

Lésions traumatiques vulvo-vaginales non obstétricales au Centre hospitalier universitaire Souro Sanon de Bobo-Dioulasso, Burkina Faso

D. A. SOMÉ^{1,2}, S. OUATTARA^{1,2}, B. TOURE³, A. OUATTARA¹,
M. BAMBARA^{1,3}, B. DAO^{1,2,3,4}

Résumé

Décrire les lésions vulvo-vaginales non obstétricales dans un hôpital universitaire.

Il s'agissait d'une étude rétrospective descriptive menée du 1^{er} janvier 2004 au 31 décembre 2007 au service des urgences gynécologiques du CHU de Bobo-Dioulasso, Burkina Faso. Nous avons inclus tous les cas de traumatismes vulvo-vaginales traités dans le service à la période de l'étude. L'échantillon final comptait 67 patientes. Les données ont été collectées par revue documentaire à partir des dossiers médicaux. Elles ont été analysées grâce logiciel Epi Info version 6.0.

Les lésions génitales représentaient 7,28 % des urgences gynécologiques du service. Les patientes étaient jeunes (22 ans en moyenne, avec des extrêmes de 2 et 49 ans), des femmes au foyer (83,5 %), des citadines (59,7 %) et 61,5 % des femmes en âge de procréer étaient mariées. Les lésions génitales étaient causées par les rapports sexuels (58,2 %) avec 10,4 % de coïts non consentuels, les empalements (13,4 %), les cornes de bovidés (9 %) et les accidents de circulation (7,5 %). Les produits caustiques et les accidents domestiques étaient également incriminés (6 %). On notait 86,5 % de plaies vulvo-vaginales, avec 59,7 % siégeant au cul-de-sac de Douglas et 3 % de déchirures périnéales complètes compliquées. Ces plaies (95,52 %) furent suturées sous anesthésie générale. Nous avons transfusé 4,5 % des patientes.

Les lésions traumatiques vulvo-vaginales sont causées par les rapports sexuels chez les adultes, les cornes de bovidés et les accidents de circulation chez les petites filles.

Mots-clés : Plaie vulvovaginale, coït, traumatisme, Bobo-Dioulasso.

Nonobstetric vulvo-vaginal injuries in Souro Sanou University teaching hospital of Bobo-Bioulasso, Burkia Faso

Abstract

To describe the nonobstetric vulvo-vaginal injuries received in an University Teaching Hospital. That was a retrospective and descriptive study, carried out from January, the 1st 2004 to december, the 31st 2007. It took place at the Gynaecology emergency service of Souro Sanou University Teaching Hospital of Bobo-Dioulasso, Burkina Faso. We included patients complaining of nonobstetric vulvo-

¹ Département de Gynécologie, d'Obstétrique et de Médecine de la Reproduction, CHU-SS Bobo-Dioulasso, Burkina Faso.

² Institut Supérieur des Sciences de la Santé (INSSA), Université Polytechnique de Bobo-Dioulasso, (UPB), Burkina Faso.

³ Unité de Formation et de Recherche en Sciences de la Santé (UFR/SDS), Université de Ouagadougou, Burkina Faso.

⁴ JHPIEGO 1615 Thames Street, Baltimore MD 21231, USA.

vaginal traumatic injuries and who were treated in our service during the study period. A total of 67 cases have been listed. Data were extracted from medical files and analysed with software Epi Info 6.0. Nonobstetrics vulvo-vaginal injuries represented 7.28 % of admissions registered in the gynaecological emergency's service. Patients were young (22 years old with extreme ages equal 2 and 49 years), housewives (83.5 %), city dwellers (59.7 %) and 61.5 % of women aged from 15 to 49 years old got married. Genital injuries were due to coïtus (58.2 %) with 10.4 % of non consensual coïtus, impalements (13.4 %), animals' horns (9 %), and road accidents (7.5 %). Caustic tablets used for clandestine abortions and accidents at home were also incriminated (6 %). We recorded 86.5 % of vulvo-vaginal injuries, with 59.7 % of wounds located at the cul-de-sac of Douglas and 3 % of third degree tears of perinea. These wounds (95.52 %) were sutured under general anaesthesia. We transfused 4.5 % of patients. Nonobstetrics vulvo-vaginal injuries are due to coïtus when the patient was an adult, and due to animals' horns and road accidents when she was a child or a teenager.

