



## Cas clinique

### Déchirure traumatique périnéale chez un nouveau-né lors de l'accouchement : à propos d'un cas à l'hôpital régional de Ségou au Mali

Traumatic perineal tear in a newborn during delivery: a case report from the Segou regional hospital in Mali

T Traoré\*<sup>1</sup>, OS Coulibaly<sup>1</sup>, F Kané<sup>5</sup>, SZ Dao<sup>3</sup>, K Sidibé<sup>1</sup>, S Traoré<sup>2</sup>, A Diarisso<sup>1</sup>, A Coubaly<sup>1</sup>, B Traoré,  
B Donigolo<sup>1</sup>, Y Traoré<sup>4</sup>, I Teguété<sup>4</sup>

#### Résumé

Les traumatismes à la naissance sont ceux qui sont subis pendant le travail et l'accouchement. Ils peuvent être évitables ou non et survenir en dépit de soins obstétricaux de qualité comme dans un travail difficile ou prolongé ou d'une présentation anormale. Nous rapportons un cas de traumatisme génital avec une déchirure compliquée du périnée chez un nouveau-né qui était en siège suite aux touchers vaginaux au cours du travail d'accouchement dont la prise en charge médico chirurgicale a été faite avec succès.

Mots-clés : déchirure, périnéale, nouveau-né, l'accouchement, Mali.

#### Abstract

Birth injuries are those sustained during labor and delivery. They may or may not be avoidable, and may occur despite good obstetric care, as in difficult or prolonged labor or abnormal presentation. We report a case of genital trauma with a complicated tear of the perineum in a newborn who was breech following vaginal touching during labor, which was successfully

managed medico-surgically.

Keywords : tear, perineal, newborn, childbirth, Mali.

#### Introduction

Les traumatismes à la naissance sont ceux qui sont subis pendant le processus de naissance. Ils demeurent une source importante de morbidité néonatale et d'admissions dans les unités de soins intensifs néonataux [1]. Ils sont multiples mais les plus fréquemment rencontrés sont : la paralysie obstétricale du plexus brachial, le céphalématome, la bosse séro-sanguine, les fractures de la clavicule, de l'humérus et du fémur [2]. Les traumatismes périnéaux du fœtus semblent rares. Ils peuvent se rencontrer chez les fœtus en présentation du siège dont le travail a été prolongé avec du personnel non qualifié. Nous rapportons un cas de traumatisme génital avec une déchirure compliquée du périnée

chez un nouveau-né suite aux touchers vaginaux au cours du travail d'accouchement dont le but était de décrire les lésions, la prise en charge et le pronostic.

### Cas clinique

Il s'agissait d'un nouveau-né d'une primigeste de 25ans. Elle n'avait fait aucune échographie obstétricale. Elle nous a été adressée par un centre de santé périphérique après six heures de travail accouchement pour dystocique sur présentation du siège chez une primigeste. Elle est admise dans notre service en période expulsive du travail d'accouchement avec un fœtus en présentation du siège décompleté mode des fesses. Elle a accouché par voie basse 23mn après son admission d'un nouveau de sexe féminin Apgar 8/10 à la 1ère minute et 10/10 à la 5ème minute ; Poids : 3000g, taille : 50cm, périmètre crânien : 34cm, Périmètre thoracique : 32cm. L'examen du nouveau-né a mis en évidence une déchirure complète compliquée du périnée avec atteinte de la muqueuse anorectale associée un important œdème vulvaire (Fig. 1 : Aspect macroscopique des lésions).

Le nouveau-né a été transféré au service de chirurgie pédiatrique où une ano-recto-vulvo-vaginoplastie

associée à une colostomie de dérivation a été pratiquée en 3 temps :

1er temps : La réparation périnéale : ravivement des berges lésionnelles, une réparation de la muqueuse, du plan sphinctérien suturé en points x suture du plan rectal, anal, vaginal et cutané en points séparés au Vicryl 3/0 (Fig. 2).

2ème temps : La colostomie de dérivation : abord du sigmoïde dans la fosse iliaque gauche à mi-distance entre l'épine iliaque et l'ombilic. Après l'ouverture du péritoine, le sigmoïde est ramené, ouvert et amarré à la paroi puis à la peau (Fig. 3).

