

**MINISTÈRE DES ENSEIGNEMENTS
SECONDAIRE SUPÉRIEUR ET DE LA
RECHERCHE SCIENTIFIQUE**

UNIVERSITÉ DE BAMAKO

**Faculté de Médecine de Pharmacie
et d'Odonto-Stomatologie**

REPUBLIQUE DU MALI

Un Peuple - Un But - Une Foi

Année Universitaire 2007-2008

N°..... /

THEME

***EPISIOTOMIE DANS LE SERVICE DE
GYNECOLOGIE OBSTÉTRIQUE DU
CENTRE DE SANTÉ DE RÉFÉRENCE
DE LA COMMUNE V DU DISTRICT DE
BAMAKO : A PROPOS DE 1594 CAS***

THESE

Présentée et soutenue publiquement le.../.../ 2008
devant la Faculté de Médecine de Pharmacie et d'Odonto-Stomatologie

Par

Mr Abdoul Kassoum KAYENTAO

Pour obtenir le grade de
Docteur en Médecine (Diplôme d'Etat)

Jury:

Président:

Professeur Salif DIAKITE

Membre:

Docteur Soumana Oumar TRAORE

Co-directeur :

Docteur Niani MOUNKORO

Directeur de Thèse:

Professeur Mamadou TRAORE

FACULTE DE MEDECINE DE PHARMACIE ET D'ODONTO-STOMATOLOGIE
ANNEE UNIVERSITAIRE 2007– 2008

ADMINISTRATION

Doyen : Anatole TOUNKARA - Professeur

1^{er} Assesseur : Drissa DIALLO - Maître de conférences

2^{ème} Assesseur : Sékou SIDIBE - Maître de conférences

Secrétaire Principal : YENIMEGUE Albert DEMBELE - Professeur

Agent Comptable : Mme COULIBALY Fatoumata TALL - Contrôleur des Finances.

LES PROFESSEURS HONORAIRES

Mr Alou BA	Ophthalmologie
Mr Bocar SALL	Orthopédie Traumatologie Secourisme
Mr Souleymane SANGARE	Pneumo – phtisiologie
Mr Yaya FOFANA	Hématologie
Mr Mamadou L. TRAORE	Chirurgie Générale
Mr Balla COULIBALY	Pédiatrie
Mr Mamadou DEMBELE	Chirurgie Générale
Mr Mamadou KOUMARE	Pharmacognosie
Mr Mohamed TOURE	Pédiatrie
Mr Ali Nouhoum DIALLO	Médecine interne
Mr Aly GUINDO	Gastro - Entérologie
Mr Mamadou M KEITA	Pédiatrie
Mr Siné BAYO	Anatomie-Pathologie-Histoembyologie
Mr Sidi Yaya SIMAGA	Santé Publique
Mr Abdoulaye Ag RHALY	Médecine Interne
Mr Boukassoum HAIDARA	Législation
Mr Boubacar Sidiki CISSE	Toxicologie
Mr Massa SANOGO	Chimie Analytique

LISTE DU PERSONNEL ENSEIGNANT PAR D E R & PAR GRADE

D.E.R. CHIRURGIE ET SPECIALISTES CHIRURGICALES

1. PROFESSEURS

Mr Abdel Karim KOUMARE	Chirurgie Générale
Mr Sambou SOUMARE	Chirurgie Générale
Mr Abdou Alassane TOURE	Orthopédie - Traumatologie
Mr Kalilou OUATTARA	Urologie
Mr Amadou DOLO	Gynécologie-Obstétrique
Mr Alhousseini Ag MOHAMED	O.R.L.
Mme SY Assitan SOW	Gynécologie-Obstétrique
Mr Salif DIAKITE	Gynécologie-Obstétrique
Mr Abdoulaye DIALLO	Anesthésie- Réanimation
Mr Djibril SANGARE	Chirurgie Générale, Chef de D.E.R
Mr Abdel Kader TRAORE Dit DIOP	Chirurgie Générale

2. MAITRES DE CONFERENCES

Mr Abdoulaye DIALLO	Ophthalmologie
Mr Gangaly DIALLO	Chirurgie Viscérale
Mr Mamadou TRAORE	Gynécologie-Obstétrique
Mr Filifing SISSOKO	Chirurgie Générale
Mr Sékou SIDIBE	Orthopédie Traumatologie

Mr Tiéman COULIBALY
 Mme TRAORE J. THOMAS
 Mr Mamadou L. DIOMBANA
 Mme DIALLO Fatimata S DIABATE
 Mr Nouhoum ONGOIBA
 Mr Sadio YENA
 Mr Youssouf COULIBALY

Orthopédie Traumatologie
 Ophtalmologie
 Stomatologie
 Gynécologie – Obstétrique
 Anatomie & Chirurgie Générale
 Chirurgie Thoracique
 Anesthésie – Réanimation

3. MAITRES ASSISTANTS

Mr Issa DIARRA
 Mr Samba Karim TIMBO
 Mme Togola Fanta KONIPO
 Mr Zimogo Zié SANOGO
 Mme Diéneba DOUMBIA
 Mr Zanafon OUATTARA
 Mr Adama SANGARE
 Mr Sanoussi BAMANI
 Mr Doulaye SACKO
 Mr Ibrahim ALWATA
 Mr Lamine TRAORE
 Mr Mady MAKALOU
 Mr Aly TEMBELY
 Mr Niani MOUNKORO
 Mr Tiemoko D COULIBALY
 Mr Souleymane TOGORA
 Mr Mohamed KEITA
 Mr Bouraïma MAIGA
 Mr Youssouf SOW
 Mr Djibo Mahamane DIANGO
 Mr Moustapha TOURE

Gynécologie-Obstétrique
 O.R.L
 O.R.L
 Chirurgie Générale
 Anesthésie/ Réanimation
 Urologie
 Orthopédie – Traumatologie
 Ophtalmologie
 Ophtalmologie
 Orthopédie – Traumatologie
 Ophtalmologie
 Orthopédie – Traumatologie
 Urologie
 Gynécologie – Obstétrique
 Odontologie
 Odontologie
 ORL
 Gynécologie-Obstétrique
 Chirurgie Générale
 Anesthésie-Réanimation
 Gynécologie-Obstétrique

D.E.R DE SCIENCES FONDAMENTALES

1. PROFESSEURS

Mr Daouda DIALLO
 Mr Amadou DIALLO
 Mr Moussa HARAMA
 Mr Ogobara DOUMBO
 Mr Yénimégué Albert DEMBELE
 Mr Anatole TOUNKARA
 Mr Bakary M CISSE
 Mr Abdourahamane S MAIGA
 Mr Adama DIARRA
 Mr Mamadou KONE

Chimie Générale & Minérale
 Biologie
 Chimie Organique
 Parasitologie – Mycologie
 Chimie Organique
 Immunologie
 Biochimie
 Parasitologie
 Physiologie
 Physiologie

2. MAITRES DE CONFERENCES

Mr Amadou TOURE
 Mr Flabou BOUGOUDOGO
 Mr Amagana DOLO
 Mr Mahamadou CISSE
 Mr Sékou F. M. TRAORE
 Mr Abdoulaye DABO
 Mr Ibrahim I. MAIGA

Histo-Embryologie
 Bactériologie – Virologie
 Parasitologie, **Chef de D.E.R**
 Biologie
 Entomologie médicale
 Malacologie, Biologie Animale
 Bactériologie – Virologie

3. MAITRES ASSISTANTS

Mr Lassana DOUMBIA	Chimie Organique
Mr Mounirou BABY	Hématologie
Mr Mahamadou A.THERA	Parasitologie-Mycologie
Mr Moussa Issa DIARRA	Biophysique
Mr Kaourou DOUCOURE	Biologie
Mr Bouréma KOURIBA	Immunologie
Mr Souleymane DIALLO	Bactériologie – Virologie
Mr Cheik Bougadari TRAORE	Anatomie – Pathologie
Mr Guimogo DOLO	Entomologie Moléculaire Médicale
Mr Mouctar DIALLO	Biologie Parasitologie
Mr Abdoulaye TOURE	Entomologie Moléculaire Médicale
Mr Boubacar TRAORE	Immunologie
Mr Djibril Sangaré	Entomologie Moléculaire Médicale

4. ASSISTANTS :

Mr Mangara M BAGAYOGO	Entomologie Moléculaire Médicale
Mr Bokary Y SACKO	Biochimie
Mr Mamadou BA	Biologie, Parasitologie Entomologie Médicale
Mr Moussa FANE	Parasitologie Entomologie
Mr Blaise DACKOOU	Chimie Analytique

D.E.R. DE MEDECINE ET SPECIALITES MEDICALES :

1. PROFESSEURS

Mr Mamadou K TOURE	Cardiologie
Mr Mahamane MAIGA	Néphrologie
Mr Baba KOUMARE	Psychiatrie, Chef de D.E.R
Mr Moussa TRAORE	Neurologie
Mr Issa TRAORE	Radiologie
Mr Hamar A TRAORE	Médecine Interne
Mr Dapa Aly DIALLO	Hématologie
Mr Moussa Y MAIGA	Gastro – entérologie – Hépatologie
Mr Somita KEITA	Dermato – Léprologie
Mr Boubacar DIALLO	Cardiologie
Mr Toumani SIDIBE	Pédiatrie

2. MAITRES DE CONFERENCES

Mr Bah KEITA	Pneumo – Phtisiologie
Mr Abdel Kader TRAORE	Médecine Interne
Mr Siaka SIDIBE	Radiologie
Mr Mamadou DEMBELE	Médecine Interne
Mr Mamady KANE	Radiologie
Mr Saharé FONGORO	Néphrologie
Mr Bakoroba COULIBALY	Psychiatrie
Mr Bou DIAKITE	Psychiatrie
Mr Bougouzié SANOGO	Gastro – entérologie
Mme SIDIBE Assan TRAORE	Endocrinologie
Mr Adama D. KEITA	Radiologie
Mr Sounkalo DAO	Maladies Infectueuses

3. MAITRES ASSISTANTS

Mme TRAORE Mariam SYLLA	Pédiatrie
Mme Habibatou DIAWARA	Dermatologie
Mr Daouda K. MINTA	Maladies Infectieuses

Mr Kassoum SANOGO	Cardiologie
Mr Seydou DIAKITE	Cardiologie
Mr Arouna TOGORA	Psychiatrie
Mme DIARRA Assétou SOUCKO	Médecine Interne
Mr Boubacar TOGO	Pédiatrie
Mr Mahamadou TOURE	Radiologie
Mr Idrissa A. CISSE	Dermatologie
Mr Mamadou B. DIARRA	Cardiologie
Mr Anselme KONATE	Hépatogastro-entérologie
Mr Moussa T. DIARRA	Hépatogastro-entérologie
Mr Souleymane DIALLO	Pneumologie
Mr Souleymane COULIBALY	Psychologie
Mr Cheick Oumar GUINTO	Neurologie
Mr Mamadou GUINDO	Radiologie

D.E.R DES SCIENCES PHARMACEUTIQUES

1. PROFESSEURS

Mr Gaoussou KANOUTE	Chimie analytique, Chef de D.E.R.
Mr Ousmane DOUMBIA	Pharmacie Chimique
Mr Elimane MARIKO	Pharmacologie

2. MAITRES DE CONFERENCES

Mr Drissa DIALLO	Matières Médicales
Mr Alou KEITA	Galénique
Mr Benoît Yaranga KOUMARE	Chimie Analytique
Mr Ababacar I. MAIGA	Toxicologie

3. MAITRES ASSISTANTS

Mme Rokia SANOGO	Pharmacognosie
Mr Yaya KANE	Galénique
Mr Saïbou MAIGA	Législation
Mr Ousmane KOITA	Parasitologie Moléculaire
Mr Yaya COULIBALY	Législation

D.E.R DE SANTE PUBLIQUE

1. PROFESSEUR

Mr Sanoussi KONATE	Santé Publique, Chef de D.E.R.
--------------------	---------------------------------------

2. MAITRE DE CONFERENCES

Mr Moussa A MAIGA	Santé Publique
Mr Jean TESTA	Santé Publique
Mr Mamadou Souncalo TRAORE	Santé Publique

3. MAITRES ASSISTANTS

Mr Adama DIAWARA	Santé Publique
Mr Hamadoun SANGHO	Santé Publique
Mr Massambou SACKO	Santé Publique
Mr Alassane A DICKO	Santé Publique

Mr Hammadoun Aly SANGHO
 Mr Seydou DOUMBIA
 Mr Samba DIOP
 Mr Akory AG IKNANE

Santé Publique
 Epidémiologie
 Anthropologie Médicale
 Santé Publique

4. ASSISTANTS

Mr Oumar THIERO
 Mr Seydou DIARRA

Biostatistique
 Anthropologie Médicale

CHARGES DE COURS & ENSEIGNANTS VACATAIRES

Mr N'Golo DIARRA
 Mr Bouba DIARRA
 Mr Salikou SANOGO
 Mr Boubacar KANTE
 Mr Souleymane GUINDO
 Mme DEMBELE Sira DIARRA
 Mr Modibo DIARRA
 Mme MAIGA Fatoumata SOKONA
 Mr Mahamadou TRAORE
 Mr Yaya COULIBALY
 Mr Lassine SIDIBE

Botanique
 Bactériologie
 Physique
 Galénique
 Gestion
 Mathématiques
 Nutrition
 Hygiène du Milieu
 Génétique
 Législation
 Chimie Organique

ENSEIGNANTS EN MISSION :

Pr. Doudou BA
 Pr. Babacar FAYE
 Pr. Mounirou CISS
 Pr. Lamine GAYE

Bromatologie
 Pharmacodynamie
 Hydrologie
 Physiologie

DEDICACES
&
REMERCIEMENTS

DEDICACES

De tout mon cœur je dédie ce travail :

A mon pays le Mali,

Chère patrie, que la paix et la prospérité puissent te couvrir.

A ma mère feu Badji Kayentao :

Tu as, très tôt, été arrachée à notre affection.

Nous aurions vraiment voulu te voir parmi nous ce jour-ci. Saches cependant que nous n'oublierons jamais les sages conseils que tu nous donnais, les très nombreux sages conseils.

Nous ne manquerons pas de les transmettre...

Dors en paix, maman !

