

**MINISTERE DES ENSEIGNEMENTS  
SECONDAIRE SUPERIEUR ET DE LA  
RECHERCHE SCIENTIFIQUE**

\*\*\*\*\*

**UNIVERSITE 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 : LA TECHNIQUE DE  
SUTURE « un fil un nœud » AU  
SERVICE DE GYNECOLOGIE  
OBSTETRIQUE DE L'HOPITAL SOMINE  
DOLO :  
A PROPOS DE 300 CAS***

**THESE**

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

Par

**AISSATA SOUGOULE**

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

**Jury:**

**Président:**

**Membre:**

**Co-directeur :**

**Directeur de Thèse:**

**professeur Salif Diakité**

**Docteur Niani Mounkoro**

**Docteur Kané Famakan**

**Professeur Mamadou TRAORE**

**FACULTE DE MEDECINE, DE PHARMACIE ET D'ODONTO-STOMATOLOGIE**  
**ANNEE UNIVERSITAIRE 2009-2010**

**ADMINISTRATION**

**Doyen** : ANATOLE TOUNKARA-PROFESSEUR

**1<sup>er</sup> ASSESSEUR** : DRISSA DIALLO-MAITRES DE CONFERENCES

**2<sup>ème</sup> ASSESSEUR** : SEKOU SIDIBE- MAITRES DE CONFERENCES\_

**SECRETAIRE PRINCIPAL** : YENIMEGUE ALBERT DEMBELE-PROFESSEUR

**AGENT COMPTABLE** : MADAME COULIBALY FATOUMATA TALL-  
CONTROLEUR 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	Pharmacologie
Mr Aly Nouhoum DIALLO	Médecine interne
Mr Aly GUINDO	Gastro-entérologie
Mr Mamadou M. KEITA	Pédiatrie
Mr Siné BAYO	Anatomie-Pathologie-Histoembryologie
Mr Sidi Yaya SIMAGA	Santé publique
Mr Abdoulaye Ag RHALY	Médecine interne
Mr Boulkassoum HAIDARA	Législation
Mr Boubacar Sidiki CISSE	Toxicologie
Mr Massa SANOGO	Chimie Analytique
Mr Sambou SOUMARE	Chirurgie générale
Mr Sanoussi KONATE	Santé Publique

## **LISTE DU PERSONNEL ENSEIGNANT PAR D.E.R. & PAR GRADE**

### **D.E.R CHIRURGIE ET SPECIALITES CHIRURGICALES**

#### **1. PROFESSEURS**

Mr Abdel Karim KOUMARE	Chirurgie générale
Mr Abdou Alassane TOURE	Orthopédie-Traumatologie
Mr Kalilou OUATTARA	Urologie
Mr Amadou DOLO	Gynéco-Obstétrique
Mr Alhousseini Ag MOHAMED	O. R. L
Mme SY Assitan SOW	Gynéco-Obstétrique
Mr Salif DIAKITE	Gynéco-Obstétrique
Mr Abdoulaye DIALLO	Anesthésie-Réanimation( <b>en détachement</b> )
Mr Djibril SANGARE	Chirurgie Générale, <b>Chef de D.E.R</b>
Mr Abdel Kader TRAORE dit DIOP	Chirurgie Générale
Mr Gangaly DIALLO	Chirurgie Viscérale

#### **2. MAITRES DE CONFERENCES**

Mr Abdoulaye DIALLO	Ophtalmologie
Mr Mamadou TRAORE	Gynéco-Obstétrique
Mr Filifing SISSOKO	Chirurgie générale
Mr Sékou SIDIBE	Orthopédie-Traumatologie
Mr Abdoulaye DIALLO	Anesthésie-Réanimation
Mr Tieman COULIBALY	Orthopédie-Traumatologie
Mme TRAORE J. THOMAS	Ophtalmologie
Mr Mamadou L. DOIMBANA	Stomatologie
Mme DIALLO Fatimata S. DIABATE	Gynéco-Obstétrique ( <b>en détachement</b> )
Mr Nouhoum ONGOIBA	Anatomie & Chirurgie Générale
Mr Sadio YENA	Chirurgie Thoracique
Mr Youssouf COULIBALY	Anesthésie-Réanimation
Mr Zimogo Zié SANOGO	Chirurgie Générale

#### **3- MAITRES ASSISTANTS**

Mr Issa DIARRA	Gynéco-Obstétrique
----------------	--------------------

Mr Samba Karim TIMBO	ORL
Mme TOGOLA Fanta KONIPO	ORL
Mme Djeneba DOUMBIA	Anesthésie-Réanimation
Mr Zanafon OUATTARA	Urologie
Mr Adama SANGARE	Orthopédie-Traumatologie
Mr Sanoussi BAMANI	Ophtalmologie
Mr Doulaye SACKO	Ophtalmologie
Mr Ibrahim ALWATA	Orthopédie-Traumatologie
Mr Lamine TRAORE	Ophtalmologie
Mr Mady MACALOU	Orthopédie-Traumatologie
Mr Aly TEMBELY	Urologie
Mr Niani MOUNKORO	Gynéco-Obstétrique
Mr Tiemoko D. COULIBALY	Odontologie
Mr Souleymane TOGORA	Odontologie
Mr Mohamed KEITA	ORL
Mr Bouraima MAIGA	Gynéco-Obstétrique
Mr Youssouf SOW	Chirurgie Générale
Mr Djibo Mahamane DIANGO	Anesthésie-Réanimation
Mr Moustapha TOURE	Gynécologie
Mr Mamadou DIARRA	Ophtalmologie
Mr Boubacar GUINDO	ORL
Mr. Moussa Abdoulaye OUATTARA	Chirurgie Générale
Mr Birama TOGOLA	Chirurgie Générale
Mr Bréhima COULIBALY	Chirurgie Générale
Mr Adama Konoba KOITA	Chirurgie Générale
Mr Adégné TOGO	Chirurgie Générale
Mr Lassana KANTE	Chirurgie Générale
Mr Mamby KEITA	Chirurgie Générale
Mr Hamady TRAORE	Odonto Stomatologie
Mme KEITA Fatoumata SYLLA	Ophtalmologie
Mr Drissa KONIKOMO	Neuro Chirurgie

Mme Kadiatou SINGARE	ORL
Mr Nouhoum DIANI	Anesthésie-Réanimation
Mr Aladji Seydou DEMBELE	Anesthésie-Réanimation
Mr Ibrahim TEGUETE	Gynéco-Obstétrique
Mr Youssouf TRAORE	Gynéco-Obstétrique
Mr Lamine Mamadou DIAKITE	Urologie
Mme Fadima Koréissy TALL	Anesthésie-Réanimation
Mr Mohamed KEITA	Anesthésie-Réanimation
Mr Broulaye Massaoulé SAMAKE	Anesthésie-Réanimation
Mr Yacaria COULIBALY	Chirurgie Pédiatrique
Mr Seydou TOGO	Chirurgie Thoracique et Cardio vasculaire
Mr Thioukany THERA	Gynécologie
Mr Oumar DIALLO	Neuro Chirurgie
Mr Boubacar BAH	Odonto Stomatologie
Mme Assiatou SIMAGA	Ophtalmologie
Mr Seydou BAGAYOKO	Ophtalmologie
Mr SIDI Mohamed COULIBALY	Ophtalmologie
Mr Japhet Pobanou THERA	Ophtalmologie
Mr Adama GUINDO	Ophtalmologie
Mme Fadimata KONANDJI	Ophtalmologie
Mr Hamidou Baba SAKO	ORL
Mr Siaka SOUMAORO	ORL
Mr Honoré jean Gabriel BERTHE	Urologie
Mr Drissa TRAORE	Chirurgie Générale
Mr Bakary Tientigui DEMBELE	Chirurgie Générale
Mr Koniba KEITA	Chirurgie Générale
Mr Sidiki KEITA	Chirurgie Générale
Mr Soumaila KEITA	Chirurgie Générale
Mr Alhassane TRAORE	Chirurgie Générale

## **D.E.R DE SCIENCES FONDAMENTALES**

### **1- PROFESSEURS**

Mr Daouda DIALLO	Chimie Générale & Minérale
Mr Amadou DIALLO	Biologie
Mr Moussa HARAMA	Chimie Organique
Mr Ogobara DOUMBO	Parasitologie-Mycologie
Mr Yénimégué Albert DEMBELE	Chimie Organique
Mr Anatole TOUNKARA	Immunologie
Mr Bakary M. CISSE	Biochimie
Mr Abdourahamane S. MAIGA	Parasitologie
Mr Adama DIARRA	Physiologie
Mr Mamadou KONE	Physiologie

### **2. MAITRES DE CONFERENCES**

Mr Amadou TOURE	Histoembryologie
Mr Flabou BOUGOUDOGO	Bactériologie-Virologie
Mr Amagana DOLO	Parasitologie <b>Chef de D.E.R</b>
Mr Mahamadou CISSE	Biologie
Mr Sékou F.M TRAORE	Entomologie médicale
Mr Abdoulaye DABO	Malacologie, Biologie Animale
Mr Ibrahim I. MAIGA	Bactériologie-Virologie
Mr Mahamadou A. THERA	Parasitologie-Mycologie
Mr Moussa Issa DIARRA	Biophysique

### **3- MAITRES ASSISTANTS**

Mr Lassana DOUMBIA	Chimie Organique
Mr Mounirou BABY	Hématologie
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	Parasitologie mycologie
Mr Djibril SANGARE	Entomologie Médicale Médicale
Mr Mamadou DIAKITE	Immunologie-Genetique
Mr Bakarou KAMATE	Anatomie Pathologie
Mr Bakary MAIGA	Immunologie
Mr Bokary Y. SACKO	Biochimie

#### **4- ASSISTANTS**

Mr Mangara M. BAGAYOGO	Entomologie Moléculaire Médicale
Mr Mamadou BA	Biologie, parasitologie entomologie
Mr Moussa FANE	Parasitologie Entomologie
Mr Blaise DACKOUO	Chimie Analytique
Mr Aldiouma GUINDO	Hématologie

### **D.E.R DE MEDECINE ET SPECIALITES MEDICALES**

#### **1- PROFESSEURS**

Mr Mamadou K. TOURE	Cardiologie
Mr Mahamane MAIGA	Néphrologie
Mr Baba KOUMARE	Psychiatrie, <b>Chef de DER</b>
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 Assa TRAORE	Endocrinologie
Mr Adama D. KEITA	Radiologie
Mme TRAORE Mariam SYLLA	Pédiatrie
Mr Sounkalo DAO	Maladies infectieuses
Mr Daouda K. MINTA	Maladies infectieuses

### **3- MAITRES ASSISTANTS**

Mme Habibatou DIAWARA	Dermatologie
Mr Kassoum SANOGO	Cardiologie
Mr Seydou DIAKITE	Cardiologie
Mr Arouna TOGORA	Psychiatrie
Mme DIARRA Assétou SOUCKO	Médecine Interne
Mr Boubacar TOGO	Pédiatrie
Mr Mamadou 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 GUINGO	Radiologie
Mr Ousmane FAYE	Dermatologie
Mr Yacouba TOLOBA	Pneumo-phthisiologie
Mme Fatoumata DICKO	Pédiatrie



Mr Boubacar DIALLO	Médecine Interne
Mr Yousoufa Mamadou MAIGA	Neurologie
Mr Modibo SISSIKO	Psychiatrie
Mr Ilo Belle DIALL	Cardiologie
Mr Mamadou DIALLO	Radiologie
Mr Adama Aguisa DICKO	Dermatologie
Mr Abdoul Aziz DIAKITE	Pédiatrie
Mr Boubacar dit Fassara SISSOKO	Pneumologie
Mr Salia COULIBALY	Radiologie
Mr Ichaka MENTA	Cardiologie
Mr Souleymane COULIBALY	Cardiologie

### **D.E.R DES SCIENCES PHARMACEUTIQUES**

#### **1- PROFESSEURS**

Mr Gaoussou KANOUTE	Chimie analytique, <b>Chef de D.E.R</b>
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
Mme Kokia SANOGO	Pharmacognosie

#### **3- MAITRES ASSISTANTS**

Mr Yaya KANE	Galénique
Mr Saibou MAIGA	Législation
Mr Ousmane KOITA	Parasitologie Moléculaire
Mr Yaya Coulibaly	Législation
Mr Addoulaye DJIMDE	Microbiologie Immunologie
Mr Sekou BAH	Pharmacologie
Mr Loséni Bendaly	Pharmacie Hospitalière

## **D.E.R DE SANTE PUBLIQUE**

### **1- MAITRES DE CONFERENCES**

Mr Moussa A. MAIGA	Santé Publique
Mr Jean TESTA	Santé Publique
Mr Mamadou Souncalo TRAORE	Santé Publique, Chef de D.E.R.
Mr Massambou SACKO	Santé Publique
Mr Alassane A. DICKO	Santé publique
Mr Seydou DOUMBIA	Epidémiologie
Mr Samba DIOP	Anthropologie Médicale

### **3- MAITRES ASSISTANTS**

Mr Adama DIAWARA	Santé publique
Mr Hamadoun SANGHO	Santé publique
Mr Hammadoun Aly SANGO	Santé Publique
Mr Akory Ag IKNANE	Santé Publique
Mr Ousmane LY	Santé Publique
Mr Cheik Oumar BAGAYOKO	Informatique médicale
Mme Fanta SANGHO	Santé Communautaire

### **4- ASSISTANTS**

Mr Oumar THIERO	Biostatistique
Mr Seydou DIARRA	Anthropologie Médicale

## **CHARGES DE COURS & ENSEIGNANTS VACATAIRES**

Mr N'Golo DIARRA	Botanique
Mr Bouba DIARRA	Bactériologie
Mr Salikou SANOGO	Physique (ministre)
Mr Boubacar KANTE	Galénique
Mr Souleymane GUINDO	Gestion
Mme DEMBELE Sira DIARRA	Mathématiques

Mr Modibo DIARRA	Nutrition
Mme MAIGA Fatoumata SOKONA	Hygiène du Milieu
Mr Mahamadou TRAORE	Génétique
Mr Lassine SIDIBE	Chimie Organique
Mr Cheik O. DIAWARA	Bibliographie
<b><u>ENSEIGNANGTS EN MISSION</u></b>	
Pr. Doudou BA	Bromatologie
Pr. Babacar FAYE	Pharmacodynamie
Pr. Mounirou CISSE	Hydrologie
Pr. Amadou Papa DIOP	Biochimie
Pr. Lamine GAYE	Physiologie
Pr. Pascal BONNABRY	Pharmacie Hospitalière

***DEDICACES***  
***&***  
***REMERCIEMENTS***

## **DEDICACE**

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

**De tout mon cœur, je dédie ce travail, à mon pays le Mali,**

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

**A mon père feu Soumana SOUGOULE**

Tu as été, très tôt, arraché à notre affection ;

Nous aurions vraiment voulu te voir parmi nous ce jour-ci. Sache 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, papa.

**A ma mère Mariam KAGNASSY et à toute ma famille que j'aime tant.**

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

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

## **REMERCIEMENTS**

**In memorian**

**A mon oncle Yacouba SOUGOULE**

**A mon beau frère Dr COULIBALY Kassim Datan,**

**A mes grands-parents : Gaoussou KAGNASSY, Aminata MAIGA,  
Abdoulaye SOUGOULE, Aissata KONE dite Baro**

Je me souviendrai toujours des tendres moments passés avec vous.

Dormez en paix!

**A tous mes oncles, particulièrement Tabouré KAGNASSY, Ibrahima  
KAGNASSY, Modibo KAGNASSY,**

**A toutes mes tantes, particulièrement Awa SOUGOULE, Oumou  
KAGNASSY, Kadia KAGNASSY, Anna KAGNASSY, Halimatou KAGNASSY,  
Fatoumata KEITA dite Poupette, Maimouna DIARRA.**

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

**A Mme Bintou Traore dite Bintou blé ma grande mère bien aimée, ses  
sœurs et leur famille,**

**A Mon Mari, Dr Sidiki Keita et toute 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.**

**A Mes encadreurs: Dr KANÈ Famakan, Dr COULIBAY Pierre M, Dr Mayda et Dr Elvis.**

Vous m'avez donné l'amour de la fonction médicale. Je suis très fière de l'encadrement que j'ai reçu de vous. Merci pour vos conseils et la qualité de l'encadrement.

**A Mes aînés du service : Dr GUIROU Boukary, Dr COULIBALY Adama, Dr CISSE Sékou A, Dr KANÈ Chebou, Dr CISSOUMA Souleymane, Dr KONARE Fousseyni, Dr DOLO Kounindiou, Dr BERTHÈ Clément,**

Pour vos soutiens et votre bonne collaboration.

A tout le personnel du service de **Gynécologie** et **d'obstétrique** : **Mme TOGO Fatoumata TOLO** et toutes les autres **Sages Femmes** et **Infirmières Obstétriciennes**,

Pour votre bonne collaboration, le service a été pour moi une famille.

A mes collègues étudiants hospitaliers de l'Hôpital Sominé DOLO: **Mme MAIGA Ramata, Mme KONIPO Oulématou Kankou SOW, Youssouf HAIDARA, Aboubacar KAREMBÈ, Mountaga TALL, Modibo Kane KEITA, Bacary COULIBALY.**

Pour vos conseils, écoutes, soutiens et surtout votre bonne collaboration.

A mes cadets étudiants hospitaliers : **Moïse DJERMA, Boureïma DEMBELÈ, Ibrahim CISSÈ.**

Pour le respect et la considération.

A tous **les médecins de l'Hôpital Sominé DOLO** de **Mopti.**

Pour vos conseils et l'enseignement de qualité dont j'ai bénéficiés dans la joie et le respect mutuel.

