

ANDRINJAKA Ravaka Fanantenana

**PRISE EN CHARGE DES DECHIRURES PERINEALES AU CENTRE
HOSPITALIER DE DISTRICT NIVEAU II D'ITAOSY EN 2008**

Thèse de Doctorat en Médecine

UNIVERSITE D'ANTANANARIVO
FACULTE DE MEDECINE

ANNEE 2011

N°8208

PRISE EN CHARGE DES DECHIRURES PERINEALES
AU CENTRE HOSPITALIER DE DISTRICT NIVEAU II ITAOSY EN 2008

THESE

Présentée et soutenue publiquement le 09 Septembre 2011
à Antananarivo

par

Monsieur ANDRINJAKA Ravaka Fanantenana
Né le 02Janvier 1982 à Itaosy

Pour obtenir le grade de
« **DOCTEUR EN MEDECINE** »
(Diplôme d'Etat)

MEMBRES DU JURY

Président : **Professeur RATSIMBAZAFIMAHEFA RAHANTALALAO**
Henriette

Juges : **Professeur RANDRIANARIMANANA Vahiniarison**
Dieudonné

Professeur SAMISON Luc Hervé

Rapporteur : **Docteur RANDRIANARISON Louis Pascal**



MINISTÈRE DE L'ENSEIGNEMENT SUPÉRIEUR
ET DE LA RECHERCHE SCIENTIFIQUE

UNIVERSITÉ D'ANTANANARIVO

FACULTE DE MÉDECINE

Fax : 22 277 04 - BP. 375 Antananarivo
E-mail : facultedemedecine_antananarivo@yahoo.fr

I. CONSEIL DE DIRECTION

A. DOYEN

M. RAPELANORO RABENJA Fahafahantsoa

B. CHARGE DE MISSION

M. RAJAONARIVELO Paul

C. VICE-DOYENS

- Appui à la Pédagogie et Recherche

M. RAKOTOMANGA Jean de Dieu Marie

- Relations Internationales

M. SAMISON Luc Hervé

- Sclolarité

* 1^{er} et 2nd cycles

M. RAMANAMPAMONJY Rado Manitra

* 3^{ème} Cycle court :

. stage interné, examen de clinique et thèses

M. RANDRIAMAROTIA Harilalaina Willy Franck

M. RANDRIANJAFISAMINDRAKOTROKA
Nantenaina Soa

- TéléEnseignement, Communication, LMD,
Ecole Doctorale et Formation Continue

M. RAKOTO RATSIMBA Hery Nirina

- Troisième Cycle Long :

. Agrégation, Clinicat, Internat Qualifiant

M. SAMISON Luc Hervé

. Diplôme Universitaire, Diplôme InterUniversitaire

Mme. ROBINSON Annick Lalaina

D. SECRETAIRE PRINCIPAL

- Responsable de l'Administration, Finances et
Sécurité au travail

Mme. RASOARIMANALINARIVO Sahondra H.

II. CONSEIL D'ETABLISSEMENT

PRESIDENT

Mme. RAVELOMANANA RAZAFIARIVAO
Noëline

III. CHEFS DE DEPARTEMENT

- Biologie

Pr. RAKOTO ALSON Aimée Olivat

- Chirurgie

Pr. RAVALISOA Marie Lydia Agnès

- Médecine

Pr. RANDRIA Mamy Jean de Dieu

- Mère et Enfant

Pr. RAOBIJAONA Solofoniaina Honoré

- Pharmacie

Pr. RANDRIANJAFISAMINDRAKOTROKA
Nantenaina Soa

- Santé Publique

Pr. RAKOTOMANGA Jean de Dieu Marie

- Sciences Fondamentales et Mixtes

Pr. AHMAD Ahmad

- Tête et cou

Pr. ANDRIAMAMONJY Clément

- Vétérinaire

Pr. RATSIMBAZAFIMAHEFA RAHANTALALAO
Henriette

IV. CONSEIL SCIENTIFIQUE

PRESIDENT

M. RAPELANORO RABENJA Fahafahantsoa

V. COLLEGE DES ENSEIGNANTS

A. PRESIDENT

Pr. RANDRIANJAFISAMINDRAKOTROKA
Nantenaina Soa

B- ENSEIGNANTS PERMANENTS

B. 1. PROFESSEURS TITULAIRES D'ENSEIGNEMENT SUPERIEUR ET DE RECHERCHE

DEPARTEMENT BIOLOGIE

- Immunologie Pr. RASAMINDRAKOTROKA Andry

DEPARTEMENT MEDECINE ET SPECIALITES MEDICALES

- Dermatologie Pr. RAPELANORO RABENJA Fahafahantsoa
- Endocrinologie et métabolisme Pr. RAMAHANDRIDONA Georges
- Néphrologie Pr. RAJAONARIVELO Paul
Pr. RABENANTOANDRO Rakotomanantsoa
- Neurologie Pr. TEHINDRAZANARIVELO Djacoba Alain
- Pneumologie-Phtisiologie Pr. ANDRIANARISOA Ange

DEPARTEMENT MERE ET ENFANT

- Pédiatrie néonatale Pr. RANDRIANASOLO Olivier
- Pédiatrie Pr. RAVELOMANANA RAZAFIARIVAO Noëline

DEPARTEMENT SANTE PUBLIQUE

- Administration et Gestion Sanitaire Pr. RATSIMBAZAFIMAHEFA RAHANTALALAO
Henriette
- Education pour la Santé Pr. ANDRIAMANALINA Nirina Razafindrakoto
- Santé Communautaire Pr. RANDRIANARIMANANA Dieudonné
- Santé Familiale Pr. RANJALAHY RASOLOFOMANANA Justin
- Statistiques et Epidémiologie Pr. RAKOTOMANGA Jean de Dieu Marie

DEPARTEMENT SCIENCES FONDAMENTALES ET MIXTES

- Anatomie Pathologique Pr. RANDRIANJAFISAMINDRAKOTROKA
Nantenaina Soa
- Anesthésie-Réanimation Pr. RANDRIAMIARANA Mialimanana Joël

DEPARTEMENT TETE ET COU

- Ophtalmologie Pr. ANDRIANTSOA RASOAVELONORO
Violette
Pr. BERNARDIN Prisca
- Stomatologie Pr. RAKOTOVAO Joseph Dieudonné

B.2. PROFESSEURS D'ENSEIGNEMENT SUPERIEUR ET DE RECHERCHE

DEPARTEMENT BIOLOGIE

- Biochimie Pr. RANAIVO HARISOA Lala
- Hématologie Biologique Pr. RAKOTO ALSON Aimée Olivat
- Parasitologie Pr. RAZANAKOLONA Lala Rasoamialy Soa

DEPARTEMENT CHIRURGIE

- Chirurgie Cardio-Vasculaire Pr. RAVALISOA Marie Lydia Agnès
- Chirurgie Générale Pr. RAKOTO - RATSIMBA Hery Nirina
- Chirurgie Pédiatrique Pr. ANDRIAMANARIVO Mamy Latatiana
- Chirurgie Thoracique Pr. RAKOTOVAO Hanitrana Jean Louis
- Chirurgie Viscérale Pr. SAMISON Luc Hervé
Pr. RAKOTOARIJAONA Armand
- Orthopédie Traumatologie Pr. RAZAFIMAHANDRY Henri Jean Claude
Pr. SOLOFOMALALA Gaëtan Duval
- Urologie Andrologie Pr. RANTOMALALA Harinirina Yoël Honora

DEPARTEMENT MEDECINE ET SPECIALITES MEDICALES

- Cardiologie Pr. RABEARIVONY Nirina
- Hépatogastro-entérologie Pr. RAMANAMPAMONJY Rado Manitrana
- Maladies Infectieuses Pr. RANDRIA Mamy Jean de Dieu
- Néphrologie Pr. RANDRIAMAROTIA Harilalaina Willy Franck
- Psychiatrie Pr. RAHARIVELO Adeline
Pr. RAJAONARISON Bertille Hortense
- Radiothérapie-Oncologie Médicale Pr. RAFARAMINO RAZAKANDRAINA Florine

DEPARTEMENT MERE ET ENFANT

- Gynécologie Obstétrique Pr. ANDRIANAMPANALINARIVO HERY Rakotovao
- Pédiatrie Pr. RAOBIJAONA Solofoniaina Honoré
Pr. ROBINSON Annick Lalaina

DEPARTEMENT SANTE PUBLIQUE

- Nutrition et Alimentation Pr. ANDRIANASOLO Roger

DEPARTEMENT SCIENCES FONDAMENTALES ET MIXTES

- Radiodiagnostic et Imagerie Médicale Pr. AHMAD Ahmad
- Physiologie Pr. RAKOTOAMBININA Andriamahery Benjamin

DEPARTEMENT TETE ET COU

- Neuro-chirurgie Pr. ANDRIAMAMONJY Clément
Pr. RABARIJAONA Mamiarisoa
- Stomatologie et Chirurgie Maxillo-Faciale Pr. RAZAFINDRABE John Alberto Bam

DEPARTEMENT VETERINAIRE

- Pharmacologie Pr. RAFATRO Herintsoa

B.3. MAITRES DE CONFERENCES

DEPARTEMENT MERE ET ENFANT

- Obstétrique

Dr. RAZAKAMANIRAKA Joseph

DEPARTEMENT SANTE PUBLIQUE

- Santé Publique

Dr. RANDRIAMANJAKA Jean Rémi

DEPARTEMENT VETERINAIRE

- Bactériologie, Virologie, Maladies Infectieuses
- Sciences Ecologiques, Vétérinaires Agronomiques
et Bioingenieries

Dr. RAJAONARISON Jean Joseph
Dr. RAHARISON Fidiniaina Sahondra

DEPARTEMENT PHARMACIE

- Pharmacologie Générale
- Pharmacognosie
- Biochimie Toxicologie
- Chimie Organique et Analytique

Dr. RAMANITRAHASIMBOLA David
Dr. RAOELISON Emmanuel Guy
Dr. RAJEMIARIMOELISOA Clara
Dr. RAKOTONDRAMANANA Andriamahavola
Dina Louisino

DEPARTEMENT SCIENCES FONDAMENTALES ET MIXTES

- Biophysique

Dr. RASATA Ravelo Andriamparany

B. 4. ASSISTANTS

DEPARTEMENT VETERINAIRE

- Virologie
- Technologie

Dr. KOKO
Dr. RAHARIMALALA Edwige Marie Julie

DEPARTEMENT PHARMACIE

- Procédés de Production, Contrôle et Qualité
des Produits de Santé

Dr. RAVELOJAONA RATSIMBAZAFIMAHEFA
Hanitra Myriam

ENSEIGNANTS NON PERMANENTS

C. 1. PROFESSEURS EMERITES

Pr. ANDRIAMBAO Damasy

Pr. ANDRIANANDRASANA Arthur

Pr. ANDRIANJATOVO Joseph

Pr. AUBRY Pierre

Pr. FIDISON Augustin

Pr. GIZY Ratiambahoaka Daniel

Pr. KAPISY Jules Flaubert

Pr. RABARIOELINA Lala

Pr. RABENANTOANDRO Casimir

Pr. RABETALIANA Désiré

Pr. RADESA François de Sales

Pr. RAHARIJAONA Vincent Marie

Pr. RAJAONA Hyacinthe

Pr. RAKOTOMANGA Robert

Pr. RAKOTOMANGA Samuel

Pr. RAKOTO-RATSIMAMANGA S. U

Pr. RAKOTOZAFY Georges

Pr. RAMAKAVELO Maurice Philippe

Pr. RAMONJA Jean Marie

Pr. RANDRIAMAMPANDRY

Pr. RANDRIAMBOLOLONA Aimée

Pr. RANDRIARIMANGA Ratsiatery Honoré Blaise

Pr. RASOLOFONDRAIBE Aimé

Pr. RATOVO Fortunat

Pr. RATSIVALAKA Razafy

Pr. RAZANAMPARANY Marcel

Pr. ZAFY Albert

C.2. CHARGE D'ENSEIGNEMENT

DEPARTEMENT CHIRURGIE

- Chirurgie Générale

Pr. RAVELOSON Jean Roger

DEPARTEMENT MEDECINE ET SPECIALITES MEDICALES

- Cardiologie

Pr. RAKOTOARIMANANA Solofonirina

DEPARTEMENT TETE ET COU

- ORL et Chirurgie Cervico-Faciale

Pr. RAKOTO Fanomezantsoa Andriamparany

VI. SERVICES ADMINISTRATIFS

SECRETAIRE PRINCIPAL

Mme. RASOARIMANALINARIVO Sahondra H.

CHEFS DE SERVICES

LABORATOIRE D'APPUI A LA RECHERCHE
ET TECHNOLOGIE DE L'INFORMATION
ET DE LA COMMUNICATION (LARTIC)

M. RAZAFINDRAKOTO Willy Robin

RESSOURCES HUMAINES

Mme. RAKOTOARIVELO Harimalala F.

SCOLARITE

Mme. SOLOFOSAONA R. Sahondranirina

TROISIEME CYCLE LONG

Mme. RANIRISOA Voahangy

VII. IN MEMORIAM

Pr. RAMAHANDRIARIVELO Johnson
Pr. RAJAONERA Frédéric
Pr. ANDRIAMASOMANANA Veloson
Pr. RAKOTOSON Lucette
Pr. ANDRIANJATOVO RARISOA Jeannette
Dr. RAMAROKOTO Razafindramboa
Pr. RAKOTOBÉ Alfred
Pr. ANDRIAMIANDRA Aristide
Dr. RAKOTONANAHARY
Pr. ANDRIANTSEHENO Raphaël
Pr. RANDRIAMBOLOLONA Robin
Pr. RAMANANIRINA Clarisse
Pr. RALANTOARITSIMBA Zhouder
Pr. RANIVOALISON Denys
Pr. RAKOTOVAO Rivo Andriamiadana
Pr. RAVELOJAONA Hubert
Pr. ANDRIAMAMPIHANTONA Emmanuel
Pr. RANDRIANONIMANDIMBY Jérôme
Pr. RAKOTONIAINA Patrice

Pr. RAKOTO-RATSIMAMANGA Albert
Pr. RANDRIANARISOLO Raymond
Dr. RABEDASY Henri
Pr. MAHAZOASY Ernest
Pr. RATSIFANDRIHAMANANA Bernard
Pr. RAZAFINTSALAMA Charles
Pr. RANAIVOARISON Milson Jérôme
Pr. RASOLONJATOVO Andriananja Pierre
Pr. MANAMBELONA Justin
Pr. RAZAKASOA Armand Emile
Pr. RAMIALIHARISOA Angéline
Pr. RAKOTOBÉ Pascal
Pr. RANAIVOZANANY Andrianady
Pr. RANDRIANARIVO
Pr. RAKOTOARIMANANA Denis Roland
Pr. ANDRIAMANANTSARA Lambosoa
Pr. RAHAROLAHY Dhels
Pr. ANDRIANJATOVO Jean José
Pr. ANDRIANAIVO Paul Armand

DEDICACES

DEDICACES

A MON DIEU TOUT PUISSANT,

Qui a bien voulu que ce jour vienne, tous mes remerciements.

A LA MEMOIRE DE DADABE,

Pour son amour et ses conseils, tu resteras toujours gravé dans mon cœur...

A MA FEMME : TIANA,

Qui a partagé tout avec moi.

Avec toute ma tendresse !

A MES DEUX « S » : SAHAZA ET SATRY

Raisons de mes efforts à qui je souhaite réussite et bonheur.

Avec toute mon affection !

A MES PARENTS : DADA ET NENY, DADA ET NENY, BEBE,

Qui ont toujours cru en leur fils,

Avec tous mes respects, puisse leurs jours s'écouler désormais dans le bonheur.

A MES SŒURS : NIRINA ET HAJA,

Qui ont toujours prié pour moi.

A TOUTE MA FAMILLE,

Hommage respectueux !

A NOTRE MAITRE, DIRECTEUR ET PRESIDENT DE THESE

Madame le Docteur RATSIMBAZAFIMAHEFA RAHANTALALAO

Henriette

*Professeur Titulaire d'Enseignement Supérieur et de Recherche en Santé Publique,
Administration et Gestion à la Faculté de Médecine d'Antananarivo
Chef de département d'Enseignement de Sciences et du Médecine Vétérinaire.*

Qui nous a prodigué ses précieux conseils sur l'élaboration de ce travail.

*Qui nous a fait le grand honneur de présider notre Thèse et nous a toujours inspiré
un sentiment de profonde admiration pour ses qualités humaines.*

Qu'Elle trouve ici l'expression de notre reconnaissance.

A NOS MAITRES ET HONORABLES JUGES DE THESE

Monsieur le Docteur RANDRIANARIMANANA Vahiniarison Dieudonné.

*Professeur Titulaire d'Enseignement Supérieur et de Recherche en Santé Publique et Communautaire à la Faculté de Médecine d'Antananarivo
Coordonnateur de Filière Médecine Traditionnelle et Acupuncture.*

Monsieur le Docteur SAMISON Luc Hervé

*Professeur d'Enseignement Supérieur et de Recherche en Chirurgie Viscérale à la Faculté de Médecine d'Antananarivo
Vice Doyen Responsable du Troisième Cycle Long à la Faculté de Médecine d'Antananarivo*

Vous avez bien voulu être membres de jury de Thèse,

Nous tenons à vous en remercier et à vous assurer notre profonde reconnaissance.

A NOTRE MAITRE ET RAPPORTEUR DE THESE

Monsieur le Docteur RANDRIANARISON Louis Pascal

Médecin diplômé de Pathologie Tropicale de la Faculté de Médecine Tours Orléans

Vous avez bien voulu donner votre accord pour être le rapporteur de notre Thèse,

Nous vous exprimons notre profonde gratitude.

**A NOTRE MAITRE ET DOYEN DE LA FACULTE DE MEDECINE
D'ANTANANARIVO**

Monsieur le Professeur RAPELANORO RABENJA Fahafahantsoa

Veillez recevoir l'expression de notre haute considération et notre profond respect.

**A NOS MAITRES, PROFESSEURS DE LA FACULTE DE MEDECINE
D'ANTANANARIVO**

Qui ont contribué à notre formation pendant les années académiques.

Qu'ils trouvent ici l'expression de notre gratitude pour leur enseignement de chaque jour.

**A TOUS MES CAMARADES DE LA FACULTE DE MEDECINE
D'ANTANANARIVO**

A TOUS CEUX QUI M'ONT AIDE DANS CE TRAVAIL,

Hommage respectueux !