A ma sœur feu Kadiatou Kayentao,

A mes grands-parents :

Feu El hadj Baba Kayentao, feu Bédou Kanakomo, feu Kassoum Kayentao, feu Fatoumata Magnantao

Je me souviens toujours des tendres moments passés avec vous.

Dormez en paix!

A toutes les femmes victimes de délabrements du périnée et de séquelles par défaut d'épisiotomie,

A toutes les femmes qui ont perdu la vie au cours de la grossesse, du travail d'accouchement ou dans le post partum.

REMERCIEMENTS

A Dieu Tout Puissant de m'avoir donné le jour et la chance de présenter ce travail.

A mon père Cheick Oumar Kayentao et à toute ma famille que j'aime tant.

A tous mes oncles : particulièrement Bamoye Kayentao, Boubacar Kayentao, Abdrahamane Kayentao, Youssouf Kayentao, Seydou Nourou Diallo, Moussa Kienta, Zaka Ario Maïga, Modibo Fané,

A toutes mes tantes : particulièrement Kaïta Kayentao, Mariam Kayentao, Fatouma Kayentao, Awa Kayentao, Nana Kayentao, Sadio Sangaré, Koura Traoré, Minata Traoré, Fatoumata Daou,

Aucune expression orale ou écrite ne saurait déterminer mon niveau de reconnaissance pour tout ce que vous avez fait pour moi.

A Dr Kayentao Kassoum et à sa famille,

A Dr Keita Mamadou et à sa famille,

A tous mes cousins et à toutes mes cousines,

A tous mes amis et à toutes mes amies,

Vous êtes si nombreux dans mon cœur !!!

A tout le personnel de la FMPOS, du MRTC, du Csref cv du district de Bamako.

A tous ceux qui, de loin ou de près, m'ont aidé à la réalisation de ce travail.

Soyez rassurés de ma très profonde reconnaissance.

***HOMMAGES AUX
MEMBRES DU JURY***

A notre Maître et Président du Jury:

Professeur Salif DIAKITE

**Professeur Titulaire de Gynécologie-Obstétrique au CHU Gabriel
Touré,**

Professeur Titulaire de Gynécologie-Obstétrique à la FMPOS.

C'est un grand honneur que vous nous faites en acceptant de présider ce jury malgré vos multiples occupations.

Vos grandes qualités de formateur jointes à votre modestie font de vous un homme exceptionnel.

Nous avons aussi admiré vos compétences scientifiques et vos qualités humaines tout au long de ce travail.

C'est une fierté pour nous d'avoir été vos élèves.

Que Dieu dans sa miséricorde, comble toute votre famille de ses bienfaits et vous accorde une vie longue et heureuse.

A notre Maître et Co-directeur de Thèse :

Docteur Niani MOUNKORO

Gynécologue-Obstétricien au CHU Gabriel Touré,

Maître Assistant de Gynécologie-obstétrique à la FMPOS.

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 mon profond respect et de toute ma gratitude.

A notre Maître et Membre du Jury :

Docteur Soumana Oumar TRAORE

Gynécologue-Obstétricien au centre de santé de référence de la commune V du district de Bamako

Cher Maître, vous avez accepté très simplement de faire partie de ce jury.

J'ai beaucoup apprécié votre souci du travail bien fait et votre qualité d'écoute. Vos encouragements et vos suggestions ont été d'un apport considérable dans la réalisation de ce travail.

Trouvez ici, l'expression de mon profond respect et de toute ma reconnaissance.

A notre Maître et Directeur de Thèse :

Professeur Mamadou TRAORE

Professeur Agrégé de Gynécologie-Obstétrique à la FMPOS,

Secrétaire Général Adjoint de la SAGO,

Membre du réseau malien de lutte contre la mortalité maternelle,

Médecin chef du centre de santé de référence de la commune V du district de Bamako.

Honorable Maître, c'est un privilège et un grand honneur que vous m'avez fait en me confiant ce travail.

J'ai été marqué par vos qualités de formateur, de chercheur, d'homme de science et de culture à la faculté, au service et durant tout ce travail.

Je ne saurai jamais trouver assez de mots pour vous témoigner ma reconnaissance.

Soyez rassuré de ma très sincère et profonde gratitude.

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

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

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 Foëtale Aiguë

SIDA: Syndrome d'Immunodéficience Acquise

>: Supérieur

≥ : Supérieur ou Egal

VA : Variété antérieure

VIH: Virus de l'Immunodéficience Humaine

SOMMAIRE

I. INTRODUCTION	19
II. OBJECTIFS	22
III. GENERALITES	24
IV. METHODOLOGIE	63
V. RESULTATS	72
VI. COMMENTAIRES	85
VII. CONCLUSION	95
VIII. RECOMMANDATIONS	97
IX. REFERENCES	99

INTRODUCTION

I- INTRODUCTION

Depuis le XVIII^{ème} siècle, les accoucheurs incisent délibérément le périnée au niveau de la vulve pour éviter sa déchirure lors du passage du fœtus (sans épisiotomie, le périnée se déchire dans 50% des cas au cours du premier accouchement) [12].

Aujourd'hui, grâce aux conditions d'asepsie en milieu hospitalier, l'épisiotomie est devenue un geste bénin pratiqué quotidiennement par les obstétriciens et les sages-femmes. Sa fréquence varie selon les pays :

Quasi-systématique aux Etats-Unis (90% des primipares, 62% des femmes en général), elle est très peu pratiquée dans le Tiers Monde.

En Europe, les statistiques varient grandement en fonction du rôle de la sage-femme pendant l'accouchement : en Hollande, où les sages-femmes gèrent quasiment la totalité des accouchements, le taux d'épisiotomie est de 10% [12].

En Grande Bretagne, il varie de 30% pour les accouchements sous le contrôle d'une sage-femme, à 90% lorsque l'accouchement est fait par un médecin [12].

En France, environ 80% des femmes bénéficient d'une épisiotomie lors de leur premier accouchement [12].

En Argentine, l'épisiotomie est quasiment systématique chez la primipare [5].

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

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 [5].

La technique est variable : l'épisiotomie médiane est plus utilisée en Amérique du Nord alors que les européens et les sud américains pratiquent plutôt une épisiotomie médiolatérale.

Par ailleurs, il apparaît que les sages-femmes réalisent moins d'épisiotomie que les médecins [5].

Plusieurs travaux ont cependant remis en cause la légitimité des larges indications de cette intervention [5].

La littérature malienne ne rapportant qu'une seule étude sur l'épisiotomie [7] ; nous avons alors initié ce travail pour explorer la question.

OBJECTIFS

II- OBJECTIFS

Objectif général :

Etudier l'épisiotomie dans le service de Gynécologie Obstétrique du centre de santé de référence de la commune V du district de Bamako.

Objectifs spécifiques :

- 1-Déterminer la fréquence de l'épisiotomie au centre de santé de référence de la commune V du district de Bamako,
- 2-Déterminer les principales indications de l'épisiotomie dans le service,
- 3-Identifier les facteurs de risque maternels de l'épisiotomie dans le service,
- 4-Identifier les facteurs de risque fœtaux de l'épisiotomie dans le service,
- 5-Formuler des recommandations

GENERALITES

II -GENERALITES

1. Rappels anatomiques

1-1 -Organes génitaux externes [4] : 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, les grandes lèvres qui se perdent en avant sur le mont du vénus.

1-1-1-Le mont de vénus (pénil)

C'est une saillie médiane couverte de poils, riche en tissu graisseux et située devant la symphyse pubienne.

1-1-2-Les formations labiales

- Les grandes lèvres : triangulaires à la coupe, elles sont séparées de la cuisse par le sillon génito-crural et 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. S'y ouvrent :

- 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.

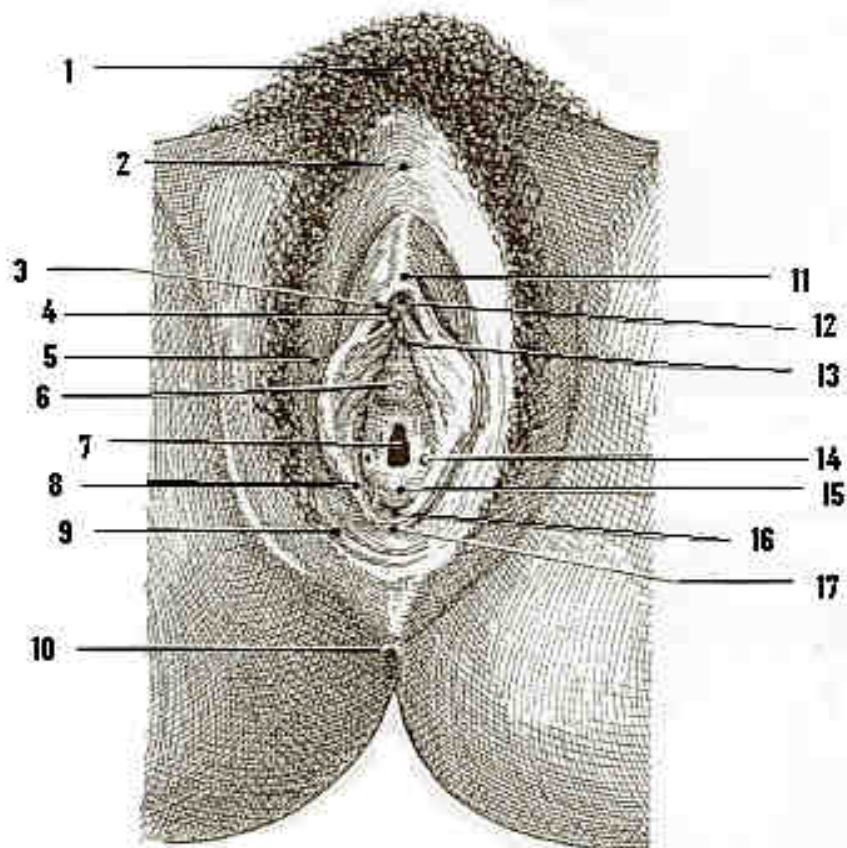
- l'orifice urétral séparé du vagin par le tubercule vaginal.

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)



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 I: Vulve, grandes et petites lèvres réclinées : in Cady J, Kron B [4]

1-2-Organes génitaux internes

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

Encore appelées trompes de Fallope, ce sont deux conduits tendus au bord supérieur du ligament large entre l'ovaire et la corne utérine.

1-2-3-L'utérus

C'est un organe musculaire creux situé dans le pelvis, au-dessus du vagin, entre la vessie et le rectum.

1-2-4- Le vagin

C'est un conduit musculo- membraneux qui s'étend de l'utérus à la vulve. Il est situé en partie dans l'excavation pelvienne du petit bassin, l'autre partie étant dans le périnée.

1-3- Le canal pelvi-génital [15]

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.

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 de dégagement 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 une paroi relativement courte, formée par la face postérieure de la symphyse pubienne et des parois des pubis,
- en arrière, par la face antérieure du sacrum et du coccyx,
- 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 et le bord inférieur des tubérosités ischiatiques, 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 antérieure 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 postérieure 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). [15]

D'autres auteurs par contre proposent une autre description du périnée [21]:

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.

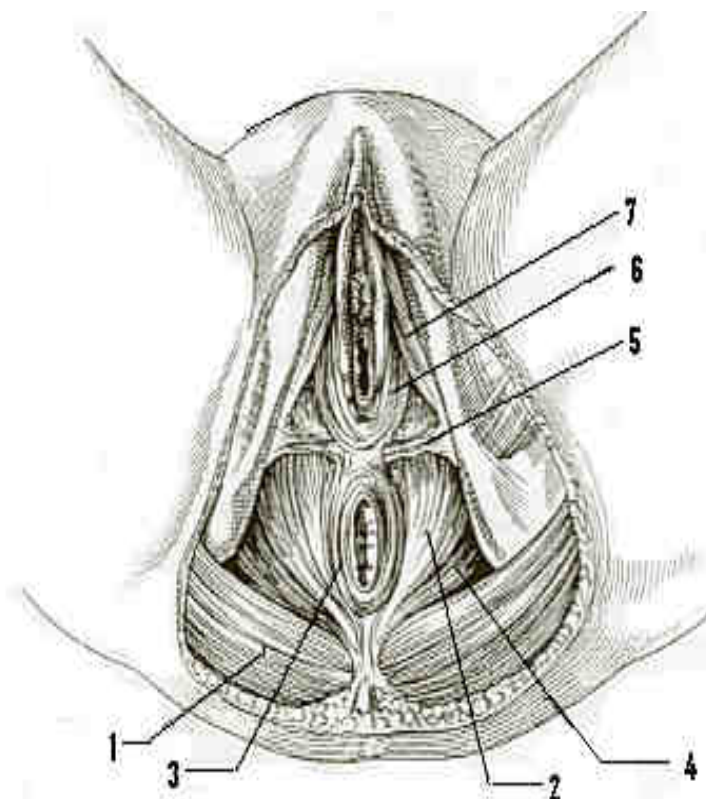
1-4-2-2 Espace périnéal postérieur

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 II : Plancher périnéal : in Merger R [15]

1: muscle grand fessier ; 2 : muscle releveur de l'an us ; 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 [3, 9]

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 aboutissent quatre sutures.
- la fontanelle postérieure a la forme d'un lambda à laquelle aboutissent 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'écaïlle 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 très fléchie.

- sous-occipito-frontal, de l'écaïlle 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 [15]

On peut définir la présentation comme étant la partie du fœtus qui occupe l'aire du détroit supérieur 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 décomplété 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 [15, 21]

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 Deuxième période ou période d'expulsion

Elle correspond à la sortie du fœtus et s'étend depuis la dilatation complète jusqu'à la naissance. Elle comprend deux phases : la première est celle de l'achèvement de la descente et de la rotation de la présentation, la seconde est celle de l'expulsion proprement dite au cours de laquelle la poussée abdominale contrôlée et dirigée vient s'ajouter aux contractions utérines.

Après avoir franchi le détroit supérieur, la présentation effectue sa descente et sa rotation dans l'excavation pelvienne en prenant contact avec les faisceaux externes sphinctériens des releveurs qui se relâchent. C'est la réaction de ce plancher à la poussée de la tête fœtale qui expliquerait la rotation basse en occipito-pubien. Le front vient alors buter sur le sacrum, ce qui accentue la flexion de la tête, puis l'occiput se cale sous la symphyse pubienne alors que se produit une rétro pulsion du coccyx. Le périnée postérieur est donc le premier à se distendre lors de la descente de la présentation. Cette mise en tension s'accompagne d'une béance de l'anus.

