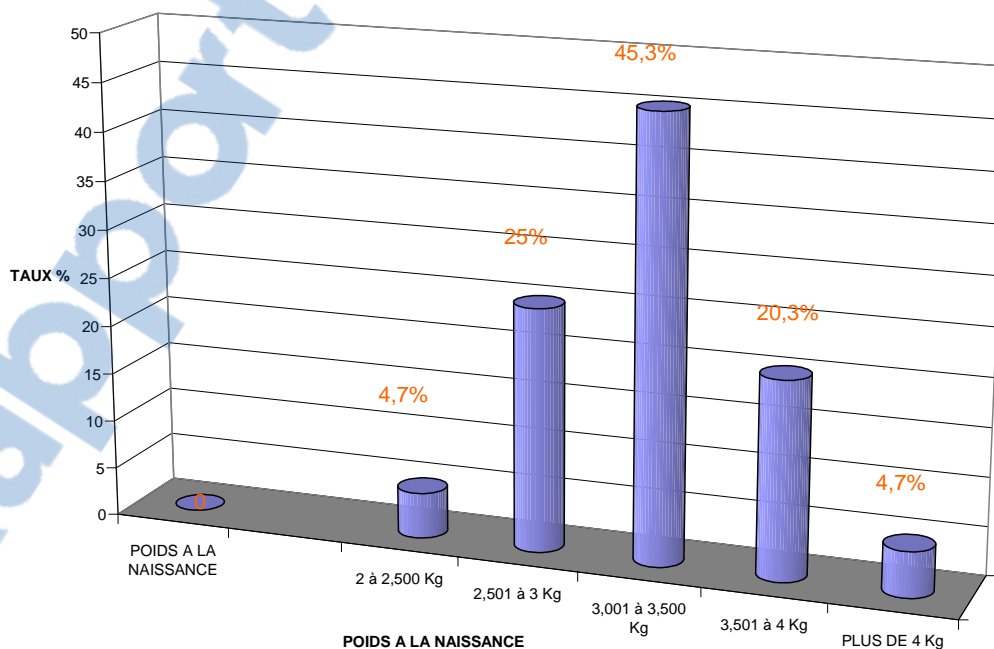


Figure 20 : Répartition selon le poids à la naissance

IV-5-4- Périmètre crânien :

Tableau n° 21 : Répartition selon le périmètre crânien à la naissance

PERIMETRE CRANIEN	FREQUENCE	POURCENTAGE %
30 à 32 Cm	19	29,7%
33 à 35 Cm	36	56,3%
36 Cm et plus	5	7,8%
NON MENTIONNE	4	6,3%
Total	64	100,0%

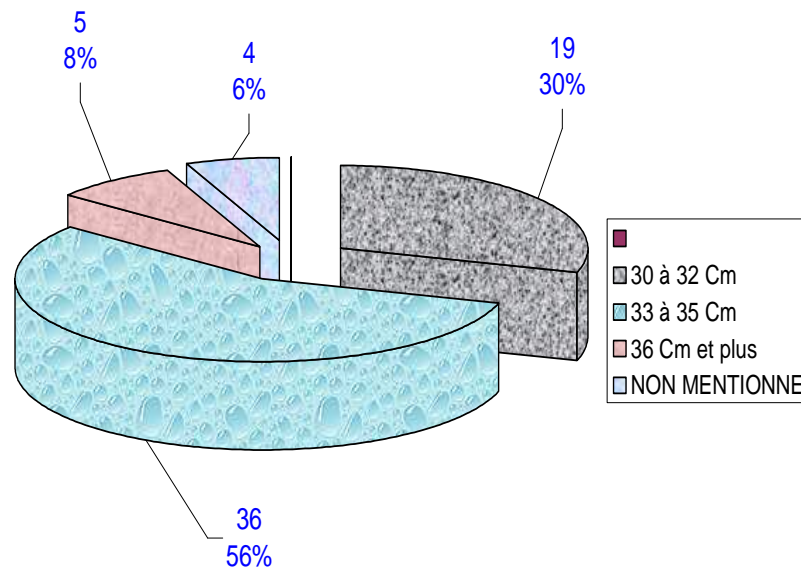


Figure n° 21 : Répartition selon le périmètre crânien

IV-5-5- Périmètre thoracique :

Tableau 22 : Répartition selon le périmètre thoracique à la naissance

PERIMETRE THORACIQUE	FREQUENCE	TAUX (%)
30 à 32 Cm	22	34,4%
33 à 35 Cm	38	59,4%
NON MENTIONNE	4	6,3%
Total	64	100,0%

Plus de la moitié du nouveau né ont de périmètre thoracique de 33 à 35 cm de circonférence.