**Au personnel paramédical et technique de l'Hôpital Sominé DOLO de Mopti.**

Pour votre bonne collaboration pendant ce temps qu'on a passé ensemble.

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

Soyez rassurés de ma 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 :**

**Docteur Famakan Kané**

**Gynécologue-Obstétricien à l'hôpital Somine Dolo de Mopti**

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 Niani MOUNKORO**

**Gynécologue-Obstétricien au CHU Gabriel Touré,**

**Maître Assistant de Gynécologie-obstétrique à la FMPOS.**

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 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

**BCF** : bruits du cœur fœtal

**C.F.A** : communauté financière africaine

**cm** : Centimètre

**CNGOF** : Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français

**CPN** : Consultation Périnatale

**CSCOM** : Centre de Santé Communautaire

**CSRef** : Centre de santé de référence

° : degré

**EFF** : effectif

**g** : Gramme

**HU** : hauteur utérine

**HTA** : hypertension artérielle

< : Inférieur

**J** : jour

**Km<sup>2</sup>**:kilomètre carré

**LA** : liquide amniotique

**m** : mètre

**Med** : médecine

**ml** : millilitre

**mm**: Millimètre

**OMS**: Organisation Mondiale de la Santé

**OS**: Occipito-Sacré

**OP**: Occipito-pubien

**SP**: Sacro-pubien

**ORL**: Oto-Rhino-Laryngologie

**PAI** : Population Action International

% : Pourcentage

>: Supérieur

# ***SOMMAIRE***



## **SOMMAIRE**

<b>I. INTRODUCTION .....</b>	<b>25</b>
<b>II. OBJECTIFS .....</b>	<b>29</b>
<b>III. GENERALITES .....</b>	<b>31</b>
<b>IV. METHODOLOGIE .....</b>	<b>71</b>
<b>V. RESULTATS .....</b>	<b>81</b>
<b>VI. COMMENTAIRES ET DISCUSSION .....</b>	<b>93</b>
<b>VII. CONCLUSION .....</b>	<b>101</b>
<b>VIII. RECOMMANDATIONS .....</b>	<b>103</b>
<b>IX. REFERENCES .....</b>	<b>105</b>

# ***INTRODUCTION***

## I. INTRODUCTION

L'épisiotomie est une opération qui consiste à sectionner le périnée en partant de la commissure postérieure de la vulve. Elle intéresse la peau, la muqueuse vaginale, les muscles superficiels du périnée et tout le faisceau pubo-rectal.

Opération courante de petite chirurgie obstétricale, elle jouit d'une faveur fort diverse près des différents auteurs. Les uns en sont avares, les autres sont prodigues au point d'en user systématiquement chez les primipares. Nous pensons que, comme toute opération, elle a ses indications et ses conditions. [18]

L'épisiotomie fut développée aux Etats-Unis, où elle a été fortement promue sur la base de la protection du fœtus. Un grand nombre de revendications d'ordre émotionnel a été avancées, comme par exemple que pour chaque minute que la tête du fœtus passait derrière le périnée on pouvait retirer deux points au QI de l'enfant à naître, ou que lors d'un accouchement spontané difficile le cerveau du fœtus souffrait des chocs prolongés et des congestions pouvant occasionner des lésions cérébrales, anoxémie ou asphyxie ; on comparait la descente de la tête fœtale à la chute de la mère sur croc à fumier qui percerait le périnée, ou à la tête de l'enfant se faisant écraser par une porte [3].

L'OMS parle de dérive culturelle quand le taux d'épisiotomie est >à 20%.

Le taux d'épisiotomie dans le monde par rapport au nombre total d'accouchements vaginaux (césarienne exclue) [20] représente :

### **En France :**

En 1998 : le taux global de l'épisiotomie était de 51% et montait à 71% chez les primipares contre 36% chez les multipares.

En 2000-2003 le taux global était de 46% et a tendance à diminuer ces dernières années du fait d'une reconsidération des indications. [1]

**En Angleterre :**

En 1980 : le taux global était de 52,2%, chez les primipares il était de 70,5% contre 38,3% chez les multipares ;

En 2002 : le taux global était de 13% [1].

**Aux Etats Unis :**

En 1979 le taux global s'élevait à 65%.

En 2000 : il était de 19% [1].

**Mexique** : le taux d'épisiotomie chez les primipares s'élevait à 69% entre 1995-1998

**Argentine** : il s'élevait à 86% entre 1995- 1998

**Brésil** : à 94% entre 1995 1998[1]

**Zimbabwe** : primipares : 54 % ; multipares 6 % taux global : 27 % (1997 - 1998)

**Ethiopie** : primipares 25 %, multipare 47 % taux 5%(1998 -2001)

**Nigeria** : 90% primipare, taux global 55 % [1] (1997)

**Au Mali** : COULIBALY M. a rapporté 13,76 % [7] (2004)

Coulibaly B a rapporté 38,32 % [6] (1997)

De nos jours, ses indications sont progressivement élargies :

- Extraction instrumentale par forceps ;
- Accouchement en présentation du siège ;
- Grossesse gémellaire ;
- Primiparité ;
- Recours à l'analgésie péridurale.

L'OMS recommande : « n'envisager l'épisiotomie que dans les cas de :

- L'accouchement par voies basse compliquée (siège, dystocie des épaules, extraction instrumentale obstétricale) ;
- De cicatrices de mutilations sexuelles féminines ou déchirures périnéales compliquées mal cicatrisées ;
- De souffrance fœtale ».

Lors d'un accouchement jusque là normal, une épisiotomie peut parfois se justifier, mais il est recommandé de restreindre le recours à cette intervention, de choisir une bonne technique de réparation et l'utilisation de matériel de suture bien tolérée.

Ainsi DODEK a décrit une technique de suture en quatre plans réalisés à l'aide d'un fil noué une seule fois.

Le pourcentage d'épisiotomie réalisé dans un hôpital sans risque pour la mère et l'enfant devrait être un but à atteindre **[9]**.

Pour souscrire à cette politique, il nous a paru opportun d'étudier une méthode de suture utilisant le minimum de matériel intitulée <<un fil-un nœud>> dans un pays à ressources limitées.

# ***OBJECTIFS***

## **II. OBJECTIFS**

### **1. Général**

Etudier la suture d'épisiotomie selon la technique <<un fil un nœud>>.

### **2. Spécifiques**

.Décrire la technique de suture <<un fil un nœud>>

- Déterminer la fréquence de l'épisiotomie au service de gynécologie-obstétrique de l'Hôpital Sominé DOLO de Mopti ;
- Préciser les principales indications de l'épisiotomie ;
- Décrire les complications liées à la technique <<un fil un nœud>>;
- Préciser le coût de la technique.

# ***GENERALITES***



### **III. GENERALITES**

#### **A. Rappels anatomiques**

##### **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 ; en dehors, les grandes lèvres qui se perdent en avant sur le mont de vénus.

##### **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.

##### **1.2. 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.

##### **1.3. 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.

##### **1.4. Le vestibule**

C'est la fente inter-labiale. S'y ouvrent :

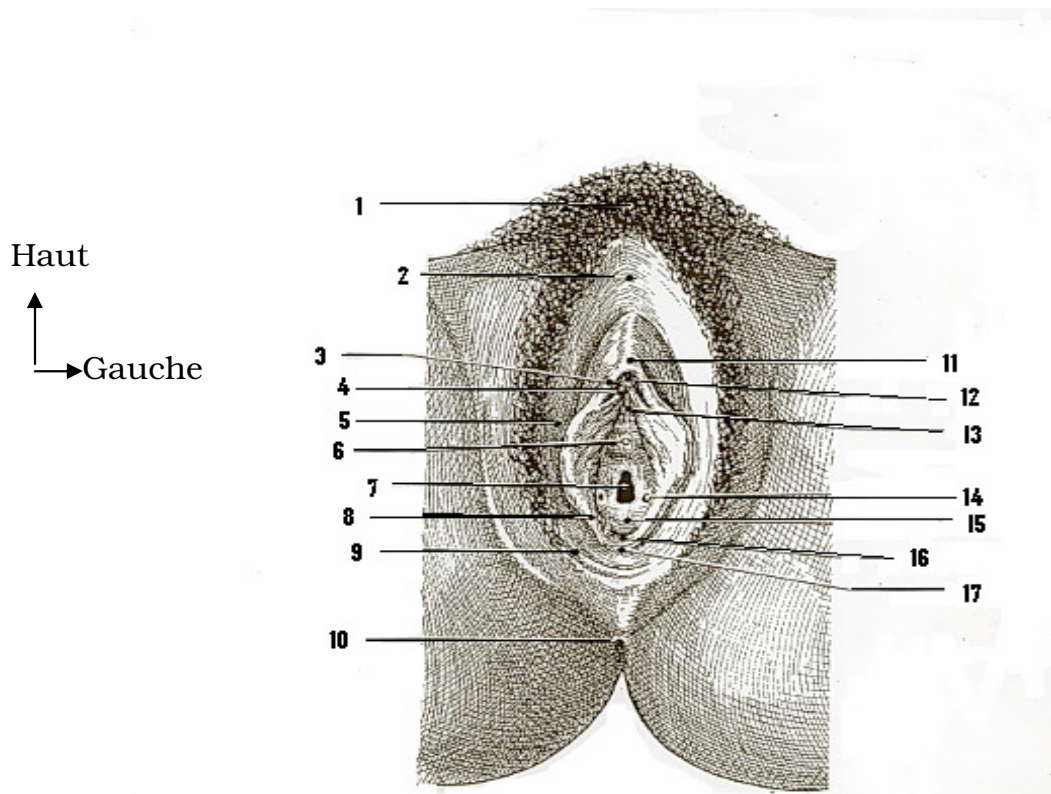
- le vagin dont il est séparé par l'hymen en absence de défloration. Ses débris forment les lobules hyménaux après la défloration. Après l'accouchement, il ne persiste que les caroncules myrtiformes.

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

### 1.5. 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 1 : Vulve, grandes et petites lèvres réclinées : in Cady J, Kron B [4]**

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.

## **2. Le canal pelvi-génital [18]**

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-périnéal.

### **2.1. 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.

### **2.2. 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 pectinées, 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, de 10,5 cm ;
- le diamètre promonto-sous-pubien, que l'on mesure en clinique, de 12 cm.

Les diamètres transverses sont :

- le diamètre transverse maximum, de 13,5 cm, 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 13 cm.

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

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

### **2.3. 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 12 cm, sauf le diamètre transversal du détroit moyen unissant les épines sciatiques, qui n'a que 10,8 cm.

### **2.4. 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 9,5 cm, mais il peut atteindre 11 à 12 cm 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.

### **3. Le diaphragme pelvi-périnéal**

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

- périnée antérieure musculo-aponévrotique, 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) [18].

D'autres auteurs par contre proposent une autre description du périnée [16]. 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.

#### **3.1. Plan profond = diaphragme pelvien principal**

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

Les éleveurs 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.

### **3.2. Plan superficiel**

Est représenté par deux espaces triangulaires :

#### **3.2.1 Espace 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.

#### **3.2.2. Espace périnéal postérieur**

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

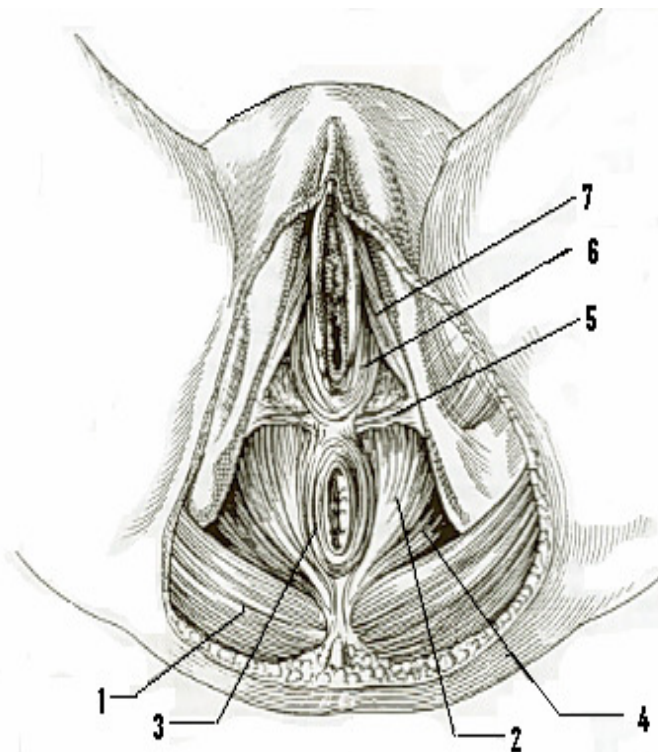
- Appareil sphinctérien de l'anus: Il se compose de 4 tubes musculaires emboîtés les uns dans les autres et qui sont, de l'intérieur vers l'extérieur : la muscularis submucosae ani ; le sphincter interne ;

La couche longitudinale complexe du canal anal et le sphincter externe.

- Fosses ischio-rectales: Elles sont limitées :

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

Haut  
↳ Gauche



**Figure 2 : Plancher périnéal : in Merger R [18]**

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

#### **4. Le mobile fœtal [3]**

Trois segments doivent être considérés :

**4.1. 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 parieto-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 à 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 :

#### **4.1.1. Diamètres antéro-postérieurs**

##### **4.1.1.1- 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.

##### **4.1.1.2- Diamètres sous occipitaux :**

- sous-occipito-bregmatique, de la base de l'écaille occipitale (au contact de la nuque) au milieu de la fontanelle antérieure: 9,5 cm. C'est celui qui correspond à la présentation de la tête très fléchie.

- sous-occipito-frontal, de l'écaille occipitale au point le plus saillant du frontal : 11cm.

##### **4.1.1.3-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.



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

**4.1.3. Diamètres transversaux** :

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

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

**4.1.4. Circonférences crâniennes**: Deux doivent être connues :

- la grande circonférence qui mesure 37cm.

- la petite circonférence qui est de 33 cm.

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

**4.3. Les hanches** : le diamètre bitrochantérien est de 9 cm.

Le nouveau-né à terme pèse en moyenne 3300 g et mesure 50 cm.

On considère cependant comme normaux des poids compris entre 2500 et 3999 g et des tailles entre 47 et 50 cm. La peau est généralement rose vif, parfois rouge, recouverte dans les premières heures d'un enduit blanc graisseux, le vernix caseosa. Une 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.

## **5. Les présentations fœtales [18]**

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.

### **5.1. 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 :

**5.1.1. 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.

**5.1.2. 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)

**5.1.3. 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.

## **5.2 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.

### **5.3. 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.

## **B. Rappels sur l'accouchement [18, 27]**

### **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<sup>ème</sup> semaine (259 jours) et la fin de la 42<sup>ème</sup> semaine (293 jours) est dit à terme. S'il se produit avant 37 semaines (259 jours) de grossesse, il est prématuré.

### **2. Le travail d'accouchement**

Il comprend trois périodes :

### **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. 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-périnéales, 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.

### **2.3. 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 300 ml. On estime qu'elle est physiologique tant qu'elle ne dépasse pas 500 ml. Au-dessus de ce volume, il y a hémorragie de la délivrance.

### **3. Complications traumatiques de l'accouchement [18, 27]**

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 [27]**

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

#### **3.1.2. Déchirures périnéales [16, 20]**

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.

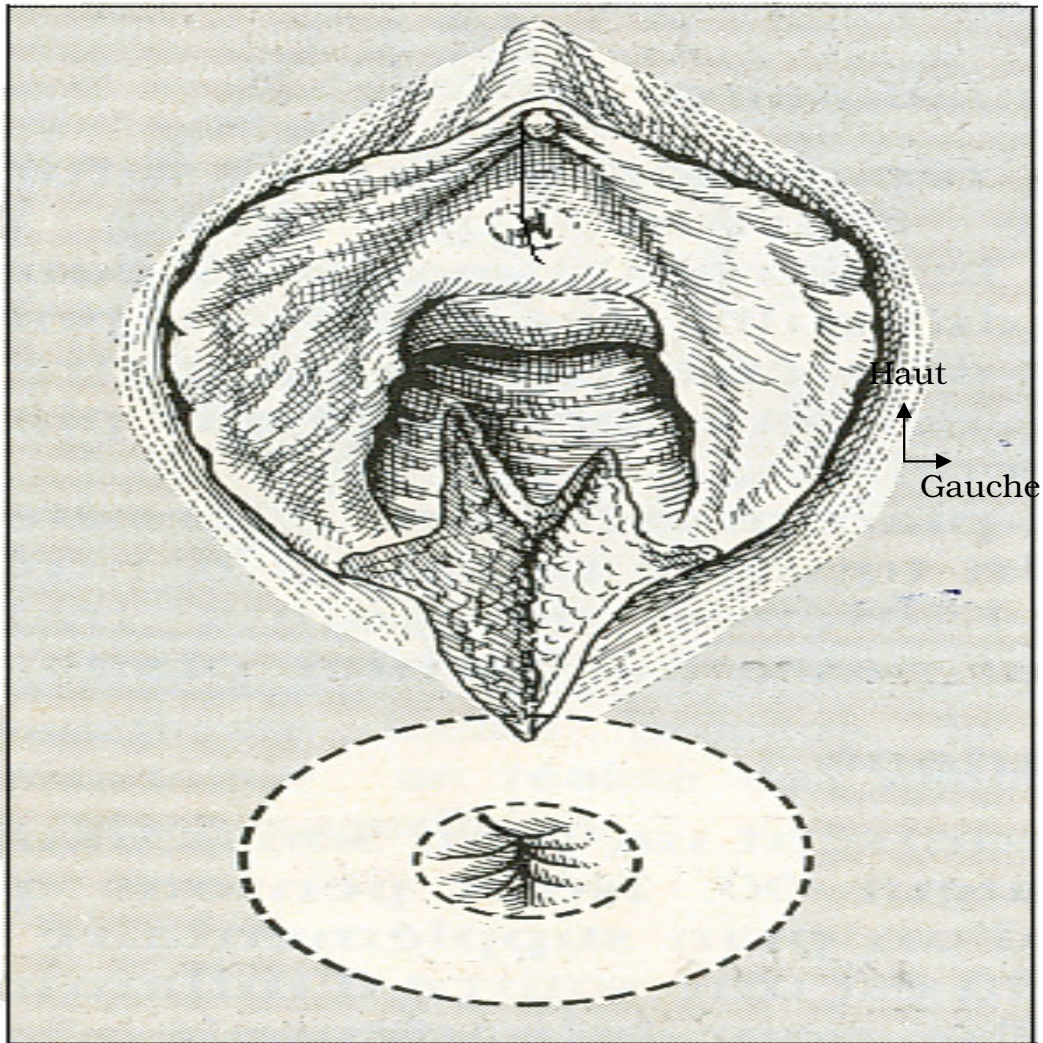
Quant aux déchirures ouvertes, elles sont classées en trois degrés de lésions :

##### **- Déchirures simples, incomplètes ou du premier degré (Figure 3)**

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).