Dans un deuxième temps, la présentation se défléchit et distend le périnée antérieur. Le noyau fibreux central du périnée s'étale et s'aplatit. Le périnée se moule sur la présentation et s'allonge. Le faisceau pubo-rectal des releveurs est repoussé en bas et en avant et vient s'intégrer dans le périnée superficiel. L'orifice vulvaire s'horizontalise. C'est à cet instant que la distension devient maximum. La durée de la période d'expulsion chez la primipare, était, en moyenne, pour les classiques, de 1 à 2 heures. Dans l'intérêt du fœtus,

l'expulsion proprement dite ne devrait pas dépasser 20 minutes chez la primipare. Chez la multipare, elle est plus rapide, excédant rarement 15 minutes.

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 fœtal 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-périneales, et peut aussi nuire à l'enfant.

Pour l'expulsion, la femme est installée en décubitus dorsal, cuisses fléchies. Certains se contentent de placer un bassin sous le siège de la parturiente et, au moment de l'effort abdominal, saisit ses genoux de chaque main et fléchit la tête en avant. D'autres recourent à la position gynécologique avec installation sur des porte-cuisses. Pendant la contraction, la femme pousse, après quoi elle se détend et se repose.

L'activité cardiaque fœtale doit être surveillée de façon encore plus attentive par enregistrement ou à défaut par auscultation.

Le dégagement de la présentation doit s'opérer lentement, centimètre par centimètre, en observant le périnée dont il faut éviter la déchirure.

2-2-3 Troisième période 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.

3-Complications traumatiques de l'accouchement [18, 23]

Lors de l'accouchement, la parturiente est exposée à différents traumatismes qui peuvent affecter essentiellement le périnée, toujours menacé, mais également la vulve, le vagin, le col utérin. Parmi ces traumatismes, les déchirures occupent une place importante. De telles déchirures, si elles surviennent, doivent être réparées en milieu obstétrical ou chirurgical, par un opérateur qualifié. De la qualité de la réparation immédiate dépend le pronostic fonctionnel ultérieur.

L'accouchement est pour le fœtus aussi 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, la paralysie faciale sont autant de complications liées à l'accouchement.

3-1 Déchirures obstétricales

3-1-1 Déchirures vulvaires [23]

Elles affectent pratiquement toutes les primipares et bon nombre de multipares. Elles peuvent être latérales, antérieures ou postérieures.

3-1-2- Déchirures périnéales [14, 18]

Les déchirures fermées peuvent être très importantes, elles concernent le noyau fibreux central du périnée, l'aponévrose moyenne, les muscles du périnée superficiel, le plan des releveurs et le fascia pelvien.

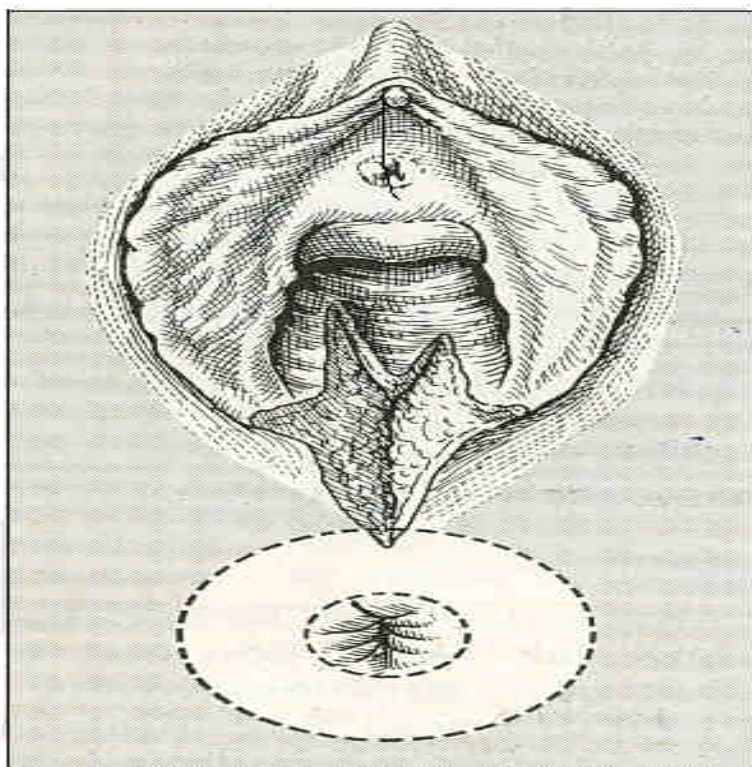
Quant aux déchirures ouvertes, elles sont classées en trois degrés de lésions :

3-1-2-1 Déchirures simples, incomplètes ou du premier degré (Figure III)

Elles intéressent la peau ano-vulvaire, les muscles superficiels du périnée (bulbo-caverneux et transverse) et la muqueuse vaginale, en respectant le sphincter anal. Elles débutent au niveau de la fourchette vulvaire et peuvent s'étendre sur un côté ou sur les deux côtés du

vagin, formant alors une plaie triangulaire irrégulière ou vers le bas en direction du sphincter anal. Par ordre croissant de gravité, on distingue trois subdivisions :

- seule la peau et la muqueuse vaginale sont déchirées au niveau de la fourchette vulvaire ;
- le muscle bulbo-caverneux et la partie ventrale du centre tendineux du périnée sont atteints ;
- le centre tendineux du périnée est complètement rompu. Le sphincter anal, intact est perceptible au toucher rectal (l'index en crochet le fait saillir).



Haut
 ↑
 ↘ Gauche

Figure III : Déchirure périnéale du 1^{er} degré : in Lansac J [14]

3-1-1-2 Déchirures périnéales complètes ou du deuxième degré (Figure IV)

En plus des déchirures précédemment décrites, le sphincter externe de l'anus est atteint. La rupture est latérale et s'arrête au niveau de la marge anale. Il faut noter que, en raison de la rétraction musculaire, l'extrémité sphinctérienne externe est peu visible, souvent enfouie, alors que l'extrémité sphinctérienne interne est très apparente. Le toucher rectal s'assure de l'intégrité de la paroi digestive, seule structure séparant alors vagin et canal anal.

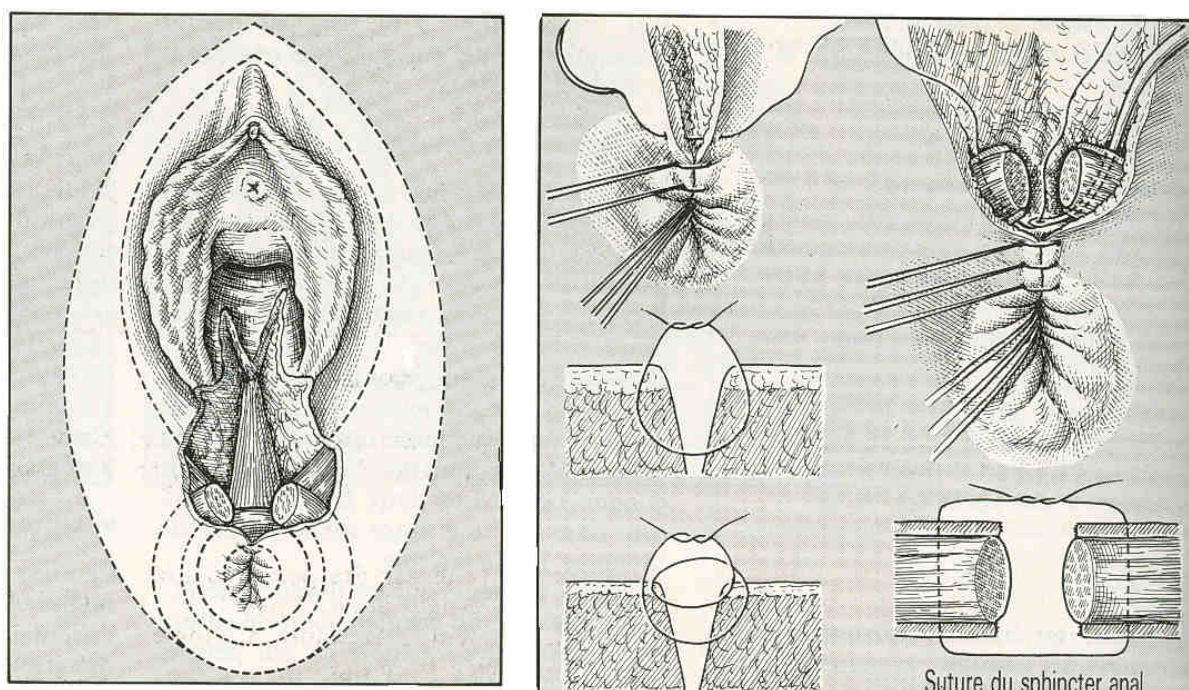


Figure IV: Déchirure périnéale du 2^{ème} degré : in Lansac J [14]

Haut
 ↑
 → Gauche

3-1-1-3 Déchirures périnéales complètes compliquées ou du troisième degré (Figure V)

Dans ces déchirures, la paroi anale est rompue, mettant directement en communication vagin et rectum (atteinte de la cloison recto-vaginale et de la muqueuse anale). L'anus est béant et forme avec le vagin un véritable cloaque. Le toucher rectal évalue le niveau supérieur de la plaie digestive remontant en général jusqu'à 2 à 3cm de la marge anale. La déchirure anale a la forme d'un « V » à pointe supérieure et ne pose pas de problème diagnostique. La déchirure vaginale associée est souvent plus étendue en hauteur.

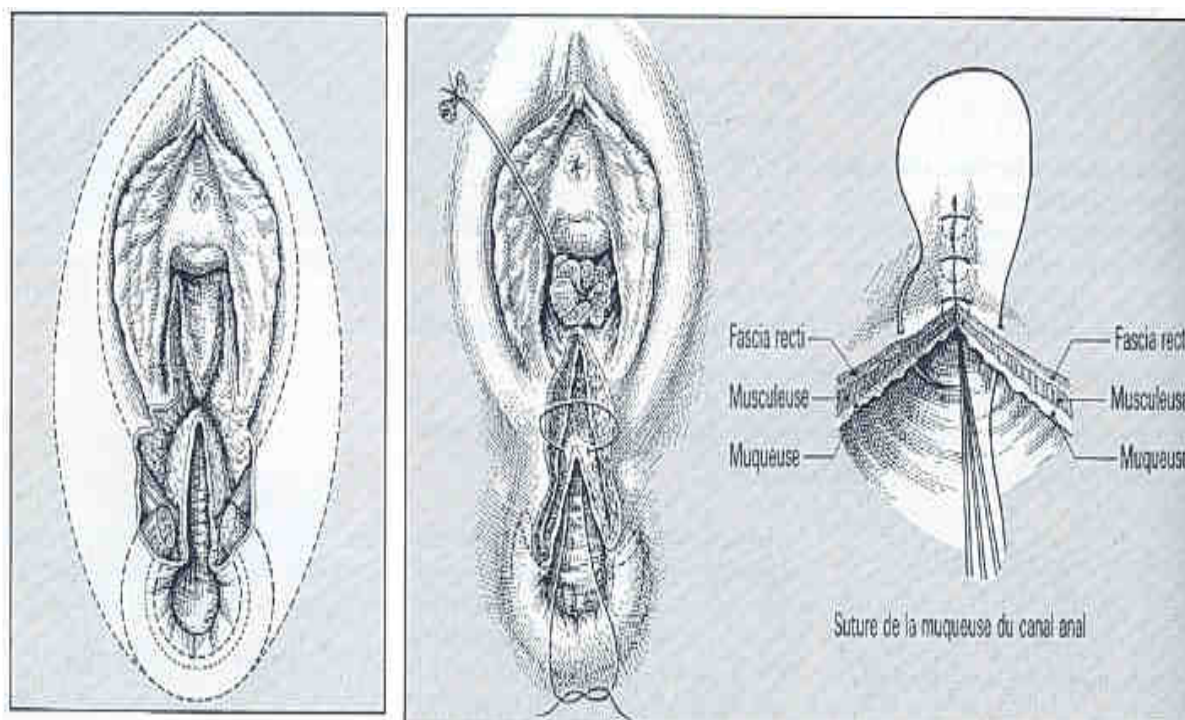


Figure V : Déchirure périnéale du 3^{ème} degré : in Lansac J [14]

Haut
 ↑
 ↘ Gauche

3-1-3 Facteurs de risque [18]

Ils sont de trois ordres :

3-1-3-1 Facteurs maternels

- Primiparité

Le périnée de la primipare est moins souple car il n'a pas encore été distendu.

- Texture du périnée

Le périnée peut être trop fragile, œdématié par exemple par un travail prolongé. A l'inverse, un périnée trop résistant, se laissant mal distendre par le mobil foetal, comme les périnées cicatriciels ou celui de la primipare âgée et, exceptionnellement dans nos régions, le périnée des femmes ayant subi une infibulation ou une excision rituelle, est également exposé aux déchirures.

- Conformation du périnée

Il en est de même des périnées hypoplasiques. Il a en effet été montré qu'une distance entre l'anus et le bord inférieur de la symphyse pubienne inférieure à 5 ou 6cm expose la parturiente à une déchirure grave malgré une épisiotomie préventive.

Un périnée anormalement distendu du fait d'une anomalie osseuse sous-jacente, comme dans l'exceptionnelle luxation congénitale bilatérale des hanches qui entraîne un étirement périnéal par écartement des branches ischio-pubiennes, est exposé aux déchirures.

3-1-3-2 Facteurs foetaux

- Excès de volume foetal

Il fait craindre une déchirure périnéale lors du dégagement de la tête ou de l'épaule postérieure car le diamètre biacromial est souvent important chez les foetus macrosomes.

- Présentations

Certaines présentations peuvent être à l'origine de lésions périnéales du fait d'une mauvaise accommodation; c'est le cas :

- des présentations occipito-sacrées où le diamètre de dégagement fronto-occipital (12,5cm), supérieur à celui d'une présentation occipito-pubienne, aborde le périnée avec un angle droit inadéquat ;
- des présentations de la face ;
- des présentations du siège, où le dégagement de la tête est souvent brutal.

