

**MINISTÈRE DE L'ENSEIGNEMENT
SUPÉRIEUR**

**REPUBLIQUE DU MALI
UN PEUPLE - UN BUT - UNE FOI**



U.S.T.T-B

Université des Sciences, des Techniques et des Technologies de Bamako

Faculté de Médecine et d'odonto- stomatologie



Année universitaire : 2016- 2017

Thèse N °.....

THESE

EPISIOTOMIE DANS LE SERVICE DE GYNECO-OBSTETRIQUE AU CENTRE DE SANTE DE REFERENCE DE KATI

**Présentée et soutenue publiquement le ... /.../ 2017 devant le jury
de la Faculté de Médecine et odonto-stomatologie**

Par :

Mr Ahmadou Hamadoun CISSE

Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

(Diplôme d'Etat)

JURY :

Présidente :	Pr SY Assitan SOW
Membre :	Dr DIABATE Abdrahamane
Co-directeur:	Dr KONE Konimba
Directeur de thèse :	Pr TOURE Moustapha

DEDICACES ET REMERCIEMENTS

Je dédie ce travail

-A ALLAH, le tout puissant, le tout Miséricordieux, le très Miséricordieux pour m'avoir donné la santé, la capacité, le courage de mener à bien ce travail et de m'avoir guidé pendant ces longues périodes d'étude.

-Au prophète Mohamed (PSSL), paix et salut sur lui, sur sa famille, ses compagnons et tous ceux qui le suivent jusqu'au jour de la résurrection. Puisse votre lumière éclairer et guider nos pas

-A mon pays le Mali

Chère patrie, que la paix et la propriété puissent te couvrir. Puisse le MALI rester uni à jamais (LE MALI UN ET INDIVISIBLE).

-A mon père Hamadoun Mahamane CISSE

Père grâce au tout puissant et à ta détermination nous voilà au terme de ce travail. Tu as été un exemple pour moi et tu continues de me guider ; il n'existe point de mot pour vous dire merci. C'est avec des larmes aux yeux, que je te dédie cette thèse qui est aussi la tienne. Les mots ne suffisent pas pour te dire merci d'avoir été là, mais seront assez beaux pour te dire que je t'aime. Que le tout puissant nous accorde une longue vie afin de jouir des fruits de ce travail !

-A ma mère Fanta DIAKITE

Après nous avoir donné naissance tu nous as aimé, éduqué ; tout en nous apprenant la bonté, la modestie, la tolérance, le pardon, et l'amour du prochain .Tu nous as appris à rester unis

comme un seul homme.

-A mon tonton Moctar KEITA

Vous avez été mon premier confident dans la vie. Votre soutien affectif et moral ne m'ont jamais fait défaut. Ce travail est aussi le vôtre.

-A la famille KEITA

Vous m'avez adopté depuis le premier jour de notre rencontre. Vos conseils et soutiens affectifs ont été d'une importance capitale pour moi. Les moments agréables passés en famille surtout pendant les fêtes resteront à jamais gravés dans mon cœur. Merci pour tout.

-A mes frères, sœurs, cousins, mes oncles, tantes et amis

REMERCIEMENTS

Mes remerciements sincères :

♦ À mon Chef de Service et encadreur **Dr CAMARA Daouda.**

Merci pour tout ce que vous avez fait pour nous.

♦ A mon encadreur Dr DIABATE Abdrahamane

Merci pour vos conseils, la qualité de l'encadrement dont j'ai bénéficié auprès de vous. Qu'ALLAH le tout puissant vous donne longue vie dans la santé et le bonheur.

♦ À mes aînés du Service :

Dr GUINDO Ilias, Dr SIDIBE Luc, Dr KANOUE Kibili, Dr DIARRA Broulaye

Dr SIDIBE Adama, Dr DIAKITE Mahamadou, Dr BENGALY Mody, Dr TRAORE Adama,

Dr TRAORE Awa et Dr DEMBELE Ibrahim, Dr DOUMBIA Seydou, Dr TOUNKARA Cheick, Dr SAMAKE Sékou Salla, Dr SAMAKE Bintou, Dr COULIBALY Daouda, Dr COULIBALY Moussa, Dr DIARRA Fatimata .

Merci pour vos conseils , encouragements et surtout votre bonne collaboration.

♦ A mes collègues internes du Service :

COULIBALY Simbo, KONE Alfousseni, TRAORE MOUSSA B, ONGOIBA Mamadou, DIAKITE Koniba,.

Merci pour la bonne ambiance de travail, les marques de sympathie et les nombreux services rendus. A tous je souhaite très bonne carrière.

♦ A mes cadets du Service : **TRAORE Mariam, SANGARE Ibrahim, SANOGO TérédjouFatou, SISSOKO Modi, DIARRA Moussa, DIARRA Lamine.**

♦ Au personnel du CS Réf de KATI.

Il ne serait pas juste de ma part de ne pas vous réserver une mention spéciale. A vos côtés, j'ai appris beaucoup de choses; travailler avec vous a été un réel plaisir, merci pour tout.

♦Au personnel de la clinique BABA FATY : Merci pour la collaboration

♦Au personnel du cabinet BELEDOUGOU :

Pour votre collaboration et votre constante disponibilité.

♦ A tous mes Enseignants depuis l'école primaire jusqu'à la FMOS.

Pour la qualité de l'enseignement dont j'ai bénéficié auprès de vous.

♦ A mes amis : **SANOGO Souleymane, TRAORE Hamidou, TRAORE Joseph, Dr BERTHE Mohamed, Dr BOUARE Alassane.**

Je n'ai pas assez de mots pour vous témoigner ma gratitude et mon affection. Merci pour votre dévouement et vos conseils. Puisse le seigneur vous combler de grâces.

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

HOMMAGES AUX MEMBRES DU JURY

A NOTRE MAITRE ET PRESIDENTE DU JURY

Professeur SY Assitan SOW

- ❖ **Professeur honoraire de Gynécologie et d'Obstétrique à la Faculté de médecine et d'odontostomatologie ;**
- ❖ **Ancienne présidente de la SOMAGO ;**
- ❖ **Chevalier de l'ordre national du MALI**

Honorable Maitre,

Vous nous avez fait un grand honneur en nous acceptant dans votre prestigieux service. Vos immenses qualités de pédagogue, votre très grande expérience dans la pratique de gynéco-obstétrique, votre raisonnement scientifique raffiné, votre simplicité, votre disponibilité, votre abord facile et votre lutte contre l'injustice sociale nous forcent l'estime et l'admiration.

Nous avons bénéficié de votre savoir médical et votre savoir être. Nous sommes très fiers d'être compté parmi vos disciples.

Cher maître, trouvé dans ce modeste travail l'expression de notre profonde gratitude.

A NOTRE MAITRE ET CO-DIRECTEUR DE THESE

Docteur Konimba KONE

- ❖ **Spécialiste en gynécologie-obstétrique**
- ❖ **Ancien Chef de service de gynécologie obstétrique du CS Réf de Kati.**
- ❖ **Praticien au service de gynécologie obstétrique du CHU-Point G .**

Honorable Maître,

C'est un grand honneur et un réel plaisir pour nous de vous compter parmi les membres du jury.

Votre simplicité, vos connaissances scientifiques, vos rigueurs dans le travail et vos qualités humaines font de vous un maître inoubliable et hautement respecté.

Veuillez accepter cher maître, l'expression de notre respect et toute notre reconnaissance.

A NOTRE MAITRE ET MEMBRE DE JURY

Dr Abdrahamane DIABATE

- ❖ **Spécialiste en gynécologie-obstétrique**
- ❖ **Chef de service de gynécologie obstétrique au CS Réf de DIOILA .**

Honorable Maître,

Vous nous faites un grand honneur en acceptant de siéger dans ce jury.

Nous avons été fascinés par votre capacité à accepter les autres auprès de vous.

Votre contact facile et votre sympathie nous ont beaucoup marqué.

Soyez assuré de notre profonde admiration.

A NOTRE MAITRE ET DIRECTEUR DE THESE :

Professeur Moustapha TOURE

- ❖ **Chef de service de gynécologie-Obstétrique de l'hôpital du MALI.**
- ❖ **Maitre de conférences à la FMOS.**
- ❖ **Membre du comité de pilotage pour la recherche MGF OMS/Genève.**
- ❖ **Secrétaire Général de l'union Professionnelle Internationale des Gynécologues Obstétriciens(UPIGO)**
- ❖ **Officier de l'ordre national du MALI.**

Honorable Maitre,

Nous sommes honorés, que vous ayez malgré vos multiples occupations, accepté de présider ce jury. Votre immense expérience, votre esprit méthodique, vos qualités de pédagogue font de vous un maître respecté et admirable. Nous gardons de vous l'image d'un Maître soucieux d'assurer une formation de qualité à ses élèves.

Veuillez recevoir ici cher Maître l'expression de notre profonde gratitude

Abréviations et Sigles

CNGOF : Collège National des Gynécologues obstétriciens Français.

CSREF : Centre de Santé de Référence

CSCOM : Centre de Santé Communautaire

CPN : Consultation Périnatale

CUD : Contractions Utérines Douloureuses

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

CCC : Communication pour le Changement de Comportement

DRC : Dépôt Répartiteur du Cercle

DV : Déficient Visuel

HTA : Hypertension Artérielle

IO : Infirmière Obstétricienne

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

PEV : Programme Elargi de Vaccination

PF : Planification Familiale

PTME : Prévention de la Transmission de la Mère à l'Enfant

PNP : Politique Normes Procédure

PPTE : Pays Pauvres Très Endettés

RPM : Rupture Prématuration de Membranes

SFA : Souffrance Fœtale Aigue

SA : Semaines d'Aménorrhées

URENI : Unité de Récupération et d'Education Nutritionnelle Intensive

VIH : Virus de l'Immunodéficience Humaine

SOMMAIRE

Sommaire

I-Introduction

II-Objectifs

III-Généralités

IV-Méthodologie

V-Résultats

VI-Commentaires et Discussions

VII-Conclusion

VIII-Recommandations

IX-Références bibliographiques

I.INTRODUCTION

INTRODUCTION :

L'épisiotomie est une incision périnéale réalisée au moment de l'accouchement et destinée à agrandir l'orifice vaginal.[1]

Elle a été décrite pour la première fois par FeldingOuld pour faciliter l'expulsion.

Au cours de ces dernières années on note une réduction variable du recours aux épisiotomies dans les pays occidentaux (60,9% en 1979 aux Etats unis versus 24,5% en 2004, 12% en Angleterre en 2003-2004). [2]

Cette décroissance est également constatée en France, même si les taux oscillent entre 3,6 et 60% en fonction des centres [3].

Le pourcentage d'épisiotomie réalisé dans un hôpital sans risque pour la mère et l'enfant devrait être un but à atteindre [4].

Certaines études ont décrit un rôle protecteur de l'épisiotomie des déchirures périnéales sévères [5].

De nombreuses situations obstétricales considérées à risque telles que la primiparité , la macrosomie, la gémellité, les présentations dystociques (pelviennes, occipito-sacrées, de la face) , les périnées à risque (les périnées courts c'est-à-dire avec une distance fourchette-centre de l'anus inférieure à 3 cm , les antécédents des lésions périnéales de haut degré , les antécédents de mutilation et d'excision) et les extractions instrumentales n'indiquent plus systématiquement une épisiotomie [6].

Cependant une épisiotomie peut être judicieuse, sur la base de l'expertise clinique de l'accoucheur.

L'absence d'épisiotomie peut entraîner dans certains cas des dommages périnéaux importants responsables de séquelles graves.

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

La littérature malienne ne rapportant que 3 études là-dessus, nous avons alors initié ce travail pour explorer la question.

II.OBJECTIFS

OBJECTIFS

Objectif général :

Étudier l'épisiotomie dans le service de Gynécologie-obstétrique du centre de santé de références de Kati

Objectifs spécifiques :

- 1-Déterminer la fréquence de l'épisiotomie
- 2-Déterminer les principales indications de l'épisiotomie
- 3-Identifier les facteurs de risque maternels de l'épisiotomie
- 4-Identifier les facteurs de risque fœtaux de l'épisiotomie
- 5-Déterminer les complications de l'épisiotomie.

