

MINISTRE DE L'ENSEIGNEMENT
SUPERIEUR ET DE LA
RECHERCHE SCIENTIFIQUE

REPUBLIQUE DU MALI
Un peuple- - Une foi



ANNEE UNIVERSITAIRE : 2008-2009

N° 530

TITRE

**EPISIOTOMIE DANS LE SERVICE DE
GYNECOLOGIE ET OBSTETRIQUE
DU CHU DU POINT G**

THESE

Présentée et soutenue publiquement le/...../..... 2009 àH.....min
devant la Faculté de Médecine, de Pharmacie et d'Odonto-Stomatologie du
Mali par : Monsieur Mohamed Sékou COULIBALY

Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine (DIPLOME D'ETAT)



Président : Pr Sy Assitan SOW
Membre: Dr. Moussa BAMBA
Codirecteur : Dr. Samba TOURE
Directeur de thèse: Dr. Bouraïma MAÏGA

**DEDICACES ET
REMERCIEMENTS**

DEDICACES

De tout mon cœur je dédie ce travail à :

A Mon Seigneur le Dieu tout Puissant

Louange à Allah, Dieu de bonté, Dieu de l'univers et de tous les hommes.

Que sa grâce, son salut, son pardon et ses bénédictions soient accordés au meilleur de ses créatures notre maître Mohamed, suprême prophète ; ainsi qu'aux membres de sa famille et tous ses compagnons.

Que sa miséricorde et son pardon soient accordés également à ceux qui les suivent jusqu'au jour dernier.

Dieu, merci d'avoir veillé sur moi, de m'avoir protégé ; merci également pour toutes ces personnes que tu as mis sur mon chemin.

Milles merci pour tout ce que tu as fais pour moi.

Gloire à toi aujourd'hui et pour l'éternité.

A mon père Feu Sékou COULIBALY, à mes oncles feus Baba et Tiémoko COULIBALY, à ma tante Feue Kadia COULIBALY :

Seigneur, fais-les entrer au paradis, et protège-les auprès de Toi des tourments de la tombe et du supplice du feu, amen. Malgré mes caprices, votre assistance ne ma jamais fait défaut. Vous avez cultivé en moi la tolérance, l'amour du prochain et vous avez toujours souhaité que j'affronte la vie à votre image.

A ma mère Sira Kanté, et ma belle mère Assetout TRAORE:

J'ai appris de vous l'honneur, la modestie, la générosité surtout le respect de soi, et l'amour du prochain, qualités dont j'ai bénéficié tout au long de mes études. En m'inclinant devant vous en signe de reconnaissance et de dévouement, je vous présente mes excuses pour tout le mal lié à mon âge et mon orgueil, que vous avez dû subir et demande vos bénédictions qui ne m'ont jamais fait défaut. Vous avez su exprimer dans le silence, toutes les souffrances subies dans vos foyers, c'est le lieu pour moi de vous dire merci pour le sacrifice consenti et

toutes les souffrances endurées, puisse *la Justice Divine* trancher en faveur de vos enfants en récompense de vos sacrifices pour les enfants d'autrui.

Puisse ce modeste travail fruit de votre engagement me rendre digne de vous, et Allah le Miséricordieux vous accorder sa grâce, longévité et santé, Amen.

A mon oncle Djidian COULBALY

Ce travail est le fruit de ta persévérance dans la dignité pour notre bonne éducation. Vos sages conseils et bénédictions nous accompagneront toujours pour guider nos pas dans la vie. Tu es notre repère social et religieux, en conséquence j'espère être à la hauteur de tes engagements. Nous sommes fiers de toi et cela pour toujours. Merci pour votre soutien tant affectif que matériel depuis mon jeune âge.

Qu'Allah t'accorde une longue vie et bonne santé auprès de nous, Amen.

A ma tante Mama MAIGA :

Merci pour votre soutien tant affectif que matériel depuis mon jeune âge. Puissez-vous trouver à travers ce travail l'expression de ma profonde soumission.

A mes frères et sœurs bien aimés :

Diakaridia, Oumar, Ousmane, Aminata, Assetou, Doussouba, Fatoumata, Mari :

On a l'habitude de dire qu'on ne choisit pas sa famille, aujourd'hui, j'ai la ferme conviction que s'il m'avait été donné de faire ce choix, je n'aurai pu mieux faire. Vous représentez énormément pour moi et le quotidien que nous avons partagé à forger ma personnalité. Ensemble nous avons traversé des moments agréables, parfois pénibles mais nous en sommes sortis encore plus forts et plus soudés. A chacun de vous je souhaite le meilleur sous la houlette du Seigneur.

A tous les membres de la famille COULIBALY :

Nous sommes tous descendants d'une personne qui était, comme tous s'accordent à le dire, généreuse et soucieuse des siens. Cette personne-là qui a

toujours œuvré pour l'amour et l'impartialité dans sa famille. Mon souhait est que, parmi nous, ses valeurs soient pérennisées : « L'union fait la force ! »

REMERCIEMENTS

A tous mes maîtres des écoles fondamentale et secondaire ;

A tous mes maîtres de la faculté de Médecine, de Pharmacie et d'Odontostomatologie de l'Université de Bamako :

Pour la qualité des enseignements que vous nous prodiguez tout au long de notre formation. Hommages respectueux.

A Docteur Lassina GOITA :

Ce travail est le fruit de votre volonté de parfaire, de votre sacrifice en vous rendant disponible. Homme de classe exceptionnelle, toujours à l'écoute des autres. Les mots nous manquent pour vous remercier à la dimension de votre engagement pour notre bonne formation.

Acceptez notre reconnaissance à vie et entière disponibilité.

A Docteur Mady SISSOKO :

Votre sociabilité fait de vous plus qu'un chef pour moi, mais un grand frère exemplaire. Comptez sur ma disponibilité, merci infiniment.

Aux docteurs :

- Abdoulaye KANTE,

- Abdoulaye KEITA, Gynécologie-Obstétrique du CHU du POINT G

- Ibrahima ONGOIBA, Gynécologie-Obstétrique du CHU du POINT G

- Aminata THERA, Gynécologie-Obstétrique du CHU du POINT G

Vous faites preuve d'une volonté et d'une facilité de transmission de vos connaissances. Ces quelques temps passés à vos côtés en témoignent, et nous tenons à vous gratifier de tout l'enseignement scientifique et social que nous avons pu recevoir à travers votre riche expérience.

Votre rigueur et votre amour du travail bien fait seront pour nous une source d'inspiration.

A mes amis : Dr Moussa TRAORE, Mamadou TRAORE, Djénéba FOFANA

J'ai eu le plaisir de vous connaître durant des années. Vous avez fait preuve de beaucoup de compréhension et de patience à mon égard car je n'ai pas toujours été facile à vivre. Merci de m'avoir accueillie, et pardon d'avoir été souvent difficile à supporter. Que le tout puissant raffermisse nos liens.

A tout le personnel de L'ASACO-BONIABA :

Retrouvez ici l'expression de mes affections chaleureuses. Que DIEU vous réserve beaucoup de succès dans votre carrière.

A tout le personnel du service de gynéco-obstétrique : Merci à vous tous.

Retrouvez ici l'expression de mes affections chaleureuses.

A mes maîtres CES, *Dr SIMA, Dr KANTE, Dr TRAORE, Dr Sakoba* ainsi qu'aux autres médecins, *Dr ONGOÏBA, Dr Harouna, Dr Etienne, Dr Moussa Balla, Dr Sidy, Dr DIABATE, Dr DRAME, Dr Yalcouyé, Dr Magassouba, Dr Fatim, Dr Ibrahima DIARRA, Dr Aminata THERA*. Que DIEU vous réserve beaucoup de succès dans votre carrière.

Aux familles voisines du quartier, particulièrement : à la famille COULIBALY, aux familles DIALLO, à la famille KONATE et à la famille FOFANA : Merci pour la confiance et le soutien.

**HOMMAGES AUX
MEMBRES DU JURY**

A notre Maître et Présidente du jury, *Professeur SY Assitan SOW*
✠ *Professeur titulaire de Gynécologie-Obstétrique à la FMPOS,*
✠ *Chef du service de Gynécologie-Obstétrique du Centre de Santé de*
Référence de la Commune II du district de Bamako,
✠ *Présidente de la Société Malienne de Gynécologie-Obstétrique,*
✠ *Chevalier de l'ordre national du Mali.*

Cher maître :

Vous nous faites un grand honneur en acceptant de présider le jury de ce modeste travail qu'il nous est agréable de soumettre à votre appréciation.

Nous sommes fiers d'être votre élève et nous manifestons le désir de continuer à demeurer auprès de vous pour apprendre la médecine.

Vous êtes restée toujours disponible et c'est le moment de vous rendre cet hommage mérité.

Le sens très élevé du devoir, l'amour du travail bienfait, l'amitié profonde pour vos collaborateurs et élèves ont forcé notre estime et notre admiration.

Veillez trouver ici, cher maître et chère maman, l'expression de notre profonde gratitude et notre reconnaissance éternelle.

A notre Maître et Juge, Docteur Moussa BAMBA

✚ *Gynécologue obstétricien,*

✚ *Praticien hospitalier au CHU du POINT G,*

Cher maître :

Vous nous faites un grand honneur en acceptant de juger ce travail. . Nous avons été très touchés par la spontanéité avec laquelle vous avez accepté de siéger dans ce jury.

Votre compétence, vos qualités pédagogiques et votre caractère sociable font de vous un homme de classe exceptionnelle, toujours à l'écoute des autres.

Ce travail est le vôtre, trouvez ici le témoignage de notre profond respect et de notre gratitude.

A notre Maître et Co-directeur de thèse, Docteur Samba TOURE

‡ Gynécologue obstétricien,

‡ Chef adjoint du service de Gynécologie-Obstétrique du C.H.U du PointG.

Cher maître :

Ce travail est le vôtre. Le souci constant du travail bien fait, le respect de la vie humaine, le sens social élevé, la faculté d'écoute, sont des vertus que vous nous incarnez et qui font de vous un grand médecin.

Votre courtoisie, votre disponibilité, et votre exigence pour le travail bien fait, font de vous un exemple à suivre.

Veillez trouver ici cher maître l'assurance de notre reconnaissance et de notre profond respect. Qu'ALLAH vous protège durant toute votre vie (Amen).

A notre Maître et Directeur de thèse, Docteur Bouraïma MAÏGA

- ✚ *Gynécologue obstétricien,*
- ✚ *Maître assistant à la Faculté de Médecine de Pharmacie et d'Odontostomatologie (F.M.P.O.S),*
- ✚ *Détenteur d'un diplôme de reconnaissance décerné par le ministère de la femme, de l'enfant et de la famille,*
- ✚ *Détenteur d'un Ciwara d'excellence en 1997,*
- ✚ *Détenteur d'un Prix Taraboïré en 2006 dans le cadre de la lutte contre la mortalité maternelle,*
- ✚ *Responsable de la filière sage femme de l'institut nationale de formation en science de la santé (I.N.F.S.S),*
- ✚ *Chef de service de Gynécologie-Obstétrique du C.H.U du Point-G,*
- ✚ *Chevalier de l'Ordre National du Mali.*

Cher maître :

Sensible à la confiance que vous nous avez accordée en nous confiant et sous votre direction ce travail, nous espérons en avoir été dignes.

Nous avons reçu de vous depuis nos premiers pas dans le service de gynécologie obstétrique une formation théorique et pratique.

Homme de principe, la qualité de votre enseignement, votre haute culture scientifique font de vous un grand maître aimé et admiré de tous.

Vous avez cultivé en nous l'esprit de justice, de vérité, d'humilité et du travail bien fait.

Nous sommes fiers et très heureux d'être compté parmi vos disciples.

Puisse le seigneur vous accorder santé et longévité (Amen).

ABREVIATIONS ET SIGLES

AFAR : Alliance Francophone pour l'Accouchement Respecté

AMIU : Aspiration Manuelle Intra utérine

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

CEDPA : Centre pour le Développement et les Activités de Population

CMIE : Centre Médical Inter Entreprises

cm : Centimètre

CNTS : Centre National de Transfusion Sanguine

CNGOF : Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français

CPN : Consultation Périnatale

CSCOM : Centre de Santé Communautaire

CSRef CV: Centre de santé de référence de la commune V

FFI : Faisant fonction d'interne

Fig : figure

g : Gramme

GEU : Grossesse extra-utérine

GP/SP : Groupe Pivot/Santé population

HTA : Hypertension Artérielle

HU : Hauteur Utérine

< : Inférieur

≤ : Inférieur ou Egal

INPS : Institut National de Prévoyance Sociale

Med: Médecine

mm: Millimetre

mn: Minute

MRTC: Malaria Research and Training Center

OIDA : Occipito-iliaque droite antérieure

OIDP: Occipito-iliaque droite postérieure

OIGA : Occipito-iliaque gauche antérieure
OIGP : Occipito-iliaque gauche postérieure
OMS: Organisation Mondiale de la Santé
OS: Occipito-Sacré
OP: Occipito-pubien
SP: Sacro-pubien
ORL: Oto-Rhino-Laryngologie
PAI : Population Action International
PEV: Programme Elargi de Vaccination
% : Pourcentage
SFA : Souffrance Fœtale Aiguë
>: Supérieur
≥ : Supérieur ou Egal
VA : Variété antérieure

SOMMAIRE

Sommaire:

I- Introduction :.....	1
II- Objectifs :.....	3
III- Généralités :.....	4
IV- Méthodologie :.....	42
V- Résultats :.....	53
VI- Commentaires et discussions :.....	70
VII- Conclusion	81
VIII Recommandations :.....	82
IX- Références :.....	83
X- Annexes :.....	86

INTRODUCTION

I- INTRODUCTION :

L'épisiotomie est une section du pourtour périnéovulvaire au cours de l'expulsion et représente le véritable traitement prophylactique des déchirures périnéales plus ou moins complexes délabrant la vulve et le périnée. [1]

L'accouchement, est un événement heureux pour toute la famille, il peut être associé à des complications.

Des complications peuvent survenir pendant la phase de dilatation mais aussi en phase d'expulsion, qui est la période la plus critique. L'accouchement peut être à l'origine des déchirures du col utérin, du vagin et /ou du périnée. L'absence d'épisiotomie peut entraîner dans certains cas des dommages périnéaux importants responsables de séquelles graves. Certaines pratiques telles que l'excision peuvent entraîner un rétrécissement de l'orifice vaginal engendrant alors pendant l'accouchement des lésions des parties molles. Les antécédents de plasties périnéales, des sutures de lésions traumatiques du périnée sont certaines des interventions qui peuvent nécessiter une épisiotomie à la phase d'expulsion. Il en est de même des séquelles d'excision.

Les manœuvres obstétricales telles que la version par manœuvre interne (VMI) et l'accouchement du siège nécessitent la réalisation d'épisiotomie car en dehors de celles-ci, ils peuvent s'accompagner de traumatismes fœtaux et maternels non négligeables.

L'accouchement prématuré et les présentations défléchies sont d'autres indications de l'épisiotomie.

En Argentine, l'épisiotomie est quasiment systématique chez la primipare [10].

L'épisiotomie représente un des gestes chirurgicaux les plus exercés dans le monde.

En France, environ 80% des femmes bénéficient d'une épisiotomie lors de leur premier accouchement [18].

Cette intervention fut décrite pour la première fois en 1741 par Sir Fielding Ould du Rotunda Hospital de Dublin et avait alors pour but de faciliter l'expulsion.

Au XIX^{ème} siècle d'autres auteurs reprennent ce type d'intervention dans la prévention des déchirures périnéales. Mais c'est à partir de 1920 et des publications de De Lee et de Pomeroy que l'utilisation de l'épisiotomie se généralise [10].

Vue l'importance des traumatismes fœtaux et maternels non négligeables dus aux manœuvres obstétricales, aux interventions au cours de l'accouchement l'insuffisance des études sur l'épisiotomie ; nous avons initié ce travail en nous fixant les objectifs suivants :

II- OBJECTIFS :

A. Objectif général :

Etudier l'épisiotomie dans le service de gynécologie obstétrique du CHU du Point- G du 1^{er} janvier 2006 au 31 décembre 2007.

B. Objectifs spécifiques :

- 1- **Déterminer** la fréquence de l'épisiotomie dans le service de gynécologie obstétrique du CHU du Point- G du 1^{er} janvier 2006 au 31 décembre 2007,
- 2- **Déterminer** les caractéristiques sociodémographiques des parturientes,
- 3- **Enumérer** les indications de l'épisiotomie,
- 4- **Décrire** le type de l'épisiotomie,
- 5- **décrire** les aspects cliniques,
- 6- **Evaluer** le pronostic maternel et fœtal

GENERALITES

III -GENERALITES

1. Rappels anatomiques

1-1 -Organes génitaux externes [3] : Ils comprennent :

- une dépression moyenne : le vestibule,
- bordée latéralement par les petites lèvres qui se rejoignent en avant au niveau du clitoris,
- plus en dehors, ce sont les grandes lèvres qui se perdent en avant sur le mont de vénus.

1-1-1-Le mont de vénus (pénil)

C'est une saillie médiane couverte de poils, riche en tissu graisseux.

S'y perdent : les fibres du ligaments rond, du ligament suspenseur du clitoris, de la membrane fibro-élastique des grandes lèvres.

1-1-2-Les formations labiales

- Les grandes lèvres : triangulaires à la coupe, elles sont séparées de la cuisse par le sillon génito-crural, des petites lèvres par le sillon inter labial. Leurs extrémités postérieures s'unissent pour former la commissure postérieure.
- Les petites lèvres : situées en dedans des grandes lèvres, leurs extrémités antérieures se bifurquent pour former le capuchon et le frein du clitoris. Leurs extrémités postérieures forment la fourchette.

1-1-3-Les formations érectiles

- Le clitoris : il est formé par la juxtaposition des deux corps caverneux dont il suit d'abord la direction puis il se coude (genou du clitoris) et se termine par le gland.
- Les bulbes vestibulaires : ovoïdes à grosse extrémité postérieure, ils sont recouverts par les muscles bulbo-caverneux.

1-1-4-Le vestibule

C'est la fente inter-labiale. Il s'y ouvre :

- le vagin dont il est séparé par l'hymen en absence de défloration. Ses débris forment les lobules hyménaux après la défloration. Après l'accouchement, il ne persiste que les caroncules myrtiformes.

- l'orifice urétral séparé du vagin par le tubercule vaginal.

1-1-5-Les glandes annexes

Ce sont :

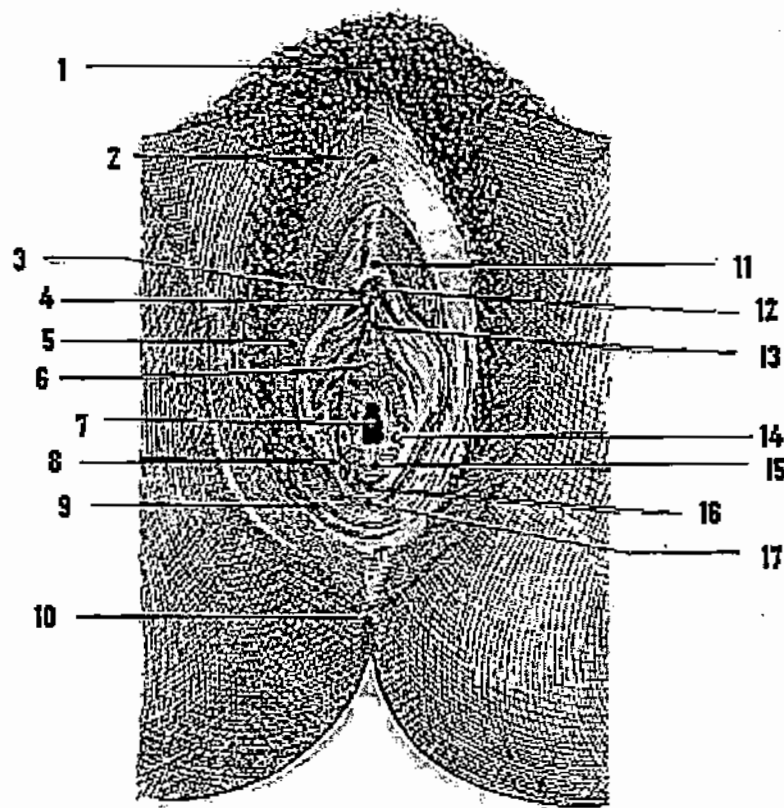
- les glandes urétrales et para-urétrales de SKENE, situées entre l'urètre et l'ostium du vagin ;

- les glandes vestibulaires de BARTHOLIN, situées de part et d'autre de l'orifice du vagin.

(Figure I)

Elles sont comprises entre :

- en dedans : le constricteur de la vulve et de la paroi vulvo-vaginale ;
 - en dehors : le bulbe vestibulaire et le muscle bulbo caverneux,
- en haut : le muscle transverse profond. Leur canal excréteur s'ouvre dans le sillon nympho hyménéal.



Haut
↑
→ Gauche

1: mont de vénus, 2: extrémité antérieure des grandes lèvres, 3: repli antérieur de la petite lèvre, 4: frein du clitoris, 5: grande lèvre, 6: méat urétral, 7: orifice vaginal, 8: petite lèvre, 9: commissure postérieure des grandes lèvres, 10: anus, 11: capuchon du clitoris, 12: gland du clitoris, 13: bride masculine, 14: orifice de la glande de Bartholin, 15: hymen 16: fossette naviculaire, 17: fourchette vulvaire

Figure 1: Vulve, grandes et petites lèvres réclinées : in Cady J, Kron B [3]

1-2-Organes génitaux internes [3]

Ils comprennent : les ovaires, les trompes, l'utérus, le vagin.

1-2-1-Les ovaires

Ce sont des glandes endocrines par la production d'œstrogènes, de progestérones, d'androgènes; et exocrines par l'expulsion cyclique d'ovule.

1-2-2-Les trompes

Ce sont deux conduits tendus au bord supérieur du ligament large, entre l'ovaire et la corne utérine. Longues de 10 à 14 cm, on leur distingue, de l'utérus à l'ovaire quatre portions :

□ la portion interstitielle :

Longue d'un centimètre, la plus étroite, elle part de l'angle supéro externe de la cavité utérine dans laquelle elle s'ouvre par l'ostium utérinum.

□ la portion isthmique :

Cylindrique, longue de 4 cm, elle se détache de la corne utérine, entre, en avant, le ligament rond ; en arrière le ligament utero ovarien, et se porte transversalement en dehors.

□ la portion ampullaire :

Volumineuse et aplatie, longue de 8 cm, de 8 mm de calibre, elle se coude à angle droit sur l'isthme, monte le long du bord antérieur de l'ovaire, puis retombe sur sa face interne, décrivant une anse concave en bas, dont le sommet est au pôle supérieur de l'ovaire.

□ le pavillon :

C'est un vaste entonnoir dont le bord libre est festonné par une quinzaine de franges, dont la frange ovarique de Richard. Le péritoine s'arrête le long de ce bord libre, de telle sorte que son orifice abdominal répond directement à l'ovaire.

1-2-3-L'utérus

C'est un organe musculaire creux situé dans le pelvis, au-dessus du vagin, entre la vessie en avant et en arrière le rectum. En forme de tronc de cône, à base supérieure, il est rétréci un peu au dessous de sa partie moyenne par l'isthme utérin qui sépare le corps en haut du col en bas.

-Le corps :

On lui décrit deux faces, trois bords, trois, trois angles.

- la face antéro inférieure : convexe, elle est recouverte de péritoine,
- la face postéro supérieure : elle présente une crête médiane,
- les bords latéraux : larges et arrondis,
- le fond utérin : légèrement convexe,
- les angles latéraux : donnent insertion aux trompes et aux ligaments ronds,
- l'angle inférieur : répond à l'isthme

-**l'isthme** : Etranglement peu marqué, il va se dilater pour loger la tête fœtale au cours de la grossesse, formant le segment inférieur.

-**Le col** : En forme de barillet, il donne insertion au vagin, suivant une ligne large d'un demi-centimètre environ, oblique en bas et en avant. On peut donc lui distinguer trois parties :

- sus vaginale,
- vaginale,
- intra vaginale, cette dernière partie, accessible au toucher et à l'examen au spéculum, porte le nom de museau de tanche. Elle comporte deux lèvres et un orifice externe dont la forme varie.

Dans l'ensemble, le corps de l'utérus incliné sur le col : c'est l'antéflexion, suivant un angle 120°. De plus le corps est incliné sur l'axe du pelvis : c'est l'antéversion, mais l'utérus peut modifier sa direction et sa situation, sous la pression des organes qui l'entourent.

1-2-4- Le vagin

Organe de la copulation, il va du col utérin à la vulve. Il est placé dans le pelvis entre la vessie et le rectum, la boutonnière des releveurs, le périnée. Oblique en bas et avant, il fait un angle de 70° avec l'horizontale.

1-3- Le canal pelvi-génital [4]

Egalement appelé filière pelvienne, c'est l'espace parcouru par le fœtus lors de l'accouchement. Il comprend le petit bassin ou bassin osseux obstétrical et le bassin mou ou diaphragme pelvi-périneal.

1-3-1- Le bassin osseux

C'est une ceinture située entre la colonne vertébrale qu'elle soutient et les membres inférieurs sur lesquels elle s'appuie. Il est formé par la réunion de quatre os :

- en avant et latéralement, les deux os iliaques ;
- en arrière le sacrum et le coccyx.

Ces os sont unis entre eux par quatre articulations dont trois sont des symphyses :

- la symphyse pubienne en avant ;
- les symphyses sacro-iliaques en arrière et latéralement ;
- l'articulation sacro coccygienne, en arrière et en bas

Les lignes innominées divisent le bassin en deux parties :

- en haut, le grand bassin qui n'a guère d'intérêt obstétrical,
- en bas, le petit bassin ou pelvis, canal osseux auquel on décrit deux orifices et une excavation. Sa traversée constitue l'essentiel de l'accouchement.

1-3-1-1- L'orifice supérieur ou détroit supérieur

C'est le plan d'engagement de la présentation. Il sépare le petit bassin du grand bassin et est formé :

- en avant par le bord supérieur de la symphyse pubienne et des corps des pubis, les crêtes pectinéales, les éminences ilio-pectinées ;

- de chaque côté, par la ligne innominée, puis le bord antérieur des ailerons sacrés ;

- en arrière, par le bord antérieur de l'articulation sacro-lombaire, qui prend le nom de promontoire à cause de la saillie qu'il fait en avant.