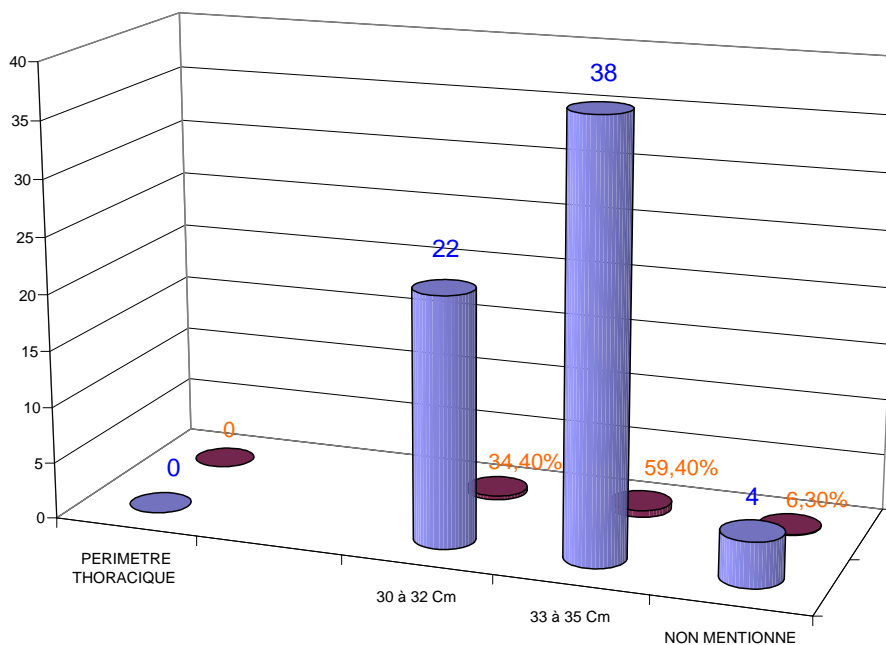


Figure n° 22 : Répartition selon le périmètre thoracique à la naissance



IV-6- La réfection de la déchirure cervicale :

IV-6-1- Technique de service dans la réfection des déchirures cervicales :

Cette stratégie trouve son avantage :

- dans le diagnostic, la recherche de la brèche ;
- à éviter des déchirures iatrogènes par dilacération du col en cas de traction trop forte sur le col déjà fragilisé et oedématié par l'accouchement ; en effet, il faut tirer sur les pinces pour essayer d'extérioriser le col ;
- à prévenir le saignement au points laissés par les pinces de POZZI ou de MUSEUX sur le col.

Après avoir accédé au col par écartement du vagin à l'aide de deux valves, la technique consiste à mettre en place à 12 heures, deux pinces non traumatiques, à mors plats de types de longues pinces en cœur ou de DUVAL pince à pansement. On fait un tour dans le sens horaire en déplaçant progressivement et alternativement deux pinces tous les 2cm environ.

Ainsi, on fait tout le tour du col, et aucun brèche ni solution de continuité n'échappe à l'examineur.

Une éventuelle déchirure est repérée et évaluée sur sa longueur, la profondeur, ses bords.

On place les deux pinces sur chaque berge et la réfection pourrait être commencée selon la technique habituelle : suture hémostatique en «x» au fil résorbable, de préférence à résorption rapide.

Un control après suture est indispensable pour vérifier l'état du col à la fin.

IV-6-2-La topographie des lésions :

Tableau n°23 : Répartition selon la topographie des lésions

TOPOGRAPHIE DES LESIONS		FREQUENCE	TAUX (%)
DECHIRURES SOUS- VAGINALES	à 1H	1	1,6%
	à 2H	1	1,6%
	à 3H	10	15,6%
	à 5H	3	4,7%
	à 6H	2	3,1%
	à 7H	3	4,7%
	à 8H	1	1,6%
	à 9H	4	6,3%
	à 12H	2	3,1%
	DECHIRURES MULTIPLES	14	21,9%
DECHIRURES SUS-VAGINALES	CERVICO-SEGMENTAIRE	9	14,1%
NON MENTIONNEES	NON MENTIONNEES	14	21,9%
	Total	64	100,0%