III.GENERALITES

GENERALITES

1. Rappels anatomiques

1-1 -Organes génitaux externes [7] : Ils comprennent :

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

1-1-1-Le mont de venus (pénil)

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

1-1-2-Les formations labiales

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

1-1-3-Les formations érectiles

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

1-1-4-Le vestibule

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

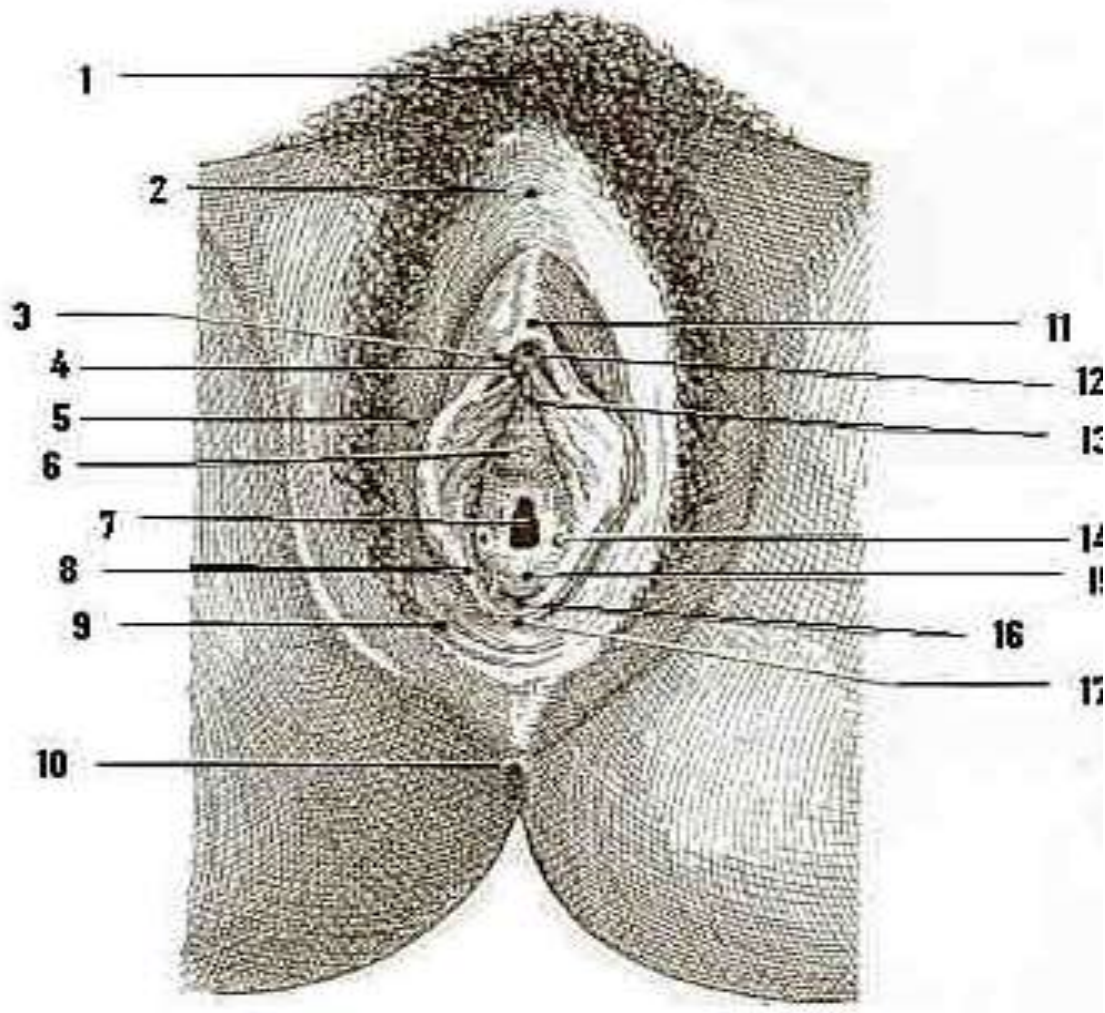
- le vagin dont il est séparé par l'hymen en absence de défloration. Ses débris forment les lobules hyménaux après la défloration. Après l'accouchement, il ne persiste que les caroncules myrtiformes.
- l'orifice urétral séparé du vagin par le tubercule vaginal.

1-1-5-Les glandes annexes

Ce sont :

- les glandes urétrales et para-urétrales de SKENE, situées entre l'urètre et l'ostium du vagin ;
- les glandes vestibulaires de BARTHOLIN, situées de part et d'autre de l'orifice du vagin.

(Figure I)



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

Figure I: Vulve, grandes et petites lèvres réclinées : in Cady J, Kron B [7]

1-2-Organes génitaux internes

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

1-2-1-Les ovaires : Ce sont des glandes endocrines par la production d'œstrogènes, de progestérones, d'androgènes; et exocrines par l'expulsion cyclique d'ovule.

1-2-2-Les trompes

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

1-2-3-L'uterus

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

1-2-4- Le vagin

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

1-3- Le canal pelvi-génital [8]

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

1-3-1- Le bassin osseux

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

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

Les lignes innominées divisent le bassin en deux parties :

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

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

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

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

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

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

Les diamètres transverses sont :

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

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

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

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

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

Elle est constituée :

- en avant, par une paroi relativement courte, formée par la face postérieure de la symphyse pubienne et des parois des pubis,
- en arrière, par la face antérieure du sacrum et du coccyx,

- latéralement, par la face quadrilatère de l'os coxal répondant au fond du cotyle, par la face interne de l'épine sciatique et du corps de l'ischion.

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

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

Plan de dégagement de la présentation, il est limité :

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

Sa forme est losangique à grand axe antéro-postérieur.

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

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

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

1-4- Le diaphragme pelvi-périnéal

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

- périnée antérieure musculo-aponévrotique, qui comprend les muscles péri-vaginaux et péri-vulvaires, et le noyau fibreux central : celui-ci résulte de l'entrecroisement entre anus et vagin des fibres de tous les muscles périnéaux ;
- périnée postérieure qui comprend en avant le muscle sphincter externe de l'anus, en arrière un muscle surtout fibreux, inextensible, rétro anal (rendez-vous des muscles qui se rejoignent sur le raphé ano-coccygien).[8]

D'autres auteurs par contre proposent une autre description du périnée[9]:

Ils le définissent comme étant la partie séparant la fourchette vulvaire de l'anوس (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 sacrosciatiques.

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

1-4-1 Plan profond = diaphragme pelvien principal

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

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

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

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

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

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

1-4-2 Plan superficiel

Est représenté par deux espaces triangulaires :

1-4-2-1 Espace périnéal antérieur

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

1-4-2-2 Espace périnéal postérieur

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

- Appareil sphinctérien de l'anus: Il se compose de 4 tubes musculaires emboîtés les uns dans les autres et qui sont, de l'intérieur vers l'extérieur : la muscularissubmucosaeani ; 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.

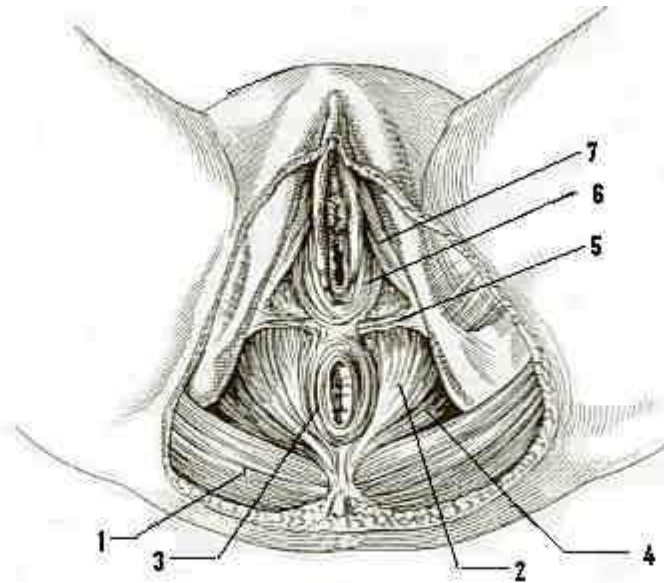


Figure II : Plancher périméal : in Merger R [8]

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.

1-5 Le mobil foetal [10]

Trois segments doivent être considérés :

1-5-1 Le crane foetal : C'est la partie la plus importante qui doit

présenter des diamètres adaptés au bassin maternel. La tête foetale 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

(antéro-postérieure), la suture transversale, la suture pariéto-occipitale.

Ces sutures permettent la mobilité des os du crâne l'un par rapport à l'autre et cela explique le modelage possible de la tête, afin de s'accommoder au bassin maternel, dans une certaine mesure.

Les fontanelles sont principalement au nombre de deux :

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

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

1-5-1-1 Diamètres antéro-postérieurs

- Diamètres occipitaux :

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

- Diamètres sous occipitaux :

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

-Diamètresus-occipital : sus-occipito-mentonnier ou syncipito-mentonnier.

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

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

1-5-1-3 Diamètres transversaux :

- bipariétal, d'une bosse pariétale à l'autre : 9,5cm. C'est le diamètre transverse maximum.
- bitemporal, d'une fosse temporale à l'autre : 8cm

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

- la grande circonférence qui mesure 37cm.
- la petite circonférence qui est de 33cm.

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

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

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

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

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

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

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

1-6 Les présentations fœtales [10]

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

Le fœtus peut se présenter par la tête: présentation céphalique; par les fesses: présentation de siège. Lorsqu'il se trouve en travers, c'est le tronc qui occupe

l'aire du détroit supérieur ; quoique l'accouchement spontané soit impossible si le fœtus est à terme, l'usage prévalait de décrire la présentation de l'épaule, alors qu'il s'agit plutôt d'une position transversale ou oblique.

1-6-1 Présentations céphaliques

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

Elles se divisent-en :

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

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

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

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

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

- naso-iliaque droite postérieure (NIDP) ;
- naso-iliaque gauche antérieure (NIGA);
- naso-iliaque droite antérieure (NIDA);

- naso-iliaque gauche postérieure (NIGP).
- naso-iliaques transverses droite et gauche (NITD, NITG)

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

1-6-2 Présentation du siège

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

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

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

Les variétés de position sont, par ordre de fréquence :

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

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

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

Lorsque, à la fin de la grossesse ou pendant le travail, l'aire du détroit supérieur n'est occupée ni par la tête, ni par le siège du fœtus, celui-ci, au lieu d'être en long, se trouve en travers ou en biais. Il est en position transversale ou plus souvent oblique.

Les quatre variétés sont :

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

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

2- Rappels sur l'accouchement [9]

2-1 Définition

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

L'accouchement qui se produit entre le début de la 38ème semaine (259 jours) et la fin de la 42ème semaine (293 jours) est dit à terme. S'il se produit avant 37 semaines (259 jours) de grossesse, il est prématuré.

2-2 Le travail d'accouchement

Il comprend trois périodes :

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

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

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

- elles sont involontaires ;
- elles sont intermittentes et rythmées, relativement régulières, séparées par un intervalle de durée variable, d'abord long au début du travail (15 à 20 minutes), puis de plus en plus court (2 ou 3 minutes à la fin de la période de dilatation).
- elles sont progressives dans leur durée, qui de 15 à 20 secondes

Au début, atteint 30 à 45 secondes à la fin de la dilatation; dans leur intensité, qui croit du début à la fin de la dilatation ;

-elles sont totales, se propageant comme une onde du fond de l'utérus à sa partie basse ;

-elles sont douloureuses.

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

- l'engagement, c'est-à-dire le franchissement du détroit supérieur

- la descente, qui s'accompagne de rotation ;

- le dégagement, c'est-à-dire le franchissement du détroit inférieur.

La première période du travail est la plus longue de l'accouchement.

Elle est en moyenne, dans les cas non pathologiques de 7 à 10 heures chez la primipare et de 3 à 6 heures chez la multipare.

2-2-2 Deuxième période ou période d'expulsion

Elle correspond à la sortie du fœtus et s'étend depuis la dilatation

complète jusqu'à la naissance. Elle comprend deux phases : la

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

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

se distendre lors de la descente de la présentation. Cette mise en tension s'accompagne d'une béance de l'anوس.

Dans un deuxième temps, la présentation se défléchit et distend le périnée antérieur. Le noyau fibreux central du périnée s'étale et s'aplatit. Le périnée se moule sur la présentation et s'allonge. Le faisceau pubo-rectal des releveurs est repoussé en bas et en avant et vient s'intégrer dans le périnée superficiel.

L'orifice vulvaire s'horizontalise. C'est à cet instant que la distension devient maximum.

La durée de la période d'expulsion chez la primipare, était, en moyenne, pour les classiques, de 1 à 2 heures. Dans l'intérêt du fœtus. L'expulsion proprement dite ne devrait pas dépasser 20 minutes chez la primipare. Chez la multipare, elle est plus rapide, excédant rarement 15 minutes. Le pronostic de l'accouchement est d'autant meilleur que les contractions utérines sont de bonne qualité, que le segment inférieur est mieux formé et mieux moulé sur la présentation, que les parties molles maternelles sont plus souples, que le volume fœtal est plus voisin de la normale, que la position du fœtus est plus eutocique.