Keywords: vulvo-vaginal injury, coïtus, trauma, Bobo-Dioulasso.

Introduction

Les lésions traumatiques vulvovaginales constituent un fardeau pour les pays (JONES et WORTHINGTON, 2008). Fréquentes au cours de l'accouchement, elles ne sont pas rares en période gynécologique (SLOIN *et al.*, 2006). Elles constituent un motif de plus en plus fréquent de consultation dans nos hôpitaux. Ces lésions peuvent aller de la simple contusion à des cas plus graves mettant immédiatement la vie de la femme en danger (SPITZER *et al.*, 2007 ; HAEFNER, 1991). De nombreuses causes sont rapportées dans la littérature (SLOIN *et al.*, 2006 ; DANSO et TURPIN, 2004 ; DUBRAVKO et TOMISLAV, 2007 ; SAU *et al.*, 1993 ; MULETA et WILLIAMS, 1999).

Mais les travaux sur ce sujet en Afrique Sub-saharienne ne rapportent généralement que des lésions génitales postcoïtales (DAO *et al.*, 1995 ; CISSE *et al.*, 1998) ou bien ne s'intéressent qu'aux lésions survenues chez des enfants (JONES et WORTHINGTON, 2008). DANSO au Ghana en 2005 a abordé la question de façon globale. Mais les lésions décrites ne sont que des lacérations, des érythèmes ou des oedèmes vulvaires (DANSO et TURPIN, 2004). Ce qui contraste avec les observations de notre pratique quotidienne : malheureusement, aucun travail au Burkina Faso, n'a été publié sur le sujet malgré le nombre croissant de ces lésions dans nos hôpitaux. Cette étude a pour objectifs de décrire les lésions traumatiques vulvovaginales non obstétricales (LTVNO), d'identifier les mécanismes de survenue et d'analyser leur prise en charge médico-chirurgicale au CHU Souro Sanou (CHUSS) de Bobo-Dioulasso.

Patientes et méthodes

Il s'agissait d'une étude rétrospective descriptive menée du 1^{er} janvier 2004 au 31 décembre 2007 dans le service des urgences gynécologiques du CHUSS de Bobo-Dioulasso, au Burkina Faso. La population d'étude était les patientes qui avaient consulté pour des lésions traumatiques non obstétricales situées à la sphère vulvovaginale. L'échantillonnage fut aléatoire accidentel et systématique. Au total 67 patientes ont été retenues à partir des registres d'admission. Par revue documentaire, nous avons extrait les données à partir des dossiers médicaux, à l'aide d'un questionnaire écrit et validé par un pré-test. Les principales variables étudiées ont été les caractéristiques sociodémographiques, les circonstances de survenue des lésions, les types et les sièges des lésions et le traitement administré. Les données ont été analysées avec le logiciel Epi Info version 6.0.

Résultats

Données sociodermographiques

Au total 920 femmes ont consulté dans le service pour urgences gynécologiques à la période de l'étude. Notre échantillon (n = 67) a représenté 7,28 % de ces admissions. Les patientes venues consulter directement au CHU représentaient 56,8 % de l'échantillon, tandis que les évacuées étaient 6,8 %.

En 2004, 4 patientes avaient consulté pour lésions traumatiques vulvovaginales non obstétricales (LTVNO). Le nombre est passé à 16 en 2005 puis à 26 en 2007. En moyenne 14 admissions pour LTVNO avaient lieu chaque année.

L'âge moyen était 22 ans avec des extrêmes de 2 et 49 ans. Les patientes d'âge inférieur à 15 ans représentaient 22,4 % de l'échantillon. L'occupation principale était « Femmes au foyer » (83,5 %) suivie par le statut d'« élèves et étudiantes » (12 %). Une seule femme était salariée et 3 étaient commerçantes. La plupart (59,7 %) résidaient en ville. On notait 52 femmes en âge de procréer dont 61,5 % étaient mariées et 7,7 % étaient enceintes.