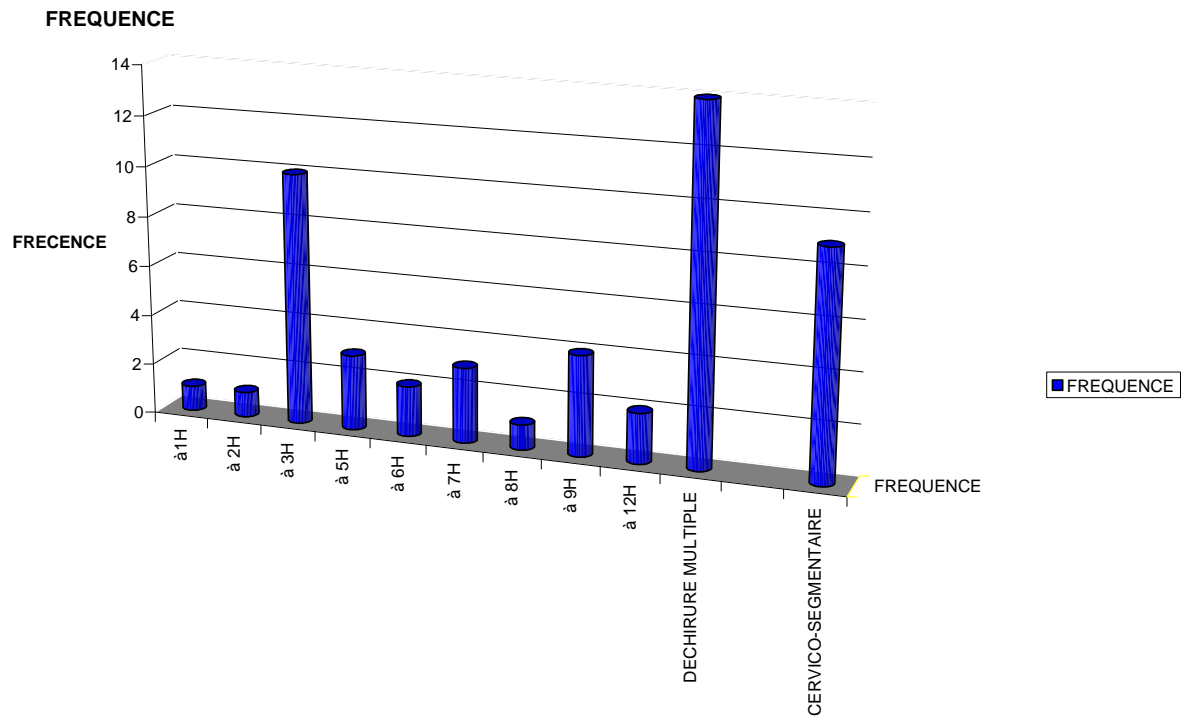


Figure n° 23 : Répartition selon la topographie des lésions

V-6-3- Lieu de réfection :

Tableau n°24 : Répartition selon le lieu de la réfection

LIEU DE REFECTION	FREQUENCE	TAUX (%)
DANS LA SALLE D'ACCOUCHEMENT	31	48,4%
AU BLOC OPERATOIRE	33	51,6%
Total	64	100,0%

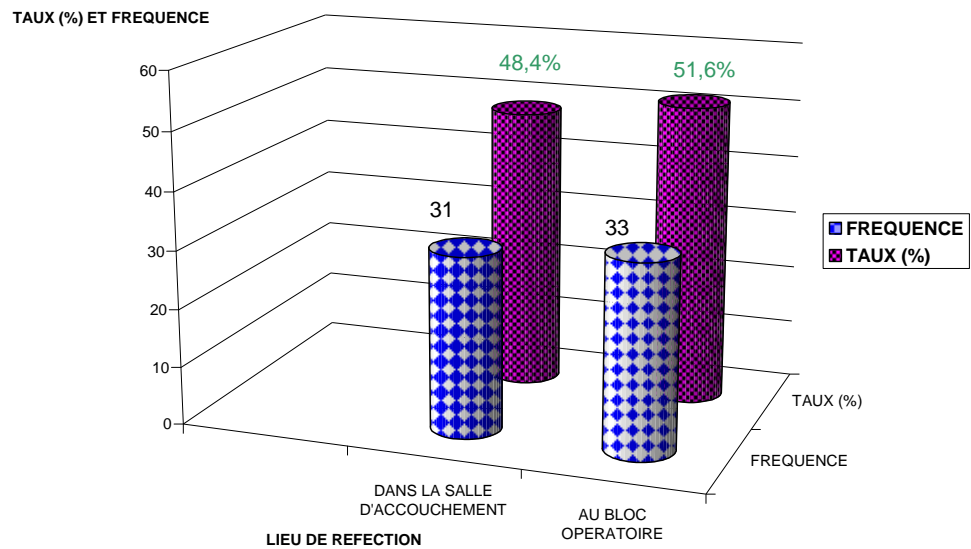


Figure n° 24 : Répartition selon le lieu de réfection

IV-6-4-Voie d'administration d'anesthésie :

Tableau n°25 : Répartition selon la voie d'administration d'anesthésie

MODE	FREQUENCE	POURCENTAGE (%)
ANESTHESIE LOCALE	29	45,3%
ANESTHESIE GENERALE	35	54,7%
Total	64	100,0%

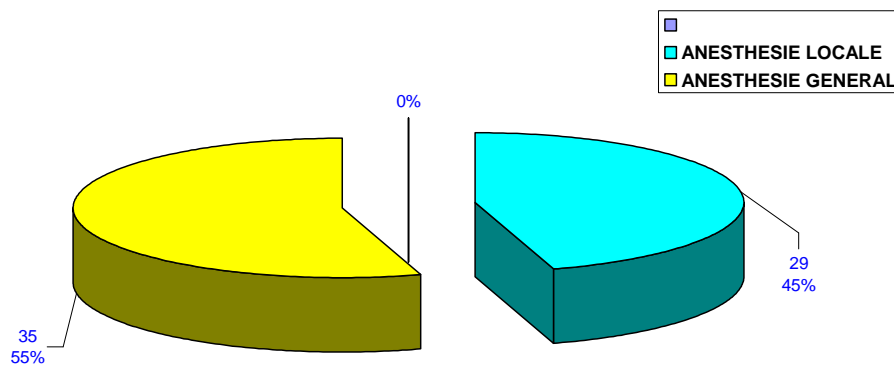


Figure n°25 : Répartition selon la voie d'administration d'anesthésie



*COMMENTAIRES ET
DISCUSSIONS*

V- Commentaires et discussions

Les résultats de nos études nous permettent de mieux connaître la déchirure du col utérin : sa fréquence et les facteurs favorisants.

V-1- La fréquence annuelle :

Durant notre étude du janvier 1999 au mois d'août 2006, nous avons recruté 64 cas de déchirures cervicales sur 4363 accouchées par voie basse soit un pourcentage de 1,53%. Malgré la minorité de ce taux, nos études ont montré que la fréquence de la déchirure cervicale est fortement élevée car dans huit mois de cette année, nous avons plus du double de l'année 2005. Elle est assez rare mais de gravité variable selon les auteurs [1,8] et cette situation demande plus de surveillance d'une femme enceinte avant, pendant et après chaque accouchement.

V-2- L'aspect épidémiologique selon les antécédents maternels :

V-2-1- Age :

La tranche d'âge inférieure ou égale à 21ans est plus vulnérable à cette déchirure avec un taux de 35,9% des cas. Leur col est encore en voie de maturation, donc très exposé à la déchirure par leur fragilité [6].

