

MINISTRE DE L'ENSEIGNEMENT
SUPERIEUR ET DE
LA RECHERCHE SCIENTIFIQUE

REPUBLIQUE DU MALI
Un Peuple - un But - une Foi

UNIVERSITE DES SCIENCES, DES TECHNIQUES ET DES TECHNOLOGIES DE
BAMAKO (USTTB)



FACULTE DE MEDECINE ET D'ODONTO-STOMATOLOGIE

ANNEE UNIVERSITAIRE 2014- 2015

N°.....

TITRE :

***ETUDE DE L'EPISIOTOMIE A LA MATERNITE
DU CENTRE DE SANTE DE REFERENCE DE LA
COMMUNE II DU DISTRICT DE BAMAKO***

THESE

Présentée et soutenue publiquement le...../...../2015
Devant la Faculté de Médecine et d'Odontostomatologie
(F. M.O.S)

Par: *Mr. Mamed SACKO*

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

JURY

Président : Professeur Salif DIAKITE
Membre : Docteur Mamadou Désiré Mary KEITA
Co - directeur : Docteur Sakoba KONATE
Directrice : Professeur SY Assitan SOW

DEDICACES ET REMERCIEMENTS

DEDICACES

Au nom d'ALLAH le Clément, le Miséricordieux, le très Miséricordieux

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

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

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

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

Merci pour tout ce que tu as fait pour moi.

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

De tout mon cœur je dédie ce travail :

A mon père Feu Kalifa, et à ma mère Feue Mariam Berthe:

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

A mes grands-parents :

Feu Balla Sacko, feue Assitan Doucouré, feu Mamoudje Berthe, feue Bah Assitan Sacko

Je me souviens toujours des tendres moments passés avec vous. Dormez en paix!

A mes frères et sœurs :

Ba Moussa, Sidiki, Nana, Dramane, Fanta.

En reconnaissance du soutien fraternel, courage et persévérance dans la voie tracée par les parents.

Soyons et restons unis dans la vie. Seul le travail est souverain pour éviter l'humiliation et vaincre l'adversité

Puisse le Tout Puissant nous donner longue vie et bonne santé pour accomplir ce devoir. Puisse la sincérité avec laquelle nous nous sommes aidés demeurer inébranlable. Ce travail est aussi le votre

A mes oncles : Ousmane Sacko, Brahim Sacko, Sidiki Sacko, Moulaye Sacko et mes tantes : Assetou Tounkara, Mariam Kane

J'ai appris de vous l'honneur, la modestie, la générosité surtout le respect de soi, et l'amour du prochain, qualités dont j'ai bénéficié tout au long de mes études. En m'inclinant devant vous en signe de reconnaissance et de dévouement, je vous présente mes excuses pour tout le mal lié à mon âge et mon orgueil, que vous avez dû subir et demande vos bénédictions qui ne m'ont jamais fait défaut.

Vous avez su exprimer dans le silence, toutes les souffrances subies dans vos foyers, c'est le lieu pour moi de vous dire merci pour le sacrifice consenti et toutes les souffrances endurées, puisse la Justice Divine trancher en faveur de vos enfants en récompense de vos sacrifices pour les enfants d'autrui.

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

A mes cousins et cousines :

Karamoko, Ahmed, Mamadou, Souleymane, Mamoutou, Fatomata, Korotoumou, Aminata

Sans vous, cette thèse n'aurait sans doute pas été ce qu'elle est aujourd'hui. Ce travail est le fruit de votre générosité et de votre dévouement. Votre aide tant moral que financier n'a jamais fait défaut.

Trouvez ici chers cousins(es), ma profonde reconnaissance.

Que le bon Dieu pérennise l'amour et le respect qui nous unissent.

Les mots me manquent pour exprimer tout ce que je ressens pour vous.

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

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

REMERCIEMENTS

A tous mes maîtres des écoles fondamentales et secondaires ;

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

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

A mes maîtres gynéco-obstétriciens du CSRef CII :

Dr Mamadou Haidara, Dr Seydou Z. Dao, Dr Mamadou Désiré Mary Keita, Dr Sakoba Konaté, Dr Aboubacar Traore,

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

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

A Dr Jean W.Kone, Dr Niakalé Sylla,

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

Acceptez notre reconnaissance à vie et entière disponibilité.

A Dr Abdoulaye Niambélé :

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

A mes amis : Dr Daouda Traoré, Adama K.Diarra, Salif Diabaté,

Boubacar Kassambara, Guedjouma Samake,

J'ai eu le plaisir de vous connaître durant des années. Vous avez fait preuve de beaucoup de compréhension et de patience à mon égard car je n'ai pas toujours été facile à

vivre. Merci de m'avoir accueilli, et pardon d'avoir été souvent difficile à supporter.
Que le tout puissant raffermisse nos liens.

Au personnel de L'ASACOSAB I:

Trouvez ici l'expression de mes affections chaleureuses.

Que DIEU vous réserve beaucoup de succès dans votre carrière.

Au personnel du service de gynéco-obstétrique au CSRef CII :

Merci à vous tous. Trouvez ici l'expression de mes affections chaleureuses.

NOTRE MAITRE ET PRESIDENT DU JURY

Professeur Salif DIAKITE

Professeur honoraire de gynécologie obstétrique à la FMOS

Cher maître,

Vous nous faites un grand honneur en acceptant de présider ce jury de thèse malgré vos multiples occupations. Votre abord facile a été possible grâce à votre simplicité.

Homme de qualité scientifique, homme de principe, homme de foi, honorable maître, votre souci constant du travail bien fait et votre sens social élevé mérite un grand respect.

Permettez nous, cher maître de vous exprimer nos vifs remerciements et notre profond respect.

Puisse le Seigneur vous accorder santé et longévité afin que nous puissions bénéficier de votre expérience.

A NOTRE MAITRE ET DIRECTRICE DE THESE

Professeur SY Assitan SOW

Professeur honoraire de Gynécologie Obstétrique à la FMOS du Mali.

Présidente de la Société Malienne de Gynécologie et d'Obstétrique (SOMAGO)

Chevalier de l'ordre national du Mali.

Chère maître,

C'est avec abnégation et le souci constant du travail bien fait que vous avez dirigé ce travail malgré vos multiples occupations. Honorable maître, nous avons été fascinés par votre sens élevé de pédagogie. Votre simplicité, votre volonté de transmettre votre savoir aux jeunes, votre humanisme et votre franchise nous imposent l'estime et l'admiration.

Trouvez ici chère maître l'expression de notre profonde reconnaissance.

A NOTRE MAITRE ET MEMBRE DU JURY :

DR MAMADOU DESIRE MARY KEITA,

Gynécologue obstétricien,

Médecin chef de centre de sante de référence de la commune II,

Chevalier du mérite national de la santé

Cher maître

En plus de l'enseignement remarquable dont nous avons bénéficié dans votre service, vous avez cultivé en nous le savoir être et le savoir faire.

Honorable Maître, votre rigueur, votre souci constant du travail bien fait et votre faculté d'écoute a forcé notre admiration. Vous avez par l'éloquence de vos discours, votre enseignement quotidien et votre expérience médicale, inspiré en nous l'amour de la gynécologie obstétrique.

Puisse le Tout Puissant vous donner longue vie et la force nécessaire à la réalisation de vos ambitions pour la santé de la population en général et de la femme en particulier.

Soyez assuré, cher Maître, de notre reconnaissance éternelle.

A NOTRE MAITRE ET CODIRECTEUR DE THESE

Docteur Sakoba KONATE

Gynécologue obstétricien

Chef de service adjoint de la gynécologie et d'obstétrique du centre de santé de référence de la commune II du district de Bamako.

Cher maître,

Nous sommes très sensibles à l'honneur que vous nous avez fait en nous confiant ce travail. Homme de principe, d'humanisme, votre simplicité, votre souci de transmettre vos connaissances et votre rigueur scientifique font qu'il est agréable d'apprendre à vos côtés. Ce travail est surtout le vôtre. En nous acceptant dans votre service, vous nous honorez pleinement. Et nous gardons de vous l'image d'un grand maître dévoué et serviable. Qu'il nous soit permis de vous adresser nos sincères remerciements.

ABREVIATIONS ET SIGLES

AFAR : Alliance Francophone pour l'Accouchement respecté

AMIU : Aspiration Manuelle Intra utérine

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

CMIE : Centre Médical Inter Entreprises

cm : Centimètre

CNTS : Centre National de Transfusion Sanguine

CNGOF : Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français

CPN : Consultation Périnatale

CSCOM : Centre de Santé Communautaire

CSRef : Centre de santé de référence

g : Gramme

GEU : Grossesse extra-utérine

GP/SP : Groupe Pivot/Santé population

HTA : Hypertension Artérielle

HU : Hauteur Utérine

< : Inférieur

≤ : Inférieur ou Egal

INPS : Institut National de Prévoyance Sociale

Med: Médecine

Mm: Millimetre

Mn: Minute

MRTC: Malaria Research and Training Center

OMS: Organisation Mondiale de la Santé

OS: Occipito-Sacré

OP: Occipito-pubien

SP: Sacro-pubien

ORL: Oto-Rhino-Laryngologie

PAI : Population Action International

PEV: Programme Elargi de Vaccination

% : Pourcentage

SFA : Souffrance Fœtale Aiguë

SIDA: Syndrome d'Immunodéficience Acquise

>: Supérieur

≥: Supérieur ou Egal

VA : Variété antérieure

VIH: Virus de l'Immunodéficience Humaine

SOMMAIRE

| | |
|---------------------------------------|----|
| I.INTRODUCTION..... | 1 |
| OBJECTIFS..... | 4 |
| II.GENERALITES..... | 6 |
| III.METODOLOGIE..... | 37 |
| IV.RESULTATS..... | 44 |
| V. COMMENTAIRE ET DISCUSSIONS..... | 62 |
| VI.CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS..... | 72 |
| VII.REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES..... | 75 |
| VIII.ANNEXES..... | 78 |

L'INTRODUCTION

I-INTRODUCTION

La toute première description de l'épisiotomie remonte au XVIII^e siècle par Sir Fielding Oud du Rotunba Hôpital de Dublin en 1742 et avait pour but de faciliter l'expulsion. Au XIX^e siècle, d'autres auteurs reprennent ce type d'intervention dans la prévention des déchirures périnéales. Mais c'est à partir de 1920 avec les publications de De Lee et de Pommeroy que l'utilisation de l'épisiotomie s'est généralisée [1].

Elle représente le véritable traitement prophylactique des déchirures périnéales plus ou moins complexes et des troubles de la statique pelvienne, car l'accouchement par voie basse n'est pas toujours sans séquelles.

Le but de l'épisiotomie est double à la fois fœtal et maternel :

- Sur le plan fœtal, elle facilite l'expulsion du fœtus donc réduit l'acidose fœtale en cas de SFA, elle diminue le traumatisme fœtal surtout en cas d'accouchement prématuré, de siège, et facilite les manœuvres obstétricales.
- Sur le plan maternel, elle permet d'éviter à court terme les déchirures périnéales plus ou moins sévères et à long terme les troubles de la statique pelvienne (lésions ano-rectales, prolapsus génitaux, incontinence urinaire).

Elle est indispensable dans certaines circonstances telles que : la SFA, les manœuvres obstétricales et les extractions instrumentales.

La fréquence de l'épisiotomie varie selon les pays :

Quasi-systématique aux Etats-Unis (90%des primipares, 62% des femmes en général) [2].

En Europe les statistiques varient grandement :

En Angleterre, une étude réalisée à l'Hôpital Royal du Berkshire en 1984 a enregistré 10 % d'épisiotomie [2].

En France, entre 2010 et 2013 le taux global d'épisiotomie était de 36% [2].

En Suède, Rocker dans son étude a rapporté un taux de 9,7 % entre 1999 et 2000[3].

En Afrique,

Au Nigeria, la fréquence d'épisiotomie était de 46,6 % en 1997 (90% chez les primipares) [4].

Au Mali, Coulibaly M. dans une étude prospective réalisée à l'Hôpital Gabriel Touré de 2002 à 2004 portant sur 4541 accouchements a rapporté un taux de 13,76 % [5]. Une étude réalisée à l'Hôpital Universitaire du Point G. en 2008 par Coulibaly S. a enregistré 9,25 % [6].

Au centre de santé de référence de la commune V, Kayentao A. en 2008 a rapporté 31,95 % d'épisiotomie [7].

Ainsi, devant l'absence de données dans notre service sur ce thème important qu'est l'épisiotomie ; nous nous sommes proposés d'initier ce travail en nous fixant comme objectifs :

OBJECTIFS

Objectif général

Étudier l'épisiotomie à la maternité du centre de santé de référence de la commune II.