Les diamètres antéro-postérieurs du détroit supérieur vont du pubis au promontoire. Ce sont :

- le diamètre promonto-sus-pubien qui est de 11 cm ;
- le diamètre promonto-retro-pubien, qui est le diamètre utile, est de 10,5 cm ;
- le diamètre promonto-sous-pubien, que l'on mesure en clinique, est de 12cm.

Les diamètres transverses sont :

- le diamètre transverse maximum, de 13,5cm, mais situé trop en arrière, n'est pas utilisable par la présentation.
- le diamètre utile qui est le transverse médian, est situé à égale distance du promontoire et de la symphyse. Il mesure 13cm.

Les diamètres obliques vont de l'éminence ilio-pectinée à la symphyse sacro-iliaque du côté opposé et mesurent 12cm.

Le diamètre sacro-cotyloïdien qui réunit le promontoire à la région acétabulaire mesure 9cm.

1-3-1-2- L'excavation pelvienne

C'est le canal dans lequel le fœtus effectue sa descente et sa rotation. Elle est constituée :

- en avant par la face postérieure de la symphyse pubienne et des parois des pubis,
- en arrière, par la face antérieure du sacrum et du coccyx, fortement concave de haut en bas ;
- latéralement, par la face quadrilatère de l'os coxal répondant au fond du cotyle, par la face interne de l'épine sciatique et du corps de l'ischion.

Tous les diamètres de l'excavation sont égaux et mesurent 12cm, sauf le diamètre transversal du détroit moyen unissant les épines sciatiques, qui n'a que 10,8cm.

1-3-1-3- L'orifice inférieur ou détroit inférieur

Plan de dégagement de la présentation, il est limité :

- en avant par le bord inférieur de la symphyse pubienne,
- en arrière par le coccyx,
- latéralement, d'avant en arrière : par le bord inférieur des branches ischio-pubiennes, le bord inférieur des tubérosités ischiatiques, et par le bord inférieur des ligaments sacro-sciatiques.

Sa forme est losangique à grand axe antéro-postérieur.

Le diamètre sous-coccy-sous-pubien est de 9,5cm, mais il peut atteindre 11 à 12cm lorsque le coccyx est retropulsé.

Le diamètre sous-sacro-sous-pubien, qui unit la pointe du sacrum au bord inférieur du pubis, est de 11cm.

Le diamètre transverse bi-ischiatique entre les faces internes des tubérosités est de 11cm.

1-4- Le diaphragme pelvi-périnéal

Dans son ensemble, le plancher pelvi-périnéal se divise-en :

- périnée antérieur musculo-aponevrotique, qui comprend les muscles péri-vaginaux et péri-vulvaires, et le noyau fibreux central : celui-ci résulte de l'entrecroisement entre anus et vagin des fibres de tous les muscles périnéaux ;
- périnée postérieur qui comprend en avant le muscle sphincter externe de l'anus, en arrière un muscle surtout fibreux, inextensible, rétro anal (rendez-vous des muscles qui se rejoignent sur le raphé ano-coccygien). [4]

D'autres auteurs par contre proposent une autre description du périnée [5]:

Ils le définissent comme étant la partie séparant la fourchette vulvaire de l'anus (définition obstétricale); et comme étant l'ensemble des parties molles fermant

en bas l'excavation pelvienne (définition anatomique). Il a pour limites un cadre ostéo-tendineux de la forme losangique constitué :

- en avant, par le bord inférieur de la symphyse pubienne et les branches ischio-pubiennes,
- en arrière par le sommet du coccyx et par les grands ligaments sacro-sciatiques.

Ainsi, on peut considérer le périnée comme un plancher constitué en anatomie sommaire de deux plans : l'un profond et l'autre superficiel.

1-4-1 Plan profond = diaphragme pelvien principal

Il est représenté par les muscles releveurs ou élévateurs de l'anus, poursuivis en arrière par les muscles ischio-coccygiens.

Les élévateurs de l'anus présentent deux portions différentes : la portion externe ou faisceau sphinctérien et la portion interne ou faisceau pubo-rectal :

- La portion externe s'insère sur une ligne allant du pubis à l'épine sciatique, se dirige en dedans et en arrière pour se terminer sur le ligament ano-coccygien et les bords des deux dernières pièces sacrées et du coccyx.

Elle est, elle-même divisée en trois faisceaux selon son insertion d'origine : pubien, iliaque et ischiatique. Ce muscle se contracte lorsque le sujet veut retenir ses matières.

- La portion interne ou sangle pubo-rectale ou encore fronde des releveurs, s'insère à la face postérieure du pubis, se dirige vers le bas et en arrière, croise l'urètre puis le vagin au niveau de son tiers moyen et se termine par deux faisceaux : le pubo-vaginal et le pubo-rectal.

Sur le plan fonctionnel, la sangle pubo-rectale doit être distinguée du reste des muscles du plancher pelvien. C'est ce faisceau musculaire qui est théoriquement sectionné par l'épisiotomie.

1-4-2 Plan superficiel

Est représenté par deux espaces triangulaires :

1-4-2-1 Espace périnéal antérieur

Il comprend surtout : les muscles ischio-caverneux ; les muscles bulbo-caverneux ; les muscles transverses superficiel et profond; le muscle constricteur de la vulve et le muscle sphincter externe de l'urètre.

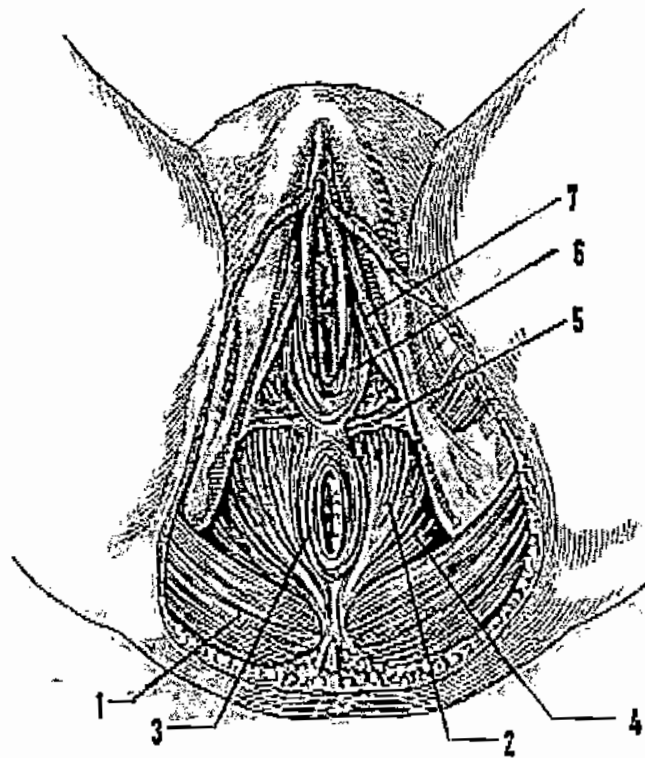
1-4-2-2 Espace périnéal postérieur

Comprend l'appareil sphinctérien de l'anus et les fosses ischio-rectales :

- Appareil sphinctérien de l'anus: Il se compose de 4 tubes musculaires emboîtés les uns dans les autres et qui sont, de l'intérieur vers l'extérieur : la muscularis submucosae ani ; le sphincter interne ; la couche longitudinale complexe du canal anal et le sphincter externe.

- Fosses ischio-rectales: Elles sont limitées :

- . en dehors par l'os coxal et le muscle obturateur interne,
- . en haut et en dehors par le faisceau de l'élévateur de l'anus et le sphincter externe de l'anus,
- . en bas par le fascia superficiel du périnée et la peau,
- . en arrière par le muscle grand fessier.



Haut
↑
Gauche

Figure 2 : Plancher périnéal : in Merger R [4]

1: muscle grand fessier ; 2 : muscle releveur de l'anus ; 3 : sphincter anal ; 4 : muscle ischio-coccygien ; 5 : muscle transverse superficiel du périnée ; 6 : muscle bulbo-caverneux ; 7 : muscle ischio-caverneux.

1-5 Le mobil fœtal [6,7]

Trois segments doivent être considérés :

1-5-1 Le crâne fœtal : C'est la partie la plus importante qui doit présenter des diamètres adaptés au bassin maternel. La tête fœtale est un ovoïde à grosse extrémité postérieure dont le grand axe va du menton à un point situé un peu en avant de la saillie de l'occiput. Les os du crâne sont représentés en avant par les

deux moitiés de l'os frontal, séparés par une suture; latéralement deux os pariétaux et deux écailles temporales; en arrière l'écaille occipitale.

Ces os sont séparés par des sutures qui sont: la suture sagittale (antéropostérieure), la suture transversale, la suture pariéto-occipitale. Ces sutures permettent la mobilité des os du crâne l'un par rapport à l'autre et cela explique le modelage possible de la tête, afin de s'accommoder au bassin maternel, dans une certaine mesure.

Les fontanelles sont principalement au nombre de deux :

- la fontanelle antérieure à forme losangique à laquelle aboutit quatre sutures.
- la fontanelle postérieure a la forme d'un lambda à laquelle aboutit trois sutures, elle est le repère principal d'une présentation bien fléchie.

Les dimensions de la tête fœtale s'apprécient par l'étude des diamètres et circonférences :

1-5-1-1 Diamètres antéro-postérieurs

- Diamètres occipitaux :

- occipito-mentonnier, de l'occiput au menton : 13cm C'est celui qui correspond à la présentation de la tête en position intermédiaire à la flexion et à la déflexion.
- occipito-frontal, de l'occiput à la racine du nez : 11,5cm.

- Diamètres sous occipitaux :

- sous-occipito-bregmatique, de la base de l'écaille occipitale (au contact de la nuque) au milieu de la fontanelle antérieure: 9,5 cm. C'est celui qui correspond à la présentation de la tête bien fléchie.
- sous-occipito-frontal, de l'écaille occipitale au point le plus saillant du frontal : 11cm.

-Diamètre sus-occipital : sus-occipito-mentonnier ou syncipito-mentonnier. C'est le plus grand diamètre antéro-postérieur. Du menton au point le plus saillant de l'occiput (ou sinciput): 11cm.

1-5-1-2 Diamètre vertical: Sous-mento-bregmatique, de la racine du cou, près du menton, au centre de la grande fontanelle: 9,5cm. C'est celui qui correspond à la présentation de la tête défléchie.

1-5-1-3 Diamètres transversaux :

- bipariétal, d'une bosse pariétale à l'autre : 9,5cm. C'est le diamètre transverse maximum.

- bitemporal, d'une fosse temporale à l'autre : 8cm

1-5-1-4 Circonférences crâniennes: Deux doivent être connues :

- la grande circonférence qui mesure 37cm.

- la petite circonférence qui est de 33cm.

1-5-2 Le thorax : Le diamètre bi acromial est de 12cm, mais est aisément réductible au cours de l'expulsion, jusqu'à 9,5 cm par le mouvement d'effacement des épaules.

1-5-3 Les hanches: le diamètre bitrochantérien est de 9cm.

Le nouveau-né à terme pèse en moyenne 3300g et mesure 50cm. On considère cependant comme normaux des poids compris entre 2500 et 3999g et des tailles entre 47 et 50cm. La peau est généralement rose vif, parfois rouge, recouverte dans les premières heures d'un enduit blanc graisseux, le vernix caseosa. Un fin duvet (lanugo) est fréquent dans les premiers jours au niveau des épaules, du dos, et du front.

L'évaluation de l'état du nouveau-né, basée sur la cotation du score d'Apgar comprend cinq paramètres notés de 0 à 2. Ce sont :

- les battements cardiaques,
- les mouvements respiratoires,
- le tonus musculaire,
- la réactivité à la stimulation
- la coloration cutanée.

Ce score permet de vérifier une bonne adaptation de l'enfant à la vie extra-utérine et est systématiquement établi à 1 et à 5 minutes de vie. Le nouveau-né normal a un score supérieur à 7.

1-6 Les présentations fœtales [4]

On peut définir la présentation comme étant la partie du fœtus qui occupe l'aire du détroit supérieur la première pour s'y engager et évoluer ensuite suivant un mécanisme qui lui est propre.

Le fœtus peut se présenter par la tête: présentation céphalique; par les fesses: présentation de siège. Lorsqu'il se trouve en travers, c'est le tronc qui occupe l'aire du détroit supérieur ; quoique l'accouchement spontané soit impossible si le fœtus est à terme, l'usage prévalait de décrire la présentation de l'épaule, alors qu'il s'agit plutôt d'une position transversale ou oblique.

1-6-1 Présentations céphaliques

Elles sont les plus fréquentes (96%). Mais il ne suffit pas que le fœtus se présente par la tête pour que l'accouchement soit toujours facile. Elles se divisent-en :

1-6-1-1 Présentation du sommet : C'est la présentation de la tête fléchie et quatre variétés de position sont possibles, suivant que l'occiput se trouve en avant vers l'éminence ilio-pectinée ou en arrière vers le sinus sacro-iliaque :

- occipito-iliaque gauche antérieure (OIGA) : très fréquente (57%),
- occipito-iliaque droite postérieure (OIDP) : assez fréquent (33%),
- occipito-iliaque gauche postérieure (OIGP) : peu fréquente (6%),
- occipito-iliaque droite antérieure (OIDA) : très rare

1-6-1-2 Présentation de la face : C'est la présentation de la tête défléchie, de sorte que la partie de la tête qui descend la première est la face tout entière, menton compris. C'est lui qui sert de repère pour désigner les différentes variétés de position :

- mento-iliaque droite postérieure (MIDP) : la plus fréquente,
- mento-iliaque gauche antérieure (MIGA),

- mento-iliaque droite antérieure (MIDA),
- mento-iliaque gauche postérieure (MIGP)

1-6-1-3 Présentation du front : On dit que la tête fœtale se présente par le front lorsque sa position pendant l'accouchement est intermédiaire à celle du sommet et à celle de la face, intermédiaire à la flexion et à la déflexion. Le nez sert de point de repère pour distinguer les diverses variétés qui sont :

- naso-iliaque droite postérieure (NIDP) ;
- naso-iliaque gauche antérieure (NIGA);
- naso-iliaque droite antérieure (NIDA);
- naso-iliaque gauche postérieure (NIGP).
- naso-iliaques transverses droite et gauche (NITD, NITG)

La présentation du front est de beaucoup la plus dystocique des présentations céphaliques. La règle, c'est que l'accouchement par voie basse d'un fœtus de poids normal est impossible ou lui fera courir de tels dangers qu'il ne doit pas être accepté.

1-6-2 Présentation du siège

C'est la présentation de l'extrémité pelvienne du fœtus :

Le siège est dit complet lorsque les jambes sont fléchies sur les cuisses fléchies sur l'abdomen. Ainsi, les membres inférieurs sont repliés devant la présentation, dont ils font partie et dont ils augmentent les dimensions.

Le siège est dit décomplet mode des fesses lorsque les membres inférieurs sont tendus devant le tronc, jambes en extension totale, de sorte que les pieds soient à la hauteur de la tête du fœtus. Ainsi, les fesses sont à elles seules toute la présentation.

Les variétés de position sont, par ordre de fréquence :

- sacro-iliaque gauche antérieure (SIGA) ;
- sacro-iliaque droite postérieure (SIDP) ;
- sacro-iliaque gauche postérieure (SIGP) ;
- sacro-iliaque droite antérieure (SIDA).

La présentation de siège ne peut être considérée comme une présentation tout à fait normale ; l'accouchement comporte un risque certain, qu'on a cependant tendance à exagérer.

1-6-3 Positions transversales et obliques (présentation de l'épaule)

Lorsque, à la fin de la grossesse ou pendant le travail, l'aire 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.

Les quatre variétés sont :

- épaule droite en dorso-antérieure ;
- épaule gauche en dorso-antérieure ;
- épaule droite en dorso-postérieure ;
- épaule gauche en dorso-postérieure.

L'accouchement spontané est impossible. Les positions transversales ou obliques ne peuvent donc être étudiées que sous un angle pathologique. Elles sont toujours dystociques.

2- Rappels sur l'accouchement [4, 5]

2-1 Définition

L'accouchement est l'ensemble des phénomènes qui ont pour conséquence la sortie du fœtus et de ses annexes hors des voies génitales maternelles, à partir du moment où la grossesse a atteint le terme théorique de 6 mois (28 semaines d'aménorrhée).

L'expulsion de l'œuf avant le terme de 6 mois est pour le droit français un avortement. L'accouchement qui se produit entre le début de la 38^{ème} semaine (259 jours) et la fin de la 42^{ème} semaine (293 jours) est dit à terme. S'il se produit avant 37 semaines (259 jours) de grossesse, il est prématuré.

2-2 Le travail d'accouchement

Il comprend trois périodes :

2-2-1 Première période ou période d'effacement et de dilatation

Elle est marquée par l'apparition des contractions utérines du travail et de leurs conséquences et se termine lorsque la dilatation du col est complète.

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

- elles sont involontaires ;
- elles sont intermittentes et rythmées, relativement régulières, séparées par un intervalle de durée variable, d'abord long au début du travail (15 à 20 minutes), puis de plus en plus court (2 ou 3 minutes à la fin de la période de dilatation).
- elles sont progressives dans leur durée, qui de 15 à 20 secondes au début, atteint 30 à 45 secondes à la fin de la dilatation; dans leur intensité, qui croît du début à la fin de la dilatation ;
- elles sont totales, se propageant comme une onde du fond de l'utérus à sa partie basse ;
- elles sont douloureuses.

La contraction a pour effet de pousser le fœtus vers le bas et de lui faire franchir les étages de la filière pelvienne. La traversée de la filière pelvienne comprend trois temps :

- l'engagement, c'est-à-dire le franchissement du détroit supérieur ;
- la descente, qui s'accompagne de rotation ;
- le dégagement, c'est-à-dire le franchissement du détroit inférieur.

La première période du travail est la plus longue de l'accouchement. Elle est en moyenne, dans les cas non pathologiques de 7 à 10 heures chez la primipare et de 3 à 6 heures chez la multipare.

2-2-2- Période d'expulsion : deuxième période du travail :

Elle correspond à la sortie du fœtus et s'étend depuis la dilatation complète jusqu'à la naissance. Elle comprend en fait deux phases : la première est celle

de l'achèvement de la descente et de la rotation de la présentation, la seconde est celle d'expulsion proprement dite au cours de laquelle la poussée abdominale contrôlée et dirigée, vient s'ajouter aux contractions utérines.

□ **Étude physiologique, mécanique et plastique**

Phénomènes dynamiques : La fréquence des contractions utérines est généralement d'une contraction toutes les deux minutes. Dix minutes d'efforts expulsifs font subir au fœtus les pressions que 20 à 25 minutes de contractions utérines simples.

Phénomène mécanique : Le périnée antérieur se laisse distendre. La région anovulatoire double de longueur, l'orifice vulvaire s'agrandit. Le franchissement de la boutonnière musculaire du faisceau élévateur constitue le temps essentiel du dégagement. Le périnée superficiel est le dernier obstacle à la sortie de la présentation. L'orifice vulvaire doit progressivement se dilater aux dimensions de la grande circonférence de la présentation. A ce moment se rompent chez la primipare les vestiges hyménéaux.

Phénomènes plastiques : Ce sont les modifications du volume et de la forme de la présentation.

Étude clinique :

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 anovulaire augmente progressivement de 3 à 4 cm et passe à 12 -15 cm. La peau s'amincit. Le périnée bombe à chaque contraction.

Durée de la période d'expulsion :

Chez la primipare, elle était en, moyenne, pour les classiques, de 1 à 2 heures. Dans l'intérêt du fœtus, l'expulsion proprement dite ne devrait pas dépasser 30

minutes chez la primipare. Chez la multipare, elle est plus rapide, excédant 15 minutes [4]

- Pronostic de l'accouchement :

- Le travail est généralement plus rapide chez la multipare que chez la primipare
- L'âge de la mère peut avoir une influence sur la facilité du travail. S'agissant de primipare, les femmes de moins de 30 ans sont en général celles qui accouchent le plus facilement.
- Le pronostic de l'accouchement est d'autant meilleur que les contractions utérines sont de bonne qualité, que le segment inférieur est mieux formé et mieux moulé sur la présentation, que les parties molles maternelles sont plus souples, que le volume du fœtus est plus voisin de la normale, que la position du fœtus est plus eutocique.
- L'excès de longueur du travail (au delà de 18 heures) est nuisible à la mère et plus encore à l'enfant. Son excès de brièveté expose aux lésions traumatiques cervico-périnéales, et peut aussi nuire à l'enfant [4]

2 2-3 Troisièmes périodes ou délivrance :

Dernier temps de l'accouchement, la délivrance est l'expulsion du placenta et des membranes après celle du fœtus. Elle évolue en trois phases réglées par la dynamique utérine: décollement du placenta; expulsion du placenta ; hémostase.

La quantité de sang perdu pendant la délivrance est variable, en moyenne de 300ml. On estime qu'elle est physiologique tant qu'elle ne dépasse pas 500ml. Au-dessus de ce volume, il y a hémorragie de la délivrance.

2-3- Les suites de couches physiologiques :

2-3-1- Définition :

La période des suites de couche s'étend environ sur les six semaines qui suivent l'accouchement. Elles seront analysées dans leurs éléments principaux.

2-3-2- Involution utérine :

Pendant les 12 premiers jours l'utérus rétracté « globe de sécurité », reste abdominal. Le premier jour, son fond remonte à un travers de doigt au-dessus de l'ombilic. Le 6^{ème} jour, il est à mi-distance entre l'ombilic et la symphyse pubienne. Après le 12^{ème} jour, l'utérus est redevenu pelvien.

Le col utérin, béant, flasque et congestionné qu'il était au début, vers le 20^{ème} jour retrouve son aspect habituel.

2-3-3- Les lochies :

On entend par ce nom l'écoulement vulvaire des suites de couches. Sanglant les 2 ou 3 premiers jours, elles deviennent séro-sanglantes jusqu'au 8^{ème} jour. Elles sont séreuses jusque vers le 15^{ème} jour, puis s'arrêtent. Elles peuvent sans anomalie, se prolonger plus longtemps. Parfois, aux environs du 12^{ème} jour, l'écoulement redevient sanglant pendant 48 heures, « c'est le petit retour de couches ».

2-3-4- La sécrétion lactée :

Pendant la grossesse, les glandes mammaires sont le siège d'une prolifération active qui se traduit par une augmentation de volume des seins et par la sécrétion du colostrum. Pendant les 2 ou 3 premiers jours des suites de couches la sécrétion de colostrum augmente pour faire place, vers le troisième jour, à la montée laiteuse. Elle s'accompagne de phénomènes locaux et généraux.

2-3-5- Les phénomènes généraux :

L'état général reste bon pendant les suites de couches physiologiques. La température est normale, sauf la petite élévation passagère de la montée laiteuse. Le pouls est lent, la respiration est lente et ample. L'appétit est normal. Mais la fréquente constipation par atonie intestinale doit être traitée.

Une crise urinaire survient dans les premiers jours. La diurèse atteint 2 l à 2,5 l par 24 heures. Les urines peuvent contenir du lactose pendant la première semaine. Les articulations du bassin perdent leur laxité gravidique.

Quand la sécrétion lactée est bien établie, la mère est parfois incommodée de céphalées intermittentes, de sueurs, de douleur dorsale au moment de la tétée.

3-Complications traumatiques de l'accouchement :

3-1- Les déchirures des voies génitales [8]

L'accouchement peut entraîner des déchirures du col utérin, des déchirures du vagin, des déchirures du périnée. Parmi ces dernières, les lésions peuvent être périnéales à proprement parler ou vulvaires.

Fig 3

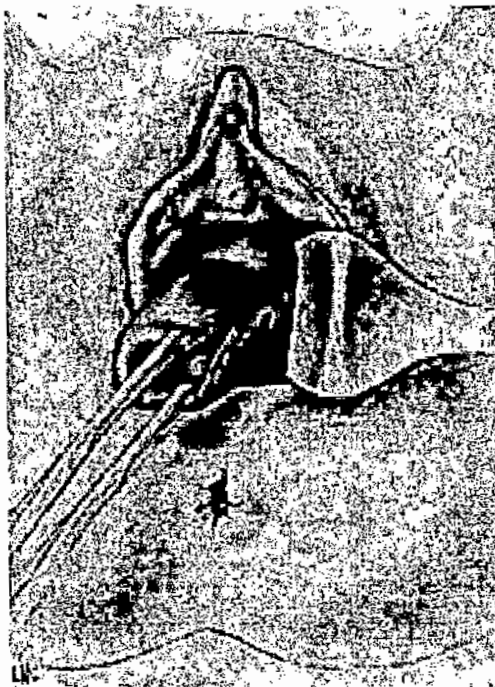
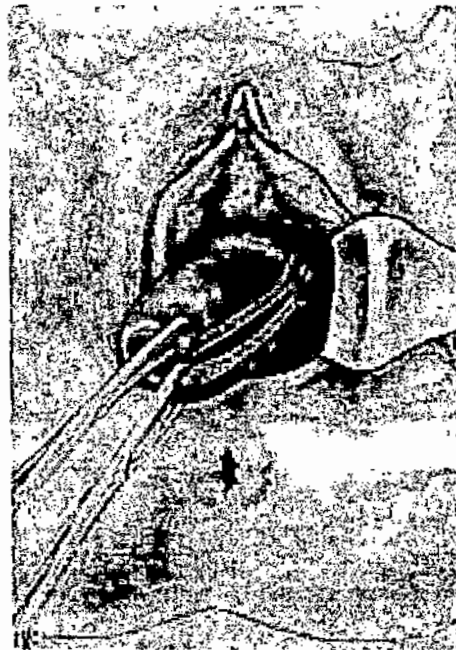


Fig 4



Déchirures cervicales : [6]

Figure 3 : Déchirure sous vaginale isolée.

Figure 4 : Déchirure cervicale haute.

3-1-1- Les lésions périnéales proprement dites : [9]

Par degré d'importance on note :

- les déchirures de la commissure n'intéressant que la peau,
- les déchirures du bloc périnéal, déchirures dites simples ou incomplètes, intéressant le noyau musculaire où convergent les différents muscles du périnée antérieur entre vagin et anus mais respectant le sphincter anal (**Fig5**).
- les déchirures du bloc périnéal et du sphincter anal ou déchirures complètes (**Fig6**),
- les déchirures du bloc périnéal du sphincter anal et de la muqueuse rectale ou déchirures complètes compliquées du périnée (**Fig7**).