V-2-2- Gestité:

37,5% des cas sont des primigestes contre 9,4% du quatrième et cinquième geste. Souvent, les femmes enceintes pour la première fois ne suivent pas régulièrement la consultation prénatale qui fait le diagnostic précoce de la dystocie, d'où la survenue de la déchirure.

V-2-3- Parité

Les primipares dominant plus de la moitié de nos cas, 32,8% de paucipare, 06,3% des multipares et 7,8% de grande multipare.

Des auteurs rapportent que les primipares sont plus exposées à la déchirure du col que les multipares. [1, 8,26]

J. Lansac et ses collaborateurs ont montré la fréquence de 11% des accouchements des primipares contre 4% chez les multipares.

Les primipares ne savent pas le déroulement de l'accouchement, elles poussent le plus souvent avant la dilatation complète.

Les cas de déchirures chez les multipares sont faibles puis qu'elles sont coopérantes ; elles sont donc dus à l'altération du col utérin : soit par des lésions inflammatoires ou le plus souvent par fibrose du cicatrice des lésions obstétricales précédentes [1]

Ce col fibrosé perd son élasticité d'où la déchirure.

V-2-4- Avortement

Nos études montrent que 70,3% des femmes déchirées n'ont jamais eu d'antécédent d'avortement. Certains auteurs ont observés des déchirures spontanées survenues sur des cols antérieurement sains dont l'altération est contemporaine au travail [1, 22].

Mais la survenue de la déchirure chez les parturientes qui ont des antécédents d'avortement s'explique par l'altération du col utérin due à des microtraumatismes antérieurs.

V-2-5- Situation professionnelle :

Plus de la moitié de notre cas sont ménagères, 17% sont vendeuses et 12,5% sont cultivatrices. Ces genres de tâche sont fatigants et stressant, par conséquent les parturientes n'arrivent plus à exercer des forces adéquates à l'expulsion ; l'étude de déchirure périnéale fait à la maternité de Befelatanana par Rakotomahefa précise aussi la prédominance de ces genres de femme. Ce taux représenterait aussi la répartition des fonctions des femmes de la région.

V-2-6- Groupe ethnique :

Les Merina et Betsileo avec respectivement de 26,6% et 12,5% sont plus exposées à la déchirure cervicale suivant notre étude. Les arguments qui interviennent à ces faits, pourraient être due à la composition de la population de la ville de Mahajanga, à la prédisposition ou à la motivation de fréquentation des hôpitaux.

V-2-7- Lieu de résidence :

94,2% de nos parturientes viennent de la région urbaine ; 07,9% de Mahajanga II et 07,9% du Marovoay et Mampikony.

La prédominance de ce premier est expliquée par la facilité d'accès au CHU.

Selon le quartier, Tsararano a un taux plus élevé par rapport au autres avec 07,8%.

Le facteur socio-économique interviendrait à la survenue de déchirure cervical post-partum immédiat.

V-2-8- Notion d'IST :

Les parturientes ayant eu une infection sexuellement transmissible constituent 45,3% des cas recrutés dont cinq cas de TPHA VDRL positives et 24 cas de leucorrhées prédominées par le trichomonas vaginalis et de candida albican.

Merger et ses collaborateurs ont noté que les lésions inflammatoires altèrent les tissus affectés. [1]

Nous déduisons que l'IST qui entraîne cette altération tissulaire du col utérin est un facteur favorisant de la déchirure au court de l'accouchement.

V-2-9- Altération cervicale :

L'œdème du col utérin est rencontré dans 31,3% de nos cas. Le col est épais, la dilatation stagne de 5 à 6cm. La rigidité oedémateuse est plus fréquemment rencontrée au cours du travail prolongé. [1, 5,8]

La présentation dystocique et la dystocie cervicale fonctionnelle sont responsables de cet oedème du col utérin [5].

Dans notre étude, on en a rencontré le plus souvent au cours de la présentation du siège et dans le cas de dilatation stationnaire.

Le col oedémateux perd son élasticité normale. Il faut attendre la dilatation complète pour l'expulsion, le non respect de cette règle expose la parturiente à la déchirure éventuelle.

Un col tuméfié et hypervascularisé peut être en rapport avec un cancer du col malgré son âge de 23ans car la moyenne d'âge est de 40 à 50 ans et l'âge extrême est de 21 et 50 ans. [27].

Le cas de cerclage du col constitue le 3,1% de notre cas, elle est faible mais peut provoquer de la rupture utérine étendue au col si le décerclage n'est pas effectué avant le début du travail [7]. Le cerclage qui est effectué généralement au 14-16^{ème} semaine d'aménorrhée doit être enlevé vers le 36 à 38^{ème} semaine d'aménorrhée pour éviter toutes complications traumatiques de l'accouchement. .

V-3- Motif d'admission :

V-3-1- Motif de référence :

26,6% de notre cas sont arrivées pour une hémorragie du post-partum immédiat dont 6,3% ont présenté des états de choc hémorragiques.

Une plaie du col doit être évoquée devant la persistance d'une hémorragie, malgré une bonne rétraction utérine et la vérification de la vacuité utérine. [16]

Dans notre étude, nous avons eu un cas de décès maternel par choc hypovolémique. Elle est référée pour un état de choc au cours du travail avec déchirure cervico-segmentaire très hémorragique.