SOMMAIRE

SOMMAIRE

	Page
INTRODUCTION -----	1
Première partie : Rappel	
1- Rappel anatomo- physiologique sur le périnée-----	2
1.1- Anatomie-----	2
1.2- Physiologie-----	6
1.2.1- Le périnée pendant l'accouchement-----	6
1.2.2- Le périnée puerpéral-----	6
2- Généralités sur les déchirures du périnée-----	7
2.1-Definition-----	7
2.2-Classification-----	7
2.3-Etiologies-----	8
2.3.1-Facteurs maternels-----	8
2.3.2-Facteurs foetaux-----	9
2.3.3-Modalités d'accouchement-----	10
2.3.4-Facteurs opératoires-----	10
2.3.5-Fautes techniques et fautes d'indications-----	10
2.4-Anatomie pathologique-----	13
2.4.1-Les déchirures fermées-----	13
2.4.2-Les déchirures ouvertes-----	13
2.5-Description clinique des déchirures-----	15
2.6-Evolution des déchirures du périnée-----	16
2.7-Traitement-----	18
2.7.1-Traitement préventif-----	18
2.7.2-Traitement curatif-----	23
2.8-Soins post-opératoires-----	27
Deuxième partie : Notre Etude	
1- Objectif de l'étude-----	28
1.1- Objectif général-----	28
1.2- Objectifs spécifiques-----	28

2- Matériels et méthodes-----	28
2.1-Cadre de l'étude-----	28
2.1.1-Situation géographique-----	28
2.1.2-Historique du C.H.D. II d' Itaosy et Maternité-----	29
2.1.3-Aspect démographique-----	30
2.1.4-Personnels-----	30
2.1.5-Organisation du service-----	31
2.1.6-Organisation des activités-----	32
2.2 – Type d'étude-----	32
2.3 – Période étudié-----	32
2.4 – Population cible-----	32
2.5 – Critère d'inclusion-----	32
2.6 – Critère d'exclusion-----	33
2.7 – Mode d'échantillonnage-----	33
2.8 – Taille de l'échantillon-----	33
2.9 – Variable d'étude-----	33
2.10 – Mode de collecte des données-----	34
2.11 – Considération éthique et déontologique-----	34
2.12 – Limite de la recherche-----	34
2.13 – Mode d'analyse des données-----	35
3-Résultats-----	38
3.1-Fréquence-----	38
3.1.1-Fréquence annuelle-----	38
3.1.2-Fréquence mensuelle-----	38
3.1.3-Fréquence trimestrielle-----	39
3.1.4-Les déchirures du périnée au cours des cinq dernières années-----	40
3.2-Caractéristiques Maternelles-----	41
3.2.1-Age-----	41
3.2.2-Géstité-----	42
3.2.3-Parité-----	43

3.2.4-Etat matrimonial-----	44
3.2.5-Profession-----	45
3.2.6-Niveau d'étude-----	46
3.2.7-Résidence-----	47
3.2.8-Suivi périnatal-----	48
3.2.9-Antécédents-----	49
3.2.10-Age gestationnel-----	50
3.2.11-Mode d'admission-----	51
3.2.12-Les types de déchirures-----	52
3.2.13-Lésion associées-----	53
3.3-Accoucheurs et déchirures du périnée-----	54
3.4-Suites opératoires-----	55
3.5-Caractéristiques fœtales-----	56
3.5.1-Présentations rencontrées-----	56
3.5.2-Genre du bébé-----	57
3.5.3-Liquide amniotique-----	58
3.5.4-Etat du bébé à la naissance-----	59
3.5.5-Poids du bébé à la naissance-----	60
3.5.6-Périmètre crânien du bébé à la naissance-----	61

Troisième partie : Commentaires, discussion et suggestions

1- Commentaires et discussions-----	62
1.1-Habitude du service-----	62
1.1.1-Technique de réparation-----	62
1.1.2-Soins post opératoires-----	63
1.2-Fréquence-----	63
1.2.1-Fréquence total, annuelle-----	63
1.2.2-Fréquence au cours des cinq dernières années-----	65
1.3- Caractéristiques maternelles-----	65
1.3.1-Age-----	65
1.3.2-Géstité-----	65

1.3.3-Parité-----	65
1.3.4-Situation matrimoniale-----	66
1.3.5-Profession-----	66
1.3.6-Consultation prénatale-----	66
1.3.7-Antécédents-----	67
1.3.8-Résidence et mode d'admission-----	67
1.3.9-Types de déchirures-----	68
1.3.10-Selon l'accoucheur-----	68
1.3.11-Suites opératoires-----	68
1.4-Caractéristiques fœtales-----	69
1.4.1-Présentations rencontrées-----	69
1.4.2-Genre du bébé-----	69
1.4.3-Le liquide amniotique-----	69
1.4.4-Etat du bébé à la naissance-----	70
1.4.5-Poids à la naissance-----	70
1.4.6-Périmètre crânien-----	70
2-Suggestions -----	71
2.1-Renforcement de communication pour le changement de comportement des parturientes-----	71
2.2-Formation et recyclage du personnel de santé-----	72
2.3-Amélioration de l'infrastructure et l'équipement matériel du centre -----	73
CONCLUSION-----	74

ANNEXE

BIBLIOGRAPHIE

LISTE DES TABLEAUX, FIGURES, SCHEMAS

LISTE DES TABLEAUX

	Page
Tableau n°1 : Résumé des étiologies des déchirures périnéales-----	12
Tableau n°2 : Les variables selon les caractéristiques maternelles-----	35
Tableau n°3 : Les variables selon les caractéristiques fœtales -----	37
Tableau n°4 : Répartition mensuelles des femmes présentant une déchirure périnéale-----	38
Tableau n°5 : Répartition trimestrielle des femmes présentant des déchirures périnéales-----	39
Tableau n°6 : Fréquence des femmes présentant des déchirures périnéales pendant 5ans-----	40
Tableau n°7 : Répartition des déchirures selon l'âge des accouchées----	41
Tableau n°8 : Répartition selon gestité-----	42
Tableau n°9 : Répartition des femmes présentant des déchirures périnéales selon la parité-----	43
Tableau n°10 : Répartition selon la situation matrimoniale des parturientes-----	44
Tableau n°11 : Répartition selon la profession des parturientes-----	45
Tableau n°12 : Répartition selon le niveau d'étude des parturientes-----	46
Tableau n°13 : Répartition selon la résidence des parturientes-----	47
Tableau n°14 : Répartition selon les consultations prénatales-----	48
Tableau n°15 : Répartition selon les antécédents des parturientes-----	49
Tableau n°16 : Répartition des parturientes selon l'age gestationnel-----	50
Tableau n°17 : Répartition selon le mode d'admission des parturientes	51
Tableau n°18 : Répartition selon les types de déchirures-----	52
Tableau n°19 : Répartition des lésions associées-----	53
Tableau n°20 : Répartition des déchirures périnéales selon les accoucheurs ayant pratiqué l'accouchement-----	54
Tableau n°21 : Répartition des déchirures périnéales selon l'évolution des plaies après réfection-----	55
Tableau n°22 : Répartition des déchirures périnéales selon les présentations rencontrées-----	56

Tableau n°23 : Répartition des déchirures périnéales selon le genre du bébé-----	57
Tableau n°24 : Répartition des déchirures selon l'état du liquide amniotique-----	58
Tableau n°25 : Répartition des déchirures périnéales selon l'état du bébé à la naissance-----	59
Tableau n°26 : Répartition des déchirures périnéales selon le poids du bébé à la naissance-----	60
Tableau n°27 : Répartition des déchirures périnéales selon le périmètre crânien du fœtus -----	61
Tableau n°28 : Les déchirures du périnée dans différents centres Hospitaliers. -----	64

LISTE DES FIGURES

	Pages
Figure n°1 : Effectif mensuel des femmes présentant une déchirure périnéale-----	38
Figure n°2 : Effectif trimestriel des femmes présentant des déchirures du périnée-----	39
Figure n°3 : Effectif par an des femmes présentant des déchirures périnéales pendant 5 ans-----	39
Figure n°4 : Age des accouchées-----	41
Figure n°5 : Gestité des parturientes-----	42
Figure n°6 : Parité des parturientes-----	43
Figure n°7 : Situation matrimonial des parturientes-----	44
Figure n°8 : Profession des parturientes-----	45
Figure n°9 : Le niveau d'étude des accouchées-----	46
Figure n°10 : Résidence des accouchées-----	47
Figure n°11 : Consultation prénatales des parturientes-----	48
Figure n°12 : Antécédents des parturientes-----	49
Figure n°13 : Ages gestationnel des parturientes-----	50
Figure n°14 : Modes d'admission des accouchées-----	51
Figure n°15 : Types de déchirures périnéales rencontrées-----	52
Figure n°16 : Lésion associées rencontrées-----	53
Figure n°17 : Effectif des déchirures du périnée selon les accoucheurs-----	54
Figure n°18 : Evolution post opératoire des plaies de déchirures périnéales après réfection-----	55
Figure n°19 : Présentation rencontrées lors de l'accouchement avec déchirures périnéales-----	56
Figure n°20 :Genre du bébé lors des déchirures périnéales rencontrées-----	57
Figure n°21 : Aspect du liquide amniotique-----	58
Figure n°22 : Etat à la naissance des bébés-----	59
Figure n°23 : Poids à la naissance des bébés-----	60
Figure n°24 : Périmètre crânien des bébés à la naissance-----	61

LISTE DES SCHEMAS

	Pages
Schéma n°1 : Morphologie externe du périnée chez la femme et projection sur les repères osseux-----	5
Schéma n°17 : Organigramme du Centre Hospitalier de District Niveau II d'Itaosy-----	31

ANNEXE

- Schéma n°2** : Déchirure périnéale incomplète du premier degré
- Schéma n°3** : Déchirure périnéale incomplète du second degré
- Schéma n°4** : Déchirure périnéale incomplète du troisième degré
- Schéma n°5** : Déchirure complète du périnée
- Schéma n°6** : Déchirure complète et compliquée du périnée
- Schéma n°7** : Rupture centrale du périnée
- Schéma n°8** : Réalisation d'une épisiotomie
- Schéma n°9** : Réparation d'une épisiotomie
- Schéma n°10** : Réfection d'une déchirure incomplète du premier degré
- Schéma n°11** : Réfection d'une déchirure incomplète du second degré
- Schéma n°12** : Réfection d'une déchirure incomplète du troisième degré
- Schéma n°13** : Réfection d'une déchirure complète (premier temps)
- Schéma n°14** : Réfection d'une déchirure complète (deuxième temps)
- Schéma n°15** : Suture de la déchirure rectale
- Schéma n°16** : Suture des plans superficiels et de la peau

LISTE DES SIGLES ET ABREVIATIONS

IA	: Indice d'Apgar
CHD II	: Centre Hospitalier de District Niveau II
CCC	: Communication pour le Changement de Comportement
CPN	: Consultation Pré - Natale
CHRR	: Centre Hospitalier de Référence Régionale
CHU	: Centre Hospitalier Universitaire
SA	: Semaine d'aménorrhée
H.A.B	: Hôpital Ami des Bébé.
%	: Pour cent
<	: Inférieur à
>	: Supérieur à

INTRODUCTION

INTRODUCTION

Pendant la période d'expulsion fœtale la distension de l'anneau vulvaire est souvent insuffisante et s'accompagne d'une déchirure périnéale plus ou moins importante. (1)
Protéger le périnée est une préoccupation constante de la sage femme et de l'accoucheur lors de l'expulsion.

Dans 70% des cas un accouchement normal ne nécessite que le respect de la physiologie de l'accouchement. De tous les accidents qui peuvent survenir à l'occasion de l'accouchement, la déchirure du périnée est de beaucoup le plus fréquent : on l'observe, en effet dans une proportion de 18%.(2)

A coté des lésions traumatiques visibles, plaies et déchirures, plus ou moins importantes qui se font heureusement de plus en plus rares du fait des progrès de la prophylaxie obstétricale, il existe toujours une distension et une élongation physiologique des formations musculo- aponévrotiques périnéales dont le retentissement fonctionnel ultérieur ne saurait être sous-estimé.

Lors de notre stage dans le service du CHDII Itaosy, presque chaque jour des déchirures périnéales se présente mais le nombre diffère d'un jour à l'autre. La présence permanente de cet accident malgré l'existence de la prophylaxie systématique nous a incité à effectuer cette étude .Le but de notre travail est de faire connaître les différentes prises en charge des femmes ayant présenté des lésions du périnée.

Notre étude comprend plusieurs parties :

- la première est réservée aux rappels,
- la seconde est consacrée à l'étude proprement dite,
- la troisième est destinée aux commentaires, discussions et suggestions.

Une conclusion générale terminera l'étude.

PREMIERE PARTIE : RAPPELS

Rappel anatomo- physiologique sur le périnée

1.1- Anatomie

Le périnée est l'ensemble des parties molles qui ferment vers le bas le petit bassin.

Il est limité:en avant et latéralement par le bord inférieur des 2 os iliaques, en arrière par le coccyx.

a- Configuration externe (3)

Elle est différente suivant la position du sujet,

-en station verticale :

C'est une fente comprise entre l'extrémité supérieure des cuisses. Cet espace étroit et caché se prolonge en arrière par le sillon inter-fessier et en avant par le pubis.

-en position gynécologique :

La forme est losangique à grand axe antéropostérieur, un losange dont les angles sont définis par,

-la symphyse pubienne en avant,

-le coccyx en arrière,

-les tubérosités ischiatiques latéralement.

La ligne bi- ischiatique divise donc le périnée en deux régions :

En avant le périnée uro-génital,

En arrière le périnée anal

Chacune de ces deux régions est située dans un plan différent.

Ces plans forment un angle dièdre ouvert en avant

b- Configuration interne (4)

Le périnée est constitué par des muscles et des aponévroses que traverse le rectum et les organes genito- urinaires.

b.1-Les muscles

Le plancher fibro-musculaire ferme en bas l'excavation pelvienne et soutient les organes pelviens.

La présentation pour dégager devra refouler et écarter cet obstacle.

Ce plancher comprend trois éléments principaux disposés en deux plans :

-le plan profond : Il est représenté par les releveurs de l'anus

Cette lame musculaire aplatie oblique en bas et en dedans s'insère sur la paroi antéro- latérale de l'excavation pelvienne et s'unit au muscle opposé en arrière du rectum (raphé ano-coccygien).

Le bord interne libre de ces muscles délimite ainsi la boutonnière des releveurs, fente à direction antéro- postérieure enserrant d'avant en arrière l'urètre, le vagin et le canal anal.

-le plan superficiel :

Il est constitué par :

Les muscles périnéaux transverses superficielles et profonds qui s'insèrent en dehors sur la tubérosité ischiatique et se dirigeant en dedans pour se réunir sur la ligne médiane, où ils concourent à la formation du noyau fibreux centrale du périnée.

Ainsi la fente longitudinale antéropostérieure profonde aménagée entre les bords internes des releveurs est séparée superficiellement par un plan fibro-musculaire transversal en deux orifices :

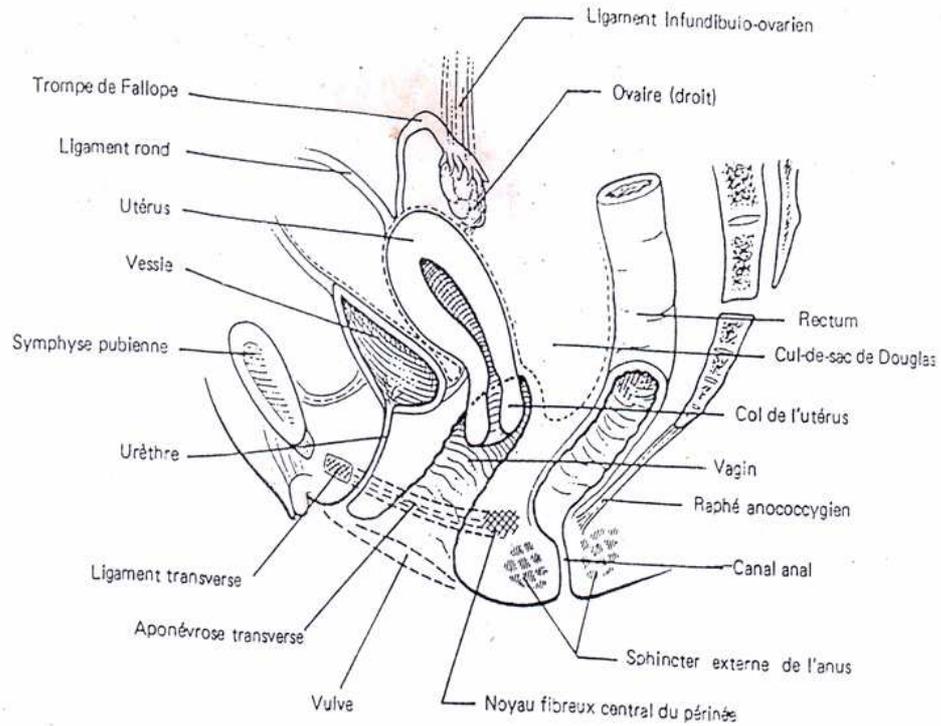
-l'un postérieur pour le canal anal.

-l'autre antérieur pour l'urètre et le vagin.

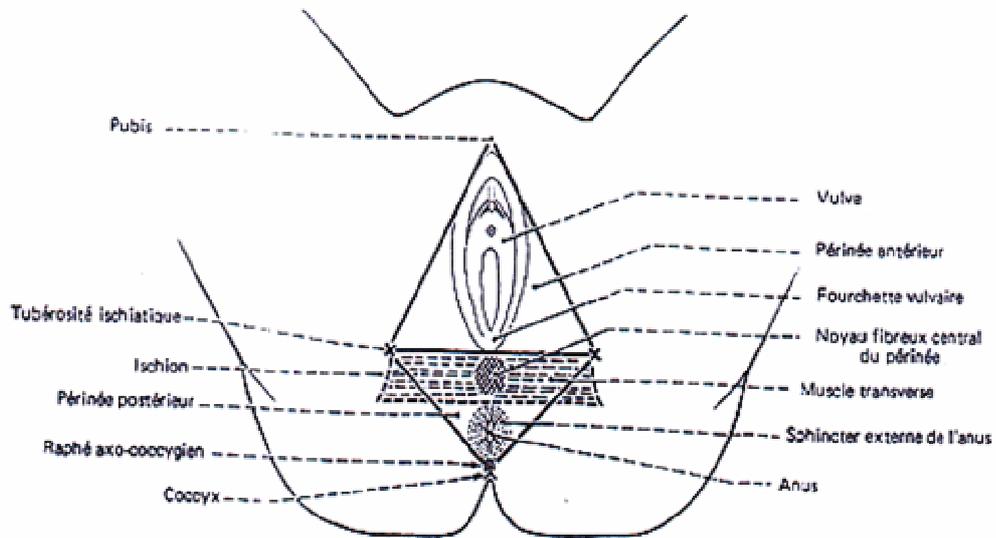
b.2-les aponévroses

Elles sont disposées sur trois plans:

- une aponévrose profonde,
- une aponévrose moyenne, la plus résistante et le plus solide,
- une aponévrose superficielle recouvrant le tout.



Plan A: Périnée et organes pelviens



Plan B: Périnée et repères anatomiques

Schéma n°1: Morphologie externe du périnée chez la femme et projection cutanée des repères osseux.

Source : *Kamina P. anatomie Gynécologique et Obstétricale Edition Masson.1994 (3)*

1.2-Physiologie

1.2.1-Le périnée pendant l'accouchement (3) (5)

a - Modification du segment ano-coccygien

Au cours de la première étape de la descente ; la présentation, à chaque contraction utérine, repousse le septum recto-vaginal et aplatit le rectum contre le coccyx et le ligament ano- coccygien.

Si le rectum n'est pas vide, les matières fécales sont éliminées.

La rétro- pulsion du coccyx par la présentation entraîne l'étirement de la commissure postérieure de l'anus. Celui-ci souvent entouré d'un bourrelet hémorroïdaire saille plus en dehors .Ce développement hémorroïdaire est dû à la gêne de la circulation de retour provoquée par la compression de la présentation et l'augmentation de la pression intra- abdominale.

b - Ampliation du segment ano-vulvaire

Continuant sa descente, la présentation comprime et étale le centre tendineux du périnée. La région ano- vulvaire se déprime et devient saillante : on dit alors que le périnée bombe. La distance ano-vulvaire s'étire démesurément : l'anus s'ouvre largement en laissant voir la muqueuse de la paroi antérieure du rectum solidaire de la région ano- vulvaire. Souvent le périnée continue à s'amincir sous l'effet de la compression de la présentation : sa rupture devient imminente. Il faut pratiquer l'épisiotomie avant ce stade car elle doit être préventive.

c- L'orifice vulvaire

Il se déplisse et se distend de plus en plus et chez la primipare, la déchirure des vestiges hyménaux donne un léger saignement .

1.2.2- Le périnée puerpéral (6)

Dès le premier accouchement le constricteur de la vulve est effondré. Les autres muscles périnéaux et les formations vulvo-vaginales retrouvent leur intégrité

anatomique et fonctionnelle au bout de trente jours environs. Mais après les déchirures périnéales, la disparition du déficit anatomique et fonctionnel du périnée demande un délai plus long (trois à six mois environs).