A j1 post opératoire le bébé s'alimentait correctement au sein, la stomie productive. Elle est sortie de l'hôpital à j12 post opératoire avec des suites opératoires simples. Le contrôle à j29 post opératoire a retrouvé une stomie productive avec un périnée bien cicatrisé (Fig. 4).

3è temps : Le rétablissement colique : il a été réalisé après 2 mois et demi en faisant une anastomose colo-colique en termino-terminale en points séparés au vicryl 3/0. Après le rétablissement il a été mis sous diète pendant 24h et une double antibiothérapie. A j2 post rétablissement les suites opératoires étaient simples et le nourrisson s'alimentait elle est sortie avec un état satisfaisant à J7.

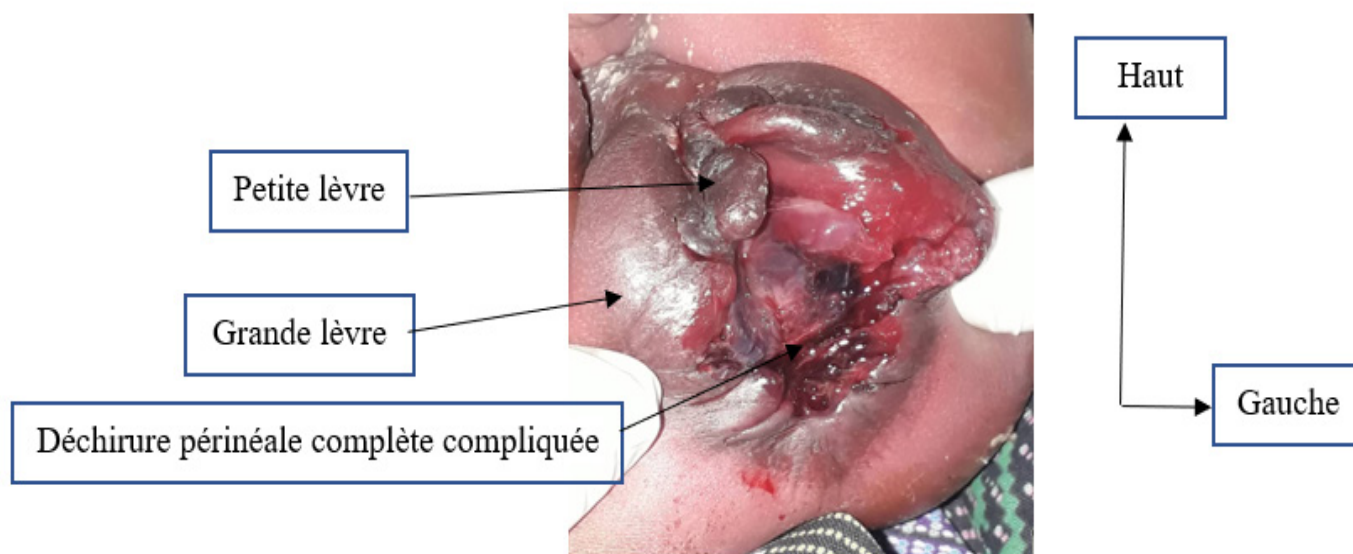


Figure 1 : Aspects macroscopiques des lésions

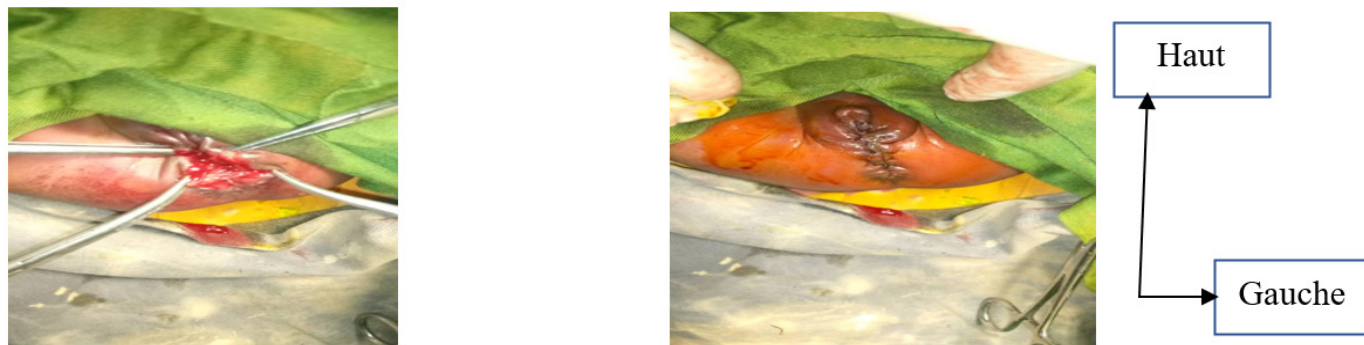


Figure 2 : temps de réparation périnéale

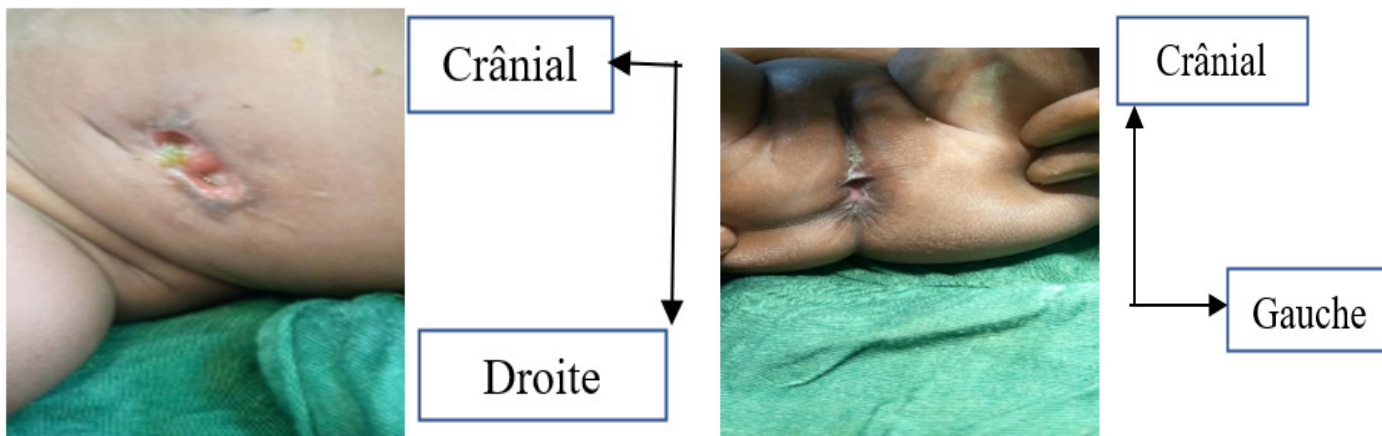
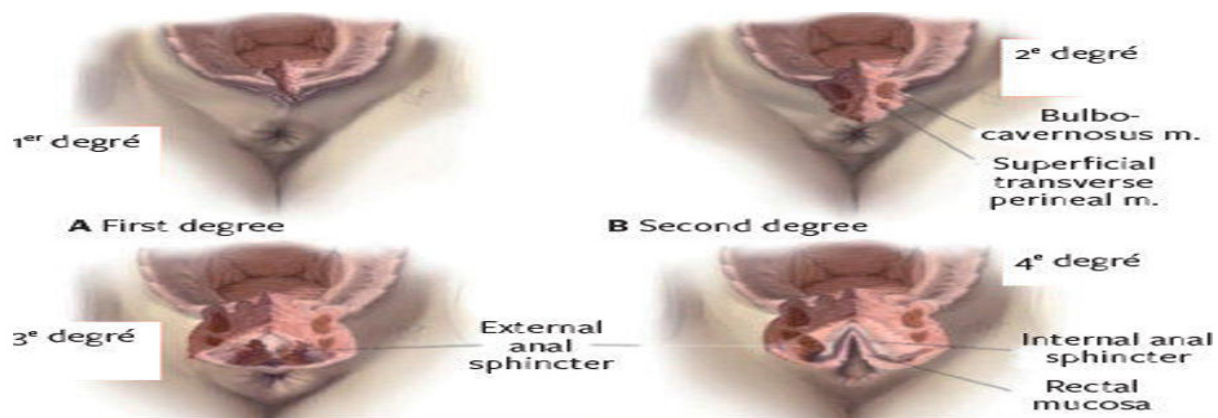


Figure 3 : Colostomie de dérivation

Figure 4 : Périnée cicatrisé



Classification des déchirures périnéales obstétricales [5].