Les décès par hémorragie représentent en France l'une des toutes premières causes de la mortalité maternelle [22], de même dans les pays en voie de développement.

Ce type de déchirure est très hémorragique, donc le retard de diagnostic et de la prise en charge met en jeu le pronostic vital de la mère.

La primipare âgée et celle de petite taille constituent le 14,1% de notre cas.

12,5% de nos parturientes sont référés pour dilatation stationnaire.

Tous ces cas sont caractérisés par la dystocie cervicale fonctionnelle ; le travail est long, par conséquent, l'impatience des parturientes ou une mauvaise surveillance entraîne une poussée précoce avant la dilatation complète, cette dernière est responsable de la déchirure du col utérin. [1, 5, 8]

Les parturientes référées par une hauteur utérine exagérée constituent le 12,5% de notre cas.

La survenue de déchirure dans ce cas est évoquée par la forte pression effectuée par le fœtus au cours de la contraction sur un utérus hypertendu.

V-3-2- Mode et origine de référence :

89% du 64 cas recrutés proviennent de la zone urbaine. Ce fort pourcentage est expliqué par la proximité et l'ampleur de la femme de notre ville ;

L'évacuation sanitaire constitue le 11% de nos cas. Le problème financier, le retard de diagnostic, faute de transport peuvent être la cause de ce faible taux.

L'étude de déchirure périnéale fait par RAKOTOMAHEFA en 2004 au service de maternité de Befelatanana montre ce différent taux avec respectivement de 68,07% et de 19,51%.

Le district de Mampikony est le plus loin mais leur évacuation sanitaire est assez élevée par rapport aux autres avec taux de 4,7% de nos cas. Ce problème peut être lié à l'absence de personnel qualifié en matière de gynécologie obstétrique et de bloc opératoire dans leur centre hospitalier.

V-4- Mode d'accouchement :

V-4-1- Présentation :

85,9% sont des présentations céphaliques, Les présentations du siège et du transverse présente le même pourcentage de 6,3%.

Nous pouvons dire que toutes les présentations peuvent engendrer une déchirure cervicale favorisée par des autres facteurs.

V-4-2- Poche des eaux :

45,5% sont intactes et 54,7% sont déjà rompue chez elle. La rupture de poche des eaux n'a pas de rapport direct à la déchirure cervicale mais des auteurs disent que la rupture prématuré de la poche des eaux est liée à l'incompétence du col utérin ; elle peut être liée à l'altération tissulaire du col en question ; ce dernier va entraîner a non adaptation à la dilatation normal. [5, 7,8]

V-4-3- Liquide amniotique :

26% sont clairs, 39,1% sont teintés et 9,4% sont méconiaux. Il n'y a aucun argument explicite la relation entre le trouble du liquide amniotique et la déchirure.

Mais ce trouble témoigne l'infection fœtale et d'un travail prolongé qui peut surinfecter l'organe génital de la mère.

V-4-4- Utilisation d'instrument :

21,9% des nouveaux nés sont évacués par vacuum extractor ; 3,1% par forceps.

L'extraction instrumentale à dilatation incomplète peut concevoir de déchirure cervicale et d'autres parties de la filière génitale. [1, 5,8]

V-4-5- La prescription d'ocytocique :

59,4% des travaux sont dirigées par l'ocytocine à dose de 5UI diluées dans 500 ml de SGI 5% passé en 20 gouttes par minute. Ce sont des produits ocytociques à utiliser avec prudence.

Le misoprostol est un analogue de la prostaglandineE1 et un puissant agent ocytocique qui initie le travail. [21,26]

La dose de 25mg tout le quatre heures dans un délai de 24 heures est suffisant et bien toléré par des parturientes. L'application de forte dose de 50 à 100mcg par application vaginale toutes les quatre heures ont des effets secondaires d'hyperstimulation. [21]

Cela veut dire que les produits ocytociques constituent les facteurs favorisant des déchirures cervicales même la rupture utérine quand le praticien les utilise dans la condition inadéquate.

V-5- Caractéristique du nouveau-né :

V-5-1- Age gestationnel :

37,5% de nos cas sont à termes. L'accouchement prématuré constitue 12,5% ; ce chiffre peut être lié à la poussée précoce avant la dilatation complète. [8]

V-5-2- Poids à la naissance :

4,7% des nouveau-nés ont de poids inférieurs ou égale 2,500kg., 45,3% entre 3,001 à 3,500kg et 25% ont plus de 3,500kg ;

Nous pouvons dire que l'excès du volume fœtal est un des facteurs prédisposant à la déchirure cervicale.

V-5-3- Périmètre crânien :

29,7% ont de périmètre crânien 30 à 32cm ; 64,1% ont de 33cm et plus.

Cela confirme que le périmètre crânien est un facteur intervenant à cette déchirure, car malgré l'accommodation de la boîte crânienne au cours de l'expulsion, une grosse tête passe toujours de façon dystocique.

Dans notre étude, deux cas d'hydrocéphalie provoquent des déchirures cervicales.

V-5-6- Périmètre thoracique :

34,4% ont de 30 -32cm et 59,4% ont 33cm et plus.

Ce volumineux périmètre thoracique entraîne la dystocie des épaules [5] et ce dernier provoque la déchirure cervicale même à la dilatation complète.

Ainsi, l'élévation de ce paramètre est un des facteurs favorisant de la déchirure du col.