Dans les déchirures compliquées, les déficiences des muscles constricteurs vulvaires et anaux sont spontanément palliées par les muscles releveurs de l'anus. Ceci confirme encore que ces derniers ne sont pas systématiquement atteints dans les lésions du périnée obstétrical : les lésions des releveurs sont soit isolées soit antérieures à celles du périnée obstétrical.

2- Généralités les déchirures du périnée

2.1-Définition (7)

Les déchirures périnéales sont des lésions des éléments musculo-aponévrotiques cutanées et muqueuses de la région périnéale.

2.2-Classification (8)

On distingue deux catégories :

- Les déchirures fermées ; où la peau et la muqueuse restent intactes.

- Les déchirures ouvertes ; qui se subdivisent en déchirures ouvertes, incomplète, complète et rupture centrale du périnée.

2.3-Etiologies

2.3.1-Facteurs maternels (9) (10) (11)

a- Parité

a.1-Primiparité

La déchirure survient chez les primipares dans 75% des cas et même plus. Chez les primipares âgées le périnée trop court, trop long ou trop résistant se rompt facilement.

a.2-Multiparité

Le périnée de la multipare peut être fragilisé par une déchirure antérieure ou par une cicatrice d'épisiotomie.

a.3-Périnée trop long ou trop court

Périnée court : distance anus-symphise pubienne inférieure à 6 cm.

Il expose à une déchirure grave malgré une épisiotomie préventive.

Pour Musset une telle distance ano-pubienne est une indication d'opération césarienne à titre prophylactique.

b- Texture du périnée

b.1- Périnée œdémateux par un travail prolongé, des touchers vaginaux répétés ou une toxémie gravidique.

b.2- Périnée cicatriciel : déchirure ou épisiotomie antérieure, périnéorraphie chirurgicale.

b.4- Périnée rigide, friable (obésité, vaginite) ou constitutionnellement friable.

b.5- Périnée chez les femmes blondes ou rousses.

c- Anomalies du bassin

c.1 - Bassin de luxation congénitale de la hanche

On trouve un rétrécissement du détroit inférieur avec diminution de l'angle formé par l'arcade pubienne (normalement 85° à 90°) et diminution du diamètre bi- ischiatique (normalement 11cm). Dans ce cas la tête fœtale ne pouvant se loger sous l'arcade pubienne, provoque une ampliatiion considérable du périnée.

c.2- Bassins cyphotiques, dans ces cas, il existe des troubles du développement périnéal. Pendant l'accouchement la tête fœtale ne peut pas se loger en haut de l'ogive, trop bas dirigé. Cette tête distend le périnée entraînant des déchirures.

2.3.2-Facteurs fœtaux (12) (13)

a- Excès de volume fœtal

Il favorise l'apparition des déchirures périnéales dûes non pas tellement au passage de la tête, mais plus souvent au dégagement laborieux des épaules.

b- Dégagement en occipito-sacré

Le périnée se distend à l'extrême et risque d'entraîner une déchirure importante.

c- Présentation de la face, front

La position du dégagement mal fléchie ou mal défléchie est rencontrée dans ces présentations.

d- Relèvement des bras lors de l'extraction de siège

e- Dégagement de la tête dernière dans la présentation du siège

Il est trop rapide, souvent brutal avec absence de surveillance soigneuse du périnée, lequel « blanchit », se tend anormalement.

2.3.3-Modalité d'accouchement

a- Expulsion fœtale trop rapide « en boulet de canon » même d'un petit fœtus.

b- Travail prolongé

Stagnation trop prolongée de la tête sur le périnée ; au cours d'une expulsion de long durée ; entraînant de l'œdème, de l'attrition tissulaire d'où déchirure au moment du dégagement.

2.3.4-Facteurs opératoires (14)

a- Les extractions instrumentales

En particulier, l'utilisation des instruments comme les spatules de Thierry ou forceps. Les manœuvres instrumentales sont d'autant plus traumatisantes pour le périnée, qu'elles sont brutales que la présentation est haute, que la prise est asymétrique (dégagement en oblique), que les tissus sont oedematisés et que l'on effectue une grande rotation de la présentation.

b- Les manœuvres obstétricales

b.1-La manœuvre de Jacquemier : dégagement du bras antérieur dans la présentation du siège.

b.2-La grande extraction du siège.

Ces deux manœuvres provoquent une distension périnéale trop rapide et trop précoce.

c- Episiotomie médiane.

Sa réalisation est fortement corrélée à la survenue de déchirure périnéale sévère chez la primipare. L'épisiotomie medio-latérale aurait en revanche un effet protecteur.

2.3.5-Fautes techniques et fautes d'indication (15)

L'opérateur applique le forceps sur la tête fœtale non engagée ou sur une hydrocéphalie.

L'accoucheur introduit sa main dans la voie génitale et il dirige la direction de son avant bras qui, en s'abaissant, peut étirer le périnée.

La lourde retombée d'une valve chez une femme non endormie peut provoquer une déchirure périnéale.

Tableau n°1 : Résumé des étiologies des déchirures périnéales (16)

Causes maternelles	Causes foetales	Modalités d'accouchement
-Primiparité	-Excès de volume foetale (dégagement laborieux des épaules)	Expulsion foetale trop rapide « en boulet de canon », même d'un petit enfant
-Multiparités porteuse de lésion ancienne	-Dégagement en occipito-sacrée	-Travail prolongé (stagnation trop prolongée de la tête sur le périnée)
-Périnée trop long ou trop court	-Présentation de la face, front	-Extraction instrumentale (forceps...)
-Périnée trop résistant ou trop fragile	-Relèvement des bras lors de l'extraction du siège	
-Périnée oedematié	-Dégagement de la tête dernière	
-Périnée des obèses		
-Hypoplasie génitale		
-Brièveté de la distance ano- pubienne		
-Bassin de luxation congénitale de la hanche		
-Bassin cyphotique		

2.4-Anatomie pathologique (17) (18)

2.4.1-Les déchirures fermées

Elles sont interstitielles et ont une grande importance. La lésion intéresse le plan musculo- aponévrotique mais la peau et muqueuse vaginale sont intactes. Les faisceaux internes des releveurs sont rompus, les hématomes empêchent la tonicité et l'élasticité. Les muscles transverses sont arrachés fréquemment de leur insertion sur le raphé médian.

Ces lésions peuvent compromettre l'architecture et la statique périnéale.

2.4.2-Les déchirures ouvertes

On distingue :

2.4.2.1-Les déchirures simples ou incomplètes

La déchirure n'atteint pas le sphincter anal

Il existe trois degrés de déchirures :

a- Premier degré

- Simple éraillure ;

- ou bien lésion cutanéomuqueuse

Les déchirures intéressent en partie le vagin et en partie le périnée au niveau de la commissure

b - Deuxième degré

Les muscles du périnée sont en parties déchirées.

c - Troisième degré

Tout le périnée est atteint mais le sphincter de l'anus est intact.

2.4.2.2- Les déchirures complètes

Elles intéressent la peau ano-vulvaire, les muscles superficiels du périnée, la muqueuse vaginale et en plus le sphincter externe de l'anus est atteint.

Elles ne doivent pas être méconnues car la suture solide des deux extrémités de l'anneau musculaire rompu est impérative pour éviter ; dans les suites ; une incontinence aux gaz et aux matières.

2.4.2.3-Les déchirures complètes et compliquées

Il y a une atteinte de la muqueuse rectale sur 2 à 4 cm.

Le vagin et la muqueuse recto-vaginale sont déchirés d'où le rectum communique directement avec le vagin (atteinte de la cloison recto-vaginale et de la muqueuse anale).

La plaie rectale se présente en « V » renversé dont le sommet reste à distance de celui de la plaie vaginale.

Les conséquences ultérieures peuvent être outre l'incontinence, l'apparition d'une fistule recto-vaginale.

Des lésions du voisinage peuvent être rencontrées :

-lésion cervicale

-lésion clitoridienne

2.4.2.4-Rupture centrale du périnée

Elle est exceptionnelle ou rare.

Elle est due à un mauvais dégagement fœtal. Celle-ci va buter au milieu du périnée entraînant une ischémie à la suite d'un éclatement tissulaire.

La déchirure se rencontre lors des présentations du bregma ou de la face.

2.5-Description clinique des déchirures

2.5.1-Les déchirures fermées (19)

On ne peut pas apprécier les lésions fibro-musculaires et l'atteinte de l'architecture périnéale qu'au moment de l'examen post natal (à la huitième semaine suivant l'accouchement), contrairement aux déchirures ouvertes.

On n'a pas « d'éraillure cutanée » après extraction de gros enfant, mais la peau est intègre et elle masque la rupture des fibres musculaire, les hématomes des transverses et des faisceaux internes des releveurs, enfin la déchirure des fascias. La parturiente se plaint de troubles fonctionnels : faiblesse périnéale, incontinence orthostatique, difficulté à contenir les gaz ou les selles molles.

A l'inspection on note une béance anormale de la fente vulvaire sous forme de triangle à base postérieure. On peut voir aussi les parois vaginales à travers l'orifice vaginal fissuré.

A l'effort, même à la toux, le périnée se distend et se bombe ; l'orifice urétral s'ouvre et laisse paître une petite quantité d'urine.

Au toucher vaginal, combiné au toucher rectal, la corde des releveurs disparaît et les faisceaux postérieurs ne sont pas contractiles. Le noyau fibreux central est hypotonique et amaigri, les fascias sont atrophiques .Les doigts arrivent librement au contact du bassin osseux. Le col est déhiscent.

2.5.2-Les déchirures ouvertes (20) (21)

On peut les apprécier au cours de l'expulsion fœtale et plus exactement après la délivrance.

2.5.2.1-Pendant la période de l'expulsion

Le périnée se distend et la peau blanchit, quelques gouttes séreuses coulent au travers.

2.5.2.2-Après la délivrance

On peut dresser un bilan complet des déchirures plan par plan par un examen méthodique.

- La rupture cutanée

Elle continue en arrière jusqu'à la rupture de l'hymen, atteint vite la ligne médiane. Cette lésion est en forme de « Y » ou « V » renversée.

- La lésion musculaire

Elle est appréciée en écartant les deux lèvres cutanées de la plaie. Le plus souvent, le sphincter anal est indemne, c'est la déchirure incomplète.

Parfois, ce sphincter a conservé sa structure mais quelques fibres sont atteintes.

Plus rarement ce sphincter est sectionné latéralement, c'est la déchirure complète.

- En ce qui concerne les lésions muqueuses vulvo-vaginale bilatérales en forme de « H », le toucher rectale permet d'apprécier la présence ou non de la communication recto-vaginale ainsi que la limite supérieure des lésions.

Enfin on termine l'examen par la recherche des lésions associées : la déchirure du vagin, du col.

2.6 - Evolution des déchirures du périnée (22) (23)

2.6.1-Evolution des déchirures fermées

Les déchirures fermées sont beaucoup plus étendues et profondes que celles des déchirures ouvertes .Elles ne sont pas reconnaissables immédiatement après l'accouchement ou la délivrance.

A l'examen postnatal la femme se plaint d'une incontinence urinaire orthostatique, parfois des difficultés à retenir les gaz ou les matières fécales liquides.

Une « dyspareunie » orificielle persistante et gênante se produit et peut gêner ou même détériorer la vie du couple.

Les déchirures fermées peuvent favoriser la constitution d'un prolapsus génital en cas de mauvaise réparation.

2.6.2- Evolution des déchirures fermées

2.6.2.1- Evolution favorables

Lorsque les déchirures ont été bien limitées soigneusement, elles se cicatrisent rapidement par première intention. La cicatrice en est souple et de moins en moins visible.

2.6.2.2- Evolution défavorable

- Les suites de suture en un plan à l'aide des grosses aiguilles et surtout des gros fils sont à l'origine de la mauvaise cicatrice, qui est inesthétique et déforme la fente vulvaire, entraînant une dyspareunie orificielle gênante.

- Lorsque l'accouchement est laborieux et trop prolongé, quand le liquide amniotique est infecté, en cas de diabète maternel ou œdème périnéal ; la cicatrisation ne se fait pas par première intention et l'infection peut survenir ; bientôt suivie de désunion des sutures.

- C'est surtout dans les déchirures compliquées et la réparation maladroite que s'observe la désunion secondaire.

Après quelque jours des suites de couches (vers le troisième ou quatrième jour), la plaie douloureuse et oedematiée entraîne la coupure des fils ;

Après la suppuration où les tissus morts s'éliminent, la plaie bourgeonne et se cicatrise en seconde intention, mais sa qualité n'est pas satisfaisante : la vulve est asymétrique, l'orifice vaginal déformé et le périnée cicatriciel se raccourcit. Ce phénomène est tôt ou tard à l'origine de prolapsus génital.

Cette désunion secondaire des sutures est encore plus dramatique : elle se produit à l'occasion du rejet vaginal d'un lavement intestinal intempestif, d'une infection de la plaie entre le troisième et sixième jour des suites de couches. Pendant ce temps, la suture lâche et la fistule recto- vaginale s'installe, par conséquent les matières fécales arrivent dans le vagin ainsi que les gaz qui s'échappent bruyamment.

Si la cicatrisation secondaire de la plaie se fait lentement, on arrive finalement à la constitution de la déchirure ancienne complète compliquée du périnée.

2.7 - Traitement

Il comprend deux volets : préventif et curatif.

2.7.1-Traitement préventif

Il repose sur un accouchement bien conduit, la pratique de l'épisiotomie et la réalisation d'une opération césarienne au moment opportun.

2.7.1.1-Conduite d'un bon accouchement (24) (25) (26)

2.7.1.1. a- Le bon dégagement

On pratique l'aide au dégagement par la protection manuelle du périnée.

Cette technique facilite l'accouchement.

Il faut :

- Exagérer l'amointrissement de la protection ;
- Ralentir ensuite le dégagement.

Exemple : le dégagement du sommet.

Une main bloque d'abord le front pour empêcher la déflexion prématurée de la tête et à accentuer sa flexion.

L'autre main appuie sur l'occiput, fléchit la tête jusqu'à ce que le sous occiput se cale sous le pubis.

C'est ici que commence alors la déflexion ; quand le pouce de la main placée sur l'occiput perçoit l'angle postérieur du bregma, il faut interdire tout effort expulsif (respiration haletante) et accompagner au maximum le mouvement de déflexion avec les deux mains.

2.7.1.1. b- Savoir dépister les périnéés pouvant être déchirés

- Mère :

- périnée cicatriciel ;
- périnée trop résistant ;
- périnée trop musclé ;
- périnée trop fragile : œdème, végétation ;
- périnée mal formé : trop court, distance ano- vulvaire insuffisante, abouchements anormaux de l'anus.

- Enfant :

- gros fœtus ;
- occipito-sacrés ;
- présentation du front, de la face.

2.7.1.1. c - Eviter l'expression abdominale brutale

Elle peut entraîner à la fois une expulsion trop rapide du fœtus et la distension du périnée qui risque sa déchirure.

2.7.1.1. d -Savoir dépister le syndrome de pré- rupture périnéale :

- amincissement extrême du périnée palpé entre le pouce et l'index au moment des contraction utérines ;
- aspect luisant de la peau ;
- pâleur de la peau au moment des poussées ;
- craquelures cutanées précédant de peu la rupture périnéale, souvent une déchirure interstitielle s'est produite.

2.7.1.1. e - Indiquer une perfusion d'ocytocique en cas de prolongation excessive du travail.

2.7.1.2-Episiotomie (23) (27) (28) (29)

C'est la meilleure mesure préventive.

Le sens étymologique de ce mot désigne la section du pénil.

Au point de vue terminologie « épisiotomie »vient du mot grec « épision »qui veut dire petite lèvre et « tomie » signifiant section.

L'épisiotomie est en fait une « périnéotomie » qui incise la muqueuse vaginale, les muscles bulbo-caverneux et transverses et la peau périnéale plus complexes.

Elle a pour but d'agrandir l'orifice vulvaire au moment du dégagement, permettant une extraction plus rapide de l'enfant et évitant parfois des déchirures périnéales plus complexes.

- Indications :

- Episiotomie prophylactique :

Elle doit être effectuée de manière quasi systématique dans les cas suivants :

- Application de forceps chez la primipare ;
- présentation en occipito-sacrée ;
- extraction de siège chez la primipare ;
- périnée cicatriciel ou périnée court ;
- dystocie des épaules ;
- Distension périnéale en cas de syndrome de pré-rupture périnéale.

Dans ce cas on ne doit pas attendre la dernière minute car les ruptures interstitielles se sont alors déjà réalisées.

- Techniques :

- Inciser avec de bons ciseaux droits à deux centimètres de la ligne médiane, l'incision faisant avec cette ligne un angle de 45° .et s'étendant sur 4 à 5 centimètres.

- Malgré l'épisiotomie faire le dégagement avec les précautions d'usage. Attendre la délivrance pour suturer : affronter exactement les bords de l'incision qui sont inégaux (le bord interne se rétracte).Prendre en masse avec des anses de vicryl (les fils ne doivent pas se voir au fond de la plaie).Trois ou quatre points étant placés, les serrer modérément.

2.7.1.3- Opération césarienne prophylactique (30)

Elle consiste à extraire le fœtus par incision de l'utérus par voie haute abdominale, avant que la parturiente ne soit pas en travail.

Bien qu'on puisse et qu'on doive demander beaucoup à une épisiotomie large, il y a trois cas où la césarienne fera abandonner la voie basse pour le mieux de la parturiente :

- Distance ano- pubienne inférieur à 5 cm ;
- périnée antérieurement atteints de lésions complexes graves, laborieusement réparées, souvent après plusieurs échecs, et dont les femmes gardent la hantise et un mauvais souvenir ;
- opération antérieure pour prolapsus génital.

2.7.1.4 - En cas d'extraction instrumentale ou manœuvre (31)

Il faut s'efforcer de faire le dégagement aussi lentement que dans l'accouchement normal, essayer d'imiter la nature.

a- Forceps

- Vérifier si les conditions d'application sont correctes : présentation céphalique, type sommet, dilatation complète, tête engagée, poche des eaux rompues, vessie vide.
- Désarticuler et enlever les branches dès que la tête est « dans la périnée ».

b- Grande extraction de siège

Dès que la bouche est hors de la vulve, modérer la sortie du reste de la tête.

2.7.2-Traitement curatif (32) (33) (34) (35)

2.7.2.1-Moment

a- Suture immédiate

C'est le moment et tout de suite après la délivrance pour éviter tout risque d'infection.

b- Suture secondaire précoce

Elle est pratiquée quelques jours après l'accouchement quand la suture immédiate n'a pas tenu.

Exemple : en cas de périnée oedémateux, infection du liquide amniotique.

c- Suture secondaire tardive

En cas de lâchage des sutures immédiates, elle aura lieu deux ou trois mois après l'accouchement.

Mais en tout cas toutes plaies péritonéales doivent être réparées immédiatement pour éviter les complications.

2.7.2.2-Technique de réparation des déchirures

La réparation se fait en fonction du type anatomique.

A- Réparation des déchirures fermées

a- La physiothérapie

Elle se définit comme l'utilisation dans un but thérapeutique des agents physiques naturels ou artificiels tels que : eau, air, électricité, rayons X, froids, chaleurs.

Elle est actuellement abandonnée.

b- La kinésithérapie

Elle consiste à pratiquer des exercices physique générale trois fois par semaine, auxquels s'ajoutent des rééducations et tonifications des muscles périnéaux, ainsi que le soutien et la remise en place des organes génitaux.

Les déchirures fermées affectent les muscles, les tissus fibreux, les fascias et ligaments dont l'atteinte est irréversible.

Cependant d'après Musset (20) la gymnastique ne suffit pas, pour cela on doit passer à « l'intervention chirurgicale plastique » qui consiste à corriger l'architecture périnéale :

- rapprocher les releveurs ;
- retendre les fascias aponévrotiques et les ligaments du pelvis ;
- rétablir l'obliquité vaginale en arrière et en haut ;
- reconstituer l'angulation utero-vaginale ;
- corriger l'allongement du col et la rétro-déviations utérine.