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

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

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

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

2-2-3 Troisième période ou délivrance

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

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

3-Complications traumatiques de l'accouchement [11]

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

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

3-1 Déchirures obstétricales

3-1-1 Déchirures vulvaires [12]

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

3-1-2- Déchirurespérinéales [11]

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

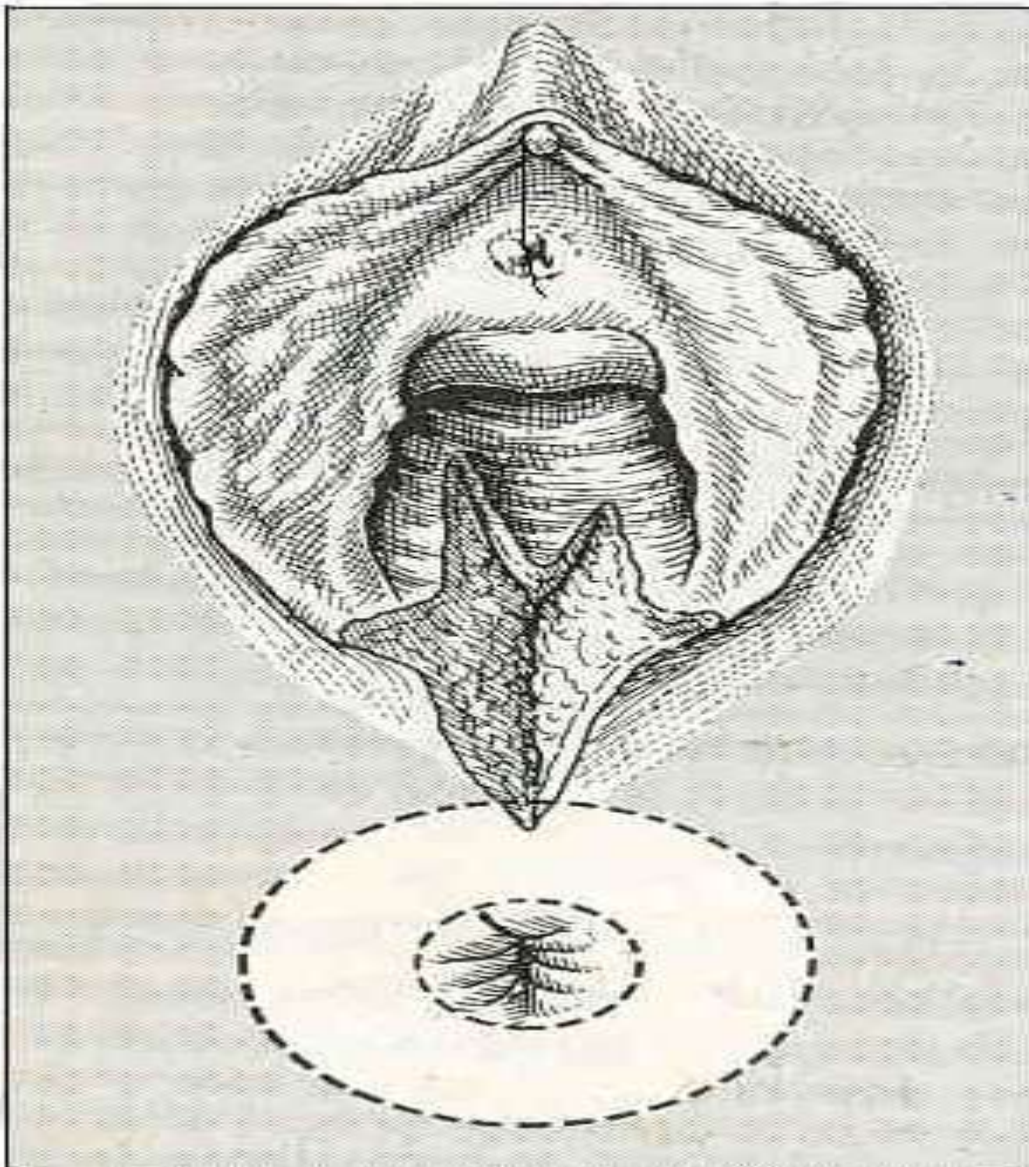
Quant aux déchirures ouvertes, elles sont classées en trois degrés de lésions :

3-1-2-1 Déchirures simples, incomplètes ou du premier degré

(Figure III)

Elles intéressent la peau ano-vulvaire, les muscles superficiels du périnée (bulbo-caverneux et transverse) et la muqueuse vaginale, en respectant le sphincter anal. Elles débutent au niveau de la fourchette vulvaire et peuvent s'étendre sur un côté ou sur les deux côtés du vagin, formant alors une plaie triangulaire irrégulière ou vers le bas en direction du sphincter anal. Par ordre croissant de gravité, on distingue trois subdivisions :

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



Haut
Gauche

Figure III : Déchirurepérinéale du 1er degré : in Lansac J [13]

**3-1-1-2 Déchirurespérinéalescomplètes ou du deuxièmedegré
(Figure IV)**

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

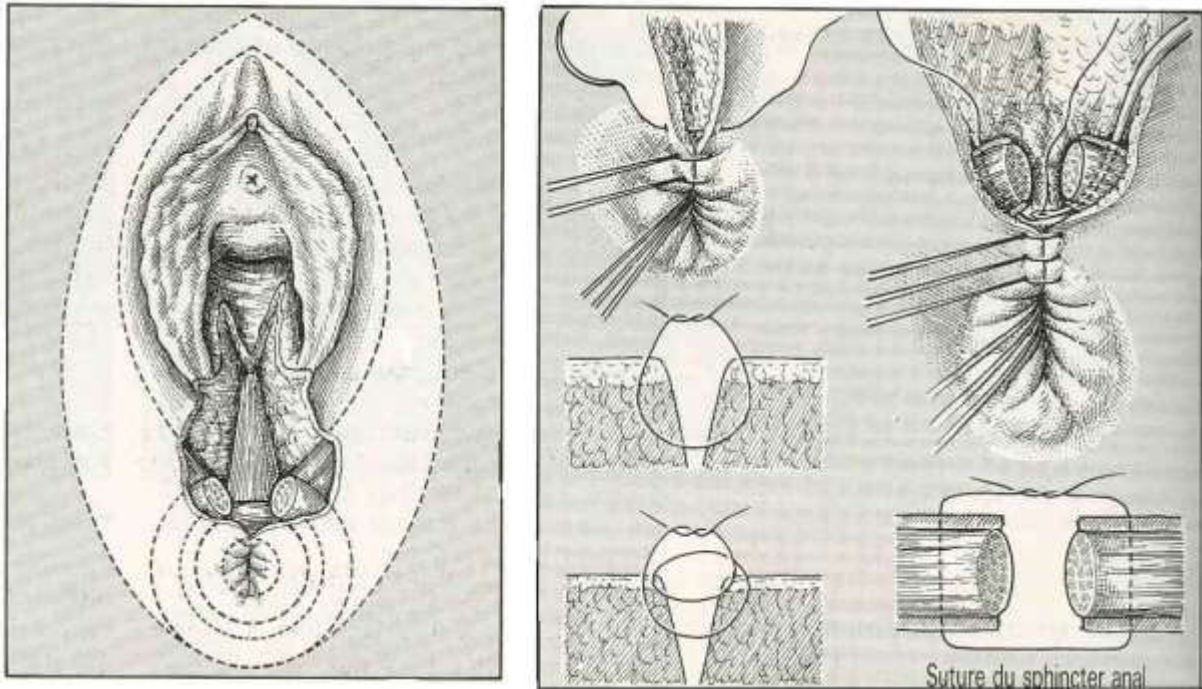


Figure IV: Déchirurepérinéale du 2eme degré : in Lansac J [13]

3-1-1-3 Déchirurespérinéalescomplètescompliquées ou du

Troisièmedegré

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

3-1-3 Facteurs de risque [11]

Ils sont de trois ordres :

3-1-3-1 Facteurs maternels

- Primiparité

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

- **Texture du périnée :** Le périnée peut être trop fragile, œdédié par exemple par un travail prolongé. A l'inverse, un périnée trop résistant, se laissant mal distendre par le mobil fœtal, comme les périnées cicatriciels ou celui de la

primipare âgée et, exception-nellement dans nos régions, le périnée des femmes ayant subi une infibulation ou une excision rituelle, est également exposé aux déchirures.

- Conformation du périnée

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

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

3-1-3-2 Facteurs fœtaux

- Excès de volume fœtal

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

- Présentations

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

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

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

3-1-3-3 Facteurs opératoires

- Extractions instrumentales

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

- Manœuvresobstétricales

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

- Episiotomie médiane

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

3-2 Prévention des déchiruresobstétricales [11]

La survenue d'une déchirure périnéale sévère (déchirure du deuxième ou du troisième degré) doit rester exceptionnelle. La conduite obstétricale doit être rigoureuse en proscrivant tout travail inutilement prolongé, source de souffrance fœtale, mais également de déchirures sur un périnée œdédié.

Le dégage ment de la tête fœtale devra être effectué avec douceur.

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

4-Episiotomie

4-1 Définition

L'épisiotomie est une incision périnéale réalisée au moment de l'accouchement et destinée à agrandir l'orifice vaginal [1].

4-2 Indications [12]

L'analyse des données de la littérature souligne que l'épisiotomie ne doit pas être systématique et que son usage intensif n'est pas justifié. Ses indications sont superposables aux facteurs de risque de déchirures périnéales (facteurs maternels, fœtaux, opératoires).

Certaines indications sont formelles :

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

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

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

4-3 Conditions

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

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

Le moment de réalisation d'une épisiotomie est essentiel. Elle ne devra pas être pratiquée trop tôt, sur un périnée encore épais car elle est alors douloureuse et hémorragique (en dehors de l'application de forceps où elle est pratiquée obligatoirement sur un périnée non encore amplifié). Elle ne devra pas être pratiquée trop tard, alors que le périnée commence déjà à se déchirer.

Elle devra être effectuée sur un périnée mince, distendu et amplifié par la tête fœtale ; dans ce cas, elle est pratiquement exsangue.

Elle doit être effectuée quand la présentation commence à distendre le périnée à l'acmé d'une contraction et d'un effort expulsif. A ce stade, la mise en tension du faisceau pubo-rectal provoque un allongement du périnée postérieur et l'ouverture du canal anal [12].

4-4 Types et techniques d'épisiotomie

Actuellement deux types d'épisiotomie sont pratiqués : médianes principalement pratiquées aux Etats-Unis et médio-latérales recommandées par le CNGOF[14].

Du fait de leur caractère mutilant, les autres types historiquement décrits ont été abandonnés

4-4-1 Episiotomie médiane [14]

La section est réalisée aux ciseaux droits sur 4 cm de long, partant de la fourchette vulvaire pour se diriger verticalement vers l'anus.

Les avantages sont que cette technique est facile à réparer et peu hémorragique que les résultats anatomiques sont bons à distance et qu'elle est peu responsable de dyspareunies.

Les inconvénients sont que la section du raphé médian crée une zone de faiblesse médiane avec le risque de s'étendre vers l'anus. Une atteinte du sphincter anal est retrouvée dans 20% des cas .[15]

On constate également une augmentation du taux de fistules vésico-vaginales à distance.

4-4-2 Episiotomie médio-latérale

L'épisiotomie est traditionnellement réalisée à droite, on utilise des ciseaux droits, une lame entre la présentation et la partie postérieure de la vulve, l'autre lame en dehors. Deux doigts peuvent être glissés entre la présentation et le périnée pour protéger le fœtus. La section doit être franche en partant de la partie médiane de la fourchette.

La direction est latérale en dehors avec un angle de 45 degrés par rapport à la verticale vers la région ischiatique, sur 6 cm de long en moyenne pour un agrandissement suffisant de l'anneau vulvaire.

Elle coupe successivement la peau et le vagin, les muscles bulbocaverneux et transverse superficiel et le muscle pubo-rectal dans sa totalité. Il est préférable de la réaliser en un geste ou en deux si besoin : le premier pour la peau et le vagin, le second pour le muscle pubo-rectal [16] .

Les avantages sont le risque sphinctérien est moindre par rapport à l'épisiotomie médiane [14] .

Les inconvénients sont les douleurs postopératoires plus importantes. Elle est souvent hémorragique [14] .

.