V-5-7- Etat à la naissance :

68,8% de nos cas sont nés vigoureux ; cela veut dire qu'à l'absence de complication, la déchirure du col n'altère pas l'état fœtal.

Les nouveaux nés asphyxiés et les morts in utero peuvent être dues par souffrance fœtale aiguë ou chronique.

V-6- La lésion et réfection :

V-6-1- Topographie des lésions :

64% des lésions sont de type sous-vaginal, 14,1% sont étendues au segment inférieur et 21,9% sont non mentionnées. Cette proportion est comparable à la revue de la littérature [1, 5, 8,28].

Dans nos résultats, les points à 3 heures et à 9 heures ont de fréquences assez élevées.

Le type de déchirure sus-vaginale qui intéresse le segment inférieur est souvent associé à la rupture utérine évidente où le pronostic vital est mis en jeu.

V-6-2- Lieu de réfection :

Plus de la moitié de nos patientes sont réparées au bloc opératoire.

La réfection devant une hémorragie doit avoir l'assistance d'anesthésiste.

V-6-3- Mode d'administration d'anesthésie :

45,3% de réfection sont fait sous anesthésie locale, 54,7% sous anesthésie générale. L'anesthésie générale est utilisée en cas de la rupture utérine associé et de type sus vaginal mal exposé par voie basse. Pour d'autre cas l'anesthésie locale bien pratiquée est suffisante pour la réfection par voie basse en absence de l'altération de l'état général. [1,8]



SUGGESTIONS

VI- Suggestions :

Tout accouchement eutocique ou dystocique nécessite une surveillance stricte avant, pendant et après le travail, car l'accident traumatique peut survenir de façon imprévisible.

Des cas sont évitables, mais la prévention est fondée sur la connaissance des facteurs favorisants avec participation de la parturiente et des praticiens.

❖ *Concernant les femmes*

En utilisant les méthodes de communication pour changement de comportement ; sensibiliser toutes les femmes en âge de procréer pour une meilleure prise en charge de la grossesse.

Elle consiste à :

- ☞ encourager les femmes enceintes à suivre les consultations prénatales au moins quatre fois et dès le premier trimestre de la grossesse pour prévoir toute sorte de dystocie évitable et les autres problèmes liés à la grossesse ;
- ☞ orienter les femmes à accoucher à un centre hospitalier ou un centre de santé ;
- ☞ sensibiliser les femmes à mieux respecter les règles hygiéno-diététiques : la toilette, le régime alimentaire suffisant et l'activité musculaire régulière pour améliorer leur état de santé ;
- ☞ encourager les femmes à prévenir toute sorte d'infection sexuellement transmissible et de faire le dépistage systématique du néo du col utérin au moins tous les deux ans.

❖ *Concernant le centre de santé de base*

Nos suggestions consistent à :

- ☞ superviser les personnels de la santé en matière d'évaluation de tout les facteurs de risque de l'accouchement dystocique au cours des consultations prénatales pour référer à temps ;
- ☞ appliquer le règle de l'examen gynécologique sous valve systématique devant toute hémorragie du post partum immédiat pour éviter le retard de diagnostic ;
- ☞ maîtriser les indications et contre indications d'ocytocique.

❖ *Concernant le service de gynécologie obstétrique du CHU de Mahajanga :*

- *Amélioration d'infrastructure :*

Comme centre de référence en gynécologie obstétrique, la maternité Androva devrait être bien équipée avec des personnels suffisants en qualité et en quantité.

La trousse d'urgence doit être toujours disponible pour éviter un retard de prise en charge qui met en jeu les pronostics vitaux surtout dans les cas des indigents.

- *Recyclage et formation du personnel :*

La formation et le recyclage périodique sont nécessaires pour améliorer la connaissance, la compétence et la coopération dans le service.

❖ *L'infrastructure sanitaire au sein du ministère :*

- ☞ Augmenter le nombre des praticiens formés en gynécologie obstétrique et les répartir à chaque district pour éviter l'évacuation à long court ;
- ☞ Fournir un financement suffisant pour réaliser les programmes de formation et de recyclage des personnels ;
- ☞ Diminuer au minimum la participation des gens aux frais médicaux pour que tout le monde puisse franchir l'hôpital en cas de besoins ;
- ☞ Assurer l'accès rapide de la périphérie vers le centre de référence en améliorant l'infrastructure routière et maritime ;
- ☞ Créer au moins dans chaque province un complexe mère-enfant pour améliorer la prise en charge de la femme enceinte.

CONCLUSION

Conclusion

Nos études ont évalué les paramètres impliqués à la survenue des déchirures cervicales du post partum immédiat vues à la maternité du CHU de Mahajanga du janvier 1999 au mois d'août 2006.

Dans 4363 parturientes enregistrées, nous avons trouvés 64 cas de déchirures cervicales qui constituent un taux de 1,53%.

L'élévation de la fréquence durant cette année nous motive à faire cette étude.

Nous avons évalué que l'âge inférieur à 21ans, la primigeste, la primiparité et la situation socio-économique fait partie des facteurs de risques prédisposant.

L'extraction instrumentale et la prescription d'ocytocique, la poussée à dilatation incomplète exposent les parturientes à la déchirure du col utérin.

Le motif de référence est dominé par l'hémorragie post-partum immédiat avec ou sans état de choc à l'entrée.

Nous avons vu un cas de décès maternel par choc hypovolémique qui est référé pour état de choc au cours du travail et diagnostiqué comme déchirure cervico-segmentaire.