Les accouchements très rapides en « boulet de canon », souvent d'un enfant de petit volume, entraînent une distension brutale du périnée par une présentation souvent mal fléchié dont les diamètres sont augmentés. Celui-ci n'a pas le temps de s'assouplir et de s'amplifier et risque de se déchirer lors de sa mise en tension.

3-1-3-3 Facteurs opératoires

- Extractions instrumentales

Les manœuvres instrumentales sont d'autant plus traumatisantes pour le périnée qu'elles sont brutales, que les tissus sont oedematiés et que l'on effectue une grande rotation de la présentation. La ventouse apparaît cependant moins traumatisante pour le périnée que le forceps.

- Manœuvres obstétricales

La manœuvre de Jacquemier ou la grande extraction du siège provoque une distension périnéale trop rapide et trop précoce qui peut être préjudiciable.

- Épisiotomie médiane

Il est maintenant bien démontré que la réalisation d'une épisiotomie médiane est fortement corrélée à la survenue de déchirures périnéales sévères chez la primipare. L'épisiotomie médiolatérale aurait en revanche un effet protecteur.

3-2 Prévention des déchirures obstétricales [18]

La survenue d'une déchirure périnéale sévère (déchirure du deuxième ou du troisième degré) doit rester exceptionnelle. La conduite

obstétricale doit être rigoureuse en proscrivant tout travail inutilement prolongé, source de souffrance fœtale, mais également de déchirures sur un périnée œdématisé. Le dégagement de la tête fœtale devra être effectué avec douceur.

L'épisiotomie préventive est la meilleure prophylaxie des déchirures périnéales. Les auteurs anglo-saxons la recommandent même pour la quasi-totalité des accouchements de primipares. Ce qui paraît excessif selon de nombreux auteurs français qui arguent de la possibilité de périnées souples chez certaines primipares.

4-Episiotomie

4-1 Définition

L'épisiotomie est une incision périnéale réalisée au moment de l'accouchement et destinée à agrandir l'orifice vaginal [5].

4-2 Indications [18]

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 [18, 23].

4-4 Types et techniques d'épisiotomie [18]

Différentes techniques d'épisiotomie ont été décrites :

4-4-1 Episiotomie médiolatérale (Figure VI et VII)

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 avec l'horizontale, en direction de la tubérosité ischiatique. Elle est réalisée à 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 ciseau 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 Episiotomie médiane (Figure VI)

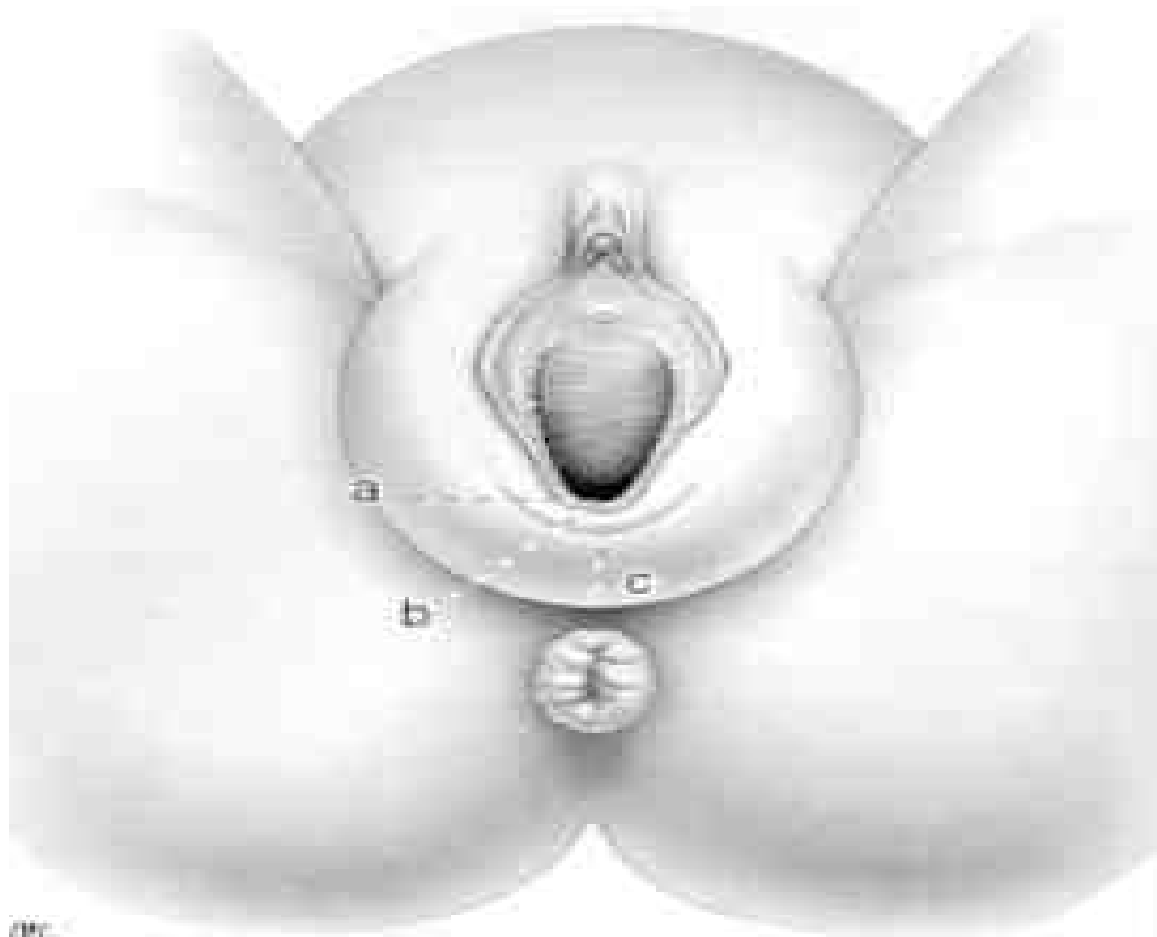
Ce type d'épisiotomie a la faveur des équipes anglo-saxonnes et consiste à sectionner verticalement le centre tendineux du périnée. Certains auteurs peu nombreux, conseillent de sectionner délibérément le sphincter externe de l'anus.

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 rectovaginales est également majoré. Si on la pratique, le volume de la présentation ainsi que la distance anovulvaire doivent être soigneusement évalués.

4-4-3 Episiotomie latérale (Figure VI)

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

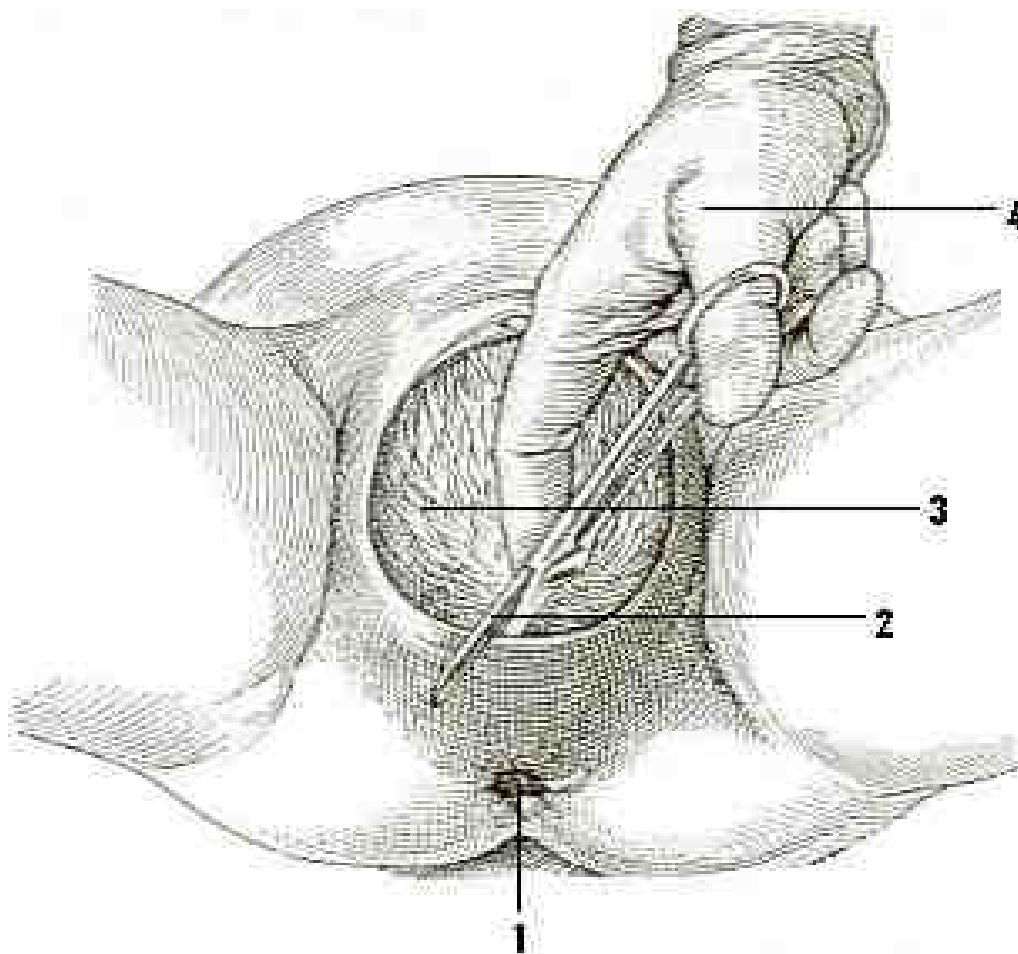
Ce type d'incision comporte un risque de section du canal excréteur de la glande de Bartholin, à l'origine de kystes. Par ailleurs, sa réparation est délicate avec possibilité de déhiscence vulvaire asymétrique.



Haut
↑
└─ Gauche

Figure VI: Les principaux types d'épisiotomie [19]

a= latérale, b= médiolatérale, c= médiane



Haut
 ↑
 ↘ Gauche

Figure VII: Episiotomie médiolatérale droite : in Merger R [15]

1: Anus ; 2: Lame de ciseaux ; 3: Présentation foétale (ici, la tête)
 4: Main de l'opérateur.

4-5 Réfection de l'épisiotomie [14]

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,

. Matériel pouvant être nécessaire :

- 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%,
- des compresses stériles, des gants stériles,

. Les fils :

- 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 hyménale 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.

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

Sa réparation se fait au vicryl 00, par points simples ou par surjet, 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.

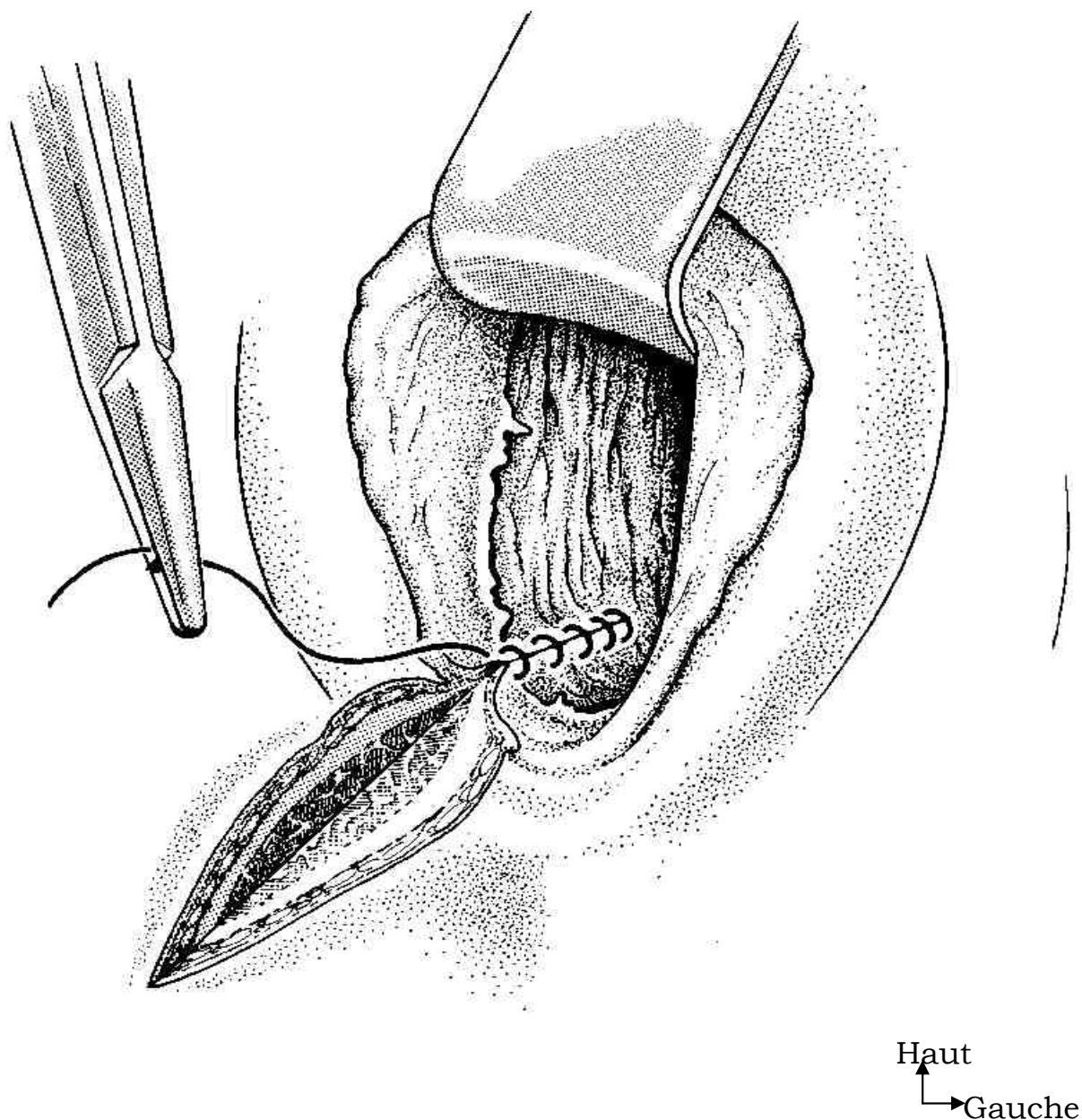
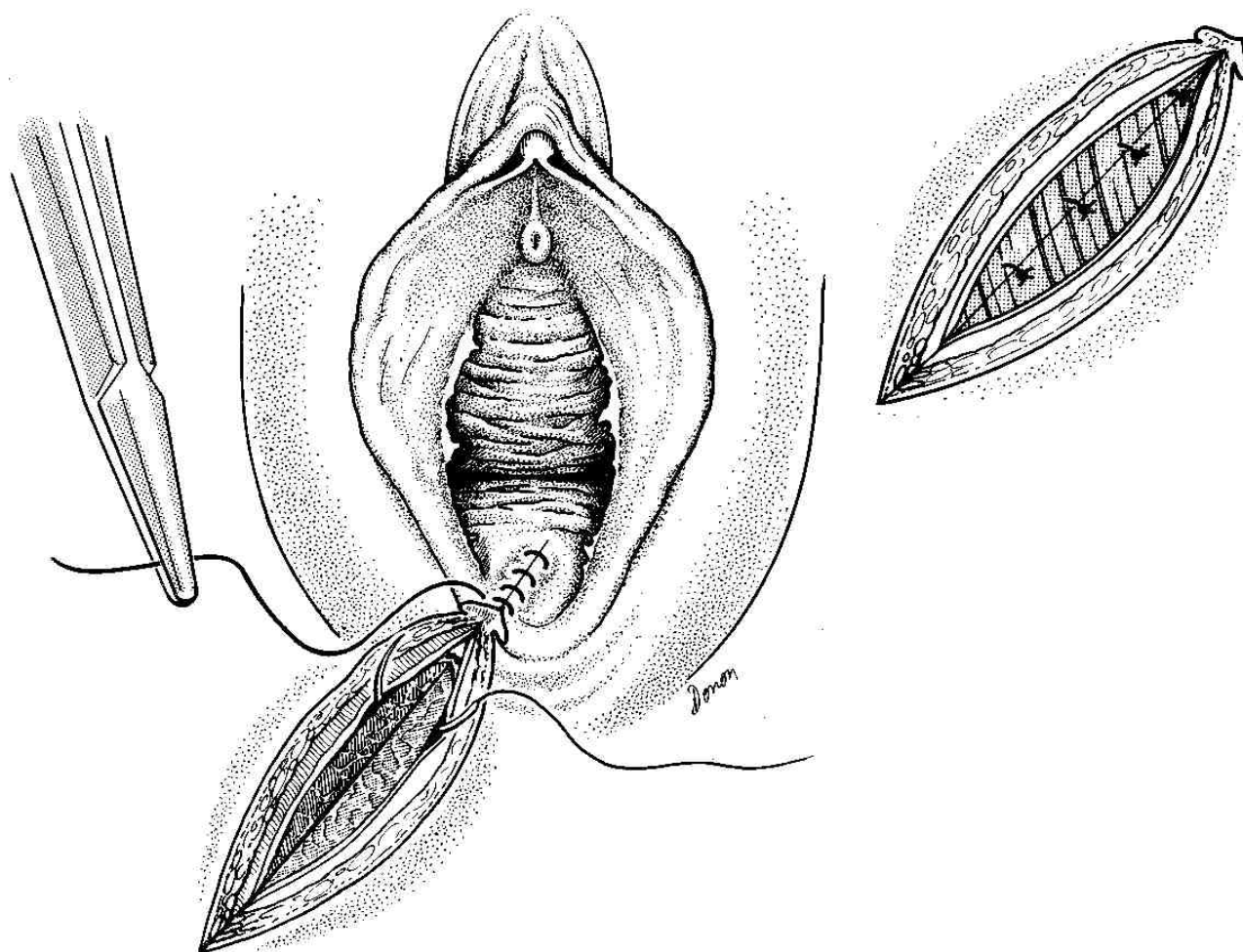