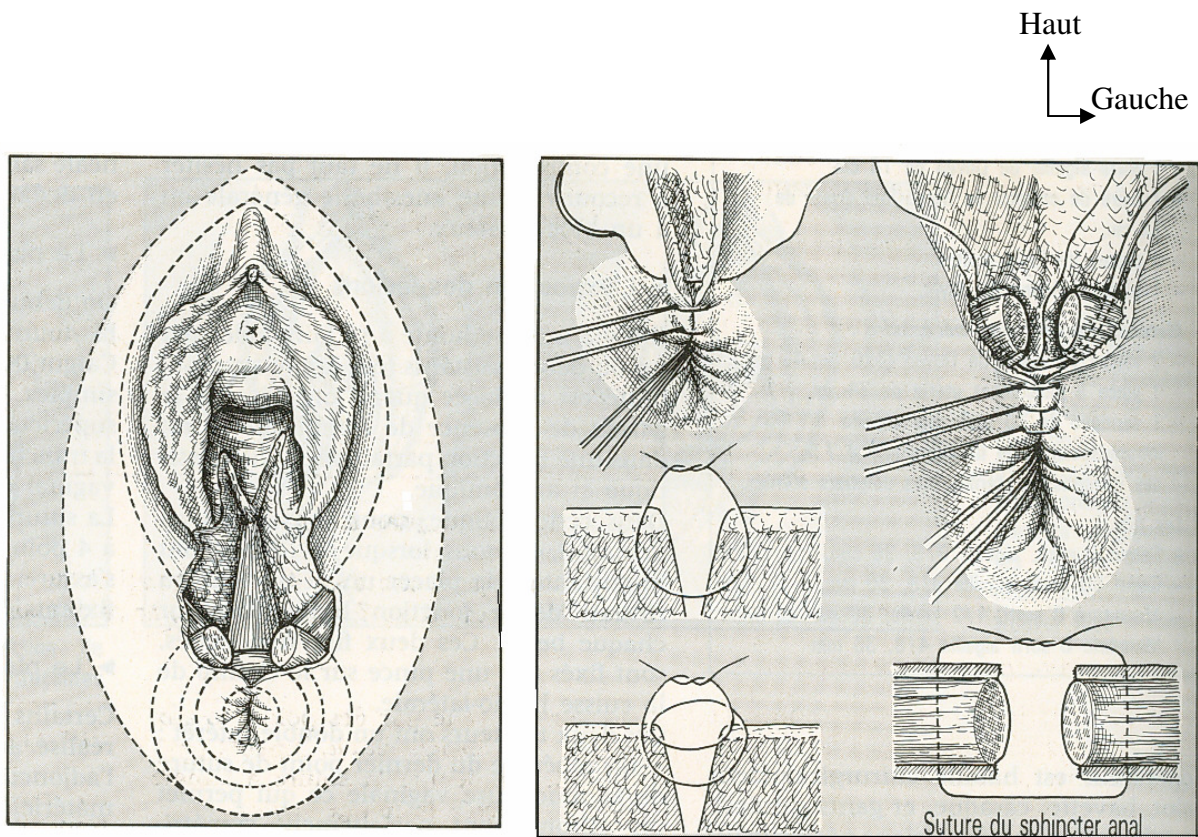




**Figure 3 : Déchirure périnéale du 1<sup>er</sup> degré : in Lansac J [16]**

**- Déchirures périnéales complètes ou du deuxième degré (Figure 4)**

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.

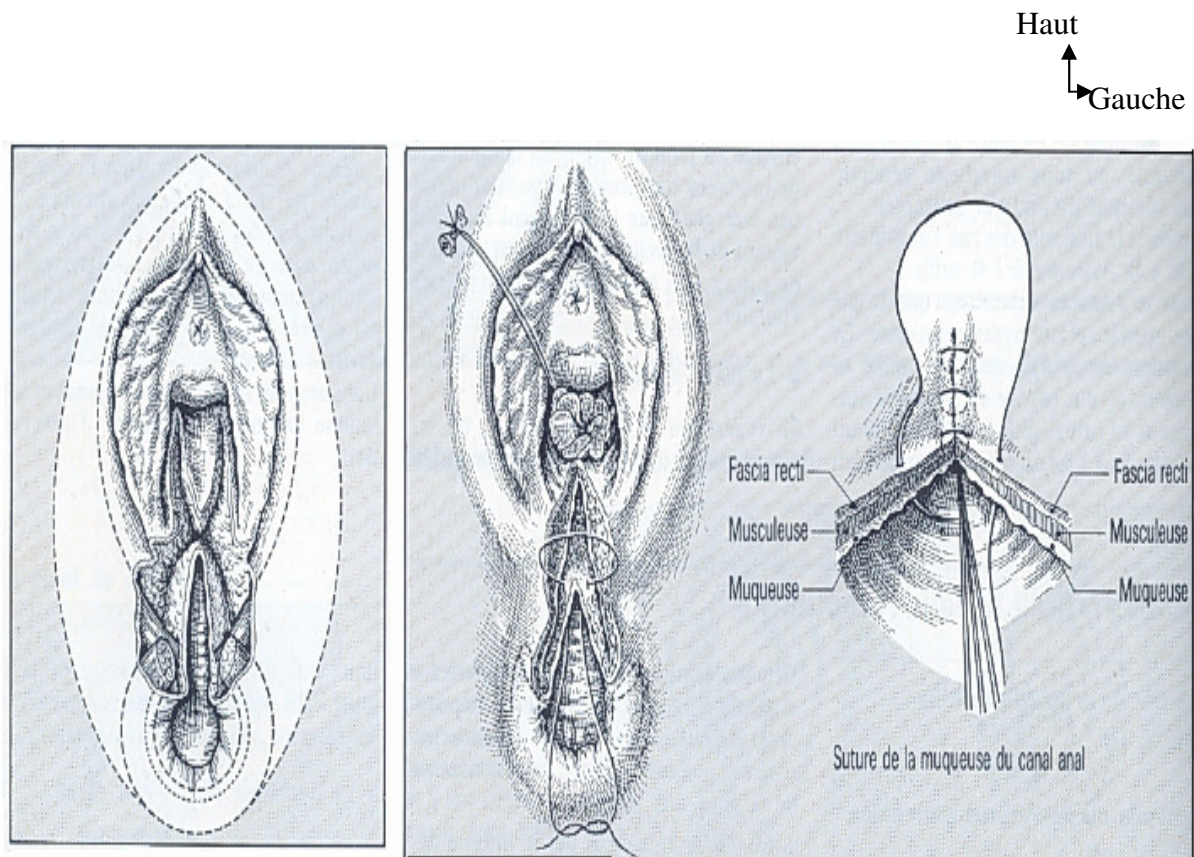


**Figure 4: Déchirure périnéale du 2<sup>ème</sup> degré : in Lansac J [16]**

**- Déchirures périnéales complètes compliquées ou du troisième degré (Figure 5)**

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 3 cm 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 5 : Déchirure périnéale du 3<sup>ème</sup> degré : in Lansac J [16]**

### **3.2. Facteurs de risque [20]**

Ils sont de trois ordres :

#### **3.2.1. 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, oedématié 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.

### **3.2.2. Facteurs fœtaux**

#### **- Excès de volume fœtal**

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 fœtus 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 (12,5 cm), 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 fléchie 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.

### **3.2.3. 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 médio-latérale aurait en revanche un effet protecteur.

## **4. Prévention des déchirures obstétricales [20]**

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.

## **5. Épisiotomie**

### **5.1. Définition**

L'épisiotomie est une incision du périnée pratiquée chez la femme enceinte : la peau, le tissu conjonctif et muscle sont sectionnés [10].

## **5.2. Indications [20]**

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).

## **5.3. 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 [20, 27].

#### **5.4. Types et techniques d'épisiotomie [20]**

Différentes techniques d'épisiotomie ont été décrites :

##### **5.4.1. Episiotomie médio -latérale (Figure 6 et 7)**

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 postopératoires 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.

#### **5.4.2. Episiotomie médiane (Figure 6)**

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.

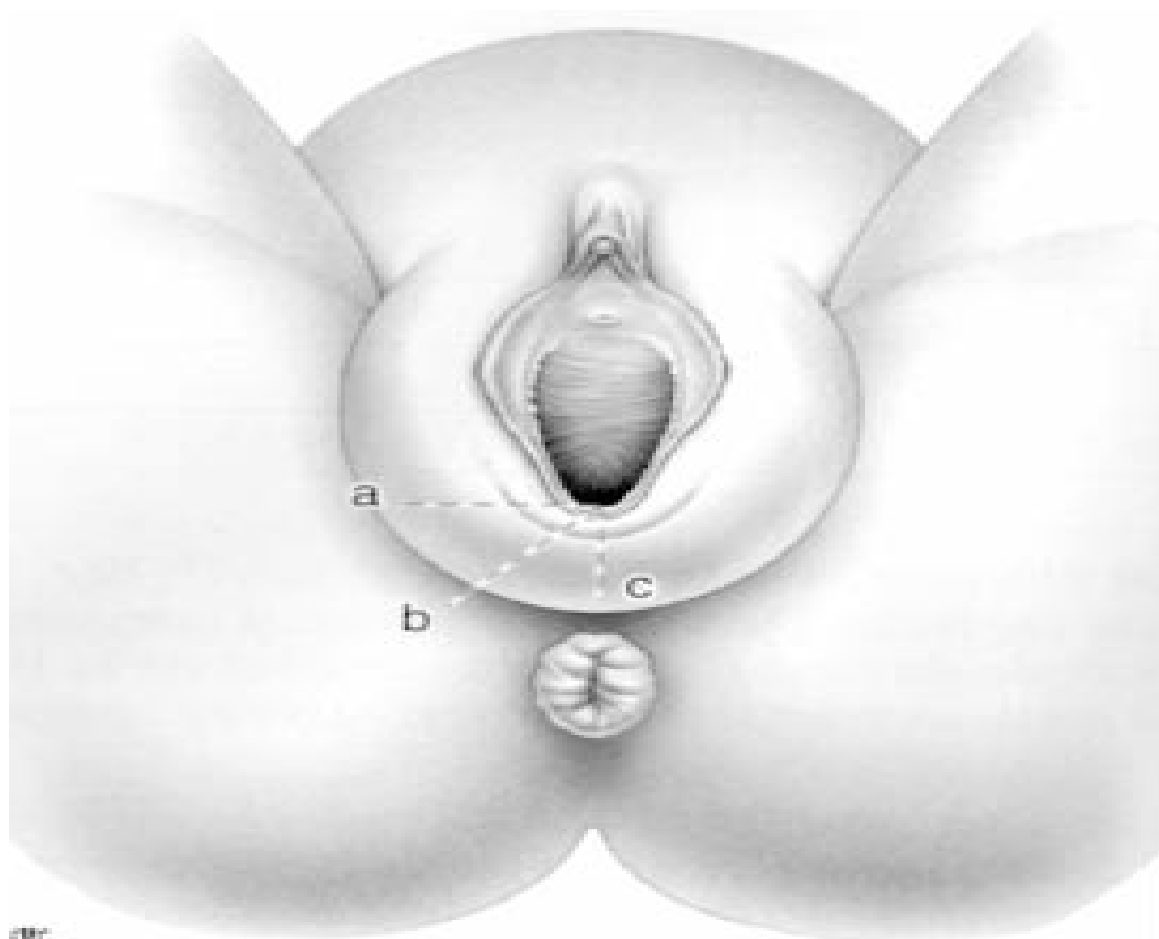
Ce type d'incision a comme avantage d'être peu hémorragique, d'être plus anatomique et facile à réparer que les incisions médio-latérales et Enfin d'être moins douloureuse dans le post partum ou à la reprise des rapports sexuels. L'inconvénient majeur à l'origine de l'abandon de cette technique par la majorité des écoles françaises est le risque de propagation de l'incision au sphincter anal. Le nombre de fistules recto-vaginales est également majoré. Si on la pratique, le volume de la présentation ainsi que la distance anovulaire doivent être soigneusement évalués.

#### **5.4.3. Episiotomie latérale (Figure 6)**

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.





PC

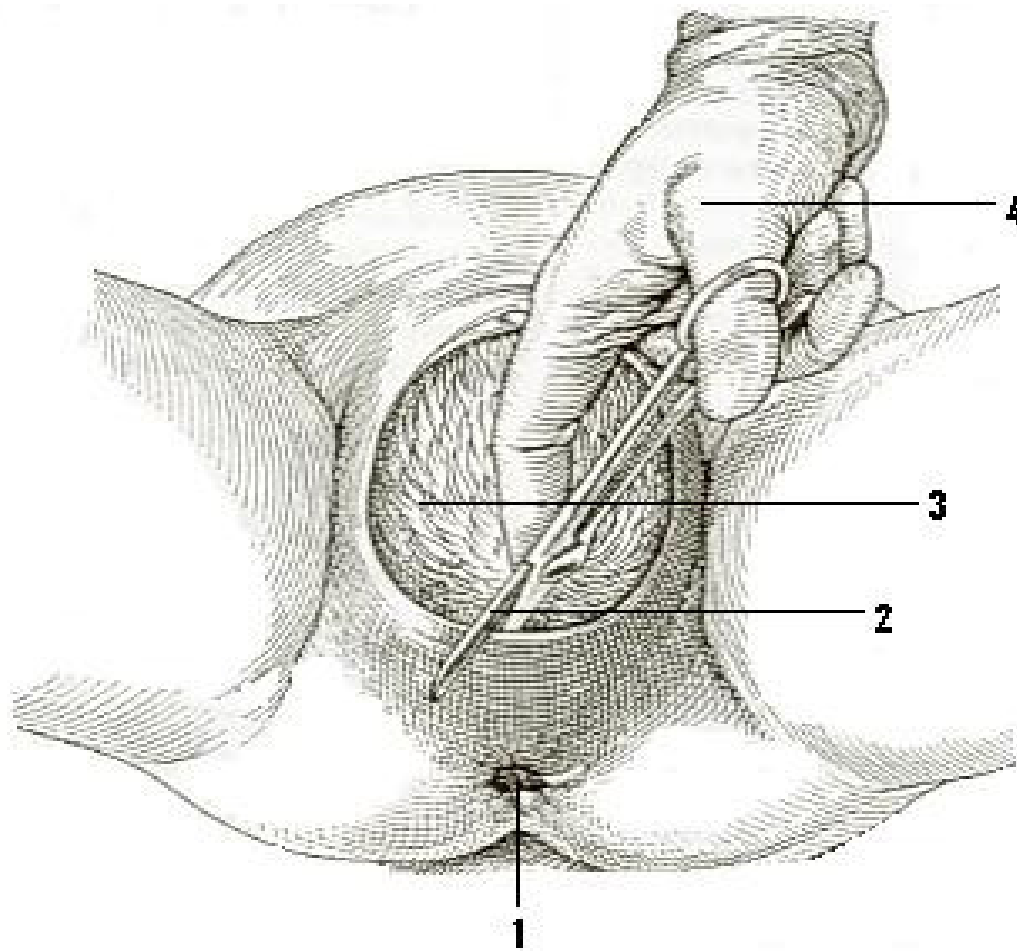
Haut

↑  
└─ Gauche

Vue de face

**Figure 6: Les principaux types d'épisiotomie [20]**

a= latérale, b= médio latérale, c= médiane



Haut  
 ↑  
 ↪ Gauche

Vue de face

**Figure 7: Episiotomie médo-latérale droite : in Marger R [20]**

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

4: Main de l'opérateur.

### **6. Réfection de l'épisiotomie [16]**

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.

### **6.1. 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 18 cm ;
- 1 porte-aiguille de Doyen de 18cm ;
- 1 paire de ciseaux de Mayo-Still droits de 18 cm ;
- 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 cm<sup>3</sup>, une aiguille intramusculaire, de la xylocaïne à 1 %,
- des compresses stériles, des gants stériles,

#### **. Le fil**

**La suture est réalisée avec un seul fil de 75 cm à aiguille sertie courbe de vigryl rapide 2/0**

### **6.2. 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 dermique).

On isole le périnée par 4 champs stériles de 1,50 m.

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.