Figure 5 : suture du sphincter anal

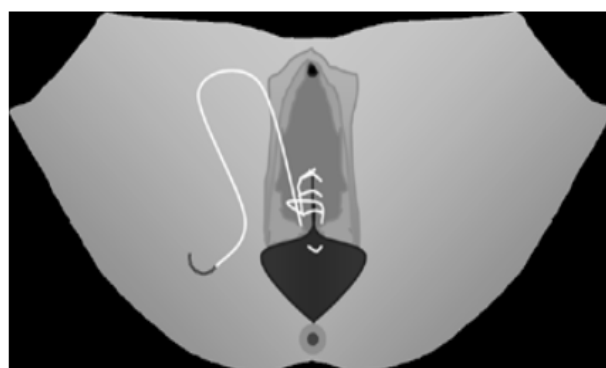


Figure 6 : suture de la muqueuse vaginale



Figure 7 : suture du plan musculaire

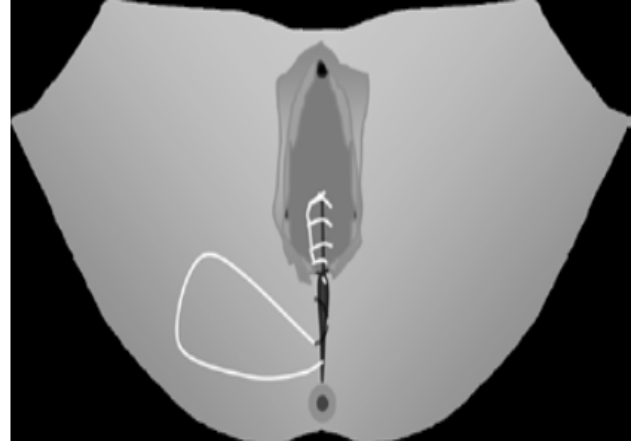


Figure 8 : suture de la peau

Tableau I : classification britannique du Royal College of Obstetricians and Gynaecologists

Degré	Description
1	Epiderme périnéal et/ou muqueuse vaginale
2	Muscles périméaux (bulbospongieux et transverses superficiels)
3	Complexe sphinctérien anal :
3a	< 50% de l'épaisseur du sphincter anal externe
3b	> 50% s l'épaisseur du sphincter anal externe
3c	Sphincter anal externe et interne
4	Complexe sphinctérien anal et muqueuse ano-rectale

## Discussion

Les traumatismes obstétricaux sont courants en pratique obstétricale et peuvent résulter de mauvaises pratiques obstétricales. Leur incidence est estimée de 2 à 7% des naissances vivantes [3]. Leur diagnostic est purement clinique. Les déchirures périnéales sont des lésions qui sont rencontrées chez les accouchées et très rarement chez les nouveau-nés. Elles comprennent tout type de lésion survenant durant l'accouchement par voie vaginale, spontanément ou de manière iatrogène (accouchement instrumental). Ces lésions vont de la simple éraillure périnéale à des

lésions parfois graves et complexes pouvant toucher la muqueuse rectale. La classification britannique du Royal College of Obstetricians and Gynaecologists (RCOG) est la plus couramment utilisée ; elle divise les lésions en quatre degrés selon la sévérité de l'atteinte [4].

Les déchirures du premier degré intéressent uniquement la muqueuse vaginale tandis que celles du deuxième degré impliquent les muscles périméaux bulbo spongieux et transverses superficiels. Les déchirures périnéales des 3ème et 4ème degrés sont rassemblées sous le terme de lésions obstétricales du sphincter anal (LOSA) dans la littérature française ou



« Obstetrical Anal Sphincter Injuries » (OASIS) pour les anglosaxons.