Objectifs spécifiques

- Déterminer la fréquence de l'épisiotomie à la maternité du centre de santé de référence de la commune II du 1er mai 2013 au 30 avril 2014.
- Déterminer les caractéristiques sociodémographiques des patientes chez les quelles l'épisiotomie a été réalisée.
- Énumérer les principales indications de l'épisiotomie dans le service.
- Enumérer le facteur de risque maternel et foetal de l'épisiotomie.
- Formuler des recommandations.

II. GENERALITES

II.GENERALITES :

1-Définitions :

- **L'épisiotomie :** l'épisiotomie est une intervention chirurgicale qui consiste à sectionner le périnée en partant de la commissure postérieure de la vulve pendant la période expulsive de l'accouchement [8].
- **Le périnée :** le périnée est l'ensemble des parties molles situées au-dessous du diaphragme pelvien [8].

2-Rappels anatomiques

2-1- Organes génitaux externes [9]

Ils comprennent :

2-1-1.Le mont de vénus

C'est une saillie médiane couverte de poils mais glabre avant la puberté, riche en tissu graisseux.

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

2-1-2. Les formations labiales

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

2-1-3. 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.

2-1-4. Le vestibule

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

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

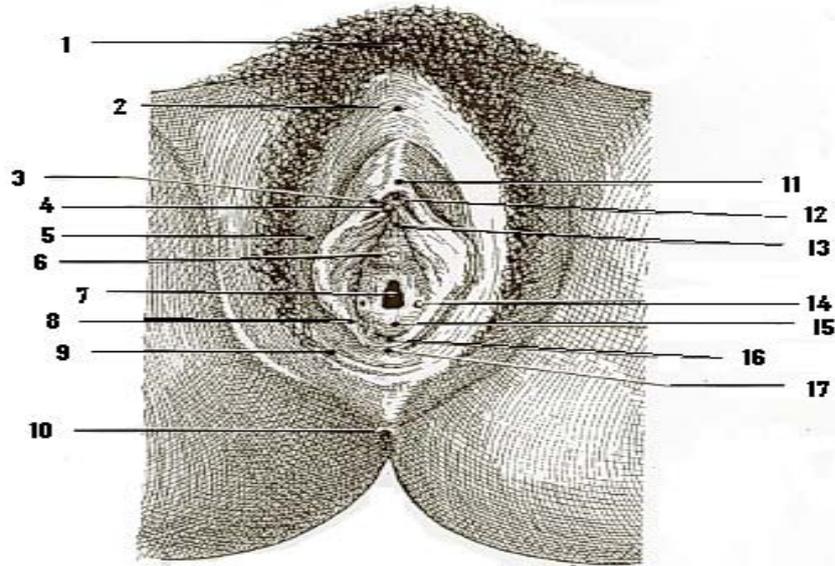
2-1-5. Les glandes annexes

Ce sont :

- les glandes urétrales et paras urétrales de SKENE, situées entre l'urètre et l'ostium du vagin ;
- les glandes vestibulaires de BARTHOLIN, situées de part et d'autre du tiers postérieur de l'orifice du vagin. **(Figure I)**

Elles sont comprises entre :

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



Haut
↑
Gauche

Figure 1: Vulve, grandes lèvres et petites réclinées : in Caddy J, Kron B [9]

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

2-2- Le canal pelvis-génital [8]

Également 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 pelvis périnéal.

2-2-1.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.

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

- la symphyse pubienne en avant ;
- les symphyses sacro-iliaques en arrière et latéralement ;
- l'articulation sacro coccygienne, en arrière et en bas les lignes innominées divisent le bassin en deux parties :
- en haut, le grand bassin qui n'a guère d'intérêt obstétrical,
- en bas, le petit bassin ou pelvis, canal osseux auquel on décrit deux orifices et une excavation. Sa traversée constitue l'essentiel de l'accouchement.

2-2-1-1.L'orifice supérieur ou détroit supérieur

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

- en avant par le bord supérieur de la symphyse pubienne et des corps des pubis, les crêtes pectinéales, les éminences ilio-pectinées ;
- de chaque côté, par la ligne innominée, puis le bord antérieur des ailerons sacrés ;
- en arrière, par le bord antérieur de l'articulation sacro-lombaire, qui prend le nom de promontoire à cause de la saillie qu'il fait en avant.

Les diamètres antéropostérieurs du détroit supérieur vont du pubis au promontoire. Ce sont :

- le diamètre promonto-sus-pubien qui est de 11 cm ;
- le diamètre promonto-retro-pubien, qui est le diamètre utile, est de 10,5 cm ;

- le diamètre promonto-sous-pubien, que l'on mesure en clinique, est de 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 12cm.

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

2-2-1-2.l'excavation pelvienne : c'est le canal dans lequel le fœtus effectue sa descente et sa rotation. Elle est constituée :

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

2-2-1-3.l'orifice inférieur ou détroit inférieur

Plan de dégagement de la présentation, il est limité :

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

Sa forme est losangique à grand axe antéropostérieur.

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 11 cm.

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

2-2-2- Le diaphragme pelvis-périnéal

Dans son ensemble, le plancher pelvis périnéal se divise en :

- Périnée antérieur, 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 postérieur, qui comprend en avant le muscle sphincter externe de l'anus, en arrière un muscle surtout fibreux, inextensible, rétro anal (rendez-vous des muscles qui se rejoignent sur le raphé ano-coccygien). [8]

D'autres auteurs par contre proposent une autre description du périnée [10] : 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.

Plan profond = diaphragme pelvien principal

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

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

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

Elle est 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 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 puborectal.

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

Plan superficiel : est représenté par deux espaces triangulaires :

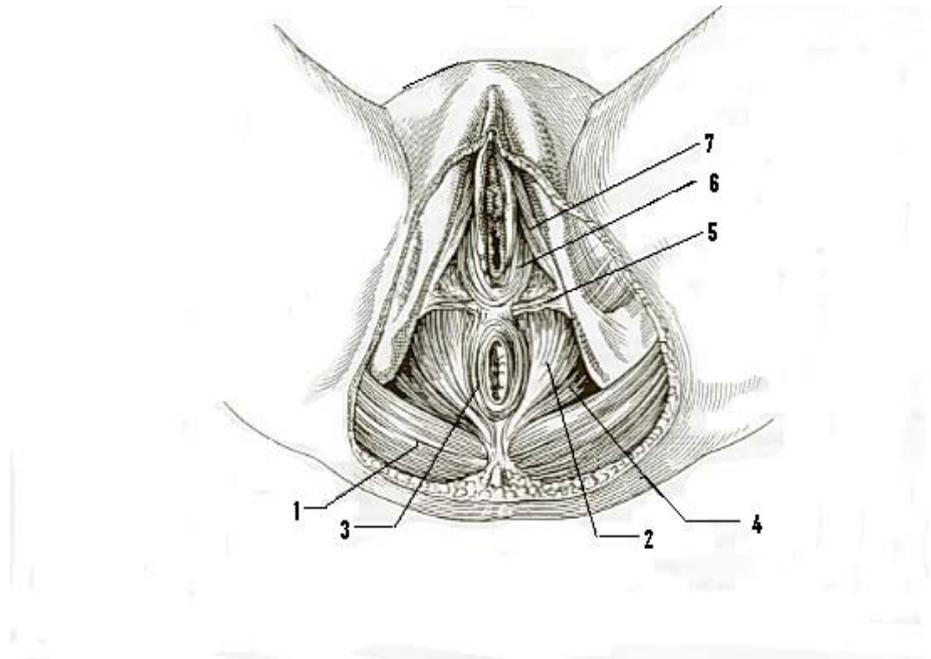
Espace périnéal antérieur : il comprend surtout les muscles ischio-caverneux, les muscles bulbo-caverneux, les muscles transverses superficiel et profond, le muscle constricteur de la vulve et le muscle sphincter externe de l'urètre.

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 types 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.

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

2-3-le mobile fœtal [11][12]

Trois segments doivent être considérés :

2-3-1-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 ou bregma à forme losangique à laquelle aboutissent quatre sutures.
- la fontanelle postérieure ou lambda 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 :

✓ **Diamètres antéropostérieurs**

• **Diamètres occipitaux :**

Occipito-mentonnier, de l'occiput au menton : 13 cm 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 : 11,5 cm.

• **Diamètres sous occipitaux :**

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

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

Diamètre sus-occipital : sus-occipito-mentonnier ou sincipito-mentonnier. C'est le plus grand diamètre antéropostérieur. Du menton au point le plus saillant de l'occiput (ou sinciput): 13,5cm.

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.

✓ **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

Circonférences crâniennes: Deux doivent être connues : La grande circonférence qui mesure 37 cm. La petite circonférence qui est de 33 cm.

2-3-2-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.

2-3-3-les hanches:

Le diamètre bi trochantérien est de 9cm.

Le nouveau-né à terme pèse en moyenne 3300g 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 grasseux, le vernix caseosa. Un fin duvet (lanugo) est fréquent dans les premiers jours au niveau des épaules, du dos, et du front.

3- accouchement [8]

Nous ne parlerons que de la **période d'expulsion** : deuxième période du travail.

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

3-1. Etude physiologique, mécanique et plastique

3-1-1. Phénomènes dynamiques

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

3-1-2. Phénomène mécanique

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

3-1-3. Phénomènes plastiques : ce sont les modifications du volume et de la forme de la présentation.

3-2. Etude clinique

Après la contraction, la présentation remonte et le périnée se détend. Mais, à chaque poussée les phénomènes s'accroissent, puis le périnée antérieur se distend à son tour. La longueur anovulvaire augmente progressivement de 3 à 4 cm et passe à 12 -15 cm. La peau s'amincit. Le périnée bombe à chaque contraction.

3-2-1. Durée de la période d'expulsion

Chez la primipare, elle était en, moyenne, pour les classiques, de 1 à 2 heures. Dans l'intérêt du fœtus, l'expulsion proprement dite ne devrait pas dépasser 30 minutes chez la primipare. Chez la multipare, elle est plus rapide, n'excédant pas 15 minutes [8].

3-2-2. Pronostic de l'accouchement

Le travail est généralement plus rapide chez la multipare que chez la primipare

L'âge de la mère peut avoir une influence sur la facilité du travail. S'agissant de primipare, les femmes de moins de 30 ans sont en général celles qui accouchent le plus facilement.

Le pronostic de l'accouchement est d'autant meilleur que les contractions utérines sont de bonne qualité, que le segment inférieur est mieux formé et mieux moulé sur la présentation, que les parties molles maternelles sont plus souples, que le volume du fœtus est plus voisin de la normale, que la position du fœtus est plus eutocique.

L'excès de longueur du travail (au delà de 18 heures) est nuisible à la mère et plus encore à l'enfant. Son excès de brièveté expose aux lésions traumatiques cervico-périnéales, et peut aussi nuire à l'enfant

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 > à 7.

3-3. Les complications traumatiques de l'accouchement

3-3-1. Les lésions périnéales proprement dites [13]

Par degré d'importance on note :

- les déchirures de la commissure n'intéressant que la peau,
- les déchirures du bloc périnéal, déchirures dites simples ou incomplètes, intégrant le noyau musculaire où convergent les différents muscles du périnée antérieur entre vagin et anus, mais respectant le sphincter anal (Fig3).
- les déchirures du bloc périnéal et du sphincter anal ou déchirures complètes (Fig4),
- les déchirures du bloc périnéal du sphincter anal et de la muqueuse rectale ou déchirures complètes compliquées du périnée (Fig5).



FIG :3



FIG :4

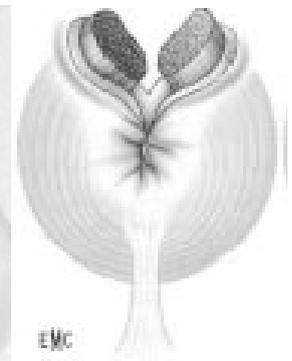


FIG :5

3-3-2. Les déchirures vulvaires

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

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

3-3-3. Traumatisme de naissance [14]

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

4- Episiotomie

4-1.Définition : l'épisiotomie est une intervention chirurgicale qui consiste à sectionner le périnée en partant de la commissure postérieure de la vulve pendant la période expulsive de l'accouchement [8].

4-2.Technique

4-2-1.Types d'incision [15]

Différentes techniques d'épisiotomie ont été décrites (fig6).

4-2-1-1.Episiotomie médio-latérale

C'est la plus répandue en France. L'incision part de la fourchette vulvaire avec un angle de 45 ° 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 4 cm 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 puborectal du releveur. La section du faisceau puborectal 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. Nous la réalisons après la mise en place des spatules en horizontalisant l'axe de section. Certaines équipes effectuent l'épisiotomie avant

l'introduction des spatules. Par ailleurs, en raison de la mauvaise ampliation périnéale, la section doit être le plus souvent effectuée en deux temps : un premier coup de ciseau sectionne la peau et le vagin et un deuxième coup sectionne le faisceau puborectal.