B- Réparation des déchirures ouvertes

a- Installation

La réparation doit être faite sur une patiente en position gynécologique, dans un lieu avec un éclairage correct. On peut se protéger des lochies par mèche ou compresse intra- vaginale qu'il ne faudra pas oublier.

b- Matériels

Le matériel doit comporter au minimum une porte aiguille, une pince à disséquer et des ciseaux. Des pinces de Kocher sont utiles en cas de suture des sphincters ou pour l'hémostase de certains vaisseaux du périnée.

La xylocaïne 2 % sans adrénaline pour l'anesthésie locale doit être présente. Des matériels de désinfection sont nécessaires. Des champs stériles doivent être disponibles ainsi que des moyens de réanimation au cas où les imprévues se présentent.

c- Techniques de réfection

Dans la plupart des cas, l'anesthésie locale infiltrée sur la région sous cutanée est suffisante et un aide est souvent utile pour tenir les valves en

cas de lésions vaginales hautes ou pour la réfection d'une déchirure complète et compliquée.

La réparation doit être la plus anatomique possible afin de restituer une fonction musculaire normale et d'éviter toute cicatrisation pathologique. La technique de réfection idéale actuellement est la suture plan par plan.

d- Réfection d'une déchirure simple ou incomplète

On pratique la suture en trois plans :

- Un plan avec un vicryl 0 sur la muqueuse vaginale et le vestibule par des points séparés ou un surjet en commençant par la commissure supérieure.

Les points doivent être larges et la suture symétrique en se méfiant de l'excès de muqueuse fréquente du côté interne. Veiller attentivement² à la restitution de l'anneau hyménéal.

- Suture du plan musculaire par des points séparés simple ou en « X ». Les berges musculaires doivent être prises largement pour reconstituer un plancher périnéal solide mais sans transfixier le rectum.

- Suture de la peau avec des points simples, des points de Blair- Donati ou un surjet intradermique ; en commençant après le dernier point vestibulaire ou de bas en haut avec utilisation d'un fil à résorption rapide.

Un toucher rectal vérifie l'absence des points transfixiant dans le rectum et de la solidité de la suture musculaire.

e- Réfection d'une déchirure complète du périnée

A la lésion périnéale s'associe une rupture du sphincter anal avec intégrité de la muqueuse rectale. Le traitement chirurgical comprend donc un temps de réfection sphinctérienne :

- Bien repérer les extrémités rompues du sphincter anal, toujours profondément rétractées dans les tissus mous périnéaux ;

- le bout rétracté dans sa gaine est saisi par une pince de Kocher. La suture se fait avec du fil résorbable (vicryl décimale 3.5 ancien O) ;

- on passe un point en cadre (point en « U »), prenant les deux extrémités avec la gaine.

Deux à trois points suffit.

La réparation est ensuite celle d'une déchirure simple.

f- Réfection d'une déchirure complète et compliquée

Ici il y a non seulement rupture des sphincters anaux, mais également déchirure de la muqueuse rectale créant un cloaque recto- vaginal.

Cette lésion est grave.

La répartition rectale nécessite une excellente technique chirurgicale. Elle se fait au bloc opératoire sous anesthésie péridurale ou générale.

La suture de la muqueuse anale impose une exposition parfaite des lésions. Si un pont muqueux ou musculaire persiste, il faut le sectionner franchement. Classiquement la suture de la muqueuse anale se fait par des points simples de fils à résorption lente (type vicryl décimale 2 ancien 000 au PDS).

La suture est faite par des points totaux noués dans la lumière rectale, espacés de 3 à 5 mm.

On débute la suture à l'angle supérieur jusqu'à la marge anale.

Une deuxième technique consiste à faire une suture extra muqueuse prenant le sous-muqueuse et la musculature. On fait ensuite un deuxième plan de recouvrement en utilisant la cloison recto- vaginale.

On réparera ensuite comme décrit précédemment le vagin, le sphincter et le périnée.

Il faut ici assurer une prophylaxie antitétanique.

2.7.2.3- Déchirure centrale du périnée

Quand on assiste à sa production, immédiatement on sectionne, le pont antérieur, pour empêcher la lésion de gagner le rectum.

Ainsi transformée en déchirure incomplète, il n'y a plus qu'à la réparer.

2.8- Soins post opératoires (29) (36)

Ils ont pour but d'éviter toute désunion et de supprimer toute source d'infection. A la fin de tout acte de réparation, on enlève la mèche ou compresse introduite au début de l'intervention. Badigeonner le périnée par des antiseptiques.

2.8.1- Pendant l'hospitalisation

- Mobilisation précoce ;
- toilette périnéale à l'eau, ajoutée de préférence d'antiseptique, biquotidienne ainsi qu'après chaque selle et après chaque miction.

Elle est faite au savon alcalin, puis à l'éosine aqueuse à 2% ;

- Port de sous vêtement lâche pour éviter la macération.
- En cas d'atteinte du sphincter anal et à fortiori de la muqueuse anale ; instauration d'un régime sans résidu et prise d'huile de paraffine per os à raison de deux cuillère à soupe par jour .Ceci pour avoir des selles molles et de diminuer les problèmes liées aux efforts de poussées lors de la défécation (douleurs, désunion secondaire). Tout lavement est à proscrire.

- Antibiothérapie per-opératoire et post-opératoire dans tout les cas ; surtout pour les déchirures complètes et compliqués.

2.8.2-A domicile

Encourager l'accouchée à continuer les soins locaux elle- même jusqu'à la cicatrisation complète.

2.8.3- Soins des suites compliquées

L'infection est à rechercher chaque jour. Si un point devient douloureux, en regard d'une zone indurée, il faut l'ôter. Surveiller l'odeur des périnées pour une éventuelle surinfection post- opératoire qu'il faut traiter ; puis traiter aussi toute suspicion d'endométrite.

DEUXIEME PARTIE : NOTRE ETUDE

1- Objectif de l'étude

1.1- Objectif général

Notre étude vise à évaluer la fréquence des déchirures périnéales afin de planifier toutes les actions à entreprendre lors de la protection du périnée durant l'expulsion du fœtus.

1.2- Objectifs spécifiques

Ils consistent à :

- Déterminer les causes et les différents paramètres dans les déchirures du périnée ;
- décrire les aspects épidémiologiques de cette pathologie traumatique de la dernière phase de l'accouchement par voie basse ;
- décrire les différentes techniques de réparation des différentes déchirures ;
- proposer des thèmes de formation de prévention des déchirures du périnée pour tout ce qui pratique des accouchements ;
- proposer des mesures d'Information Education Communication (IEC) par le personnel de santé pour toutes les femmes enceintes.

2- Matériels et méthodes

2.1 - Cadre de l'étude

2.1.1-Situation géographique

Notre travail a été effectué à la Maternité du Centre Hospitalier de District niveau II (C.H.D.II) d'Itaosy.

Le CHD II d'Itaosy, appartenant aux zones d'Itaosy, est une enclave entre deux fleuves : le Sisaony et l'Ikopa, s'étend sur une superficie de 30 km², bien délimitée à 5 km à l'ouest d'Antananarivo.

Ce Centre est situé à 8 Km du Centre Hospitalier Universitaire de Gynécologie Obstétrique de Befelatanana, dans la commune rurale d'Ambavahaditokana, district d'Antananarivo Atsimondrano, de la région d'Analamanga, province d'Antananarivo.

Cet hôpital comprend une unité de service de :

- Chirurgie ;
- Médecine générale ;
- Une salle de réunion à vocation polyvalente ;
- Maternité ;
- Consultation prénatale ;
- Examen para clinique tel que : la radiographie, l'échographie et le service laboratoire ;
- Dentisterie ;
- Un CRENI (Centre de Récupération et Education Nutritionnelle Intensive) à gestion privée.

Cette étude a été menée au Centre Hospitalier de District d'Itaosy II au cours du mois de janvier au mois de juin 2009. Ce Centre est le centre de référence pour les Centres de Santé de Base niveau I et II, se trouvant dans le District Sanitaire d'Antananarivo Atsimondrano, dont il fait partie.

2.1.2- Historique du C.H.D.II d'Itaosy et de sa Maternité

C'était en 1905 qu'a été fondé l'Hôpital d'Itaosy, avec les services de Maternité, de Psychiatrie et de Lèpre.

De 1914 à 1918, l'hôpital a cessé de fonctionner.

En 1923, construction de nouveaux bâtiments qui comportaient des Services de Médecines Générale, de Tuberculose, de la Maternité, de la Consultation et des Résidences.

En 1947, construction d'un autre bâtiment.

Pendant la Première République, cet hôpital était nommé « Circonscription Médicale de l'Imerina Ouest » où le Docteur RAHANTALALAO Henriette était la première « Médecin Inspecteur », en 1982.

En 1995, la Maternité est devenue un H.A.B.

En 1999, l'Hôpital est devenu un Site de Maternité sans Risque.

Le 07 Avril 2000, mise en place d'un « Bloc Opératoire » et l'établissement hospitalier prend le nom de C.H.D.II.

Le Centre Hospitalier de District niveau II d'Itaosy, est un Centre conçu pour pouvoir effectuer des interventions d'urgence en gynécologie obstétrique et quelques interventions comme l'appendicectomie.

2.1.3- Aspect démographique

Actuellement cette zone se divise en 41 « Fokontany » ou commune villageoise, regroupées en 4 « Firaisana » ou commune rurale d'Itaosy, dans le « Fivondronana » Antananarivo Atsimondrano.

La population de la zone, en 1963, était de 12 000, près de 40 000 en 1978, estimée à 82 751 en 1993.

Elle compte en 2000, 356 112 habitants à majorité cultivateurs.

2.1.4-Personnels

Le personnel du Centre Hospitalier de District d'Itaosy est composé de :

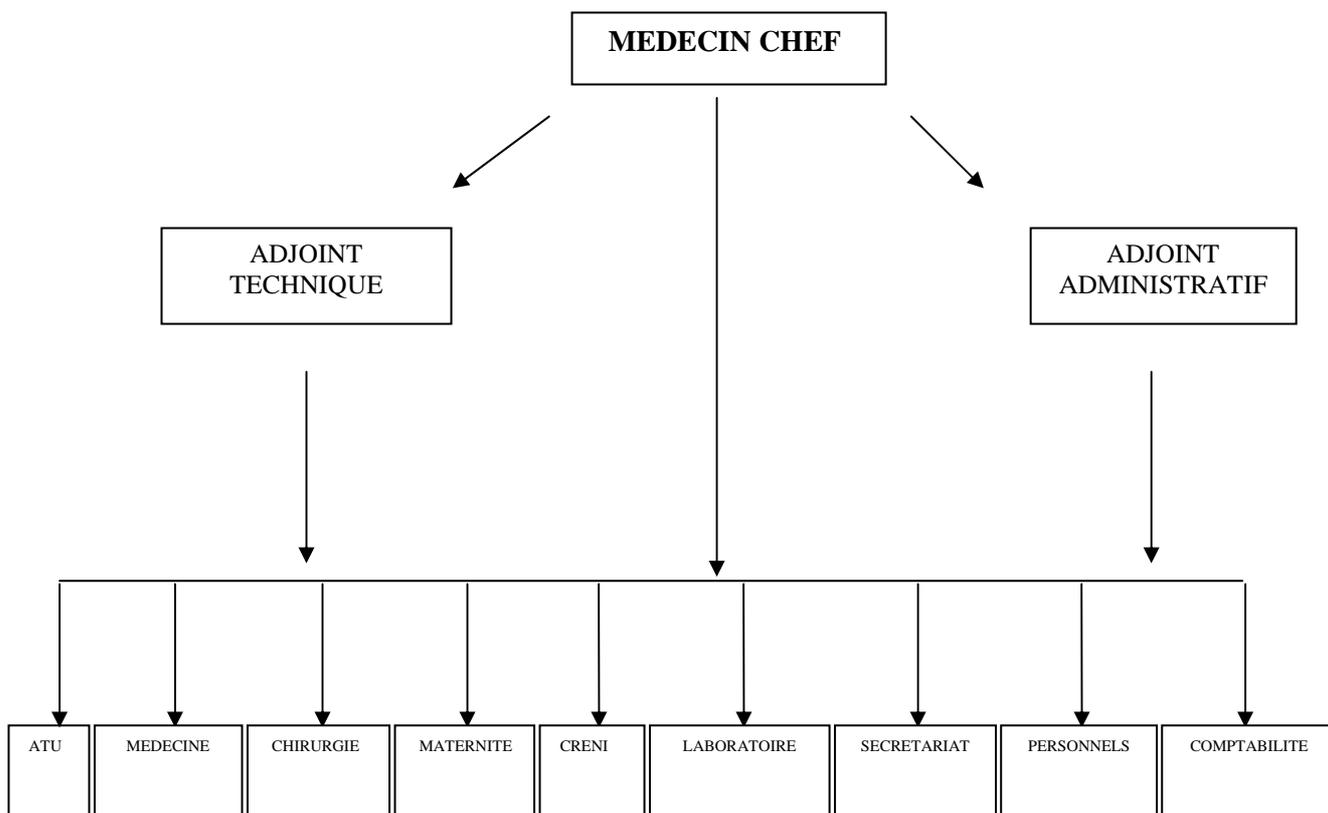
- Un médecin chef qui est gynécologue ;
- 15 médecins traitants ;
- 2 chirurgiens ;
- 2 chirurgiens dentistes ;
- 20 paramédicaux dont :
 - 5 sages femmes ;
 - 6 infirmières généralistes ;
 - 2 manipulateurs radiologies ;
 - 1 masso- kinésithérapeutes ;
 - 3 infirmières anesthésistes.
- 19 administratifs dont :
 - 6 personnels d'appuis ;
 - 13 personnels administratifs.

2.1.5 -Organisation du service

L'organigramme du service est le suivant :

- Médecin Chef qui dirige l'hôpital
- Adjoint technique qui a sous son autorité :
 - ATU
 - Médecine
 - Chirurgie
 - Maternité
 - CRENI
- Adjoint administratif qui a sous son autorité :
 - Secrétariat
 - Laboratoire
 - Personnels
 - Comptabilité

ORGANIGRAMME DU CENTRE HOSPITALIER DE DISTRICT NIVEAU II D'ITAOSY



Schéma°17 : Organigramme du CHD II Itaosy

2.1.6 - Organisation des activités

-Le service A.T.U. (Accueil Triage Urgence) accueille les entrants et les orientent vers le service qui prend en charge leur cas comme la maternité en cas de grossesse et travail ou autre cas lié à la grossesse.

-Le suivi de grossesse en consultation prénatale est effectué chaque mardi et jeudi, les suivis post natal sont tous les après midi des jours ouvrables.

-La maternité, la chirurgie et la médecine accueillent 24 heures sur 24 heures leur patient correspondant.

-Le CRENI (Centre de Récupération et Education Nutritionnelle Intensive) prend en charge les enfants malnutris. Ce centre est à gestion privée.

-La Dentisterie accueille des patients tous les jours ouvrables de 8 heures à 16 heures.

2.2 -Type d'étude

Il s'agit d'une rétrospective sur les déchirures récentes du périnée au CHD II d'Itaosy.

2.3- Période étudié

Notre étude s'étale sur une période allant du premier janvier au 31 décembre 2008.

2.4 - Population cible

Elle est constituée par les parturientes présentant des déchirures du périnée dans le Centre Hospitalier de District Niveau II d'Itaosy pendant l'année 2008.

2.5 -Critères d'inclusion

Sont incluses dans l'étude les parturientes présentant des déchirures du périnée et des renseignements complets.

2.6 - Critères d'exclusion

Les femmes ayant des dossiers incomplets, présentant des lésions traumatiques pendant l'accouchement dont celles du col utérin, segment inférieur sont exclues de l'étude.

2.7 - Mode d'échantillonnage

Il s'agit d'une étude exhaustive.

2.8 - Taille de l'échantillon

Elle est constituée par 128 femmes qui ont présentées des déchirures périnéales parmi les 1508 femmes ayant accouchées par voie basse.

2.9 -Variables d'étude

Elles sont de 2 sortes : indépendante et dépendante.

2.9.1-Variable indépendante

Elle est représentée par la déchirure du périnée.

2.9.2-Variables dépendantes

Elles comprennent :

a- La fréquence :

- annuelle,
- menstruelle,
- trimestrielle.

b- Les caractéristiques maternelles :

- Age
- Gestité
- Parité
- Etat matrimonial
- Situation professionnelle
- Résidence
- Niveau d'étude
- Mode d'admission

- Suivi prénatal (CPN)
- Antécédents
- Type de déchirure
- Lésion associée

c- L'accoucheur ;

Représenté par les médecins, les Sages Femmes et les Etudiants (en Sage femmes et Médecine Humaine)

d- Les suites opératoires ;

e- Les caractéristiques fœtales :

- Présentations rencontrées
- Genre du bébé
- Poids de naissance
- Liquides amniotiques
- Périmètre crânien
- Etat à la naissance

2.10 - Mode de collecte des données

A cet effet nous avons effectué le dépouillement à partir des différents dossiers suivants :

- registre d'admission à la maternité,
- rapports annuels d'activité du service,
- protocoles d'accouchement,
- registre de déclaration de naissance,
- fiches d'évacuation sanitaire.

2.11 - Considération éthique et Déontologique

Notre étude était fondée sur le respect de la confidentialité des parturientes et par le respect des secrets médicaux.

2.12 - Limite de la recherche

Notre étude serait limitée au niveau de la CHD II d'Itaosy et ne peut pas être transposée à aucun centre Hospitalier.

2.13 -Mode d'analyse des données

Dans cette recherche l'analyse des données est effectuée suivant deux modes :

- Manuel
- -Informatisé

En utilisant le logiciel Microsoft office 2003.

-le logiciel Word est utilisé pour le texte et certains tableaux.

-les graphes et les autres tableaux sont élaborés avec le logiciel Excel.

Tableau n° 2 : Les variables selon les caractéristiques maternelles

Caractéristiques maternelles	Variables
Age	- ≤ 19 ans - 20 à 34 ans - 25 à 34 ans - ≥ 35 ans
Gestité	- G1 - G2 - G3 - G4 - ≥ G5
Parité	- primipare - pauci pare II- III - multipare IV- V - grande multipare VI et plus
Etat matrimonial	- mariées - célibataires - union libre
Situation professionnelle	- ménagère - cultivatrice - institutrice - commerçante - bureaucrate
Résidence	- urbaine - suburbaine - rurale
Niveau d'étude	- non scolarisé - primaire - secondaire - universitaire
Mode d'admission	- entrante directe - évacuation sanitaire - référée par un Médecin ou sage femme libre
Suivi prénatal (C.P.N)	- aucune - une - 2 à 3 - 4
Antécédents	- accouchement eutocique - accouchement dystocique - périnée cicatriciel - aucun
Types de déchirures	- 1 ^{er} degré - 2 ^e degré - 3 ^e degré - déchirure complète et compliquée - non précise
Lésions associées	- déchirure du col - délabrement vaginal - déchirure du vagin - thrombus vulvaire

Tableau n°3 : Les variables selon les caractéristiques fœtales.

Caractéristique fœtale	Paramètre
Présentation rencontrée	<ul style="list-style-type: none"> -céphalique -siège -face -sommet plus siège (gémellaire) -épaule conduplicato corporel
Sexe	<ul style="list-style-type: none"> -masculin -féminin
Poids de naissance	<ul style="list-style-type: none"> -<2500 g -2500g ≤ P <3000g -3000 à 3500g -≥3500g
Liquide amniotique	<ul style="list-style-type: none"> -clair -teinté -méconial -purée de pois -non précisé
Périmètre crânien	<ul style="list-style-type: none"> -inférieur à 35cm -supérieur à 35 cm
Etat à la naissance	<ul style="list-style-type: none"> -né vigoureux -né étonné -né asphyxié -né en état de mort apparente -non réanimé

3- Résultats

Ils sont présentés sous forme de tableaux et de figures.