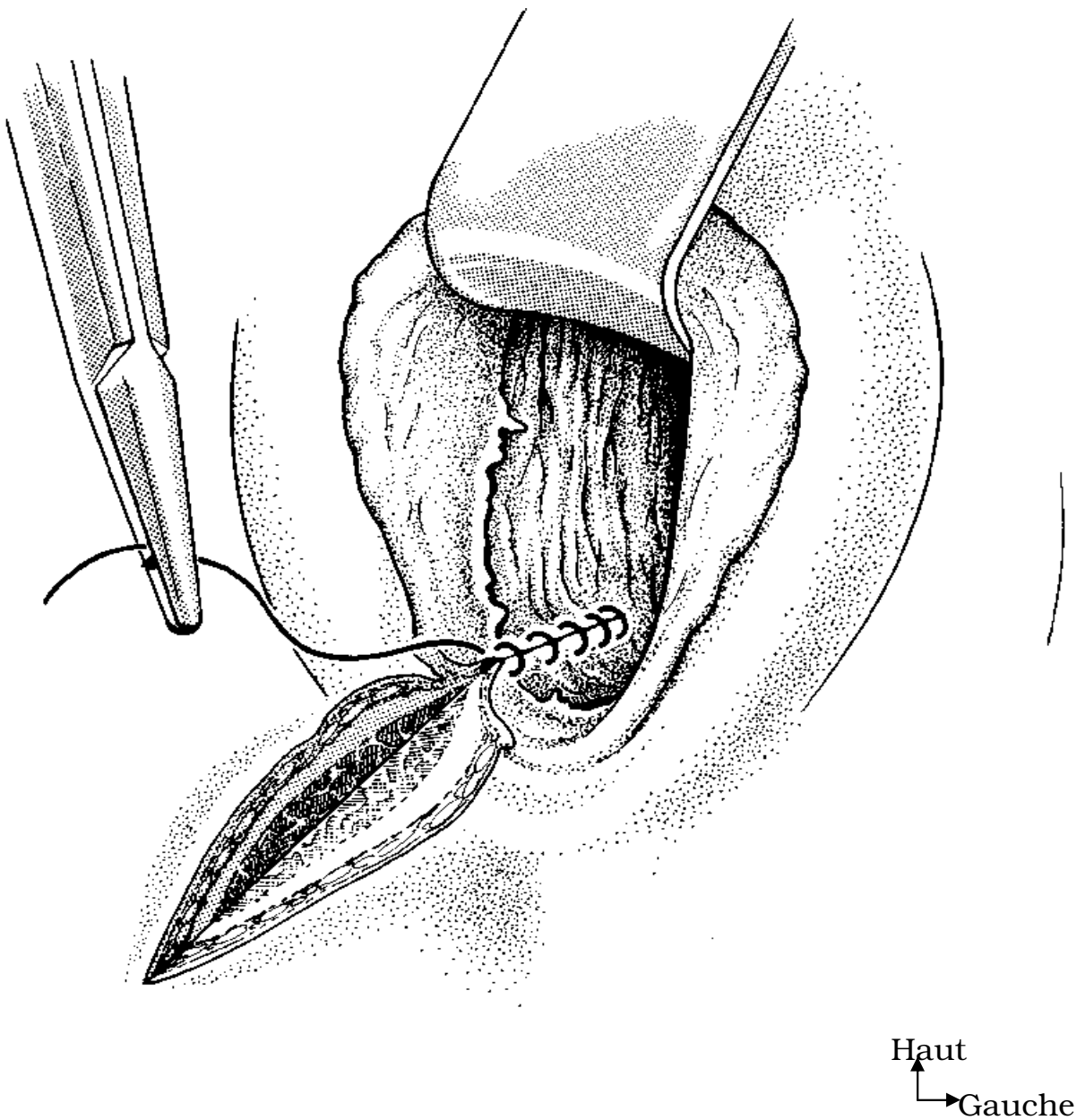
### **6.3. L'anesthésie**

Nous avons utilisé l'anesthésie local à la xylocaïne sans adrénaline à 2 %. Cette anesthésie est mieux adapter nos conditions de travail.

### **6.4. LA METHODE CLASSIQUE (en 3 plans)**

#### **6.4.1 Le plan vaginal (Figure 8)**

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.



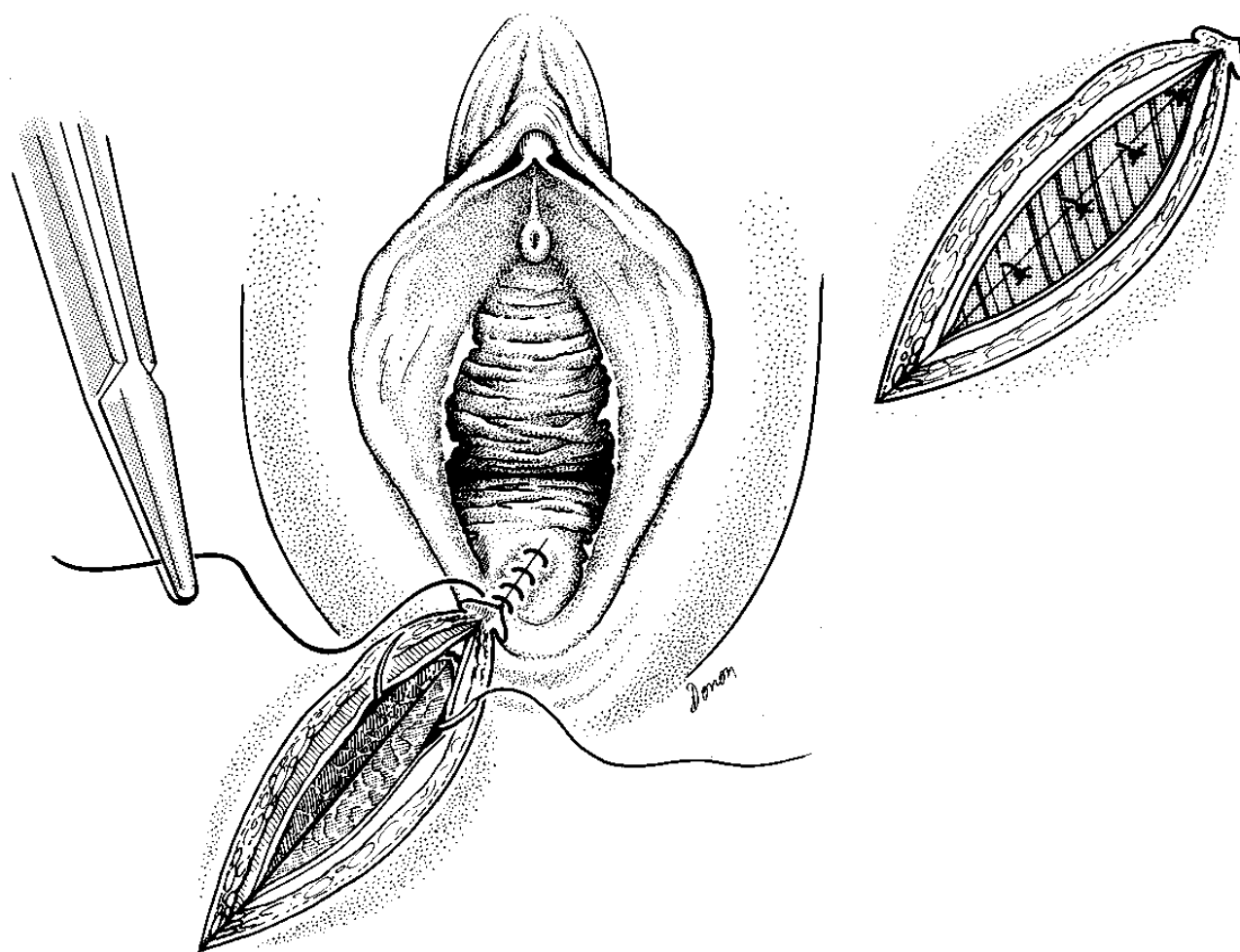
**Figure 8 : Réfection du plan vaginal [15]**

#### **6.4.2. Le plan musculaire (Figure9)**

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

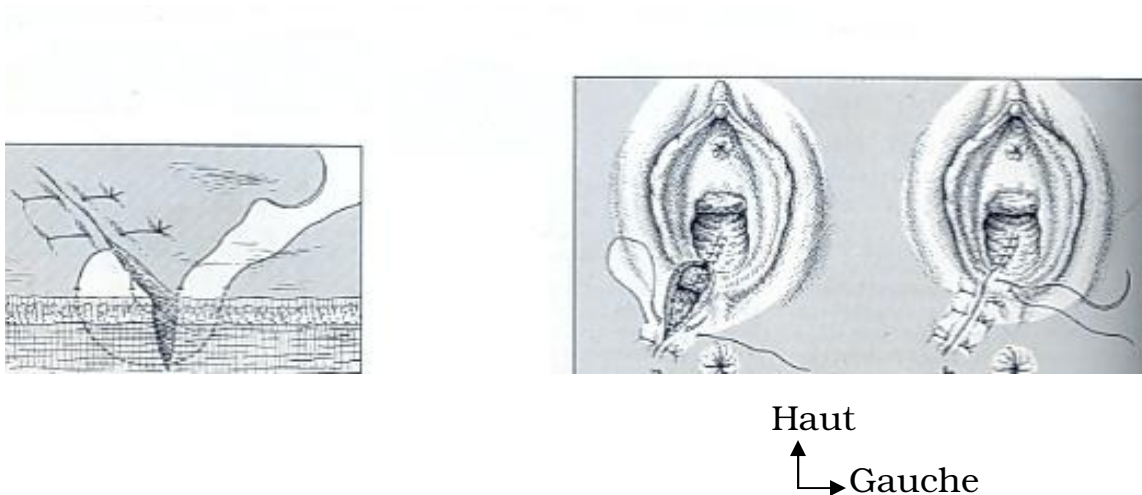
**Figure 9 : Réfection du plan musculaire [15]**

### 6.4.3. Le plan cutané (Figure 10)

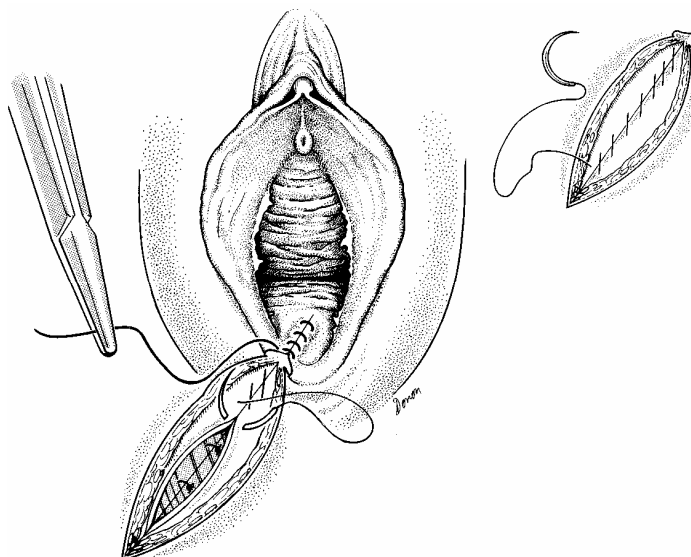
Certains préconisent un plan sous-cutané, réalisé au vicryl 00.

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

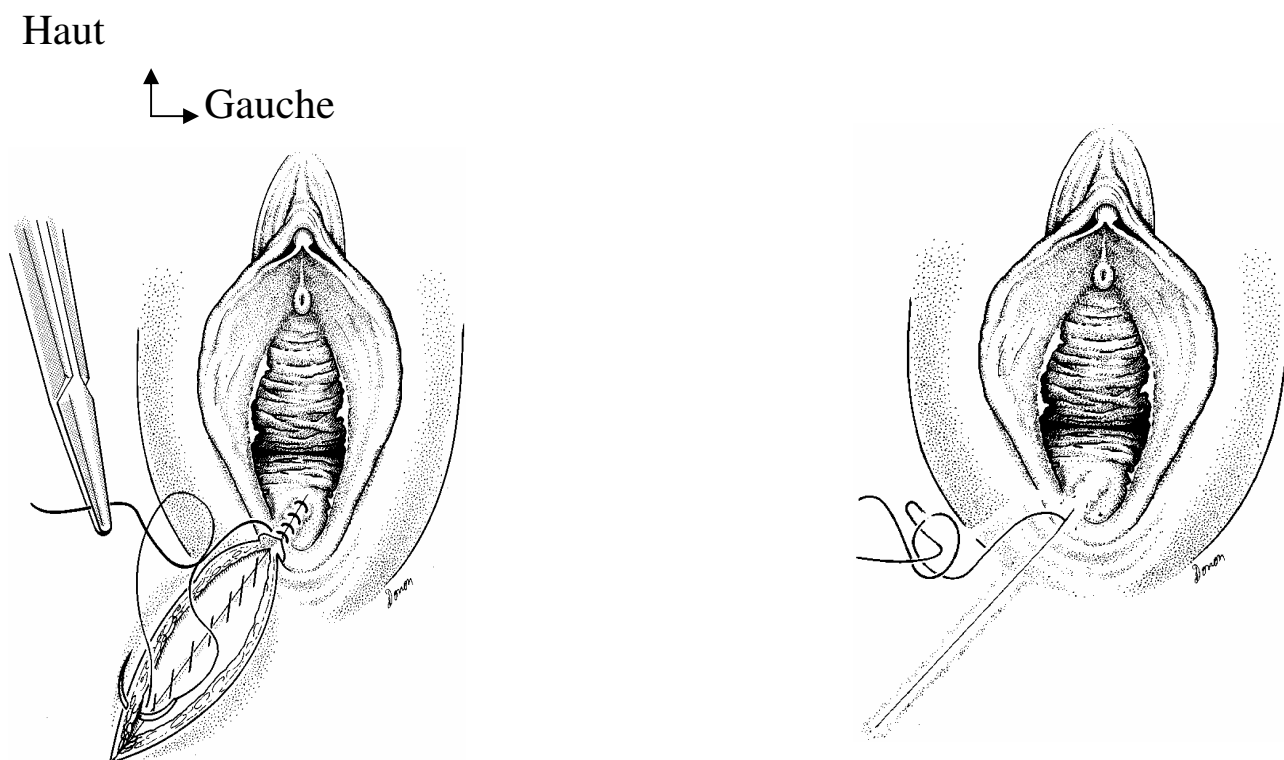
Le fil utilisé est du nylon 2/0 ou 3/0. Un surjet sous-cutané de vicryl 00 à l'avantage d'éviter l'ablation désagréable des fils. On commence par l'angle inférieur toujours par souci de symétrie parfaite : 3 à 4 points, passés de proche en proche, suffisent. Nous terminons par la reconstitution de la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



**Figure 10: Réfection du plan cutané en points de Blair Donati**  
[16]



D'autres auteurs [16], 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.



**Figure11 : Réfection de la peau en deux plans : superficiel et intradermique [16]**



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

## **7. Complications de l'épisiotomie [2]**

On distingue les complications immédiates, précoces et les complications tardives.

### **7.1. Complications immédiates**

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

- Les déchirures sur épisiotomie ;

- Des blessures fœtales : elles sont rares.

### **7.2. 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.

### **7.3. 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 recto vaginale. La fistule recto vaginale ou recto périnéale 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.

## **8. Soins postopératoires [15]**

### **8.1. 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.

### **8.2. 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 :

#### **➤ 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 25 cm du périnée pendant 20 minutes.

#### **➤ 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.

➤ **Des exercices**

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

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

- Allongée sur le dos, genoux pliés et écartés de la largeur du bassin, les pieds bien à plat, poser les mains sur le ventre et sentir les mouvements de la respiration.

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

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

# ***METHODOLOGIE***

## IV. METHODOLOGIE

### 1. Cadre d'étude

#### A. Caractéristiques générales de la région de Mopti

La région de Mopti, située au centre du pays avec une superficie de **79017 km<sup>2</sup>**, est la **5<sup>ème</sup>** région du pays. Elle s'étend du 15°45' latitude Nord au 13°45' latitude Nord et du 5°30' longitude Ouest au 6°45' longitude Ouest. Elle est limitée au Nord par la région de Tombouctou (cercle de Rharous et de Niafouké), au Sud par le Burkina- Faso (sous préfectures de Djibo, Ouahigouya et Tougan) et la région de Ségou (cercle de Tominian, San et Macina), à l'Ouest par la région de Ségou (cercle de Niono et Macina), à l'Est par le Burkina- Faso (sous-préfecture de Djibo) et la région de Tombouctou (cercle de Rharous). La majorité du territoire de cette région est située en zone sahélienne.

Elle est divisée en deux grandes zones agro écologiques, qui sont :

- La zone exondée située en grande partie à l'Est et comprend les cercles de Bankass, Bandiagara et Koro et une partie des cercles de Djenné, Mopti, et Douentza. Cette zone est divisée en deux parties : la zone montagneuse et la plaine.
- La zone inondée ou delta intérieur du Niger est une vaste zone marécageuse pendant la saison de la crue annuelle du fleuve Niger et son affluent le Bani. Cette zone comprend les cercles de Youwarou, Tenenkou et une partie importante des cercles de Douentza, Mopti et Djenné.

La population s'élève à 1 865 297 habitants.

La plupart des ethnies du Mali y sont représentées : Bambara 26 % ; Peulh et Rimaïbé 23 % ; Sonrhaï 18 % ; Bozo 11 % ; Dogon 9 %.

Le taux de croissance de la population entre 1998 et 1999 est de 2,2 %. Près de 50 % de la population de cette région à moins de 15 ans et la majorité vit en zone rurale.