Les avantages de ce type d'incision sont nombreux. Elle peut être facilement prolongée à la demande vers la fosse ischiorectale. Elle respecte le centre tendineux du périnée et protège au mieux contre les déchirures périnéales sévères [14,15], les inconvénients résident dans les douleurs postopératoires fréquentes et le caractère souvent hémorragique. La réparation est également moins aisée qu'une épisiotomie médiane.

Les principales erreurs commises dans sa réalisation pratique sont les suivantes [16] :

- épisiotomie trop petite ne sectionnant pas le faisceau puborectal 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. On considère que lorsque le périnée commence à blanchir, les lésions interstitielles sont déjà installées. Le blanchiment du périnée correspond à un arrêt de sa vascularisation par la présentation ;
- épisiotomie trop latérale (cf. Épisiotomie latérale).

4-2-1-2. Episiotomie médiane

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 avantages 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.

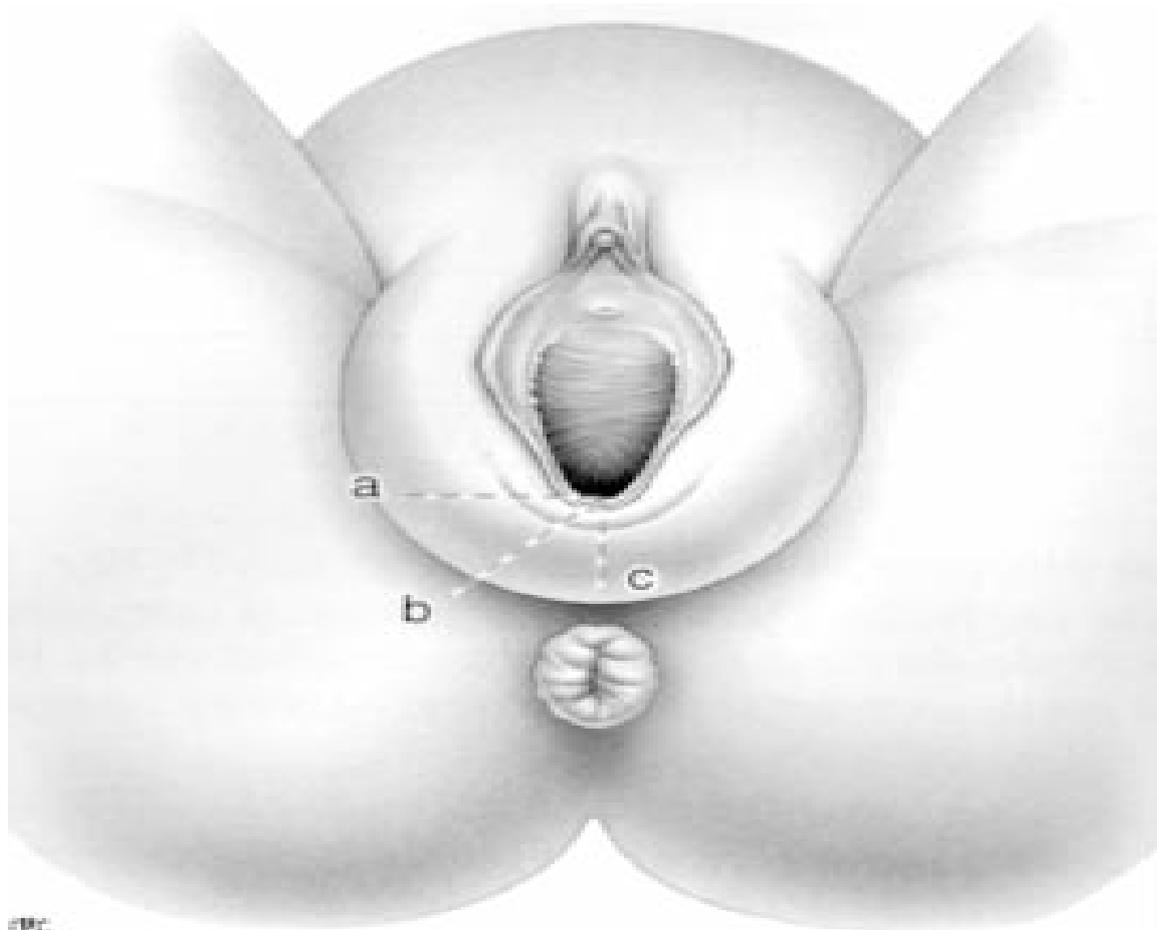
L'inconvénient majeur à l'origine de l'abandon de cette technique par la majorité des écoles françaises est le risque de propagation de l'incision au sphincter anal (disparition du rempart constitué par le centre tendineux du périnée). Le nombre de fistules recto vaginales est également majoré. Si on la pratique, le volume de la présentation ainsi que la distance anovulvaire doivent être soigneusement évalués.

L'analyse de la littérature internationale n'est pas favorable à ce type d'épisiotomie en raison de la forte corrélation avec la survenue d'une déchirure périnéale complète ou de troubles sphinctériens anorectaux [1]. Le risque de déchirure du deuxième ou du troisième degré serait ainsi augmenté d'un facteur 2 à 3.

4-2-1-3. Episiotomie latérale

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. Elle n'apporte aucun avantage par rapport à l'épisiotomie médio latérale et n'est jamais employée par notre équipe.

Nous ne ferons que citer l'épisiotomie bilatérale, décrite, mais jamais pratiquée. Son objectif théorique est d'agrandir au mieux l'anneau vulvaire, et de faciliter la réalisation de certaines manœuvres (certaines dystocies des épaules insurmontables). En réalité, le gain apporté par cette deuxième incision est faible. Elles sont plus hémorragiques, affaiblissent le centre tendineux du périnée et surtout entraînent une ischémie du coin périméovulvaire postérieur (nécroses cutanées, cicatrices vicieuses).



EPIC

Haut



Gauche **Figure6: Les principaux types d'épisiotomie [15]**

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

4-2-2.Moment de l'incision

Le moment de réalisation de l'épisiotomie est essentiel. Elle ne doit être effectuée ni trop tôt, ni trop tard. Les épisiotomies de rattrapage, après installation de lésions musculaires internes irréversibles, sont inutiles. Elle doit être effectuée à « petit couronnement », quand la présentation commence à distendre le périnée à l'acmé d'une contraction et d'un effort expulsif. À ce stade, la mise en tension du muscle puborectal provoque un allongement du périnée postérieur et l'ouverture du canal anal. La distension du périnée superficiel doit être telle que le faisceau puborectal du releveur soit intégré dans le plan superficiel.

Dans le cas particulier de l'accouchement en présentation du siège décomplété, l'incision doit être effectuée quand la hanche antérieure est calée sous la symphyse.

La région périnéale du fœtus doit être visible de manière à réduire au mieux le risque de blessure périnéale fœtale.

4-3.Réfection de l'épisiotomie [15]

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

4-3-1. Le matériel

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

✓ **matériel indispensable :**

- une source lumineuse
- 1 pince à disséquer à griffes de 18cm,
- 1 porte-aiguille de Doyen de 18cm,
- 1 paire de ciseaux de Mayo-Still droits de 18cm,
- 2 pinces de Kelly droites,
- 1 pince à champ de Jayle,

✓ **matériel pouvant être nécessaire :**

- 2 valves vaginales de Doyen (120 x 45mm),
- 1 pince à pansement utérin de 24 cm,
- 1 seringue de 20 cm³, une aiguille intramusculaire, de la xylocaïne à 1%,
- des compresses stériles, des gants stériles,

✓ **les fils :**

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

4-3-2. L'installation de la parturiente [15]

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

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

4-3-3. L'anesthésie

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

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

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

4-3-4. La réparation des différents plans :

a-Technique classique :

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

➤ le plan vaginal (Figure 7)

Sa réparation se fait au vicryl 0, 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.

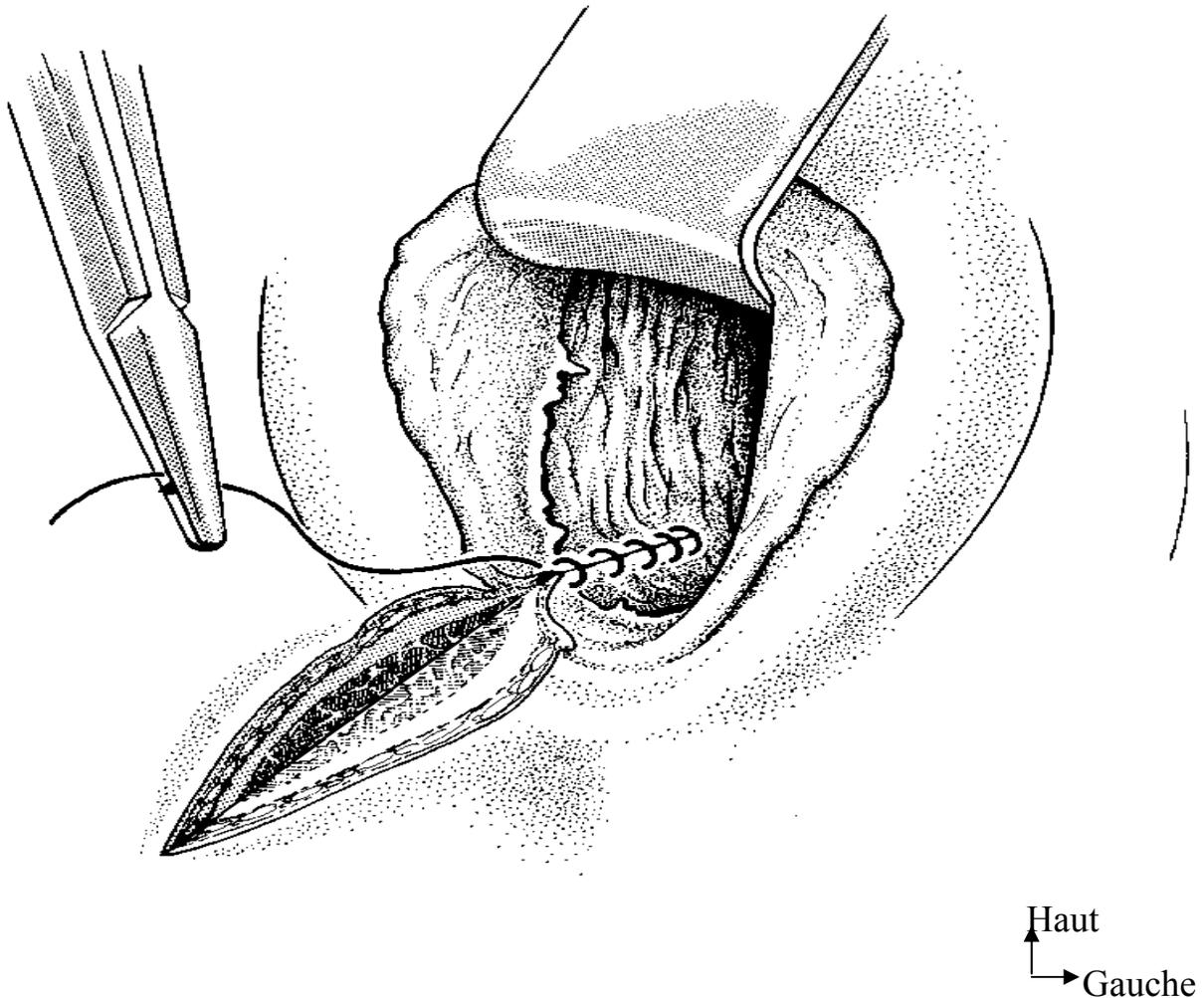


Figure 7: Réfection du plan vaginal [15]