Mécanismes de survenue des lésions génitales

Les lésions traumatiques vulvo-vaginales non obstétricales (LTVNO) survenaient surtout lors des rapports sexuels consentants ou non (tableau I). Les lésions par brûlures étaient dues à des comprimés de permanganate de potassium introduits dans le vagin pour provoquer un avortement clandestin. Dans le tableau II qui détaille les types et localisations de ces lésions, on note que les plaies vulvo-vaginales étaient les plus nombreuses, 86,57 %.

La prise en charge médicale et chirurgicale

A l'admission, 64 patientes (95,52 %) ont été examinées sous anesthésie générale au bloc opératoire. Elles ont ensuite bénéficié d'une suture chirurgicale des lésions, encadrée par une réanimation. Une transfusion (culot globulaire) a été pratiquée à 4,5 % des patientes.

Une antibiothérapie a été administrée à 38 patientes (58,72 %) et le sérum avec le vaccin antitétanique à 52,3 % des femmes.

La contraception d'urgence a été prescrite dans 5,7 % des cas et les antirétroviraux dans 10,4 %. Une prise en charge psychosociale des patientes n'a été précisée dans aucun des dossiers médicaux.

Tableau I. Mécanismes de survenue des lésions

Mécanismes de survenue	Fréquence (%)	Age moyen* (an)	Ages extrêmes (an)
Coïts			
Consensuels	32(47,76)	25,81	14 et 49
Non consensuels	7(10,45)	15,28	11 et 20
Total	39(58,20)	23,92	11 et 49
Empalements	9(13,43)	22	3 et 45
Encornements	6(9)	11,33	9 et 16
Accidents de la voie publique	5(7,46)	18,20	10 et 26
Accidents domestiques			
Chute sur une chaise	1(1,50)	34	
Introduction d'un Stylo	1(1,50)	12	
Chute sur une margelle de puits	1(1,50)	25	
Eboulement de la concession	1(1,50)	25	
Total	4(6)	24	12 et 34
Comprimés de permanganate de postassium	4(6)	23,50	19 et 26
TOTAL	67(100)	22	3 et 45

* Pour les fréquences = 1, il s'agit de l'âge de la patiente

Tableau II. Description des lésions

Description des lésions	Effectifs (%)
Siège	
Vagin	47(62,7)
Faces	6(1,5)
Fond	41(61,2)
Vulve :	11(16,5)
Petites lèvres :	4(6)
Grandes lèvres :	4(6)
Clitoris :	3(4,5)
Périnée postérieur	9(13,43)
Types	
Déchirure du cul de sac de Douglas	40(59,70)
Déchirure du périnée 3 ^e degré	2(3)
Déchirure du périnée 2 ^e degré	14(20,90)
Déchirure du périnée 1 ^{er} degré	11(16,40)

Discussion

Cette étude révèle une fréquence croissante d'année en année des lésions traumatiques vulvo-vaginales non obstétricales (LTVNO) dans notre service. Ces lésions semblent plus fréquentes (7,28 %) dans notre série que dans celles de Danso et Nehru, 2,3 % et 0,8 % respectivement (DANSO et TURPIN, 2004 ; SAU *et al.*, 1993). Le mode de survenue brutal, l'hémorragie vive et importante qui survient lors de ces lésions, pourraient justifier que la structure de référence soit directement sollicitée par les patientes. Pour bien d'autres pathologies gynécologiques, la prise en charge est certainement assurée dans des structures publiques de premier ou second niveau ou dans les structures privées de la ville.

Nous constatons que ces lésions surviennent dans toutes les tranches d'âge, chez les femmes enceintes comme chez celles qui ne le sont pas. En effet, l'âge variait de 2 à 49 ans dans cette série et 4 femmes étaient des gestantes.