Déchirures périnéales : [9]

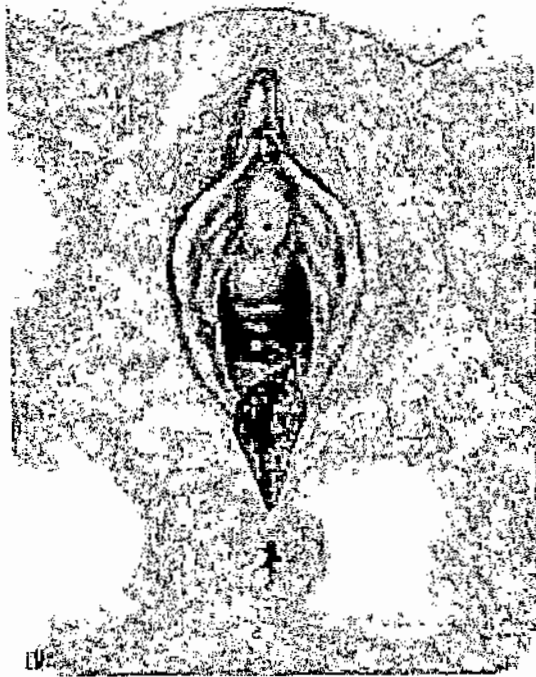


Fig 5 : Déchirure périnéale du 1^{er} degré (simple).

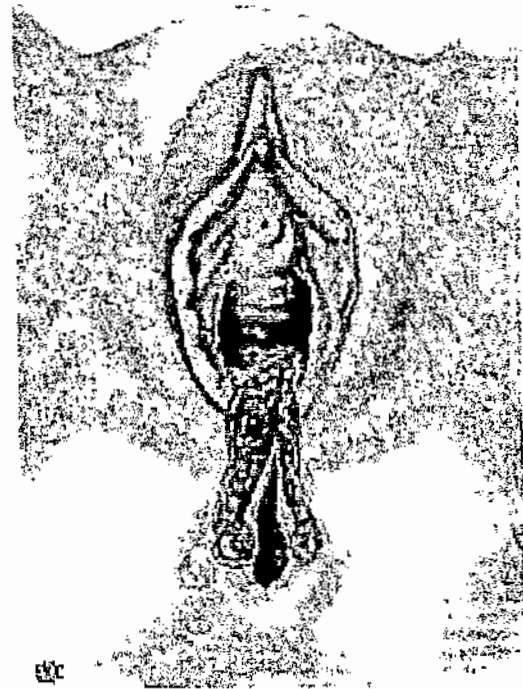


Fig 7 : Déchirure périnéale du 3^{ème} degré (complète compliquée).

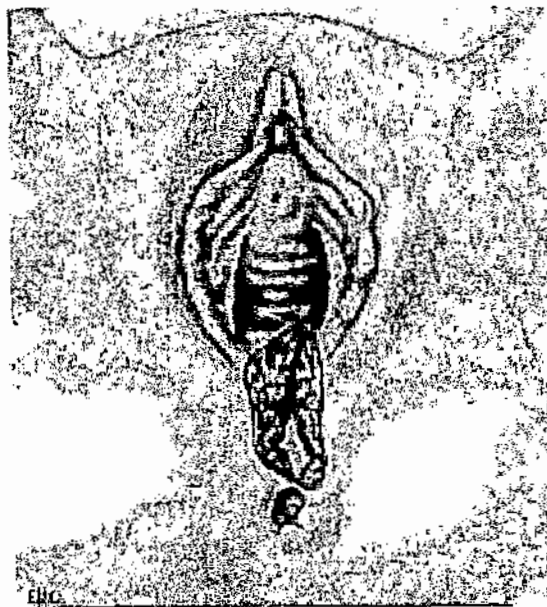


Fig 6 : Déchirure périnéale du 2^{ème} degré (complète). En cartouche : déchirure du sphincter externe [9]

3-1-2- Les déchirures vulvaires :

Elles se produisent quand le périnée proprement dit résiste trop au moment du dégagement. L'anneau vulvaire ne pouvant se décharger vers la fourchette, c'est en avant qu'il saute, entraînant une petite hémorragie que l'on voit sourdre au niveau de la région vestibulaire généralement peu importante, la déchirure si elle intéresse les corps caverneux, peut saigner beaucoup.

L'accouchement peut également être à l'origine des ruptures utérines et des thrombus vaginal, pelvien, vulvaire.

3-2- Traumatisme de naissance [8]

L'accouchement est pour le fœtus une période critique au cours de laquelle il peut souffrir et succomber du fait du traumatisme obstétrical. La souffrance et la mort du fœtus au cours du travail, les fractures de l'humérus, de la clavicule, les paralysies du plexus brachial et du phrénique, l'enfoncement et les embarrures du crâne, les paralysies faciales sont autant de complications liées à l'accouchement.

4-Épisiotomie

4-1 Définition

L'épisiotomie est une incision périnéale réalisée au moment de l'accouchement et destinée à agrandir l'orifice vaginal [10].

4-2 Indications [9]

L'analyse des données de la littérature souligne que l'épisiotomie ne doit pas être systématique et que son usage intensif n'est pas justifié.

Ses indications sont superposables aux facteurs de risque de déchirures périnéales (facteurs maternels, fœtaux, opératoires). Certaines indications sont formelles :

- manœuvres obstétricales,
- présentation du siège ou de la face,
- dégagement en occipito-sacré.

Dans d'autres cas, l'épisiotomie nous paraît recommandée:

- macrosomie fœtale car, si la déchirure est parfois évitée, les dégâts au niveau des fascias profonds sont souvent importants et risquent de désorganiser la statique pelvienne,
- tissus fragiles,
- périnée résistant (rigide) ou cicatriciel,
- signes prémonitoires de déchirures,
- protection fœtale (prématurité),
- extractions instrumentales (forceps, ventouse).

4-3 Conditions

Le périnée doit avoir suffisamment d'étoffe. L'épisiotomie sur un périnée effondré n'aurait pas de raison d'être.

Dans les présentations céphaliques, l'accouchement doit être arrivé à la période d'expulsion alors que le périnée est distendu et la tête apparente dans l'anneau vulvaire.

Le moment de réalisation d'une épisiotomie est essentiel. Elle ne devra pas être pratiquée trop tôt, sur un périnée encore épais car elle est alors douloureuse et hémorragique (en dehors de l'application de forceps où elle est pratiquée obligatoirement sur un périnée non encore amplifié). Elle ne devra pas être pratiquée trop tard, alors que le périnée commence déjà à se déchirer. Elle devra être effectuée sur un périnée mince, distendu et amplifié par la tête fœtale ; dans ce cas, elle est pratiquement exsangue.

Elle doit être effectuée quand la présentation commence à distendre le périnée à l'acmé d'une contraction et d'un effort expulsif. A ce stade, la mise en tension du faisceau pubo-rectal provoque un allongement du périnée postérieur et l'ouverture du canal anal [9, 11].

4-4 Types et techniques d'épisiotomie [11]

Différentes techniques d'épisiotomie ont été décrites :

4-4-1 Épisiotomie médiolatérale (Figure 8 et 9)

C'est la plus répandue. L'index et le majeur de la main (gauche pour les droitiers et droite pour les gauchers) sont introduits entre le périnée et la présentation. L'incision part de la fourchette vulvaire et dirige à 45°, vers la droite pour les droitiers (et inversement pour les gauchers) à l'aide de ciseaux droits et sur 4cm environ. La surface des branches des ciseaux doit être perpendiculaire au plan des tissus périnéaux qui doivent être sectionnés en un coup.

Elle doit sectionner la peau périnéale, le vagin, les muscles superficiels et surtout le faisceau pubo-rectal du releveur. La section du faisceau pubo-rectal doit être complète. « Il n'y a pas de petites épisiotomies, il n'y a qu'une épisiotomie : la bonne ».

Au cours des extractions instrumentales, l'axe de section doit être horizontalisé compte tenu de la déformation liée à la mise en place des spatules ou des forceps et du fait de l'absence d'ampliation périnéale. Certaines équipes effectuent l'épisiotomie avant la mise en place des spatules. Par ailleurs, en raison de la mauvaise ampliation périnéale, la section doit être effectuée le plus souvent en deux temps : un premier coup de ciseaux sectionne la peau et le vagin et un deuxième coup sectionne le faisceau pubo-rectal.

Les avantages de ce type d'incision sont nombreux. Elle respecte le centre tendineux du périnée et protège au mieux contre les déchirures.

Les inconvénients résident dans les douleurs post-opératoires et le caractère souvent hémorragique.

Les principales erreurs commises dans sa réalisation pratique sont les suivantes :

- épisiotomie trop petite ne sectionnant pas le faisceau pubo-rectal du releveur.
- Elle ne protège pas le périnée et expose la patiente à une déchirure du sphincter

anal. La déchirure se prolonge en effet vers l'anus en suivant la direction des fibres musculaires du releveur ;

- épisiotomie trop précoce, sur un périnée non amplifié. Elle est le plus souvent hémorragique et ne sectionne pas complètement le faisceau musculaire ;
- épisiotomie trop tardive alors que les dégâts périnéaux sont déjà constitués ;
- épisiotomie trop latérale.

4-4-2 Épisiotomie médiane (Figure 8)

Ce type d'épisiotomie a la faveur des équipes anglo-saxonnes et consiste à sectionner verticalement le centre tendineux du périnée. Certains auteurs peu nombreux, conseillent de sectionner délibérément le sphincter externe de l'anus. Ce type d'incision a comme avantage d'être peu hémorragique, d'être plus anatomique et facile à réparer que les incisions médiolatérales et enfin d'être moins douloureuse dans le post partum ou à la reprise des rapports sexuels. L'inconvénient majeur à l'origine de l'abandon de cette technique par la majorité des écoles françaises est le risque de propagation de l'incision au sphincter anal. Le nombre de fistules recto vaginales est également majoré. Si on la pratique, le volume de la présentation ainsi que la distance anovulvaire doivent être soigneusement évalués.

4-4-3 Épisiotomie latérale (Figure 8)

Elle débute au niveau de la fourchette vulvaire et se dirige horizontalement à 90° vers la branche ischiopubienne.

Ce type d'incision comporte un risque de section du canal excréteur de la glande de Bartholin, à l'origine de kystes. Par ailleurs, sa réparation est délicate avec possibilité de déhiscence vulvaire asymétrique.

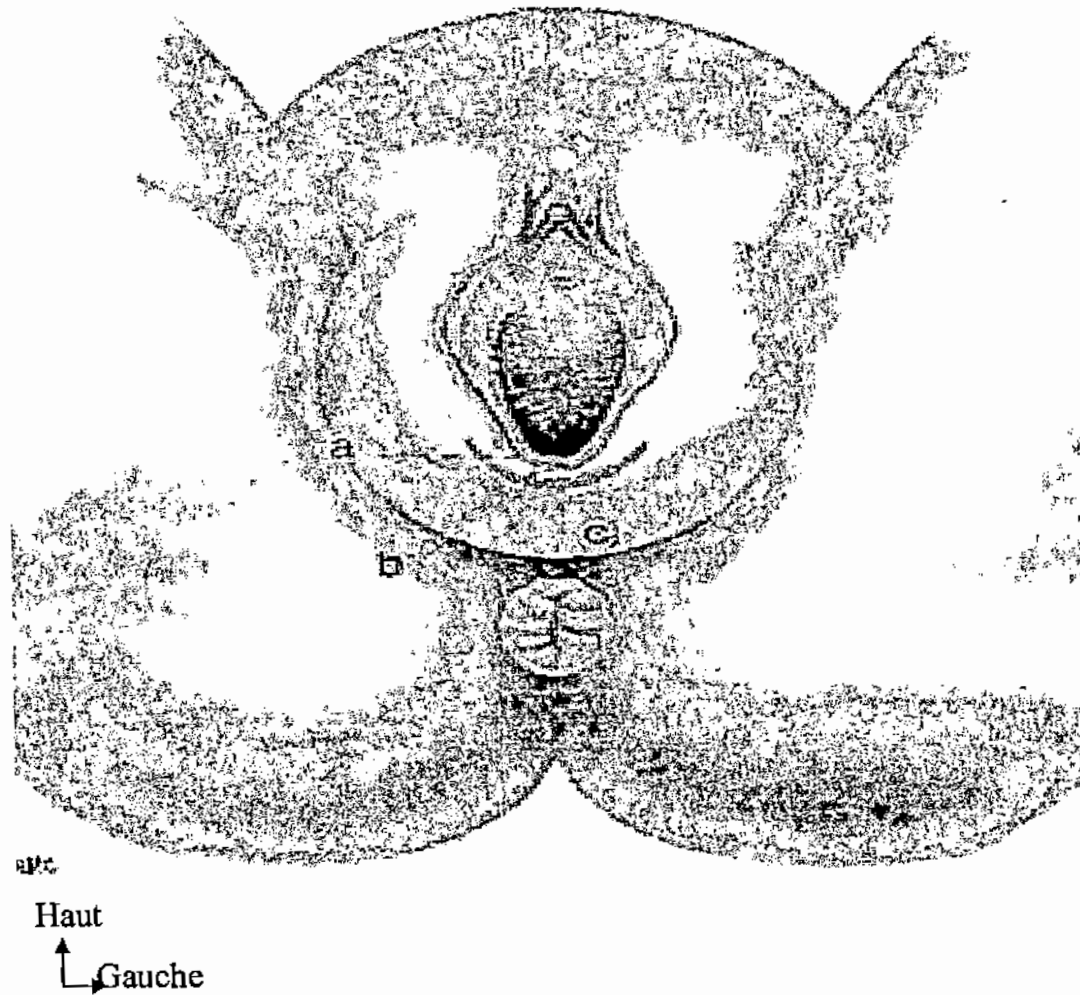
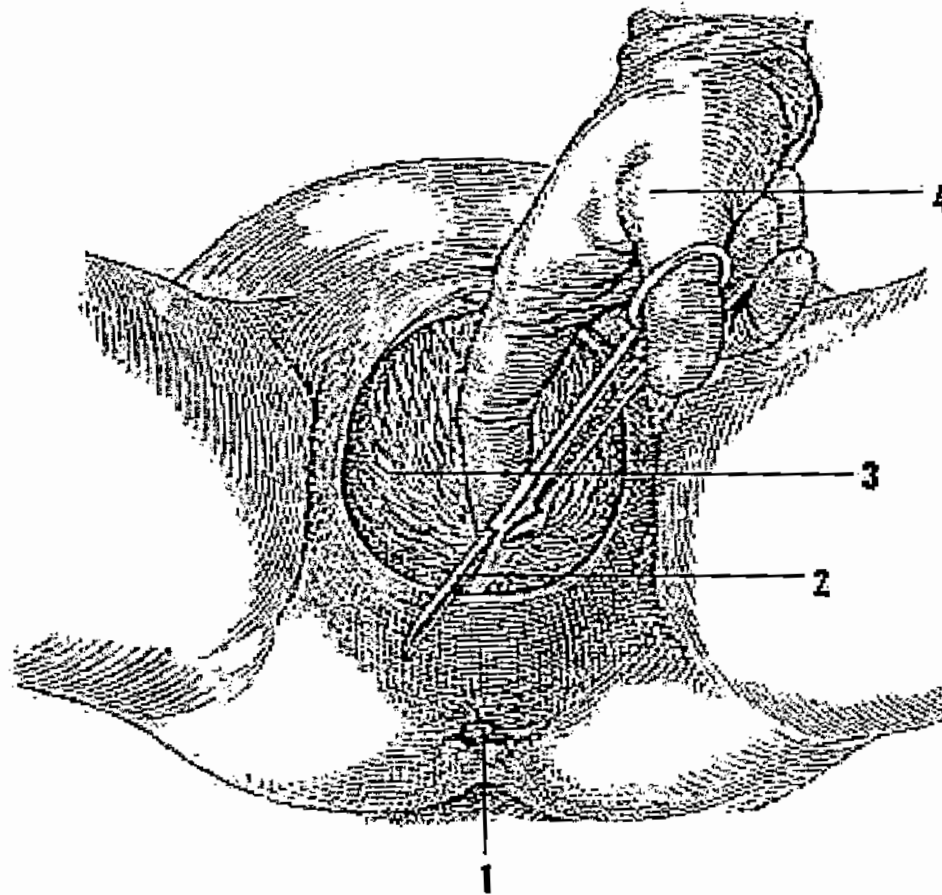


Figure 8: Les principaux types d'épisiotomie [12]

a= latérale, b= médiolatérale, c= médiane



Haut
↑
Gauche

Figure 9: Episiotomie médiolatérale droite : in Merger R. [4]

1: Anus ; 2: Lame de ciseaux ; 3: Présentation fœtale (ici, la tête)

4: Main de l'opérateur.

4-5 Réfection de l'épisiotomie [13]

Elle doit être faite sans tarder après la délivrance ou une éventuelle révision utérine. Ainsi, l'hémorragie est réduite au minimum, les tissus sont frais et indemnes d'infection. Il s'agit de la réparation d'une plaie chirurgicale imposant une exposition particulière des lésions, un matériel adapté, et une technique bien réglée.

4-5-1 Le matériel

On dispose sur une table, recouverte d'un champ stérile, l'ensemble du matériel :

. Matériel indispensable :

- une source lumineuse
- 1 pince à disséquer à griffes de 18cm,
- 1 porte-aiguille de Doyen de 18cm,
- 1 paire de ciseaux de Mayo-Still droits de 18cm,
- 2 pinces de Kelly droites,
- 1 pince à champ de Jayle,
- des compresses stériles, des gants stériles,
- 2 valves vaginales de Doyen (120 x 45mm),
- 1 pince à pansement utérin de 24 cm,
- 1 seringue de 20 cm³, une aiguille intramusculaire, de la xylocaïne à 1%,

. Les fils :

- vicryl 2/0 serti
- vicryl 1- vicryl 2/0 serti
- vicryl 0 serti, aiguille 3/8, 36mm,
- vicryl 00 serti, aiguille 3/8, 36mm,
- mersuture 0 serti, ½ cercle, 36mm ou nylon monobrin 0 serti aiguille 4/8, 36mm

4-5-2 L'installation de la parturiente

La parturiente est installée en position gynécologique. Le périnée est soigneusement lavé à l'eau stérile, puis badigeonné largement avec une solution antiseptique (Bétadine). On isole le périnée par 4 champs stériles de 1,50m.

L'opérateur est habillé chirurgicalement (calot, bavette, casaque, et gants stériles). Un bilan soigneux des lésions nécessite un toucher rectal pour vérifier l'intégrité du sphincter et de la muqueuse anale. On vérifie l'absence de trait de refend cutané, de lésions du vestibule et du vagin controlatéral.

4-5-3 L'anesthésie

L'idéal est bien sûr de pouvoir opérer sous péridurale ou sous anesthésie générale. Mais dans la majorité des cas, l'anesthésie locale à la xylocaïne à 1% suffit.

Il faut se rappeler également que le périnée obstétrical est très vascularisé. La résorption de la xylocaïne est rapide et complète.

On infiltre la sous-peau et la jonction hyménéale de même que le plan musculaire. Toutefois, s'il y a la moindre difficulté (agitation de la femme, lésion vaginale profonde) et, à fortiori, s'il existe une complication, il ne faut pas hésiter à recourir à une anesthésie générale ou à un bloc honteux.

4-5-4 La réparation des différents plans :

Au moindre doute, on vérifie l'intégrité du col en s'aidant de deux valves vaginales et d'un tampon monté, on tasse ensuite au fond du vagin un tampon fait de quelques compresses. Il permet de ne pas être gêné par l'écoulement sanglant venant de la cavité utérine.

Elle sera faite après la délivrance en prenant tout son temps (15 minutes environ), la patiente en position gynécologique, le périnée bien éclairé.

Un petit tampon, placé dans le vagin, évite le suintement sanglant qui générerait la réparation. Il faut, sauf impossibilité matérielle, éviter la suture en un plan à les deux bords de la section vulvaire au niveau de l'insertion hyménéale

, de manière à restaurer au mieux la symétrie vulvaire l'aiguille d'Emmet, rapide mais ultérieurement inconfortable et inesthétique.

4-5-4-1 Le plan vaginal (Figure 10)

Sa réparation se fait au vicryl (2/0 ou 1) par points simples ou par surjet simple, l'important est de suturer parfaitement l'angle supérieur afin de ne pas laisser un interstice par où les lochies peuvent s'infiltrer, source d'hématome surinfecté. Les points sont larges, prenant bien la sous-muqueuse.

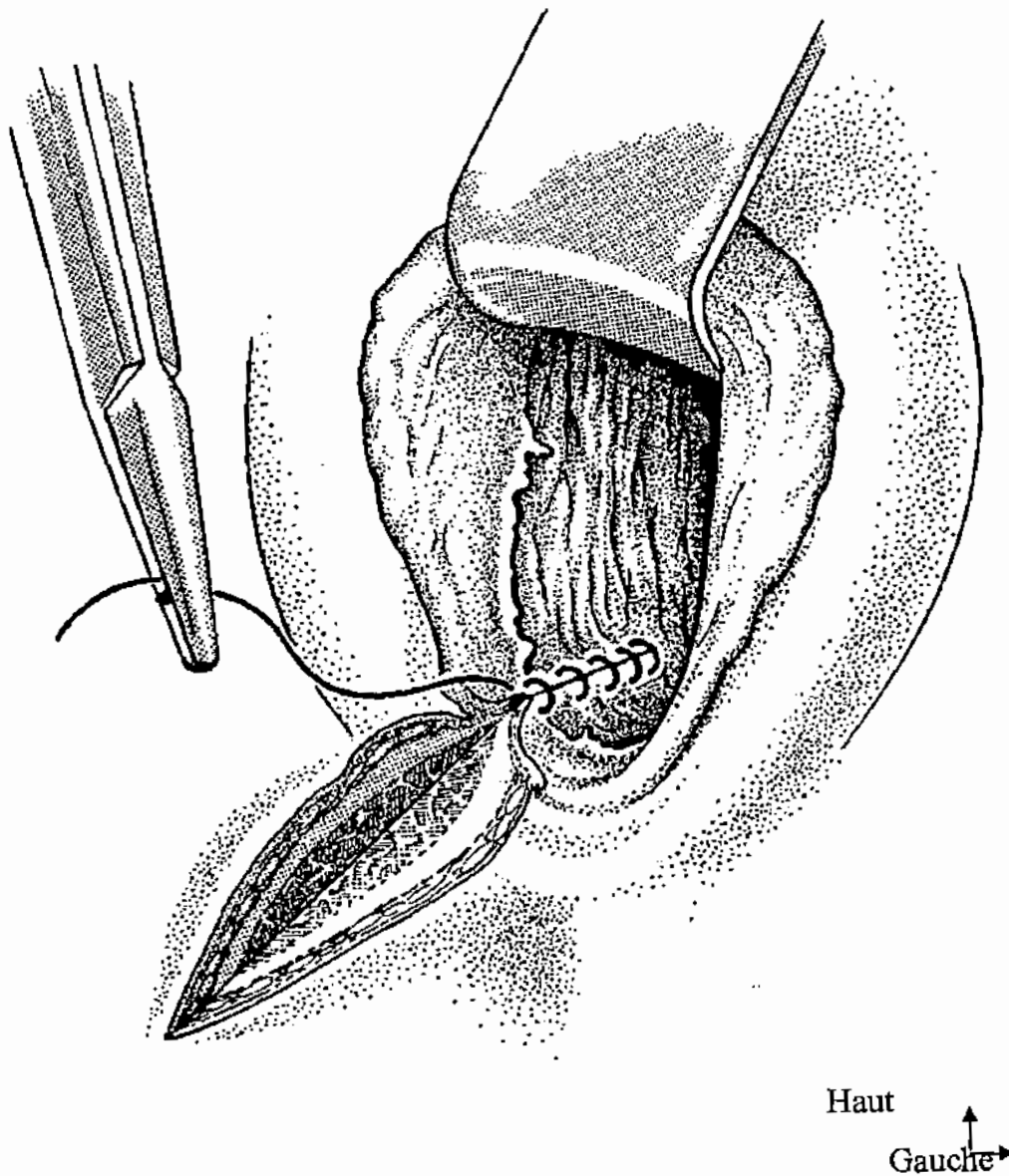


Figure 10: Réfection du plan vaginal [12]

4-5-4-2 Le plan musculaire (Figure 11)

On débute sa réparation avant de suturer la fourchette vulvaire, on utilise le reste du vicryl 2/0 avec des points simples. La difficulté se situe au point supérieur. Il doit être perpendiculaire à la tranche de section et parallèle aux plans vaginal et rectal.

La suture du plan musculaire nécessite 3 à 4 points. Un toucher rectal de contrôle s'assure de l'absence de points transfixiants, et on passe au dernier plan.