➤ **le plan musculaire (Figure 8)**

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

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

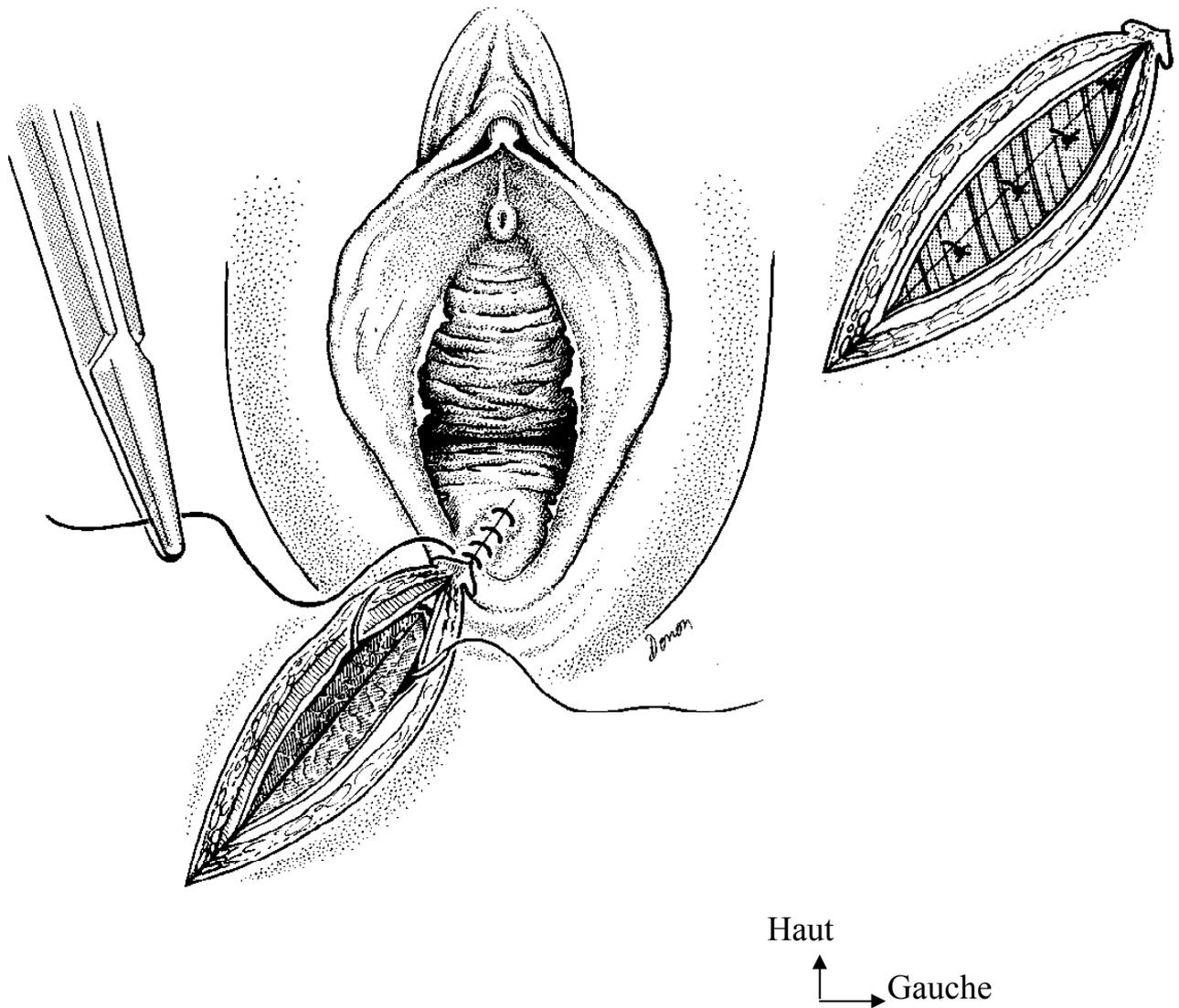


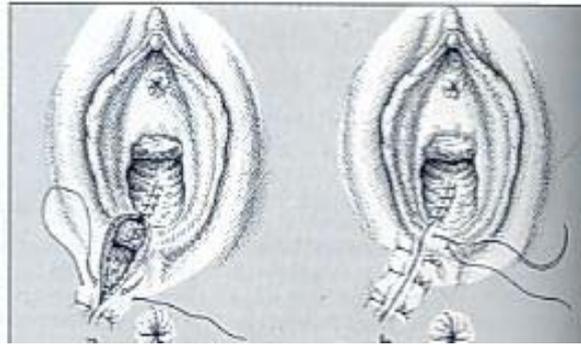
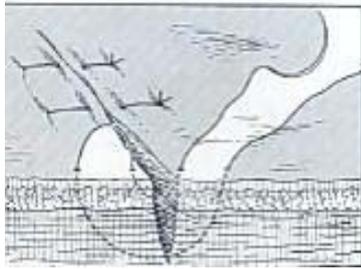
Figure 8 : Réfection du plan musculaire [15]

➤ **le plan cutané (Figure 9)**

Certains préconisent un plan sous-cutané, réalisé au vicryl 0.

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

Le fil utilisé est du fil à peau. Un surjet sous-cutané de vicryl 0 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 jonction des points de repère et de la suture cutanée de bas en haut permet un affrontement parfait. Cette zone sensible est suturée par 1 à 2 points de vicryl 0 de Blair Donati.



Haut
↑
Gauche

Figure 9: Réfection du plan cutané en points de Blair Donati [15]

D'autres auteurs [17], 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 aiguille (vicryl 3 ou 3,5). Le surjet profond rapproche les deux lèvres de la plaie. Le retour est effectué par un surjet intradermique mené de l'angle inférieur à l'angle supérieur.

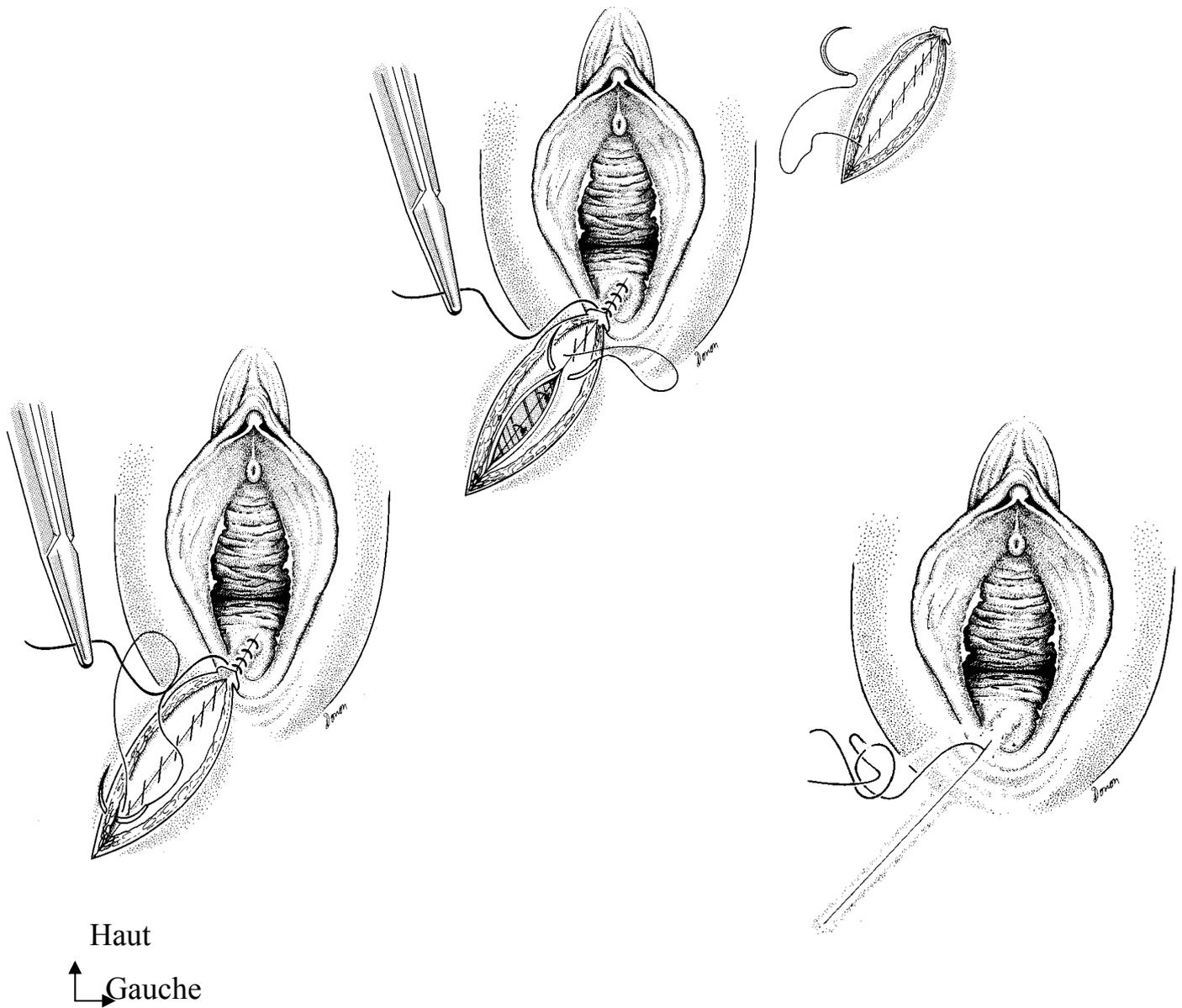


Figure 10: Réfection de la peau en deux plans : superficiel et intradermique [17]

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

b-Technique: « un fil un nœud » [18]

Elle comprend 4 plans

-Le plan vaginal

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

-Le plan musculaire: en surjet

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.

-Le plan sous cutané

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.

-Le plan cutané: surjet intradermique

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 grandaxe 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.

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

4-4. Soins postopératoires [19]

4-4-1-Hygiène

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

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

4-4.2. 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.

4-5. Evolution et complications

Elles se superposent aux complications des déchirures périnéales. On distingue les complications immédiates, précoces et les complications à distance séquellaires.

➤ **complications immédiates**

Elles sont le plus souvent liées à une faute technique.

• **hémorragies**

Elles sont surtout le fait des épisiotomies médio latérales et sont favorisées par une réalisation trop précoce sur un périnée mal amplifié, trop latérale avec risque de lésion des bulbes vestibulaires ou lorsqu'il se produit une déchirure associée (périnéale ou vulvaire). Les pertes sanguines, souvent sous-évaluées sont estimées à plus de 300 ml dans 10 % des cas [1]. La suture précoce apparaît donc comme une nécessité afin d'abrèger le saignement et prévenir au mieux l'anémie du post-partum. Nous préconisons la déli-

vance dirigée (5 UI de Syntocinon en intraveineuse directe lors du dégagement des épaules) qui permet une délivrance plus rapide et moins hémorragique. Il est également possible de pratiquer une délivrance artificielle avec révision utérine de principe, chez les patientes bénéficiant d'une analgésie péridurale, afin de suturer l'épisiotomie plus rapidement. Enfin, l'hémostase élective à la pince, d'un vaisseau qui saigne en « jet », permet de réduire les déperditions sanguines avant la réalisation de la suture chirurgicale.

- **déchirure sur épisiotomie**

Dans l'épisiotomie médio latérale, elle complique des incisions incomplètes ou insuffisantes, n'ayant que partiellement sectionné le muscle releveur. La déchirure débute au niveau du muscle bulbo-caverneux, part à 90 ° du trajet de l'épisiotomie pour se diriger vers le sphincter strié de l'anus, qu'elle va rompre. Dans l'épisiotomie médiane, elle prolonge le trajet de l'incision, atteignant le sphincter de manière quasi systématique.

- Plus rarement peuvent être observées des blessures fœtales, une augmentation du risque de transmission materno-fœtale de maladies virales, une augmentation du risque de blessure pour l'équipe obstétricale.

➤ **complications précoces,**

- **Hématomes puerpéraux (thrombus périnéovulvaire)**

Ils sont rares et le plus souvent liés à une insuffisance d'hémostase.

Leur symptomatologie est en général bruyante : douleur, anémie, tuméfaction vulvaire, ténésme... En cas d'hématome volumineux, de constitution rapide ou compliqué, une reprise chirurgicale est nécessaire pour décaillotage et complément d'hémostase éventuel.

L'embolisation par radiologie interventionnelle a été proposée par certaines équipes. L'épisiotomie constitue un des facteurs de risque majeur (retrouvée dans 85 à 93 % des thrombus) avec les extractions instrumentales et la primiparité. Mais ils peuvent également survenir au décours d'un accouchement spontané sans épisiotomie. Les hématomes simples 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. Ces phénomènes douloureux sont souvent dus à un simple œdème, régressant facilement sous traitement médical (glace, antalgiques, anti-inflammatoire), ou à de petites éraillures négligées au niveau des petites lèvres et de la région clitoridienne, qui rendent les mictions du post-partum douloureuses.

- **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. Les désunions, le plus souvent en rapport avec une surinfection locale, peuvent relever d'une réintervention précoce avec parage chirurgical de la plaie et suture anatomique, mais se traitent le plus souvent par cicatrisation dirigée.

Les prélèvements bactériologiques sur épisiotomie doivent être interprétés avec prudence du fait de la fréquence des contaminations bactériennes asymptomatiques. Des cas exceptionnels de cellulites périnéales, ayant pour point de départ une épisiotomie, ont été décrits. Un abcès doit être évacué et traité par soins locaux.