3.1-Fréquence

3.1.1-Fréquence annuelle

En l'an 2008, nous avons recensé 128 cas de déchirures périnéales parmi les 1508 femmes accouchées soit un taux de 8,49 %.

3.1.2-Fréquence mensuelle

Tableau n°4 : Répartition mensuelle des femmes présentant une déchirure périnéale.

Mois	Janvier	Février	Mars	Avril	Mai	Juin	Juillet	Août	Septembre	Octobre	Novembre	Décembre	Total
Nombre de cas	15	08	11	04	06	12	19	07	13	07	18	08	128
Taux (%)	11,72	6,25	8,5	3,12	4,69	9,4	14,84	5,47	10,15	5,47	14,06	6,25	100

C'est au mois de novembre qu'on a observé un taux le plus élevé 14,06% et un taux minimal de 3,12% au mois d'avril.

Presque chaque mois on rencontre toujours des déchirures périnéales en 2008.

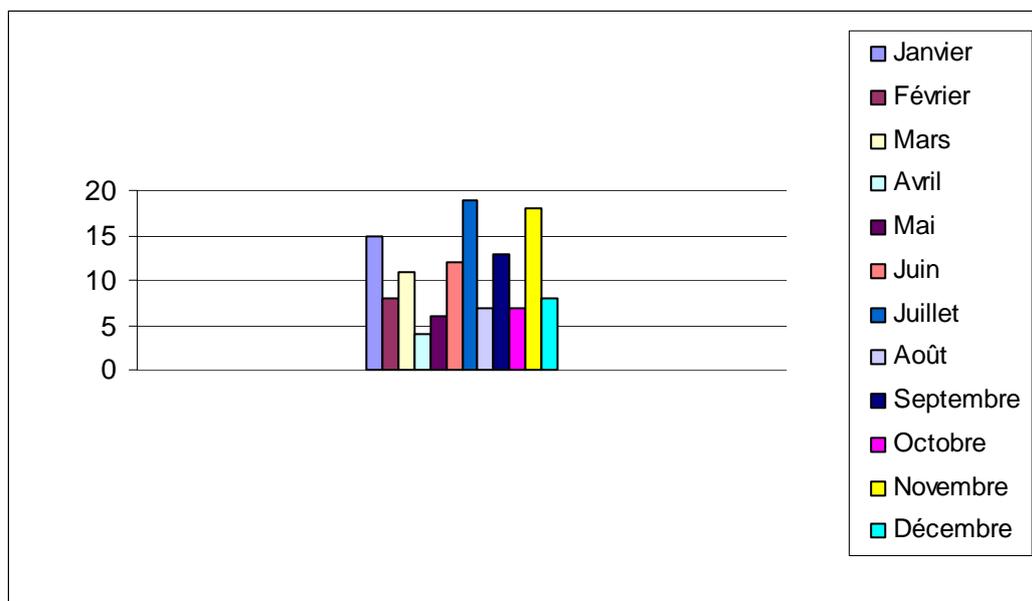


Figure n°1 : Effectif mensuel des femmes présentant une déchirure périnéale.

3.1.3-Fréquence trimestrielle des femmes présentant des déchirures périnéales.

Tableau n°5 : Répartition trimestrielle des femmes présentant des déchirures périnéales.

Période	Effectif
1 ^{er} trimestre	34
2 ^e trimestre	22
3 ^e trimestre	39
4 ^e trimestre	33
Total	128

C'est au troisième trimestre qu'on dénombre un effectif élevé de déchirure périnéale.

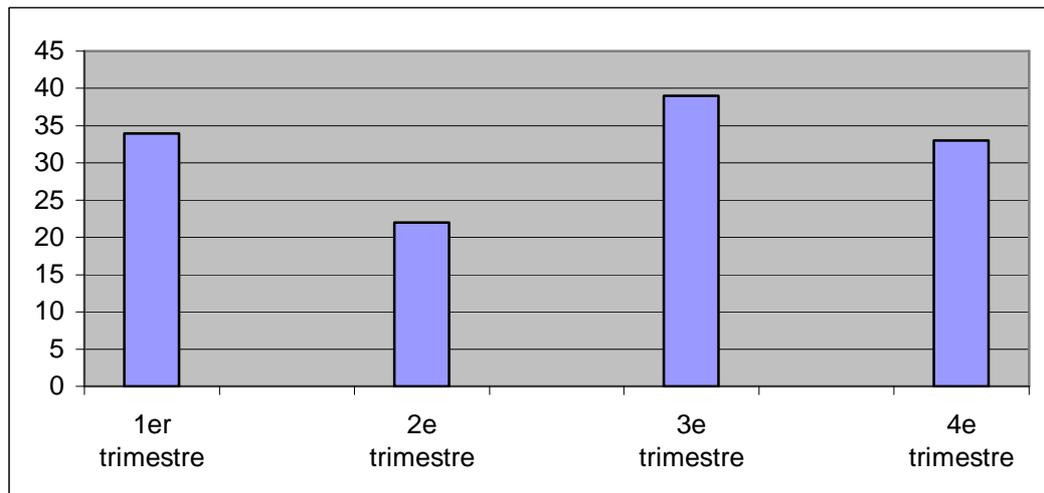


Figure n°2 : Effectif trimestriel des femmes présentant des déchirures du périnée.

3.1.4-Les déchirures du périnée au cours des 5 dernières années

Tableau n°6 : Fréquence des femmes présentant des déchirures depuis 5 ans.

Année	Effectif
2004	118
2005	132
2006	121
2007	129
2008	128

Il y a une légère baisse par rapport à l'année dernière. Chaque année on peut noter que le nombre de déchirure est toujours supérieur à cent.

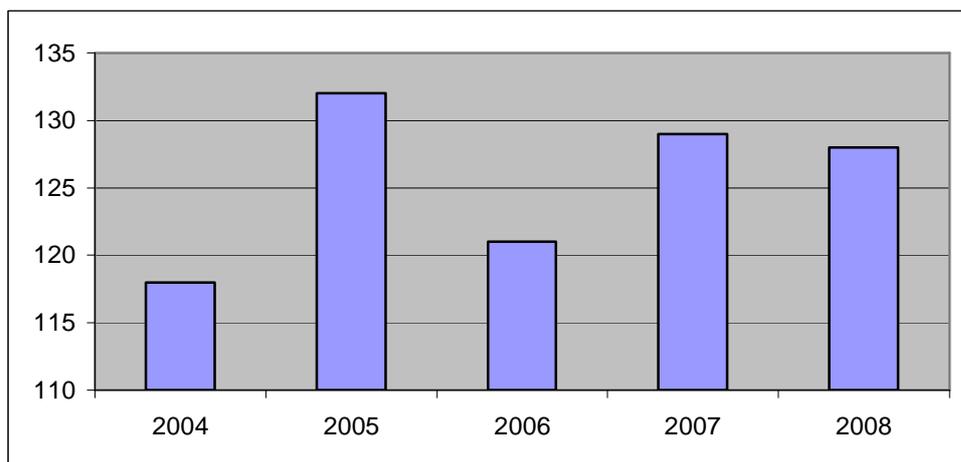


Figure n°3 : Effectif par an des femmes présentant des déchirures pendant 5 ans.

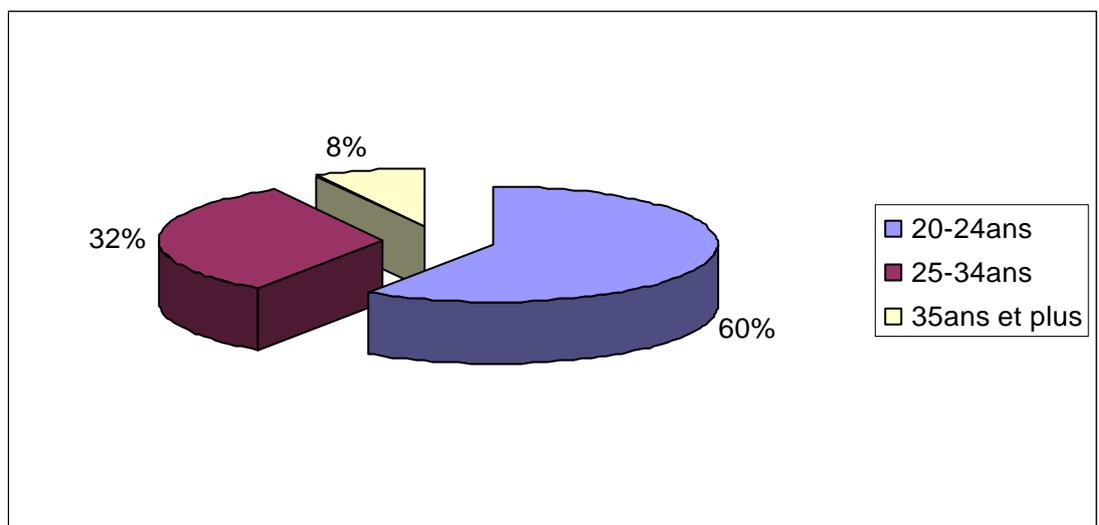
3.2-Caractéristiques Maternelles

3.2.1-Age

Tableau n°7 : Répartition des déchirures selon l'âge des accouchées.

Age	Nombre	Pourcentage
14-19 ans	17	13,28
20-24ans	66	51,56
25-34ans	36	28,12
35ans et plus	09	7,04
Total	128	100

Les femmes dans la tranche d'âge de 20 à 24 ans sont les plus exposées aux déchirures du périnée.

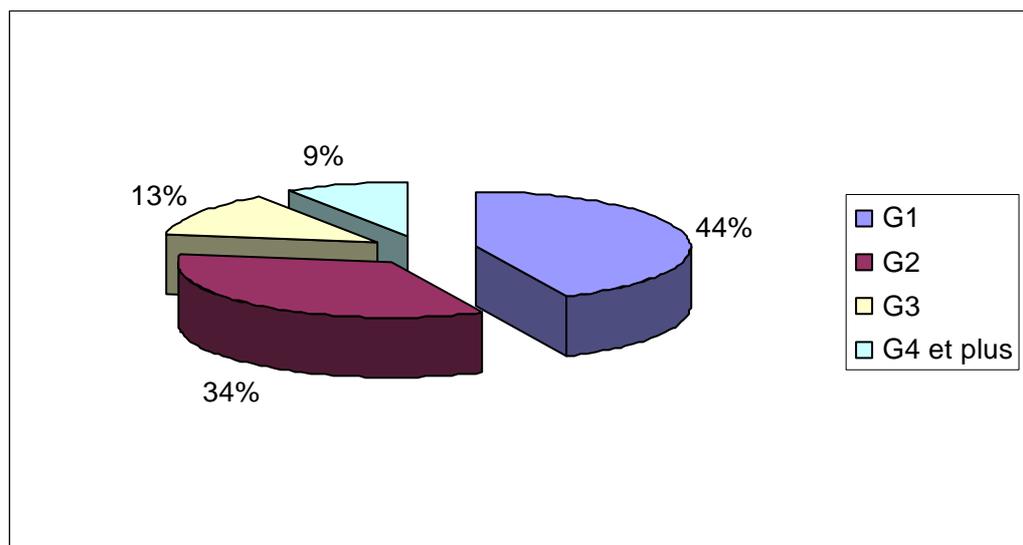
**Figure n°4 : Age des accouchées.**

3.2.2-Gestité

Tableau n°8 : Répartition selon la gestité.

Gestité	Nombre	Pourcentage
G1	44	42,97
G2	45	34,38
G3	17	13,27
G4 et plus	12	9,38
Total	128	100

Les femmes primigestes et secondigestes sont les plus nombreuses.

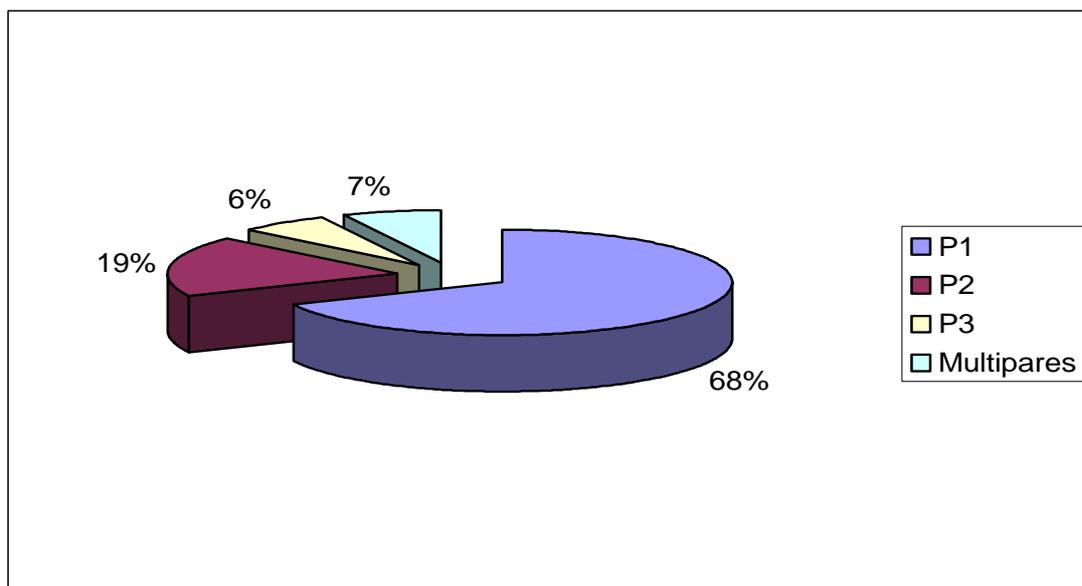
**Figure n°5 : Gestité des parturientes.**

3.2.3-Parité

Tableau n°9 : Répartition des femmes présentant des déchirures selon la parité.

Parité	Nombre	Pourcentage
P1	87	67,97
P2	24	18,75
P3	08	6,25
Multipares	09	7,03
Total	128	100

Les primipares sont majoritaires avec un taux de 67,97 %.

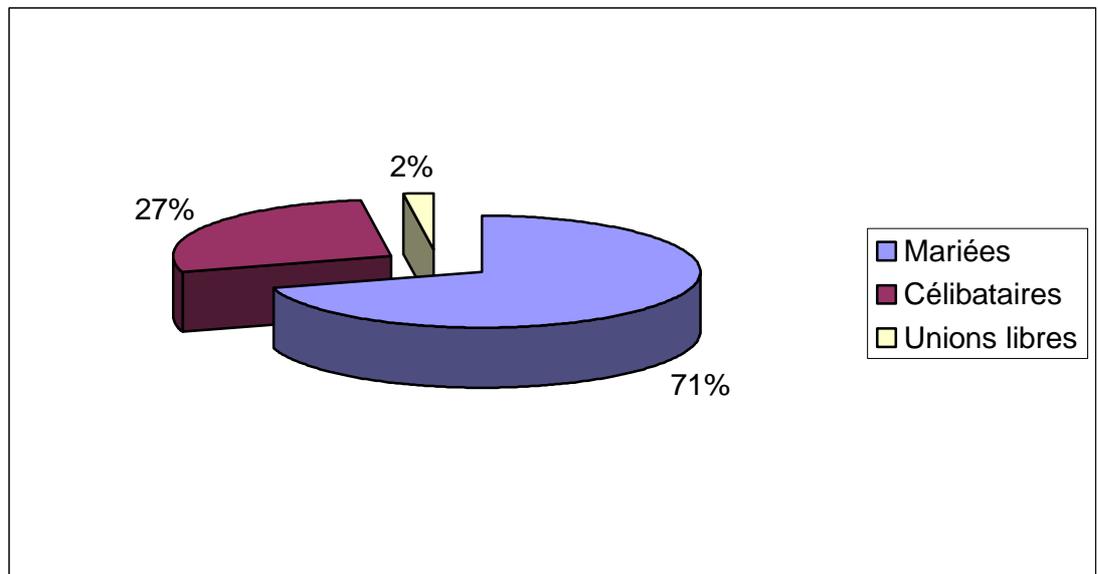
**Figure n°6 : Parité des parturientes.**

3.2.4-Etat matrimonial

Tableau n°10 : Répartition selon l'état matrimonial.

Etat matrimonial	Effectif	Pourcentage(%)
Mariées	90	70,31
Célibataires	35	27,34
Unions libres	03	2,35
Total	128	100

Les femmes mariées prédominent avec un taux de 70,31%.

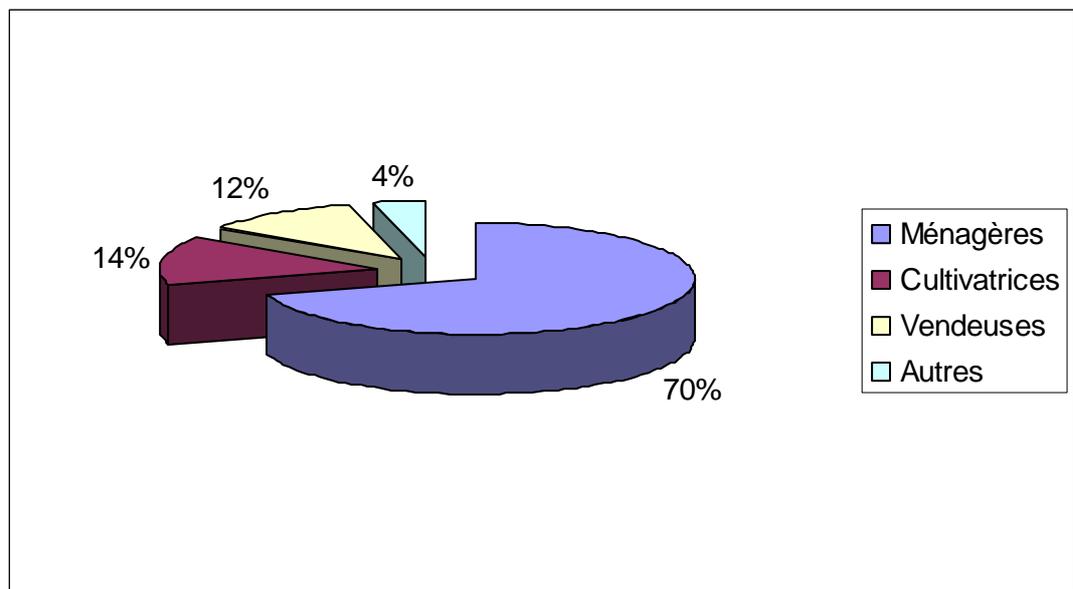
**Figure n°7 : Etat matrimonial des parturientes.**

3.2.5-Profession

Tableau n°11 : Répartition selon la profession des parturientes.

Profession	Nombre	Pourcentage
Ménagères	90	70,31
Cultivatrices	18	14,06
Vendeuses	15	11,72
Autres	05	3,91
Total	128	100

Les ménagères et cultivatrices ont fréquemment présenté des déchirures du périnée.