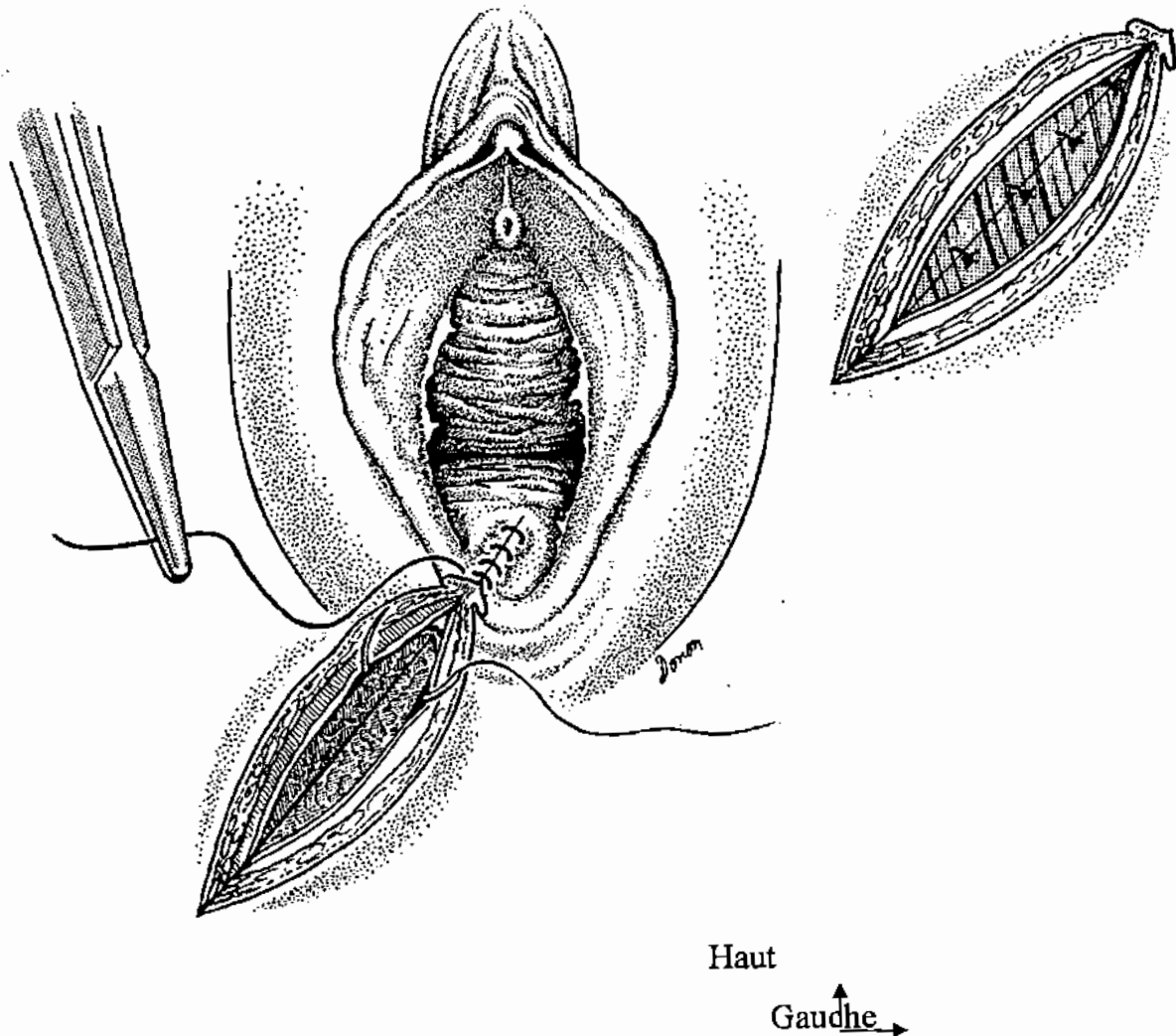


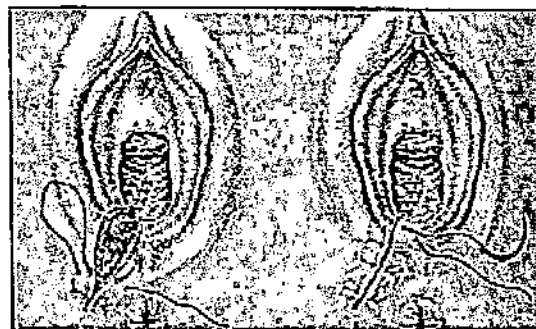
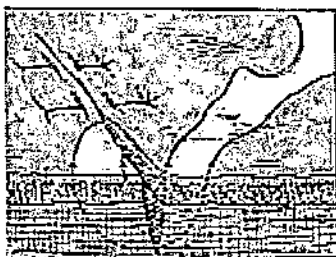
Figure 11: Réfection du plan musculaire [12]

4-5-4-3 Le plan cutané (Figure 12)

Certains préconisent un plan sous-cutané, réalisé au vicryl 00.

D'autres préfèrent des points de Blair Donati dont le point profond permet l'affrontement sous-cutané.

Le fil utilisé est du nylon 2/0 ou 3/0. Un surjet sous-cutané de vicryl 00 a l'avantage d'éviter l'ablation désagréable des fils. On commence par l'angle inférieur toujours par souci de symétrie parfaite : 3 à 4 points, passés de proche en proche, suffisent. Nous terminons par la reconstitution de la fourchette vulvaire. La conjonction des points de repère et de la suture cutanée de bas en haut permet un affrontement parfait. Cette zone sensible est suturée par 1 à 2 points de vicryl 00 de Blair Donati.



Haut

Gauche

Figure 12: Réfection du plan cutané en points de Blair Donati [13]

D'autres auteurs [12], par ailleurs, décrivent une autre technique de réparation de la peau : elle se fait en deux plans par un double surjet continu mené d'une seule aiguillée (vicryl 2/0 ou 1). Le surjet profond rapproche les deux lèvres de la plaie. Le retour est effectué par un surjet intradermique mené de l'angle inférieur à l'angle supérieur.

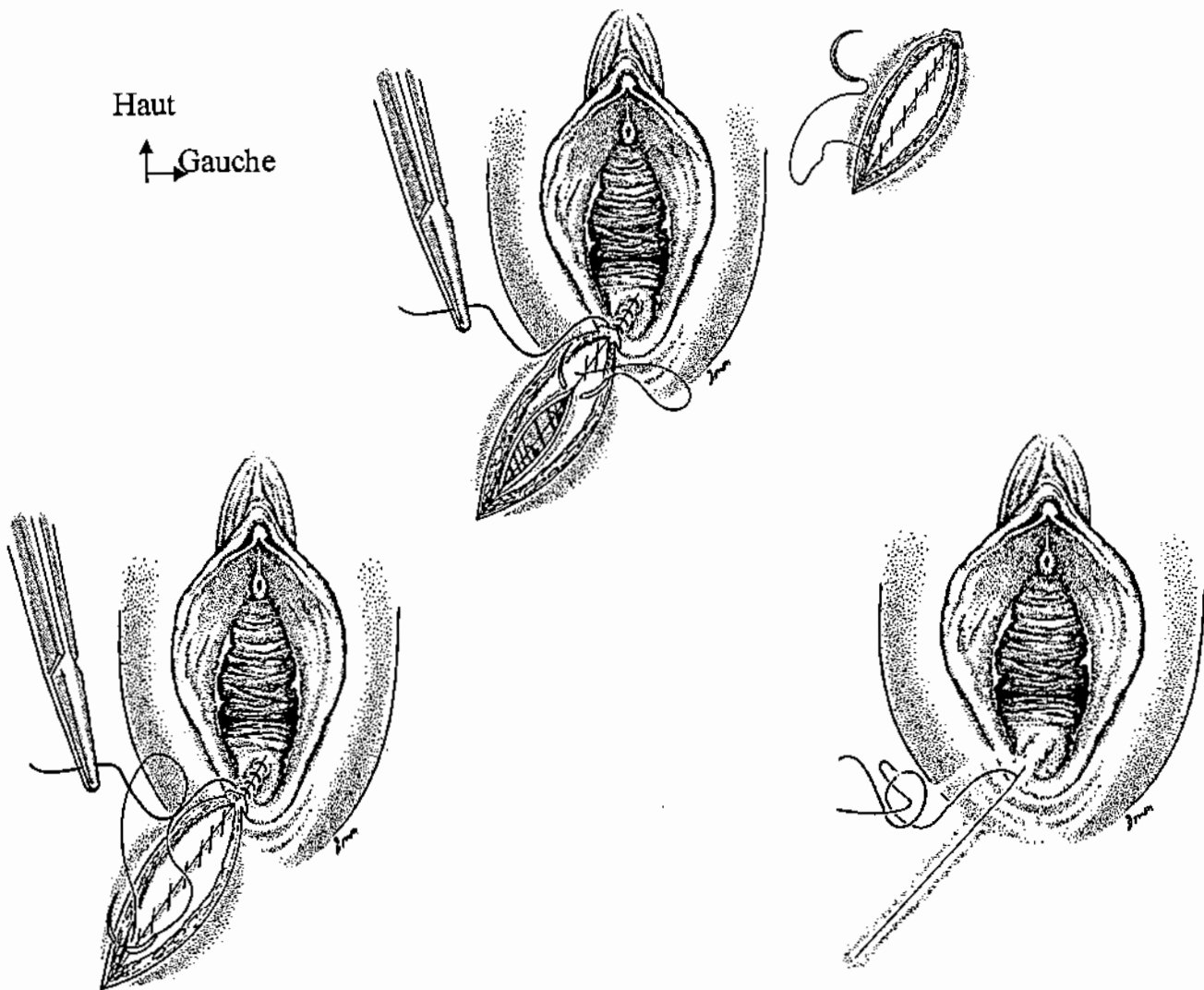


Figure 13: Réfection de la peau en deux plans : superficiel et intradermique [12]

L'ablation du tampon intravaginal et une toilette périnéale terminent l'intervention.

4-6 Complications de l'épisiotomie [17]

On distingue les complications immédiates, précoces et les complications à distance séquellaires.

4-6-1 Complications immédiates

-Les hémorragies: Sont surtout le fait des épisiotomies médiolatérales. La suture précoce apparaît donc comme une nécessité afin d'abrégé le saignement et prévenir au mieux l'anémie du post partum ;

- Les déchirures sur épisiotomie ;

- Des blessures fœtales : elles sont rares.

4-6-2 Complications précoces, dans le post partum immédiat

- Hématomes puerpéraux : Les thrombus périnéovulvaires sont rares et le plus souvent liés à une insuffisance d'hémostase. Les hématomes sont en revanche plus fréquents (douleurs, œdème, induration) et cèdent en quelques jours sous traitement anti-inflammatoire.

- Douleurs et œdème périnéal : cet incident est d'autant plus fréquent que l'épisiotomie est pratiquée sur un périnée déjà œdématié. Le traitement est médical: glace, antalgiques, anti-inflammatoires.

- Infections et désunions : cette éventualité survient dans 0,5 à 3% des cas. Les facteurs favorisants reconnus sont l'insuffisance d'asepsie, l'existence d'un hématome, d'un point transfixiant le rectum ou une hygiène postopératoire insuffisante.

4-6-3 Complications tardives

Elles sont essentiellement représentées par les douleurs périnéales et les dyspareunies secondaires. Rarement d'autres complications tardives peuvent être observées : endométriose sur cicatrice d'épisiotomie, kyste de la glande de Bartholin résultant d'une incision trop horizontale sectionnant le canal excréteur, suppurations récidivantes qui doivent faire éliminer une fistule rectovaginale. La fistule rectovaginale ou rectopérineale est exceptionnelle après une épisiotomie

non compliquée ; elle est le plus souvent secondaire à un point transfixiant et peut guérir spontanément après l'ablation du point.

4-7 Soins post-opératoires [18]

4-7-1 Hygiène

Se trouvant dans un environnement toujours humide et en raison des lochies qui vont encore durer plusieurs jours, la cicatrice est plus vulnérable aux infections. Quelques règles d'hygiène doivent donc être scrupuleusement respectées :

- A la maternité, une infirmière fait généralement la toilette intime de la maman au moins deux fois par jour.
- La cicatrice doit être séchée avec de la gaze stérile en la tapotant légèrement,
- Après une miction, penser à s'essuyer de l'avant vers l'arrière. La garniture devrait également, dans la mesure du possible, être retirée de l'avant vers l'arrière.
- Changer de garniture après chaque miction, surtout les premiers jours où les saignements sont abondants.

4-7-2 Soulager la douleur

La plupart des maternités proposent des anti-inflammatoires non stéroïdiens (avant la montée laiteuse si la jeune mère allaite) ou du paracétamol, pour soulager la douleur. Mais il existe plusieurs remèdes non allopathiques néanmoins très efficaces :

4-7-2-1 Le chaud

- Faire couler la douche sur la cicatrice.
- Exposer le périnée à la chaleur d'une lampe de 40 watts. La placer allumée entre les jambes à environ 25cm du périnée pendant 20 minutes.

4-7-2-2 Le froid

- Asperger le périnée d'eau froide après chaque miction.
- Remplir d'eau un préservatif ou un gant d'examen jetable et une fois gelé après l'avoir placé au congélateur, l'envelopper dans une gaze stérile et s'asseoir dessus.

Certaines mères préfèrent utiliser le froid pendant les premières 24 heures pour faire diminuer l'œdème puis ensuite la chaleur pour faire circuler le sang et stimuler la cicatrisation.

4-7-2-3 Des exercices

Les exercices suivants stimulent la circulation sanguine et donc la cicatrisation de l'épisiotomie :

- A quatre pattes sur un lit, placer un gros oreiller devant soi et mettre les mains sous l'oreiller. Plier les coudes et descendre lentement la tête et la poitrine vers le coussin. Les fesses sont donc en l'air. Maintenir cette position 5 à 10 secondes en essayant de se détendre au maximum. Se relever en poussant sur les mains pour étirer les bras, puis dérouler le dos vertèbre par vertèbre.
- Allongée sur le dos, genoux pliés et écartés de la largeur du bassin, les pieds bien à plat, poser les mains sur le ventre et sentir les mouvements de la respiration.

Accompagner progressivement l'expiration d'un souffle plus long. Essayer maintenant de rentrer le ventre le plus loin possible (pas le plus fort possible). Contracter les fessiers et basculer doucement le bassin vers le haut. Le pubis remonte, le creux des reins se comble, le dos s'allonge, le ventre se resserre encore un peu, et le périnée est attiré spontanément vers le haut.

Ce dernier exercice permet de rééquilibrer le bassin, de reprendre contact avec son corps et de sentir ses muscles à nouveau intègres et solides.

METHODOLOGIE

IV- METHODOLOGIE :

1- Cadre d'étude :

Notre étude a eu lieu dans le service de gynécologie obstétrique du CHU du Point G.

- Historique du CHU du Point G :

La construction d'un établissement sanitaire comme l'Hôpital du Point G est intervenue pour servir en quelque sorte de vitrine au système médical colonial. Dès lors un détour par l'histoire de la médecine coloniale serait- elle nécessaire, pour mieux comprendre les spécificités que celle-ci présentait au Soudan.

En soulageant les colonisés de leurs maux, la médecine coloniale est censée incarner les bienfaits de la civilisation : la conquête territoriale puis la conquête des corps.

A l'origine de la création de cet Hôpital, l'on trouve une administration coloniale centrale préoccupée par le besoin de se doter d'un système sanitaire pour prévenir et traiter les européens des épidémies et autres maladies infectieuses (la peste) qui sévissaient alors au Soudan.

Son institution en 1912 comme Hôpital militaire, intervient comme le premier acte dans la mise en œuvre d'une politique sanitaire qui prévoyait, outre l'Hôpital du Point G, la construction à travers la ville de Bamako d'autres établissements sanitaires comme le dispensaire général de l'aide médicale Indigène (AMI), l'institut central de la Lèpre (ICL) et le Lazaret.

Le choix en hauteur du site tout comme la cité administrative située sur la colline voisine traduit la volonté de l'autorité coloniale d'organiser l'espace selon les critères d'hygiène et sociaux. Le recrutement des subalternes selon des critères d'hygiène bien précis (plus habiles, plus propres,.....) pour des postes d'auxiliaires et des travaux de jardinage, du nettoyage des pavillons, brancardage, étaient logés dans trois bâtiments distants de l'Hôpital dont naîtra l'actuel quartier du Point G. Ils étaient constitués de soudanais (maliens), des dahoméens (Bénin), des voltaïques (Burkina Faso) des guinéens,....

La date de création du quartier a été consécutive à celle de l'Hôpital en 1906, créé par Nianakoro Fofana, un des soldats indigènes qui travaillait à l'hôpital comme chirurgien auxiliaire.

2- Description du CHU et du service de gynécologie obstétrique du CHU du Point G :

Centre à vocation hospitalo-universitaire, le CHU du Point G est situé au Nord-ouest de la ville de Bamako sur la colline à laquelle il a emprunté son nom.

Sa situation géographique rend son accès difficile pour la population alors qu'il abrite les plus grands services d'un hôpital de dernière référence.

En 1992, il est devenu un établissement public à caractère administratif et en 2002 un établissement à public hospitalier. Unité mixte, le service de gynécologie obstétrique est un centre de référence de troisième niveau qui reçoit plus particulièrement les urgences obstétricales évacuées de différentes localités du Mali et les affections gynécologiques courantes.

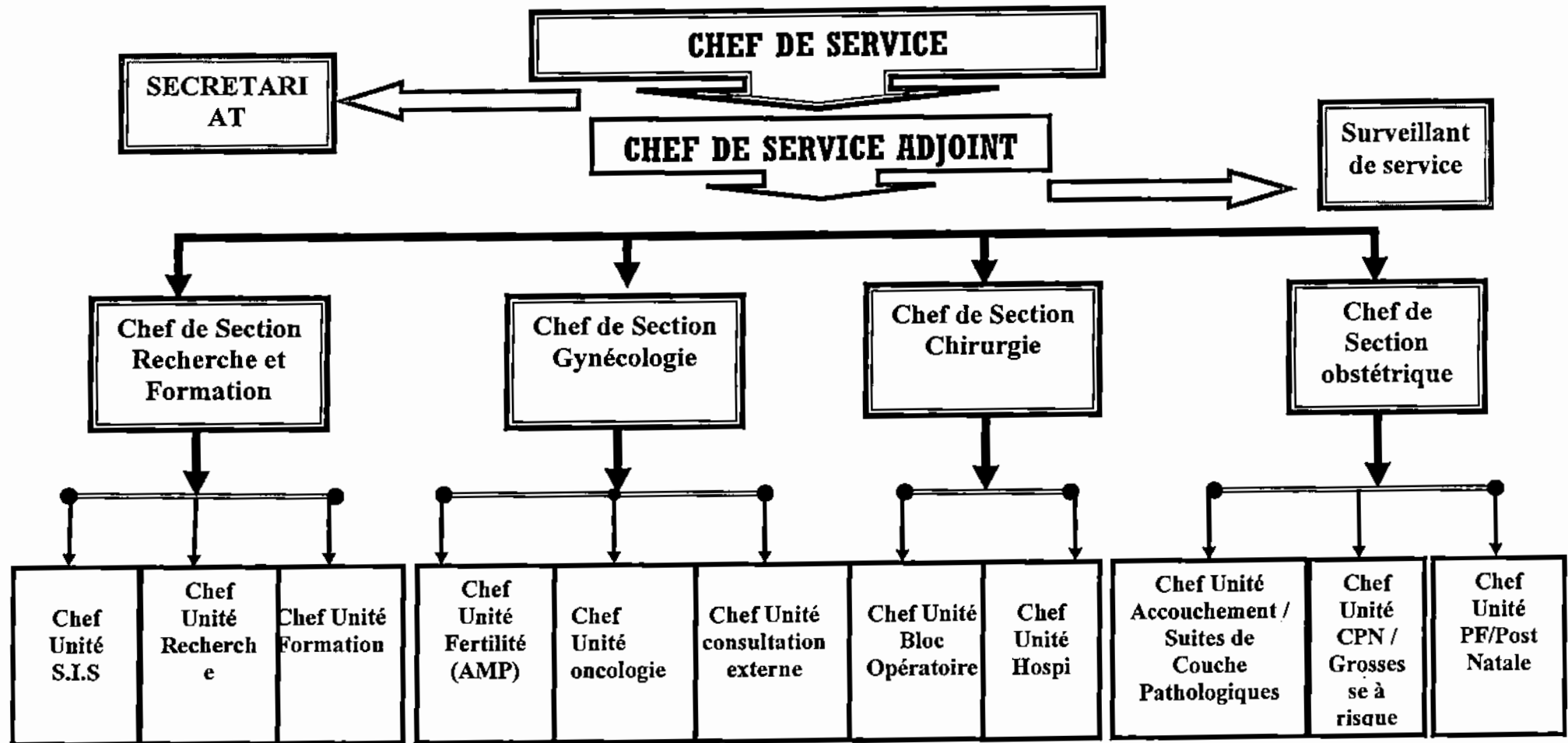
Le service de gynécologie obstétrique a été créé en 1912. Il était dirigé d'abord par les chirurgiens expatriés français puis par des chirurgiens maliens.

La succession des différents chefs de service :

- 1970 Professeur Rougrie (chirurgien français) ;
- 1970- 1972 Professeur Foucher (chirurgien français) ;
- 1972- 1975 Professeur Bocar Sall (traumatologue malien) ;
- 1975- 1978 professeur Mamadou Lamine Traoré (chirurgien généraliste malien) ;
- 1978- 1983 Docteur Colomard (chirurgien français) ;
- 1984- 1985 Marc Jarraud (chirurgien français) ;
- 1985- 1986 Docteur Henri Jean Philippe (chirurgien français) ;
- 1987- Docteur Etienne Steiner (chirurgien français) ;
- 1987- 2001 Professeur Amadou Ingré Dolo (gynécologue obstétricien malien) ;
- 2001- 2003 Docteur Niani Moukoro

- 2003 à nos jours docteur Bouraïma Maïga (gynécologue obstétricien malien) qui a été en 1980 chef de service adjoint. Il faut noter que ces données ne sont pas exhaustives car notre enquête n'a pu remonter jusqu'à la date de la création du service.

ORGANIGRAMME DE FONCTION DU SERVICE DE GYNECOLOGIE OBSTETRIQUE DU C.H.U DU POINT "G"



Le personnel du service de gynécologie obstétrique se compose de 43 agents dont :

- 3 gynécologues obstétriciens
- 3 médecins généralistes (2 en spécialisation gynéco-obstétrique)
- 16 techniciens supérieurs de santé (14 sages femmes un major, un aide de bloc)
- 1 assistant médical
- 9 techniciens de santé
- 2 aides soignantes
- 8 garçons de salle (GS) dont 2 au bloc opératoire
- 1 secrétaire

Le personnel assure :

- trois jours de consultation externe et un jour de consultation pédiatrique par semaine
- quatre jours d'interventions chirurgicales par semaine
- une garde quotidienne assurée par une équipe comprenant : Un médecin, deux étudiants hospitaliers faisant fonction d'interne, une sage femme,
- 3 une aide soignante, un technicien supérieur en anesthésie.
- deux jours de consultations prénatales
- une visite générale des malades tous les jours
- deux jours de planning familial
- un jour pour le dépistage du cancer du col.

La journée commence par le staff dirigé par le chef de service ou l'un de ses assistants. Il a pour but de discuter des dossiers des malades reçues pendant la garde. En effet le service de gynécologie obstétrique du Point G est actuellement en pleine restructuration pour faire face à sa mission.

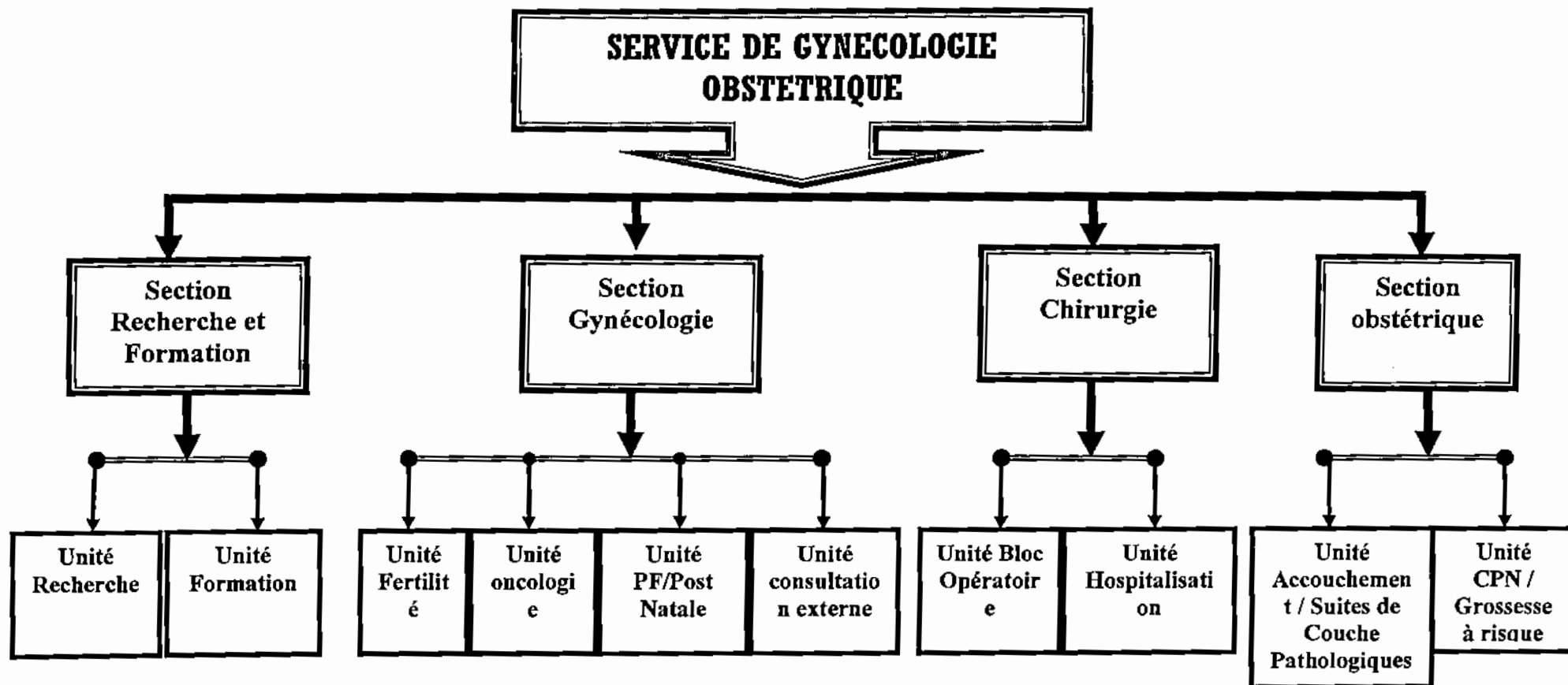
En effet, en plus des activités de routines à savoir la prise en charge des urgences gynéco obstétricales et des affections gynécologiques courantes souvent évacuées des structures du district et de l'intérieur du pays, les

activités de 3^{ème} référence programmées sont en voies de réalisation avec l'appui de la direction générale conformément à l'organigramme du service, qui prévoit la mise en place :

- d'une unité de procréation médicalement assistée (PMA) en collaboration avec l'INSRP.
- D'une unité de coeliochirurgie.
- D'une unité d'oncologie gynécologique.

NB : Le service assure la coordination de la formation des agents socio sanitaires du Nord du Mali : il s'agit de la prise en charge de la formation de deux équipes chirurgicales par cercle dans le cadre du programme santé maternelle Nord sud.

ORGANIGRAMME DE STRUCTURE DU SERVICE DE GYNECOLOGIE OBSTETRIQUE DU C.H.U DU POINT "G"



3- Type d'étude :

Il s'agit d'une étude descriptive transversale avec collecte rétrospective et prospective des données.

4- Période d'étude :

L'étude s'est effectuée sur 24 mois allant du 1^{er} janvier 2006 au 31 décembre 2007.

5- Population d'étude :

L'étude a porté sur les femmes enceintes ayant accouché dans le service de gynécologie obstétrique du CHU du Point-G au cours de notre période d'étude.

6- Echantillonnage :

Il s'agit d'un échantillon portant sur les femmes enceintes ayant accouché dans le service de gynécologie obstétrique du CHU du Point-G au cours de notre période d'étude.

6-1 Critères d'inclusion :

Toutes parturientes ayant accouché dans le service et ayant bénéficié d'une épisiotomie.