Figure VIII: Réfection du plan vaginal [19]

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

On débute sa réparation avant de suturer la fourchette vulvaire, on utilise le vicryl 00 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.



Haut
 ↑
 ↘ Gauche

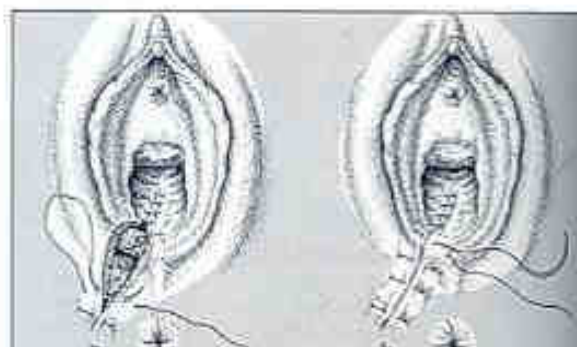
Figure IX : Réfection du plan musculaire [19]

4-5-4-3 Le plan cutané (Figure X)

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 jonction 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 X: Réfection du plan cutané en points de Blair Donati [14]

D'autres auteurs [19], 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 3 ou 3,5). 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.

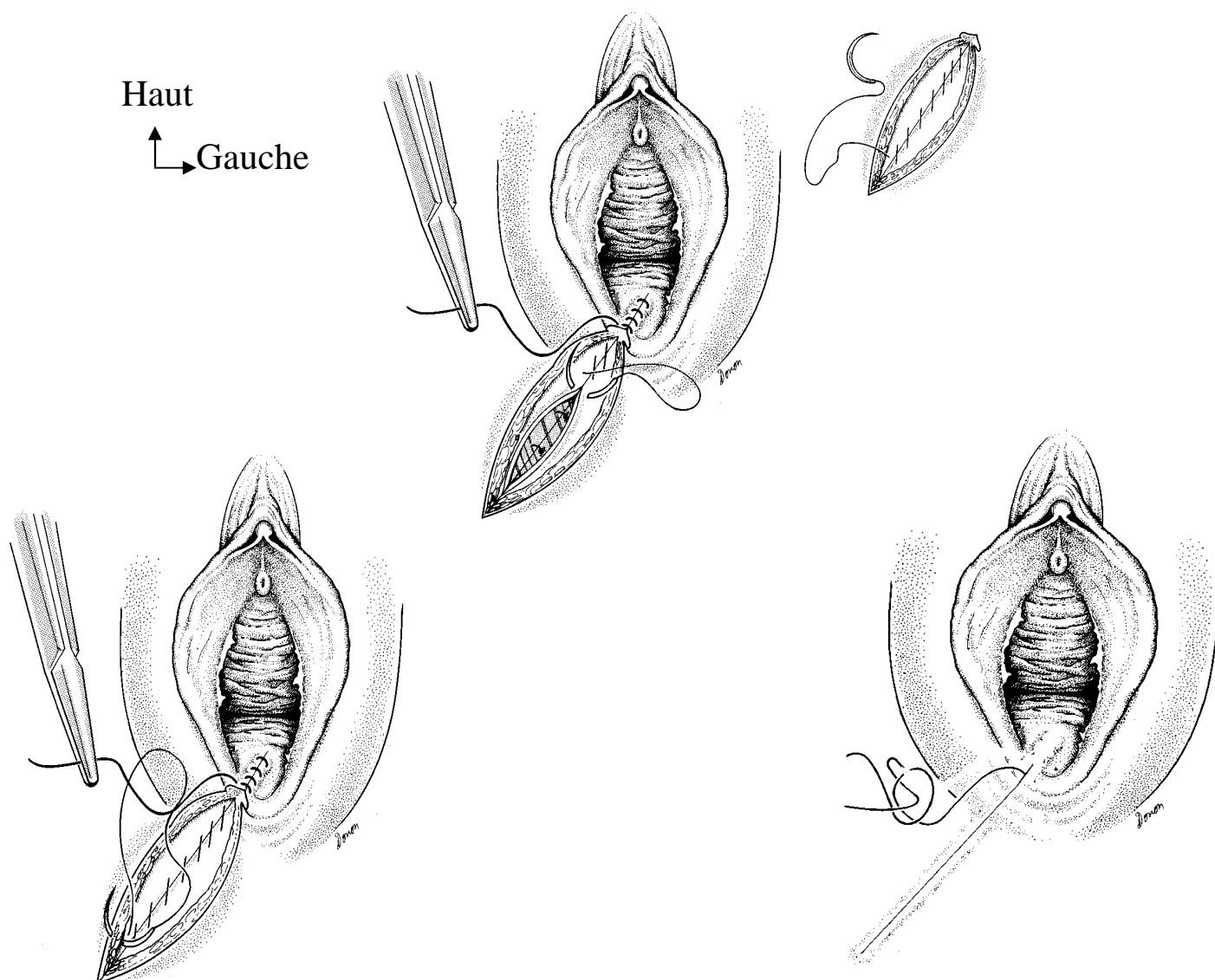


Figure XI: Réfection de la peau en deux plans : superficiel et intradermique [19]

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

4-6 Complications de l'épisiotomie [2]

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'abrèger 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 [12]

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

III- METHODOLOGIE

1- Cadre d'étude

Notre étude s'est déroulée à la maternité du centre de santé de référence de la commune V du district de Bamako.

1-1 Organisation structurale

Le centre de santé de référence de la commune V est composé de plusieurs services entre autres : la Gynécologie-Obstétrique, la Médecine Générale, la Chirurgie Générale, l'Odonto-Stomatologie, l'Ophtalmologie, l'O.R.L, la Pédiatrie, l'Echographie, l'USAC pour le suivi des personnes affectées et infectées par le VIH/SIDA, l'Unité antituberculeuse.

Le service de Gynécologie-Obstétrique dans lequel est basée notre étude comprend :

- une unité de planification familiale,
- une unité de consultations prénatales,
- une unité de P.E.V,
- un bureau pour la sage-femme maîtresse,
- une salle d'attente et une salle d'accouchement avec 4 tables,
- une unité de suites de couches, de pathologies gynécologiques et obstétricales,
- une unité de néonatalogie,
- une unité d'AMIU,
- une salle pour les urgences gynéco-obstétricales,
- un bureau pour les médecins,
- un bloc opératoire avec ses deux salles d'intervention et une salle de réveil,
- un bureau pour les anesthésistes-réanimateurs,
- une unité d'hospitalisation des patientes opérées, composée de cinq salles,
- une salle pour les consultations externes,

- un bureau pour le médecin chef du service.

1-2 Personnel

Le service de Gynécologie-obstétrique du centre est composé de :

- un professeur de Gynécologie-obstétrique, chef de service et qui est également le chef du centre,
- deux autres gynécologues-obstétriciens,
- des résidents en gynécologie obstétrique pour le diplôme d'études spéciales (DES)
- quarante étudiants en année de thèse,
- trente deux sages-femmes,
- quatre infirmières obstétriciennes,
- un médecin anesthésiste-réanimateur,
- quatre techniciens supérieurs en anesthésie-réanimation,
- deux instrumentistes,
- quatre aides de bloc opératoire,
- trois manœuvres,
- trois chauffeurs d'ambulance,
- la secrétaire du professeur,
- deux majors

-1-3 Fonctionnement :

Les consultations prénatales sont effectuées par les sages-femmes, tous les jours ouvrables.

Le dépistage du cancer du col de l'utérus est assuré tous les vendredis.

Les consultations externes gynécologiques y compris le suivi des grossesses à risque sont effectuées du lundi au jeudi par les gynécologues obstétriciens.

Une équipe de garde quotidienne reçoit et prend en charge les urgences gynéco-obstétricales.

Le bloc opératoire à froid fonctionne tous les jours ouvrables et est réservé aux interventions programmées. Le bloc opératoire pour les urgences chirurgicales et gynéco-obstétricales est fonctionnel vingt-quatre heures sur vingt-quatre.

Un staff réunissant le personnel du service se tient tous les jours à partir de huit heures et quinze minutes pour discuter des événements qui se sont déroulés pendant la garde.

Une visite quotidienne des patientes hospitalisées est effectuée et dirigée par les gynécologues-obstétriciens. La visite générale est dirigée tous les jeudis par le professeur.

Les ambulances assurent la liaison entre le service et les CSCOM, les CHU du Gabriel Touré et du Point G, le CNTS.

2- Méthode

2-1- Type d'étude :

Il s'agit d'une étude descriptive, transversale, rétrospective.

2-2- Période d'étude :

L'étude a été réalisée sur douze (12) mois, du 1^{er} mai 2006 au 30 avril 2007.

2-3- Population d'étude :

L'étude a porté sur les dossiers des femmes ayant accouché à la maternité du centre de santé de référence de la commune v au cours de la période d'étude.

2-4- Echantillonnage :

Il s'agit d'un échantillonnage non exhaustif, portant sur les dossiers des accouchées ayant bénéficié d'une épisiotomie pratiquée à la maternité du centre de santé référence de la commune V.

2-5-Critères d'inclusion :

Nous avons inclu dans cette étude toutes les patientes ayant accouché par voie basse dans le service avec protection du périnée par une épisiotomie et dont le dossier était complet.

2-6-Critères de non inclusion :

Nous avons exclu de cette étude :

- les patientes ayant accouché par césarienne,
- les patientes ayant accouché par voie basse sans épisiotomie,
- celles ayant accouché dans d'autres services et reçues au csref cv pour des soins dans le post partum,
- et toutes celles dont les dossiers étaient incomplets.

2-7-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.

2-7-Variables

Plusieurs variables ont été étudiées :

2-7-1-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

2-7-2-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

2-7-3-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

2-7-4-Variables liées à l'accouchement

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

2-8-Plan d'analyse des données

Les données ont été saisies et analysées sur le logiciel Epi-Info version 6 .4fr.

2-9-Définitions opératoires

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

- **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** :

C'est une incision périnéale réalisée au moment de l'accouchement, destinée à agrandir l'orifice vaginal.

2-10- Déroulement pratique

Les principales indications de l'épisiotomie dans la salle d'accouchement du Csref cv sont: la primiparité, la prématurité, l'accouchement de siège, les extractions instrumentales (ventouse, forceps), les séquelles d'excision, la macrosomie.

Le matériel comprend quatre (4) à cinq (5) boites composées chacune de : une porte-aiguille, une pince à disséquer, une paire de ciseaux.

Quelques conduites pratiques :

Une fois l'indication posée, l'index et le majeur de l'accoucheur (mains gantées, port de bonnet, bavette, parfois lunettes de protection) sont introduits entre le périnée de la parturiente et la présentation fœtale. L'incision (médiolatérale droite en général) est faite avec une paire de ciseaux droits. Elle est réalisée pendant les efforts expulsifs et au moment de la distension périnéale par la présentation fœtale.