Leur prévalence est comprise entre 0,25% et 6% des accouchements par voie basse selon les pays et les pratiques obstétricales. Dans la littérature nous n'avons pas trouvé de prévalence concernant les lésions traumatiques périnéales chez les fœtus au cours du travail d'accouchement. Les conséquences à court et long termes de telles déchirures affectent la qualité de vie sexuelle des jeunes femmes, d'où l'importance d'une prise en charge optimale. Les patientes qui en souffrent ont un risque accru d'incontinence anale en cas de lâchage de suture, des douleurs persistantes au niveau de leur cicatrice ou une récurrence de lésions graves lors des accouchements [4]. Les déchirures des 3ème et 4ème degrés sont réparées sous anesthésie générale en plusieurs étapes :

Préalables à la réparation : une installation optimale en position gynécologique avec un éclairage de qualité, un examen minutieux du périnée et du vagin pour évaluer l'étendue des lésions et le saignement, la vérification de l'intégrité du sphincter anal et de la muqueuse rectale.

Technique de réparation : le but est de réaligner les structures, assurer une guérison optimale des sphincters anaux internes et externes (préservé la continence) et de restaurer un périnée fort. Pour cela une réparation multi-étagée est préférable. La suture des déchirures complètes compliquées se fait en 5 plans :

Premier plan : suture de la muqueuse anale de haut en bas : Elle doit être faite avant de procéder à la réparation du sphincter. Elle commence au niveau de l'apex puis on fait en surjet ou en points séparés en incluant la musculature (sphincter interne, étendu, responsable de 80 – 90% du tonus de repos).

Pour sa réparation, il faut choisir un fil à résorption lente (polyglactine 910 Vicryl® 3-0).

Deuxième plan : suture du sphincter anal : elle se fait en saisissant les deux chefs sectionnés du sphincter avec des pinces Allis (ou autres), puis on fait deux ou trois sutures en U (ou X) en prenant soin d'inclure l'aponévrose (fig. 5).

Troisième plan : suture de la muqueuse vaginale : Elle commence en plaçant un point de départ à 0,5-1 cm au-dessus de la partie supérieure de la lésion, puis la suture est faite jusqu'au vestibule en un surjet simple ou croisé selon les préférences (fig. 6).

Quatrième plan : suture du plan musculaire : Réparer les plans musculaires du périnée en un ou deux plans selon la profondeur de la lacération ; prendre soin d'éliminer tout espace mort avec une suture continue de préférence (fig. 7).

Cinquième plan : suture de la peau : Elle se fait en surjet simple ou en points séparés (fig.8).

Dans notre cas il s'agissait d'un nouveau-né dont la réparation qui en plus du temps périnéal a nécessité un temps abdominal qui a consisté à faire une colostomie de dérivation afin de minimiser le risque infectieux.

Soins poste réparation : dans notre cas il s'agissait de : soins locaux, les antalgiques, l'antibiothérapie. Chez les mères il s'agit de l'hygiène de base suffisante, les AINS en suppositoire, l'antibio prophylactique voir l'antibiothérapie au besoin, éviter les lavements et autres manœuvres rectales, l'utilisation des émoullients fécaux pour 1-4 semaines surtout dans les déchirures compliquées [6,7].

Malgré que la présentation du siège soit plus à risque de morbidité néonatale qu'une présentation céphalique du fait d'une prématurité plus fréquente et de malformations fœtales, ainsi qu'un risque d'accouchement plus souvent dystociques entraînant des traumatismes fœtaux au cours de la période d'expulsion, nous n'avons pas trouvé dans la littérature de lésions périnéales similaires à notre cas. Cette situation ne nous a pas permis de faire des discussions avec celles d'autres auteurs. Les lésions traumatiques classiquement retrouvées dans la littérature sont : les lésions vasculaires intracrâniennes à type d'hémorragies cérébrales ou méningées, les lésions nerveuses et osseuses, notamment des lésions bulbaires ou médullaires cervicales et des fractures des membres supérieurs.

Ces traumatismes apparaissent dans des conditions particulières, notamment lorsque l'opérateur effectue

des manœuvres trop brutales ou inadéquate [8].

Khouja L [9] au Maroc avait rapporté une localisation crânio-encéphalique plus fréquente des traumatismes du nouveau-né avec 73% des cas. Les autres localisations traumatiques ont été représentées par la paralysie du plexus brachial (15%), la paralysie faciale (12%), les fractures osseuses (27%) et les hématomes surrenaliens (12%).