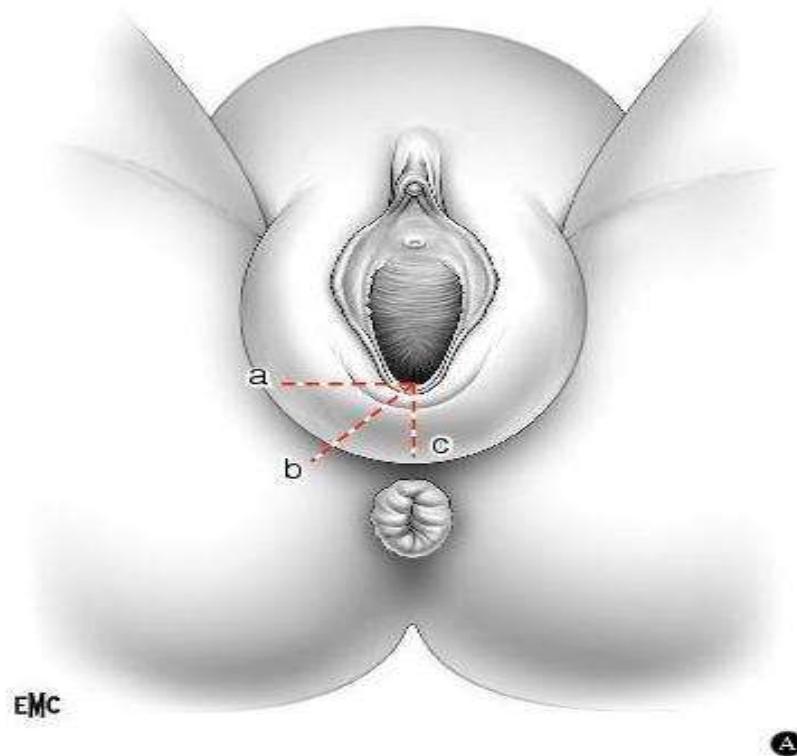


Figure V: Les principaux types d'épisiotomie [17]
a= latérale, b= médio-latérale, c= médiane

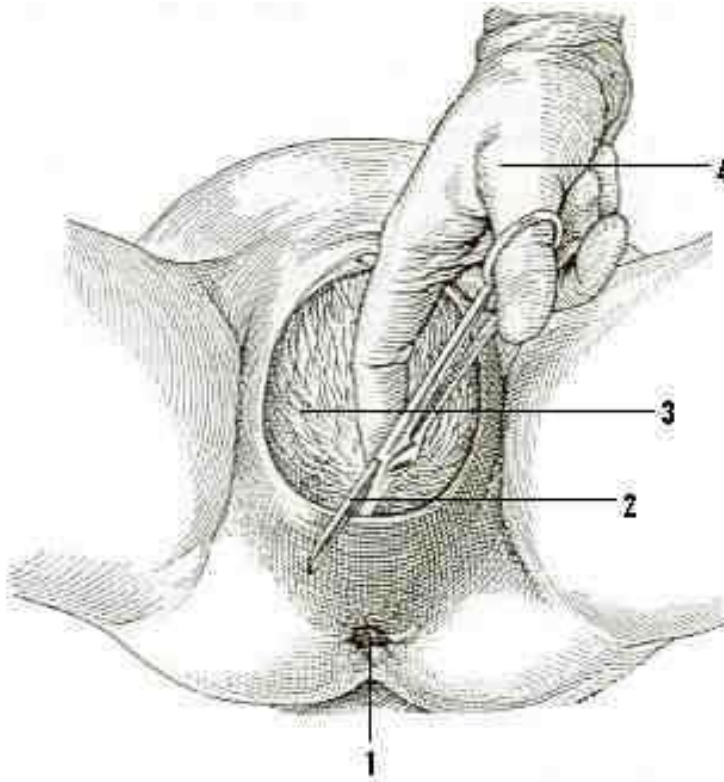


Figure V: Episiotomie medio-latérale droite : in Merger R [8]
1: Anus ; 2: Lame de ciseaux ; 3: Présentation fœtale (ici, la tête)
4: Main de l'opérateur.

4-5 Réfection de l'épisiotomie [18]

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

4-5-1 Le matériel

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

. Matériel indispensable :

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

. Matériel pouvant être nécessaire :

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

. Les fils : La suture est réalisée avec un seul fil de 75 cm à aiguille sertie courbe de Vicryl rapide 2/0.

4-5-2 L'installation de la parturiente

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

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

4-5-3 L'anesthésie

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

Il faut se rappeler également que le périnée obstétrical est très

vascularisé. La résorption de la xylocaïne est rapide et complète.

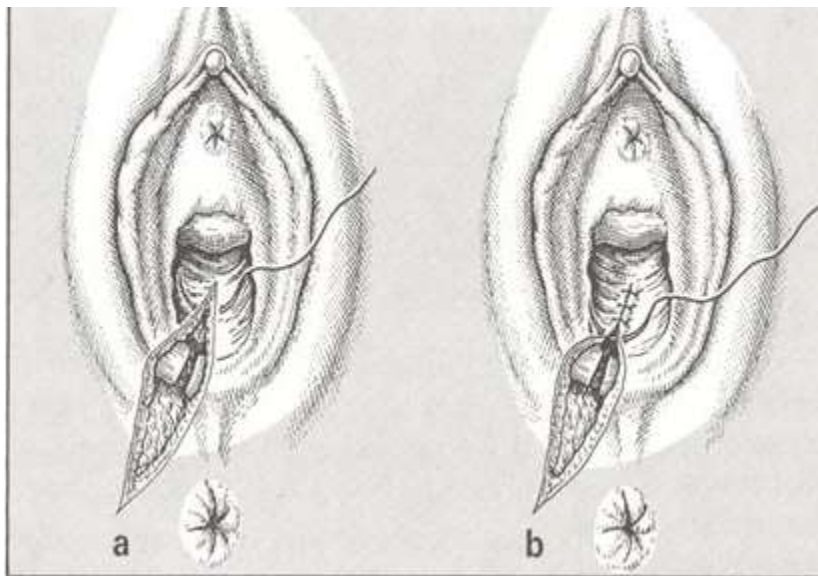
On infiltre la sous-peau et la jonction hyménale de même que le plan musculaire. Toutefois, s'il y a la moindre difficulté (agitation de la femme, lésion vaginale profonde) et, à fortiori, s'il existe une complication, il ne faut pas hésiter à recourir à une anesthésie générale ou à un bloc honteux.

4-5-4 La réparation des différents plans

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

4-5-4-1 Le plan vaginal :

Sa réparation se fait au Vicryl 00, par points simples ou par surjet, l'important est de suturer parfaitement l'angle supérieur afin de ne pas laisser un interstice par où les lochies peuvent s'infiltrer, source d'hématome surinfecté. Les points sont larges, prenant bien la sousmuqueuse.

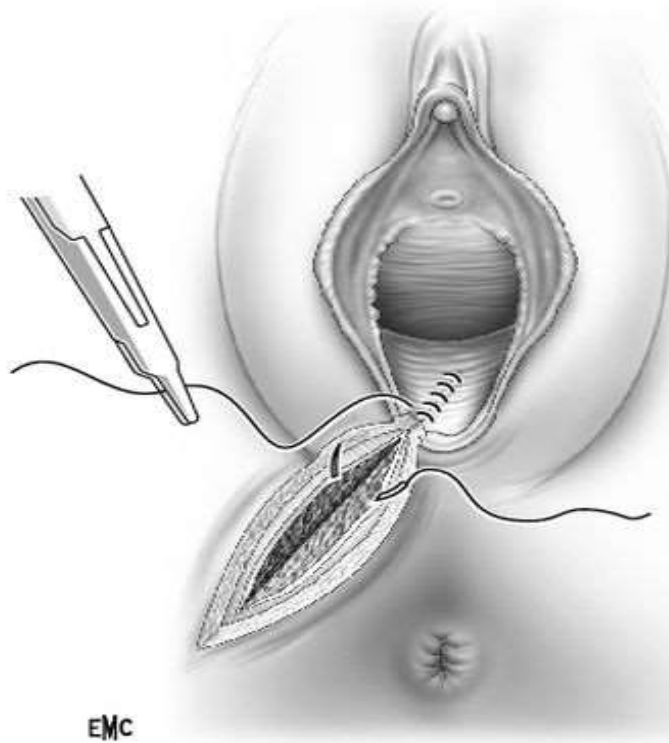


4-5-4-2 Le plan musculaire :

On débute sa réparation avant de suturer la fourchette vulvaire, on utilise le Vicryl 00 avec des points simples. La difficulté se situe au point supérieur. Il

doit être perpendiculaire à la tranche de section et parallèle aux plans vaginal et rectal.

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



4-5-4-3 Le plan cutané (Figure VII)

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

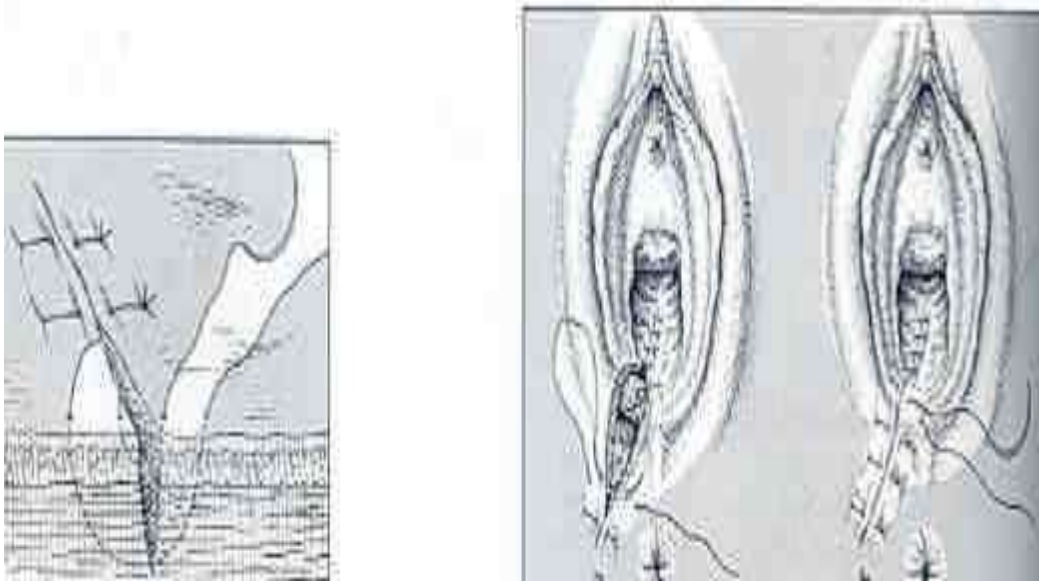


Figure VII: Réfection du plan cutané en points de Blair Donati [18]

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 aiguillée (Vicryl 3 ou 3,5). Le surjet profond rapproche les deux lèvres de la plaie. Le retour est effectué par un surjet intradermique mené de l'angle inférieur à l'angle supérieur.

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

4-6 Complications de l'épisiotomie [19]

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

4-6-1 Complications immédiates

- Les hémorragies: Sont surtout le fait des épisiotomies médio-latérales. La suture précoce apparaît donc comme une nécessité afin d'abrégé le saignement et prévenir au mieux l'anémie du post partum ;
- Les déchirures sur épisiotomie ;
- Des blessures fœtales : elles sont rares.

4-6-2 Complications précoces, dans le post partumimmédiat- Hématomes puerpéraux : Les thrombus périnéo-vulvaires sont rares et le plus souvent liés à une insuffisance d'hémostase. Les hématomes sont en revanche plus fréquents (douleurs, œdème, induration) et cèdent en quelques jours sous traitement anti-inflammatoire.

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

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

4-6-3 Complications tardives

Elles sont essentiellement représentées par les douleurs périnéales et les dyspareunies secondaires. Rarement d'autres complications tardives peuvent être observées : endométriose sur cicatrice d'épisiotomie, kyste de la glande de Bartholin résultant d'une incision trop horizontale sectionnant le canal excréteur, suppurations récidivantes qui doivent faire éliminer une fistule recto-vaginale. La fistule recto-vaginale ou recto-périnéale est exceptionnelle après une épisiotomie non compliquée ; elle est le plus souvent secondaire à un point transfixiant et peut guérir spontanément après l'ablation du point.

4-7 Soins post-opératoires [20]

4-7-1 Hygiène

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

- A la maternité, une infirmière fait généralement la toilette intime de la maman au moins deux fois par jour.

- La cicatrice doit être séchée avec de la gaze stérile en la tapotant légèrement,
- Après une miction, penser à s'essuyer de l'avant vers l'arrière. La garniture devrait également, dans la mesure du possible, être retirée de l'avant vers l'arrière.
- Changer de garniture après chaque miction, surtout les premiers jours où les saignements sont abondants.

4-7-2 Soulager la douleur : La plupart des maternités proposent des anti-inflammatoires nonstéroïdiens (avant la montée laiteuse si la jeune mère allaite) ou du paracétamol, pour soulager la douleur.

IV.METHODOLOGIE

1. CADRE D'ÉTUDE:

L'étude s'est déroulée au C S Réf Major Moussa DIAKITE de Kati.

1.1. HISTORIQUE DU CSREF DE KATI :

Autrefois appelé AM (Assistance Médicale) de Kati, qui a eu son apogée grâce au premier infirmier Moussa DIAKITE, un patriote dévoué à son travail, sa disponibilité et son savoir-faire, a fait de l'AM un lieu fréquenté par la population.

Le CS Réf de Kati a été créé par le décret no 90-264/P-RM du 05 juin 1990, portant la création des services régionaux et subrégionaux de santé et des affaires sociales sous le nom de service sécurité sanitaire et sociale de cercle ou de commune. C'est en 2007, par le système de référence et d'évacuation qu'il est devenu CS Réf de Kati (Centre de Sante de Reference).

Il a été baptisé le 10/ 08/ 2010 sous le nom du **Centre de Santé de Référence Major Moussa DIAKITE de Kati.**

1.2. Données géographiques :

CS Réf Major Moussa DIAKITE de Kati:

Le CS Réf est bâti sur une superficie de 6,5 hectares environ.

Il est situé en plein cœur de la ville de Kati à environ 20 mètres du commissariat de police et à environ 100 mètres de la mairie et contigu au camp militaire par son côté Sud-est. Il recouvre 31 aires de santé plus le CS Réf.

Commune urbaine de Kati : est limitée :

- au Nord par la commune rurale de Kambila et de Diago,
- à l'Est par la commune rurale de Safo,
- au Sud par le district de Bamako (la commune III),
- à l'Ouest par la commune rurale de Doubabougou.

Elle est composée de dix (10) quartiers (Farada, Malibougou, Mission, N'tominikoro, Noumorila, Kati coura, Kati coro, Coco, Sananfara et Samakebougou), trois (3) villages (N'toubana, Banambani et Sirakoroniaré) et un (1) hameau (Sebenikoro).

1.3. Population :

Le cercle de Kati compte une population de 681872 habitants répartie entre villages et communes. Elle est surtout caractérisée par le cosmopolitisme de sa jeunesse à 42%, constituée par les moins de 15 ans.