Après l'expulsion fœtale, la délivrance ou une éventuelle révision utérine, la toilette du périnée à l'eau savonneuse est faite par l'infirmière et l'accouchée reste en position gynécologique.

L'opérateur est généralement un étudiant en année de thèse.

Le sondage vésical est souvent effectué et l'intervention se déroule comme suit :

Un tampon de compresses est introduit dans le vagin pour ne pas être gêné par les lochies et encore pour mieux visualiser les parties anatomiques incisées.

Une anesthésie locale à la xylocaïne est faite au niveau des trois (3) plans d'incision : la muqueuse vaginale, la musculuse et la peau.

La suture débute d'abord par le plan vaginal puis musculaire en surjet simple par le vicryl 0 ou 2/0 et ensuite le plan cutané en points séparés simples ou en points de Blair Donati par le reste du même fil.

L'hémostase obtenue, le tampon de compresses est retiré du vagin. L'accouchée est mise au propre et installée dans une salle pour la surveillance du post partum immédiat.

Une ordonnance lui est remise au sortir de la maternité. Il s'agit en outre de l'amoxicilline 500mg en gélule (2g per os et par jour) et de la Bétadine solution vaginale (pour toilette vulvo-vaginale 2 à 3 fois par jour). Ceci entre dans le cadre de la prévention de l'infection comme après tout acte chirurgical.

La patiente est généralement revue 6 à 10 jours après l'intervention pour la vérification de la cicatrisation et éventuellement pour l'ablation des fils du plan cutané.

RESULTATS

IV- RESULTATS

1-Fréquence de l'épisiotomie (F)

Nous avons enregistré 4989 dossiers complets d'accouchement par voie basse et parmi lesquels 1594 épisiotomies ont été effectuées.

P : Population d'étude (nombre d'accouchements par voie basse pendant la période d'étude) = 4989

N : nombre d'épisiotomies = 1594

$F = N \times 100 / P \Rightarrow F = 1594 \times 100 / 4989 = \mathbf{31,95\%}$.

2- Caractéristiques socio-démographiques

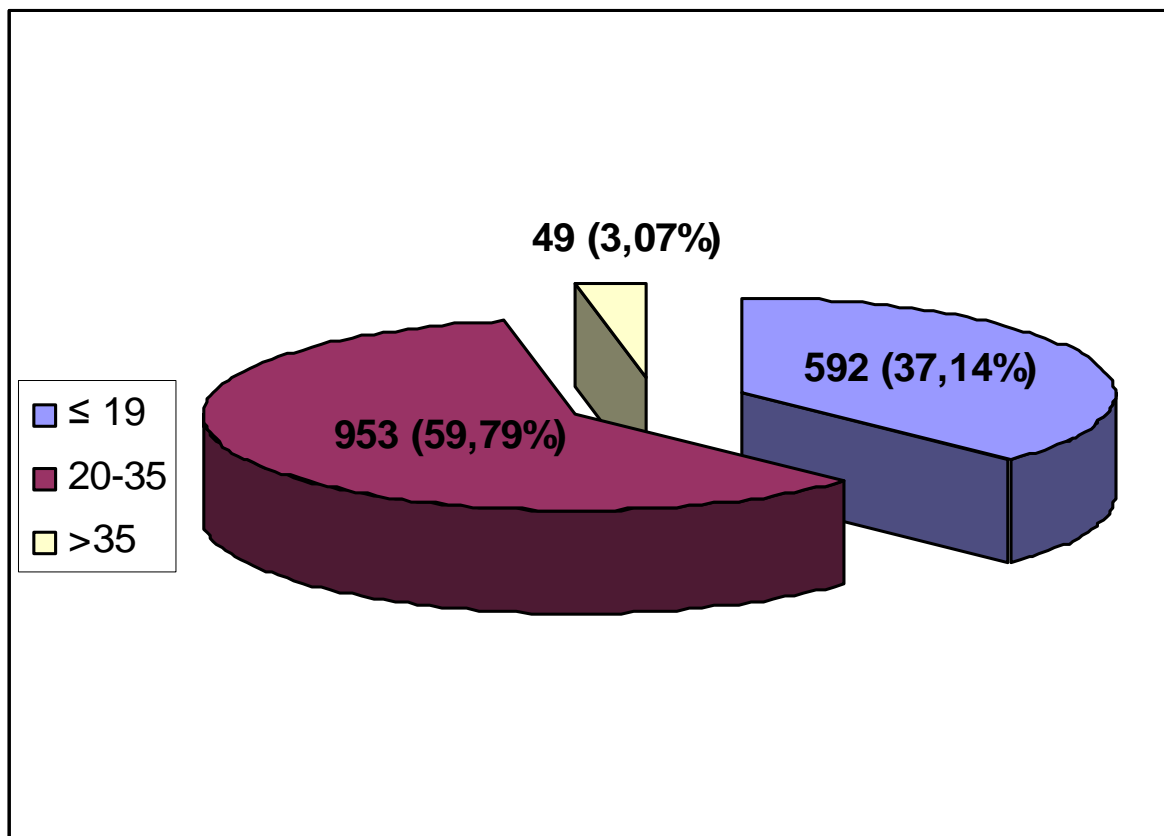


Figure XII : Répartition des patientes selon l'âge

Age moyen = 21,63 ans \pm 7,05

Ages extrêmes = 14 ans et 40 ans.

Médiane = 20,50 ans

3-Admission

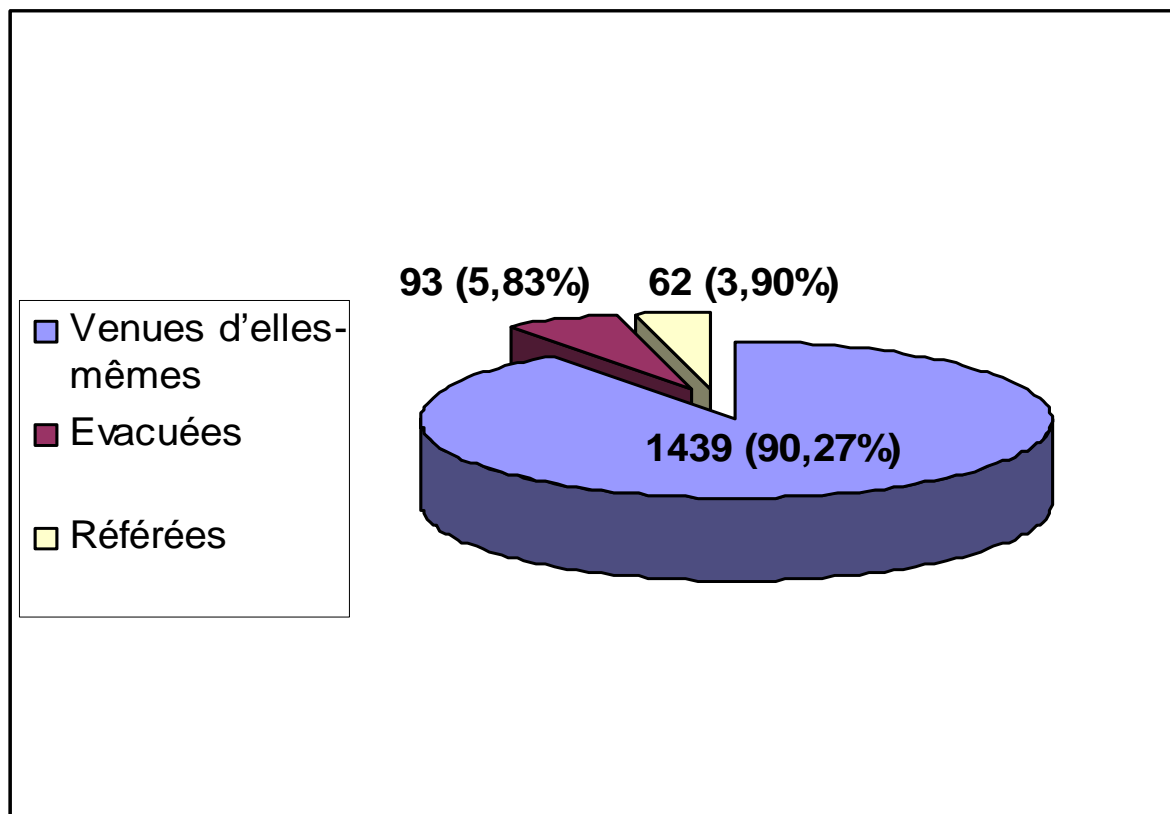


Figure XIII : Répartition des patientes selon le mode d'admission

Tableau I : Répartition des patientes reçues au service selon le motif d'évacuation

Motif d'évacuation	Effectif	Pourcentage
Efforts expulsifs insuffisants	28	30,10
Pré éclampsie	19	20,43
HTA	13	14
Présentation de siège	12	12,90
Gros fœtus	11	11,83
SFA	7	7,52
Siège plus SFA	3	3,22
Total	93	100

Tableau II : Répartition des patientes reçues au service selon le motif de référence

Motif de référence	Effectif	Pourcentage
Prématurité	21	33,87
Taille < 150cm	14	22,60
Utérus cicatriciel	10	16,12
Anémie	9	14,51
Bassin limite	8	12,90
Total	62	100

4-Antécédents

Tableau III: Répartition des patientes selon les antécédents médicaux

Antécédents médicaux	Effectif	Pourcentage
Aucun	1485	93,16
Anémie	68	4,26
Hypertension artérielle	12	0,75
Asthme	9	0,56
Diabète	9	0,56
Drépanocytose	6	0,40
Cardiopathie	5	0,31
Total	1594	100

Tableau IV: Répartition des patientes selon les antécédents chirurgicaux

Antécédents chirurgicaux	Effectif	Pourcentage
Aucun	1583	99,30
Césarienne	6	0,40
Réparation de déchirures du périnée	3	0,18
Laparotomie pour G.E.U	2	0,12
Total	1594	100

Tableau V: Répartition des patientes selon la parité

Parité	Effectif	Pourcentage
Primipare	1195	74,97
Paucipare	283	17,76
Multipare	108	6,77
Grande multipare	8	0,50
Total	1594	100

5-Grossesse

Tableau VI: Répartition des patientes selon le terme de la grossesse

Terme de la grossesse	Effectif	Pourcentage
A terme	1444	90,59
Non à terme	122	7,65
Grossesse prolongée	28	1,76
Total	1594	100

Tableau VII: Répartition des patientes selon le nombre de consultations prénatales

Nombre de CPN	Effectif	Pourcentage
≥4	823	51,63
1-3	537	33,69
0	234	14,68
Total	1594	100

Tableau VIII: Répartition des patientes selon l'auteur des CPN

Auteur des CPN	Effectif	Pourcentage
Sages-femmes	864	63,53
Gynécologues-obstétriciens	258	18,97
Matrones	101	7,43
Etudiants en année de thèse	73	5,36
Non identifié	38	2,79
Médecins généralistes /DES	26	1,91
Total	1360	100

6-Examen obstétrical

Tableau IX: Répartition des patientes selon la nature de la présentation fœtale

Type de présentation	Effectif	Pourcentage
Céphalique	1515	95,04
Siège	79	4,96
Total	1594	100

Tableau X: Répartition des patientes selon le type de présentation céphalique fœtale

Variétés de présentation céphalique	Effectif	Pourcentage
Sommet	1509	99,60
Face (variété antérieure)	6	0,40
Total	1515	100

7-Accouchement

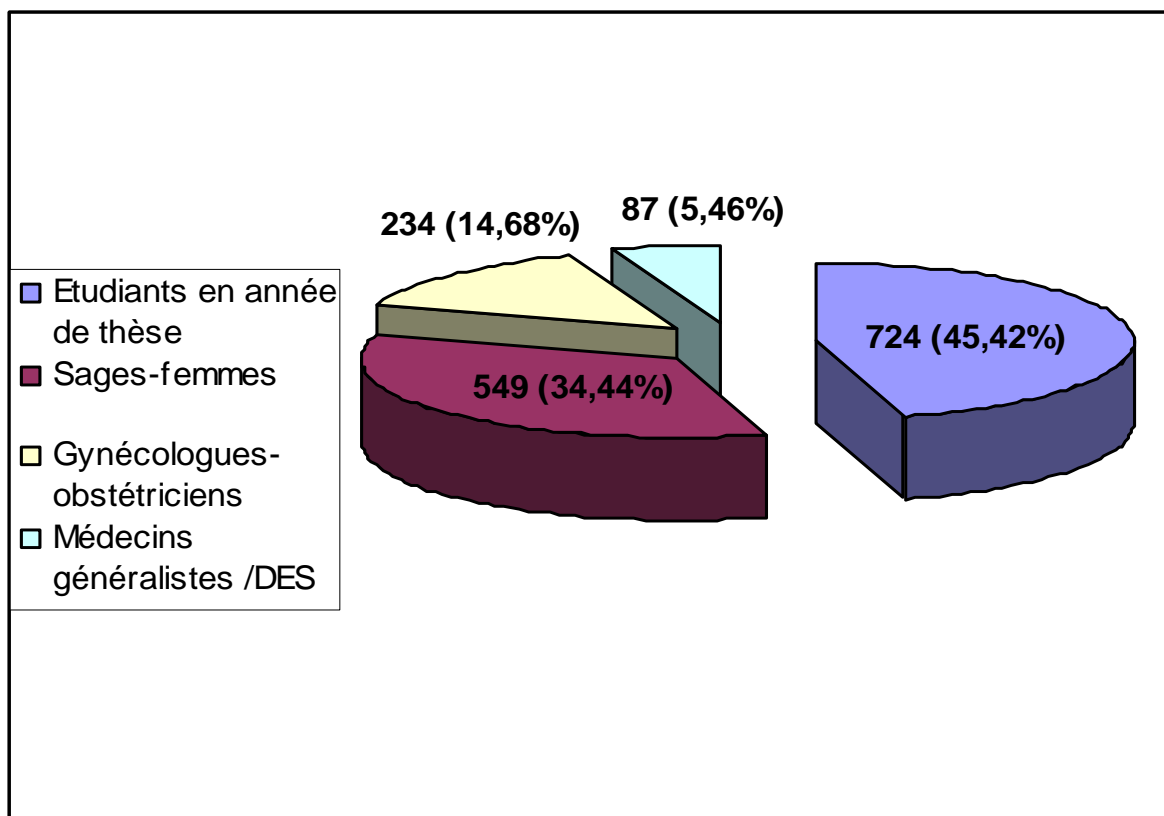


Figure XIV : Répartition des patientes selon l'auteur de l'accouchement

8-Episiotomie

Tableau XI: Répartition des patientes selon les indications de l'épisiotomie

Indications d'épisiotomie	Effectif	Pourcentage
Primiparité	1195	74,97
Prématurité	110	6,90
Présentation de siège	79	4,96
Extraction par ventouse	71	4,45
Séquelles d'excision	45	2,82
Extraction par forceps	24	1,50
Souffrance fœtale aiguë	22	1,38
Macrosomie	13	0,81
Primiparité+Prématurité	12	0,75
Dégagement en O.S	11	0,70
Présentation de face (VA)	6	0,38
Périnée cicatriciel	3	0,19
Périnée hypoplasique	3	0,19
Total	1594	100

9-Caractéristiques des nouveau-nés

Tableau XII : Répartition selon l'état à la naissance, des nouveau-nés de mères ayant bénéficié d'une épisiotomie

Apgar	1 ^{ère} minute		5 ^{ème} minute	
	Effectif	Pourcentage	Effectif	Pourcentage
>7	1569	98,43	1583	99,49
4-7	16	1,00	4	0,25
1-3	6	0,38	2	0,13
0	3	0,19	2	0,13
Total	1594	100	1591	100

COMMENTAIRES

V-COMMENTAIRES

1-Difficultés d'étude :

Le mauvais état de certains dossiers a été le principal handicap rencontré au cours de notre étude.