6-2 Critères de non inclusion :

Toutes parturientes ayant accouché hors du service ou n'ayant pas bénéficié d'une épisiotomie.

7- Support de données et techniques de collecte :

Nous avons établi une fiche d'enquête pour chaque accouchée. Cette fiche d'enquête a été remplie à partir des informations contenues dans les registres d'accouchement, les dossiers obstétricaux et les partogrammes.

Ainsi, toutes les informations utiles ont été consignées sur la fiche d'enquête individuelle.

8- Variables

Plusieurs variables ont été étudiées :

8-1- Variables liées à la parturiente (ou à la mère) :

- Age
- Taille
- Poids
- Gestité
- Parité
- Adresse
- Niveau d'instruction
- Motif d'admission
- Mode d'admission
- Antécédents

8-2-Variables liées à la grossesse :

- Terme de la grossesse
- CPN (nombre, auteur, lieu)
- Echographie obstétricale du troisième trimestre
- Hauteur utérine
- Contractions utérines
- Dilatation cervicale
- Poche des eaux
- Liquide amniotique

8-3-Variables liées au fœtus (ou au nouveau-né)

- Bruits du cœur fœtal
- Nature de la présentation fœtale
- Hauteur de la présentation
- Mode de dégagement (OP, OS, SP)
- Nombre de fœtus
- Cotation du score d'Apgar
- Paramètres du nouveau-né
- Lésions traumatiques
- Réanimation

- Référence ou évacuation

8-4-Variables liées à l'accouchement

- Auteur de l'accouchement
- Indication de l'épisiotomie
- Type d'épisiotomie

9- Plan d'analyse des données :

La saisie a été faite sur le logiciel Word 2003 et l'analyse a été faite par SPSS 12.0 et les graphes ont été réalisés sur le logiciel Excel 2003.

10- Définitions opérationnelle :

Pour la clarté de l'étude, nous avons adopté quelques définitions opérationnelles :

- **La gestité** : C'est le nombre de grossesse chez la femme.

Primigeste : Femme ayant fait une grossesse

Paucigeste : Femme ayant fait 2 à 3 grossesses

Multigeste : Femme ayant fait 4 à 5 grossesses

Grande multigeste : Femme ayant fait 6 grossesses ou plus.

- **La parité** : C'est le nombre d'accouchement chez la femme.

Primipare : Femme ayant accouché une fois

Paucipare : Femme ayant fait 2 à 3 accouchements

Multipare : Femme ayant fait 4 à 5 accouchements

Grande multipare : Femme ayant fait 6 accouchements ou plus.

- **Hypotrophie fœtale** : Nouveau-né ou fœtus à terme mais dont le poids de naissance est inférieur à 2500g.

- **Souffrance fœtale aiguë** : La souffrance fœtale est un état pathologique consécutif à des agressions diverses mais qui agissent par le même mécanisme : l'hypoxie, c'est à dire l'insuffisance d'oxygénation au niveau des tissus et des cellules fœtales. Elle est dite aiguë en raison de sa survenue brutale au cours de la grossesse ou du travail et de ses conséquences graves pour le fœtus si on ne le soustrait pas rapidement de cette hypoxie.

- **Macrosomie fœtale** : Nouveau-né ayant un poids supérieur ou égal à 4000g.

- **Référence** : C'est le transfert d'un service à un autre au sein d'une même formation sanitaire ou d'un centre à un autre pour une prise en charge adaptée sans la notion d'urgence.

- **Evacuation** : C'est le transfert d'une structure sanitaire à une autre plus spécialisée avec un caractère urgent nécessitant une hospitalisation.

- **Venue d'elle-même**: Les patientes venues d'elles-mêmes sont celles qui n'ont été ni référées ni évacuées vers le service qui les reçoit.

- **Episiotomie** :

Définition : C'est une incision périnéale réalisée au moment du dégagement, destinée à agrandir l'orifice vaginal.

Episiorraphie : Mise en position gynécologique de la patiente et badigeonnage de la région périnéovulvovaginale et les faces internes des cuisses avec des compresses imbibées de bétadine. Bourrage vaginal avec 2 feuillets de compresses stérile, sous anesthésie locale à la xylocaïne 2% fermeture en 3 plans.

La suture a été effectuée avec du vicryl (2 /0 ou 1) en 3 plans :

- surjet continu sur la muqueuse,
- points séparés sur la musculuse,
- surjet sur la peau.

Bonne hémostase, retrait du bourrage en intravaginal et mise au propre de la patiente.

- **Score d'Apgar** : Ce score consiste à évaluer cinq éléments

- fréquence cardiaque ;
- effets respiratoires ;
- tonus musculaire ;
- réponses aux stimulations ;
- coloration cutanée.

L'enfant est inerte, ne respire pas, ne crie pas. Il faut faire une auscultation cardiaque. Si le cœur est lent (inférieur à 80 battements par minute). C'est l'état de mort apparente. Il faut faire dans ce cas :

Un massage cardiaque externe (empoigner le thorax de l'enfant à deux mains en plaçant ses doigts sur le rachis en arrière et ses pouces croisés à la partie moyenne du sternum en avant sur la ligne médiane. On exerce alors avec les pouces, une dépression de 1 à 1,5 cm, 100 à 120 fois par minute.) Le critère d'efficacité est l'apparition d'un pouls palpable ou visible à la base du cordon.

Une désobstruction bucco pharyngée : Introduire la sonde ou la poire dans la bouche, le pharynx, les deux narines. Si le liquide est teinté, il faut essayer avec un laryngoscope d'introduire la sonde dans la glotte sur 2 ou 3 cm. Une fois l'enfant désobstrué on peut pratiquer la ventilation au masque. La tête étant défléchie. On applique le masque sur la bouche et le nez de l'enfant avec la main gauche qui luxe en même temps le menton en avant. La fréquence des insufflations pour quatre pressions sternales. Les critères d'efficacité sont l'expansion régulière des deux hémithorax, le rosissement des lèvres, l'accélération cardiaque. Le score d'Apgar refait à 3- 5-10 minutes permet de juger de l'efficacité de la réanimation. Si le score reste inférieur à 7, il est nécessaire d'intuber l'enfant. Il faut tenter de l'évacuer grâce au SAMU vers un centre équipé mais le pronostic est sombre.

Interne : Etudiant faisant fonction d'interne

RESULTATS

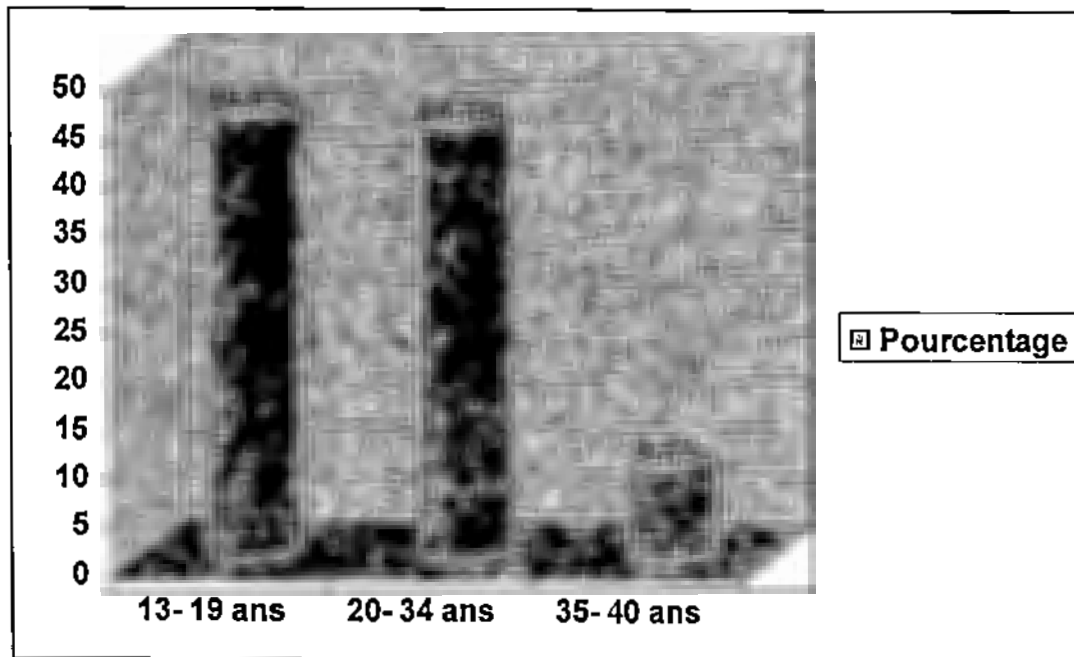
V- RESULTATS:

1- Fréquence :

Du 1^{er} janvier 2006 au 31 décembre 2007, nous avons enregistré 2347 dossiers d'accouchements par voie basse et parmi lesquelles 217 épisiotomies ont été effectuées soit 9,25%.

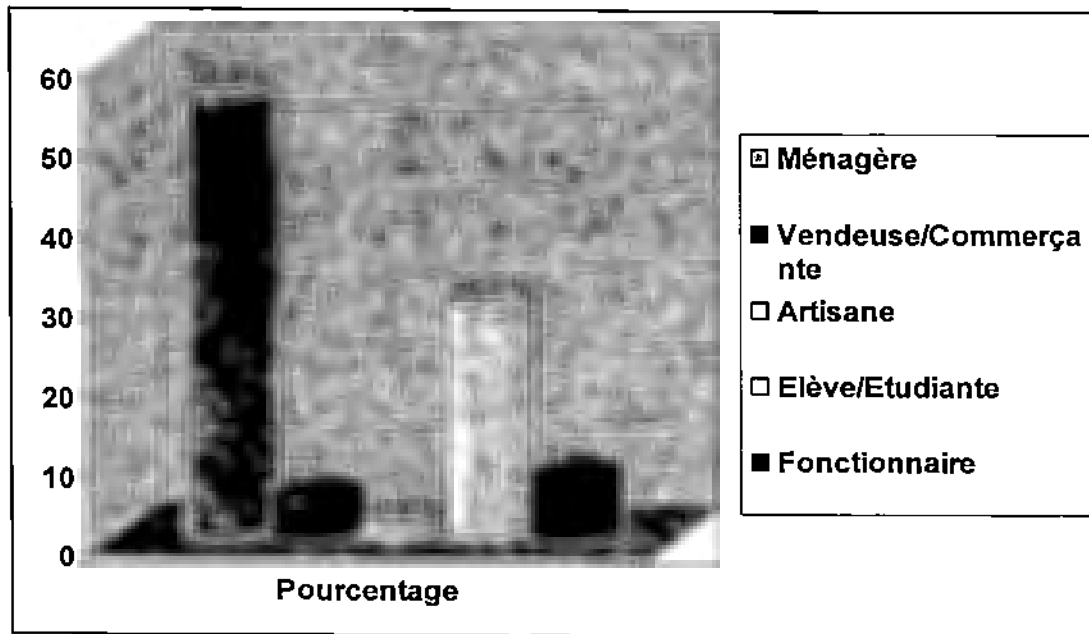
$F = N \times 100 / P$ ce qui implique que $F = 217 \times 100 / 2347 = 9,25\%$.

2- Les caractéristiques sociodémographiques :

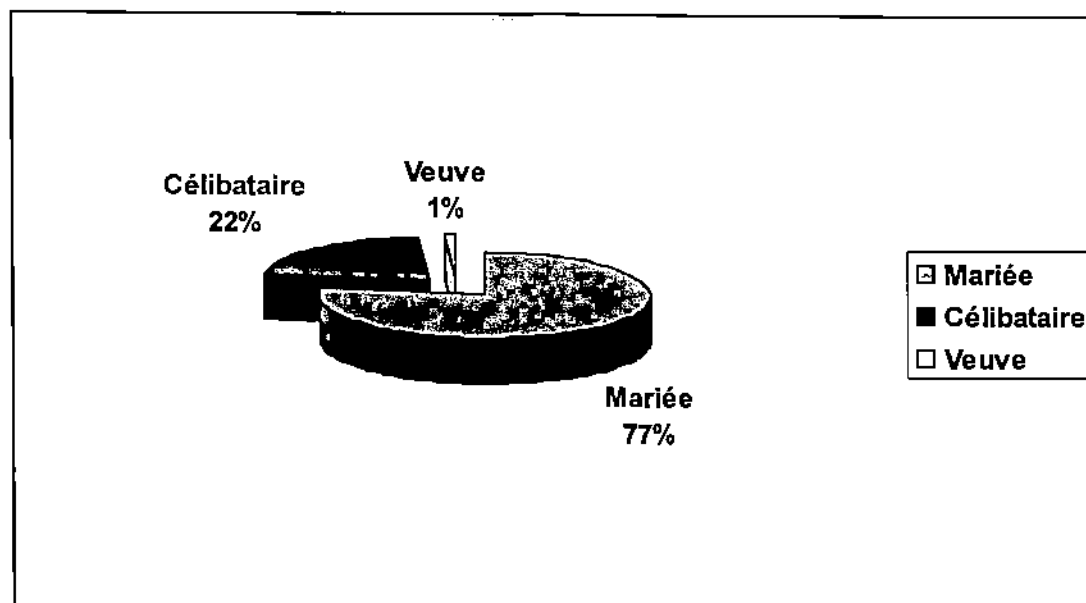


2-1 Figure 14 : Répartition des patientes selon l'âge

La tranche d'âge de 13 à 19 ans était la plus touchée soit 45,6 % des cas. L'âge moyen était de 21,6 ans avec les extrêmes de 13 ans et 40 ans.



2-2 Figure 15 : Répartition des patientes selon l'occupation
Les ménagères représentaient 55,8% des cas.

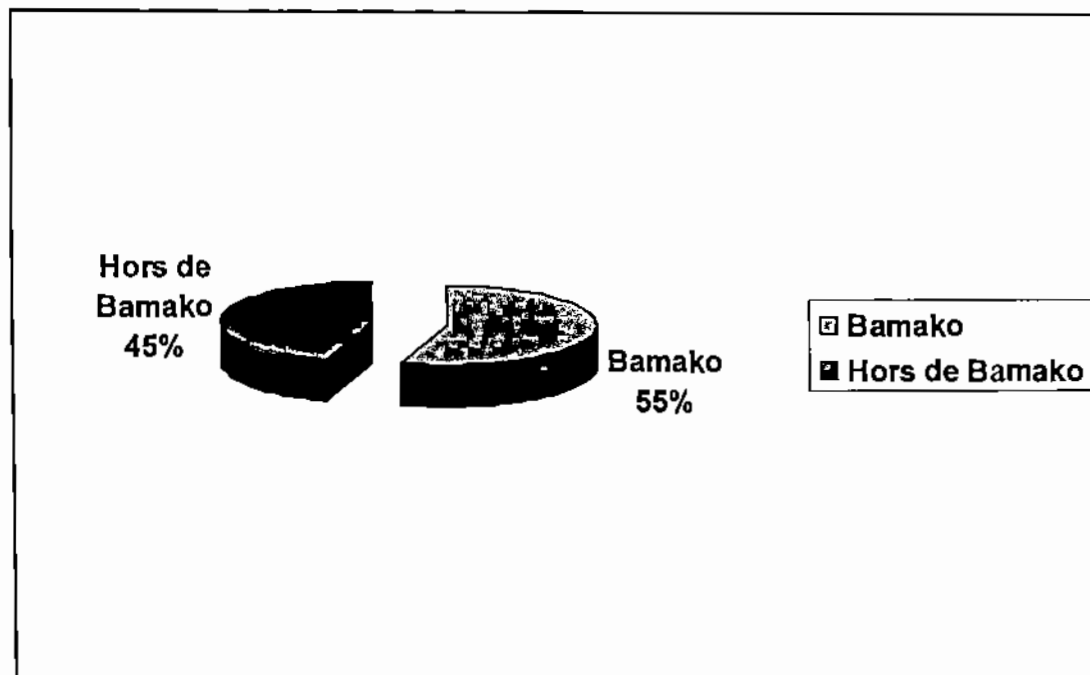


2-3 Figure 16 : Répartition des patientes selon la situation matrimoniale
Dans notre étude, 77 % des patientes étaient mariées.

2-4 Tableau I : Répartition des patientes selon l'ethnie

Ethnie	Effectif	Pourcentage
Bambara	118	54,3
Malinké	4	1,8
Senoufo	6	2,8
Bobo	5	2,3
Mianka	28	12,9
Sarakolé	14	6,5
Peulh	3	1,4
Maure	6	2,8
Sonrhäï	30	13,8
Bozo	3	1,4
Total	217	100

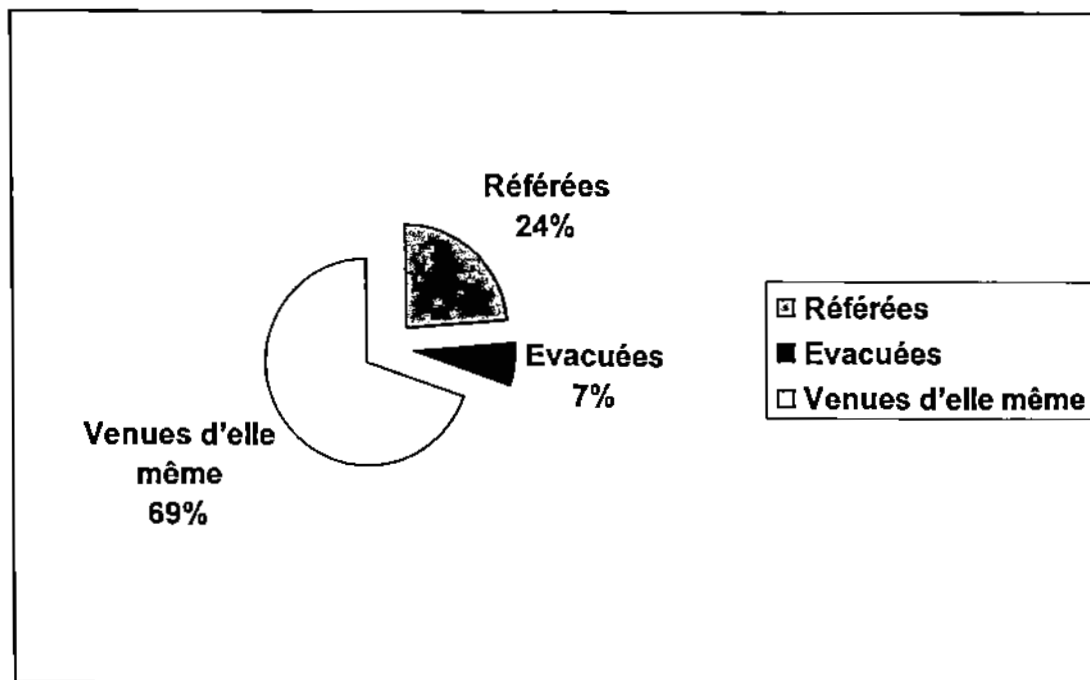
Les bambaras représentaient 54,3 % des cas.



3- Figure 17 : Répartition des patientes selon la provenance

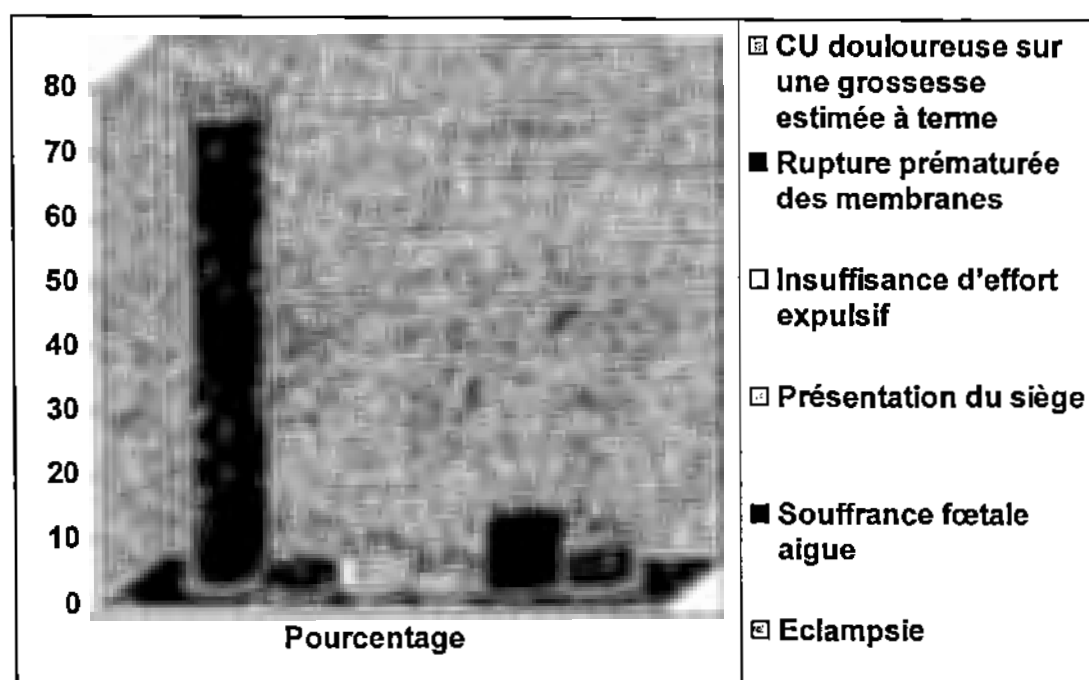
Dans notre étude 45 % de nos patientes provenaient hors de Bamako (Kati, Nèketala, Malibougou, Sirakoro)

4- Motif :



4-1 Figure 18 : Répartition des patientes selon le mode d'admission

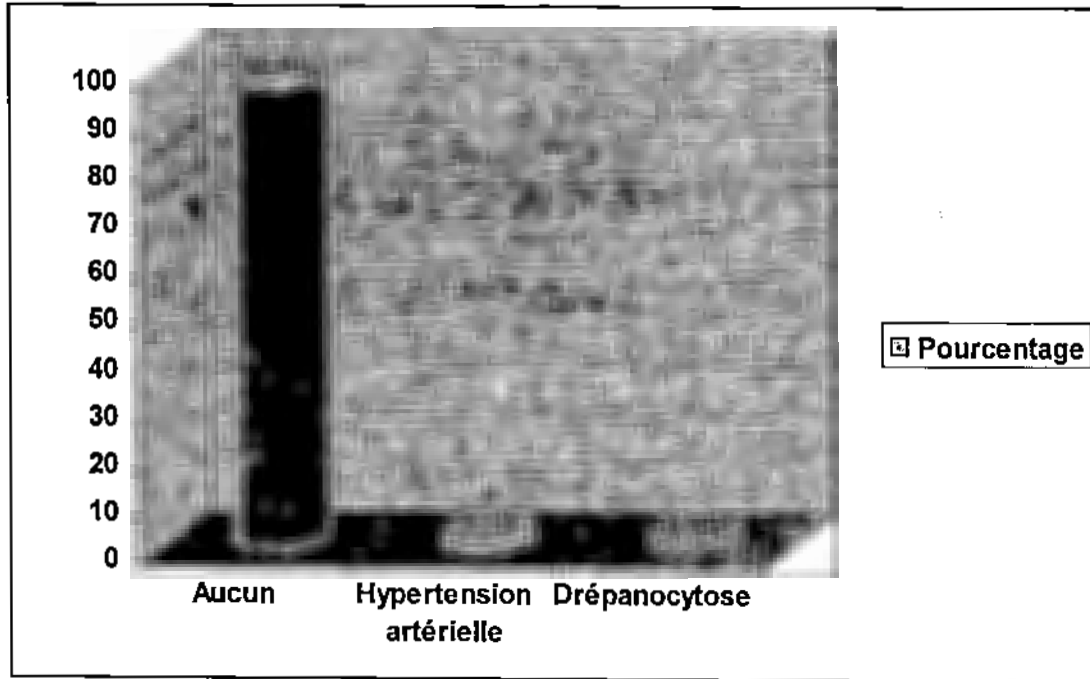
Dans notre étude 69 % des patientes sont venues d'elle-même.



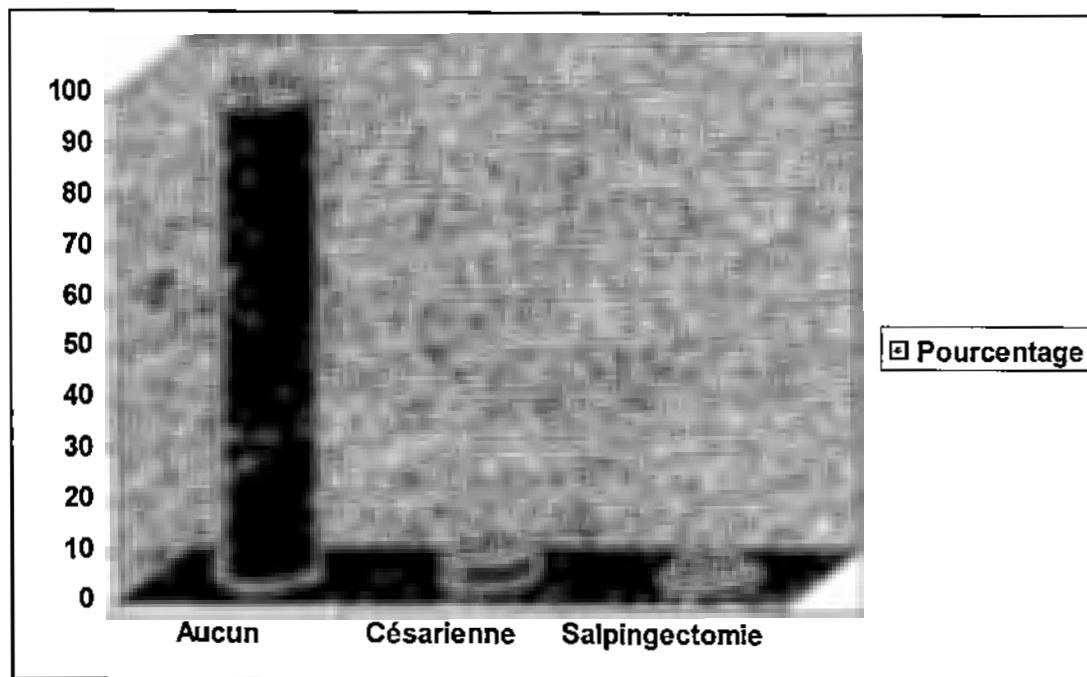
4-2 Figure 19 : Répartition des patientes selon le motif d'admission

Dans notre série 73,7 % des patientes venaient pour contraction utérine (CU) douloureuse sur une grossesse estimée à terme.