La ville de Kati, de par sa situation géographique et stratégique (3ème région militaire du Mali) demeure un carrefour de rencontre de toutes les couches socio-économiques et culturelle du Mali avec : les Bambaras (autochtones), les Malinkés, les peulhs, les Dogons, les Bobos, les Sarakolés, les Maures, les Mossis, les Khassonkés, les Sonrhais, les Ouolofs, les Senoufos.

Le dialecte majoritaire est le Bambara. On y trouve plusieurs confessions religieuses dont : les musulmans (89%), les chrétiens (8%), et les animistes (3%). (Selon l'article sur la présentation de la commune de Kati année 2007).

1.4. Infrastructures socio-sanitaires :

- Structures sanitaires de troisième niveau :

Centre Hospitalo-Universitaire de Kati.

- Structures sanitaire de deuxième niveau :

Centre de santé de référence Major Moussa DIAKITE de Kati.

- Structures sanitaires de premier niveau :

Infirmierie de garnison, CSCOM de (Malibougou, Farada, Coco et Sananfara), Dispensaire de l'Eglise catholique, et la PMI de Kati.

- Secteur privé :

Cliniques (TENAN, PLATEAU)... et des cabinets.

1.5. Différents services du CS Réf :

Le CS Réf Major Moussa DIAKITE de Kati se compose de plusieurs unités :

- Une unité de médecine générale ;
- Une unité de laboratoire biomédicale ;
- Une unité de PEV ;
- Une unité de prise en charge des malnutris (URENI) ;
- Une unité d'Odontostomatologie ;

- Une unité d'ophtalmologie ;
- Une unité optique (confection et vente de verres correcteurs) ;
- Une unité d'imagerie médicale ;
- Une unité d'hygiène et assainissement ;
- Une unité de DRC (Dépôt Répartiteur du Cercle) ;
- Une unité de dépôt de vente ;
- Une unité de système d'information sanitaire ;
- l'administration ;
- Une unité de grandes endémies : (Lèpre, Tuberculose, Onchocercose, de soins d'accompagnement et de conseil des Personnes Vivants avec le VIH) ;
- Une unité de Chirurgie Générale ;
- Une unité de santé de la reproduction qui comprend :
 - Une salle d'accouchement équipée de 2 tables d'accouchements ;
 - Une salle de suites de couches équipée de 9 lits ;
 - Deux salles de garde (des sages-femmes et internes) ;
 - Une salle de CPN ;
 - Une salle de PF ;
 - Une salle de vaccination et suivie préventive des enfants sains ;
 - Une salle PTME ;
 - Deux bureaux pour les gynécologues ;
 - Un bureau pour la sage-femme-maitresse ;
 - Deux salles opératoires (une pour les urgences et l'autre pour les cas a froids) ;
 - Une salle de réveil ;
 - Une salle de préparation ;
 - Trois salles d'hospitalisation.

Ces différentes unités sont tenues par un personnel composé de :

Tableau I: Personnel du C S Réf Major Moussa DIAKITE de Kati à la date du 31 décembre 2014 y compris des Agents de l'Etat et ceux payés sur recouvrements des fonds PPTE.

Médecin odontostomatologue (Médecin chef)	01
Gynécologue obstétricien	01
Spécialiste en chirurgie générale	02
Ophtalmologue	01
Médecin généraliste	07
Pharmacien	01
Technicien d'Hygiène et assainissement	02
Technicien supérieur de santé (ophtalmologue, Santé publique, Laborantin)	21
Gérant de DRC ET DV	03
Sage-femme	08
Infirmière obstétricienne	08
Secrétaire	03
Assistant médical (anesthésiste)	01
Chauffeur	04
Gardien	02
Billeteur	01
Comptable	02
Caissière	01
Lingère	02
Manœuvre	05

A ceux-ci s'ajoutent les étudiants des écoles socio-sanitaires et de la FMOS.

1.6. Activités de gynécologie - obstétrique

Un staff de 30 minutes environ a lieu tous les jours à partir de 8 h 30min réunissant le personnel de la maternité. Au cours de ce staff, l'équipe de garde fait un compte rendu des activités et des évènements qui se sont déroulés les 12 heures passées.

Cette équipe de garde est constituée d'un gynécologue obstétricien, d'une sage-femme, d'une infirmière obstétricienne, d'une matrone ou aide-soignante, d'un étudiant en année de thèse, d'un anesthésiste, d'un manoeuvre et d'un chauffeur.

Les autres activités : consultations gynécologiques, les interventions programmées. Les urgences gynéco- obstétriques bénéficient d'une prise en charge diligente.

Tableau II: Equipement de la maternité

	MATERIELS	NOMBRE
Salle d'accouchement	Table d'accouchement	02
	Stéthoscope obstétrical	02
	Bassin de lit	03
	Sceau d'eau de décontamination	02
	Appareil à tension	01
	Source lumineuse	01
	Poubelle	01
	Pouponnelle	01
	Ventouse	01
	Boîte d'accouchement	04
	Table chauffante pour N-né	01
Bloc opératoire	Boîte de laparotomie	01
	Boîte gynécologique	01
	Boîte de forceps	01
	Boîte de césarienne	02
	Table opératoire	02
	Boîte de sécurité	02
	Autoclave	01
	Bistouri électrique	01
	Pouponnelle	01
	Aspirateur	02
	Générateur d'oxygène	01
	Poubelle	03
	Boîte à blouses et champs	04
	Lampe scialytique	01

2 Méthode

2-1 Type d'étude :

Il s'agissait d'une étude prospective transversale et descriptive allant du 01 Janvier 2015 au 31 Décembre 2015.

2-2 Population d'étude :

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

2-3 Echantillonnage :

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

2-4 Critères d'inclusion :

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

2-5 Critères de non inclusion :

Nous avons exclu de cette étude :

- les patientes ayant accouché par césarienne,
- les patientes ayant accouché par voie basse sans épisiotomie,
- celles ayant accouché dans d'autres services et reçues au csref de Kati pour des soins dans le post partum.

2-6 Support de données et techniques de collecte :

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

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

2-7 Analyse de données :

Les données ont été saisies sur le logiciel Microsoft Word 2013 et analysées sur le logiciel Epi-Info version 7.0.8.3

Le test statistique khi2 de Pearson a été utilisé.

Le seuil significatif a été fixé à $p \leq 0,05$.

2-8 Variables

Plusieurs variables ont été étudiées :

2-8-1 Variables liées à la parturiente (ou à la mère) :

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

2-8-2 Variables liées à la grossesse :

- Terme de la grossesse
- CPN (nombre)
- Hauteur utérine
- Contractions utérines
- Dilatation cervicale
- Poche des eaux
- Liquide amniotique

2-8-3 Variables liées au fœtus (ou au nouveau-né)

- Bruits du cœur fœtal
- Nature de la présentation fœtale
- Hauteur de la présentation
- Nombre de fœtus

- Cotation du score d'Apgar
- Paramètres du nouveau-né
- Lésions traumatiques
- Réanimation
- Référence ou évacuation

2-8-4 Variables liées à l'accouchement

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

2-9 Définitions opératoires

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

- Patiente** : gestante ou parturiente
- Primigeste** : 1 grossesse
- Paucigeste** : 2 à 3 grossesses
- Multigeste** : 4 à 5 grossesses
- Grandes multigeste** : 6 grossesses et plus
- Primipare** : 1 accouchement
- Paucipare** : 2 à 3 accouchements
- Multipare** : 4 à 5 accouchements
- Grande multipare** : 6 accouchements et plus
- **Hypotrophie fœtale** : Nouveau-né ou fœtus à terme mais dont le poids de naissance est inférieur à 2500g.
- **Souffrance fœtale aigue** : La souffrance fœtale est un état pathologique consécutif à des agressions diverses mais qui agissent par le même mécanisme : l'hypoxie, c'est à dire l'insuffisance d'oxygénation au niveau des tissus et des cellules fœtales. Elle est dite aiguë en raison de sa survenue brutale au cours de la grossesse ou du travail et de ses conséquences graves pour le fœtus si on ne le soustrait pas rapidement de cette hypoxie.
- **Macrosomie fœtale** : Nouveau-né ayant un poids supérieur ou égal à 4000g.

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

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

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

- **Episiotomie** :

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

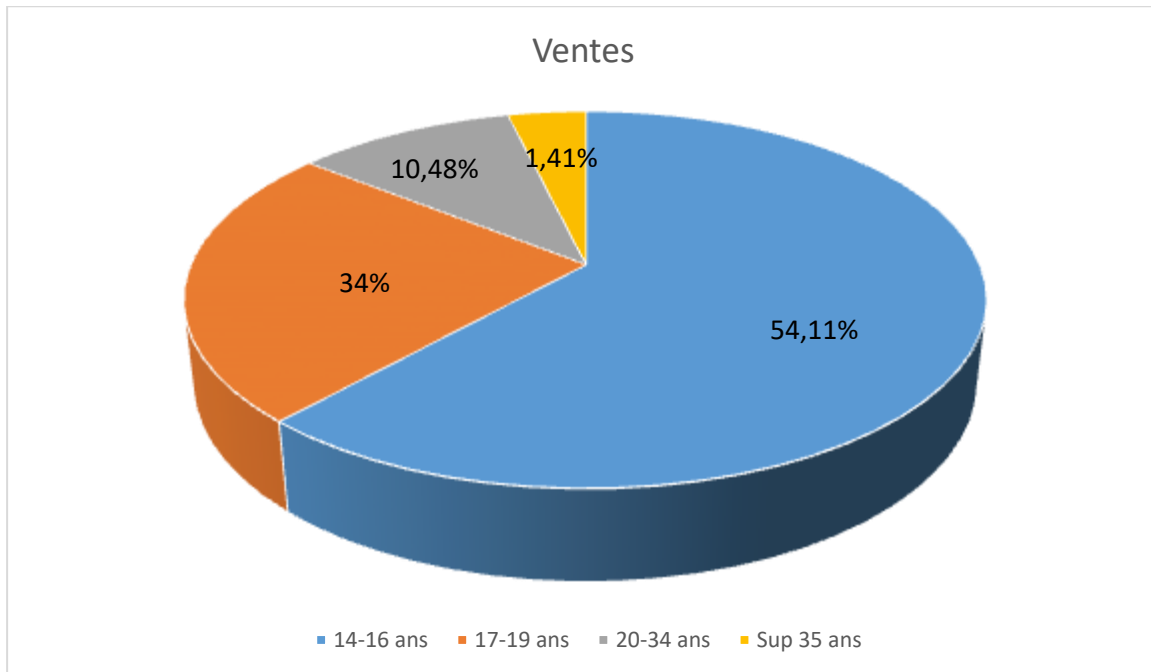
V.RESULTATS

1. Fréquence de l'épisiotomie

Nous avons enregistré 2510 accouchements par voie basse, parmi lesquels 427 épisiotomies ont été réalisées soit une fréquence de 17,01%.

2. Caractéristiques sociodémographiques

a. Tranche d'âge



L'âge moyen de nos parturientes était 19,74 ans avec des extrêmes : 15-40 ans

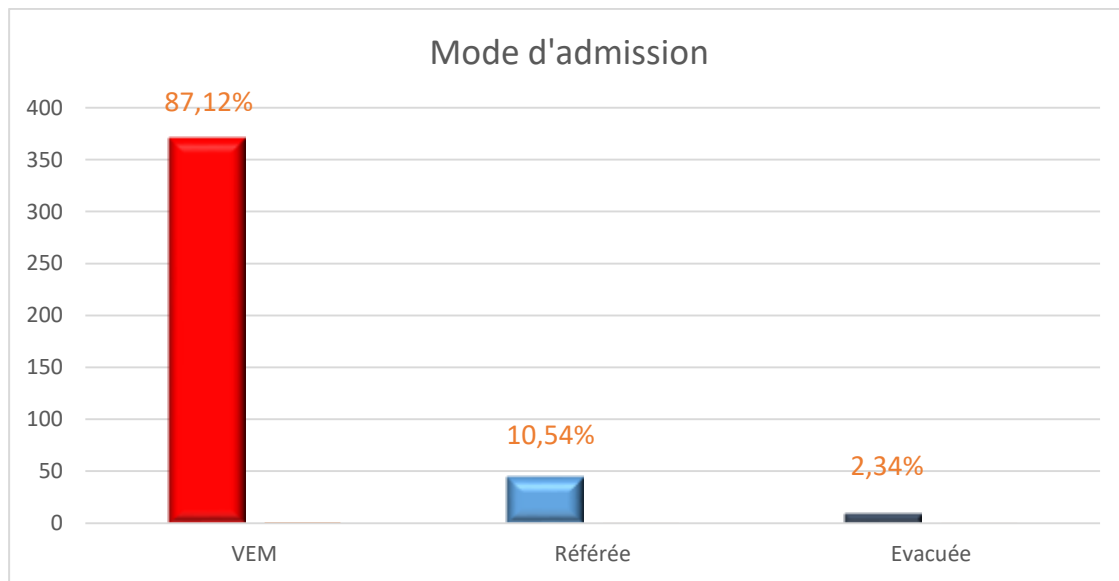
b. Statut matrimonial

Tableau 1

Statut matrimonial	Effectif	Pourcentage
Mariée	363	85,01 %
Célibataire	64	14,99 %
TOTAL	427	100%

La majorité de nos parturientes étaient mariées soit 85,01%

2. Répartition des parturientes selon le mode d'admission



La majorité des parturientes sont venues d'elle-même soit 87.12%

3. Répartition des parturientes selon le motif d'admission

Tableau 2

Motif d'admission	Effectif	Pourcentage
Contractions utérines douloureuses	310	72,60 %
Rupture prématurée de la membrane	45	10,54 %
Manque d'effort expulsif	30	7,03 %
Souffrance fœtale aigue	16	3,75 %
Macrosomie	10	2,34 %
Siege	9	2,11%
Métrorragie	7	1,63 %
TOTAL	427	100 %

La plus part des parturientes ont eu comme motif d'admission des contractions utérines douloureuses soit 72,60%

4. Répartition des parturientes selon la parité**Tableau 3**

Parité	Effectif	Pourcentage
Nullipare	378	88,53%
Primipare	34	7,96 %
Paucipare	8	1,87 %
Multipare	4	0,94%
Grande Multipare	3	0,70 %
TOTAL	427	100 %

88,53% des parturientes dans notre étude étaient des nullipares

Parité moyenne : 2

Les extrêmes : 0-8

5. Répartition des parturientes selon les antécédents**chirurgicaux****Tableau 4**

Antécédents chirurgicaux	Effectif	Pourcentage
Aucun	415	97,19%
Ancienne césarienne	4	0,94 %
Réparation d'une déchirure du périnée 1er degré	5	1,17 %
Réparation d'une déchirure du périnée 2 ^e degré	2	0,47%
Réparation d'une déchirure du périnée 3 ^e degré	1	0,23%
TOTAL	427	100%

La majorité de nos parturientes n'ont aucun antécédent chirurgical soit 97,19%.