Face à tous ces facteurs de risques, la déchirure cervicale est évitable par la communication pour changement des comportements des femmes, des formations et recyclage des praticiens de chaque centre de santé, amélioration de l'infrastructure du centre de référence et la participation du gouvernement à l'amélioration du niveau socio-économique des gens.

Ainsi les suggestions que nous avons avancées dans le présent travail puissent apporter une amélioration de la pris en charge des femmes enceintes pour avoir une maternité à moindre risque.

LES REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1- R. MERGER J. LEVY J. MELCHIOR,

Utérus gravide, complication traumatique de l'accouchement

Précis d'obstétrique 4è édition 1974 : 33-39,302-304

2- J. PORIER,

Structure histologique de l'utérus et du col utérin

Histologie Humaine, Fascicule 5 : 54,57

3- J. LANSAC / P. LECOMTE,

Extraction instrumentales, épisiotomie et la réfection du périnée,

Gynécologie pour le praticien, 4è EDITION : 262,265 ; 285, 286,1994

4- M. TOURNAIRE,

Physiologie de la contraction, col utérin

Physiologie de la grossesse, MASSON, Paris New York Barcelone Milan

Mexique Sao Paulo 1986 ;211 ;223-233

5- P. MAGNIN, D. DARGENT,

Accouchement normal et pathologique

Précis d'obstétrique Tome II, 1970 ; 19

6- RAKOTOMAHEFA Toandro Lalaina,

Aspects épidémio-cliniques des déchirures périnéales à la Maternité

Befelatanana durant l'année 2004.

7- AMERICAN Pregnancy Association,

Incompetent cervix, Avril 2006

8- J. LANSAC / G. Body,

Evolution du col au cours du travail, hémorragie de la délivrance, extraction instrumentale, réfection des déchirures périnéales

Pratique de l'accouchement, 2^e édition 1992 ; 27 ; 239-241 ; 262 ; 288-285

9- M. SCHENKER'S,

Bulletin Smur, août 2004

10- Prévention et PEC de l'hémorragie post partum,

SOC Obstet Gynaecol Can (SOGC), avril 2000.

11- HAN YU KUN et G. MALLANDAH,

Étude des causes des infections du liquide amniotique avant l'accouchement.

12- OMS,

Prise en charge des complications de la grossesse et de l'accouchement, 2004.

13- SEVEN MICE SARL,

Anatomie du petit bassin de la femme ; 2005.

14- Annie CAMPAGNE,

Chek-up de l'utérus cicatriciel en cours de travail, octobre 2002.

15- JAMEL KRAIEM,

Conduite thérapeutique devant une hémorragie de la délivrance.

Service de Gynécologie Hôpital Mohamed Tlatli Nabane, Tunisie,

16- N. BOISSEAU, E. LHUBAT, M. RAUCOULER-Aime :

Hémorragie du post partum immédiat,

Conférence d'actualisation.

17- PH. DAILLAND, H. BELCACEM, O. LAMOUR, G LEVY:

Hémorragie et trouble de l'hémostase en obstétrique,

Conférence d'actualisation 1999.

18- JAMEL KKAIEB,

Conduite thérapeutique devant une hémorragie de la délivrance

Service de Gynécologie Obstétrique Hopital Mahomed Tlatli, Nabeul, Tunisie

19- Hémorragie de la delphienne;

FACULTE DE MEDECINE ULP F67000 Strasbourg 2004-2005, 20- OMS :

21- P.M. Teben, L. Kouam, A.L Major, F. Ludicke, AS. Dol,

Une complication du misoprostol et de l'ocytocyne.

22- ELSEVIE, Paris :

Hémorragie du post partum immédiat,

Conférence d'actualisation.

23- ELSEVIE, Paris

Hémorragie et trouble de l'hémostase en obstétrique,

Conférence d'actualisation.

24- WILIAM'S

Obstetrics Twinty-second Ed. Cunnighar, F. Gary, ch 9.

25- DAUFORTH'S

Obstétrics and Gynécologie Ninth Ed Scott, James R, et al ch 4.

26- A. LAFFONT

La présentation de siège, conduite à tenir au cours du travail : déclanchement artificiel du travail,

EMC Obstétrique 1, 1929, 5017 ,5026

27- A. LAFFONT

Cancer du col et grossesse,

EMC obstétrique 2, 1929, 5047

28- I. SANDJONG,

Lésion précancéreuse du col utérin en zone rural,

Département de gynécologie obstétrique. Hôpital Universitaire Genève Suisse

29- Marie-Jocelyne Martel.FRCSC, Saskatoon (Sask),

Directive clinique sur accouchement vaginal chez les patientes ayant déjà subi une césarienne, N° 147 juillet 2004.

30- SOCIÉTÉ DES OBSTÉTRIQUES ET GYNÉCOLOGIQUES DU CANADA

Accouchement vaginal après une césarienne ;

Directive clinique N°68, Dec. 1997

31- SARL

Anatomie du petit bassin, 2005.

DOCUMENTS CONSULTÉS :

32- Le petit Larousse 2004

Accouchement

* Velirano *

Eto anatrehan'ireo Mpampianatra ahy eto amin'ny toeram-pampianarana ambony momba ny fahasalamana sy ireo niara-nianatra tamiko, eto anoloan'ny sarin'i HIPPOCRATE,

Dia manome toky sy mianiana aho, amin'ny Anaran' Andriamanitra Andriananahary, fa hanaja lalandava ny fitsipika hitandrovana ny voninahitra sy ny fahamarinana eo am-panatontosana ny raharaham-pitsaboana.