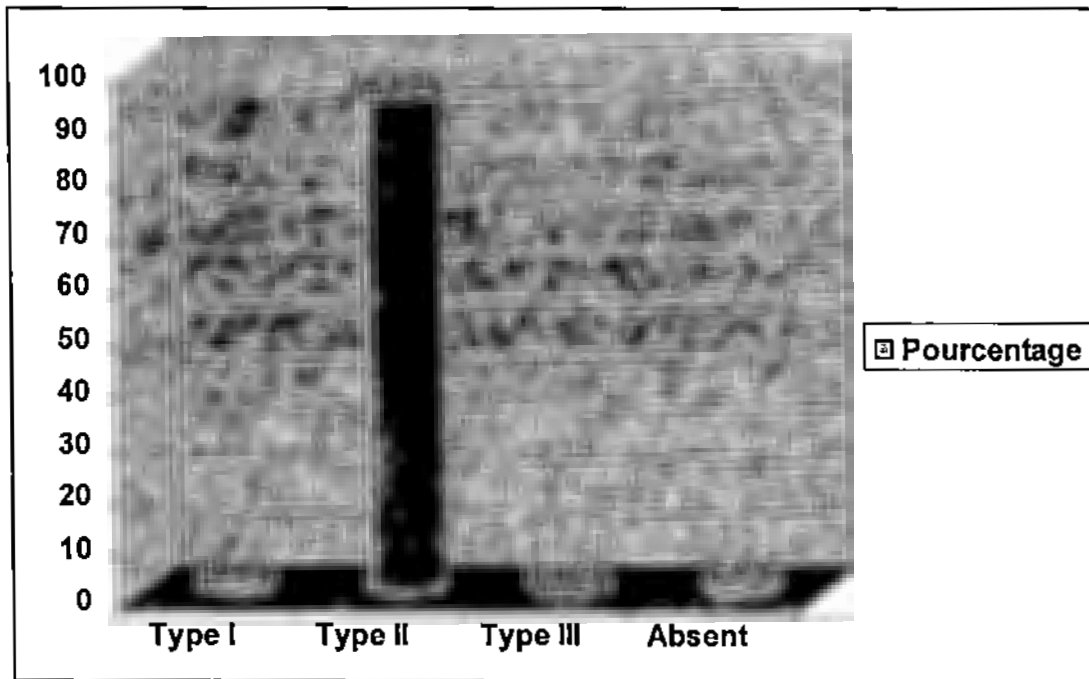
5- Antécédents :



5-1 Figure 20 : Répartition des patientes selon les ATCD médicaux
Dans notre étude 96,8% des patientes étaient sans ATCD médicaux.

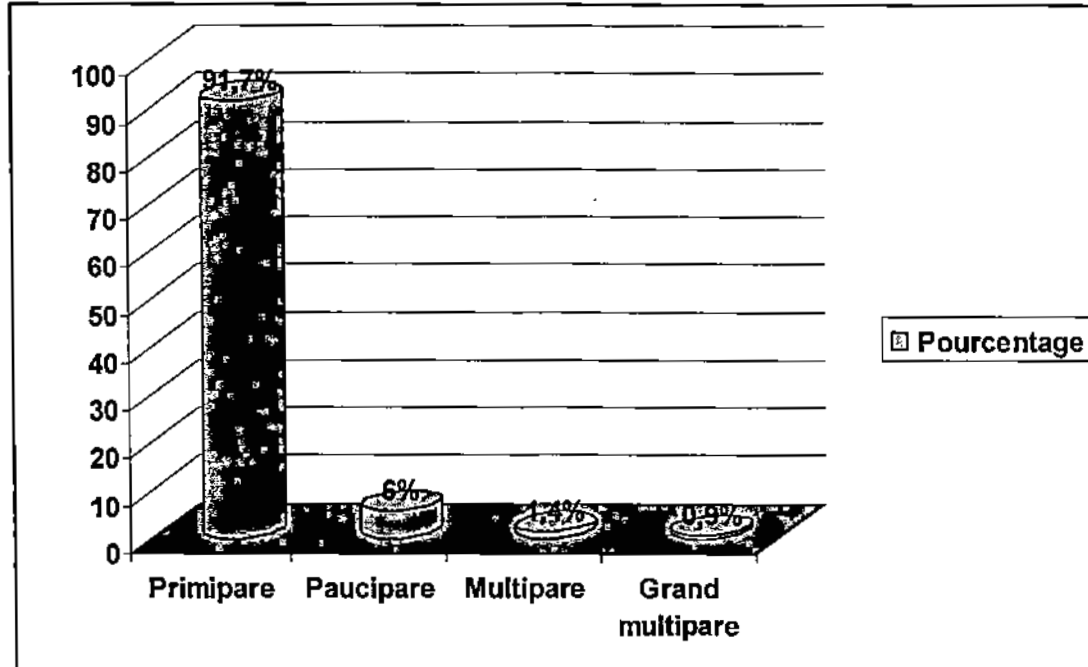


5-2 Figure 21 : Répartition des patientes selon les ATCD chirurgicaux
La majorité était sans ATCD chirurgicaux soit 94,9% des cas.



5-3 Figure 22 : Répartition des patientes selon le type d'excision

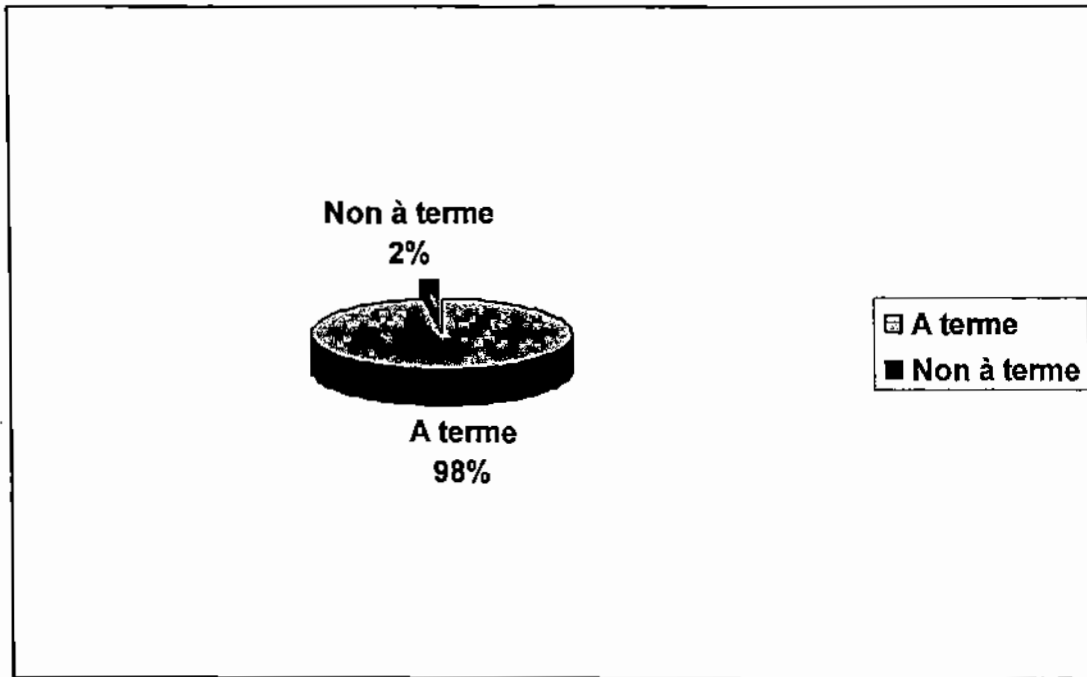
L'excision de type II était la plus représentée dans notre série avec 94,93% des cas.



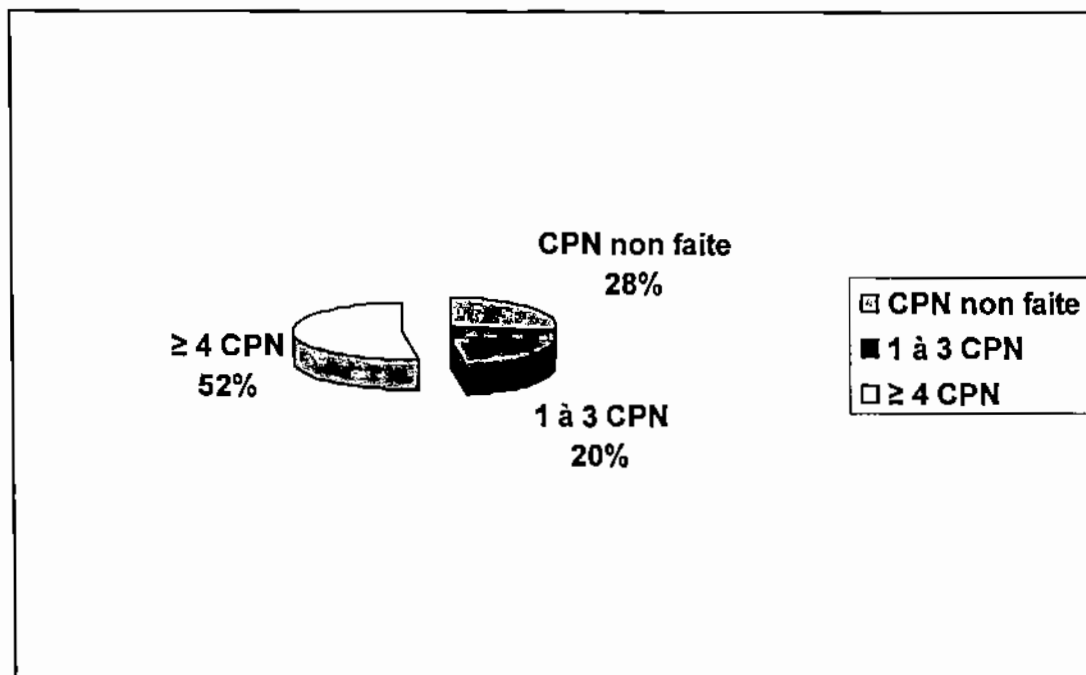
5-4 Figure 23 : Répartition des patientes selon la parité

Les primipares dominaient dans notre étude soit 91,7 % des cas.

6- Grossesse actuelle :

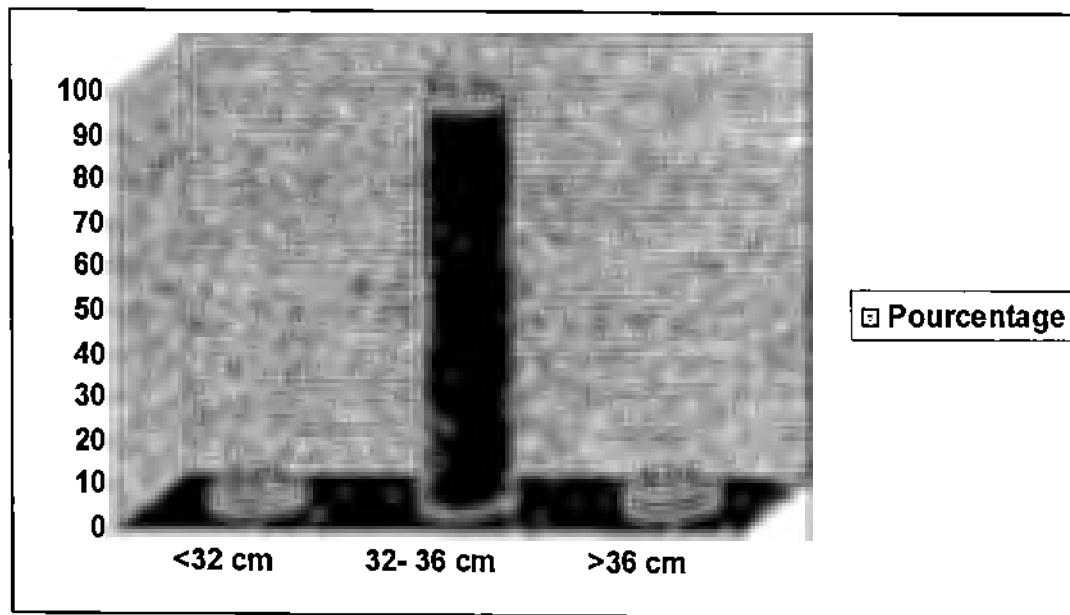


6-1 Figure 24 : Répartition des patientes selon le terme de la grossesse
Dans notre série 2% des grossesses n'étaient pas à terme.

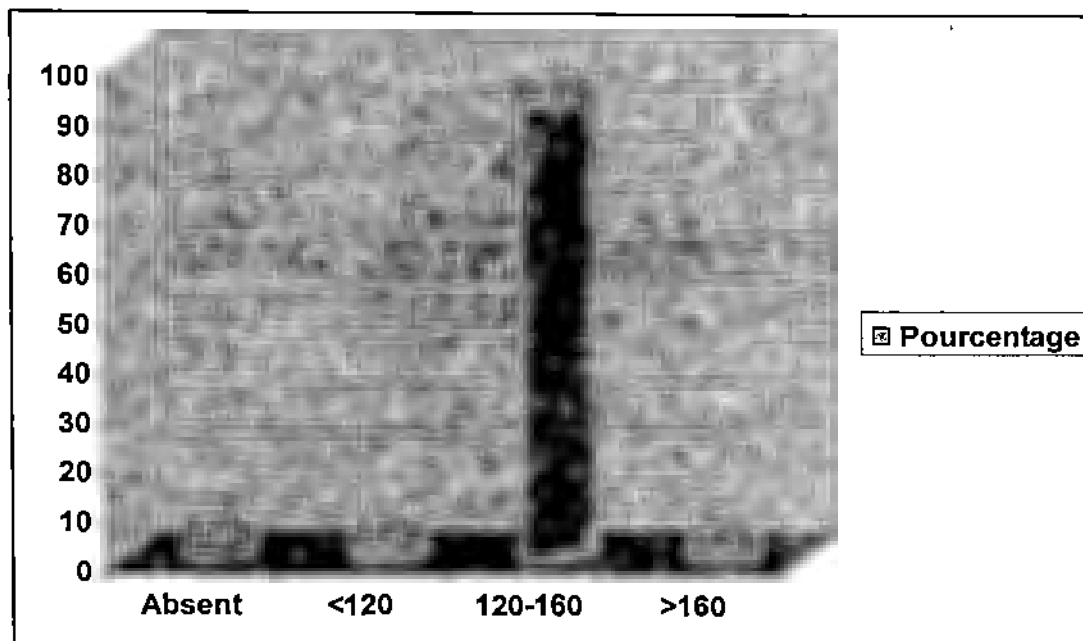


6 - 2 Figure 25 : Répartition des patientes selon le nombre de consultations prénatales

Dans notre série 52% des parturientes avaient fait 4 consultations prénatales ou plus.

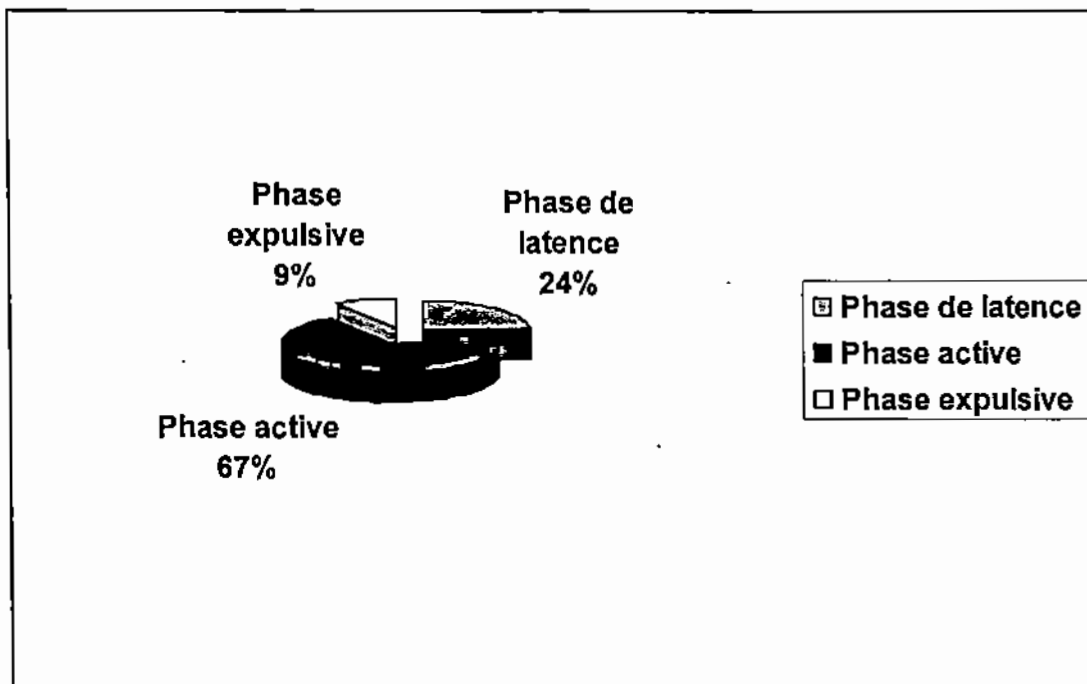


6 - 3 **Figure 26** : Répartition des patientes selon la hauteur utérine (HU)
Dans notre série 92,7% des patientes avaient une HU comprise entre 32 et 36 cm.



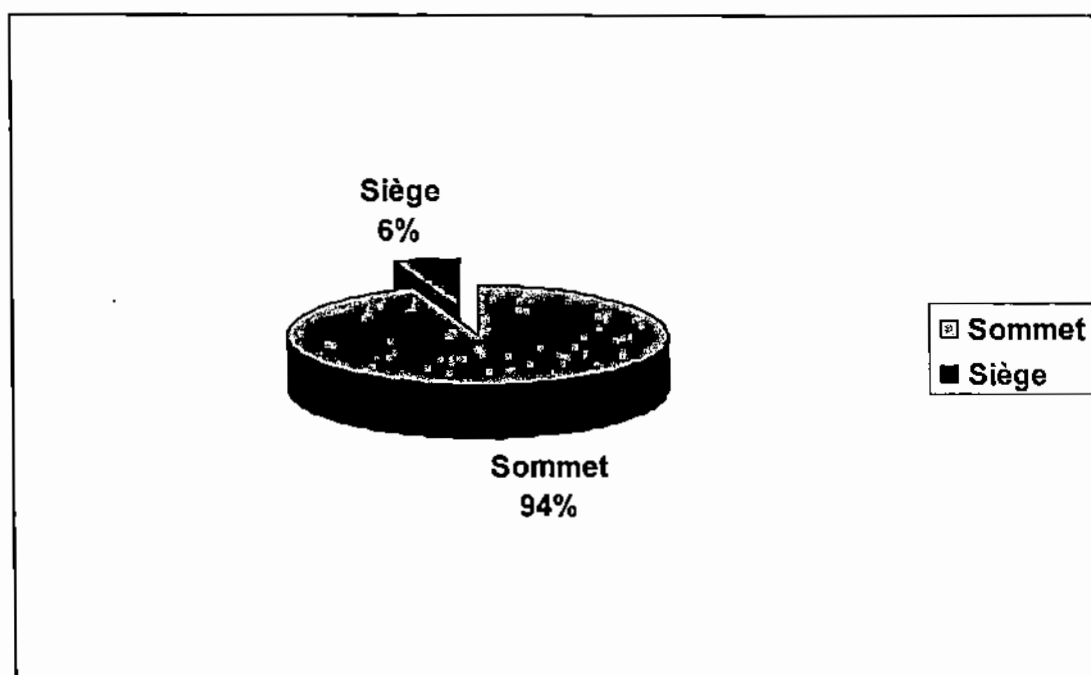
6-4 **Figure 27** : Répartition des patientes selon les bruits du cœur fœtal (BDCF)
Dans notre série les bruits du cœur fœtal étaient normaux dans 91,7 % des cas.

7- Accouchement :



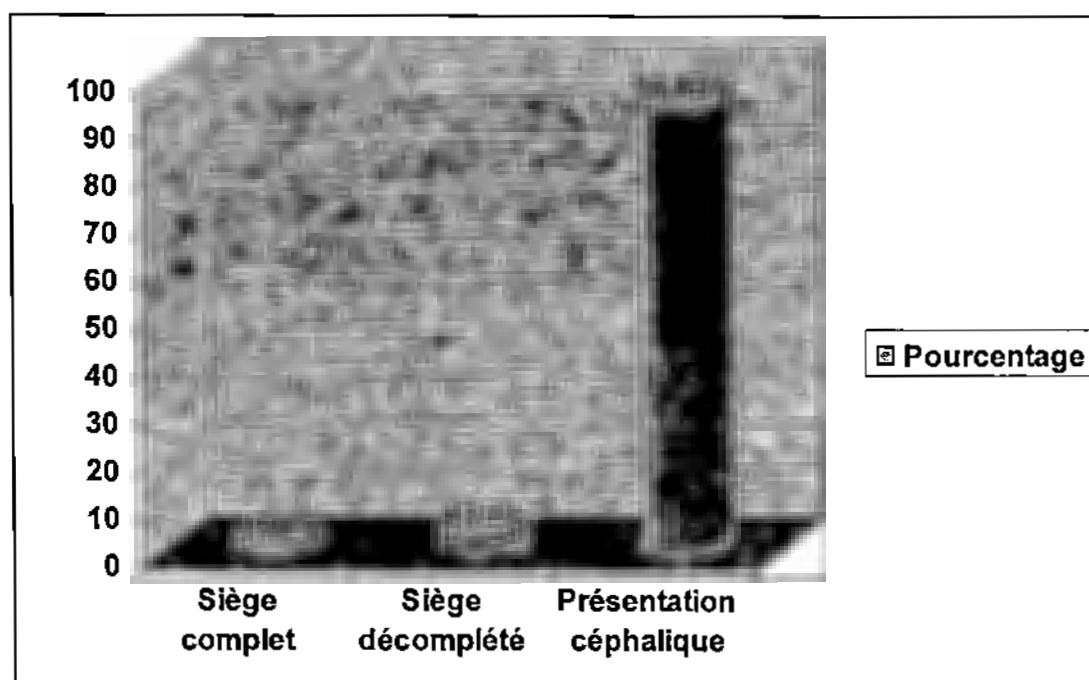
7-1 Figure 28 : Répartition des patientes selon la phase du travail

Dans notre étude 67 % des patientes étaient venues pendant la 2^{ème} phase du travail d'accouchement.

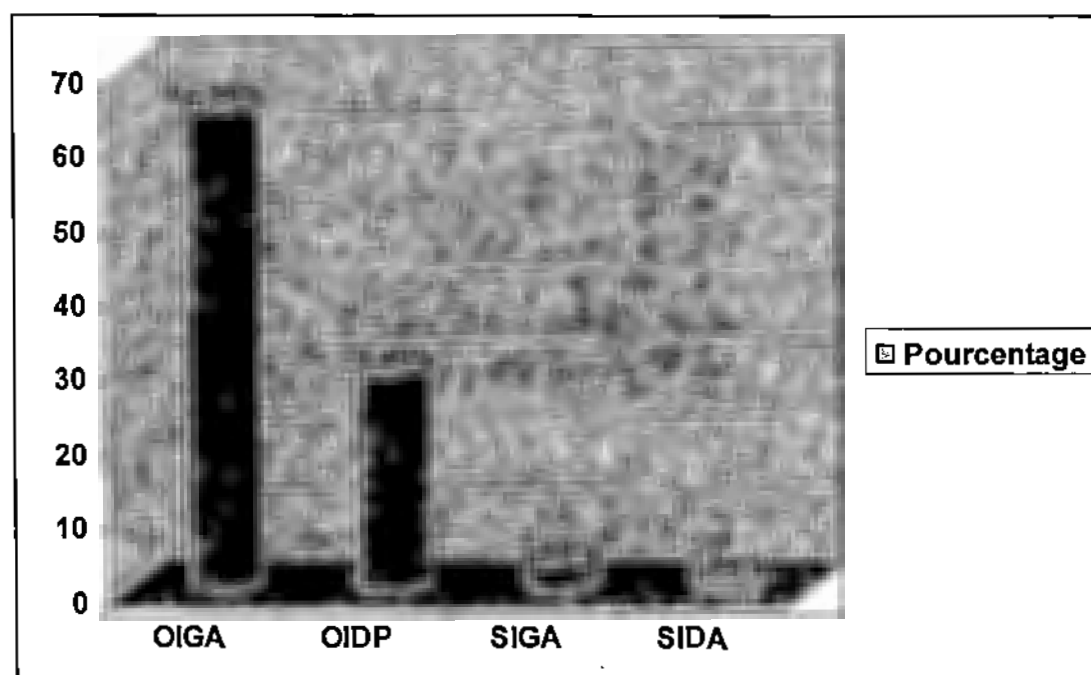


7-2 Figure 29 : Répartition des patientes selon le type de présentation

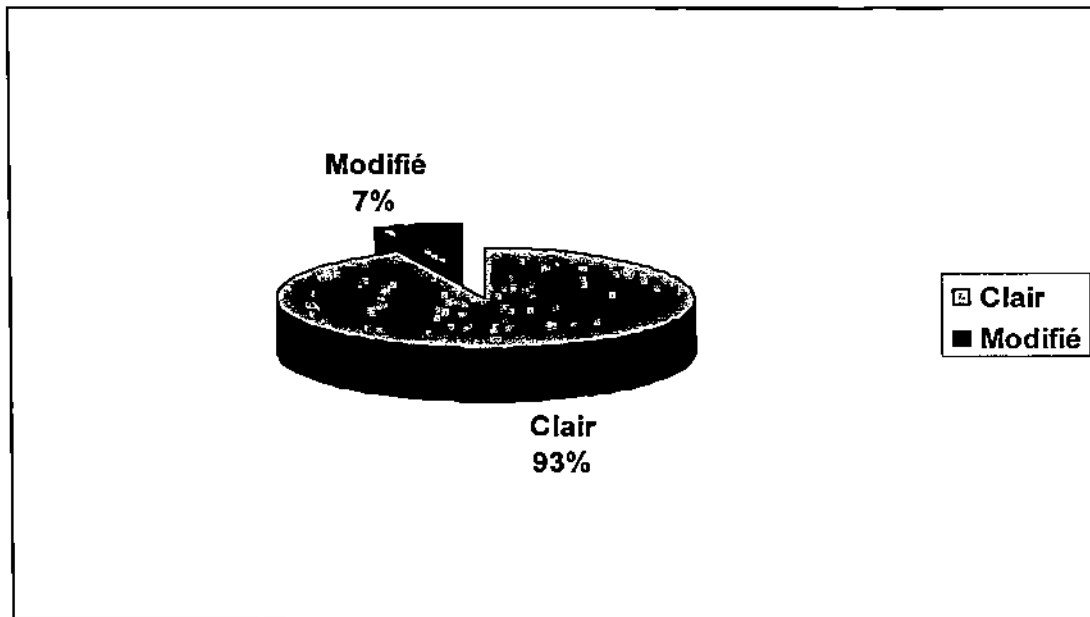
La présentation du sommet était la plus représentée avec 94 % des cas.