6. Répartition des parturientes selon le nombre de CPN

Tableau 5

Nombre de CPN	Effectif	Pourcentage
0	84	19,67 %
1-2	86	20,14 %
3+	257	60,19 %
TOTAL	427	100 %

La plus part de nos parturientes ont été bien suivies avec 60,19%

La CPN moyenne : 3

Les extrêmes : 0-8

7. Répartition des parturientes selon l'Age de la grossesse

Tableau 6

Age de la grossesse	Effectif	Pourcentage
28-33 SA	1	0,23%
34-36SA +06Jours	26	06,09 %
37-42 SA	370	86,65 %
Sup à 42 SA	30	07,03%
TOTAL	427	100%

La majorité des grossesses étaient à terme avec 86,65% des cas

8. Répartition des parturientes selon l'existence de la Mutilation génitale féminine

Tableau 7

Excision	Effectif	Pourcentage
Non	133	31,15 %
Oui	294	68,85 %
TOTAL	427	100 %

La majorité des parturientes étaient excisées soit 68,85%

10. Répartition des parturientes selon la nature de la présentation

Tableau 8

Présentation	Effectif	Pourcentage
Céphalique	420	98,36 %
Siege	7	1,64 %
TOTAL	427	100 %

La présentation céphalique a été la présentation la plus fréquente dans notre étude soit 98,36%

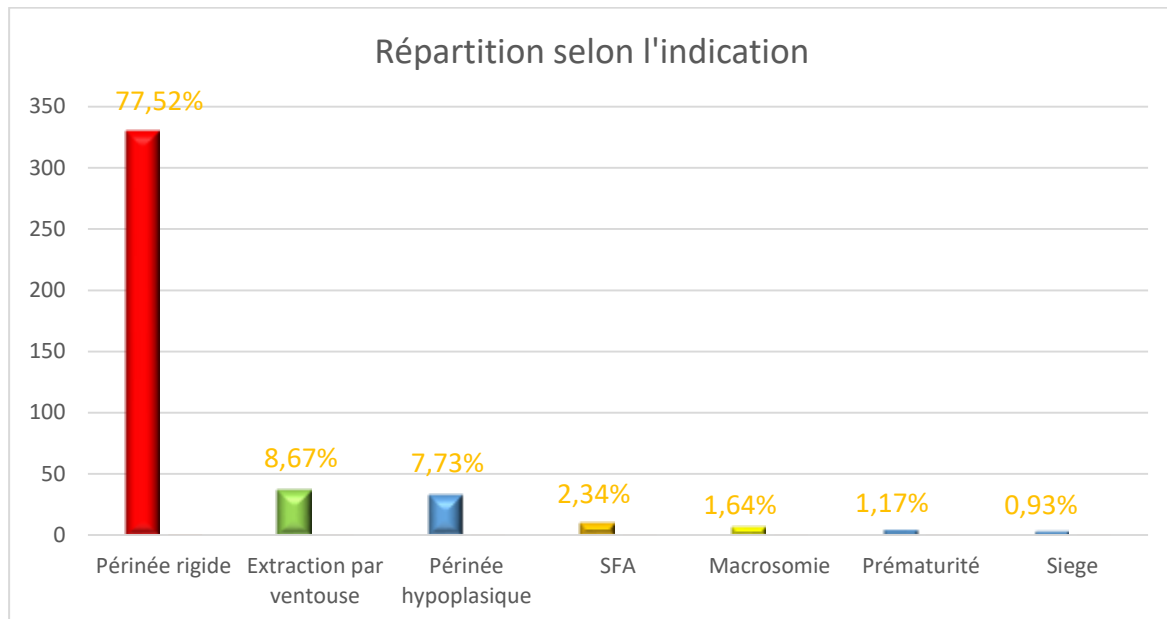
11. Répartition des parturientes selon l'auteur de l'accouchement

Tableau 9

Accoucheur	Effectif	Pourcentage
Etudiants en année de thèse	284	66,51 %
Infirmière- Obstétricienne	55	12,88 %
Sage-femme	50	11,71 %
Gynécologue	38	8,90 %
TOTAL	427	100%

La plus part des parturientes ont été accouché par les internes en année de thèse soit 66,51%

12. Répartition des parturientes selon l'indication de l'épisiotomie



Le périnée rigide a été l'indication la plus élevée parmi nos parturientes soit 77,52%

13. Répartition des parturientes selon l'état du nouveau-né à la naissance

Tableau 10

Etat du nouveau-né	Effectif	Pourcentage
Vivant	415	97,19 %
Mort-né	12	2,81 %
TOTAL	427	100%

La plus part des nouveau-nés étaient vivants soit 97,19%

14. Répartition des nouveau-nés selon Apgar à la naissance

Tableau 11

Apgar à la naissance	Effectif	Pourcentage
0	12	2,81 %
1-3	5	1,17 %
4-7	15	3,51%
8-10	395	92,51%
TOTAL	427	100%

La plus part des nouveau-nés avait un bon Apgar soit 92,51%

Apgar moyen : 8,70 avec des extrêmes : 0-10

15. Répartition des nouveau-nés selon le poids foetal

Tableau 12

POIDS FOETAL	Effectif	Pourcentage
inf. 2500	92	21,55 %
2500-3999	328	76,81 %
sup ou égal 4000	7	1,64 %
TOTAL	427	100 %

La majorité des nouveau-nés avait un poids normal soit 76,81%

16. Répartition des parturientes selon les complications post opératoires immédiates

Tableau 13

Complications post op immédiates	Effectif	Pourcentage
Aucune	343	80,33%
Douleur et œdème périnéal	42	09,84 %
Infections et désunions périnéales	23	05,38 %
Hémorragie	10	02,34 %
Hématomes puerpéraux	9	02,11 %
TOTAL	427	100%

La douleur et l'œdème périnéal ont été la complication la plus fréquente suivie des infections et désunions périnéales soit 09,84%

17. Répartition des parturientes selon les complications post opératoires tardives

Tableau 14

Complications post op tardives	Effectif	Pourcentage
Aucune	410	96,02%
Douleurs périnéales	10	2,34 %
Dyspareunies secondaires	7	01,64 %
TOTAL	427	100%

La douleur périnéale a été la complication post opératoire tardive la plus fréquente avec 2,34%

18. Répartition des parturientes selon l'auteur de la réparation de l'épisiotomie

Tableau 15

L'agent ayant effectué l'épisiotomie	Effectif	Pourcentage
Etudiants en année de thèse	418	97,89 %
Gynécologue	7	1,64 %
Sage-femme	2	0,47 %
TOTAL	427	100%

La plus part des réparations des épisiotomies ont été faites par les Etudiants en année de thèse soit 97,89%

19. Relation entre les indications de l'épisiotomie et la tranche d'âge :

Tableau 16

Indications Age	14-16 ans	17-19 ans	20-34ans	Sup 35 ans	Total	P
Extraction par ventouse	20 (08,06%)	13 (07,93%)	2 (25%)	2 (28,57%)	37	0,02
Macrosomie	0 (0%)	4 (02,44%)	2 (25%)	1 (14,29%)	7	0,00
Périnée hypoplasique	13 (05,24%)	18 (10,97%)	1 (12,5%)	1 (14,29%)	33	0,01
Prématurité	5 (02,02%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	5	0,00
Périnée Rigide	203 (81,85%)	124 (75,61%)	2 (25%)	2 (28,56%)	331	0,03
SFA	5 (02,02%)	4 (02,44%)	0 (0%)	1 (14,29%)	10	0,04
Siège	2 (0,81%)	1 (0,61%)	1 (12,5%)	0 (0%)	4	0,01
Total	248 (100%)	164 (100%)	8 (100%)	7 (100%)	427	

Khi2=74,93

ddl=18

p=0,0000

Il y a une association significative entre l'âge et l'indication de l'épisiotomie.

20. Relation entre l'indication de l'épisiotomie et antécédents chirurgicaux :

Tableau 17

Indications ATCDCHI	Ancienne césarienne	Aucun	Réparation 1 ^{er} degré	Réparatio n 2 ^e degré	Réparatio n 3 ^e degré	Total	P
Extraction par ventouse	0 (0%)	35 (8,43%)	0 (0%)	1 (50%)	1 (100%)	37	0,01
Macrosomi e	0 (0%)	7 (1,69%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	7	0,00
Périnée hypoplasique	2 (50%)	31 (7,47%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	33	0,02
Prématurité	1 (25%)	4 (0,96%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	5	0,04
Périnée rigide	1 (25%)	325 (78,31%)	4 (80%)	1 (50%)	0 (0%)	331	0,02
SFA	0 (0%)	9 (2,17%)	1 (20%)	0 (0%)	0 (0%)	10	0,00
Siège	0 (0%)	4 (0,96%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	4	0,002
Total	4 (100%)	415 (100%)	5 (100%)	2 (100%)	1 (100%)	427	

Khi2=89,86

ddl=24

p=0,0000

Les antécédents de déchirures étaient fortement liés à l'indication de l'épisiotomie.

21. Relation entre l'indication de l'épisiotomie et la parité

Tableau 18

Indications Parité	Nullipare	Primipare	Paucipare	Multipare	Grande Multipare	Total	P
Extraction par ventouse	36 (9,52%)	1 (2,94%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	37	0,03
Macrosomi e	2 (0,53%)	0 (0%)	0 (0%)	3 (75%)	2 (66,67%)	7	0,01
Périnée hypoplasiqu e	0 (0%)	26 (76,47%)	6 (75%)	1 (25%)	0 (0%)	33	0,00
Prématurité	4 (1,06%)	1 (2,94%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	5	0,00
Périnée rigide	327 (86,51%)	4 (11,76%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	331	0,01
SFA	6 (1,59%)	2 (5,88%)	2 (25%)	0 (0%)	0 (0%)	10	0,01
Siège	3 (0,79%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	1 (33,33%)	4	0,04
Total	378 (100%)	34 (100%)	8 (100%)	4 (100%)	3 (100%)	427	

Khi2=591,08

ddl=24

p=0,0000

La parité était fortement liée à l'indication de l'épisiotomie.

22. Relation entre l'indication de l'épisiotomie et l'âge de la grossesse :

Tableau 19

Indications Age de la grossesse	28-33 SA	34- 36SA+6J	37-42SA	Sup 42SA	Total	P
Extraction par ventouse	0 (0%)	0 (0%)	37 (10%)	0 (0%)	37	0,04
Macrosomie	0 (0%)	0 (0%)	3 (0,81%)	4 (13,33%)	7	0,00
Périnée hypoplasiqu e	0 (0%)	18 (69,23%)	0 (0%)	15 (50%)	33	0,00
Prématurité	0 (0%)	5 (19,23%)	0 (0%)	0 (0%)	5	0,00
Périnée rigide	0 (0%)	1 (3,85%)	329 (88,92%)	1 (3,33%)	331	0,04
SFA	1 (100%)	0 (0%)	1 (0,27%)	8 (26,67%)	10	0,00
Siège	0 (0%)	2 (7,69%)	0 (0%)	2 (6,67%)	4	0,01
Total	1 (100%)	26 (100%)	370 (100%)	30 (100%)	427	

Khi2 = 532,17

ddl= 18

p=0,0000

Il y a une association significative entre l'âge de la grossesse et l'indication de l'épisiotomie.