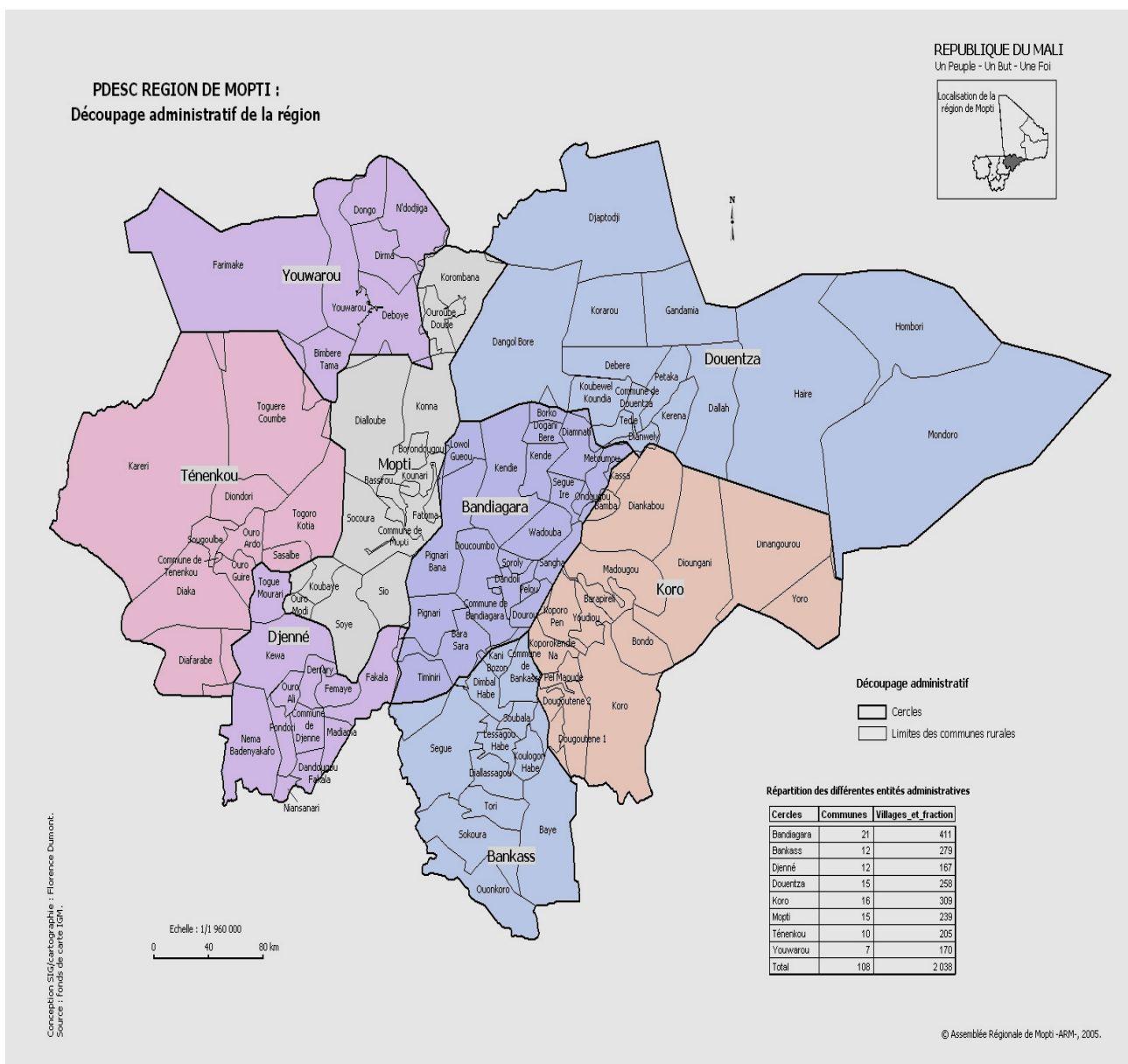
Les familles de la région de Mopti vivent de la pêche, de l'agriculture et de l'élevage.

L'agriculture est dominée par la culture des céréales dont la production dépend de la pluviométrie et de la crue du fleuve Niger.

Le cheptel de la région est le plus important du Mali.

Le secteur tertiaire de l'économie de la région est en croissance grâce au tourisme. La région dispose en effet des sites touristiques les plus visités au Mali qui sont : Djenné (la grande mosquée), le pays dogon et la ville de Mopti.

### Carte de la région de Mopti



## B. L'Hôpital de Mopti

Il a été créé en **1956** pendant la période coloniale et se composait d'un seul bâtiment (actuelle pavillon de médecine et pédiatrie).

Après l'indépendance, il passa par diverses appellations notamment **l'hôpital secondaire**, puis **l'hôpital régional** à partir de **1969** et bénéficia de nouvelles constructions.

En **1995**, il fut baptisé « **l'hôpital Sominé Dolo** ». Il porta ainsi le nom d'un ancien ministre de la santé, natif de la région.

**L'hôpital Sominé Dolo** est une structure de 2<sup>ème</sup> référence pour toute la région. Il a une capacité d'accueil de **84** lits. Il est devenu en **2002** un Etablissement Public hospitalier (**EPH**) avec une autonomie de gestion.

### 1. Organisation structurale

**L'hôpital Sominé Dolo** est composé de plusieurs services entre autres : la Gynécologie-Obstétrique, la Médecine Générale, la Chirurgie Générale, l'Odontostomatologie, l'Ophtalmologie, l'O.R.L, la Pédiatrie et l'imagerie (radiologie, l'échographie et la télémédecine)

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

- Le service de **Gynécologie et d'Obstétrique** comportant : Deux bureaux servant en même temps de box de consultation, une salle de garde des Sages Femmes, une salle d'hospitalisation ventilée à 5 lits et deux salles d'hospitalisation climatisées à deux lits ;
- La salle d'accouchement est annexée au bâtiment du bloc opératoire ;
- Le bloc opératoire comprend deux salles opératoires et le service de **gynécologie et d'Obstétrique** partage ces salles opératoires avec le service de **chirurgie** ;
- une salle d'attente et une salle d'accouchement avec 2 tables.

## **1.2. Personnel**

Le service de Gynécologie-obstétrique de l'hôpital est composé de :

- un spécialiste de Gynécologie-obstétrique, chef de service ;
- deux gynécologues-obstétriciens : dont un malien et un cubain
- onze étudiants en année de thèse ;
- quatre sages-femmes dont deux d'un projet externe à l'hôpital mais assurant la garde ;
- deux infirmières obstétriciennes ;
- un manœuvre.

## **1.3. Fonctionnement**

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

Les consultations externes gynécologiques y compris le suivi des grossesses à risque sont effectuées tous les jours ouvrables exceptés le jeudi par les gynécologues obstétriciens.

Une équipe de garde quotidienne composée de deux étudiants faisant fonction d'interne, une sage femme et un manœuvre reçoit et prend en charge les urgences gynéco-obstétricales.

Le bloc opératoire à froid fonctionne tous les jeudis 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.

## **2. Type d'étude**

Il s'agissait d'une étude descriptive, transversale, prospective.



### **3. Période d'étude**

L'étude a été réalisée sur douze (12) mois, du 1<sup>er</sup> janvier 2008 au 31 décembre 2008.

### **4. Population d'étude**

L'étude a porté sur les femmes ayant accouché et ayant bénéficié d'une épisiotomie à la maternité de l'hôpital Sominé DOLO au cours de la période d'étude.

### **5. Echantillonnage**

Il s'agit d'un échantillonnage exhaustif, portant sur les dossiers des accouchées ayant bénéficié d'une épisiotomie suturée pratiquée à la maternité de l'hôpital.

### **6. Critères d'inclusion**

Nous avons inclus dans cette étude toutes les patientes ayant accouché par voie basse dans le service avec protection du périnée par une épisiotomie et chez qui une suture a été effectuée par la technique <<un fil un nœud>>.

### **7. Critères de non inclusion**

Nous n'avons pas inclus dans cette étude :

-Les patientes dont l'épisiotomie a été suturée selon technique classique ;

### **8. 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 recueillies par l'interrogatoire, la consultation du carnet de suivi de la mère.

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

### **9. Variables**

Plusieurs variables ont été étudiées :

#### **9.1. Variables liées à la parturiente (ou à la mère)**

- Age,
- Gestité,

- Parité,
- Adresse,
- Niveau d'instruction,
- Motif d'admission,
- Mode d'admission
- Antécédents,
- profession.

### **9.2. Variables liées à la grossesse**

- CPN (nombre, auteur, lieu),
- Hauteur utérine,
- Contractions utérines,
- Dilatation cervicale,
- Poche des eaux,
- Liquide amniotique.

### **9.3. Variables liées au fœtus (ou au nouveau-né)**

- Bruits du cœur fœtal
- Nature de la présentation fœtale
- Mode de dégagement (OP, OS, SP)
- Paramètres du nouveau né

### **9.4. Variables liées à l'accouchement**

- Indication de l'épisiotomie
- Type d'épisiotomie

### **9.5. Variables liées à l'épisiotomie**

-Douleur légère : douleur n'ayant pas nécessité de consommation d'antalgique.

-Douleur modérée : douleur calmée sous paracétamol seul.

Douleur intense : douleur ayant nécessité la consommation du paracétamol et l'ibuprofène.

-Résultats :

Pour comparer nos résultats à ceux de la littérature, nous avons utilisé les critères de jugement définis dans les travaux similaires :

- . Excellents : absence de complication douloureuse+cicatrice normale (linéaire ou invisible).
- . Bons : complication douloureuse post partum +cicatrice normale.
- . Médiocres : complication post opératoire + cicatrice inesthétique et/ou dyspareunie.
- . Echecs : désunions.
- . Coût médical : comprend le prix des matériels de suture, de l'antiseptique pour les soins locaux, des antalgiques et des anti inflammatoires en cas de douleur.

Il ne concerne ni l'acte, ni les frais de transport.

## **10. Plan d'analyse des données**

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

## **11. Définitions opératoires**

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

Age : l'âge a été déterminé soit à partir de l'interrogatoire, soit à partir de consultation de leur carnet de CPN ;

- . Le niveau d'étude a été catégorisé en niveau supérieur, secondaire, primaire, analphabète ou sans instruction et coranique ;
- . La profession est déterminée à partir de l'interrogatoire

### ➤ **La gestité** : 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** : nombre d'accouchements 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 2500 g.
- **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 4000 g.
- **Référence** : 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** : 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.
- **Épisiotomie** : incision périnéale réalisée au moment de l'accouchement, destinée à agrandir l'orifice vaginal.

Nous avons indiqué le type et les indications.

## **12. Description de la réparation des différents plans: la méthode « un fil un nœud »**

Elle comprend 4 plans

### **12-1-Le plan vaginal (Figure 12)**

La suture de la muqueuse vaginale par un surjet simple.

Elle commence par l'unique nœud de la suture au point d'angle supérieur de la déchirure vaginale. Elle permet le rapprochement des deux berges de la plaie jusqu'au niveau de l'insertion de l'hymen

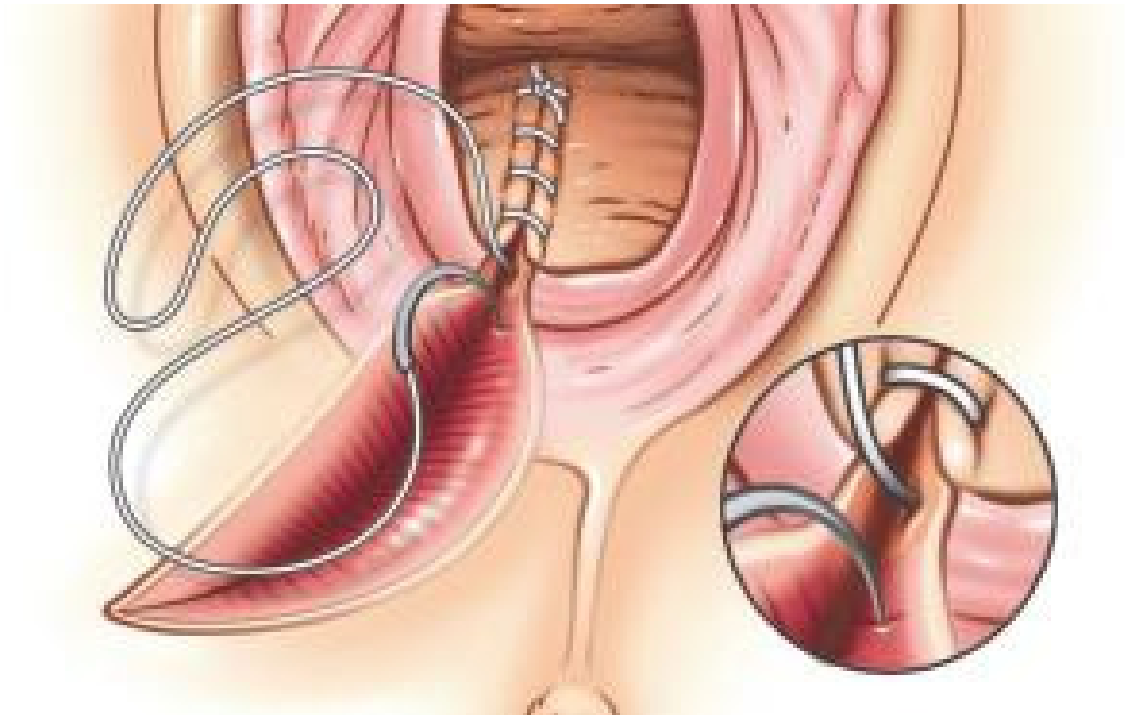
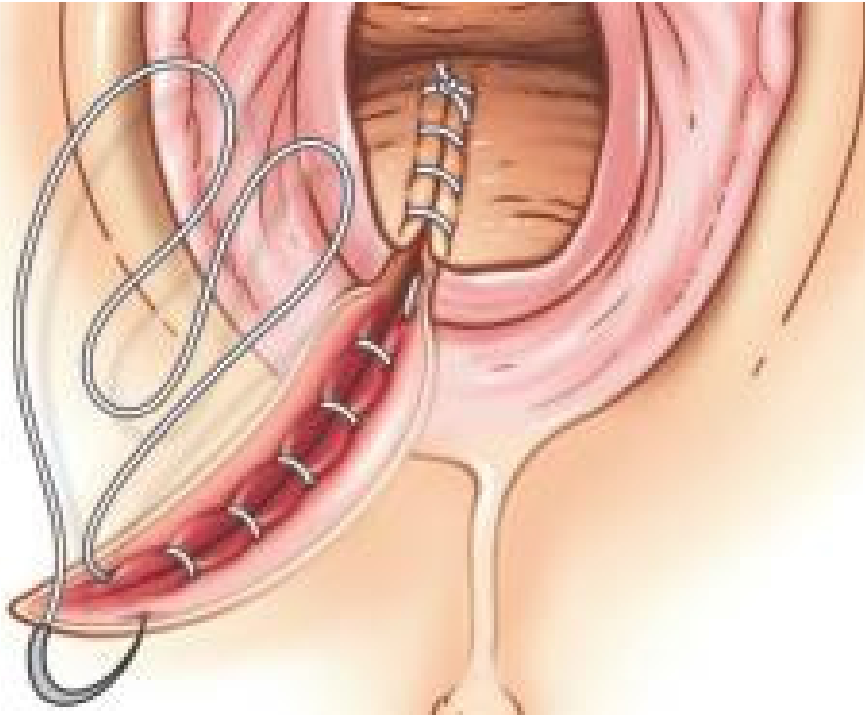


FIGURE 12(photo)

**12-2- Le plan musculaire : en surjet [FIG 13]**

Sans nouer au niveau de la jonction hyménale, on aborde le plan musculaire par un coup d'aiguille profond à travers la berge vaginale gauche. On rapproche les deux bords musculaires par un surjet simple minutieusement serré sans tension excessive jusqu'à l'extrémité inférieure de l'épisiotomie.

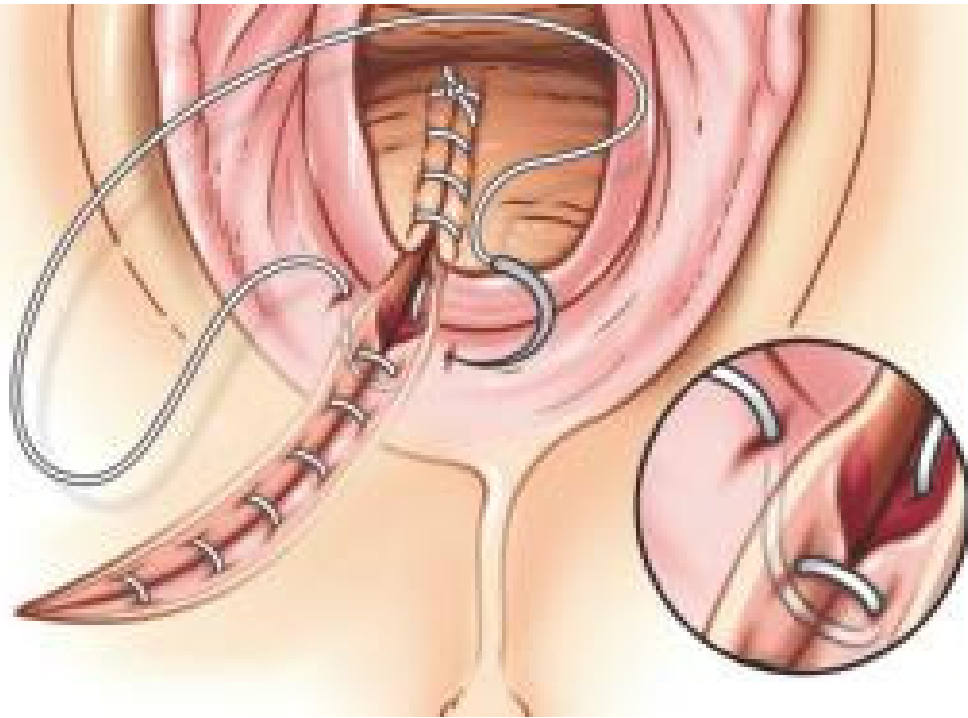
On y effectue un passage du fil dans la dernière anse, une légère traction sur le fil.