- **complications tardives**

- Elles sont essentiellement représentées par les douleurs périnéales et les dyspareunies secondaires.
- Les béances ou sténoses vulvaires (brides asymétriques) en rapport avec une cicatrice vicieuse peuvent bénéficier d'un geste chirurgical réparateur lorsqu'il existe un retentissement fonctionnel important.
- Rarement, d'autres complications tardives peuvent être observées:

Endométriose sur cicatrice d'épisiotomie, kyste de la glande de Bartholin, résultat d'une incision trop horizontale sectionnant le canal excréteur, suppurations récidivantes qui doivent faire éliminer une fistule recto vaginale. Les fistules recto vaginales ou recto périnéales sont exceptionnelles après une épisiotomie non compliquée; elles sont le plus

souvent secondaires à un point transfixiant et peuvent guérir spontanément après l'ablation du point.

4-6. Indications [13,15]

Elles sont maternelles , fœtales et opératoires.

4-6-1. Indications maternelles :

Deux types d'indications peuvent être décrits : les indications de nécessité et les indications prophylactiques.

4-6-1-1. Indications de nécessité : elles dépendent essentiellement de la texture et de la conformation du périnée, certains périnées étant particulièrement exposés aux déchirures obstétricales.

✓ **primiparité**

Le périnée de la primipare est moins souple, car il n'a pas encore été distendu. Soixante-quinze pourcent des déchirures obstétricales s'observent en effet au cours du premier accouchement qui joue un rôle déterminant dans la survenue ultérieure d'un trouble de la statique pelvienne ou d'une incontinence. Le périnée de la multipare peut lui aussi être fragilisé par une déchirure antérieure ou par une cicatrice d'épisiotomie.

Le périnée peut être trop fragile : œdématié par un travail prolongé, des touchers répétés ou une toxémie gravidique.

À l'inverse, un périnée trop résistant, se laissant mal distendre par le mobile 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 6 cm expose la parturiente à une déchirure grave malgré une épisiotomie préventive. Pour Musset, une distance anopubienne inférieure à 4 cm est une indication de césarienne prophylactique. Cette distance doit théoriquement être mesurée en dehors de la grossesse, ce qui est rarement fait en pratique.

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 ischiopubiennes, est exposé aux déchirures. De la même manière, le périnée postérieur peut être mis en tension du fait d'une ogive pubienne étroite, obligeant le fœtus à occuper la portion postérieure de l'excavation pelvienne.

4-6-1-2. Indications prophylactiques

Le bénéfice périnéal de l'épisiotomie, surtout à long terme, est actuellement contesté au vu de certaines grandes séries internationales. Aucune étude publiée n'a permis d'apporter à ce jour une réponse claire concernant l'effet préventif possible sur les troubles de la statique pelvienne et l'incontinence urinaire. L'épisiotomie médio latérale paraît protéger contre les déchirures périnéales sévères alors que l'épisiotomie médiane, à l'inverse, les favorise. Cependant, elle ne prévient pas efficacement les déchirures interstitielles du sphincter anal. Il semble exister une forte corrélation entre épisiotomie médiane et survenue d'une déchirure périnéale sévère. Ce type d'épisiotomie semble constituer également un risque indépendant d'incontinence anale du post-partum.

Les études randomisées comparant épisiotomie systématique et absence d'épisiotomie ne sont pas réalisables en pratique. Il est en revanche possible de comparer un groupe où l'épisiotomie est d'indication large, quasi systématique (42 à 84 % des accouchements) à un groupe où l'épisiotomie est d'indication sélective, de nécessité (10 à 34 % des accouchements). Les études randomisées menées selon ce modèle montrent que l'usage large de l'épisiotomie n'est pas efficace pour prévenir les déchirures périnéales sévères par rapport à un usage plus restreint.

L'usage libéral de l'épisiotomie ne semblerait pas non plus prévenir à long terme l'incontinence urinaire ni la dyspareunie secondaire.

L'épisiotomie ne doit pas être systématique et le taux «raisonnable» d'épisiotomies semble se situer au tour de 30 % des accouchements.

4-6-2. Indications fœtales

L'excès de volume fœtal fait craindre une déchirure périnéale lors du dégagement de la tête ou de l'épaule postérieure, car le diamètre bi acromial est souvent important chez les fœtus macrosomes.

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 pubien, aborde le périnée avec un angle inadéquat ;
- des présentations de la face ;
- des présentations du siège, car l'accouchement nécessite généralement des manœuvres

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, au risque de se déchirer lors de sa mise en tension.

Le raccourcissement de la durée d'expulsion dans le but de réduire le risque de souffrance fœtale peut en fin justifier une épisiotomie (souffrance fœtale aiguë, prématuré, hypotrophie, accouchement du siège).

4-6-3. Indications opératoires

Lors des extractions instrumentales, l'épisiotomie doit être systématique, notamment en ce qui concerne les spatules de Thierry. Elle n'est pas obligatoire pour les extractions par ventouses obstétricales ou certains forceps. Le risque de déchirure est d'autant plus important que la présentation est haute, que la prise est asymétrique (dégagement en oblique), que les tissus sont œdématisés et que l'on effectue une grande rotation de la présentation.

Il en est de même pour les manœuvres obstétricales. La manœuvre de Jacquemier ou la grande extraction du siège provoquent une distension périnéale trop rapide et trop précoce qui peut être préjudiciable.

NB : certaines indications sont formelles : manœuvres obstétricales, présentation du siège ou de la face, dégagement en occipitosacré.

Dans d'autres cas, l'épisiotomie nous paraître commandée : macrosomie fœtale, tissus fragiles, périnée résistant (rigide) ou cicatriciel, signes prémonitoires de déchirure, protection fœtale (prématurité).

III. METHODOLOGIE

III-MÉTHODOLOGIE

1-Le cadre de l'étude

L'étude s'est déroulée dans le service de gynécologie obstétrique du CSRef de la Commune II du district de Bamako.

La Commune II couvre une superficie de 17 km² soit environ 7 % de la superficie totale du district de Bamako.

Le service de gynécologie-obstétrique

Il comporte :

- une salle d'accouchement avec trois (3) tables d'accouchement ;
- un bureau pour la sage-femme maîtresse qui sert en même temps de salle de garde pour les sages femmes, les infirmières et les aides soignantes ;
- une toilette externe pour le personnel ;
- une unité de consultation prénatale (CPN) ;
- une unité de planning familial (PF)
- Une unité de consultation post natale ;
- Une unité PTME (Prévention de la Transmission mère-enfant du VIH) ;
- Une salle d'Échographie ;
- Une unité de gynécologie et de prise en charge des grossesses à risque ;
- 18 lits répartis entre 4 salles d'hospitalisation.

Le personnel comprend :

- trois spécialistes en gynécologie obstétrique dont un est le chef de l'unité de gynécologie et obstétrique ;
- des étudiants faisant fonction d'interne de nombre variable ;
- 18 sages-femmes dont l'une est la sage-femme maîtresse ;
- 4 infirmières obstétriciennes ;
- 20 aides-soignantes ;
- 4 chauffeurs ;
- 5 manœuvres ;
- 4 infirmiers anesthésistes ;

- 4 aides chirurgiens (aide de bloc)

- **Fonctionnement** : (Activités du service)

Le service dispose d'une salle d'accouchement qui fonctionne vingt-quatre heures sur vingt-quatre.

Les consultations gynécologiques et obstétricales (grossesses à risque) sont assurées tous les jours sauf les vendredi par les gynécologues obstétriciens.

Les autres unités fonctionnent tous les jours ouvrables et sont gérées par les sages femmes avec l'aide des infirmières et des aides soignantes. Une équipe de garde quotidienne travaille vingt-quatre heures sur vingt-quatre en salle d'accouchement sous la supervision des gynécologues obstétriciens. Elle est composée d'un médecin en spécialisation de gynécologie et d'obstétrique, d'un médecin généraliste, et de 2 (deux) étudiants faisant fonction d'interne, d'une sage femme, pour la journée et une autre pour la nuit, d'une aide soignante, d'un chauffeur et de 2 (deux) manœuvres, d'un anesthésiste et d'un aide de bloc.

Une réunion (staff) se tient tous les jours ouvrables à 8h 30mn pour discuter de la prise en charge des urgences admises la veille ainsi que des accouchements effectués. Il est dirigé par le chef de service.

2. Type d'étude

Il s'agit d'une étude descriptive, longitudinale, prospective.

3. La période d'étude

Elle s'étend du 1^{er} mai 2013 au 30 avril 2014 soit 12 mois.

4. Population d'étude

Toutes les femmes ayant accouché à la maternité du centre de santé de référence de la-commune II durant la période d'étude.

5. Echantillon

Toutes les accouchées par la voie basse chez lesquelles une épisiotomie a été pratiquée à la maternité du centre de sante de référence de la commune II.

5-1.Critères d'inclusion

Toutes les accouchées par voie basse dans notre service chez lesquelles une épisiotomie a été pratiquée.

5-2.Critères de non inclusion

- Toutes les accouchées par voie basse dans notre service chez lesquelles une épisiotomie n'a pas été pratiquée.
- Toutes les accouchées par voie basse chez lesquelles une épisiotomie a été pratiquée ailleurs avant d'être admises dans notre service.

6-Variables

6-1.Variables liées à la parturiente

Âge, taille, poids, adresse, profession, niveau d'étude, motif d'admission, mode d'admission, ATCD.

6-2.Variables liés à la grossesse

Terme de la grossesse, CPN (nombre, auteur, lieu), écho, HU, LA.

6-3.Variables liés au fœtus

BDCF, nature de la présentation, mode de dégagement, nombre de fœtus, cotation d'Apgar, paramètre du nouveau-né, lésions traumatiques, réanimation, référence ou évacuation.

6-4.Variables liées à l'accouchement

Acteur de l'accouchement, indication de l'épisiotomie, type d'épisiotomie.

7-Plan de collecte des données

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

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

8-Analyses des données

Les données ont été saisies et analysées par le logiciel spss version20.0.

9- Déroulement pratique

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

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

Quelques conduites pratiques :

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

Après l'expulsion fœtale, la délivrance ou une éventuelle révision utérine est faite et l'accouchée reste en position gynécologique.

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

L'intervention se déroule comme suit :

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

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

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

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

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

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

10. Difficultés de l'étude :

Le mauvais état de certains dossiers et le non respect par les patientes du calendrier de suivi ont été le principal handicap rencontré au cours de cette étude.

11. Définition opérationnelle

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

Gestité : c'est le nombre de grossesse chez la femme.

Primigeste : femme ayant fait une grossesse

Paucigeste : femme ayant fait 2 à 3 grossesses

Multi geste : femme ayant fait 4 à 5 grossesses

Grande multigeste : femme ayant fait 6 grossesses ou plus.

Parité : c'est le nombre d'accouchement chez la femme.

Primipare : femme ayant accouché une fois

Paucipare : femme ayant fait 2 à 3 accouchements

Multipare : femme ayant fait 4 à 5 accouchements

Grande multipare : femme ayant fait 6 accouchements ou plus.

Hypotrophie fœtale : nouveau-né ou fœtus à terme, dont le poids de naissance est inférieur à 2500g.

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

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

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

Évacuation : c'est le transfert d'une structure sanitaire à une autre plus spécialisée avec un caractère urgent nécessitant une hospitalisation.

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

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

IV. RESULTATS

IV-RESULTATS

1-Fréquence de l'épisiotomie

Nous avons enregistré 2408 dossiers d'accouchement par voie basse et parmi lesquels 371 épisiotomies ont été effectuées soit une fréquence de 15,41%.

P : Population d'étude (nombre d'accouchements par voie basse pendant la période d'étude) = 2408

N : nombre d'épisiotomies = 371

$F = N \times 100 / P \Rightarrow F = 371 \times 100 / 2408 = 15,41 \%$.

2-Caractéristiques sociodémographiques

Tableau I: répartition des patientes selon l'âge

| Age | Effectif | Fréquence (%) |
|------------------|------------|---------------|
| 15- 19ans | 159 | 42,86 |
| 20-24ans | 131 | 35,31 |
| 25-29ans | 56 | 15,09 |
| 30-34ans | 17 | 4,58 |
| ≥35ans | 8 | 2,16 |
| Total | 371 | 100,00 |

La tranche d'âge de 15 à 19 ans était la plus représentée soit 42,86% des cas.

Tableau II : répartition des patientes selon l'ethnie

| Ethnie | Effectif | Fréquence (%) |
|--------|----------|---------------|
|--------|----------|---------------|

| | | |
|----------------|------------|---------------|
| Bambara | 160 | 43,13 |
| Dogon | 44 | 11,86 |
| Peulh | 52 | 14,02 |
| Sonrhaï | 10 | 2,70 |
| Miyanka | 7 | 1,89 |
| Bobo | 5 | 1,35 |
| Malinké | 40 | 10,78 |
| Soninké | 45 | 12,13 |
| Maure | 3 | 0,81 |
| Bozo | 3 | 0,81 |
| Dafing | 1 | 0,27 |
| Mossi | 1 | 0,27 |
| Total | 371 | 100,00 |

Les bambaras représentaient 43,13% des cas.