Pour minimiser la survenue de ces complications traumatiques la consultation prénatale et la réalisation d'une échographie obstétricale en fin de grossesse jouent un rôle prépondérant pour dépister les facteurs de risque de dystocie qui est la première la cause de survenue des traumatismes obstétricaux chez le nouveau-né [10].

## Conclusion

Les lésions périnéales du nouveau-né au cours de l'accouchement du siège sont assez rares, mais quand elles surviennent, elles peuvent être responsables des graves lésions dont la prise en charge nécessite une collaboration pluridisciplinaire entre l'obstétricien, le pédiatre et le chirurgien pédiatrique.

## \*Correspondance

Tidiani Traoré

[tidiobongosso@yahoo.fr](mailto:tidiobongosso@yahoo.fr)

**Disponible en ligne** : 28 Février 2025

- 1 : Hôpital Nianankoro Fomba de Ségou, Mali ;
- 2 : Centre de santé de référence de Koutiala, Mali ;
- 3 : Centre de santé de référence commune II de Bamako, Mali ;
- 4 : Centre Hospitalier Universitaire Gabriel Touré, Bamako, Mali.
- 5 : Centre de santé de référence de Bla, Mali.

© Journal of African Clinical Cases and Reviews 2025

**Conflit d'intérêt** : Aucun

## Références

- [1] Canadian Institute for Health Information. Ressource d'amélioration pour les préjudices à l'hôpital Traumatisme à la naissance. Mars 2021. Available from: <https://www.healthcareexcellence.ca/fr/>
- [2] Broux C, Andrini P, Douchin S, Eymeriaud G, Marey C, Wroblewski I, Rambaud P. An unrecognized neonatal emergency: extensive hematoma of the scalp. 5 cases. *Presse Med* 2000 Sep 16; 29(16):1451–1454.
- [3] Mbassi Awa et al. Bosses exsanguinantes et menaçantes du scalp chez un nouveau-né. *Health Sci Dis* 2017; 18(3):July–September. Available from: [www.hsd-fmsb.org](http://www.hsd-fmsb.org)
- [4] Delvoie A, et al. Les déchirures périnéales des 3ème et 4ème degré post-accouchement: analyse rétrospective et adaptation de la prise en charge. *Rev Med Liège* 2022; 77(2):91–97.
- [5] Maud DR, Sylvain M, Chahin A, Sandra F. Conséquences à long terme des déchirures périnéales obstétricales sévères sur la fonction sexuelle. *Médecine sexuelle Revue Médicale Suisse* 2017 Mar 15; DOI: 10.53738/REVMED.2017.13.554.0602.
- [6] Blanchet P. Réparation épisio, IIe, IIIe et IVe degré. Présentation PowerPoint d'autoenseignement, 2001.
- [7] Charles B. Déchirures périnéales obstétricales : quelles réparations. Table ronde périnatalité CEGORIF 2016.
- [8] Sarah G. La présentation du siège et les traumatismes néonataux: état des lieux des connaissances et des pratiques des étudiants sage-femmes. Étude de cohorte descriptive auprès des étudiants en dernière année des 35 écoles de France. *Médecine humaine et pathologie* 2019. Available from: [dumas-02270647](https://doi.org/10.1016/j.annepid.2019.03.002).
- [9] Khouja L. Les traumatismes obstétricaux chez

le nouveau-né (à propos de 33 cas CHU Hassan II Fès). Thèse de médecine, Université Sidi Mohammed Ben Abdellah, Faculté de Médecine et de Pharmacie, Maroc. 2013; n°127 p158.

[10]Ousseny SN. Les traumatismes obstétricaux du nouveau-né. Thèse de médecine, Université de Mahajanga, Madagascar. 2006; N°856 p61.

**Pour citer cet article :**

T Traoré, OS Coulibaly, F Kané, SZ Dao, K Sidibé, S Traoré et al. Déchirure traumatique périnéale chez un nouveau-né lors de l'accouchement : à propos d'un cas à l'hôpital régional de Ségou au Mali. *Jaccr Africa* 2025; 9(1): 140-146

<https://doi.org/10.70065/2591.jaccrAfri.007L012802>