2-Fréquence

Nous avons rapporté 31,95% d'épisiotomie au terme de notre étude.

Coulibaly M a trouvé 13,76 % à la suite d'une étude prospective réalisée à l'hôpital Gabriel Touré de 2002 à 2004 [7] et portant sur 4541 accouchements par voie basse.

A l'hôpital du « Point G », Coulibaly B [6] a rapporté 38,32% d'épisiotomie en 1992.

Au Royaume-Uni, Graham Ian D et collaborateurs ont trouvé 13% d'épisiotomie [22].

En Suède, Rockner dans son étude a rapporté un taux de 9,7% entre 1999 et 2000 [22].

Notre taux assez supérieur à ceux de beaucoup d'auteurs s'expliquerait d'une part par la taille importante de notre échantillon et d'autre part par la pratique systématique de l'épisiotomie lors du premier accouchement.

3-Age des patientes

Les adolescentes et la tranche d'âge 20-35 ans totalisent 96,96 % des cas d'épisiotomie au cours de notre étude.

C'est en effet dans ces deux groupes que se recrute une grande proportion de primipares pour lesquelles cette intervention est systématique dans le service.

L'âge moyen des accouchées était 21,63 ans et les âges extrêmes étaient 14 et 40 ans.

Le groupe le plus dominant dans l'étude de Coulibaly M [7] avait un âge compris entre 20 et 35 ans avec 58,56%. Les femmes d'âge inférieur ou égal à 19 ans ont représenté 39,52% dans sa série.

4-Admission

Parmi les patientes reçues au service 1439 étaient venues d'elles-mêmes essentiellement pour contractions utérines douloureuses sur grossesse ; 93 patientes étaient des évacuées et 62 étaient des référées.

Ces références-évacuations provenaient majoritairement des centres de santé communautaires et parfois de quelques structures sanitaires privées de la commune V. Le service reçoit également des patientes venant d'elles-mêmes ou adressées par des structures sanitaires d'autres communes de Bamako, ceci doit nécessiter une amélioration de l'organisation du système Référence-Evacuation.

Les motifs étaient essentiellement : Insuffisance d'efforts expulsifs (30,10%), Prématurité (33,87%), Pré-éclampsie (20,43%), Présentation de siège (12,90%), Gros fœtus (11,83%).

5-Antécédents

5-1-Médicaux

Les antécédents médicaux étaient absents dans 92,35% des cas.

Cependant 4,26% des patientes étaient anémiées. L'anémie au cours de la grossesse n'avait par contre pas été recherchée chez toutes les patientes.

L'anémie peut être responsable de diminution 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 peuvent faire pratiquer une épisiotomie et/ou une extraction instrumentale.

Le diabète était noté dans 0,56% des cas. Si on sait que le diabète est un facteur de risque d'obésité, on comprend aisément que l'épisiotomie est d'indication fréquente en cas de macrosomie.

Les cardiopathes ont représenté 0,31% dans notre échantillon. Afin d'éviter des efforts expulsifs pouvant leur être dangereux, une extraction instrumentale a été effectuée associée à une épisiotomie.

5-2 Chirurgicaux

Dans l'échantillon 3 accouchées avaient un antécédent de périnéorraphie pour déchirure périnéale au cours de l'accouchement mais les degrés de lésions n'avaient pas été spécifiés. Ce type de périnée cicatriciel peut constituer un facteur de risque d'épisiotomie.

6-Parité

Les primipares ont été les plus représentées avec 74,97%. Ce taux peut s'expliquer par la pratique systématique de l'épisiotomie au cours du premier accouchement dans notre service.

Coulibaly M dans son étude a rapporté 72,32%.

7- Grossesse

7-1-Terme de la grossesse

Les grossesses à terme ont représenté 90,59%. Les cas de prématurité ont été notés dans 7,65% des cas. Les grossesses prolongées ont représenté 1,76%.

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

7-2-Consultations prénatales

Dans notre échantillon, 14,68% des accouchées n'avaient fait aucune consultation prénatale. L'Organisation Mondiale de la Santé recommande au moins quatre consultations prénatales au cours de la grossesse.

Dans l'échantillon 63,53% des patientes étaient suivies au cours de la grossesse par des sages-femmes et 18,97% par des gynécologues obstétriciens.

8-Données cliniques

8-1-Présentation fœtale

Les présentations fœtales étaient céphaliques dans 95,04% des cas et les présentations du siège ont représenté 4,96%. Nos taux sont superposables à ceux de Coulibaly M qui a rapporté 95,52% de cas de présentation céphalique et 4,48% de présentation de siège. Merger R et al [15] ont trouvé 96% de présentation céphalique et 3,9% de présentation de siège.

Parmi les 1515 cas de présentation fœtale céphalique, 1509 étaient du sommet et les variétés antérieures de présentations de face ont représenté 0,40%.

8-2-Auteur de l'accouchement

Les étudiants en année de thèse étaient les principaux auteurs des accouchements. Ont suivi les sages-femmes et les gynécologues obstétriciens.

9-Episotomie

9-1 Type : Toutes les épisiotomies effectuées étaient médiolatérales. L'épisiotomie médiolatérale a moins d'inconvénients et plus d'avantages 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 à 24,5% dont 23,3% médiolatérales et 1,2% médianes [24].

Cependant, bien que démontré par Antony et al en 1990 [5] que l'épisiotomie médiolatérale 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%.

L'analyse par Thorp et Bowes [5], à partir des résultats cumulés de la survenue de lésions périnéales a montré un taux de lésions de 6,5% parmi 49395 patientes ayant bénéficié d'une épisiotomie médiane versus 1,4% chez 38961 patientes ayant accouché sans épisiotomie.

Nous n'avons pas, dans notre échantillon, retrouvé de cas de lésions périnéales chez les patientes ayant bénéficié d'une épisiotomie préventive.

9-2 Indications

9-2-1 Primiparité

Elle a constitué l'indication majeure avec 74,97% des cas. Ce taux s'expliquerait par la pratique systématique de l'épisiotomie chez les primipares dans le service.

Coulibaly M [7] a noté 72,32% et Bagayogo N [2] a rapporté 58,1%.

La prématurité a été associée à la primiparité dans 0,75% des cas.

Les auteurs anglo-saxons recommandent l'épisiotomie pour la quasi-totalité des accouchements de primipares ; ce qui paraît excessif selon de nombreux auteurs français qui arguent de la possibilité de périnées souples chez certaines primipares [23].

Au Pérou et à l'Equateur en Amérique du sud entre 1995 et 1998, 95% des primipares ont bénéficié d'une épisiotomie au cours de l'accouchement. En France en 1998, elle était de 71% [1].

Au Nigeria, la fréquence de l'épisiotomie chez les primipares était de 90% en 1997. En Ethiopie, elle était de 25% entre 1998 et 2001 [1].

9-2-2 Prématurité

Cette indication a représenté 6,90% des cas. La pratique de l'épisiotomie en cas de prématurité a un bénéfice maternel et fœtal. Elle permet d'une part d'éviter la déchirure périnéale par distension brutale due à une présentation souvent mal fléchie dont les diamètres sont augmentés ; et d'autre part de réduire le traumatisme d'un prématuré plus ou moins fragile [18].

Coulibaly M a rapporté 5,76 % et Bagayoko N a noté 16,1% d'épisiotomie en cas de prématurité.

9-2-3 Accouchement de siège

Dans 4,95% des cas, l'épisiotomie a été effectuée au cours de l'accouchement de siège. Ce taux est légèrement supérieur à celui de Coulibaly M (4,48%).

La pratique systématique de l'épisiotomie en cas d'accouchement de siège a été notée par de nombreux auteurs [9,18].

9-2-4 Extractions instrumentales

L'épisiotomie a été effectuée à tous les cas d'extraction instrumentale. Les insuffisances d'efforts expulsifs, les cas de souffrance fœtale aiguë et de crise d'éclampsie ont été les principales indications.

La ventouse a été utilisée dans 4,45% et le forceps dans 1,50% des cas.

Coulibaly M a rapporté 8,80% d'extraction par ventouse et 3,2% par forceps.

Fané S [10] a noté par contre 11,4% d'application de forceps. Cependant, beaucoup d'auteurs pensent que l'extraction par ventouse nécessite moins d'épisiotomies et expose moins aux lésions périnéales sévères que celle par forceps [8, 15].

9-2-5 Séquelles d'excision

Dans notre échantillon, 45 cas ont été retrouvés, avec 2,82%.

Nous n'avons, par ailleurs, pas pu établir la prévalence de l'excision au cours de l'étude car cet antécédent chirurgical n'a pas été précisé dans les dossiers obstétricaux.

Cependant, la pratique de l'excision est très répandue au Mali avec une prévalence à 91% en 2002 [20].

Coulibaly M a rapporté un taux de 65,76% d'épisiotomie réalisées pour périnée rigide et séquelles d'excision.

Kanté I [13] a retrouvé 56,4% d'épisiotomie chez les femmes excisées.

9-2-6 Souffrance fœtale aiguë

Elle a représenté 1,38%. Il s'agissait de cas de souffrance fœtale au cours de l'expulsion d'où la nécessité de hâter la sortie du fœtus.

Coulibaly M [7] dans son étude a rapporté 3,04%.

9-2-7 Macrosomie

Ce facteur a représenté 0,81% des cas. Un grand volume de la tête fœtale expose à des déchirures qui sont de plus aggravées par le passage des épaules si le diamètre bi-acromial est trop important [23].

Coulibaly M a trouvé 1,70%.

9-2-8 Dégagement en occipito-sacré

Cette indication a représenté 0,70%. Le dégagement en occipito-sacré est consécutif à la rotation en arrière de la tête fœtale dans les présentations postérieures. Ils exposent le périnée, surdistendu, aux déchirures. Le dégagement est également traumatisant pour l'enfant. L'épisiotomie, voire l'extraction instrumentale, peuvent utilement abréger une expulsion longue et difficile [23].

9-2-9 Accouchement de face

Il s'agit des variétés antérieures de présentation de face. Eventualité assez rare, elles ont représenté 0,38% dans notre étude. Ce taux est légèrement supérieur à celui de Henri De Tourris et al, qui ont rapporté 0,15% [9].

Cependant, des membres du Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français [8] soulignent qu'en cas de variété postérieure persistante, de présentation de face, de présentation du siège ou d'accouchement gémellaire, il n'existe pas de preuves suffisantes pour indiquer la pratique systématique de l'épisiotomie.

9-2-10 Périnée cicatriciel

Il s'agissait de trois (3) patientes qui avaient un antécédent de déchirure périnéale au cours de l'accouchement.

9-2-11 Périnée hypoplasique

Cette indication n'a représenté que 0,19 %.

Il a été démontré par de nombreux auteurs [18, 23] que lorsque, chez la femme non enceinte, la distance entre l'anus et le bord inférieur de la symphyse pubienne est inférieure à 5 ou 6cm, le risque de déchirure complète et même compliquée du périnée est très élevé.

Pour Musset [16], une distance ano-pubienne inférieure à 4 cm est une indication de césarienne prophylactique.

10-Etat des nouveau-nés

Nous avons utilisé le score d'Apgar pour évaluer l'état des nouveau-nés de mères ayant bénéficié d'une épisiotomie. Ce score a été coté à la 1^{ère} et à la 5^{ème} minute de vie extra-utérine:

10-1 A la 1^{ère} minute

Nous avons enregistré 3 mort-nés (Apgar à 0) avec une fréquence à 0,19%. Le 1^{er} était dans un contexte d'éclampsie chez la mère et les 2 autres dans un contexte d'anémie sévère diagnostiqués tous à la phase expulsive dès l'admission.

L'épisiotomie a été associée aux extractions instrumentales devant ces indications.

Les nouveau-nés ayant un score d'apgar compris entre 1 et 3 ; et ceux avec un score entre 4 et 7 ont représenté respectivement 0,38% et 1,00%. Ils ont au départ bénéficié d'une réanimation dans le service.

Dans 98,43% des cas, l'Apgar des nouveau-nés était bon à la 1^{ère} minute.

10-2 A la 5^{ème} minute

Deux nouveau-nés sont décédés au service (0,13%). Il s'agissait des cas de morts apparentes à la 1^{ère} minute devant lesquels une réanimation au service n'a pas permis une récupération.

Deux (2) nouveau-nés avaient un score compris entre 1 et 3, ils ont représenté 0,13% ; ont été transférés à l'unité de néonatalogie du CHU

Gabriel Touré mais y sont décédés durant les 24 heures qui ont suivi leur admission.

Quatre (4) par contre avaient un score entre 4 et 7 avec une fréquence à 0,25%. Leur prise en charge a également été effectuée au CHU Gabriel Touré, ont survécu après une hospitalisation pendant 72 heures et leur pronostic était favorable.

Dans 99,45% des cas, l'état des nouveau-nés était bon à la 5^{ème} minute.