3-Admission

Tableau III : répartition des patientes selon le mode d'admission

| Mode d'admission | Effectif | Fréquence (%) |
|--------------------------|-----------------|----------------------|
| Venue d'elle-même | 354 | 95,42 |
| Référée | 3 | 0,81 |
| Evacuée | 14 | 3,77 |
| Total | 371 | 100,00 |

Dans notre étude 95,42% des patientes sont venues d'elles-mêmes.

Tableau IV : répartition des patientes selon le motif d'évacuation

| Motif d'évacuation | Effectif | Fréquence (%) |
|------------------------------|-----------------|----------------------|
| SFA | 1 | 7,14 |
| Présentation du siège | 2 | 14,29 |
| Gémellité | 1 | 7,14 |
| Durée d'expulsion prolongée | 1 | 7,14 |
| HTA | 1 | 7,14 |
| RPM | 1 | 7,14 |
| Dilatation stationnaire | 1 | 7,14 |
| Présentation vicieuse | 2 | 14,29 |
| Utérus cicatriciel | 1 | 7,14 |
| Grossesse non suivie | 2 | 14,29 |
| HU excessive | 1 | 7,14 |
| Total | 14 | 100,00 |

Les motifs d'évacuation les plus évoqués sont les suivantes : La présentation de siège (14,29%) ; La présentation vicieuse (14,29%) ; Grossesse non suivie (14,29%).

Tableau V : répartition des patientes reçues dans le service selon le motif de référence

| Motif de référence | Effectif | Fréquence(%) |
|---------------------------------|-----------------|---------------------|
| Gémellité | 2 | 66,67 |
| Menace d'accouchement prématuré | 1 | 33,33 |
| Total | 3 | 100,00 |

Le motif essentiel de référence était la gémellité (66,67%) des cas.

4-Antécédents

Tableau VI : répartition des patientes selon les antécédents médicaux

| Antécédents médicaux | Effectif | Fréquence (%) |
|-----------------------------|-----------------|----------------------|
| HTA | 3 | 0,81 |
| Diabète | 2 | 0,54 |
| Aucun antécédent | 366 | 98,65 |
| Total | 371 | 100,00 |

La majorité étaient sans ATCD médical connu soit 98,65%.

Tableau VII : répartition des patientes selon les antécédents chirurgicaux

| Antécédents chirurgicaux | Effectif | Fréquence (%) |
|------------------------------------|-----------------|----------------------|
| Césarienne | 25 | 6,74 |
| Myomectomie | 2 | 0,54 |
| Réparation de déchirure du Périnée | 5 | 1,35 |
| Episiotomie | 21 | 5,66 |
| Aucun antécédent | 318 | 85,71 |
| Total | 371 | 100,00 |

La plupart des parturientes (85,71%) étaient sans ATCD chirurgical.

Tableau VIII : Répartition des patientes selon les ATCD d'épisiotomie

| ATCD d'épisiotomie | Effectif | fréquence |
|---------------------------|-----------------|------------------|
| 1 | 17 | 4,58 |
| 2 | 4 | 1,08 |
| 3 et plus | 0 | 0 |
| Aucun | 350 | 94,34 |
| Total | 371 | 100 |

La majorité étaient sans antécédent d'épisiotomie 94,34%.

Tableau IX : répartition des patientes selon la parité

| Antécédents obstétricaux | Effectif | Fréquence (%) |
|---------------------------------|-----------------|----------------------|
| Primipare | 299 | 80,59 |
| Paucipare | 51 | 13,75 |
| Multipare | 12 | 3,23 |
| Grande multipare | 9 | 2,43 |
| Total | 371 | 100,00 |

Les primipares dominaient dans notre étude, soit 80,59% des cas.

Tableau X : relation entre l'épisiotomie et l'âge et la parité

| Parité | | Age | | | | | Total |
|------------------|------------|--------|-------|-------|-------|---------|--------|
| | | 15- 19 | 20-24 | 25-29 | 30-34 | 35 et + | |
| Primipare | Effectif | 151 | 110 | 32 | 5 | 1 | 299 |
| | Fréquence% | 40,70 | 29,65 | 8,63 | 1,35 | 0,27 | 80,59 |
| Paucipare | Effectif | 8 | 21 | 18 | 4 | 0 | 51 |
| | Fréquence% | 2,16 | 5,66 | 4,85 | 1,08 | 0,00 | 13,75 |
| Multipare | Effectif | 0 | 0 | 4 | 4 | 4 | 12 |
| | Fréquence% | 0,0 | 0,0 | 1,08 | 1,08 | 1,08 | 3,23 |
| Grande multipare | Effectif | 0 | 0 | 2 | 4 | 3 | 9 |
| | Fréquence% | 0,00 | 0,00 | 0,54 | 1,08 | 0,81 | 2,43 |
| Total | Effectif | 159 | 131 | 56 | 17 | 8 | |
| | Fréquence% | 42,86 | 35,31 | 15,09 | 4,58 | 2,16 | 100,00 |

$X^2=196,90$ ddl=12 **p=0,00**

Nous avons constaté qu'il y a plus d'épisiotomie dans la tranche d'âge de 15 à 19 ans (42,86%) et les primipares dominaient dans cette tranche d'âge avec 40,70%.

La différence est statistiquement significative (**p=0,00**).

TableauXI : répartition des patientes selon le type d'excision

| Degré d'excision | Effectif | Fréquence (%) |
|-------------------------|-----------------|----------------------|
| Type I | 66 | 17,79 |
| Type II | 301 | 81,13 |
| Type III | 0 | 0,00 |
| Type IV | 0 | 0,00 |
| Non excisée | 4 | 1,08 |
| Total | 371 | 100,00 |

La quasi totalité des patientes étaient excisées soit 98,92%.

5-Grossesse

Tableau XII : répartition des patientes selon l'auteur de la CPN

| Auteurs de la CPN | Effectif | Fréquence (%) |
|--------------------------|-----------------|----------------------|
| Sage femme | 267 | 71,97 |
| Médecin généraliste | 24 | 6,47 |
| Gynécologue obstétricien | 28 | 7,55 |
| Non suivie | 52 | 14,02 |
| Total | 371 | 100,00 |

Dans cette étude 71,97% des patientes étaient suivies par les sages femmes.

Tableau XIII : répartition des patientes selon le nombre de CPN

| Nombre de CPN | Effectif | Pourcentage |
|----------------------|-----------------|--------------------|
| 0 | 52 | 14,02 |
| [1-3] | 252 | 67,92 |
| ≥4 | 67 | 18,06 |
| Total | 371 | 100,00 |

Les grossesses non suivies représentaient 14,02% des cas.

Tableau XIV: répartition des patientes selon le terme de la grossesse

| Terme de la grossesse | Effectif | Fréquence (%) |
|------------------------------|-----------------|----------------------|
| A terme | 360 | 97,04 |
| Non à terme | 11 | 2,96 |
| Total | 371 | 100,00 |

Dans cette série 2,96% des grossesses étaient non à terme.

6-Examen obstétrical

Tableau XV : répartition des patientes selon la hauteur utérine

| Hauteur utérine (cm) | Effectif | Fréquence(%) |
|-----------------------------|-----------------|---------------------|
| [28-32[| 52 | 14,02 |
| [32-36[| 308 | 83,02 |
| ≥36 | 11 | 2,96 |
| Total | 371 | 100,00 |

Dans cette étude 83,02% des parturientes avaient une HU comprise entre 32 et 36cm.

Tableau XVI : répartition des patientes selon le type de présentation fœtale

| Type de présentation | Effectif | Fréquence (%) |
|-----------------------------|-----------------|----------------------|
| Céphalique | 358 | 96,50 |
| Siège | 13 | 3,50 |
| Total | 371 | 100,00 |

La présentation céphalique venait en tête soit 96,50% des cas.

Tableau XVII : répartition des patientes selon le mode de présentation du siège

| Mode de présentation du siège | Effectif | Fréquence (%) |
|---|-----------------|----------------------|
| Siège complet | 5 | 38,46 |
| Siège décomplété mode des fesses | 8 | 61,54 |
| Total | 13 | 100,00 |

Le siège décomplété mode des fesses est majoritaire.

7-ACCOUCHEMENT

Tableau XVIII : répartition des patientes selon la phase du travail à l'admission

| Phase du travail | effectif | fréquence (%) |
|-------------------------|-----------------|----------------------|
| Phase de latence | 61 | 16,4 |
| Phase active | 310 | 83,6 |
| Total | 371 | 100,0 |

Dans cette étude 83,6% des patientes étaient venues pendant la deuxième phase du travail d'accouchement.

Tableau XIX : répartition des patientes selon le type de dégagement

| Types de dégagement | Effectif | Fréquence(%) |
|----------------------------|-----------------|---------------------|
| Occipitopubien | 356 | 95,96 |
| Occipitosacré | 2 | 0,54 |
| Sacro pubien | 13 | 3,50 |
| Total | 371 | 100,00 |

Le type de dégagement le plus représenté était en occipitopubien avec 95,96% des cas.

8-Episiotomie

Tableau XX : répartition des patientes selon les indications de l'épisiotomie

| Indication de l'épisiotomie | Effectif | Fréquence (%) |
|--|------------|---------------|
| Dégagement en OS | 2 | 0,54 |
| Présentation du Siège | 13 | 3,50 |
| Macrosomie fœtale | 4 | 1,08 |
| Accouchement prématuré | 10 | 2,70 |
| SFA | 2 | 0,54 |
| Périnée œdématié | 12 | 3,23 |
| Périnée hypoplasique | 7 | 1,89 |
| Périnée rigide | 282 | 76,01 |
| Périnée cicatriciel | 26 | 7,01 |
| Extraction instrumentale (Ventouse) | 4 | 1,08 |
| Gémellité | 9 | 2,43 |
| Total | 371 | 100,00 |

L'indication de l'épisiotomie la plus représentée était liée au périnée avec 88,14% des cas.

Tableau XXI : répartition des patientes selon les différentes manœuvres pratiquées

| Manœuvre pratiquée | Effectif | Fréquence (%) |
|--------------------|----------|---------------|
| Bracht | 10 | 58,82 |
| Mauriceau | 3 | 17,65 |
| Jacquemier | 1 | 5,88 |
| Marc Robert | 3 | 17,65 |
| Total | 17 | 100,00 |

La manœuvre de Bracht était la plus pratiquée soit 58,82% des cas.

Tableau XXII : répartition des patientes selon l'auteur de l'épisiotomie

| Auteur d'épisiotomie | Effectif | Fréquence (%) |
|-----------------------------|-----------------|----------------------|
| Sage femme | 26 | 7,01 |
| Interne | 314 | 84,64 |
| Médecin généraliste | 21 | 5,66 |
| DES (gynéco-obstétrique) | 1 | 0,27 |
| Gynécologue obstétricien | 9 | 2,43 |
| Total | 371 | 100,00 |

Dans cet échantillon 84,64% des épisiotomies étaient pratiquées par des internes (étudiant faisant fonction d'interne).

Tableau XXIII : répartition des patientes selon le type d'épisiotomie pratiquée

| Type d'incision | Effectif | Fréquence(%) |
|------------------------|-----------------|---------------------|
| Médiane | 0 | 0 |
| Latérale | 0 | 0 |
| Medio-latérale | 371 | 100 |
| Total | 371 | 100 |

L'épisiotomie medio-latérale a été pratiquée dans cette étude dans 100% des cas.

Tableau XXIV : répartition des patientes selon la durée d'expulsion

| Durée d'expulsion | Effectif | Pourcentage |
|--------------------------|-----------------|--------------------|
| < 15mn | 258 | 69,54 |
| 15-45 mn | 109 | 29,38 |
| ≥ 45 mn | 4 | 1,08 |
| Total | 371 | 100,00 |

La majorité des patientes avaient une durée d'expulsion inférieure à 15mn soit 69,54% des cas.

Tableau XXV : répartition des patientes selon l'auteur de la suture d'épisiotomie

| Auteur de la suture d'épisiotomie | Effectif | Fréquence (%) |
|--|-----------------|----------------------|
| Sage femme | 20 | 5,39 |
| Interne | 333 | 89,76 |
| Médecin généraliste | 16 | 4,31 |
| DES (gynéco-obstétrique) | 1 | 0,27 |
| Gynécologue obstétricien | 1 | 0,27 |
| Total | 371 | 100,00 |

La suture de l'épisiotomie a été pratiquée dans 89,76% des cas par des internes.