**FIGURE 13(photo)**

**12-3- Le plan sous cutané FIG 14**

Après le passage du fil dans la dernière anse, on réalise un surjet de retour sur la sous peau sans couper le fil. On commence à l'extrémité inférieure de l'épisiotomie jusqu'au niveau de l'insertion hyménale.

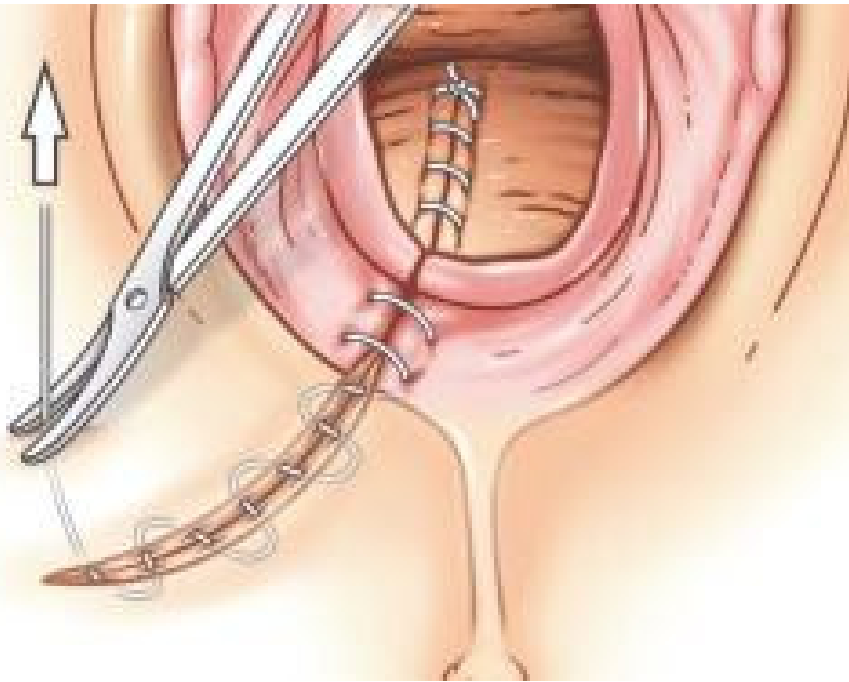


**FIGURE 14(photo)**

**12-4- Le plan cutané : surjet intradermique [FIG 15]**

Au niveau de l'insertion hyménale, l'aiguille ressort à la surface de la muqueuse vaginale à travers la berge vaginale droite. On termine la suture de la muqueuse vaginale par un surjet court allant de la jonction hyménale à l'insertion cutané-muqueuse. A ce niveau, à l'aide de la même aiguille sertie on pratique un surjet intradermique jusqu'à l'angle inférieure de l'épisiotomie : on soulève l'épiderme à l'aide d'une pince à disséquer, l'aiguille sertie est introduite tangentiellement au grand axe de la plaie. On doit rester strictement dans le plan cutané et tendre suffisamment le surjet pour que les berges soient parfaitement accolées l'une à l'autre.

L'intervention se termine par un système de « fil perdu » au niveau de l'extrémité inférieure de la plaie : l'extrémité du fil passe dans le tissu cellulograisieux de la fesse sort à distance de la vulve et de l'anus. On coupe le fil au ras de la peau.



**FIGURE 15**

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

. Les complications immédiates en terme de douleur, d'infection et désunion : la douleur a été quantifiée selon l'échelle verbale relative :

**0** : absence de la douleur

**1** : douleur faible

**2** : douleur modéré

**3** : douleur forte

**4** : douleur extrême

. Le délai de cicatrisation totale en jours ;

. Le coût médical de l'épisiotomie en francs CFA ;

. Les complications tardives en termes de dyspareunie.





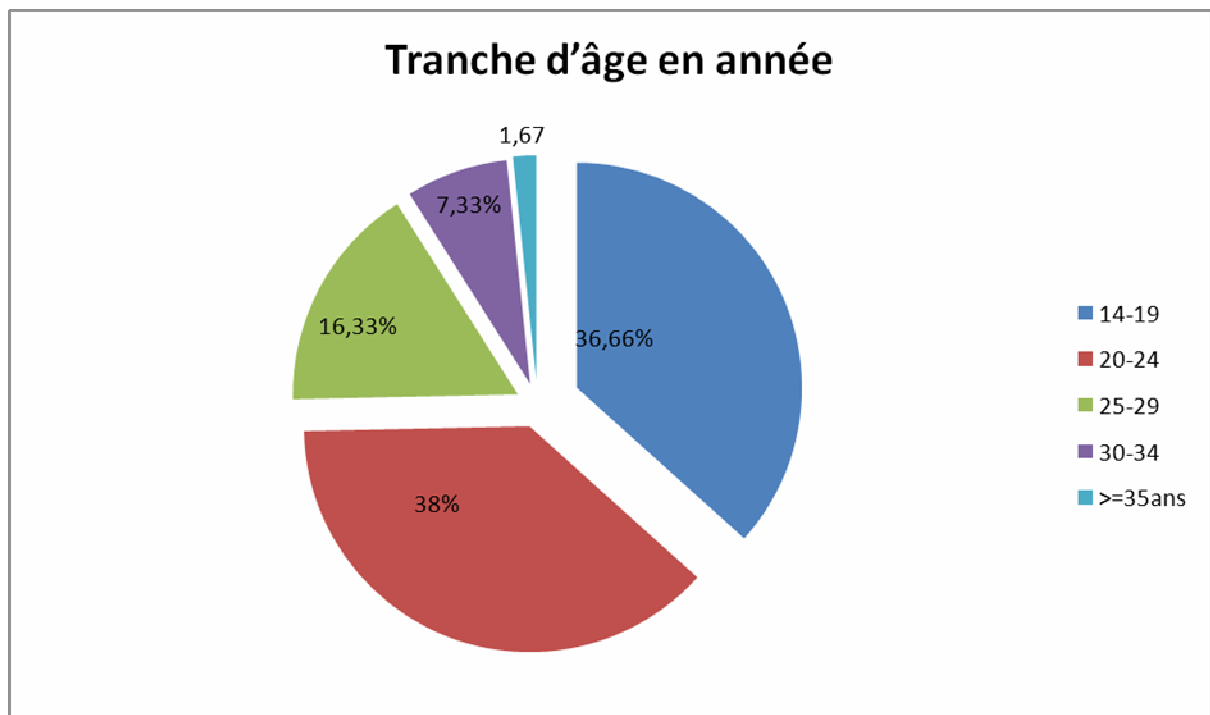
# ***LES RESULTATS***

## V-RESULTATS

### 1. Fréquence(F) de l'épisiotomie

Nous avons enregistré 1051 accouchement par voie basse et parmi les quels 300 épisiotomies selon la technique de suture <<un fil un nœud>> ont été effectuées. Soit une fréquence de 27,72%.

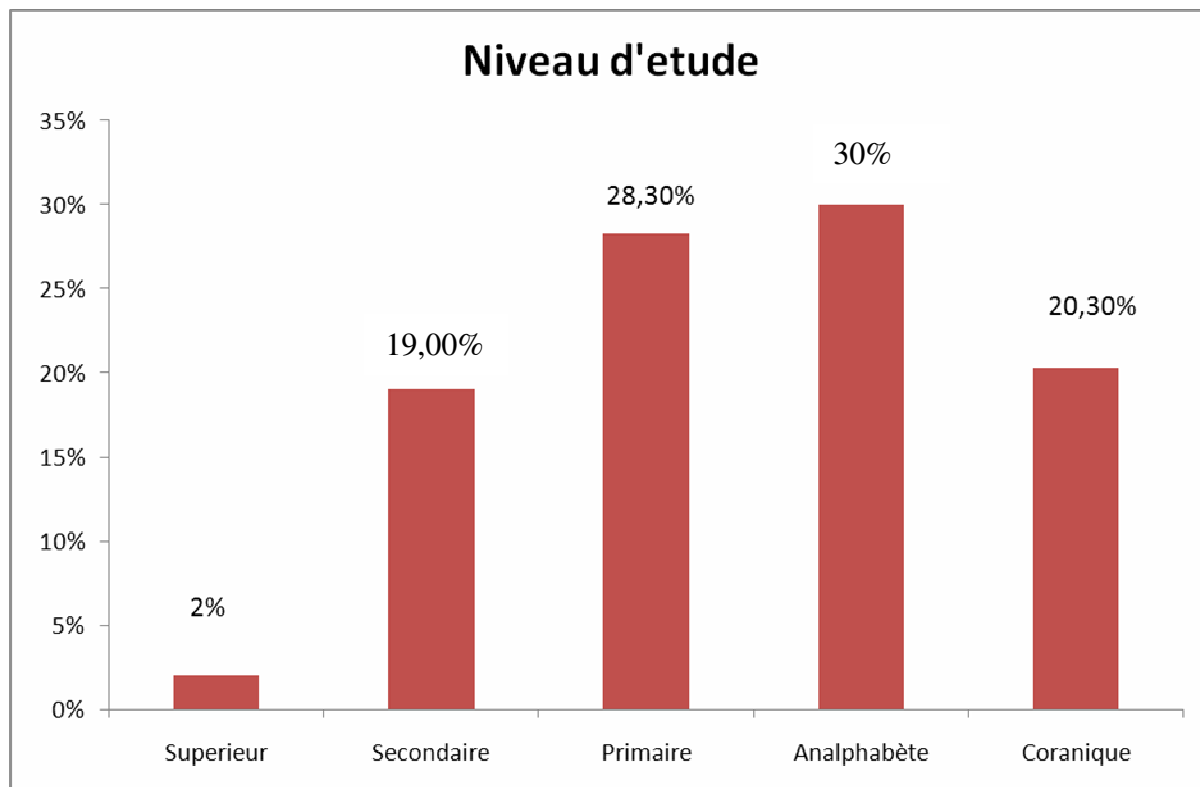
### 2. Tranche d'AGE



**FIGURE 16** : Répartition des patientes selon les tranches d'âge

**L'âge moyen de nos patientes est de 21,01ans**

### 3. Niveau d'étude



**FIGURE 17** : Répartition des patientes selon le niveau d'étude

### 4. Profession

**TABLEAU I** : Répartition des patientes selon la profession

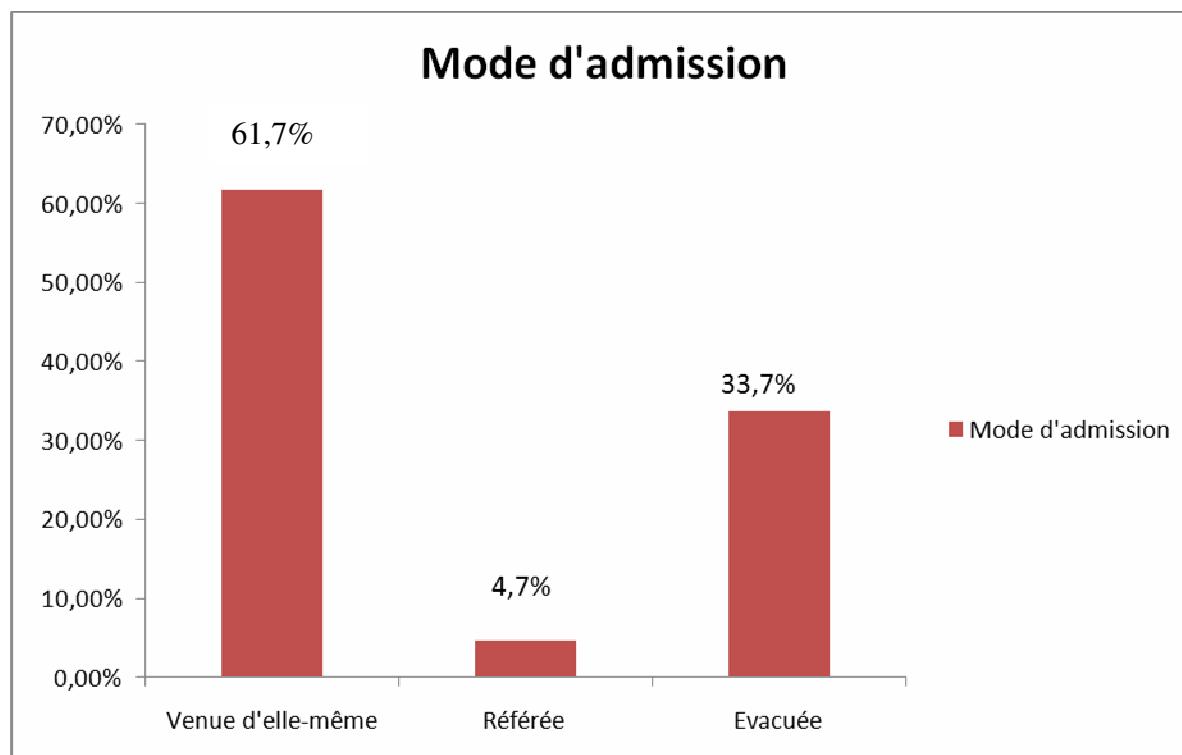
<b>PROFESSION</b>	<b>EFFECTIF</b>	<b>POURCENTAGE</b>
AIDE MENAGERE ET MENAGERE	217	72,3%
VENDEUSE ET COMMERCANTE	19	6,3
ELEVE ET ETUDIANT	46	15,3%
Travailleurs ou autres	18	6%

---

**TOTAL****300****100%**

---

### 5. Mode d'admission



**TABLEAU II : Répartition des patientes selon la provenance**

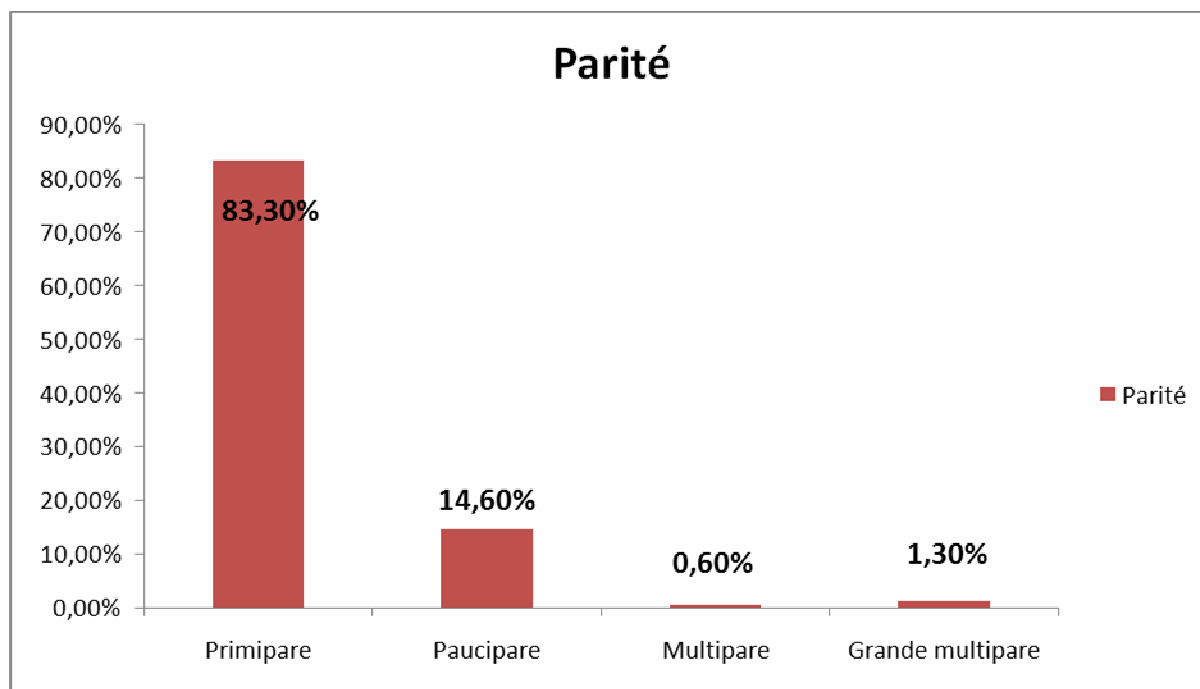
<b>LIEU</b>	<b>EFF</b>	<b>POURCENTAGE</b>
<b>CSREF</b>	<b>90</b>	<b>30%</b>
<b>CSCOM</b>	<b>25</b>	<b>8,33%</b>
<b>DOMICILE</b>	<b>185</b>	<b>61,66%</b>
<b>TOTAL</b>	<b>300</b>	<b>100%</b>

## 6. Les antécédents

### a. TABLEAU III : Répartition des patientes selon les antécédents d'épisiotomie

<b>ANTECEDANTS</b>	<b>EFF</b>	<b>POURCENTAGE</b>
EPISIOTOMIE	35	11,66%
SANS EPISIOTOMIE	265	88,33%
<b>TOTAL</b>	<b>300</b>	<b>100%</b>