Ho tsaboiko maimaimpoana ireo ory ary tsy hitaky saran'asa mihoatra noho ny rariny aho, tsy hiray tetika maizina na oviana na oviana ary na amin'iza na amin'iza aho mba hahazoana mizara aminy ny karama mety ho azo.

Raha tafiditra an-tranon'olona aho, dia tsy hahita izay zavamiseho ao ny masoko, ka tanako ho ahy samirery ireo tsiambaratelo aboraka amiko ary ny asako tsy avelako ho fitaovana hanatontosana zavatra mamoafady na hanamorana famitan-keloka.

Tsy ekeko ho efitra hanelanelana ny adidiko amin'ny olona tsaboiko ny anton-javatra ara-pinoana, ara-pirenena, ara-pirazanana, ara-pirehana ary ara-tsaranga.

Hajaiko tanteraka ny ain'olombelona na dia vao notorotoronina aza. Tsy hahazo mampiasa ny fahalalako ho enti-manohitra ny lalàn'ny maha-olona aho na dia vozonana aza.

Manaja sy mankasitraka ireo Mpampianatra ahy aho, ka hampita amin'ny taranany ny fahaizana noraisiko tamin'izy ireo.

Ho toavin'ny mpiara-belona amiko anie aho raha mahatanteraka ny velirano nataoko.

Ho rakotra henatra sy ho rabian'ireo Mpitsabo namako kosa aho raha mivadika amin'izany

*** Serment d'HIPPOCRATE**

UNIVERSITE DE MAHAJANGA

Faculté de Médecine

AUTORISATION D'IMPRESSION DE THESE

Intitulé de la thèse : « LA DECHIRURE DU COL UTERIN VU AU SERVICE DE

GYNECOLOGIE OBSTETRIQUE DU CHU DE MAHAJANGA »

Nom et Prénom du candidat : *Monsieur RAJAOZAFY Frédon*

Avis du Directeur ou Rapporteur de la thèse après la lecture du 1^{er} tirage de la thèse :

	Nom et Prénom	Date	Signature	Observation
Directeur	Dr RANDAOHARISON Pierana Gabriel	<i>10/11/06</i>		<i>Accepté</i>
Rapporteur	Dr RANDAOHARISON Pierana Gabriel	<i>10/11/06</i>		<i>Accepté</i>

Avis du Président du Jury :

Acceptée

~~Refusée~~

Date : 10/11/06

Signature et cachet

Pr ZAFISAONA Gabriel

Autorisation du Doyen de la Faculté de Médecine :

Acceptée

~~Refusée~~

Date : 24/11/06

Signature et Cachet

Dr RAFARALALAO Lucienne

Autorisation à reproduire obligatoirement à la dernière page de la thèse après signature.

RESUME

Nom et Prénom : RAJAOZAFY Frédon

Intitulée de la Thèse : **LA DECHIRURE DU COL UTERIN VU AU SERVICE DE GYNECOLOGIE
OBSTETRIQUE DU CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE DE MAHAJANGA**

Thèse de doctorat en médecine générale, Mahajanga, 2006, N° 915

Format : 21 x 29,7cm

Nombre de page : 69

Nombre des références bibliographiques : 32

Nombre de pages bibliographiques : 04

Nombre de schémas : 08

Nombre de figures : 25

Nombre de tableaux : 25

Rubrique de classement : **GYNECOLOGIE OBSTETRIQUE**

Mots clés : Déchirure cervicale, col utérin, rupture utérine, accouchement traumatique

RESUME DE LA THESE

La déchirure cervicale est rare mais pourrait mettre en jeu le pronostic vital de la parturiente.

Nos études rétrospectives et prospectives de cette déchirure du col au Service de Gynécologie obstétrique du CHU de Mahajanga du Janvier 1999 au mois d'août 2006 ont montré 64 cas de déchirures cervicales sur 4363 parturientes avec un taux de 1,53%.

Sa fréquence annuelle montre une élévation durant l'année 2006 par rapport à des autres années, c'est pour cette raison que nous avons effectuée cette étude.

Nous avons évalué que l'âge inférieur à 21ans, la primigeste, la primiparité et la situation socio-économique fait partie des facteurs de risques prédisposant. L'extraction instrumentale et la prescription d'ocytocique, la poussée à dilatation incomplète exposent les parturientes à la déchirure du col utérin.

Le motif de référence est dominé par l'hémorragie du post-partum immédiat avec ou sans état de choc à l'entrée.

L'objectif de cette étude est de mieux connaître cette pathologie : les facteurs favorisants ou prédisposants, sa gravité pour entreprendre une meilleure prévention et une meilleure prise en charge.

Nous espérons que la communication pour changement de comportement, la formation continue des personnels médicaux et l'amélioration de l'infrastructure au niveau de chaque centre nous amèneraient à la maternité à moindre risque.

MEMBRES DU JURY

Président : Monsieur Le Professeur ZAFISAONA Gabriel

Juges : Monsieur Le Professeur RASOLOMAHARO Victor
Monsieur Le Professeur RALISON Andrianaivo

Directeur et Rapporteur : Monsieur Le Docteur RANDAOHARISON Pierana Gabriel

ADRESSE DE L'AUTEUR : Lot 72 G MANDRITSARA Ambony MANDRITSARA-415

Contact : +261324111637 ou rajaozafyf@yahoo.fr