Tableau XXVI : répartition des patientes selon le délai de suture d'épisiotomie

| Délai | Effectif | Fréquence |
|------------------|-----------------|------------------|
| <15 mn | 367 | 98,92 |
| ≥15mn | 4 | 1,08 |
| Total | 371 | 100 |

Dans cette étude, la suture a été réalisée dans un délai de moins de 15mn chez 98,92% des patientes

Tableau XXVII : répartition des patientes selon le type d'anesthésie utilisée

| Type d'anesthésie | Effectif | Fréquence (%) |
|--------------------------|-----------------|----------------------|
| Local | 367 | 98,90 |
| Général* | 4 | 1,10 |
| Total | 371 | 100,00 |

L'anesthésie locale a été la plus utilisée soit 98,90% des cas.

9-Les complications :

9-1-Les complications fœtales : dans cette étude aucune complication fœtale n'a été observée

9-2-Les complications maternelles :

Tableau XXVIII : répartition des patientes selon les types de complications maternelles :

| Complications | Types | Effectif | Fréquence |
|--------------------|-----------------------------------|-----------|-------------|
| Immédiates | Hémorragie | 0 | 0 |
| | Déchirure sur épisiotomie | 0 | 0 |
| Précoces | Douleur et œdème périnéale | 12 | 3,23 |
| | Thrombus périnéovulvaire | 0 | 0 |
| | Infection | 6 | 1,62 |
| | désunion | 0 | 0 |
| Tardives | Dyspareunie | 0 | 0 |
| Sans complications | RAS | 300 | 80,86 |
| Inconnue | | 53 | 14,29 |
| Total | | 371 | 100 |

La complication la plus représentée au cours de cette étude était la douleur et l'œdème périnéal.

Tableau XXIX : répartition des patientes selon la qualité de la cicatrice d'épisiotomie

| Qualité | Effectif | Fréquence |
|-----------------|------------|--------------|
| Inconnue | 53 | 14,29 |
| Linéaire | 312 | 84,10 |
| Inesthétique | 6 | 1,61 |
| Total | 371 | 100 |

La qualité de la cicatrice d'épisiotomie était esthétique dans 84,10% des cas.

9-Caractéristiques des nouveau-nés

Tableau XXX : répartition selon le score d'Apgar à la 1^{ère} et à la 5^{ème} minute

| Score d'Apgar 1 ^{ère} mn | | | Score d'Apgar 5 ^{ème} mn | | |
|-----------------------------------|------------|---------------|-----------------------------------|---------------|----------|
| Cotation | Effectif | Fréquence(%) | Effectif | Fréquence(%) | |
| 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 1-3 | 1 | 0,30 | 1 | 00,27 | |
| 4-7 | 1 | 0,30 | 0 | 00 | |
| ≥8 | 369 | 99,50 | 370 | 99,73 | |
| total | 371 | 100,00 | 371 | 100,00 | |

Pour ce qui concerne le score d'Apgar à la première minute, l'étude a révélé que dans 99,50% des cas, le score d'Apgar était supérieur ou égal à 8 (≥ 8).

Pour ce qui concerne le score d'Apgar à la cinquième minute, nous remarquons que dans 99,73% des cas, la cotation était supérieure ou égale à 8 (≥ 8).

Tableau XXXI: répartition des patientes selon le poids du nouveau-né

| Poids | Effectif | Fréquence |
|------------------|-----------------|------------------|
| 2500 | 10 | 2,70 |
| 2500-4000 | 357 | 96,23 |
| 4000 | 4 | 1,07 |
| Total | 371 | 100 |

Dans cette étude le poids des nouveaux-nés était normal dans 96,23%.

V. COMMENTAIRES ET DISCUSSION

V-Commentaires et Discussion

1-Fréquence

Nous avons colligé 371 cas d'épisiotomie medio-latérales sur les 2408 accouchements par voie basse au terme de notre étude soit 15,41%.

Notre taux se rapproche de celui d'une étude réalisée à l'Hôpital Gabriel Touré par Coulibaly M. [5] de 2002 à 2004 avec 13,76% et celui d'une étude réalisée au Royaume Uni en 1999 par Graham Lan D. et collaborateurs [3] avec 13%.

Notre taux est inférieur à celui d'une étude réalisée au CSRef CV par Abdoul Kassoum Kayentao [7] en 2008 et Diallo D. [17] en 1995 avec respectivement 31,95% et 56% ; et celui d'une étude réalisée à l'Hôpital Universitaire du Point G par Coulibaly B. [20] en 1992 avec 38,32%. Ceci pourrait être expliqué par la plus grande taille de leur échantillon d'une part et la pratique systématique de l'épisiotomie chez les primipares d'autre part.

Mohamed Sékou Coulibaly [5] a trouvé 9,25% d'épisiotomie de 2006-2007 et portant sur 2347 accouchements par voie basse à l'Hôpital Universitaire du Point G. et en Suède, Røker [3] dans son étude a rapporté un taux de 9,7% entre 1999 et 2000 ; taux inférieurs au nôtre. Ceci pourrait être dû aux indications variables d'une école à l'autre.

2-Les caractéristiques sociodémographiques

2-1-Age

Dans notre série la tranche d'âge la plus touchée était de 15-19 ans soit 42,86% des cas. Notre taux est inférieur à celui trouvé par Kayentao M. [7] avec 37,14% pour une tranche d'âge de 14-19 ans, et Coulibaly M. [5] avec 39,52%.

Le jeune âge de la majorité des patientes pourrait être en rapport avec le mariage précoce entraînant la survenue des grossesses précoces dans un contexte d'immaturation physique.

2-2-Ethnie

Les bambaras étaient les plus représentées avec 43,13%, inférieur à celui de Coulibaly M. [5] avec 54,3%. Bamako est dans le Beledougou (aire géographique des bambaras)

3-Admission

Dans notre étude, 95,42% des patientes étaient venues d'elles mêmes pour des contractions utérines douloureuses sur grossesse estimée à terme ; 3,77% des patientes étaient évacuées et 0,81% étaient des référées.

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

4-Antécédents

4-1-Antécédents médicaux

Dans notre série, la majorité des parturientes étaient sans antécédent médical connu soit 98,65% sensiblement supérieur à celui de Coulibaly M. [5] avec 96,8%.

Le diabète était noté dans 0,54% des cas, résultat proche de celui de Kayentao M.[7] avec 0,56%. Si on sait que le diabète est un facteur de risque d'obésité, on comprend alors que l'épisiotomie est d'indication fréquente en cas de macrosomie.

4-2-Antécédents chirurgicaux

Dans notre étude, 85,71% étaient sans antécédent chirurgical. Nous avons enregistré 6,74% d'utérus cicatriciel dont la cause de la césarienne n'était pas toujours connue chez qui une épreuve utérine a été conduite avec succès.

Dans l'échantillon 1,35% des accouchées avaient un antécédent de périnéorraphie pour déchirure périnéale au cours de l'accouchement mais les degrés des lésions n'avaient pas été spécifiés. Ce type de périnée cicatriciel peut constituer un facteur de risque d'épisiotomie.

4-3-Type d'excision :

L'excision de type II était la plus représentée dans notre étude avec 81,13% des cas, taux inférieur à celui de Coulibaly M. [5] avec 94,93%.

L'excision de type II est la plus pratiquée au Mali.[21]

4-4-Antécédents obstétricaux :

Les primipares dominaient dans notre étude avec 80,53% des cas. Taux supérieur à celui d'une étude réalisée au CSRef CV par Kayentao M. [7] avec 74,97% et une étude faite au Nigeria [4] en 1997 avec 90% des cas.

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

5-Grossesse :

5-1-Terme de la grossesse

Dans notre série, les grossesses à terme représentaient 97,0% contre 3,0% de grossesse non à terme comparable à celui de Coulibaly M. [5] avec 98% contre 2%.

Pendant la période de notre étude nous n'avons trouvé aucun dépassement de terme.

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

5-2-Nombre de CPN :

Dans notre échantillon, 14,02% des accouchées n'avaient fait aucune consultation prénatale comparable à celui de Kayentao M. [7] avec 14,68%. L'Organisation Mondiale de la Santé recommande au moins quatre consultations prénatales au cours de la grossesse.

Dans l'échantillon 71,97% des patientes étaient suivies au cours de la grossesse par des sages-femmes, taux supérieur à celui de Kayentao M. [7] avec 63,53% et 6,5% par des gynécologues obstétriciens, taux inférieur à celui de Kayentao M. [7] avec 18,97%.Ceux-ci pourraient être expliqués par le non respect du système de référence-évacuation par les sages femmes.

6-Données cliniques :

6-1-Hauteur utérine

Dans notre étude, la hauteur utérine normale à terme était la plus représentée avec 83,02% des cas inférieur à celui de Coulibaly M. [5] avec 92,7%.

La hauteur utérine est un élément clinique d'appréciation de la macrosomie, de prématurité et de l'hypotrophie fœtale pouvant être respectivement à l'origine d'arrêt de progression et expulsion en boulet de canon. Dans ces trois cas d'indication l'épisiotomie permet de prévenir une souffrance fœtale ou une lésion des parties molles en écourtant la période expulsive.

6-2-Phase du travail :

Au cours de notre étude, 83,6% des parturientes sont venues pendant la phase active du travail d'accouchement.

6-3-Bruit du cœur fœtal :

Dans notre étude les bruits du cœur fœtal étaient normaux dans 99,5% des cas résultat supérieur à celui de Coulibaly M. [5] et presque comparable à celui de Kayentao M.[7] avec respectivement 91,7% et 98,82%.

6-4-Type de présentation :

Dans notre étude, la présentation du sommet était la plus représentée soit 96,50%. Notre taux était comparable à ceux de Coulibaly M [5] et de Merger R et Al [8] avec respectivement 95,25% et 96%.

Dans notre cas la présentation du siège était la moins fréquente avec 3,50% soit 1,35% pour le siège complet et 2,16% pour le siège décompleté. Ce taux est comparable à celui de Merger [8] avec 3,9% des cas.

6-5-Mode de dégagement :

Le dégagement en OP était le plus représenté dans notre série avec 96,0% des cas supérieur à celui de Fane S. avec 86,7%. Plus le dégagement était en occipito pubien plus l'Apgar était bon.

7-Episiotomie :

7-1-Type : Toutes les épisiotomies effectuées au cours de notre série étaient médio latérales. L'épisiotomie médio latérale à moins d'inconvénients que les épisiotomies latérales et médianes.

Une étude réalisée en 1995 par Pel et Heres aux Pays-Bas a rapporté une fréquence globale d'épisiotomie de 24,5% dont 23,3% médio latérales et 1,2% médianes [21].

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

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

7-2-Indications de l'épisiotomie :

Les indications de l'épisiotomie sont diverses, variant d'un service à un autre. Les indications classiques à savoir les manœuvres obstétricales, liées au périnée avec séquelles d'excision, les extractions instrumentales, liées au fœtus

(Prématurité, hypotrophie, souffrance fœtale, présentation du siège) ont été retrouvées dans notre série. L'épisiotomie a été indiquée:

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

7-2-1-Accouchement de siège :

Dans notre échantillon la présentation de siège était peu représentée avec 1,35% pour le siège complet et 2,16% pour le siège décompleté soit 3,51% .Ce taux est comparable à celui de Merger [8] avec 3,9% des cas.

Au cours de ces accouchements du siège, nous avons eu recours à la manœuvre de Bracht (2,7%) et celle de Mauriceau (0,81%) ; pour rétention de la tête dernière. Taux inférieur à celui de Coulibaly M. [5].

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

La pratique systématique de l'épisiotomie en cas d'accouchement de siège a été notée par de nombreux auteurs [12,13].

7-2-2-Accouchement de macrosomes :

Dans les quatre cas de macrosomies nous avons pratiqué la manœuvre de Marc Robert dans 0,81% des cas et celui de Jacquemier dans 0,27% des cas soit 1,08%. Ce taux est comparable à celui de Coulibaly M. [5] avec 1,70% et supérieur à celui de Kayentao M. [7] avec 0,81%.

La pratique systématique de l'épisiotomie dans ces cas a été notée par de nombreux auteurs [12,13].

7-2-3-Indications liées au périnée :

Nous avons recensé 327 cas d'épisiotomie liée au périnée répartie comme suit :

- 76,01% des cas de périnée rigides,
- 1,89% des cas de périnée hypoplasique,
- 3,23% des cas de périnée œdématié,
- 7,01% des cas de périnée cicatriciel.

Coulibaly M. [5] a trouvé dans sa série 65,76% de cas d'épisiotomie pour périnée rigide avec séquelle d'excision. Ce résultat est inférieur au nôtre.

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

Le périnée hypoplasique représente 1,89% dans cette étude, résultat supérieur à celui de Kayentao M. avec 0,19% des cas.