23. Relation entre l'indication de l'épisiotomie et le poids fœtal :

Tableau 20

Indications Poids fœtal	Inf. 2500g	2500-3999g	Sup ou égal 4000g	Total	P
Extraction par ventouse	32 (34,78%)	03 (0,91%)	2 (28,57%)	37	0,03
Macrosomie	3 (3,26%)	1 (0,30%)	3 (42,85%)	7	0,02
Périnée hypoplasique	21 (22,82%)	12 (3,66%)	0 (0%)	33	0,00
Prématurité	3 (3,26%)	2 (0,61%)	0 (0%)	5	0,01
Périnée rigide	31 (33,70%)	299 (91,16%)	1 (14,29%)	331	0,01
SFA	1 (1,09%)	8 (2,44%)	1 (14,29%)	10	0,00
Siège	1 (1,09%)	3 (0,91%)	0 (0%)	4	0,00
Total	92 (100%)	328 (100%)	7 (100%)	427	

Khi2= 254,31

ddl= 12

p=0,0000

Le poids fœtal est fortement lié à l'indication de l'épisiotomie.

24. Relation entre l'épisiotomie et la mutilation génitale féminine

Tableau 21

Excision Episiotomie	Excisée	Non Excisée	TOTAL
Episiotomie+	368(68,02%)	59(3%)	427
Episiotomie-	173(31,98%)	1910(97%)	2083
TOTAL	541(100%)	1969(100%)	2510

Khi 2= 1271,07 ddl= 1 p= 0,0000

Il y a une association significative entre l'épisiotomie et la mutilation génitale féminine dans notre étude.

VI.COMMENTAIRES ET DISCUSSIONS

COMMENTAIRES ET DISCUSSIONS

1 Méthodologie

Notre travail était une étude prospective allant du 1^{er} janvier 2015 au 31 Décembre 2015 dans le service de gynéco-obstétrique du CSRéf de Kati. Le CSRéf de Kati étant situé au 2^e niveau de la pyramide sanitaire de notre pays, reçoit des urgences obstétricales et gynécologiques des différents CSCOM du district sanitaire de Kati et des CSCOM d'autres districts. Pour la collecte des données nous avons obtenu le soutien des collègues, des sages-femmes et des infirmières obstétriciennes qui ont participé à l'enquête.

Comme tout travail, nous avons rencontré un certain nombre de difficultés parmi lesquelles l'insuffisance de remplissage de certains partogrammes. Le manque de ces informations n'a pas eu d'influence sur la qualité de nos résultats parce que les registres de CPN, d'accouchement, d'hospitalisation ont été utilisés pour compléter les informations manquantes.

2 Fréquence

La fréquence de l'épisiotomie n'est pas connue de manière précise et varie fortement en fonction des pays, des régions, des écoles, des caractéristiques sociodémographiques des parturientes et des conditions obstétricales.[21]

Nous avons rapporté 17,01% d'épisiotomie.

L'OMS [22] parle de dérive culturelle quand le taux d'épisiotomie est > à 20% Coulibaly M a trouvé 13,76 % à la suite d'une étude prospective réalisée à l'hôpital Gabriel Touré de 2002 à 2004 [23] et portant sur 4541 accouchements par voie basse.

A l'hôpital du « Point G », Coulibaly B [24] a rapporté 38,32% d'épisiotomie en 1992.

Au Royaume-Uni, Graham Ian D et collaborateurs ont trouvé 13% d'épisiotomie[25].

En Suède, Rockner dans son étude a rapporté un taux de 9,7% entre 1999 et 2000 [25].

3. Aspects sociodémographiques

a. Age

La tranche d'âge 14-19 ans totalise 59,48 % des cas d'épisiotomie au cours de notre étude.

L'âge moyen des accouchées était de 19,74 ans et les âges extrêmes étaient de 14 et 40 ans.

Le groupe le plus dominant dans l'étude de COULIBALY [23] avait un âge compris entre 20 et 35 ans avec 58,56%. Les femmes d'âge inférieur ou égal à 19 ans ont représenté 39,52% dans sa série.

Nos résultats sont comparables à ceux de COULIBALY [23].

HORO [26] au CHU de Yopougon (Abidjan) a rapporté 23,88% dans la tranche d'âge de 17 -36 ans.

b. Admission

Dans notre étude 10,54% des patientes étaient des référées et 2,34% des évacuées.

Les motifs d'évacuation étaient : Manque d'effort expulsif (48,01%), SFA (24,12%), Macrosomie (15,22%) et présentation de siège (12,65%).

Nos taux de références sont largement supérieurs à ceux trouvés par Kayentao [27] au CSRF de commune V qui en 2008 avait trouvé dans sa série 3,90% de référées.

c. Antécédents médicaux

Les antécédents médicaux étaient absents dans 83,84% des cas.

L'anémie a été retrouvée chez 12,65% des patients. L'anémie au cours de la grossesse n'avait par contre pas été recherchée chez toutes les patientes.

L'anémie peut être responsable de diminution de la capacité physique maternelle au cours du travail d'accouchement (insuffisance d'efforts expulsifs) mais aussi de prématurité, de souffrance fœtale. Ces situations parmi tant d'autres peuvent faire pratiquer une épisiotomie et/ou une extraction instrumentale.

Le diabète était noté dans 1,41% des cas. Si on sait que le diabète est un facteur de risque d'obésité, on comprend aisément que l'épisiotomie est d'indication fréquente en cas de macrosomie.

Les cardiopathies ont représenté 1,64% dans notre échantillon. Afin d'éviter des efforts expulsifs pouvant leur être dangereux, une extraction instrumentale a été effectuée associée à une épisiotomie.

d. Antécédents chirurgicaux

Dans notre étude 0,94% des parturientes avaient un antécédent de césarienne et 1,87% avaient un antécédent de périnéorraphie pour déchirure périnéale au cours de l'accouchement mais les degrés de lésions n'avaient pas été spécifiés. Ce type de périnée cicatriciel peut constituer un facteur de risque d'épisiotomie.

e. Parité

Les primipares ont été les plus représentées avec 80,80%.

Coulibaly M dans son étude a rapporté 72,32%. Ce taux peut s'expliquer par la pratique systématique de l'épisiotomie au cours du premier accouchement dans notre service.

f. Consultations prénatales

Dans notre échantillon, 19,67% des parturientes n'avaient fait aucune consultation prénatale. L'Organisation Mondiale de la santé, les PNPrecommandent au moins quatre consultations prénatales au cours de la grossesse.

g. Age de la grossesse

Dans notre étude nous avons enregistré 86,65% des grossesses à terme et 07,03% des grossesses post terme.

Ces taux des grossesses à terme et des grossesses post terme sont inférieurs à ceux de Kayentao A K. en 2008 qui a trouvé respectivement 90,59% et 1,76% [27]. Nous avons eu 09,84% des grossesses non à terme dans notre étude ; ce taux est supérieur à celui de Kayentao A K. qui a trouvé 7,65%. [27]

La date des dernières règles, les résultats échographiques obstétricaux, la hauteur utérine ont été les principaux moyens de mesure.

L'accouchement d'une grossesse non à terme est toujours accompagné d'épisiotomie pour protéger le fœtus déjà fragile.

h. Présentation fœtale

Les présentations fœtales étaient céphaliques dans 98,36% des cas et les présentations du siège ont représenté 1,64%. Nos taux sont superposables à ceux de Coulibaly M qui a rapporté 95,52% de cas de présentation céphalique et 4,48% de présentation de siège. Merger R et al [18] ont trouvé 96% de présentation céphalique et 3,9% de présentation de siège.

i. Auteur de l'accouchement

Les étudiants en année de thèse étaient les principaux auteurs des accouchements avec 66,51 % suivi des infirmières obstétriciennes et des sages-femmes.

j. Type d'épisiotomie

Les épisiotomies effectuées dans le service étaient toutes médio latérales.

L'épisiotomie médio latérale a moins d'inconvénients et plus d'avantages que les épisiotomies latérales et médianes.

Une étude réalisée en 1995 par PEL et Heres aux Pays-Bas a rapporté une fréquence globale d'épisiotomie à 24,5% dont 23,3% médio latérales et 1,2% médianes [28].

Cependant, bien que démontré par Antony et al en 1990 [1] 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 [1], à partir des résultats cumulés de la survenue de lésions périnéales a montré un taux de lésions de 6,5% parmi 49395 patientes ayant bénéficié d'une épisiotomie médiane versus 1,4% chez 38961 patientes ayant accouché sans épisiotomie.

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

k. Indications

Périnée rigide

Elle a constitué l'indication majeure avec 72,59% des cas. Ce taux s'expliquerait par la pratique systématique de l'épisiotomie chez les primipares dans le service. Coulibaly M [23] a noté 72,32% et Bakayoko N [20] a rapporté 58,1%.

Les auteurs anglo-saxons recommandent l'épisiotomie pour la quasi-totalité des accouchements de primipares ; ce qui paraît excessif selon de nombreux auteurs français qui arguent de la possibilité de périnées souples chez certaines primipares [29].

Au Pérou et à l'Équateur en Amérique du sud entre 1995 et 1998, 95% des primipares ont bénéficié d'une épisiotomie au cours de l'accouchement. En France en 1998, elle était de 71% [30].

Au Nigeria, la fréquence de l'épisiotomie chez les primipares était de 90% en 1997. En Ethiopie, elle était de 25% entre 1998 et 2001 [30].

Extractions par ventouse

L'épisiotomie a été effectuée dans la majorité des cas d'extraction par ventouse. Les insuffisances d'efforts expulsifs, les cas de souffrance fœtale aiguë et de crise d'éclampsie ont été les principales indications.

La ventouse a été utilisée dans 12,65% des cas. Coulibaly M a rapporté 8,80% d'extraction par ventouse[23].

Cependant, beaucoup d'auteurs pensent que l'extraction par ventouse nécessite moins d'épisiotomies et expose moins aux lésions périnéales sévères que celle par forceps [30].

Périnée hypoplasique

Cette indication a représenté 7,96 %.

Il a été démontré par de nombreux auteurs [28] 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 [31], une distance ano-pubienne inférieure à 4 cm est une indication de césarienne prophylactique.

Souffrance fœtale aigue

Elle a représenté 3,75%. Il s'agissait de cas de souffrance fœtale au cours de l'expulsion d'où la nécessité de hâter la sortie du fœtus.

Coulibaly M [23] dans son étude a rapporté 3,04%.

Accouchement de siège

L'épisiotomie a été effectuée au cours de l'accouchement de siège avec 1,17%.

Ce taux est inférieur à celui de Coulibaly M (4,48%).

La pratique systématique de l'épisiotomie en cas d'accouchement de siège a été notée par de nombreux auteurs [32].

Macrosomie

Ce facteur a représenté 0,94% des cas. Coulibaly M a trouvé 1,70%.

Un grand volume de la tête fœtale expose à des déchirures qui sont de plus aggravées par le passage des épaules si le diamètre bi-acromial est trop important [28].

Prématurité : Cette indication a représenté 0,94% des cas. La pratique de l'épisiotomie en cas de prématurité a un bénéfice maternel et fœtal.

Elle permet d'une part d'éviter la déchirure périnéale par distension brutale due à une présentation souvent mal fléchie dont les diamètres sont augmentés ; et d'autre part de réduire le traumatisme d'un prématuré plus ou moins fragile [18].

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

l. Etat du nouveau-né

97,19% des nouveau-nés étaient vivants par contre 2,81 % étaient des mort-nés.

m. Complications de l'épisiotomie

Nous avons enregistré **5,38%** des cas d'infection et désunion de la suture dans notre étude.

Horo[25] a rapporté 5% d'infection.

Monnier [33] a rapporté 1,3% d'infection.

Nous avons enregistré **9,84%** des cas de douleur et œdème périnéal dans notre étude.

Nous avons enregistré **2,11%** des hématomes puerpéraux.

Nous avons enregistré 2,34% de douleurs périnéales tardives et 1,64% de dyspareunie secondaire.

Aissata Dougoule a eu 2,3% de cas de dyspareunie en 2010.

Nous avons enregistré 97 % des parturientes non excisées qui n'ont pas bénéficié d'épisiotomie dans notre étude.

VII.CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

CONCLUSION :

L'étude prospective que nous avons réalisée a porté sur l'épisiotomie à la maternité du centre de santé de référence de Kati du 1er janvier 2015 au 31 décembre 2015.

La fréquence de l'épisiotomie a été de 14,44 %, l'âge moyen des accouchées était de 19,74 ans et la déchirure imminente était l'indication prédominante.

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

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

RECOMMANDATIONS

Aux autorités sanitaires et politiques :

- Renforcer la formation des agents de santé sur les effets néfastes de la pratique de l'excision.
- Approfondir les enseignements portant sur l'épisiotomie dans les écoles et instituts de formation sanitaires.
- Elargir les études sur l'épisiotomie et particulièrement des études cas- témoins.
- Former le personnel en technique de communication pour changement de comportement (CCC) ;

Aux populations :

- Fréquenter les établissements de santé maternelle et infantile les plus proches ;
- Éviter les mutilations génitales féminines.
- Adhérer aux principes de la CPN recentrée.

Au personnel de sante :

- 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.
- Remplir correctement les dossiers.

VIII.REFERENCES

1-Claude D. L'épisiotomie protège-t-elle le périnée ? Archives

0212092.asp.2000, 6p.