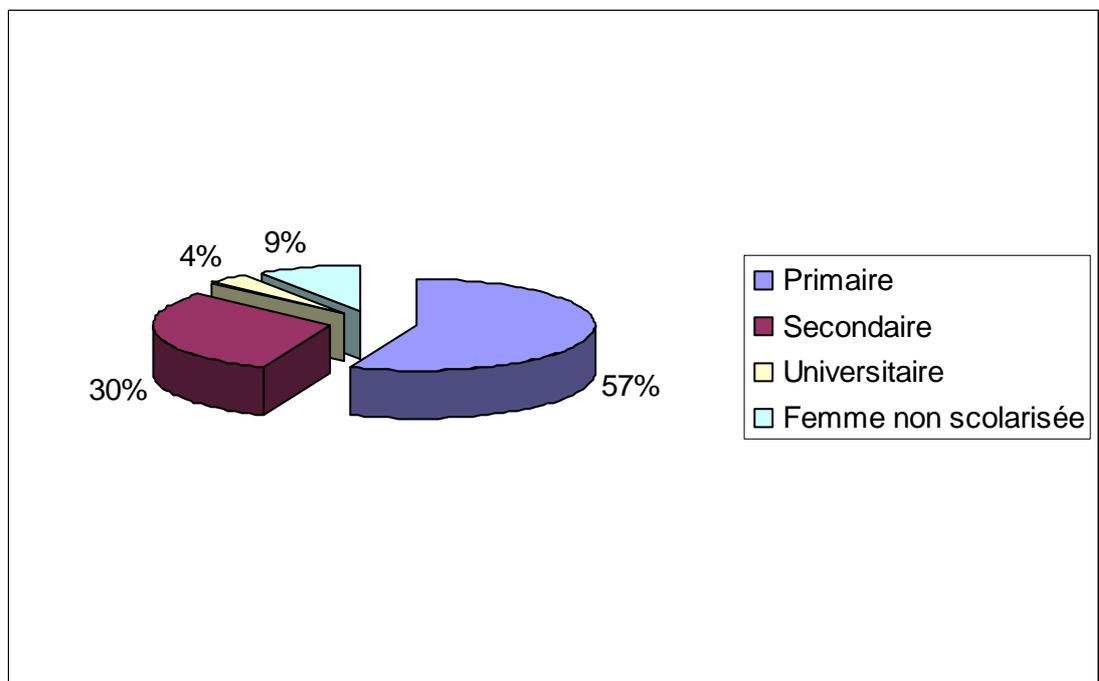
**Figure n°8 : Profession des parturientes.**

3.2.6-Niveau d'étude

Tableau n°12 : Répartition selon le niveau d'étude des parturientes.

Niveau d'étude	Nombre	Pourcentage(%)
Femme non scolarisée	12	9,37
Primaire	72	56,25
Secondaire	39	30,46
Universitaire	05	3,92
Total	128	100

Les femmes qui ont arrêtées leurs études au niveau primaire représentent plus de la moitié des cas de déchirure périnéale en 2008.

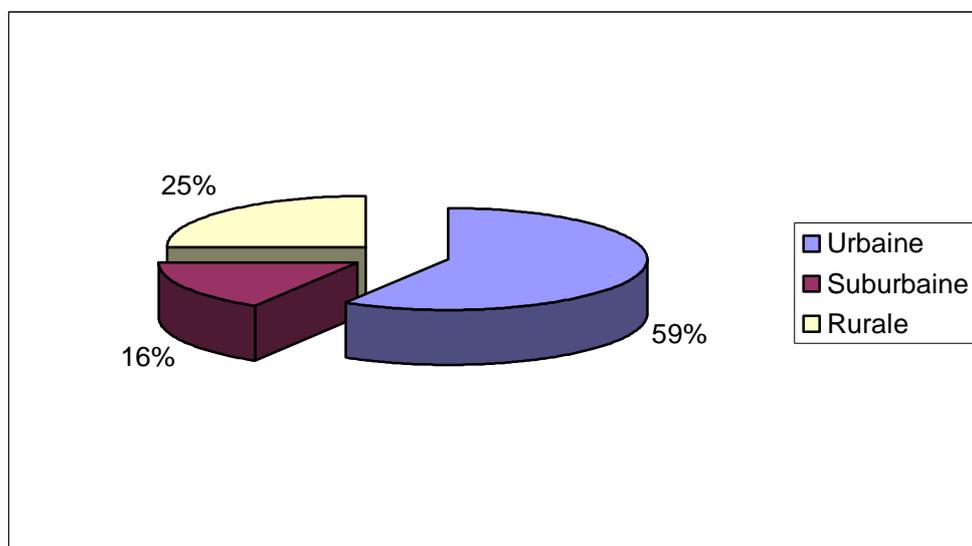
**Figure n° 9 : Le niveau d'étude des accouchées.**

3.2.6-Résidence

Tableau n° 13 : Répartition selon la résidence.

Résidence	Nombre	Pourcentage (%)
Urbaine	75	58,59
Suburbaine	15	16,41
Rurale	28	25,00
Total	128	100

Les femmes qui vivent en milieu urbaine sont les plus touchées avec un taux de 58,59%

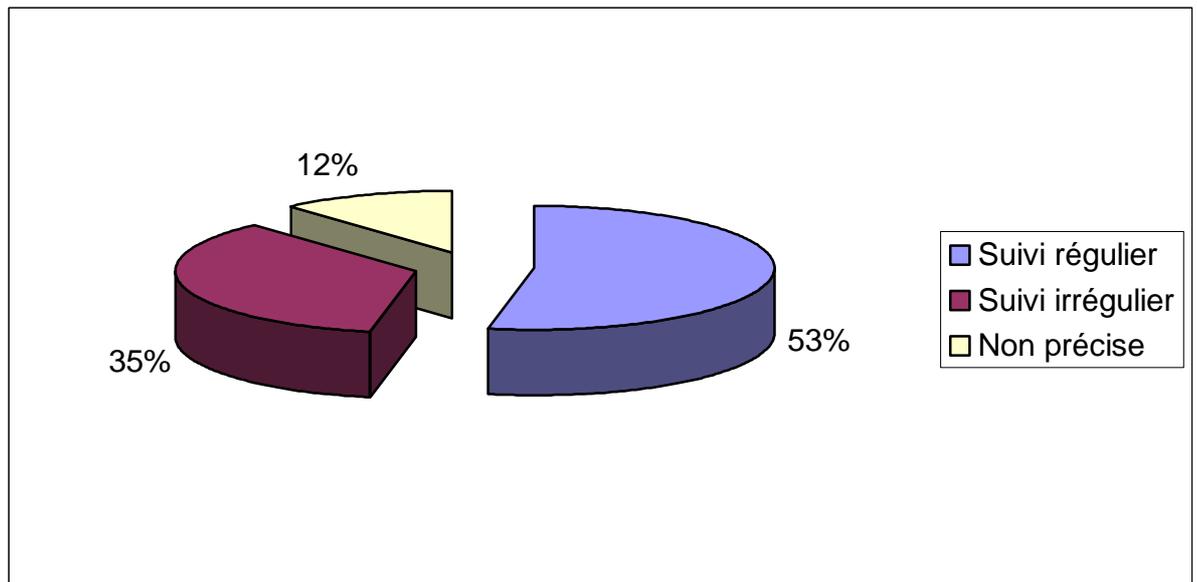
**Figure n°10 : Résidence des accouchées.**

3.2.8-Suivi prénatal

Tableau n°14 : Répartition selon les consultations prénatales.

Consultation Prénatales	Effectif	Pourcentages(%)
Suivi régulier	68	53,12
Suivi irrégulier	45	35,15
Non précise	15	11,73
Total	128	100

Quarante cinq femmes, soit 35,15%, ne suivent pas régulièrement la consultation prénatale.

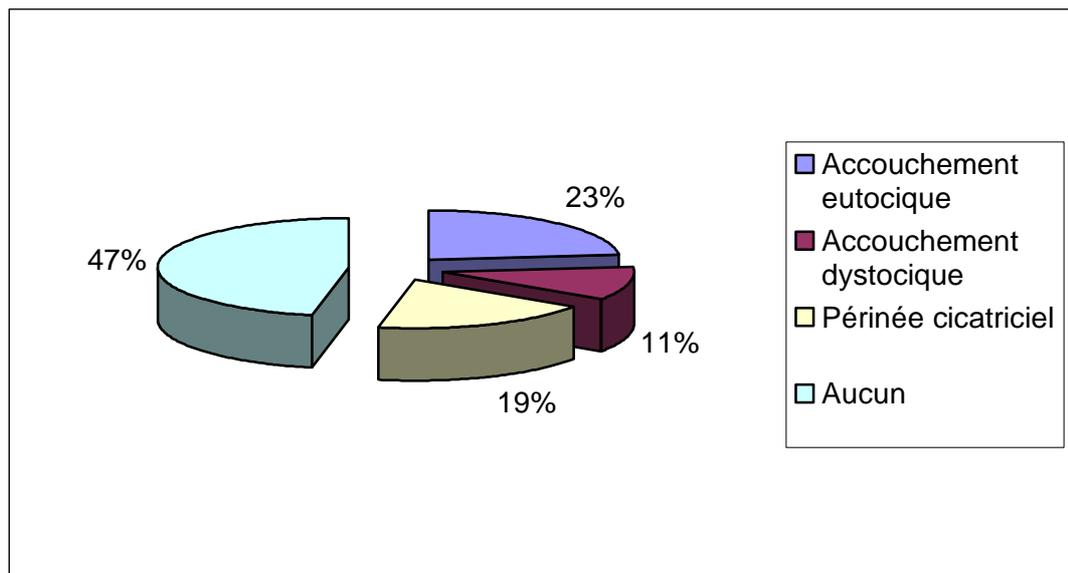
**Figure n°11 : Consultation prénatale des parturientes.**

3.2.9-Antécédents

Tableau n°15 : Répartition selon les antécédents.

Antécédents	Effectif	Pourcentage(%)
-Accouchement eutocique	30	23,43
-Accouchement dystocique	14	10,93
-Périnée cicatriciel	24	18,75
-Aucun	60	46,89
Total	128	100

La déchirure périnéale survient, même chez des femmes n'ayant aucun antécédent particulier.

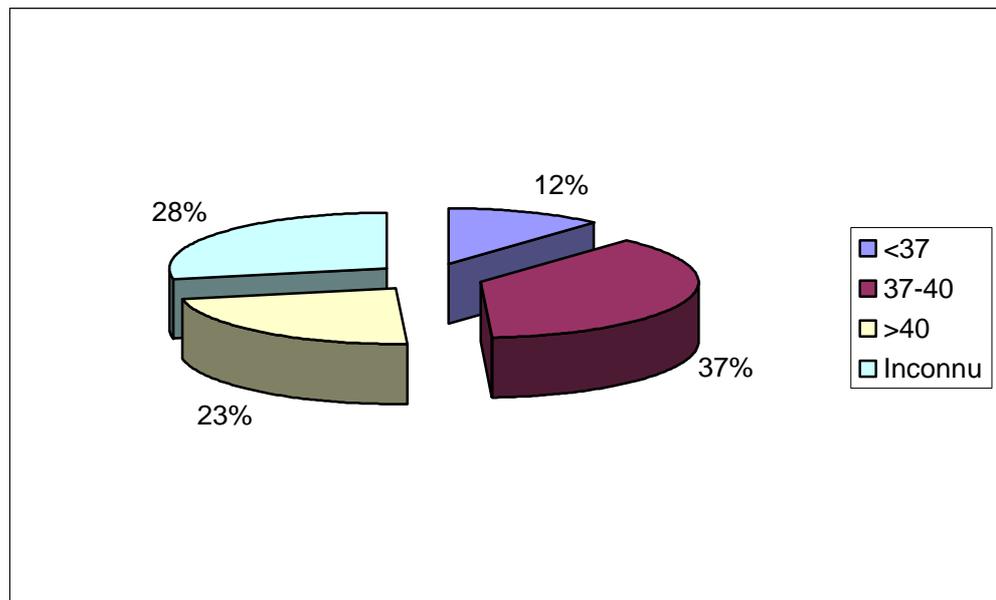
**Figure n°12 : Antécédent des parturientes.**

3.2.10-Age gestationnel

Tableau n°16 : Répartition selon l'âge gestationnel des parturientes.

Age de la grossesse (S.A)	Nombre	Pourcentage
<37	15	11,72
37-40	40	37,50
>40	29	22,66
Inconnu	36	28,12
Total	128	100

Les déchirures du périnée se rencontrent surtout chez les femmes enceintes d'âge gestationnel de 37 à 40 semaines d'aménorrhée (S.A).

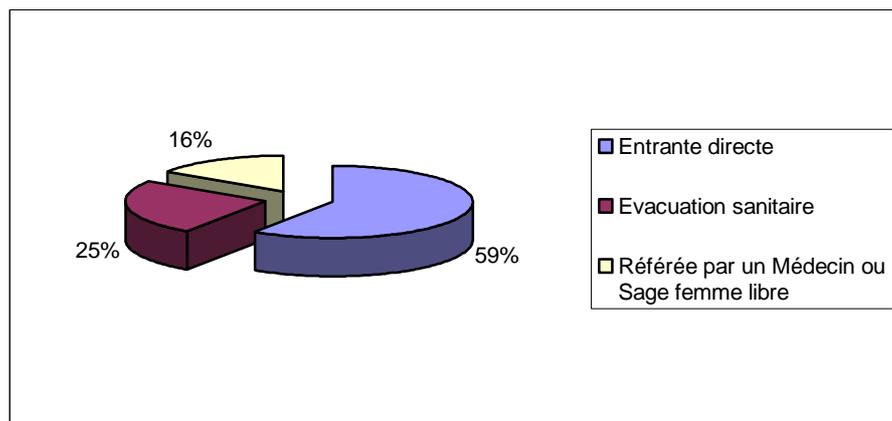
**Figure n°13 : Age gestationnel des parturientes.**

3.2.11-Mode d'admission

Tableau n°17 : Répartition selon le mode d'admission.

Mode d'admission	Nombre	Pourcentage(%)
-Entrante directe	76	59,39
-Evacuation sanitaire	32	25,00
-Référé par un Médecin ou Sage Femme libre	20	15,61
Total	128	100

Les entrantes directes sont les « victimes » les plus nombreuses de la déchirure périnéale.

**Figure n°14 : Mode d'admission des parturientes.**

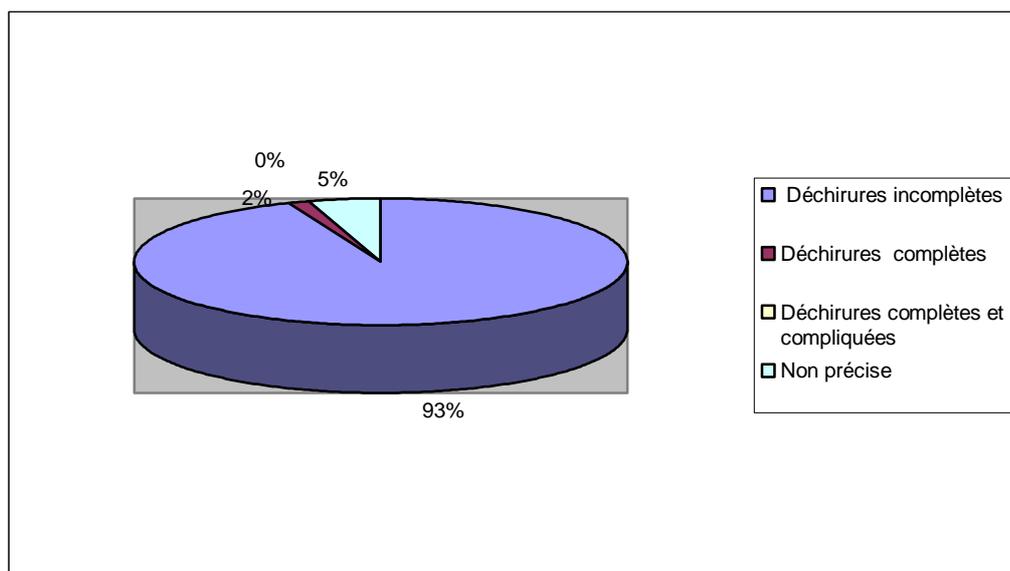
2.2.12-Types de déchirures

Tableau n°18 : Répartition selon les types de déchirures.

Types de déchirures	Effectif	Pourcentage
Déchirures incomplètes { 1 ^{er} degré 2 nd degré 3 ^e degré	{ 10 96 14	120 93,76
Déchirures complètes	02	1,56
Déchirures complètes et compliquées	00	0,00
Non précise	06	4,68
Total	128	100

Les déchirures incomplètes sont les plus fréquentes, surtout, du second degré.

Les déchirures complètes et compliquées n'ont pas été rencontrées. Pour six (6) cas, nous n'avons pas de précision sur les types de déchirures.

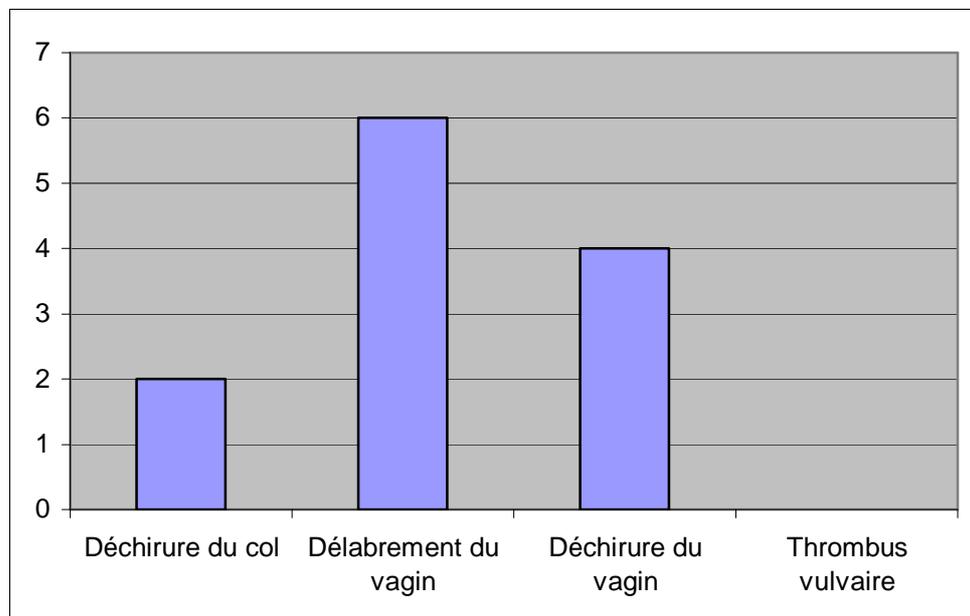
**Figures n°15 : Types de déchirures rencontrées.**

3.2.13- Lésions associées

Tableau n°19 : Répartition des lésions associées.

Lésions associées	Nombre
Déchirure du col	02
Délabrement du vagin	06
Déchirure du vagin	04
Thrombus vulvaire	00
Total	12

Trois lésions associées sont fréquemment rencontrées dont les déchirures du col, du vagin et délabrement vaginal.

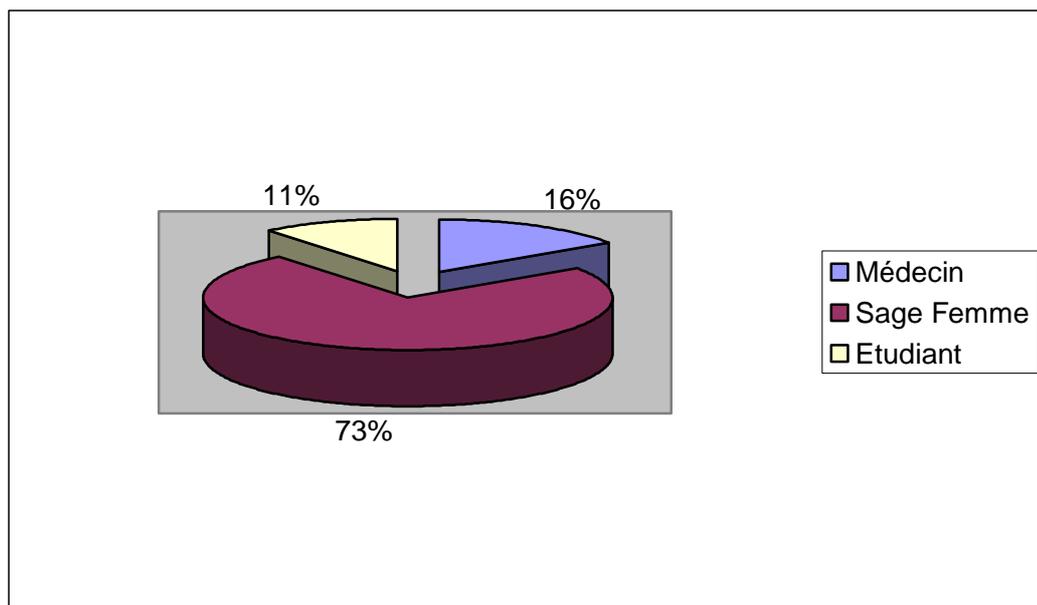
**Figure n°16 : Lésions associées rencontrées.**

3.3-Accoucheurs et déchirure du périnée

Tableau n°20 : Répartition des déchirures selon les accoucheurs ayant pratiqué l'accouchement.