### b. Parité



**FIGURE 19 : Répartition des patientes selon la parité**

**Les primipares constituent la majorité de la population**

## 7. Les données cliniques

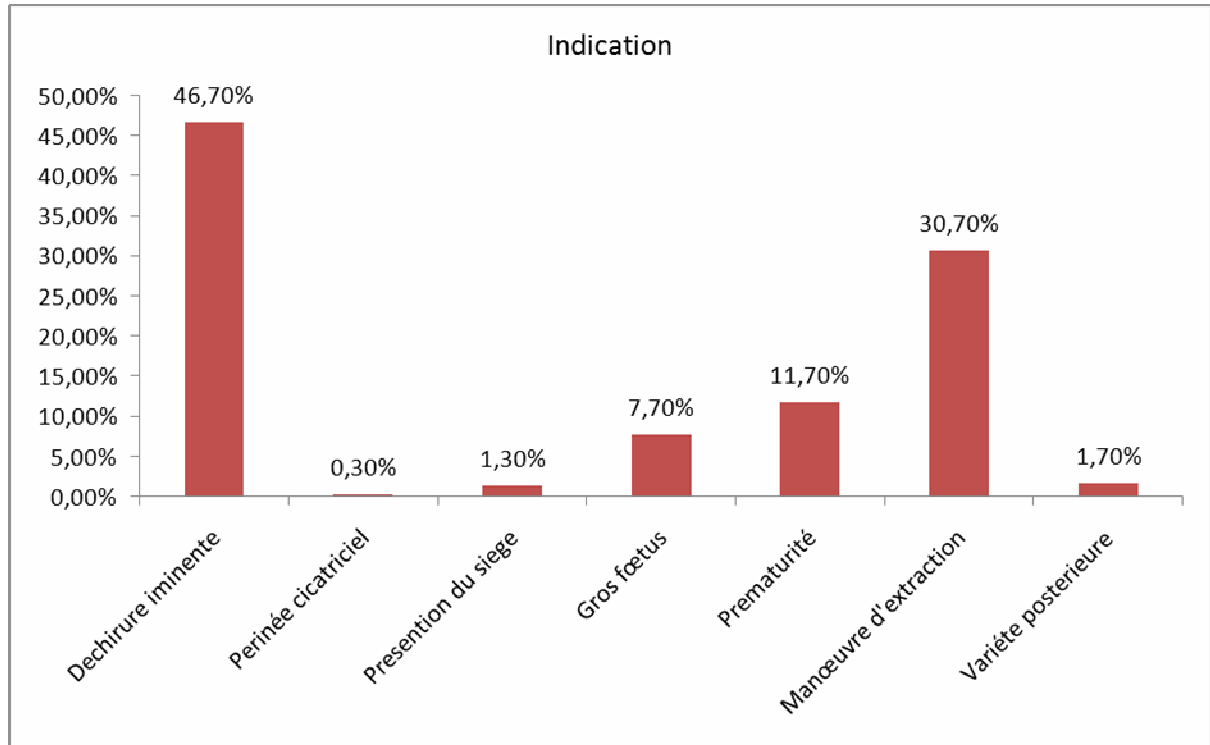
### a. Tableau IV : Répartition selon le terme de la grossesse

<b>Terme de la grossesse</b>	<b>EFF</b>	<b>Pourcentage(%)</b>
<b>Avant terme</b>	<b>35</b>	<b>11,7%</b>
<b>A terme</b>	<b>265</b>	<b>88, 3%</b>
<b>Post-terme</b>	<b>0</b>	<b>0%</b>
<b>Total</b>	<b>300</b>	<b>100%</b>

### b. Tableau V : Répartition des patientes selon la présentation fœtale

<b>Présentations</b>	<b>EFF</b>	<b>%</b>
<b>Céphalique</b>	<b>296</b>	<b>98,7%</b>
<b>Siege</b>	<b>4</b>	<b>1,3%</b>
<b>Total</b>	<b>300</b>	<b>100%</b>

## 8. Les indications

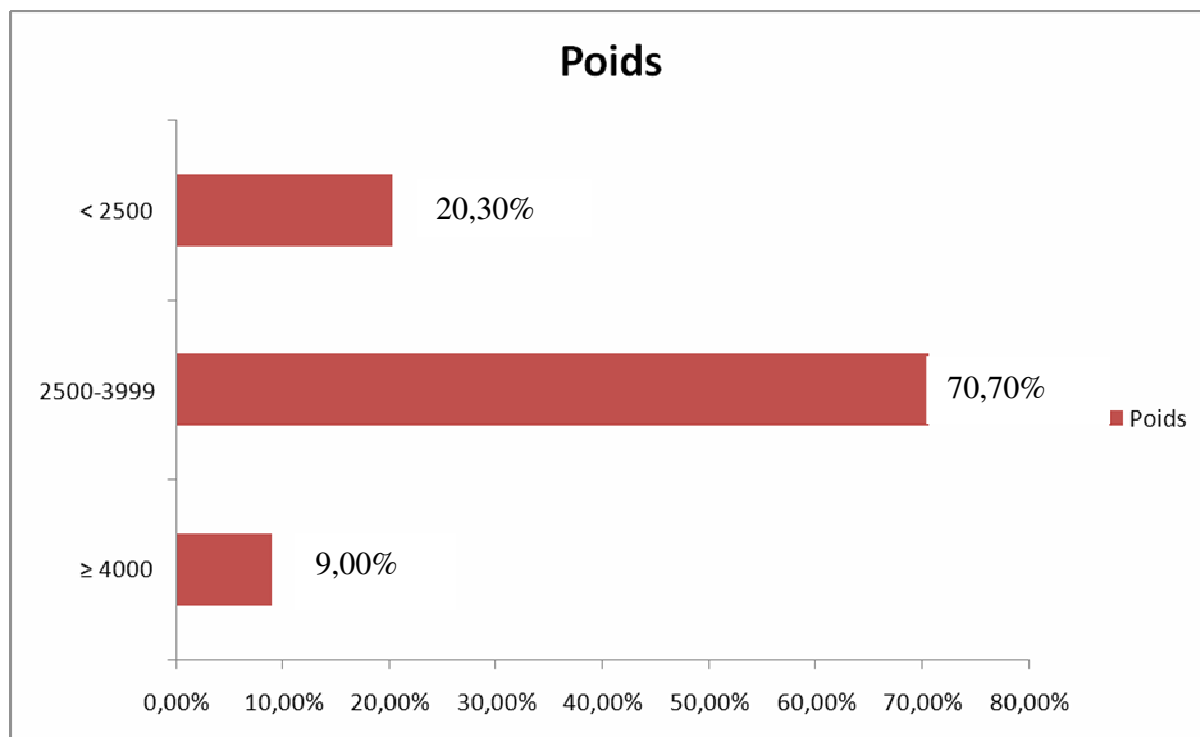


**FIGURE 20 : Répartition des patientes selon les indications**

La déchirure imminente est restée la principale indication au cours de notre étude avec 46,70%.



## 9. Le poids du nouveau né



**FIGURE 21 : Répartition selon le poids du nouveau-né**

9% des naissances ont un poids de naissance  $\geq 4000g$

**10. Auteur de l'accouchement :** Les étudiants en année de thèse sont les principaux auteurs.

**11. Type d'épisiotomie :** Toutes les épisiotomies effectuées étaient medio-latérales au cours de notre étude.

## 12. Nombre de compresse utilisé

**TABLEAU VI : Répartition des patientes selon le nombre de compresse utilisé**

<i><b>NOMBRE DE COMPRESSE</b></i>	<i><b>EFFECTIF</b></i>	<i><b>POURCENTAGE</b></i>
2FEUILLES	147	49%
3FEUILLES	152	50,67%
4FEUILLES	1	0,33%
<b>TOTAL</b>	<b>153</b>	<b>100%</b>

## 13. Le coût médical

**TABLEAU VII : REPARTITION SELON LE COÛT MEDICAL**

<b>COÛT</b>	<b>EFF</b>	<b>%</b>
2500-3500	298	99,3%
3600-5000	2	0,7%
<b>TOTAL</b>	<b>300</b>	<b>100%</b>

#### 14. Douleur

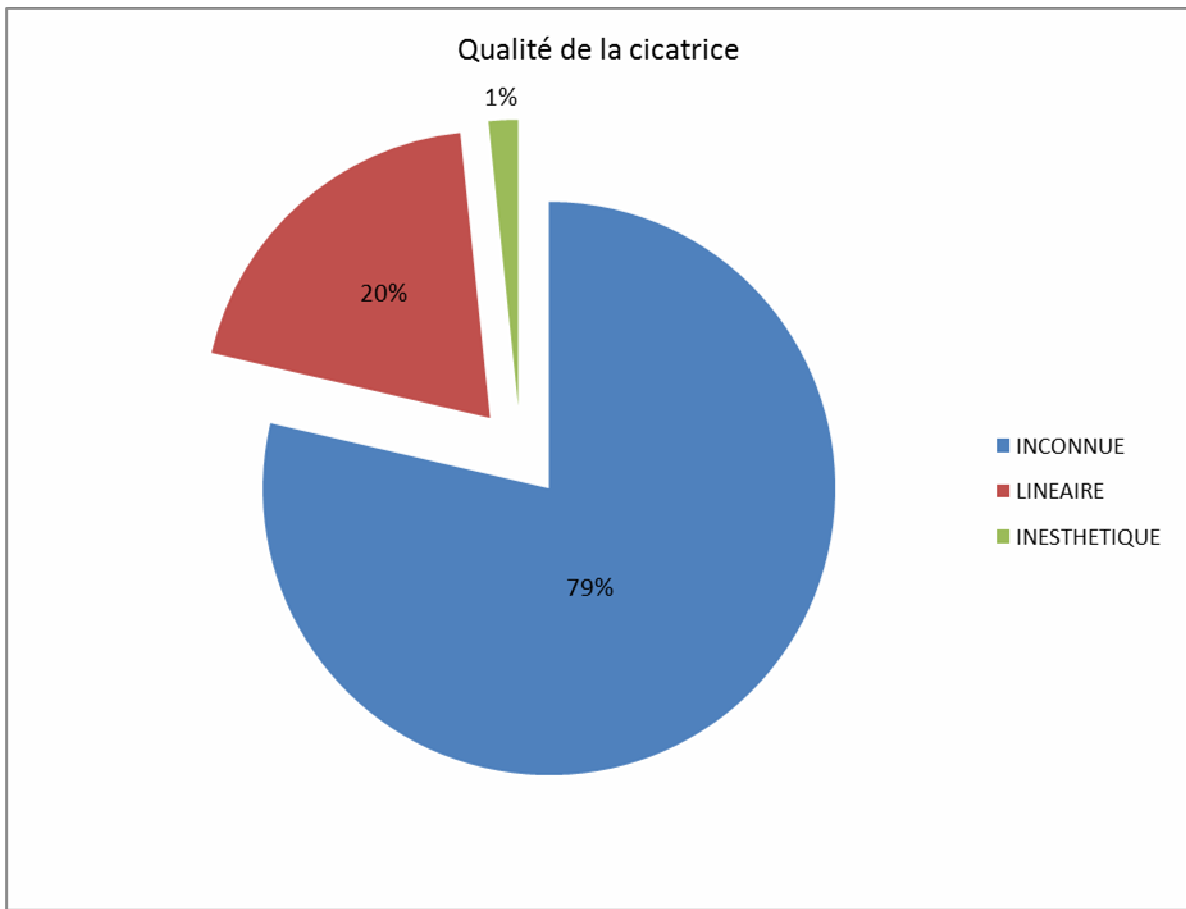
**TABLEAU VIII : Répartition selon l'intensité de la douleur et la consommation d'antalgique**

<i>Echelle de la douleur</i>	<i>EFFECTIF</i>	<i>POURCENTAGE</i>
0	0	0
1	293	97,66%
2	5	1,66%
3	2	0,66%
4	0	0%
TOTAL	300	100%

#### 15. La qualité des rapports sexuels

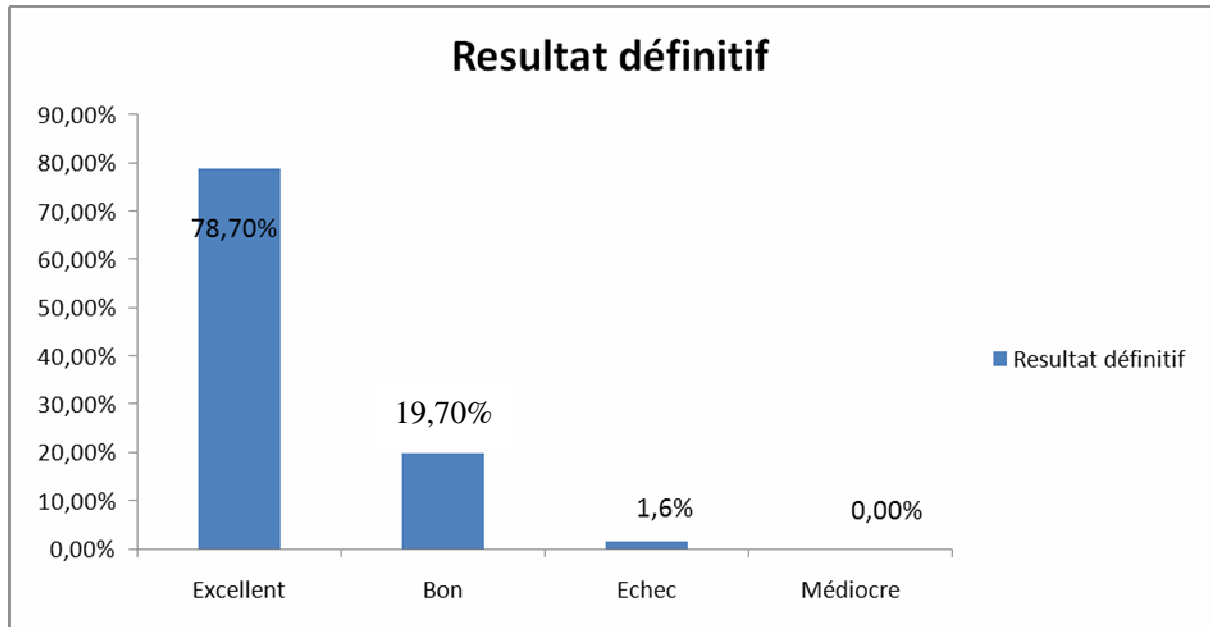
**TABLEAU IX : Répartition des patients selon la qualité des rapports sexuels à J 60 post épisiotomie**

<i>RAPPORT</i>	<i>EFFECTIF</i>	<i>POURCENTAGE</i>
DYSPAREUNIE	7	2,3%
RAPPORT NORMAL	132	44%
PAS DE RAPPORT	161	53,66%
TOTAL	300	100%



**b-FIGURE 22 : Répartition des patientes selon la qualité de la cicatrice**

## 16. Résultats définitifs



**a. FIGURE 23 : Répartition des patientes selon le résultat définitif**

***COMMENTAIRES***  
***&***  
***DISCUSSION***

## **VI. COMMENTAIRES**

### **1. Fréquence**

Nous avons rapporté 27,72% soit 300 cas d'épisiotomie au terme de notre étude sur 1051 accouchements.

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

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

Au Royaume-Uni, Graham D et collaborateurs [5] ont trouvé 13% d'épisiotomie

En Suède, Rochner dans son étude a rapporté un taux de 9,7% entre 1999 et 2000 [5].

Notre résultat s'explique par la précocité du mariage dans la région de Mopti, le fait que la pratique de l'épisiotomie est presque systématique lors du premier accouchement chez la majorité de nos parturientes, mais aussi par le fait qu'il s'agit de l'hôpital de référence de la région et de fait reçoit les dystocies de toute sorte. L'OMS [20] parle de dérive culturelle quand le taux d'épisiotomie est > à 20%

### **2. Age des parturientes**

La tranche d'âge 19-24 ans totalise 36,33 % des cas d'épisiotomie au cours de notre étude.

L'âge moyen des accouchées était de 21,01 ans et les âges extrêmes étaient de 13 et 41 ans.

Le groupe le plus dominant dans l'étude de COULIBALY [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.

Nos résultats sont comparables à ceux de COULIBALY [7].

HORO [12] au CHU de Yopougon (Abidjan) a rapporté 23,88% dans la tranche d'âge de 17 -36 ans.

C'est en effet dans ces deux groupes que se recrutent une grande proportion de primipares pour lesquelles cette intervention est systématique chez la plupart de nos parturientes.

### **3. Niveau d'étude**

Dans notre étude 79,7% de nos patientes ne savaient ni lire ni écrire.

Les patientes ayant un niveau d'étude supérieur ne représentaient que 2%.

Nos résultats sont nettement supérieurs à ceux de :

Horo [12] à rapporter 47% des parturientes des patientes qui ne savaient ni lire ni écrire contre 3% qui avaient un niveau supérieur.

Au Mali le taux de scolarisation des filles est l'un des plus bas au monde.

### **4. Profession**

La majorité de nos patientes sont sans revenu fixe ; 72,3% des parturientes sont des ménagères et aides ménagères, 6% sont fonctionnaires salariées.

Nos résultats sont superposables à ceux de :

Horo [12] et de Kouedou [15] qui ont rapporté respectivement des taux de 12% de salariées à Abidjan et de 10% de salariées au Sénégal.

### **5. Admission**

Dans notre étude 38,4% des patientes étaient des référées ou des évacuées.

Les motifs de références étaient : Insuffisance d'efforts expulsifs (30,7%), prématurité (11,7%), présentation de siège (1,3%) et gros fœtus (7,7%).

Nos taux de références sont largement supérieurs à ceux trouvés par Kayentao [14] au CSRF de commune V qui en 2007 avait trouvé dans sa série 5,83% d'évacuées et 3,90% de référées.

### **6. Données cliniques**

#### **6.1. Parité**

Les primipares ont été les plus représentées avec 83,3% au cours de notre étude.

Coulibaly [7] a rapporté 72,32%.

Horo [12] a rapporté 74%.

Ce taux (83,3%) peut s'expliquer par la pratique presque systématique de l'épisiotomie au cours du premier accouchement dans notre service.



## **6.2. Grossesse**

### **- Terme de la grossesse**

Les grossesses à terme ont représenté 88,3%. Les cas de prématurité ont été notés dans 11,7% des cas.

Kayentao [14] a rapporté 90,59% de grossesses à terme et 7,65% de prématurées.

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

## **6.3. Présentation fœtale**

Les présentations fœtales étaient céphaliques dans 98,7% des cas et les présentations du siège ont représenté 1,3%. Nos taux sont superposables à ceux de Coulibaly [7] qui a rapporté 95,52% de cas de présentation céphalique et 4,48% de présentation de siège. Merger R et al [18] ont trouvé 96% de présentation céphalique et 3,9% de présentation de siège.