Selon certains auteurs (ABASIATTAI *et al.*, 2005), les lésions post-coïtales constituent le premier motif de consultation pour lésions traumatiques vulvovaginales non obstétricales aux urgences gynécologiques. Avec un taux égal à 58 %, nos résultats corroborent cette affirmation. Cependant, dans leurs séries, Danso et Narayan trouvent des taux plus bas, 25 % et 32,7 % respectivement (DANSO et TURPIN, 2004 ; JANA *et al.*, 2008). La proportion élevée des LTVNO dans notre étude s'expliquerait aussi par l'inexpérience des adolescentes en matière sexuelle et par la différence d'âge élevé entre leurs partenaires ou maris et elles (MULELA et WILLIAMS, 1999 ; HOFFMAN et GANTI, 2001). Les tranches d'âges sont superposables à celles trouvées à Dakar (DAO *et al.*, 1995 ; CISSE *et al.*, 1998).

A contrario, Jones (JONES et WORTHINGTON, 2008) rapporte que les lésions par empalement sont les plus fréquentes. Mais son travail n'a concerné que des patientes de moins de 21 ans. Ce mécanisme n'est pas fréquent dans notre série. En 4 ans, nous n'avons trouvé que 9 cas d'empalement soit 13 %. Mais ces cas pourraient être plus fréquents en milieu rural puisque 5 patientes sur les 9 ont été référées des provinces après une chute du haut d'un arbre. Plus que les empalements, en milieu rural indien, Narayan, trouve 32,7 % de lésions suites à des rapports sexuels consentants. Ce taux est 47,7 % dans notre série. Ce constat pourrait s'expliquer par les différences de comportements raciaux et le fait que deux tiers des patientes dans notre étude résidaient en ville. Quand aux rapports sexuels non consentants, la victime s'en sort généralement avec des lésions génitales plus ou moins graves.

Les accidents de la voie publique sont également peu représentés dans notre série; ils arrivent après les lésions par les encornements (9 %) dont les enfants de 9 à 11 ans sont victimes. Cet incident survient lors de la traction des bœufs de labours, et c'est une tâche dévolue généralement aux enfants à Bobo-Dioulasso. Mais de nombreuses autres causes telles que les morsures de vers (sangsue), les corps étrangers intravaginaux, la chute d'un toboggan à la piscine, les blessures vaginales par des couteaux de cuisine et même les lésions par enjambement d'obstacles (JANA *et al.*, 2008 ; HABECK et KULAS, 2007 ; KUNKEL, 1998) n'ont pas été retrouvées dans notre expérience. Les habitudes de vie et les activités récréatives à risque sont différentes selon les pays et d'un endroit à un autre dans un même pays.

Quel que soit le mécanisme, il faut d'abord stabiliser la patiente, ensuite réaliser un bilan lésionnel complet (MULLELA et WILLIAMS, 1999), y compris un bilan urinaire ; dans 30 % des traumatismes génitaux, l'arbre urinaire est atteint (MULLELA et WILLIAMS, 1999 ; OKUR *et al.*, 1996). Dans notre étude heureusement, comme chez certains auteurs (JANA *et al.*, 2008 ; HABECK et KULAS, 2007), nous n'avons pas trouvé de lésions urinaires. Un entretien personnalisé est indispensable chez toutes ces patientes dans le but de les soutenir psychologiquement et d'identifier parmi elles, celles qui doivent bénéficier d'une contraception d'urgence et/ou d'un traitement prophylactique contre les infections (VIH, IST).

Selon les études, le taux de transfusion oscille entre 15 et 28,8 % (JANA *et al.*, 2008 ; FALLAT *et al.*, 1998). Ce taux est peu élevé dans notre série (4,5 %) mais comparable à celui de SAU où 2 patientes seulement sur 31 avaient été transfusées. Quand les patientes sont évacuées, le taux de transfusion peut atteindre 27 à 48 % (JANA *et al.*, 2008). Ces femmes mettent plus de temps à accéder aux structures adéquates de soins. Dans notre série, moins d'un tiers seulement des patientes ont été référées. Les sutures effectuées au bloc sous anesthésie générale ne représentaient que 21 % des patientes dans la série de Spitzer (SPITZER *et al.*, 2007) versus 95,52 % dans notre série. Toutes les femmes avec plaies génitales sont suturées au cours de la même anesthésie qui a servi au bilan lésionnel.

Conclusion

Plus de la moitié des lésions traumatiques non obstétricales de la sphère génitale féminine au CHUSS sont postcoïtales, suivies par les cas d'empalements survenant généralement dans les campagnes. Ces lésions sont suturées en urgence sous anesthésie générale. Mais la prise en charge et le suivi psychosocial et génital méritent d'être améliorés.