CONCLUSION

VI- CONCLUSION

L'étude rétrospective que nous avons réalisée a porté sur l'épisiotomie à la maternité du centre de santé de référence de la commune v de Bamako du 1^{er} Mai 2006 au 30 Avril 2007.

La fréquence de l'épisiotomie a été de 31,95%, l'âge moyen des accouchées était 21,63ans et la primiparité était l'indication prédominante.

Les facteurs de risque maternels d'épisiotomie ont été identifiés à partir des antécédents médicaux, chirurgicaux et obstétricaux. Il s'agissait essentiellement du diabète, de l'hypertension artérielle (possibilité de crise d'éclampsie), de la cardiopathie, de l'anémie, l'âge de la grossesse.

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 ainsi que la variété postérieure.

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 et des conditions bien réfléchies a en effet une place importante dans leur prévention.

RECOMMANDATIONS

VII-RECOMMANDATIONS

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

Aux autorités sanitaires et politiques :

- Renforcer la formation des agents de santé sur les effets néfastes de la pratique de l'excision.
- Approfondir les enseignements portant sur l'épisiotomie dans les écoles et instituts de formation sanitaires.
- Elargir les études sur l'épisiotomie et particulièrement des études cas- témoins.

Aux populations :

- Eviter les mutilations génitales féminines.
- Systématiser le suivi des grossesses.

Au personnel de santé :

- Assimiler les techniques d'accouchement.
- Respecter les indications et les conditions de l'épisiotomie.
- Savoir qu'une épisiotomie n'est que bénéfique devant une indication justifiée.
- Savoir bien pratiquer et réparer une incision d'épisiotomie puis faire le suivi des patientes ayant bénéficié de cette intervention.
- Assurer la bonne tenue des dossiers obstétricaux.

REFERENCES

VIII-REFERNCES

1-AFAR. Taux d'épisiotomie dans le monde pratiqués dans les hôpitaux. 2 p

<http://afar.naissance.asso.fr//episiotomie-tableau.htm>.

Consulté le 21/6/2007.

2-Bagayoko N. Pronostic materno-foetal 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.

3-Bourrillon A et coll. Pédiatrie : Connaissances et Pratique. Paris, 2^{ème} Edition, Masson, 2002, 652p.

4-Cady J, Kron B. Anatomie du corps humain. Paris : Librairie Maloine SA, 1970, 179p.

5-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.

6-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.

7-Coulibaly M. Episiotomie dans le service de Gynécologie Obstétrique de l'hôpital Gabriel Touré à propos de 625 cas.

Thèse Méd, Bamako (Mali), 2005, 58p.

8-CNGOF. Recommandations pour la pratique clinique. 8 p.

http://www.cngof.asso.fr/D_PAGES/PURPC_14.HTM

Consulté le 21/06/2007.

9-De Tourris H, Magnin G, Pierre F. Gynécologie et Obstétrique Paris, 7^{ème} édition, Masson, 2000, 444p.

10-Fané S. Les accouchements par forceps dans le service de Gynécologie Obstétrique de l'hôpital du Point G à propos de 158 cas. Thèse Méd, Bamako (Mali), 2003, N°51.

11-Garbin O, Nisand I. Accouchement normal en présentation du sommet. Faculté de médecine. Université Louis Pasteur, Strasbourg 2000, 12p.

12-

<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 30 septembre, 2004. Consulté le 17/09/2007.

13-Kanté I.O. Etude des complications gynéco-obstétricales et génito-urinaires liées à l'excision. Thèse Méd, Bamako (Mali), 2001, N°69.

14-Lansac J, Body G. Pratique de l'accouchement. Paris, 2^{ème} édition, SIMEP, 1992, 349p.

15-Merger R, Levy J, Melchior J. Précis d'Obstétrique Paris, 6^{ème} édition, Masson 1995, 597p.

16-Musset T, Petit C. Lésions obstétricales des parties molles de la mère. Traité d'Obstétrique de R.VOKAER, tome II. Masson et Cie édition, Paris 1985, 507p.

17-Narayan I et Coll. Venue au monde : Qui devrait y assister ? Publié par le BASICS II. Arlington, Virginie, mai 2004, 13p.

18-Parant O, Reme J.M, Monrozies X. Déchirures obstétricales récentes du périnée et épisiotomie. Encycl Méd Chir (Elsevier, Paris), Obstétrique, 1999, 9p.

19-Parant O, Reme J.M, Monrozies X. Episiotomie. Encycl Méd Chir (Editions scientifiques et Médicales Elsevier SAS, Paris), Techniques chirurgicales- Gynécologie, 2000, 6p.

20-Projet PAI CEDPA-GP/SP. L'excision, pourquoi ce mal de plus ? Brochure de plaidoyer pour l'abandon de l'excision au Mali. Imprim Color Bamako (Mali), 32p.

21-Renglewicz J.M. Déchirures périnéales et épisiotomie.

ASINCOPROB du Haut-Rhin, 14p.

<http://asincoprob.free.fr/compterendus/dechirureperinea.htm>

Consulté le 17/09/2007.

22-Rockner G, Jonasson A. Changed pattern in the use of episiotomy in Sweden. Br J Obstet Gynaecol, 1999, 101p.

23-Sadoul G. Traumatismes des voies génitales basses et du périnée consécutifs à l'accouchement.

Encycl Méd Chir (Paris, France), 1986, 5p.

24-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

Structure: /...../
No Dossier: /...../...../...../...../ **No Fiche:** /...../...../...../...../
Date d'entrée: /...../...../. / **Heure:** /..... /

I. CARACTERISTIQUES SOCIO-DEMOGRAPHIQUES

- Q1. Nom et prénom(s):** /..... /
Q2. Age (en année): /..... /
Q3. Ethnie : 1=Bambara 2=Malinké 3=Peulh 4=Sonrhaï 5= Autre (à préciser): /..... /
Q4. Profession : 1=Ménagère 2=Aide-ménagère 3=Commerçante 4=fonctionnaire 5=Autre(à préciser): /..... /
Q5. Niveau d'instruction : 1= non instruite 2=Primaire 3=Secondaire 4= Supérieur 5=Autre (à préciser):/..... /
Q6. Adresse: /...../
Q7. Etat matrimonial : 1=Mariée 2=Célibataire 3=Autre (à préciser): /...../
Q8. Groupe sanguin- rhésus: /...../

II. ADMISSION

- Q9. Mode d'admission :** 1= évacuée 2= évacuée 3= venue d'elle-même
Q10. Provenance: /...../
Q11. Motif d'admission: /...../

III. ANTECEDENTS

- Q12. Médicaux :** 1=Diabète 2=Gémellité 3= HTA 4= Cardiopathie 5=Autre(à préciser): /...../ 6= Aucun
Q13. Chirurgicaux : 1=Césarienne 2=Réparation d'une déchirure du périnée 3=Excision 4=Autre (à préciser) /...../ 5=Aucun
Q14. Obstétricaux :
 1. Gestité: /... .../ 2. Parité: /...../ 3= Enfants vivants : /...../
 4. IIG: /... /
 5=Accouchement dystocique (à préciser)/...../

IV. GROSSESSE ACTUELLE

- Q15. Age:** /...../
Q16. CPN : 1= oui 2= non Si 1, préciser :
 Q16a. Nombre: /...../

Q16b. Auteur : 1= Sage femme 2= Infirmière obstétricienne 3= Gynécologue obstétricien(ne) 4= non précisé 5=autre(à préciser):

/..... /

Q16c Lieu : 1= Cscom 2= Csref 3= Hôpital 4= Autre(à préciser):

/..... /

5= Non connu

Q17. Echographie du 3^{ème} trimestre 1= oui 2= non Si 1, préciser s'il y a une particularité:/...../

V. EXAMEN GENERAL

Q18. Etat général : 1= bon 2= passable 3= mauvais

Q19. Coloration des muqueuses : 1= bonne 2=moyenne 3= mauvaise

Q20. Taille (en mètre): /..... /

Q21. Tension artérielle (en mmHg): /...../

Q22. Température (en degré celcius): /...../

Q23. Oedèmes 1=oui 2=non

VI. EXAMEN OBSTETRICAL

Q24. Hauteur utérine (en cm): /..... /

Q25. Contractions utérines (fréquence en 10mn): /...../

Q26. Bruits du cœur fœtal (fréquence en 1mn): /..... /

Q27. Col :

Q27a. Direction: /..... /

Q27b. Longueur: /..... /

Q27c. Dilatation (en cm): /..... /

Q28. Poche des eaux: 1= intacte 2= rompue Si 2, liquide amniotique:

Q28a. Clair: /...../

Q28b. Teinté: /.... /

Q28c. Méconial: /..... /

Q28d. Fétide: /...../

VII. NATURE DE LA PRESENTATION

Q29. Sommet : 1= oui 2= non Si 1, préciser :

Q29a.OIGA: /.... /

Q29b.OIDP: /.... /

Q29c.OIDA: /... /

Q29d. OIGP: /.... /

Q30. Face (variété antérieure) 1= oui 2= non

Q31. Siège : 1=oui 2=non

VIII. ACCOUCHEMENT

A. PHASE EXPULSIVE

Q32. Accouchement effectué par : 1= sage femme 2= gynécologue
obstétricien(ne) 3= étudiant en année de thèse

4= autre, à préciser: /...../

Q33. Date et heure d'accouchement: /...../...../...../

B. EPISIOTOMIE

Q34. Episiotomie effectuée 1= oui 2= non Si 1, préciser indication :

Q35. Primiparité: /..... /

Q36. Périnée hypoplasique: /..... /

Q37. Prématurité: /...../

Q38. Extraction fœtale par :

Q38 a. ventouse : /...../ pour: /...../

Q38b. forceps : /...../ pour : /...../

Q39. Volume fœtal \geq 4000g: /...../

Q40. Accouchement de siège: /...../

Q41. Dégagement en occipito-sacré: /..... /

Q42. Dystocie des épaules: /...../

Q43. Manœuvres d'extraction fœtale: /..... /

Q44. Souffrance fœtale aiguë: /..... /

Q45. Autre indication (à préciser):

/...../

C. TYPE D'EPISIOTOMIE

Q46. Médiane: /..... /

Q47. Médio-latérale: /..... /

Q48. Latérale: /..... /

Q49. Double: /..... /

D. PERINEE

Q50. Déchirure du périnée : 1=oui 2= non Si 1, préciser :

1a=1^{er} degré 1b= 2^{ème} degré 1c= 3^{ème} degré

IX. NOUVEAU-NE(S)

Q51. Nombre: /..... /

Q52. Sexe: /..... /

Si jumeaux, préciser :

Q53a. Sexe J1: /...../

Q53b. Sexe J2: /..... /

Q53. Vivant(s): /..... / 1=oui 2= non Si 1, préciser Apgar :

A la 1^{ère} mn: /.... / A la 5^{ème} mn: /...../

Si jumeaux, préciser :

Q53a. J1 vivant: /.... / 1=oui 2= non

Q53b. J2 vivant: /...../ 1=oui 2= non

Q53c. Apgar J1 à la 1^{ère} mn: /...../ à la 5^{ème} mn: /... /

Q53d. Apgar J2 à la 1^{ère} mn: /..... / à la 5^{ème} mn: /.... /

Q54. Réanimé(s): /..... / 1= oui 2= non

Si jumeaux, préciser :

Q54a. J1 Réanimé: /..... / 1= oui 2= non

Q54b. J2 Réanimé: /..... / 1= oui 2= non

Q55. Poids (en g): /...../**Si jumeaux, Poids J1: /...../ Poids J2: /...../****Q56. Taille (en cm): /..... /****Si jumeaux, Taille J1: /..... / Taille J2: /...../****Q57. PC (en cm): /...../ Si jumeaux, PC J1: /..... / PC J2: /..... /****Q58. PT (en cm): /..... / Si jumeaux, PT J1: /..... / PT J2: /..... /****Q59. Lésions traumatiques 1= oui 2= non Si 1,****Préciser type: /..... /****Si jumeaux, préciser :**

Q59a. Lésions traumatiques J1: /..... / 1= oui 2= non

Q59b. Lésions traumatiques J2: /..... / 1= oui 2= non

Si 1, préciser type: /..... /

Q60. Référé ou évacué 1= oui 2= non Si 1, motif:**/..... /****Si jumeaux, préciser :**

Q60a. J1 référé ou évacué 1=oui 2 =non

Q60b. J2 référé ou évacué 1= oui 2= non

Si 1, préciser motif: /..... /

Q61. Pronostic dans les 24heures

1=décédé 2= bon état

Si jumeaux :

Q61a. J1 décédé /..... /, bon état /..... /

Q61b. J2 décédé /...../, bon état /...../

Q62. Pronostic dans les 72heures

1=décédé 2= bon état

Si jumeaux :

Q62a. J1 décédé /..... /, bon état /..... /

Q62b. J2 décédé /...../, bon état /...../

Q63. Pronostic au delà des 72heures

1=décédé 2= bon état

Si jumeaux :

Q63a. J1 décédé /..... /, bon état /..... /

Q63b. J2 décédé /...../, bon état /...../

FICHE SIGNALÉTIQUE

Nom : KAYENTAO

Prénoms : Abdoul Kassoum

Nationalité : Malienne

Titre de la thèse : Episiotomie 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.

Année académique : 2007-2008.

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 : **Episiotomie, présentation, périnée, suture.**

Résumé :

Nous avons mené une étude transversale, rétrospective, portant sur l'épisiotomie, de la période allant du 1^{er} mai 2006 au 30 avril 2007 dans la maternité du centre de santé de référence de la commune V du district de Bamako.

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

- la fréquence de l'épisiotomie a été de 31,95% et l'âge moyen des patientes était de 21,63 ans.
- les principales indications de l'épisiotomie dans le service ont été la primiparité (74,97%), la prématurité (6,90%), les extractions fœtales instrumentales (5,20%), l'accouchement de siège (4,96%), les séquelles d'excision (2,82%), la souffrance foetale aiguë (1,38%), la macrosomie (0,81%).

- les facteurs de risque maternels de cette intervention ont été essentiellement : le diabète, l'hypertension artérielle, la cardiopathie, l'anémie, l'âge de la grossesse.
- les facteurs de risque fœtaux ont été le volume fœtal, la nature de la présentation ainsi que la variété postérieure.

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'honoraire.

Admis à l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui 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 couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque.

JE LE JURE