## **6.4. Auteur de l'accouchement**

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

Dans l'étude de Kayentao [14] les étudiants en année de thèse ont représenté 45,42%, et les sages femmes 34,44%, les gynécologues obstétriciens 14,68% et les médecins généralistes 5,46%.

## **7. Épisiotomie**

**Type :** Toutes les épisiotomies effectuées étaient médio- latérales dans notre étude.

Ainsi que dans celle de Kayentao [14] et de Coulibaly [7] : medio latéral mais sans commentaire.

Une étude réalisée en 1995 par PEL et HERESE aux Pays-Bas a rapporté une fréquence globale d'épisiotomie à 24,5% dont 23,3% médio-latérales et 1,2% médianes [1].

Cependant, bien que démontré par Antony et al en 1990 [5] que l'épisiotomie médio latérale diminuait par 4 le risque de lésions périnéales sévères, elle a aussi été associée à un taux global de déchirures périnéales sévères de 1,4%. L'analyse par Thorpe 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 sévères chez les patientes ayant bénéficié d'une épisiotomie préventive.

## **8. Indications**

### **8.1. Déchirure imminente**

Elle a constitué l'indication majeure avec 46,7% des cas.

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

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

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

Ce taux s'expliquerait par la pratique presque systématique de l'épisiotomie chez les primipares dans le service.

Les auteurs anglo-saxons [5] 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.

### **8.2. Prématuration**

Cette indication a représenté 11,7% des cas.

Coulibaly [7] a rapporté 5,76 % et Bagayogo [2] a noté 16,1% d'épisiotomie en cas de prématuration.

La pratique de l'épisiotomie en cas de prématuration 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 [5].

### **8.3. Accouchement de siège**

Dans 1,3% des cas, l'épisiotomie a été effectuée au cours de l'accouchement de siège. Ce taux est légèrement supérieur à celui de Coulibaly [7] (4,48%).

La pratique systématique de l'épisiotomie en cas d'accouchement de siège a été évoquée par de nombreux auteurs [12,18].

### **8.4. Extractions instrumentales**

L'épisiotomie a été effectuée de façon systématique en cas d'extraction instrumentale soit 30,7%. A noter que seul le forceps a été utilisé comme instrument d'extraction dans notre service pendant la période d'étude.

Coulibaly [7] a rapporté 8,80% d'extraction par ventouse et 3,2% par forceps.

Fané [10] a noté par contre 11,4% d'application de forceps.

Les insuffisances d'efforts expulsifs, les cas de souffrance fœtale aiguë et de crise d'éclampsie ont été les principales indications.

Cependant, beaucoup d'auteurs pensent que l'extraction par ventouse nécessite moins d'épisiotomie et expose moins aux lésions périnéales sévères que celle par forceps [8, 11].

### **8.5. Macrosomie**

Ce facteur a représenté 1,3% des cas.

Coulibaly [7] a trouvé 1,70%.

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 [20].

### **8.6. Les variétés postérieures**

Cette indication a représenté 1,7%. Le dégagement en os est consécutif à la rotation en arrière de la tête fœtale dans les présentations postérieures. Il expose le périnée, surdistendu, aux déchirures. Le dégagement est également traumatisant pour l'enfant. L'épisiotomie, voire l'extraction

instrumentale, peuvent utilement abrégé une expulsion longue et difficile [5].

### **8.7. Etat du périnée**

22,6% de nos patientes avaient un périnée cicatriciel. Cette fréquence élevée de périnée cicatriciel s'explique par les déchirures obstétricales et les cicatrices d'excision.

## **9. Les Complications immédiates de l'épisiotomie**

### **9.1. La douleur**

C'est la complication la plus fréquente au cours de cette étude

Elle était significativement plus faible (une échelle 1) soit 97,66% et modérée (échelle 2), soit 16% des cas. Ce taux est inférieur aux 78% rapportés par Horo [12] dans son étude d'évaluation de cette technique <<un fil un nœud>>.

La durée moyenne de sensation de la douleur est de 6,7 jours qui est inférieure aux résultats rapportés par Horo [12] et Perineau [22] qui sont respectivement 7,2 jours et 11,6 jours.

Ces résultats montrent que la technique de suture <<un fil un nœud>> a un effet protecteur, elle réduit les espaces morts et les phénomènes d'infiltration. [20]

### **9.2. Infection**

Au terme de notre étude nous avons enregistré 5 cas d'infection soit 1,6% des cas.

Horo [12] a rapporté 5% d'infection.

Monnier [19] a rapporté 1,3% d'infection.

Dans tous les cas l'infection est restée localisée à l'épisiotomie et la résistance du vicryl a permis d'éviter la désunion.

A noter que nous n'avons pas enregistré de désunion.

### **9.3. Cicatrisation**

Nous avons enregistré 98,4% de cicatrisation normale soit 19,7% de cicatrices linéaires et 78,7% invisibles. La cicatrice était inesthétique dans 1,7%.

La durée moyenne de cicatrisation est de 6,2 jours.

Notre résultat est superposable à celui de Horo [12] qui rapporte 99% de cicatrisation normale (invisible et linéaire confondue).

#### **9.4. Résultats définitifs**

Nous avons utilisé les critères de jugement suivants : excellent, bon, médiocres et d'échec pour qualifier nos résultats définitifs.

Nos résultats sont excellents à 98,4% et médiocres dans 1,7%.

Nous n'avons pas enregistré de cas de désunion dans notre étude.

Nos résultats sont identiques à ceux de Monnier [19] qui a trouvé 95% de résultats excellents et 4% de résultat médiocre et 0,83% d'échec, mais supérieur à ceux de Horo [12] et de Martial [17] qui ont trouvés respectivement 59% et 62% de résultats excellents et 3% et 15% de résultats médiocres.

#### **10. Coût médical**

Nous avons calculé ce coût en fonction du prix des médicaments à la pharmacie de l'hôpital. Il ne couvre que le prix des médicaments.

Le coût moyen dans notre étude est de 3168,5 FCFA.

Le coût moyen de la technique classique (12) est de 8700,44F cfa

Cette méthode a permis de réduire les dépenses des patientes.

Ce coût moyen est inférieur aux valeurs de 5571,32 F CFA et 85,234 F CFA rapportées respectivement par Horo [12] et Kouedou [15] à Abidjan et à Dakar chez les patientes hospitalisées pour épisiotomie.

# ***CONCLUSION***

## **VII. CONCLUSION**

La fréquence de l'épisiotomie a été de 27,72 %, l'âge moyen des accouchées était de 21,01 ans et la déchirure imminente était l'indication prédominante.

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 une technique de réparation bien réfléchies a en effet une place importante dans leur prévention.

La technique de suture <<un fil un nœud>> offre une grande sécurité quant à la solidité de la cicatrice. Elle raccourcit la durée de cicatrisation à 6 jours minimum soit à 10 jours maximum.

Elle est moins coûteuse et elle est supportée en majorité par une population démunie.

# ***RECOMMENDATIONS***



## VIII. RECOMMANDATIONS

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

### **A l'intention des médecins et les sages femmes :**

- d'entreprendre un temps d'apprentissage car cette technique demande une main expérimentée ;
- de prodiguer des conseils pratiques d'hygiène et de soins locaux aux patientes pour maintenir la suture sèche.

### **A l'intention de nos maitres responsables des services de gynéco-obstétrique :**

- Approfondir les enseignements portant sur la suture l'épisiotomie dans les écoles et instituts de formation sanitaires.
- Elargir les études sur la suture l'épisiotomie et particulièrement des études comparatives de cohortes

# ***REFERENCES***

## **IX. REFERENCES**

**1 .Afar.** Taux d'épisiotomie dans le monde pratiques dans les hôpitaux. 2p  
<Http://afar.naissance.asso.fr//episiotomie-tableau.htm>.

Consulté le 21/6/2007.

**2-Bagayogo N.**

Pronostic materno-fœtal des grossesses non suivies à propos d'une étude cas-témoins dans le service de Gynécologie Obstétrique de l'hôpital Gabriel Touré. Thèse Méd., Bamako (Mali), 2004, N°39.

**3. Bouvrillon A et Coll.**

Pédiatrie : connaissance et pratique = parie, 2<sup>e</sup> édition, Masson, 2002,652p

**4. Cady J., Kron B**

Anatomie du corps humain : parie = Librairie Maloine S A, 1970, 179P

**5. CNGOF.** Recommandations pour la pratique clinique 8p.

[Hpp://www.asso.fr/D\\_PAGES/PURPC\\_14.HTM](Hpp://www.asso.fr/D_PAGES/PURPC_14.HTM)

Consulté le 21/06/2007.

**6. Coulibaly B.**

Etude de la Gravido-puerperalitéée chez les adolescentes à la maternité de l'hôpital national du POINTG : thèse med, Bko, (Mali) 1992 N°56

**7. Coulibaly M.**

Episiotomie dans le service de gynéco-obstétrique de l'hôpital Gabriel Toure à propos de 625 cas.

These Med , Bamako (Mali), 2005, 58p.

**8. David M., P.B O.MINO, O .AVINA**

Anti-inflammatory effect of oxyphenbutazone, ou episiotomy healing internation-surf. 19.61 (10) 555-556.

**9. Dodek.SM;** systematic us of muscle relaxant of virtuol elimination of rectal involument wih wid episiotomy. Am.j. obst.gynecol; 1963; 87; 272; 275

**10. FANE.S :**

Les accouchements par forceps dans le service de gynéco-obstétrique l'hôpital du Point G à propos de 158 cas.

Thèse Med, 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. Horo GA, Kane. Touré F, Ecra M, Fanny k, sen M-Koné.**

Evaluation de la technique de suture <<un fil un nœud>> au CHU de Yopougon :

**13. Kamina P;**

Anatomie gynécologique et obstétricale : Maloine Paris, 1984, 390-415

**14. Kayentao AK.**

Épisiotomie dans le service de gynéco-obstétrique du centre de santé de référence de la commune V du district de Bamako.

A propos de 1594 cas. Thèse de Médecine BKO 2008 N° 375

**15. Kouédou D., Moreau J C., Faye EO., LOUM M ., SARR A. ;BA H. ;  
Diahiou -F.,**

Soins locaux après épisiotomie et séjour hospitalier=étude préliminaire  
Journal de la SAGO 2000 ; 1=9-12.

**16. Lansac J., Body G**

Pratique de l'accouchement 2<sup>e</sup> édition SIMEP ; Paris ; 1992 ; 349 P

**17. Martial N**

A propos de 134 observations recueillies en série à la clinique obstétricale ;  
les sutures du périnée en 3 plans au matériel résorbable. Thèse de Médecine ;  
Lyon ; 1962.

**18. Merger R, Levy J, Melchior J.**

Précis d'Obstétrique Paris, 6<sup>ème</sup> édition, Masson 1995, 597p.

**19. Monnier JC ., Lechevin P., Lanciaux B., et Coll.**

Suture intradermique des épisiotomies au fil d'acide polyglycolique. A propos  
de 300. Rev Fr. gynéco 1979 ; 74 : 41-46.

**20. OMS**=Déchirure du périnée et épisio in soins pendant le 2<sup>e</sup> stade du travail.

Document PDF ; 5Phttp=//www who int. / Reproductive Heath / publication/ french consulté le 21/06/07.

**21. Parant OR., JM., Monorozie S**

Déchirure obstétricale récente du périnée et épisiotomie : Encycl. Med chir (Elsevier, paris obstétrique) 1999sp.

**22. Parant OR., JM., Monorozie S**

Episiotomie. Encycl. Med chir (Editions scientifiques et Médicales Elsevier SAS, Paris), Techniques chirurgicales-Gynécologies, 2000, 6p.

**23. Perineau M ., Cabot JA**

Moudince suture d'épisiotomie = étude comparative du vicryl rapide versus catgut normal a propos de 200cas.Rev fr gynéco-ost 1996 ; 91 ; 335-337.

**24. Projet-pai cepdpa GP** ; sp-l'excision pourquoi ce mal ? Brochure de plaidoyer pour l'abandon de l'excision au Mali. Imprim col Bko (Mali) 32p

**25. Rocher G., Jonasson A.**

Changed patten in the use of episiotomies in sweden.Br j.obst gynecol, 1999; 101p.

**26. Rocheleau PL.**

Accoucher ou se faire accoucher-carrefour des affaires sociales ; 1980 ; 2 ; 4-9.

**27. Rouvillon JL., Lavardou M**

Déchirure obstétricale récente du périnée ., episio EMC paris ; obst ;1974 ;507A-10.

# ***ANNEXES***

Fiche d'enquête N°/ /

## Épisiotomie

### Identification

N°Dossier Date/ / /

Nom..... Prénom.....

Age..... Niveau d'étude  1-Supérieur  
2-Secondaire  
3-Primaire  
4-Analphabète  
5-Coranique

Statut matrimonial  1-Mariée  
2-Célibataire  
3-Divorcée  
4-Veuve

Profession.....  
Adresse.....  
N° de contact.....

**Mode d'admission**

- 1-Venue d'elle-même
- 2-Référée
- 3-Evacuée
- 4-lieu d'évacuation

### Les Antécédents

1-Médicaux

- 1. HTA
- 2. Diabète
- 3. Cardiopathie

- 4. Hémoglobinopathie
- 5. Autres

2-Chirurgicaux

- 1. Césarienne
- 2. Myomectomie
- 3. Excision

3-Obstétricaux

Gestité .....Parité.....

Antecedants d'épisiotomie OUI ..... NON.....

Antecedants de déchirure du périnée OUI ..... NON.....

### Suivie de la grossesse

CPN ... NON.....  
 OUI..... si oui le nombre .....

➤ Lieu de la CPN

- 1. Hôpital
- 2. CCRF
- 3. CSCOM
- 4. Cabinet Prive
- 5. Non précise
- 6. Autres

Auteur de la CPN

- 1 Matrone
- 2 Obstétricienne
- 3 Sages femmes
- 4 Médecin

### Examen obstétrical

HU ..... cm BCF..... Régulier..... Non régulier.....

Dilatation..... Présentation et engagement.....



Membranes ..... Rompue..... Heure.....

L .A

- 1) Méconial
- 2) Sanglant
- 3) Clair

*VI Episiotomie*

Indication

1. Dechurire imminente
2. Périnée cicatriciel
3. Présentation de siège
4. Gros fœtus
5. Prématuré
6. Manœuvre d'extraction
7. Variété postérieure

Nature de l'épisiotomie

1. Medio-latéral
2. Médiane

**Nouveau-né**

Présentation :

1. Sommet
2. Siège
3. Face
4. Front
5. Transverse

Poids.....g

**Sexe**

- 1-Masculin
- 2-Feminin

**Traitement post opératoires**

Antalgique

Oui ou non

Si oui paracétamol .....mg

Evolution

Ibuprofen.....mg

J3

J10

J15

45

1. Favorable
2. Douleur
3. Hémorragie
4. Hématome
5. Infection
6. Dé-union de la suture

Délai de cicatrisation.....

J45

Cicatrice

- 1-Lineaire
- 2-Inesthetique
- 3-Inconnu

J60

Rapport sexuel

- 1-Dyspareunie
- 2-Rapport normal
- 3-Pas de rapport

VII Coût

Nombre de fil.....

Qualité du fil

1. Résorbable
2. Non résorbable

Nombre de gant ..... Paires

Bétadine

1. ½ flacon
2. 1 flacon
3. 1 /4 flacon

Nombre de compresse

1. 2 feuilles
2. 3 feuilles
3. 4 feuilles
4. 1 boite

COÛT MEDICAL.....Fcfa

VIII Résultat définitif

1. Excellent
2. Bon
3. Médiocre
4. Echec

## RESUME

**Nom** : Sougoulé

**Prénom** : Aissata

**TITRE** : EPISIOTOMIE : LA TECHNIQUE DE SUTURE « un fil un nœud » AU SERVICE DE GYNECOLOGIE OBSTETRIQUE DE L'HOPITAL SOMINE DOLO.

**Année de soutenance** : 2010

**Ville de soutenance** : BAMAKO

**Pays d'origine** : Mali

**Secteur d'intérêt** : Gynécologie obstétrique ; Chirurgie ; Anesthésie

**Lieu de dépôt** : Bibliothèque de la faculté de médecine, pharmacie et d'odontostomatologie.

Notre travail est une étude prospective qui s'étendait du 1<sup>er</sup> Janvier au 31 Décembre 2008 dans le service de gynécologie obstétrique de l'hôpital Somine Dolo de Mopti.

La fréquence élevée des traumatismes fœtaux et les séquelles de délabrements du périnée maternel ont motivé cette étude.

Nos objectifs étaient :

- **Général** : étudier la technique de la suture d'épisiotomie <<un fil un nœud>>.

- **Spécifiques** :

- Décrire la technique de suture <<un fil un nœud>>
- Déterminer la fréquence de l'épisiotomie au service de gynécologie-obstétrique de l'Hôpital Sominé DOLO de Mopti ;
- Préciser les principales indications de l'épisiotomie ;
- Décrire les complications liées à cette technique ;
- Préciser le coût de la technique.

**Résultat** : Sur un total de 1051 accouchements 300 épisiotomies ont été réalisées soit un taux de 27,72% avec une tranche d'âge moyenne de 21ans et la déchirure imminente est restée la principale indication avec un taux de 46,7% et la durée moyenne de cicatrisation de 6,2 jours.

La cicatrice est restée inconnue dans 78,7% avec un coût moyen de 3168,5 FCFA.

Ces résultats incitent à préférer la technique de suture <<un fil un nœud>> dans le souci de contribuer à l'amélioration esthétique des séquelles de l'épisiotomie ainsi qu'à la réduction des dépenses de santé.

**Mots clés** : épisiotomie ; technique de suture ; coût

### **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**