Bibliographie

- ABASIATTAI A.M., ETUK S.J., BASSEY E.A., ASUQUO E.E. Vaginal injuries during coitus in Calabar: a 10-year review. *Niger Postgrad Med J.* 2005 ; 12(2): 140-4.
- CISSE C.T., DIONNE P., CATHY A., MENDES V., DIADHIOU F., NDIAYE P.D. Vaginal injuries during coitus. *Dakar Med* 1998 ; 43(2): 135-8.
- DANSO K.A., TURPIN C.A. Vulvo-vaginal injuries : analysis of 170 cases at Komfo Anokye Teaching Hospital, Kumasi, Ghana. *Ghana Medical Journal* 2004 ; 38(3): 116-119.
- DAO B., DIOUF A., BAMBARA M., BAH M.D., DIADHIOU F. Vaginal injuries during coitus: 98 cases. *Contracept Fertil Sex* 1995 ; 23(6): 420-2.
- DUBRAVKO H., TOMISLAV K. Nonobstetrics vulvovaginal injuries : mechanism and outcome. *Arch gynecol obstet* 2007;275: 93-97.
- FALLAT M.E., WEAVER J.M., HERTWECK S.P., MILLER F.B. Late follow up and functional outcome after traumatic reproductive tract injuries in women. *Am Surg* 1998 ; 64: 858-861.
- HABECK D., KULAS T. Nonobstetrics vulvovaginal injuries: mechanism and outcome. *Arch Gynecol Obstet* 2007 ; 275(2): 93-7.
- HAEFNER H.K., ANDERSEN H.F., JOHNSON M.P. Vaginal laceration following a jet-ski accident. *Obstet Gynecol.* 1991 ; 78(5 Pt 2): 986-8.
- HOFFMAN R.J., GANTI S. Vaginal laceration and perforation resulting from first coitus. *Pediatr Emerg Care* 2001 ; 17(2): 113-4.

- JANA N., SANTRA D., DAS D., DAS A.K., DASGUPTA S.** Nonobstetric lower genital tract injuries in rural India. *Int J Gynaecol Obstet* 2008 ; 103: 26-29.
- JONES J.G., WORTHINGTON T.** Genital and anal injuries requiring surgical repair in females less than 21 years of age. *J Pediatr Adolesc Gynecol.* 2008 ; 21(4): 207-11.
- KUNKEL N.C.** Vaginal injury from a water slide in a premenarcheal patient. *Pediatr Emerg Care* 1998 ; 14(3): 210-1.
- MULETA M., WILLIAMS G.** Postcoital injuries treated at the Addis Ababa Fistula Hospital, 1991-97. *Lancet* 1999 ; 344(9195): 2051-2.
- OKUR H., CUCIKAYDIN M., KAZEZ A., TURAN C., BOZKURT A.** Genitourinary tract injuries in girls. *Br J Urol* 1996 ; 78(3): 446-9.
- PITCHER G.J.** Emergency management of injuries sustained during child sexual assault. *CME. The South African Journal of CPD* 2004 ; 22(7): 378-381.
- SASSER S.M., VARGHESE M., JOSHIPURA M., KELLERMANN A.** Preventing death and disability through the timely provision of prehospital trauma care. *Bull World health Organ* 2006 ; 84(7): 507.
- SAU A.K., DHAR K.K., DHALL G.I.** Nonobstetric lower genital tract trauma. *Aust N Z J Obstet Gynaecol.* 1993 ; 33(4): 433-5.
- SLOIN M.M., KARIMIAN M., ILBEIGI P.** Nonobstetric lacerations of the vagina. *J Am Osteopath Assoc.* 2006 ; 106(5): 271-3.
- SPITZER R.F., KIVES S., CACCIA N., ONRNSTEIN M., SCHUH S., ALLEN L.M.** Retrospective Review of Unintentional Female Genital Trauma at the Hospital for Sick Children. *NASPAG 21st Annual Clinical Meeting.* 10.1016/j.jpag.2007.03.080. p.143.