Accoucheur	Nombre	Pourcentage(%)
Médecin	20	15,62
Sage Femme	94	73,44
Etudiant	14	10,94
Total	128	100

Les médecins n'ont pas pu éviter les déchirures périnéales lors des accouchements par voie basse dans 15,62% des cas. Les sages-femmes avec un taux de 73,44% et les étudiants à un taux de 10,94%. Ceci dit que tout accoucheur n'est à l'abri face à une déchirure périnéale.

**Figure n°17 : Effectif des déchirures du périnée selon les accoucheurs.**

3.4-Suites opératoires

-Les suites opératoires, bien conduits, sont en général, de bon pronostic .C'est à dire cicatrisation normale.

-Sur les 128 périnéales déchirés :

- 6 plaies sont suppurées ;

-122 plaies sont bien cicatrisées

-les parturientes sont revues par le Médecin après la réfection ;

-aucun décès maternel n'est à déplorer.

Tableau n°21 : Répartition des déchirures périnéales selon l'évolution des plaies après réfection.

Evolution	Effectif	Pourcentage(%)
Plaies suppurées	06	4,58
Plaies cicatrisées	122	95,32
Total	128	100

95,32 % des plaies périnéales sont bien cicatrisées après réfection.

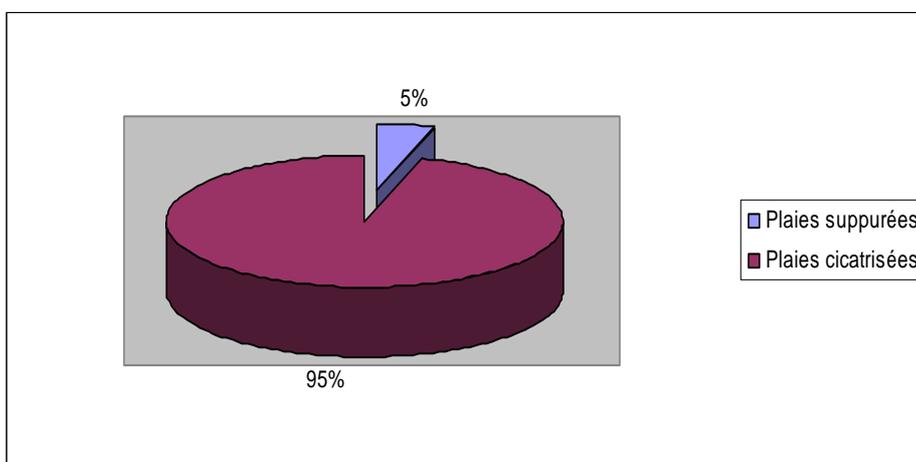


Figure n°18 : Evolution post opératoire des plaies de déchirure périnéale après réfection.

3.5-Caractéristiques foetales

3.5.1-Présentations rencontrées

Tableau n°22 : Répartition des déchirures selon les présentations rencontrées.

Types de présentation	Effectif	Pourcentages (%)
Céphalique (sommet)	120	93,75
Autres {	sièges	05
	face	01
	sommet plus siège (gémellaire)	01
	épaule (conduplicato corpore)	01
Total	128	100

Les déchirures des périnées se rencontrent, surtout, lors des accouchements avec des présentations céphaliques.

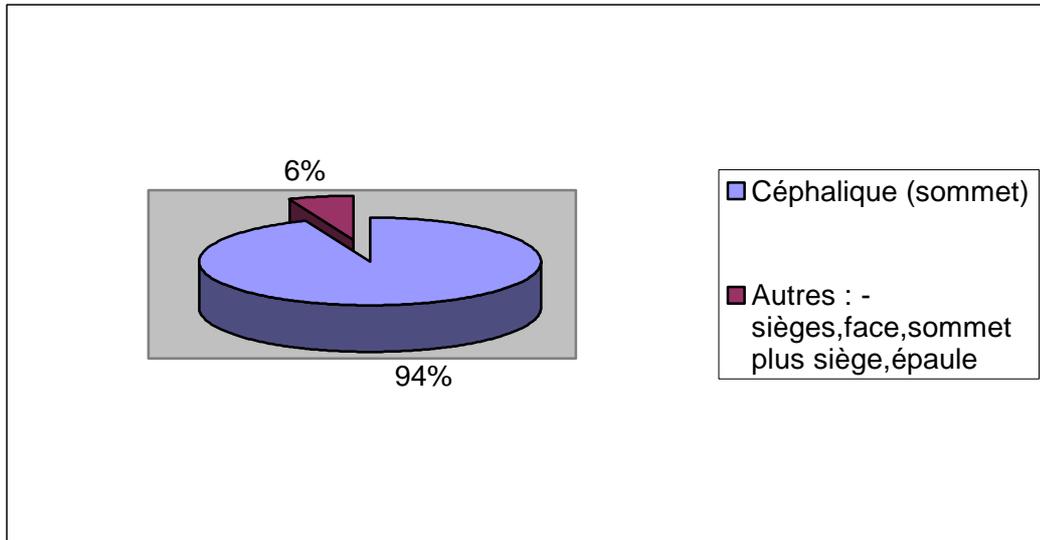


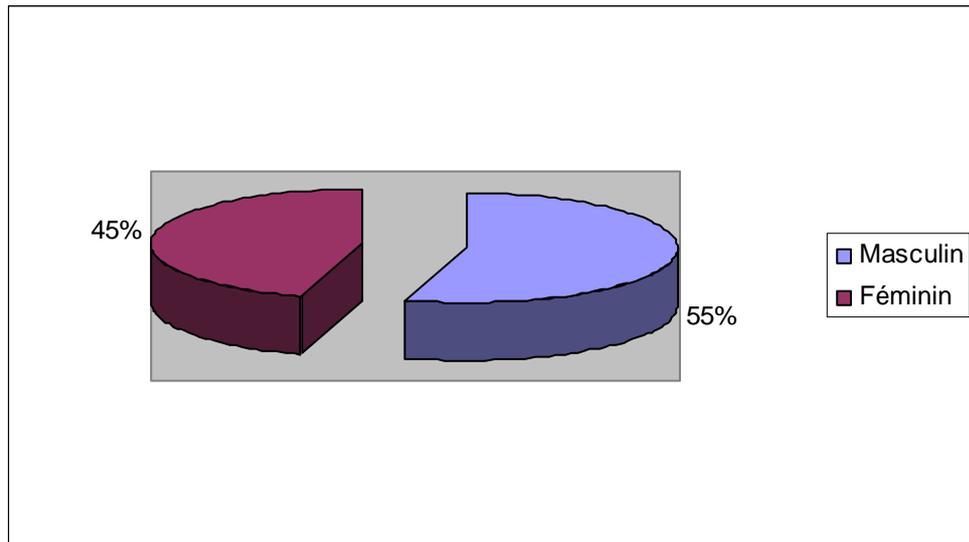
Figure n°19 : Présentations rencontrées lors des accouchements avec déchirures périnéales.

3.5.2-Genre du bébé

Tableau n°23 : Répartition selon le genre du bébé.

Genre	Nombre	Pourcentage(%)
Masculin	70	54,69
Féminin	58	45,31
Total	128	100

Les bébés de genre masculin prédominent, avec un taux de 54,69%.

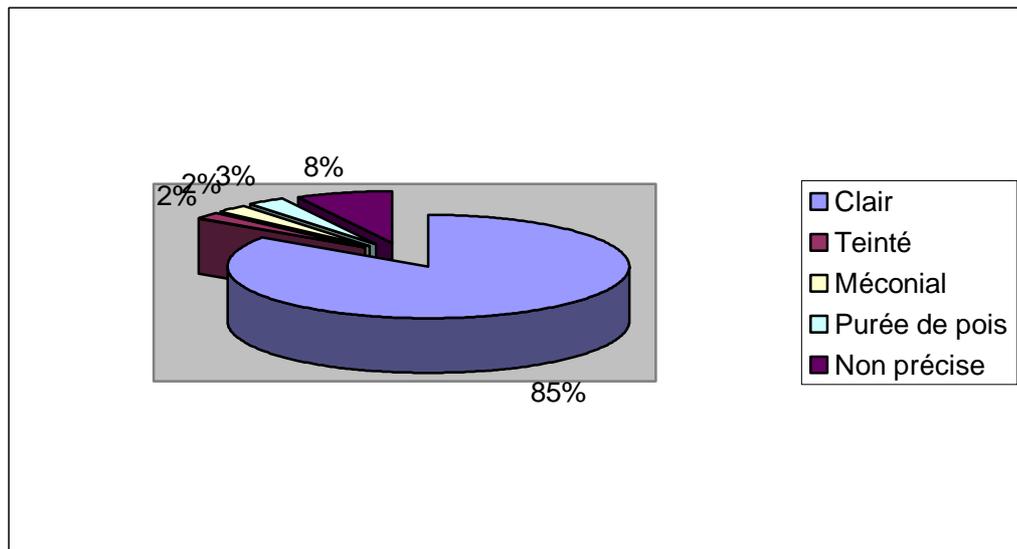
**Figure n°20 : Genre du bébé dans les déchirures rencontrées.**

3.5.3-Liquide amniotique

Tableau n°24 : Répartition selon l'état du liquide amniotique.

Aspect du liquide amniotique	Nombre	Pourcentages(%)
Clair	120	84,37
Teinté	03	2,34
Méconial	03	2,34
Purée de pois	04	3,12
Non précisé	10	7,83
Total	128	100

Le liquide amniotique clair est rencontré dans 84, 37 % des cas.

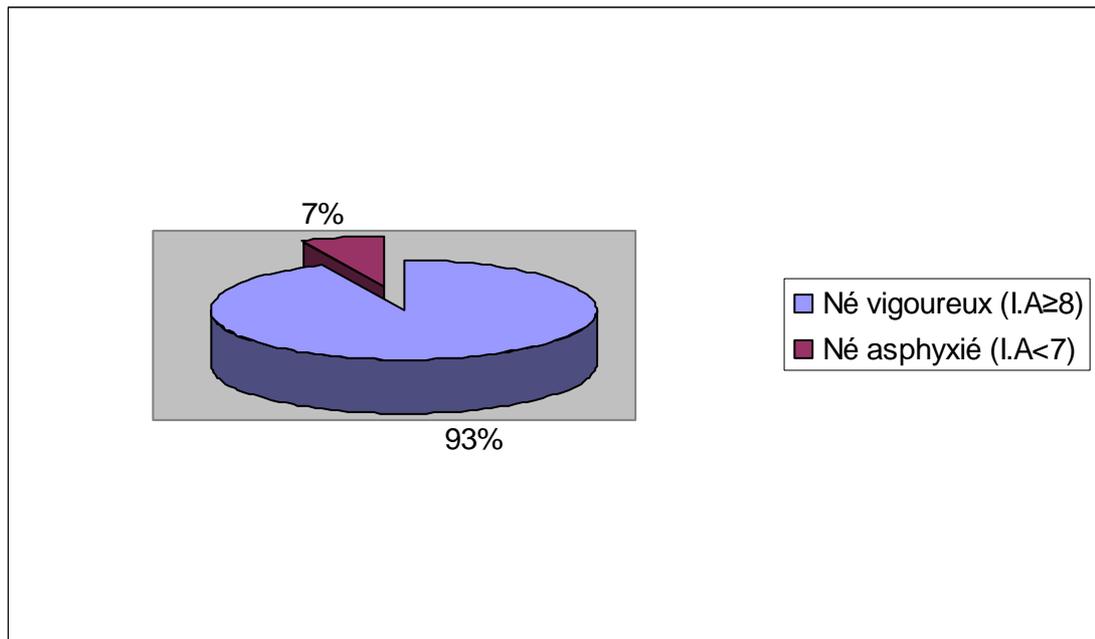
**Figure n°21 : Aspect du liquide amniotique.**

3.5.4-Etat du bébé à la naissance

Tableau n°25 : Répartition des déchirures selon l'état du bébé à la naissance.

Etat du bébé	Nombre	Pourcentage(%)
Né vigoureux (I.A \geq 8)	119	92,97
Né asphyxié (I.A<7)	09	07,03
Total	128	100

92,97 % des bébés sont nés vigoureux.

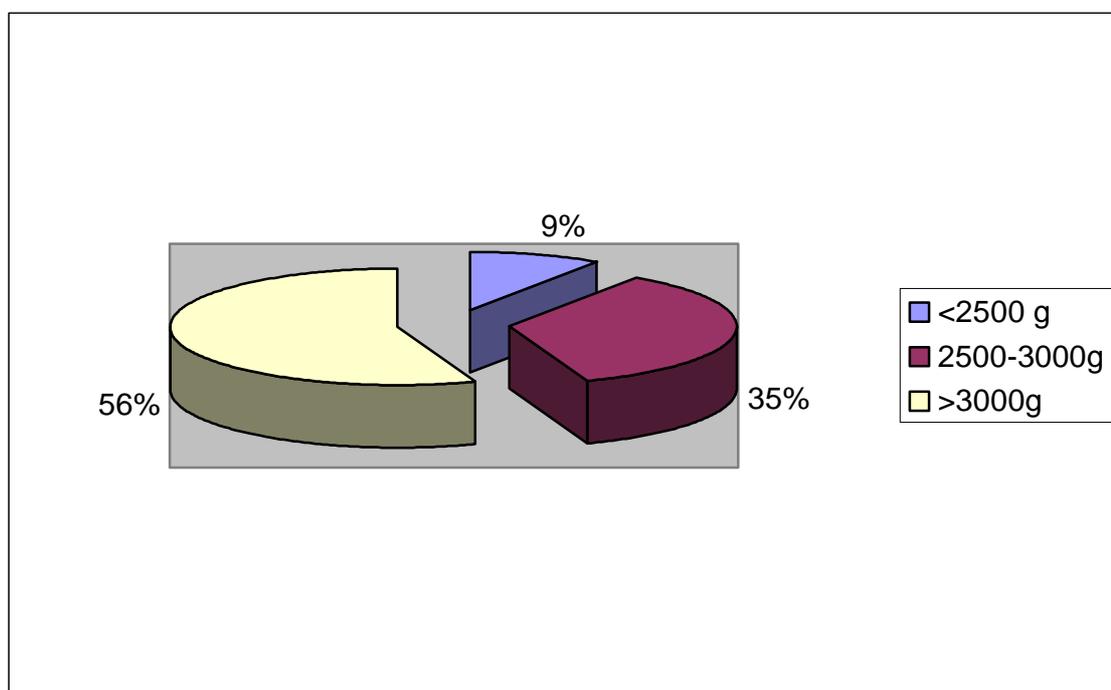
**Figure n°22 : Etat à la naissance des bébés.**

3.5.5-Poids du bébé à la naissance

Tableau n° 26 : Répartition des déchirures selon le poids du bébé à la naissance.

Poids du bébé	Nombre	Pourcentage (%)
<2500 g	12	9,38
2500-3000g	41	35,16
>3000g	71	55,47
Total	128	100

55,47 % des bébés pesant plus de 3000 g ont provoqué des déchirures périnéales lors de l'accouchement.

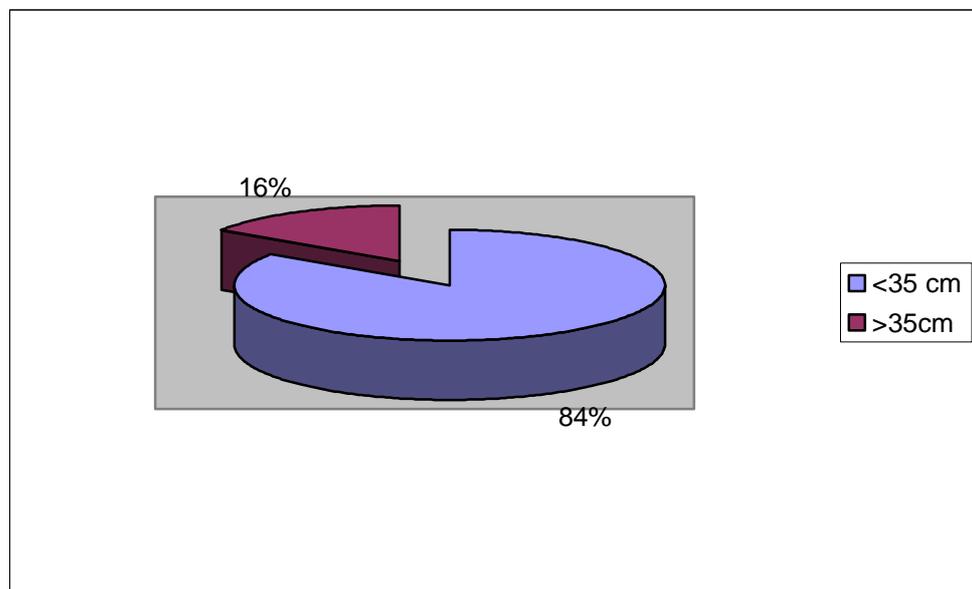
**Figure n° 23 : Poids à la naissance des bébés.**

3.5.6-Périmètre crânien du bébé à la naissance

Tableau n°27 : Répartition des déchirures périnéales selon le périmètre crânien des fœtus.

Périmètre crânien (cm)	Nombre	Pourcentage (%)
<35 cm	108	84,36
>35cm	20	15,64
Total	128	100

Le périmètre crânien normal avoisine les 35 cm.

**Figure n°24 : Périmètre crânien des bébés à la naissance.**

**TROISIEME PARTIE : COMMENTAIRES, DISCUSSION ET
SUGGESTIONS**

1- Commentaires et discussion

1.1- Habitude du service

Dans le service de la maternité du C.H.D.II d'Itaosy l'attitude obstétricale est uniformisée, assurée par une équipe cohérente, dans la surveillance de la grossesse, la technique d'accouchement et les suites de couches.

Lors de l'accouchement en cas d'épisiotomie, la réparation immédiate après la délivrance est pratiquée par les Internes ou une Sage Femme rompue à cette pratique. Les réparations pour les déchirures périnéales complètes, complètes et compliquées sont confiées aux Médecins du service.

1.1.1- Technique de réparation

-On effectue d'abord la préparation des instruments à utiliser dont :

- une paire de ciseaux,
- une pince de Kocher,
- une porte aiguille,
- deux pinces à disséquer dont une avec griffe,
- des fils pour suturer : Vicryl 2 .0 serti,
- des gants stériles et des compresses stériles,
- un produit anesthésique local : Xylocaïne à 1% sans adrénaline.

-Installation de la parturiente :

- en position gynécologique,
- toilette genito anale soigneuse,
- asepsie avec une solution de Bétadine Jaune en dehors des contre indications,
- mis en place d'un tampon vaginale pour barrer l'issue de sang qui vient de l'utérus.

-Suture :

La réparation s'effectue en plan par plan (musculaire, muqueuse vaginale et peau).

1.1.2- Soins post opératoires

Le périnée doit rester propre si on veut avoir une bonne cicatrisation.

Le service applique :

- le pansement quotidien sous forme d'attouchement à la Bétadine,
- la toilette périnéale après chaque miction et après chaque selle.
- changement fréquent de garniture.

En plus il conseille aux parturientes de garder la fermeture des jambes pendant quelques jours. De même une antibiothérapie de couverture, Amoxicilline 4 gélules par jour, pendant 5 jours est prescrite.