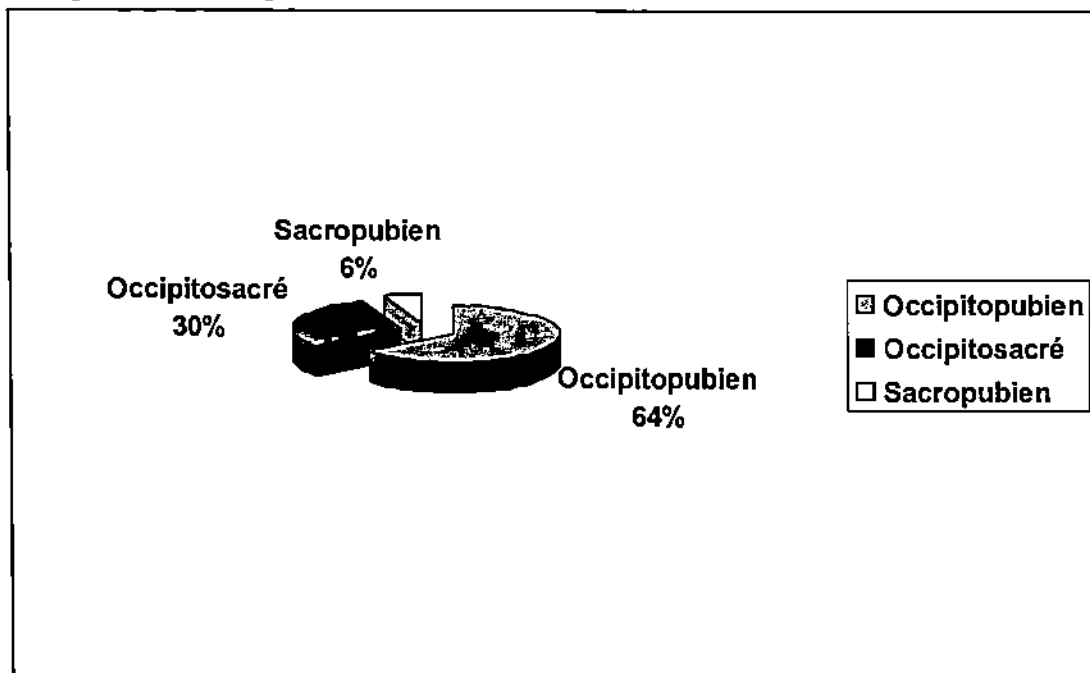
7-3 Figure 30 : Répartition des patientes selon le mode de présentation du siège
Dans notre échantillon la présentation du siège était peu représentée avec 1,38% pour le siège complet et 4,15% pour le siège décomplété.



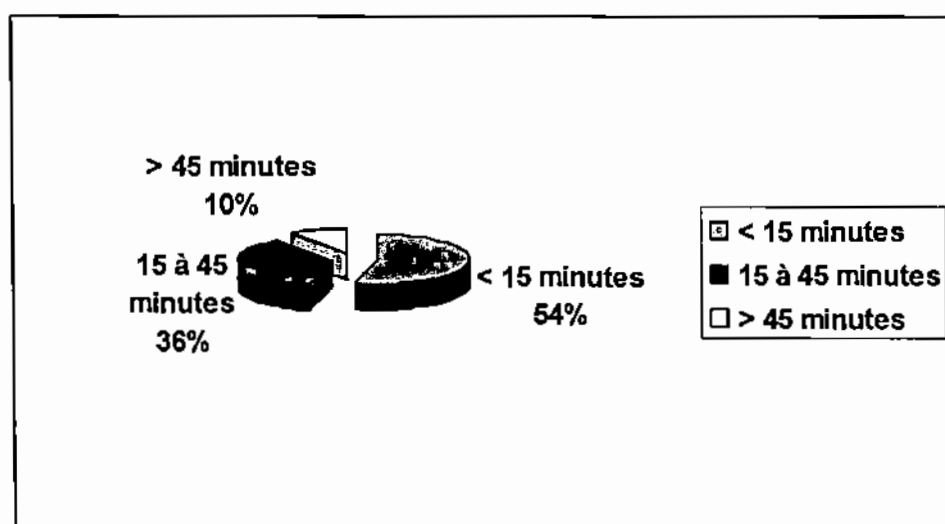
7-4 Figure 31 : Répartition des patientes selon la variété de présentation
Dans notre étude 64,98% des présentations étaient en OIGA.



7-5 Figure 32 : Répartition des patientes selon l'aspect du liquide amniotique. Le liquide amniotique était clair dans 93 % des cas.



7-6 Figure 33 : Répartition des patientes selon le type de dégagement. Le dégagement en occipitopubien (OP) était le plus représenté avec 64%.



7-7 Figure 34 : Répartition des patientes selon la durée de la phase expulsive

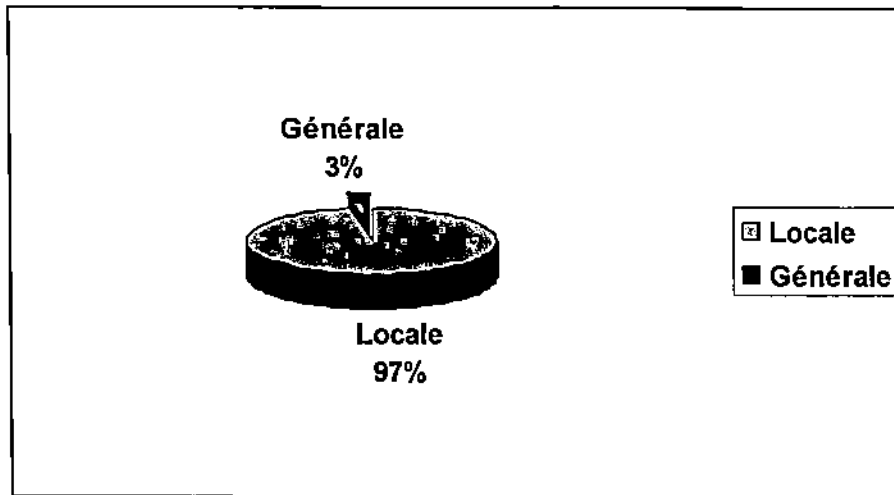
Dans notre échantillon la durée de la phase expulsive était inférieure à 15 minutes dans 54% des cas.

8- Épisiotomie :

8-1 Tableau II : Répartition des patientes selon les indications de l'épisiotomie

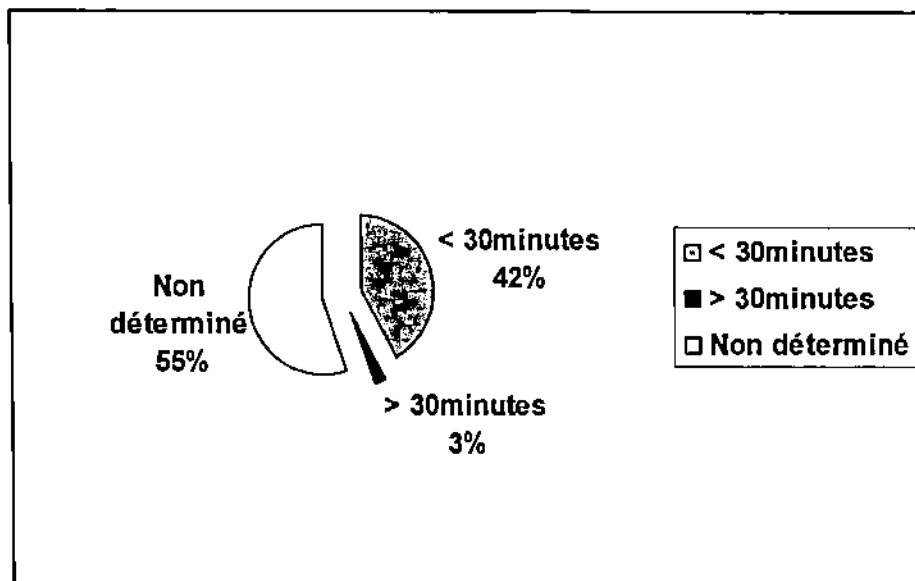
Indications de l'épisiotomie	Effectif	Pourcentage
Périnée rigide + excision type II	89	41,01
Périnée étroite + excision type II	53	24,42
Périnée court + excision type II	10	4,61
Bracht	5	2,3
Mauriceau	7	3,22
Jacquemier	3	1,38
Forceps	28	12,9
Ventouse	1	0,5
Prématurité	5	2,3
Macrosomie	6	2,76
Hypotrophie	2	0,92
SFA	8	3,68
Total	217	100

Au cours de notre étude l'épisiotomie était liée au périnée avec excision type II dans 70,04 % des cas.



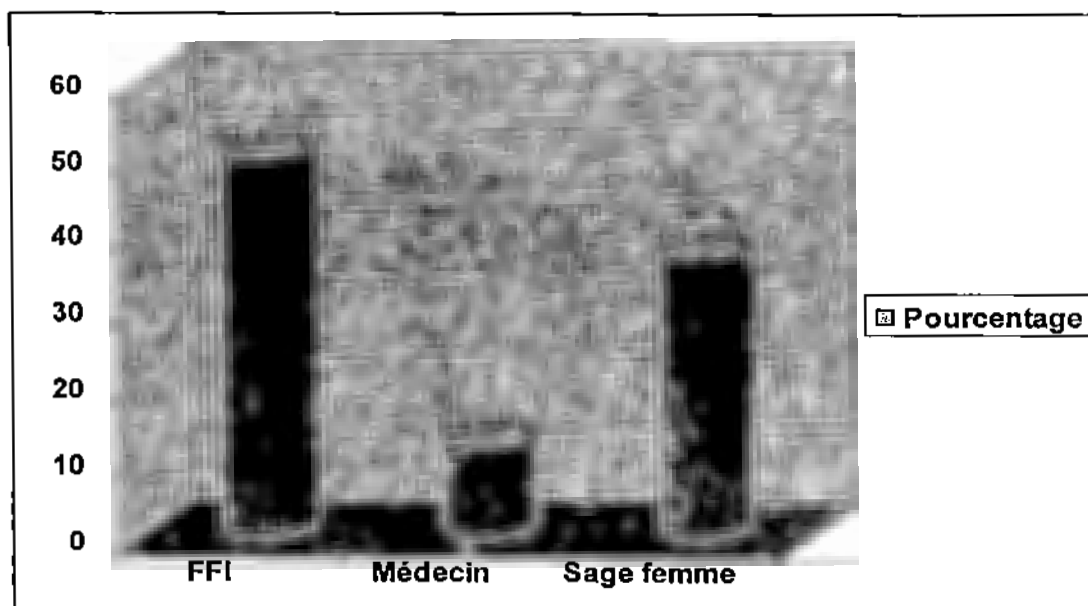
8-2 Figure 35 : Répartition des patientes selon le type d'anesthésie

Dans notre échantillon l'anesthésie locale a été réalisée dans 97% des cas.



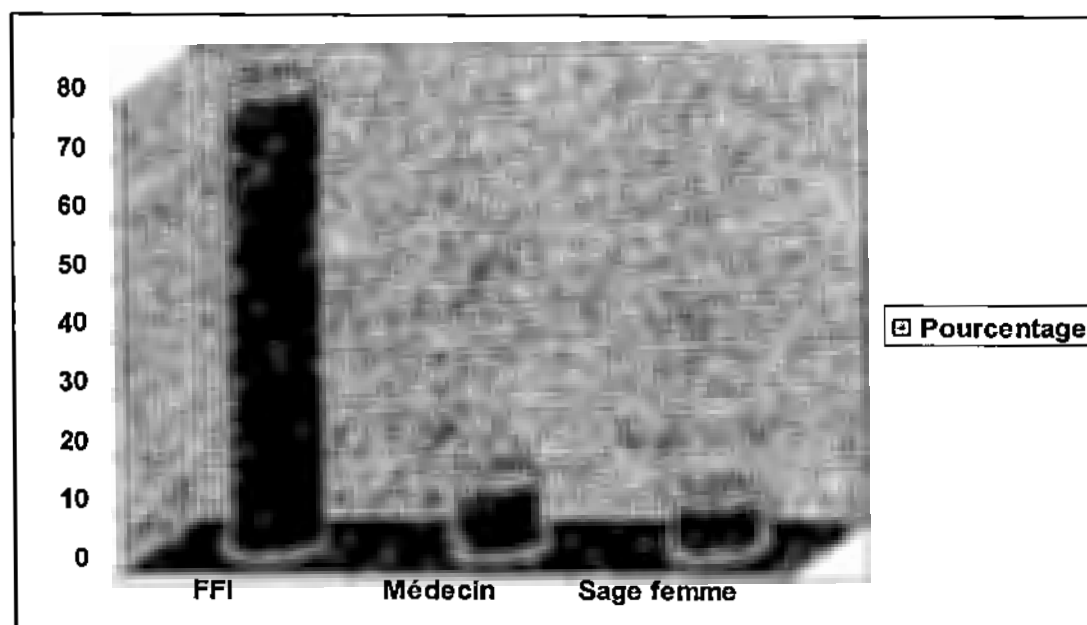
8-3 Figure 36 : Répartition des patientes selon le délai de suture

Au cours de notre étude le délai de suture n'a pas été noté dans les dossiers dans 55% des cas.



8-4 Figure 37 : Répartition des patientes selon la qualification de l'agent ayant effectué l'accouchement.

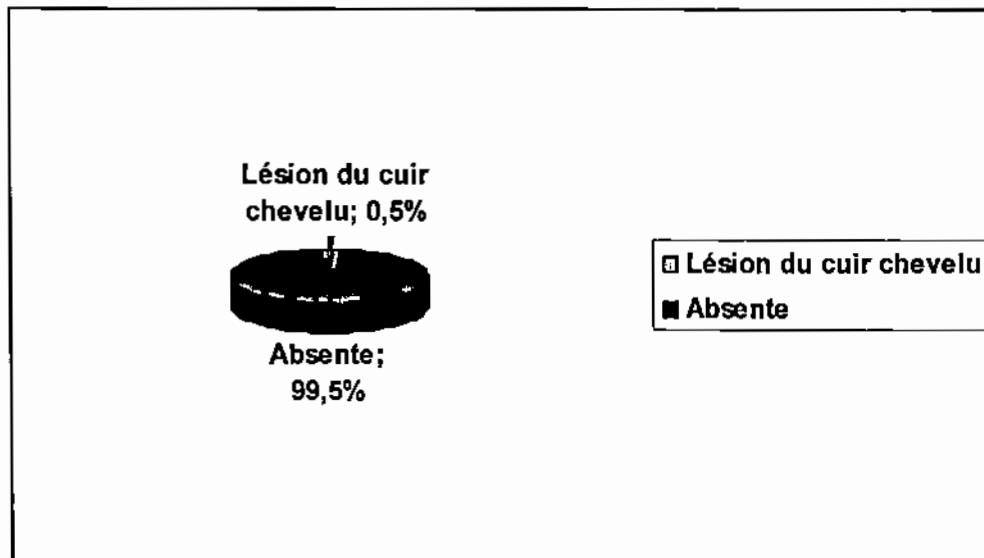
Dans notre échantillon 50,23% des accouchements ont été effectués par les internes.



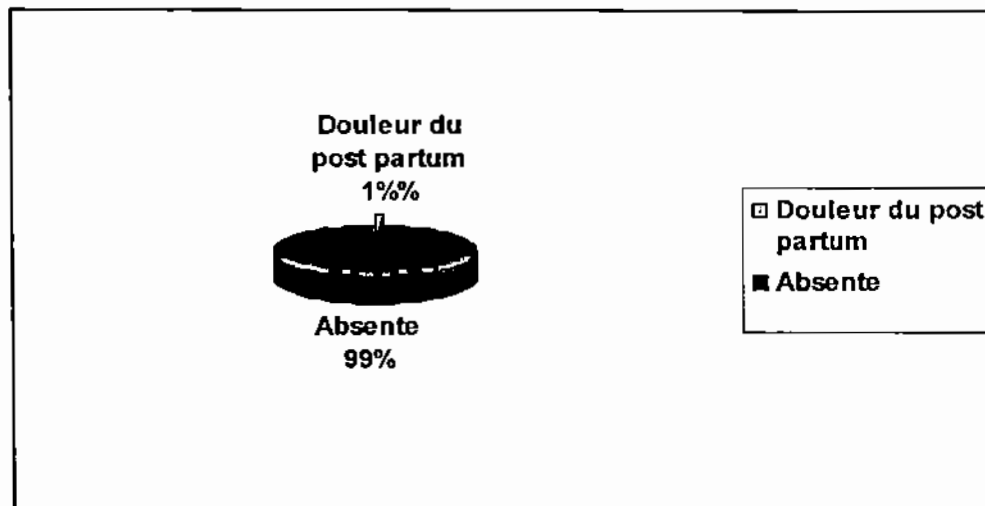
8-5 Figure 38 : Répartition des patientes selon la qualification de l'agent ayant effectué la suture d'épisiotomie.

Dans notre série 78,8% des sutures d'épisiotomie ont été effectuées par les internes.

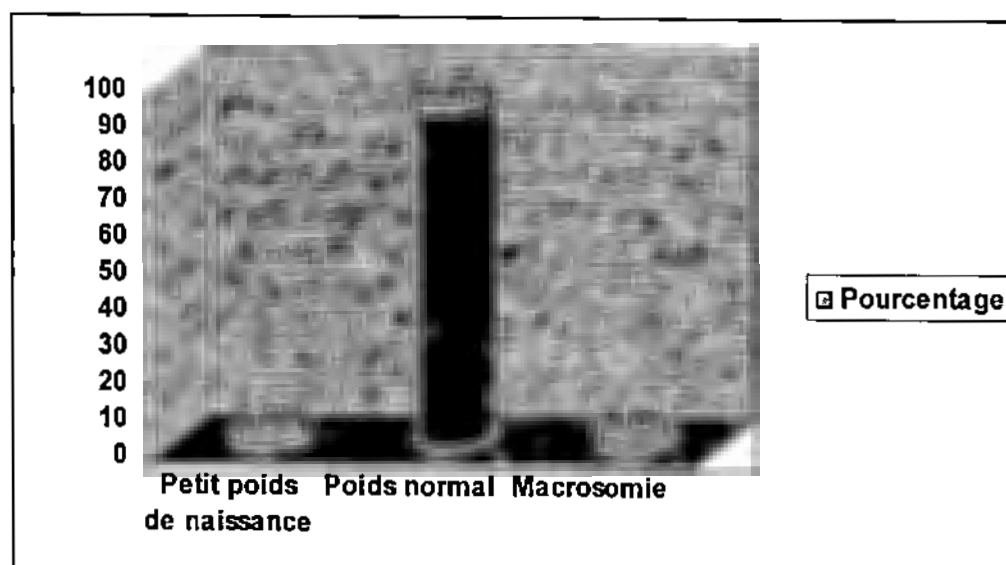
8-6 Les complications :



8-6-1 Figure 39 : Répartition des patientes selon les complications fœtales
Les complications fœtales étaient absentes dans 99,5% des cas.



8-6-2 Figure 40 : Répartition des patientes selon les complications maternelles
Les complications maternelles étaient absentes dans 98,6% des cas.



9- Figure 41 : Répartition des patientes selon le poids du nouveau né
 Dans notre échantillon 92,67% des nouveaux nés avaient un poids normal à la naissance.

10- Tableau III : Répartition selon Score d'Apgar à la naissance

Score d'Apgar	1 ^{ère} minute		5 ^{ème} minute	
	Fréquence	%	Fréquence	%
0	8	3,69	9	4,15
1- 3	2	0,92	1	0,46
4 - 7	8	3,69	4	1,84
> 7	199	91,7	203	93,55
Total	217	100	217	100

Mort né : Apgar=0

Mort apparente : Apgar 1 à 3

Etat morbide : Apgar 4 à 7

Bon état : Apgar : 7 à 10

Dans notre échantillon 91,71% des nouveaux nés avaient un bon Apgar à la 1^{ère} minute et 93,55% des nouveaux nés avaient un bon Apgar à la 5^{ème} minute.

11- Tableau IV : Relation entre Score d'Apgar et le type de dégagement

		Le type de dégagement			Total	
		OP	OS	SP		
Score d'Apgar	A la 1 ^{ère} minute	0	7	1	0	8
		1-3	2	0	0	2
		4-7	7	0	1	8
		>7	181	2	14	197
Score d'Apgar	A la 5 ^{ème} minute	0	1	0	0	1
		>7	1	0	0	1
Total		199	3	15	217	

Khi deux de Pearson = 0,882 et P = 8,909%

Chez 181 nouveaux nés dont le dégagement était en occipitopubien l'Apgar était bon (>7) à la 1^{ère} minute. Plus le dégagement était en occipitopubien plus l'Apgar était bon à la 1^{ère} minute.

12- Tableau V : Relation entre Score d'Apgar et la durée d'expulsion

		La durée d'expulsion			Total	
		< 15mn	15 à 30mn	> 30mn		
Score d'Apgar	A la 1 ^{ère} minute	0	2	4	2	8
		1-3	1	1	0	2
		4-7	2	3	3	8
		>7	111	69	17	197
Score d'Apgar	A la 5 ^{ème} minute	0	1	0	0	1
		>7	1	00	0	1
Total		118	77	22	217	

Khi deux de Pearson = 0,214 et P = 13,174%

Sur 111 nouveaux nés, plus la durée d'expulsion était < 15minutes, meilleur était l'état des nouveaux nés à la 1^{ère} minute (Apgar>7).

**COMMENTAIRES ET
DISCUSSION**

VI- Commentaires et discussions :

1- Limites et difficultés de cette étude :

Notre étude était transversale descriptive avec collecte rétrospective et prospective des données.

Les difficultés rencontrées ont été:

- les dossiers obstétricaux incomplets
- le non respect par les patientes du calendrier de suivi.

2- Fréquence

Au terme de l'étude, nous avons colligé 217 cas d'épisiotomies médio latérales sur les 2347 accouchements effectués dans le service de Gynéco Obstétrique du CHU Point G soit 9,25%.

Coulibaly M dans une étude prospective réalisée à l'hôpital Gabriel Touré de 2002 à 2004 [2] portant sur 4541 accouchements et Coulibaly B [15] à l'hôpital national du Point G en 1992 ont rapporté respectivement un taux de 13,76 % et 38,32%.

Au centre de santé de référence de la commune V, Diallo D [14] en 1995 et Kayentao A [16] en 2008 ont rapporté respectivement 56% et 31,95% d'épisiotomie.

Notre taux se rapproche de celui d'une étude Anglaise réalisée à l'Hôpital Royal du Berkshire avec 10% [18].

Au Royaume-Uni, Graham Ian D et collaborateurs ont trouvé 13% d'épisiotomie [19].

En Suède, Rockner dans son étude a rapporté un taux de 9,7% entre 1999 et 2000 [19].

La plupart des auteurs [2, 14, 15, 16, 17, 18, 19] ont rapporté des taux supérieurs au nôtre. Cette différence pourrait s'expliquer :

- D'une part, par les indications d'épisiotomie variables selon les auteurs, certains réalisent systématiquement l'épisiotomie chez les primipares.

- d'autre part, par la faible incidence de l'intervention dans des maternités au Mali liée aux habitudes des sages femmes. Si pour certaines réussir l'accouchement sans épisiotomie est une prouesse, pour d'autres il est préférable d'éviter à être confrontée à un acte de petite chirurgie pour lequel on n'a pas été formée !

3- Les caractéristiques sociodémographiques :

3-1 Age

Dans notre série, l'âge moyen était 21,6 ans avec les extrêmes 13 ans et 40ans mais la tranche d'âge la plus touchée était de 16-19ans soit 45,6% des cas.

Notre taux était comparable à celui trouvé par Diarra M [20] avec 48,09%(pour une tranche d'âge de 15-19 ans) et inférieur aux résultats de Coulibaly M [2] et Fané S [22] avec respectivement, 58,56 % et 60,1 % pour une tranche d'âge de 20-35ans.

Nous pouvons dire que la population d'étude était majoritairement plus jeune. Le jeune âge de la majorité des patientes pourrait être en rapport avec le mariage précoce entraînant la survenue de grossesses précoces dans un contexte d'immaturation physique.

3-2 Ethnie :

Les Bambaras étaient les plus représentées avec 54,3% des cas, résultat proche de celui de Dolo O [21] et de Fané S [22] qui ont trouvé respectivement 40,3% et 42,3% des cas.

3-3 Le statut matrimonial:

Dans notre étude, les mariées étaient les plus représentées avec 77% des cas. Notre taux était inférieur à celui de Dolo O [21] qui avait trouvé 84,5% des cas.

3-4 L'occupation :

Au cours de notre étude, les ménagères dominaient avec 55,8% des cas, résultat comparable à celui retrouvé dans la plupart des études faites au Mali.

4- Admission :

Dans notre série, 45% des patientes provenaient hors de Bamako (Kati, Nèketala, Malibougou, Sirakoro) contre 55% en provenance du district de Bamako.

Aussi les 69% des patientes étaient venues d'elles-mêmes essentiellement pour contractions utérines douloureuses sur grossesse estimée à terme ; 7% patientes étaient des évacuées et 24% étaient des référées.

Beaucoup de patientes étaient adressées par le centre de santé de référence de Kati structure proche du CHU du Point G.

5- Antécédents (ATCD) :

5-1 Antécédents médicaux

Dans notre série, la majorité était sans antécédent médical soit 96,8% des cas. L'hypertension artérielle représentait dans notre échantillon avec 2,3% cas pour lesquels une extraction instrumentale associée à une épisiotomie a été indiquée de façon préventive.

La drépanocytose représentait dans 0,9% des cas. Elle peut être responsable d'anémie diminuant de la capacité physique maternelle au cours du travail d'accouchement (insuffisance d'efforts expulsifs) mais aussi de prématurité, de souffrance fœtale. Ces situations parmi tant d'autres pouvaient faire pratiquer une épisiotomie et/ou une extraction instrumentale.

5-2 Antécédents chirurgicaux :

Au cours de notre série la majorité était sans antécédents chirurgicaux soit 94,9% des cas.

Nous avons enregistré 4,6% d'utérus cicatriciel dont la cause de la césarienne n'était pas permanente chez qui une épreuve utérine a été conduite avec succès, de même que la révision utérine systématique.