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

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

7-2-4- Extraction instrumentale :

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

La ventouse a été pratiquée dans notre série pour souffrance fœtale aiguë et pour épuisement maternel. L'épisiotomie a été associée à la ventouse dans 1,1% des cas résultat inférieur à celui de Kayentao M. [7] avec 4,45% et celui de Coulibaly M. [5] avec 8,80%.

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

7-2-5Prématurité :

Dans notre échantillon, l'épisiotomie a été associée à l'accouchement prématuré avec 2,7% des cas. Ce taux est inférieur à celui de Kayentao M. [7] et Coulibaly M.[5] avec respectivement 6,90%et 5,76%.

L'accouchement d'un enfant de petit poids doit être atraumatique. En effet le prématuré étant fragile, l'épisiotomie en phase expulsive s'impose car permet un élargissement de l'orifice vulvaire réduisant ainsi les traumatismes materno- fœtaux lors du passage du fœtus dans la filière pelvigénitale [13].

7-3 L'utilisation de l'anesthésie :

Au cours de notre étude, 98,9% des épisiotomies ont subi une anesthésie locale et 1,1% ont subi l'anesthésie générale. Cette anesthésie générale a été réalisée au cours des répa-

rations de déchirures cervicales et de l'épisiotomie. Ces déchirures cervicales sont dues au fait que ces femmes poussaient sur le col avant la dilatation complète.

7-4 Suture de l'épisiotomie :

Dans notre étude 84,6% des épisiotomies ont été effectuées par des internes et 89,8% des sutures ont été aussi effectuées par les internes. La méthode classique a été la technique utilisée.

Chez 98,92% des patientes, la suture a été effectuée dans un délai de moins de 15mn.

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

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

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

7-5-Complications :

7-7-1-Complications fœtales : Nous n'avons enregistré aucun cas de complications fœtales.

7-5-2-Complications maternelles :

Nous avons enregistré douze cas de douleurs périnéales du post partum chez les femmes ayant le périnée œdématié avant la réalisation de l'épisiotomie et six cas d'infections (suppurations) chez les patientes qui ne faisaient pas la toilette antiseptique dans le post partum. Résultat inférieur à celui Horo [22] qui a rapporté 5% d'infection et comparable à celui de Monnier [23] qui 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.

Nous avons enregistré 84,10% de cicatrisation normale soit 24,10% de cicatrices linéaires et 60% invisibles. La cicatrice était inesthétique dans 1,61%, résultat inférieur à celui de Sougoulé A. [18] avec 98,4%.

Dans cette étude, 14,29% des patientes n'étaient pas venues au rendez- vous pour le contrôle de la cicatrice après suture de l'épisiotomie.

VII. CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

1. CONCLUSION

L'étude descriptive longitudinale prospective que nous avons réalisée a porté sur l'épisiotomie à la maternité du centre de santé de référence de la commune II du district de Bamako du 1^{er} Mai 2013 au 30 Avril 2014.

La fréquence de l'épisiotomie a été de 15,41%, l'âge moyen des accouchées était **21,63** ans et l'indication prédominante était liée au périnée avec 88,14%.

Les facteurs de risque maternels d'épisiotomie ont été identifiés à partir des antécédents médicaux, chirurgicaux et obstétricaux. Il s'agissait essentiellement du diabète, de cicatrice périnéale, de la rigidité périnéale, et de l'hypoplasie périnéale.

Les facteurs de risque fœtaux ont été identifiés à partir de l'examen obstétrical et des résultats échographiques: le volume fœtal, la nature de la présentation ainsi que la variété postérieure.

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

2. RECOMMANDATIONS

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

Aux autorités sanitaires et politiques :

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

Aux populations :

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

Au personnel de santé :

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

VII. REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

VII. RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- 1-**Claude D.** L'épisiotomie protège-t-elle le périnée ? Archives 0212092.asp.2000, 6p.
<http://www.jpgetarbes.com/detail/archives/02120902.asp>
- 2-<http://www.gyneweb.fr/Sources/gdpublic/postpartum/episio.htm> Les suites de l'épisiotomie.10p. Guide de l'après accouchement.
Dernière mise à jour le 30septembre, 2004.Consulté le 17/05/2014.
- 3-**RocknerG, Jonasson A.** Changed pattern in the use of episiotomy in Sweden. Br. J Obstet Gynaecol, 1999, 101p.
- 4-**AFAR.** Taux d'épisiotomie dans le monde pratiqués dans les hôpitaux.2p
<http://afar.naissance.fr//episiotmie-tableau.htm>.
- 5- **Coulibaly M.** Episiotomie dans le service de Gynécologie Obstétrique de l'Hôpital Gabriel Touré à propos de 625 cas. Thèse Méd, Bamako (Mali), 2005, 58p.
- 6- **Coulibaly S.**Episiotomie dans le service de Gynécologie Obstétrique de l'Hôpital du Point-G.These Med, Bamako, (Mali), 2008,90p.
- 7-- **Kayentao A.K.** Episiotomie dans le service de Gynécologie Obstétrique du centre de santé de référence de la commune V du district de Bamako à propos de 1594 cas. Thèse Méd, Bamako (Mali), 2008, 43p.
- 8- **Merger R, Levy J, Melchior J.** Précis d'Obstétrique Paris, 6^{ème} édition, Masson 1995, 597p.
- 9- **Caddy J, Kron B.** Anatomie du corps humain. Paris : Librairie Maloine SA, 1970, 179p.
- 10-**Renglewicz J.M.** Déchirures périnéales et épisiotomie.ASINCOPROB du Haut-Rhin, 14p.
<http://asincoprob.free.fr/compterendus/dechirureperinea.htm>
- 11-**Bourillon A et coll.** Pédiatrie : Connaissances et Pratique.Paris, 2^{ème} Edition, Masson, 2002, 652p.
- 12-**De Tourris H, Magnin G, Pierre F.** Gynécologie et Obstétrique .Paris, 7^{ème} édition, Masson, 2000, 444p.

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

14- Accouchement normal et dystocique. Paris, 6^{ème} Edition : Pierre Magnin, 1952.T2. 530p.

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

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

17- Diallo D. L'accouchement chez l'adolescente en milieu périurbain de Bamako à propos de 150 observations recueillies au centre de santé de référence de la commune V. Thèse Méd, Bamako, 1995, N°48.

18-SOUGOULE A.Episiotomie .la technique de suture un fil un nœud au service de gynécologie obstétrique de l Hôpital Sominé Dolo de Mopti a propos de 300cas.These Med, Bamako Mali, 2010 N 303

19-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.

20-Coulibaly B. Etude de la gravido-puerpéralité chez les adolescentes à la maternité de l'Hôpital National du Point G. Thèse Méd, Bamako (Mali), 1992, N°56.

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

22-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

23-Monnier JC. Lechevin P., Lanciaux B., et Coll.
Suture intradermique des épisiotomies au fil d'acide polyglactique. A propos de 300.Rev Fr. gynéco 1979 ; 74 : 41-46.

VIII. ANNEXES

Fiche d'enquête :

N° Dossier : / ___ / ___ / ___ / N° Fiche : / ___ /

Date : / ___ / ___ / ___ /

Caractéristiques sociodémographiques :

Nom : / _____ / Prénom : / _____ / Age : / ___ / ___ /

Profession : / _____ /

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

Adresse : / _____ /

Ethnie : / _____ /

Mode d'admission :

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

Antécédents :

1- Médicaux : Oui Non

HTA / ___ // ___ /

Diabète / ___ / / ___ /

Cardiopathie / ___ / / ___ /

Obésité / ___ / / ___ /

Hémoglobinopathie / ___ / / ___ / Autres / ___ / / ___ /

2- Chirurgicaux : Oui Non

Césarienne / ___ // ___ /

Myomectomie / ___ // ___ /

Excision : Oui : / ___ / Non : / ___ /

Si oui degré : / ___ / (1er degré=1, 2ème degré=2, 3ème degré=3)

Déchirure périnéale : Oui : Nom :

Cure de prolapsus : 0oui

3-Obstétricaux :

Gestité : / ___ /

Parité : / ___

Vivant :

Avortement :

Macrosomie : Oui / ___ / Non : / ___ /

Suivi de la grossesse :

CPN : Non / ___ / oui / ___ / si oui nombre / ___ /

Examen obstétrical :

HU : / ___ / (cm)

BDCF : à _____ btt/mn

Travail d'accouchement :

1ère phase : / ___ /

2ème phase : / ___ /

Présentation :

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

OIGA : / ___ /

OIDP : / ___ /

OIDA : / ___ /

OIGP : / ___ /

Face Oui : / ___ / Non : / ___ /

Siège Oui : / ___ / Non : / ___ /

Si oui Complet : / ___ / Décomplété : / ___ /

Dilatation : cm

PDE : Intacte : / ___ /

Rompue : / ___ / heure

Si oui LA

Clair : / ___ / Sanglant : / ___ /

Méconial : / ___ / Si oui fluide : / ___ / épais : / ___ /

Indication de l'épisiotomie :

Type de dégagement : OP : / ___ /

OS : / ___ /

MS : / ___ /

Manœuvres obstétricales :

VMI+Grande extraction du siège : /___/

Petite extraction du siège : /___/

M. Bracht : /___/

M. Mauriceau : /___/

Forceps : /___/

Volume fœtal \geq 4000g : /___/

Liées au périnée : /___/

Périnée rigide : /___/

Périnée cicatriciel : /___/

Périnée court : /___/

Périnée long : /___/

➤ Prématuré : /___/

➤ hypotrophie : /___/

➤ Primipare : /___/

➤ Souffrance fœtale aiguë /___/

➤ Cardiopathie /___/

Délai de suture : heure d'accouchement/___/

Heure de suture : /___/

Durée de la phase expulsive : < 15minute /___/ 15 à 45minutes/___/

45minutes/___/

Le type d'anesthésie : anesthésie locale/___/ anesthésie générale/___/

La qualification de l'agent ayant effectué l'épisiotomie:

Interne/___/Médecin/___/ Sage femme/___

La qualification de l'agent ayant effectué la suture d'épisiotomie :

Interne/___/

Médecin/___/1.généraliste 2.DES 3.Spécialiste4-Sage femme.

FICHE SIGNALÉTIQUE

Nom : SACKO

Prénoms : Mamed

Nationalité : Malienne

Titre de la thèse : Etude de l'épisiotomie à la maternité du centre de santé de référence de la commune II du district de Bamako.

Année académique : 2013-2014.

Pays d'origine : Mali

Ville de soutenance : Bamako

Lieu de dépôt : Bibliothèque de la Faculté de Médecine, et d'Odontostomatologie de Bamako.

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

Résumé :

Nous avons mené une étude descriptive, longitudinale, prospective, portant sur l'épisiotomie, de la période allant du 1^{er} mai 2013 au 30 avril 2014 dans la maternité du centre de santé de référence de la commune II du district de Bamako.

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

Objectifs :

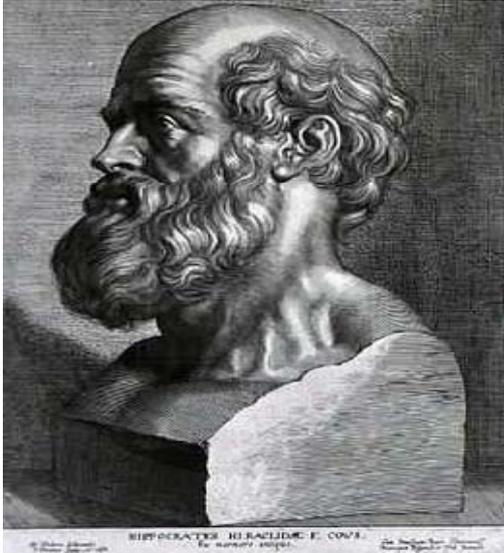
- Déterminer la fréquence de l'épisiotomie à la maternité du centre de santé de référence de la commune II du 1^{er} mai 2013 au 30 avril 2014.
- Déterminer les caractéristiques sociodémographiques des patientes chez lesquelles l'épisiotomie a été réalisée.
- Énumérer les principales indications de l'épisiotomie dans le service.
- Enumérer le facteur de risque maternel et fœtal de l'épisiotomie.

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

- la fréquence de l'épisiotomie a été de 15,41% et l'âge moyen des patientes était de 21,63 ans.

- les principales indications de l'épisiotomie dans le service ont été liées au périnée (88,14%).
- les facteurs de risque maternels de cette intervention ont été essentiellement : le diabète, les cicatrices périnéales, l'âge de la grossesse.
- les facteurs de risque fœtaux ont été le volume fœtal, la nature de la présentation ainsi que la variété postérieure.

Mots clés : Episiotomie, indication, thérapie, complications, présentation, périnée, suture.



SERMENT

D'HIPPOCRATE

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

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

Admis à l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce 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!