<http://www.jpgtarbes.com/detail/archives/02120902.asp>

Consulté le 17/09/2007.

2. Frankman E.A, Wang L, Bunker C.H, Lowder J.L .Episiotomy in the United States :has anything changed ? Am J obstetGynecol 2009 ;200 : 573. Et - 7.

3. Mangin M, Ramanah R, Azanar Z, Courtois L, Collin A, CosserS,etal.Données 2007 de l'extraction instrumentale en France : résultats d'une enquête nationale auprès de l'ensemble des centres hospitalouniversales J .GynecolObstetBiolReprod 2010 ; 39 :121-32.

4.Dodek.S.M; systematic use of muscle relaxant of virtual elimination of rectal involuntarily with episiotomy. Am.j. obst.gynecol; 1963; 87; 272; 275

5. Carroli G, MigniniL.Episiotomy for vaginal birth Cochrane Database Syst Rev 2009 ; 1 :CD 000081.

6. Reithmuller D, Courtois L, Maillet R .Pratique libérale versus restrictive de l'épisiotomie : existe-t-il des indications obstétricales de l'épisiotomie ? JGynecolObstetReprod 2006 ; 35.1s32-9.

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

8.Merger R, Levy J, Melchior J. Précis d'Obstétrique Paris, 6ème édition, Masson 1995, 597p.

9.Renglewicz J.M. Déchirures périnéales et épisiotomie.

ASINCOPROB du Haut-Rhin, 14p.

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

Consulté le 17/09/2007.

10.Bourrillon A et coll. Pédiatrie : Connaissances et Pratique.

Paris, 2ème Edition, Masson, 2002, 652p.

- 11.Parant O, Reme J.M, Monrozies X.** Déchirures obstétricales récentes du périnée et épisiotomie. EncyclMédChir (Elsevier, Paris), Obstétrique, 1999, 9p.
- 12.Sadoul G.** Traumatismes des voies génitales basses et du périnée consécutifs à l'accouchement.
EncyclMédChir (Paris, France), 1986, 5p.
- 13.Lansac J, Body G.** Pratique de l'accouchement. Paris, 2ème édition, SIMEP, 1992, 349p.
- 14.Verspyck.E , Sentilhes L, Roman H , Sergent F , Marpeau L ,** Techniques chirurgicales de l'épisiotomie J. GynecolobstetBiol . Reprod2006 ; 35 :1S40-51
- 15.Labrecque M , Baillergeon L , Dallaire M , Tremblay A , Pinault J.J , Gingras S :** Association between median episiotomy and severe perineal lacerations in primiparous women. Can Med Assoc J 1997 ; 156 :797-802.
- 16.Berthet**Déchirures et incisions des déchirures génitales basses.
In : Mécanique et techniques obstétricales.
Montpellier : SaurampsMedical ; 2007. P.617-26
- 17.Parant O, Reme J.M, Monrozies X.** Episiotomie. EncyclMédChir (Editions scientifiques et Médicales Elsevier SAS, Paris), Techniques chirurgicales-Gynécologie, 2000,6p.
- 18.Merger R, Levy J, Melchior J.** Précis d'Obstétrique Paris, 6^{ème} édition, Masson 1995, 597p.
- 19.Lansac J, Body G.** Pratique de l'accouchement. Paris, 2ème édition, SIMEP, 1992, 349p.
- 20.Bagayoko N.** Pronostic materno-foetal des grossesses non suivies à propos d'une étude cas-témoins dans le service de Gynécologie Obstétrique de l'hôpital Gabriel Touré. Thèse Méd, Bamako (Mali), 2004, N°39.
- 21.<http://www.gyneweb.fr/Sources/gdpublic/postpartum/episio.htm>**
Les suites de l'épisiotomie.10p.Guide de l'après accouchement.
Dernière mise à jour le 30septembre, 2004.Consulté le 17/09/2007.

21. EMC Techniques chirurgicales-Gynécologie

22.OMS. Déchirure du périnée et épisiotomie in Soins pendant le deuxième stade du travail. Document PDF, 5p.

<http://www.who.int/reproductive-health/publications/French>

Consulté le 21/06/2007.

23.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.

24.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.

25.Rockner G, Jonasson A. Changed pattern in the use of episiotomy in Sweden. Br J ObstetGynaecol, 1999, 101p.

26. Horo G.A, Kane. Touré F, Ecra M, Fanny k, sen M-Koné.

Evaluation de la technique de suture <<un fil un noeud>> au CHU de yopougon

27. Kayentao A.K.

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

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

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

EncyclMédChir (Paris, France), 1986, 5p.

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

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

Consulté le 21/6/2007.

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

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

Consulté le 21/06/2007.

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

32.DeTourris H, Magnin G, Pierre F. Gynécologie et Obstétrique Paris, 7ème édition, Masson, 2000, 444p.

33.Monnier J.C ., Lechevin P., Lanciaux B., et Coll.

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

ANNEXES

ANNEXES

FICHE D'ENQUETE

N Dossier: / / / / / N Fiche: / / / / /

Date d'entrée: / / / / / Heure: / /

I-Identité de la patiente

Q1 : Prénom: / /

Q2 : Nom: / /

Q3 : Age: / / 1= inf ou égal à 19 ans, 2 = 20-34 ans, 3 = sup ou égal à 35 ans

Q4 : Statut matrimonial : / / 1= Mariée ; 2= Célibataire.

Q5 : Profession : / / 1= Ménagère, 2= Elève/Etudiante, 3= Fonctionnaire, 4= Commerçante, 5= Autres à préciser.

Q6 : Résidence : / / 1= Ville de Kati ; 2= Zones rurales de Kati ; 3= Bamako

Q7 : Niveau d'instruction : / / 1= Analphabète, 2= Primaire, 3= Secondaire, 4= Supérieur, 5= Autres à préciser

II- Antécédents

1. Médicaux

Q8 : Diabète : / / 1= oui ; 2= non, Q9 : Drépanocytose : / / 1= oui, 2= non

Q10 : HTA : / / 1= oui, 2= non, Q11 : Asthme : / / 1=oui, 2= non

Q12 : Autres à préciser

2. Chirurgicaux

Q13 : Césarienne : / / 1= oui, 2= non ; Q14 : Réparation d'une déchirure périnéale : / / 1= oui, 2= non

3. Obstétricaux

Q15 : Gestité : / / 1= primigeste, 2= paucigeste, 3= multigeste, 4= grande multigeste ; Q16 : Parité: / / 1= primipare, 2= paucipare, 3= multipare, 4= grande multipare ; Q17 : Avortement : / / 1= oui, 2= non

Q18 : Mort-né : / / 1= oui, 2= non ; Q19 : Intervalle inter génésique : /

III-Suivi de la grossesseCPN :

Q20 : CPN : / / 1= oui ; 2= non ; Q21 : Auteur de CPN : / / 1= Médecin-gynécologue, 2= Médecin généraliste, 3= Sage-femme, 4= IO, 5= Matrone

Q21 : Nombre de CPN : / / 1= CPN 0 ; 2=CPN 1-4 ; 3= CPN 4+

Q22 : Lieu de CPN : / / 1= Hôpital ; 2= Csref ; 3= CSCOM ; 4=

Clinique/cabinet privé ; 5= Domicile Q23 : Césarienne programmée : / / 1= oui ; 2= non

Age de la grossesse / / 1=Avant terme, 2=A terme, 3=Post terme

IV-Admission Q24 : Mode d'admission : / / 1= VEM ; 2= Référée ; 3= Evacuée

Q25 : Moyens de transport/ / 1= Ambulance ; 2= Véhicule personnel ; 3= Transport en commun ; 4= Autres à préciser

Motif d'admission

Q26 : CUD : / / 1= oui ; 2= non ; Q27 : Manque d'effort expulsif : / / 1= oui ; 2= non ; Q28 : Ancienne césarienne : / / 1= oui ; 2= non ; Q29 : HU excessive : / / 1= oui ; 2= non ; Q30 : Crises d'éclampsie:/ / 1= oui ; 2= non ; Q31 : Dilatation stationnaire : / / 1= oui ; 2= non ; Q32 : Métrorragies/grossesse:/ / 1= oui ; 2= non ; Q33 : Autres à préciser.

Phase du travail d'accouchement

Q34 : Phase de latence:/ / 1= oui ; 2= non ; Q35 : Phase active : / / 1= oui ; 2= non ; Q36 : Phase expulsive : / / 1= oui ; 2= non ; Q37 : Poche des eaux : / / 1= Intacte ; 2= Rompue ; Q38 : Si rompue état : / / 1= clair ; 2= méconial ; 3= hématique ; 4= Autres à préciser.

Excision :

Q39 : Excision:/ / 1 : oui ; 2 : non

Q40 : Si oui type : / / 1 :type 1 ;2 :type 2 ; 3 :type 3

V-Nature de la présentation

Q41 : Céphalique : / / 1= oui ; 2= non ; Q42 : si céphalique / / 1= sommet ; 2= Face ; 3= Bregma ; Q43 : Sièges : / / 1= oui ; 2= non ; Q44 : si siège / / 1= siège complet ; 2= siège décomplété.

VI-Accouchement A. Phase expulsive Q45 : Durée de la phase expulsive / / 1= inf à 45mn ; 2= sup à 45mn ; Q44 : Accoucheur / / 1= Gynécologue ; 2= Sage-femme ; 3= Interne ; 4= IO ; 5= Autres à préciser

Q46 : Expulsion / / 1= spontané ; 2= Instrumental ; Q47 : si 2 / / 1= ventouse ; 2= forceps ; 3= spatule

Q48 : Indications de l'épisiotomie / / 1= Primiparité ; 2= Périnée hypoplasique ; 3= Pré maturité ; 4= Extraction par ventouse ; 5= Macrosomie ; 6= Siège ; 7= SFA ; 8= Autres à préciser.

VII-Nouveau-né

Q49 : Nombre / / ; Q50 : Sexe / / 1= Masculin ; 2= Féminin

Q51 : Poids j1 / / ; j2 / /

Q52 : Apgar : 1ere mn j1 / / ; j2 / / ; 5eme mn j1 / / ; j2 / /

Q53 : Mort-né frais / / 1= oui ; 2= non ; Q54 : Mort-né macéré / / 1= oui ; 2= non

VIII-Prise en charge du Nouveau-né

Q55 : Réanimé / / 1= oui ; 2= non ; Q56 : Evacué en Néonatalogie / / 1= oui ; 2= non ; Q57 : Autres à préciser.

IX-Episiographie

Q58 : Type d'anesthésie / / 1= AL ; 2= AG

Q59 Type d'épisiotomie / / 1= Medio latérale, 2= Médiane, 3= Latérale

Q60 : L'agent ayant effectué l'épisiographie / / 1= Interne ; 2= Gynécologue ; 3= Sage-femme ; 4= Autres à préciser.

X-Complications de l'épisiotomie

Q61 : Complications précoces : / / 1= oui 2= non

Q62 : si 1 / / 1= hématomes puerpéraux ; 2= dx et œdème périnéal ; 3= infections et désunions périnéales ; 4= Hémorragie.

Q63 : Complications tardives / / 1= oui ; 2= non

Q64 : si 1 / / 1= Douleurs périnéales ; 2= Dyspareunies secondaires. /.

FICHE SIGNALETIQUE

Nom : CISSE

Prénoms : Ahmadou Hamadoun

**Titre : Episiotomie au Centre de Sante de Référence Major Moussa
DIAKITE de Kati.**

Année universitaire : 2016-2017

Ville de soutenance : Bamako

Pays : Mali

**Lieu de dépôt : Bibliothèque de la FMOS de l'Université des Sciences, des
Techniques et des Technologies de Bamako.**

E-mail : cisseahmadouhamadoun@gmail.com

Secteur d'intérêt : Obstétrique

Résumé de la thèse :

Notre étude s'est déroulée au Centre de Santé de Référence de Kati.

Il s'agissait d'une étude prospective transversale et descriptive allant du 01 Janvier 2015 au 31 Décembre 2015.

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

Nous avons enregistré 2957 accouchements par voix basse, parmi lesquels 427 épisiotomies ont été réalisées soit une fréquence de 14,44%.

La fréquence totale de l'épisiotomie pendant la période d'étude a été de 14,44%.

La tranche d'âge 14-19 ans totalise 59,48 % des cas d'épisiotomie au cours de notre étude.

L'âge moyen des accouchées était de 19,74 ans et les âges extrêmes étaient de 14 et 40 ans.

Dans notre étude 10,54% des patientes étaient des référées et 2,34% des évacuées.

Les motifs d'évacuation étaient : Manque d'effort expulsif (48,01%),

Le périnée rigide a été l'indication majeure avec 72,59% des cas.

Nous avons enregistré 5,38% des cas d'infection et désunion de la suture dans notre étude.

Nous avons enregistré 9,84% des cas de douleur et œdème périnéal dans notre étude.

Nous avons enregistré 2,11% des hématomes puerpéraux.

Nous avons enregistré 2,34% de douleurs périnéales tardives et 1,64% de dyspareunie secondaire.

En conclusion, Une épisiotomie a des indications et une technique de réparation bien réfléchies a en effet une place importante dans leur prévention.

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 race, de parti ou de classe 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 condisciples si j'y manque.

Je le Jure !