5-3 Type d'excision :

L'excision de type II était la plus représentée dans notre série avec 94,93% des cas.

5-4 Antécédents obstétricaux :

Les primipares dominaient dans notre étude soit 91,7% des cas.

Coulibaly M [2] et de Fané S [22] avec respectivement 72,32% et 58,9% des cas notaient la prédominance des primipares.

L'explication se trouve dans le fait que lors du premier accouchement il existe un obstacle périnéal, la tête étant retenue par des tissus trop résistants. Le périnée des primipares se laisse plus difficilement distendre que celui des multipares. Ces raisons nous faisaient recourir à l'épisiotomie préventive au moment du dégagement de la présentation et lors des applications de forceps.

6- Grossesse :

6-1 Terme de la grossesse

Dans notre série, les grossesses à terme représentaient 98% contre 2% de grossesse non à terme.

La date des dernières règles, la mesure de la hauteur utérine et les résultats d'échographiques obstétricales ont été les principaux moyens d'estimation de l'âge de la grossesse.

6-2 Nombre de CPN :

113 patientes avaient fait au moins 4 CPN soit 52%.

44 femmes avaient fait 1 à 3 CPN soit 20%.

60 femmes n'avaient pas fait de CPN soit 28%. Notre taux se rapprochait de ceux de Coulibaly M [2] et Fané S [22] avec respectivement 50,4% et 52,5%.

7- Aspects clinique :

7-1 Hauteur utérine :

Dans notre étude, la hauteur utérine normale à terme était la plus représentée avec 92,7%.

La hauteur utérine est un élément d'appréciation de la macrosomie et de l'hypotrophie pouvant être respectivement à l'origine d'arrêt de progression fœtale et d'expulsion en boulet de canon. Dans ces deux cas l'épisiotomie

permet de prévenir une souffrance fœtale ou une lésion des parties molles (déchirure périnéale) en écourtant la phase expulsive.

7-2 Bruit du cœur fœtal :

Dans notre série, les bruits du cœur fœtal étaient normaux dans 91,7% des cas résultat supérieur à celui de Fané S [22] avec 61,4% des cas.

7-3 Phase du travail :

Au cours de notre étude 67% des parturientes sont venues pendant la phase active du travail d'accouchement.

7-4 Type de présentation :

Dans notre série, la présentation du sommet était la plus représentée soit 94%. Notre taux était comparable à ceux de Coulibaly M [2] et de Merger R et al [4] avec respectivement 95,52% et 96%.

Monzil [24] a rapporté pour les présentations céphaliques et de sièges respectivement 97,25% et 2,5%.

La présentation du siège était peu fréquente dans notre série avec 12 cas soit 6%. Ce taux était supérieur à celui de Merger R [4] avec 3123 cas soit 3,9%.

7-5 Mode de présentation du siège :

Dans notre échantillon la présentation du siège était peu représentée avec 1,38% pour le siège complet et 4,15% pour le siège décomplété.

7-6 Variété :

Les 64,98% des présentations du sommet étaient en OIGA, taux inférieur à celui de Coulibaly M [2] et de Fané S [22] soit respectivement 74,24% et 92,4%.

7-7 Aspect du liquide amniotique :

Le liquide amniotique était clair dans 93% des cas contre respectivement 43,68% et 46,6% des cas, pour Diarra M [20] et de Dolo O [21].

7-8 Mode de dégagement :

Le dégagement en OP était le plus représenté dans notre série avec 64% des cas. Ce taux était inférieur à celui de Fané S [22] soit 86,7% des cas.

7-9 La durée de la phase expulsive du fœtus:

Trente six pourcent (36%) des parturientes avaient une durée d'expulsion comprise entre 15 et 30 minutes au cours de l'étude. La durée d'expulsion moyenne était de 13,64mn.

Dolo O [21] a trouvé un taux inférieur soit 30,5%. Le taux de 36% dans notre série s'expliquait par le fait que les primipares étaient dominantes.

Dans l'intérêt du fœtus, l'expulsion proprement dite ne devrait pas dépasser 20 minutes chez la primipare et chez la multipare, elle est plus rapide, excédant rarement 15minutes [4]. L'augmentation de la durée d'expulsion s'accompagne d'une mortalité périnatale élevée [23].

8- Épisiotomie :

8-1Type : Toutes les épisiotomies effectuées au cours de notre série étaient médiolatérales. L'épisiotomie médiolatérale a moins d'inconvénients que les épisiotomies latérales et médianes.

Une étude réalisée en 1995 par Pel et Heres aux Pays-Bas a rapporté une fréquence globale d'épisiotomie de 24,5% dont 23,3% médiolatérales et 1,2% médianes [24].

Cependant, bien que démontré par Antony et al en 1990 [10] que l'épisiotomie médio latérale diminuait par 4 le risque de lésions périnéales sévères, elle a aussi été associée à un taux global de déchirures périnéales sévères de 1,4%.

8-2 Indication de l'épisiotomie :

Les indications de l'épisiotomie sont diverses, variant d'un service à un autre. Les indications classiques à savoir les manœuvres obstétricales, liées au périnée avec séquelles d'excision, les extractions instrumentales, liées au fœtus (prématurité, hypotrophie, souffrance fœtale, présentation du siège) ont été retrouvées dans notre série. L'épisiotomie a été indiquée:

- soit pour diminuer le temps d'expulsion, de réduire le traumatisme fœtal, en facilitant l'exécution de manœuvres obstétricales.
- Soit pour réduire le risque de déchirure périnéale au cours de l'accouchement

8-2-1 Accouchement de siège:

Dans 5,52% des cas nous avons réalisé une épisiotomie au cours des accouchements du siège.

Au cours de ces accouchements du siège, nous avons eu recours à la manœuvre de Bracht (2,3%), et à celle de Mauriceau (3,22%) pour extraction de la tête dernière.

Dans trois (3) cas de macrosomie nous avons pratiqué la manœuvre de Jacquemier pour dystocie des épaules.

Toutes les manœuvres d'extraction foetale ont été associées à l'épisiotomie dans le but d'agrandir l'orifice vulvaire et permettre ainsi un accouchement le moins traumatique possible.

Des taux inférieurs au notre ont été rapportés par Coulibaly M [2] et Kayentao A [16] soit respectivement 4,48% et 4,95%.

La pratique systématique de l'épisiotomie en cas d'accouchement de siège a été notée par de nombreux auteurs [7,9].

Les manœuvres de Bracht et Mauriceau ont été indiquées pour le dégagement artificiel de la tête fœtale qui était engagée et retenues au niveau des parties molles. L'épisiotomie dans ces cas a été réalisée pour réduire la mortalité materno-fœtale.

8-2-2 Indications liées au périnée:

Nous avons recensé 152 cas d'épisiotomie liée au périnée avec une séquelle d'excision de type II répartie comme suit :

- 41,01% des cas de périnées rigides,
- 24,42% des cas de périnées étroits,
- 4,61% des cas de périnées courts

Coulibaly M [2] a trouvé dans sa série 65,76% de cas d'épisiotomie pour périnée rigide avec séquelle d'excision. Ce résultat est supérieur au nôtre.

L'excision entraîne une rigidité vulvaire liée à la cicatrisation d'une part et au degré d'excision d'autre part. Mais plus l'excision est importante plus la sclérose est considérable et plus l'orifice vulvaire est rétréci, justifiant alors la réalisation de l'épisiotomie dans ces cas. Seule celle-ci pourrait réduire la durée d'expulsion qui ne devrait pas excéder 45 minutes au risque de voir s'installer une souffrance néonatale ou une déchirure périnéale.

8-2-3 Extraction instrumentale :

L'épisiotomie a été effectuée dans tous les cas d'extraction instrumentale pour insuffisances d'efforts expulsifs, souffrance fœtale aiguë, crise d'éclampsie et drépanocytose.

La ventouse a été pratiquée dans notre série pour souffrance fœtale aiguë et pour épuisement maternel. L'épisiotomie a été associée à la ventouse dans 0,5% des cas.

Nous avons pratiqué 12,9% d'extraction par forceps associé à l'épisiotomie.

L'indication d'épisiotomie se justifie par la nécessité d'augmenter de l'orifice vulvaire dans ces extractions instrumentales.

Notre taux de forceps était supérieur à celui de Fané S [22] qui a rapporté 11,4% des applications de forceps dans les cas de macrosomie (4,4%) et de petit poids de naissance (7%). L'hypotrophe et le macrosome étant des fœtus fragiles, une épisiotomie large a été effectuée pour abréger la phase expulsive.

8-2-4 Prématurité et l'hypotrophie :

Dans notre échantillon, l'épisiotomie a été associée à l'accouchement prématuré et à l'accouchement de l'hypotrophe dans respectivement 2,3% et 0,92% des cas.

L'accouchement d'un enfant de petit poids doit être atraumatique. En effet l'hypotrophe étant fragile l'épisiotomie en phase expulsive s'impose car permet un élargissement de l'orifice vulvaire réduisant ainsi les traumatismes lors du passage du fœtus dans la filière pelvigénitale.

8-3 L'utilisation de l'anesthésie :

Au cours de notre étude, 97% des épisiotomies ont subi une anesthésie locale et 3% ont subi l'anesthésie générale. Cette anesthésie générale a été réalisée au cours d'une craniotomie sur une présentation du siège avec hydrocéphalie et au cours des réparations de 2,8% de déchirures cervicales et de l'épisiotomie. Ces déchirures cervicales étaient dues au fait que ces femmes poussaient sur le col avant la dilatation complète.

8-4 Délai de suture

Il n'a pas été noté dans 55% dossiers. Il a été ce pendant inférieur à 30 minutes dans 42% des cas et supérieur à 30 minutes dans 3% des cas.

Plus le délai entre l'épisiotomie et la suture était long moins la cicatrisation sera de bonne qualité et plus l'hémorragie sera importante d'où la nécessité d'envisager la suture dans un bref délai.

La suture a été effectuée avec du vicryl (2 /0 ou 1) en 3 plans :

- surjet continu sur la muqueuse,
- points séparés sur la musculieuse,
- surjet sur la peau.

Dans notre série, 50,23% des accouchements ont été effectués par les internes et 78,8% des sutures d'épisiotomie ont été aussi effectuées par les internes.

.8-5 Complications :

8-5-1 Complications fœtales :

Les complications fœtales ont été absentes dans 99,5% des cas.

Un cas de solution de continuité de trois centimètre sur le pariétal gauche de la tête a été consécutif à l'agitation d'une parturiente lors du forceps et qui fut suturée.

8-5-2 Complications maternelles :

Nous avons enregistré trois cas de douleurs périnéales du post partum chez les femmes ayant le périnée oedématié avant la réalisation de l'épisiotomie et qui ne faisaient pas la toilette antiseptique dans le post partum.

9 Poids Fœtal :

Au cours de notre étude, 92,67% de nouveaux nés avaient un poids normal. Le poids à la naissance était normal chez Fané S [22] avec 88,6%.

Selon Vendittelli et al [23] la majorité des nouveaux nés avait un poids supérieur à la normale soit 81,6%.

10- État du nouveau né :

10-1 Apgar à la 1^{ère} minute :

Nous avons enregistré 8 mort-nés (Apgar à 0) avec une fréquence de 3,68% dont un hydrocéphale mort né macéré, deux cas de circulaire du cordon au cou et quatre morts nés dus à l'éclampsie chez la mère. Un cas de mort né a été consécutive à une fièvre 3 jours avant le début du travail.

Nous avons enregistré 0,92% et 3,68% des nouveaux nés ayant un score d'Apgar respectivement compris entre 1- 3 et 4- 7. Ils ont bénéficié au départ d'une réanimation dans notre service avant être référé au service en pédiatrie du CHU du Gabriel Touré.

Dans notre échantillon 91,71% des nouveaux nés avaient un bon Apgar à la 1^{ère} minute. Cette fréquence est inférieure à celle de Kayentao A [16] soit 98,43%.

Chez 181 nouveaux nés dont le dégagement était en occipitopubien l'Apgar était bon (>7) à la 1^{ère} minute. Plus le dégagement était en occipitopubien plus l'Apgar était élevé à la 1^{ère} minute.

Sur 111 nouveaux nés, plus la durée d'expulsion était < 15minutes plus l'état des nouveaux nés à la naissance était bon (>7) à la 1^{ère} minute.

10-2 Apgar à la 5^{ème} minute :

Un nouveau né était décédé au service (0,46%). Il s'agissait d'un cas de mort apparente à la 1^{ère} minute où la réanimation était restée sans succès.

Un nouveau né dans un état de mort apparente a été transféré à l'unité de néonatalogie du CHU Gabriel Touré mais y est décédé durant les 24 heures qui ont suivi son transfert.

Quatre nouveaux nés par contre avaient un score entre 4 et 7 soit 1,84%. Leur prise en charge a également été effectuée au CHU Gabriel Touré, avec une hospitalisation de 72 heures ayant permis de leurs sauver la vie.

Au cours de notre étude 93,55% des nouveaux nés avaient un bon Apgar à la 5^{ème} minute. Cette fréquence était inférieure à celle de Kayentao A [16] soit 99,45%.

CONCLUSION

VII- Conclusion :

L'étude descriptive transversale avec collecte rétrospective et prospective des données que nous avons réalisée a porté sur l'épisiotomie médiolatérale dans le service de gynécologie obstétrique du CHU du Point G du 1^{er} janvier 2006 au 31 décembre 2007. Tous les cas ont été des épisiotomies médiolatérales.

La fréquence de l'épisiotomie a été de 9,25%, l'âge moyen des accouchées était 21,6 ans. Le périnée rigide avec excision type II a été la principale indication prédominante avec 41,01%.

Les facteurs de risque maternels d'épisiotomie ont été identifiés à partir des antécédents médicaux et obstétricaux. Il s'agissait essentiellement de l'hypertension artérielle (possibilité de crise d'éclampsie), de la drépanocytose et de séquelle d'excision. Les facteurs de risque fœtaux ont été identifiés à partir de l'examen obstétrical et des résultats échographiques: le volume fœtal, la nature de la présentation.

De nos jours, les traumatismes du fœtus ainsi que du périnée maternel ne sont pas encore rares et sont souvent graves. Une épisiotomie avec des indications bien réfléchies a en effet une place importante dans la prévention des traumatismes obstétricaux.

VIII- Recommandations :

A la lumière des résultats de ce travail, nous recommandons :

Aux autorités sanitaires et politiques :

- Organiser des campagnes d'information et de sensibilisation des femmes enceintes afin qu'elles se sentent concernées quant à la promotion des consultations prénatales.
- Doter la salle d'accouchement d'un appareil monitoring du rythme cardiaque fœtal.
- Approfondir les enseignements portant sur l'épisiotomie dans les écoles et instituts de formation sanitaires.

Aux populations :

- Abandonner les accouchements à domicile dont les conséquences sont redoutables aussi bien pour la mère que pour l'enfant.
- Fréquenter les services de santé pendant la grossesse, l'accouchement et les suites de couches.

Au personnel de santé :

- Assurer la bonne tenue des dossiers obstétricaux.
- Respecter les indications et les conditions de l'épisiotomie.
- Faire la réparation chirurgicale correcte de l'épisiotomie dans un délai bref (moins de 30minutes).

REFERENCES

IX- Références :

- 1- Baudet J et Daffos F.** Obstétrique Pratique.
Maloine SA, Editeur Paris, 1977, 484p.
- 2- Coulibaly M.** Épisiotomie dans le service de Gynécologie Obstétrique de l'hôpital Gabriel Touré à propos de 625 cas. Thèse Méd, Bamako (Mali), 2005, 58p.
- 3- Cady J, Kron B.** Anatomie du corps humain. Paris : Librairie Maloine SA, 1970, 179p.
- 4- Merger R, Levy J, Melchior J.** Précis d'Obstétrique Paris, 6^{ème} édition, Masson 1995, 597p.
- 5- Renglewicz J.M.** Déchirures périnéales et épisiotomie.
ASINCOPROB du Haut-Rhin, 14p.
<http://asincoprob.free.fr/compterendus/dechirureperinea.htm>
Consulté le 17/09/2007.
- 6- Bourrillon A et coll.** Pédiatrie : Connaissances et Pratique.
Paris, 2^{ème} Edition, Masson, 2002, 652p.
- 7- De Tourris H, Magnin G, Pierre F.** Gynécologie et Obstétrique
Paris, 7^{ème} édition, Masson, 2000, 444p.
- 8- Accouchement normal et dystocique.**
Paris, 6^{ème} Edition : Pierre Magnin, 1952.T2. 530p.
- 9- Parant O, Reme J.M, Monrozies X.** Déchirures obstétricales récentes du périnée et épisiotomie. Encycl Méd Chir (Elsevier, Paris), Obstétrique, 1999, 9p.
- 10- Claude D.** L'épisiotomie protège-t-elle le périnée ?
Archives 0212092.asp.2000, 6p.
<http://www.jpgetarbes.com/detail/archives/02120902.asp>
Consulté le 17/09/2007.

- 11- **Sadoul G.** Traumatismes des voies génitales basses et du périnée consécutifs à l'accouchement. *Encycl Méd Chir* (Paris, France), 1986, 5p.
- 12- **Parant O, Reme J.M, Monrozies X.** Épisiotomie. *Encycl Méd Chir* (Editions scientifiques et Médicales Elsevier SAS, Paris), Techniques chirurgicales- Gynécologie, 2000,6p.
- 13- **Lansac J, Body G.** Pratique de l'accouchement. Paris, 2^{ème} édition, SIMEP, 1992, 349p.
- 14- **Diallo D.** L'accouchement chez l'adolescente en milieu périurbain de Bamako à propos de 150 observations recueillies au centre de santé de référence de la commune V. Thèse Méd, Bamako, 1995, N°48.
- 15- **Coulibaly B.** Etude de la gravido-puerpéralité chez les adolescentes à la maternité de l'Hôpital National du Point G. Thèse Méd, Bamako (Mali), 1992, N°56.
- 16- **Kayentao A.K.** Épisiotomie dans le service de Gynécologie Obstétrique du centre de santé de référence de la commune V du district de Bamako à propos de 1594 cas. Thèse Méd, Bamako (Mali), 2008, 43p.
- 17- **Bagayoko N.** Pronostic materno-fœtal des grossesses non suivies à propos d'une étude cas-témoins dans le service de Gynécologie Obstétrique de l'hôpital Gabriel Touré. Thèse Méd, Bamako (Mali), 2004, N°39.
- 18- <http://www.gyneweb.fr/Sources/gdpublic/postpartum/episio.htm> Les suites de l'épisiotomie.10p.Guide de l'après accouchement. Dernière mise à jour le 30septembre, 2004.Consulté le 17/09/2007.
- 19- **Rockner G, Jonasson A.** Changed pattern in the use of episiotomy in Sweden. *Br J Obstet Gynaecol*, 1999, 101p.
- 20- **Diarra M.B.** Evaluations Obstétricales au service de Gynécologie Obstétrique du CHU du Point G à propos de 682 cas. Thèse Méd, Bamako (Mali) 2008, 54p.

- 21- Dolo O.G.** Accouchement du gros fœtus dans le service de Gynécologie Obstétrique du CHU du Point G. Thèse Méd, Bamako (Mali), 2001, N°85.
- 22- Fané S.** Les accouchements par forceps dans le service de Gynécologie Obstétrique du CHU du Point G à propos de 158 cas. Thèse Méd, Bamako (Mali), 2003, N°51.
- 23- Vendittelli F, Gallat D.** Recommandation pour la pratique clinique de l'épisiotomie. France 2006, 12p.
- 24- Mounzil C, Tazi L, Nabil S, Chraïbi C, Dehayni M, El Ferhi S, Alaoui MT.** L'accouchement du fœtus macrosome : Contribution à la prévention du traumatisme obstétrical. A propos de 384 cas.
Rev. FrGynécol Obstét 1993, 94-6 : 478-485.
- 25- OMS.** Déchirure du périnée et épisiotomie in Soins pendant le deuxième stade du travail. Document PDF, 5p.
<http://www.who.int/reproductive-health/publications/French>
Consulté le 21/06/2007.

ANNEXES

FICHE D'ENQUETE

N° Dossier : / ___ / ___ / ___ /

N° Fiche : / ___ /

Date : / ___ / ___ / ___ /

I- Caractéristiques sociodémographiques :

Nom : / _____ / Prénom : / _____ /

Age : / ___ / ___ /

Profession : / _____ /

Situation matrimoniale : / ___ / (1=mariée, 2=célibataire, 3=divorcée, 4=veuve)

Adresse : / _____ /

Ethnie : / _____ /

II- Mode d'admission :

Motif d'admission : / ___ / (1=venue d'elle-même, 2=référée, 3=évacuée)

III- Antécédents :

1- Médicaux :

	Oui	Non
HTA	/ ___ /	/ ___ /
Diabète	/ ___ /	/ ___ /
Cardiopathie	/ ___ /	/ ___ /
Obésité	/ ___ /	/ ___ /
Hémoglobinopathie	/ ___ /	/ ___ /
Autres	/ ___ /	/ ___ /

2- Chirurgicaux :

	Oui	Non
Césarienne	/ ___ /	/ ___ /
Myomectomie	/ ___ /	/ ___ /
ATCD d'excision	/ ___ /	/ ___ /
Autres	/ ___ /	/ ___ /

3- Excision : Oui : / ___ / Non : / ___ /

Si Oui degré : / ___ / (1^{er} degré=1, 2^{ème} degré=2, 3^{ème} degré=3)

4-Obstétricaux :

Gestité : / ___ / Macrosomie : Oui / ___ / Non : / ___ /

Parité : / ___ /

IV- Suivi de la grossesse :

CPN : Non / ___ / oui / ___ / si Oui Nombre / ___ /

V- Examen obstétrical :

HU : / ___ / (cm)

BDCF : à _____ btt/mn régulier : / ___ / irrégulier : / ___ /

Travail en cours

1^{ère} phase : / ___ /

2^{ème} phase : / ___ /

Présentation :

Sommet : Oui : / ___ / Non : / ___ /

OIGA : / ___ /

OIDP : / ___ /

OIDA : /___/
 OIGP : /___/
 Face Oui : /___/ Non : /___/
 Siège Oui : /___/ Non : /___/
 Si oui Complet : /___/ Décomplété : /___/
 Dilatation : cm
 PDE : Intacte : /___/
 Rompue : /___/ heure
 Si oui LA
 Clair : /___/ Sanglant : /___/
 Méconial : /___/ Si oui fluide : /___/ épais : /___/

VI- Indication de l'épisiotomie :

- Type de dégagement : OP : /___/
 OS : /___/
 MS : /___/
 - Manœuvres obstétricales :
 - VMI+Grande extraction du siège : /___/
 - Petite extraction du siège : /___/
 - M. Bracht : /___/
 - M. Mauriceau : /___/
 - Forceps : /___/
 - Volume fœtal \geq 4000g : /___/
 - Liées au périnée : /___/
 - Périnée rigide : /___/
 - Périnée souple : /___/
 - Périnée Cicatriciel : /___/
 - Périnée court : /___/
 - Périnée long : /___/
 - Prématuré : /___/
 - Siège : /___/
 - hypotrophie : /___/
 - Primipare : /___/
 - Souffrance fœtale aiguë /___/
 - Cardiopathie /___/
 - Délai de suture : heure d'accouchement /___/
 - Heure de suture : /___/
- Durée de la phase expulsive : < 15minute /___/ 15 à 45minutes /___/
 > 45minutes /___/
- Le type d'anesthésie : anesthésie locale /___/ anesthésie générale /___/
- La qualification de l'agent ayant effectué l'accouchement :
 Interne /___/ Médecin /___/ Sage femme /___/
- La qualification de l'agent ayant effectué la suture d'épisiotomie :
 Interne /___/ Médecin /___/ Sage femme /___/

FICHE SIGNALITIQUE

Nom : COULIBALY

Prénoms : Mohamed Sékou

Nationalité : Malienne

Titre de la thèse : Épisiotomie dans le service de Gynécologie Obstétrique du CHU du Point G.

Année académique: 2008-2009.

Pays d'origine : Mali

Ville de soutenance : Bamako

Lieu de dépôt : Bibliothèque de la Faculté de Médecine, de Pharmacie et d'Odonto-stomatologie de Bamako.

Secteur d'intérêt : Gynécologie-Obstétrique, Chirurgie, Anesthésie,

Mots clés : Épisiotomie, forceps, phase expulsive, Apgar, complication.

Résumé :

Nous avons mené une étude descriptive transversale avec collecte rétrospective et prospective, portant sur l'épisiotomie, allant du 1^{er} janvier 2006 au 31 avril 2007 dans le service de Gynécologie Obstétrique du CHU du Point G.

Les résultats obtenus au terme de cette étude ont été les suivants :

- la fréquence de l'épisiotomie a été de 9,25% et l'âge moyen des patientes était de 21,6 ans.

- les principales indications de l'épisiotomie dans notre service ont été liées au périnée porteur de cicatrice d'excision type II (70,04%), les extractions fœtales instrumentales (13,4%), l'accouchement de siège (5,52%), la souffrance foetale aiguë (3,68%), la macrosomie (2,76%), la prématurité (2,3%), l'hypotrophie (0,92%).

La durée de l'expulsion était inférieure à 15 minutes dans 54% des cas.

Dans notre étude, l'état des nouveaux nés à la 1^{ère} minute et à la 5^{ème} minute était bon avec respectivement 91,71% et 93,55% des cas. Le taux de

mortinatalité était de 3,69% des cas et celui de la mortalité néonatale était de ,46% des cas.

Les complications de l'épisiotomie étaient (constituées par une lésion de la partie pariétale gauche de la tête lors du forceps).

Une douleur périnéale du post partum chez les femmes ayant le périnée oedématié avant la réalisation de l'épisiotomie.

Nous avons noté 2,8% de déchirures cervicales. Ces déchirures étaient rencontrées chez les femmes qui poussaient sur le col avant la dilatation complète.

SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence des Maîtres de cette faculté, de mes chers condisciples, devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'être suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine.

Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail, je ne participerai à aucun partage clandestin d'honoraires.

Admis à l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce que s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs, ni à favoriser le crime.

Je ne permettrai pas que des considérations de religion, de nation, de race, de parti ou de classe sociale viennent s'interposer entre mon devoir et mon patient. Je garderai le respect absolu de la vie humaine dès la conception.

Même sous la menace, je n'admettrai pas de faire usage de mes connaissances médicales contre les lois de l'humanité.

Respectueux et reconnaissant envers mes maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses.

Que je sois couverte d'opprobre et méprisé de mes condisciples si j'y manque.