Avant l'exeat on apprécie l'état de cicatrisation de la plaie.

L'ablation des fils de suture se fait à titre externe, si on avait utilisé des fils non résorbables à la peau, ceci sept jours après la suture si la cicatrisation est jugée satisfaisante.

Dans le service, durant notre étude, nous avons 6 cas de plaie suppurée avec deux lâchages de suture nécessitant un retrait précoce des fils de suture et application des pansements adéquats pendant cinq jours et renforcement des antibiotiques (doublement des doses habituelles)

Ensuite on reprend la suture en un plan.

Les patientes revues au rendez-vous, fixé par les personnels du service, sont complètement guéries.

1.2- Fréquence

1.2.1-Fréquence totale annuelle

Dans notre étude on a recensé 128 cas de déchirures périnéales parmi les 1 508 femmes ayant accouchées, soit un taux de 8,49 %.

En France, 1,9% des femmes qui accouchent par voie basse ont une déchirure du périnée ; soit simple (1,8% des cas), soit complète (0,5%) voire compliquée à un taux de une fois sur 1 000. (23)

Nos chiffres sont supérieurs à :

- ceux des 5 pays Européens (29) et de la Maternité de Befelatanana (12) où l'excellence de la qualité de prise en charge des grossesses et de l'accouchement n'est plus à démontrer.

Ils sont inférieurs à :

- ceux du C.H.R.R de Toamasina (37), du C.H.D.II Maroantsetra (37), C.H.U. Rabat Maroc (34) où l'insuffisance de matériels technique, du personnels par rapport au nombre d'accouchements et la manque de formation, à visée préventive aussi bien que curative, du personnel sont probablement responsables du taux élevés des déchirures périnéales.

Dans notre série on a trouvé 8,49%

Tableau n°28 : Les déchirures du périnée dans différents centres Hospitaliers.

Centre Hospitaliers	Pourcentage
-C.H.R.R Toamasina (37)	16,42 %
-C.H.D.II Maroantsetra (37)	18,88%
-C.H.U. Rabat Maroc (34)	11%
-Cinq pays Européens (29)	0,1 à 1,3%
-C.H.U.A Maternité de Befelatanana (12)	5,17%
-Notre série	8,49%

1.2.2-Fréquence au cours des cinq dernières années

Le nombre de déchirures périnéales a tendance à diminuer d'année en année. Ceci s'explique par l'amélioration de l'infrastructure sanitaire et de la qualité de prise en charge des femmes enceintes, par les professionnels de santé, pour faire baisser chaque année cet accident traumatique de l'accouchement, à un taux minimal possible.

1.3-Caractéristique maternelles

1.3.1-Age

Les parturientes sont plus nombreuses entre 20 et 34 ans ainsi que le nombre de déchirure du périnée (79,68%).

Ce taux élevé est en relation avec la période de procréation des femmes située dans cette tranche d'âge.

Avant 19 ans le taux est de 13,28 %.

A partir de 35 ans, il diminue avec l'âge.

1.3.2-Géstité

79,35 % des accouchées avaient porté une à deux grossesses contre 9,38 % ayant plus de 4 grossesses ; cela s'explique que la période de procréation correspond à la primigestité et à la paucigestité.

1.3.3-Parité

La parité joue un rôle primordial parmi les facteurs prédisposant à la déchirure du périnée, surtout chez les sujets jeunes où le manque de capacité de distension du périnée fait le lit d'une déchirure.

Les femmes primipares sont les plus touchées par la déchirure périnéale, avec un taux de 67,97 %.

D'après Merger, 20 à 60 % des déchirures périnéales surviennent chez les primipares. (22)

L'étude faite à la Maternité d'Itaoty en 2001 a aussi montré la prédominance des primipares avec un taux de 62,28 % des cas. (12)

Tout cela confirme que la primiparité figure parmi les facteurs étiologiques dans la survenue de déchirures périnéales.

Le risque de déchirures diminue aux grossesses ultérieures :

-deuxième accouchement : 18,75 %

-troisième accouchement : 6,25 %

-chez les multipares : 7,03 %

Pour toutes les femmes, le premier accouchement par voie basse, compte plus de risque que les grossesses suivantes. (9)

1.3.4-Situation matrimoniale

La prédominance des femmes mariées légitimes a montré qu'actuellement, la plupart des couples préfèrent s'unir légitimement. Ceci s'explique par leur possibilité de subvenir aux impératifs financiers de l'accouchement et leur disponibilité à se concentrer beaucoup sur leur grossesse d'où l'attitude de rejoindre le C.H.D.II pour accoucher.

1.3.5-Profession

La catégorie des femmes, fréquemment frappées par le traumatisme obstétrical du périnée, est celles des femmes qui exercent du travail nécessitant un effort physique élevé : les ménagères, les cultivatrices, les vendeuses.

Ramanamisata G. a révélé dans son étude que 46,61 % des femmes, ayant présentées des déchirures périnéales lors de l'accouchement, sont des ménagères.(31)

Les femmes ayant beaucoup d'activité physique sont les plus menacées par la déchirure du périnée du fait d'un manque d'effort lors de l'expulsion .La fatigue peut être alors considérée comme un facteur favorisant.

1.3.6-Consultation prénatale :

Dans notre étude 53,12 % de nos parturientes ont suivi régulièrement la consultation prénatale.

Quarante cinq gestantes ne sont pas assidues (35,15 %).

Tout le monde s'accorde actuellement sur l'importance de la consultation prénatale.

Celle-ci permet de diminuer les risques et les complications obstétricales, lors de l'accouchement en dépistant les anomalies de la grossesse.

1.3.7-Antécédants

Soixante parturientes n'ayant aucun antécédent obstétrical particulier prédominant, avec un taux de 46,89 %.

Ce taux élevé montre que la survenue de déchirure périnéale est imprévisible.

La déchirure du périnée est un accident et comme tout accident, elle ne choisit pas ses victimes.

Blanc B. Définit l'accident comme un événement imprévu et soudain qui provoque une lésion ou un trouble fonctionnel permanent ou passager. (1)

Donc même en l'absence d'antécédent particulier chez la femme, les déchirures périnéales peuvent survenir, demandant la compétence de l'accoucheur et la coopération de la parturiente avec celui-ci au moment du dégagement.

1.3.8-Résidence et mode d'admission

L'étude de la provenance des parturientes permet de dire qu'elles préfèrent accoucher à l'Hôpital plus spécialisé et en présence de personnel compétent.

La forte proportion de lésion du périnée chez les entrantes directes (59,39 %) confirme cette hypothèse.

1.3.9-Types de déchirures

On n'a pas rencontré de déchirures fermées .Les déchirures ouvertes incomplètes du second degré sont les plus nombreuses avec 96 cas, suivis par les premiers et les troisièmes degrés.

Nos résultats sont différents de ceux du C.H.U. Toulouse France où prédominent les déchirures incomplètes du premier degré chez leur parturiente (99,05 %).

Deux cas de déchirures complètes sont observés dans le service de Maternité Itaosy, soit un taux de 1,56 %.

On n'a pas trouvé de déchirures complètes et compliquées.

Tout cela s'explique par les efforts fournis par les agents de santé du service lors de la pris en charge de la troisième phase de l'accouchement, la délivrance.

1.3.10-Selon l'accoucheur

A part les facteurs pouvant entraîner la survenue d'une déchirure périnéale chez une femme, facteurs venant du bébé ou de la mère, le rôle de l'accoucheur tient une place très importante dans le déroulement de l'accouchement.

En effet l'habileté de l'accoucheur est la garantie de l'issue favorable de l'accouchement.

73,44 % des cas de déchirures périnéales surviennent chez les parturientes accouchées par les Sages Femmes. Celles - ci ont pour tâche d'accoucher les femmes dans une Maternité .Les autres agents ne font que les aider.

1.3.11-Suites opératoires

Elles sont en général bonnes.

Les 6 plaies suppurées (4,68%) peuvent être dûes à un manque de suivi, mauvaise hygiène et non respect des soins post opératoires de la part des patientes.

Dans la réfection des plaies périnéales, l'expérience de l'opérateur joue un rôle primordial pour le bon pronostic de cicatrisation des déchirures.

1.4- Caractéristiques fœtales

1.4.1- Présentations rencontrées

Les déchirures périnéales sont vues dans les présentations céphaliques en particulier « du sommet » dans 93,75 % des cas.

La présentation est la partie du fœtus qui se met en contact avec le détroit supérieur.

D'après Andriamanalina la présentation céphalique est prédominante avec un taux de 95,61 % des cas.

Cela peut s'expliquer par le fait que la présentation céphalique est la plus eutocique, donc la plus rencontrée chez les femmes enceintes. La déflexion céphalique au cours du dégagement favorise aussi la déchirure du périnée.

Pour la présentation du siège, elle entraîne fréquemment une déchirure, surtout chez la primipare. (18)

Pour l'épaule conduplicato corpore c'est une présentation dystocique dont on rencontre très rarement chez les femmes enceintes.

Mais la déchirure périnéale peut se rencontrer dans tous les types de présentation.

1.4.2- Genre du bébé

54,69 % des bébés de nos parturientes sont de sexe masculin, par contre 43,31 % sont de sexe féminin.

Il n'y a pas d'explication évidente dans ce phénomène.

1.4.3- Le liquide amniotique

Après rupture de la poche des eaux, l'aspect du liquide amniotique peut être clair, teinté, méconial ou en purée de pois.

L'aspect clair confirme l'absence d'une souffrance fœtale aigue ; les aspects, teintés et méconial, marquent le début d'une souffrance fœtale. La purée de pois révèle une infection du liquide amniotique et un état de souffrance fœtale grave, qui pouvait être déjà installée précocement durant la grossesse.

Dans notre étude l'aspect clair prédomine avec un taux de 84,37 %. Les aspects teintés et méconial représentent 2,34 % chacun et la purée de pois est à un taux de 3,12 %.

Ceci démontre qu'il n'y a pas de rapport entre la survenue d'une déchirure du périnée et la souffrance fœtale.

Des pathologies installées durant la grossesse se trouvent parmi les causes d'une souffrance fœtale.

Toutefois un allongement de la période d'expulsion, qui est un des facteurs de risque de déchirure périnéale peut induire un début de souffrance fœtale donc peut occasionner un liquide amniotique non clair. (20)

1.4.4-Etat du bébé à la naissance

Sur 128 cas de déchirures périnéales enregistrées 119 cas soit 92,97 % sont provoquées par les bébés nés vigoureux, ce risque augmente avec la mobilité fœtale.

Cela s'explique par le fait que la mobilité fœtale perturberait la progression normale du fœtus dans la filière génitale, lors de l'expulsion. Cette mobilité des bébés vigoureux entraîne ainsi la distension brutale du périnée, source de déchirure.

1.4.5-Poids à la naissance

Le poids reflète le volume du bébé et ce volume joue un rôle important dans la survenue d'une déchirure périnéale lors de l'accouchement. (15)

Concernant le paramètre pondéral, les bébés ayant un gros poids à la naissance sont majoritaires, on a relevé 71 bébés ayant un poids supérieur à 3000 g, soit un taux de 55,47 %.

Cela confirme que l'excès de volume fœtal est un des facteurs prédisposant à la déchirure du périnée. (15)

Cependant les bébés de poids inférieur à 2500 g ont provoqué des déchirures à cause de leur sortie trop rapide, ne permettant pas la protection à temps du périnée. Le dégagement est ainsi mal contrôlé.

1.4.6-Périmètre crânien

15,64 % des bébés de nos parturientes ont un périmètre crânien supérieur à 36 cm. Le périmètre crânien, comme le volume du bébé, constitue l'un des facteurs qui prédispose à une femme, une déchirure périnéale.

Mais les bébés à périmètre crânien trop petit engendrent une déchirure périnéale, par son dégagement trop rapide, ne permettant pas au périnée le temps de s'amplifier suffisamment.

Notre étude a relevé 84,36 % des bébés ayant un périmètre crânien inférieur à 35 cm.

2- Suggestions

Afin de prévenir les conséquences de l'accident traumatique, lors de l'accouchement, représenté par les déchirures du périnée ; des propositions sont avancées.

2.1-Renforcement de la communication pour le changement de comportement des parturientes

Elle consiste à :

- Encourager les femmes enceintes à accoucher en milieu hospitalier ;
- sensibiliser les femmes à mieux s'alimenter et se reposer durant la grossesse : éducation hygiéno-diététique pour prévenir la souffrance fœtale et un travail prolongé, source de déchirure périnéales ;

- faire connaître aux femmes l'intérêt de la consultation prénatale qui permet une surveillance de la grossesse :
 - Dépistage des affections acquises ou préexistantes telles que le diabète, l'obésité, l'hypertension artérielle, les malformations du bassin, dépistage des « périnées fragiles », résistants ou cicatriciel.
 - mesure systématique de la distance ano- pubienne,
 - pratique des examens complémentaires comme l'échographie pour dépister une anomalie de la croissance fœtale, la radiographie pour étudier la forme, les dimensions du bassin et l'amnioscopie ou monitoring pour rechercher une éventuelle souffrance fœtale.

2.2-Formation et recyclage du personnel de santé

Indispensable pour une meilleure prise en charge des patientes surtout dans la pratique de l'accouchement, l'indication et la manipulation des instruments obstétricaux qui permettent aux agents de santé d'améliorer les connaissances déjà acquises.

Un professionnel de santé bien formé apte à :

- connaître les facteurs de prédisposition à une déchirure périnéale ;
- assurer une bonne conduite de l'accouchement, en protégeant correctement le périnée contre l'issue brutale de la tête du fœtus ;
- pratiquer une épisiotomie systématique dans les cas suivants :
 - périnée cicatriciel, trop court ;
 - application de forceps et extraction du siège chez une primipare ;
 - dystocie de l'épaule ;
 - distension anormale du périnée ;

- « amincissement et blanchissement » du périnée.
- bien réparer les lésions périnéales quelles que soit leur nature.
- enseigner aux accouchées à éviter l'abduction large des cuisses pouvant entraîner la tension des sutures.

2.3-Amélioration de l'infrastructure et l'équipement matériel du centre

Il faut mettre en place un programme de santé comprenant des activités et des structures qui répondent et donnent satisfaction aux besoins des parturientes.

La xylocaïne, qui est un produit anesthésique local, doit être gratuitement dispensé aux femmes présentant des déchirures du périnée.

En effet de nombreuses parturientes n'ont pas la possibilité de s'en procurer, retardant la réparation et compromettant ainsi la bonne cicatrisation des plaies périnéales.

L'acquisition des techniques de réalisation et de suture de l'épisiotomie, et celles des réparations anatomiques des déchirures périnéales est indispensable aux accoucheurs de première ligne que sont la Sage Femme et le Médecin.

CONCLUSION

CONCLUSION

On désigne sous le nom de déchirures obstétricales du périnée, des sections des divisions des tissus cutanés, muqueux et musculo-aponévrotique, fraîchement créées par le traumatisme obstétrical et situé dans l'espace ano-vulvaire. Elles peuvent être fermées ou ouvertes. Elles se produisent au moment de dégagement lorsque l'expulsion a été trop brutale, ou lorsque le périnée qui était trop étroit ou fragile n'a pas permis le passage de la tête ou des épaules.

Les déchirures du périnée devront être, dans la mesure du possible, à éviter par un bon dégagement et en utilisant l'épisiotomie dont la réparation est plus aisée et les séquelles fonctionnels (par exemple : dyspareunie) seront évitées par une technique soigneuse.

Une étude rétrospective effectuée au C.H.D.II Itaosy en 2008 a permis de constater les faits suivants : on a relevé 128 cas de déchirure périnéale soit 8,48 % des femmes accouchées, le gros fœtus, l'exercice physique trop forte, la primiparité en sont les principaux facteurs favorisants. Les suites post opératoires après les réfections ont été satisfaisantes.

En guise de suggestions, nous avons proposé :

- le renforcement de la communication pour le changement de comportement des parturientes sur les déchirures du périnée,
- formation et recyclage du personnel de santé,
- amélioration de l'infrastructure et de l'équipement matériel du centre.

S'il est injuste d'imputer systématiquement à l'accoucheur la responsabilité des déchirures des voies génitales, auxquelles sont indiscutablement prédisposées certaines femmes, un bon agent de santé doit pouvoir éviter la plupart des grandes déchirures du périnée. L'épisiotomie doit être largement employée à condition de n'être pas considéré comme « un geste mineur ».

Les sutures périnéales doivent être toujours faites soigneusement, quitte à leur consacrer le temps nécessaire et l'on doit avoir le souci d'éviter leur infection.

ANNEXE

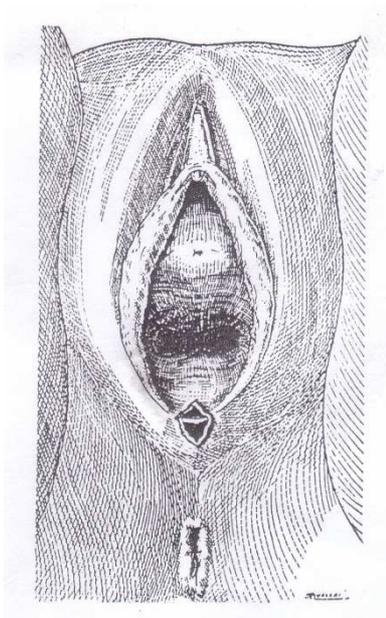


Schéma n°2 : Déchirure périnéale incomplète du premier degré

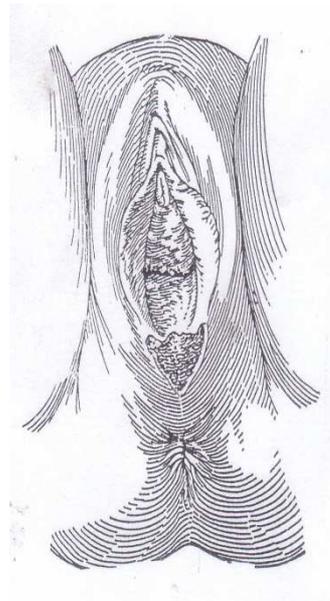


Schéma n°3 : Déchirure périnéale incomplète du deuxième degré

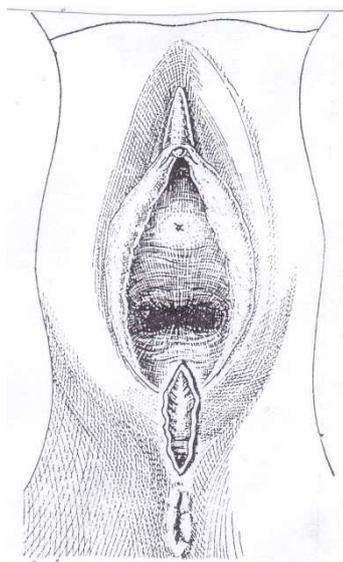


Schéma n°4 : Déchirure périnéale incomplète du troisième degré
Les déchirures incomplètes

Source : Kamina P. Anatomie gynécologique et obstétricale. Maloine, 1994(3)

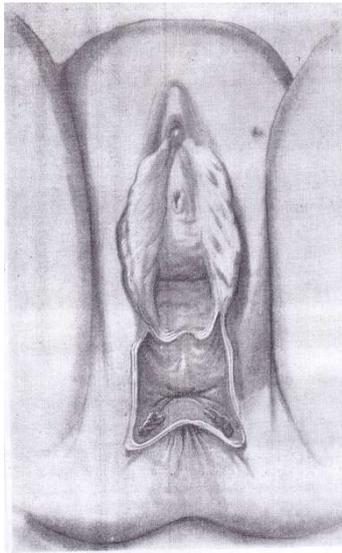


Schéma n°5 : Déchirure complète du périnée
 A la partie inférieure de la vaste plaie périnéale on voit, dessinées en sombre, les deux extrémités, rétractées latéralement, du sphincter anal.

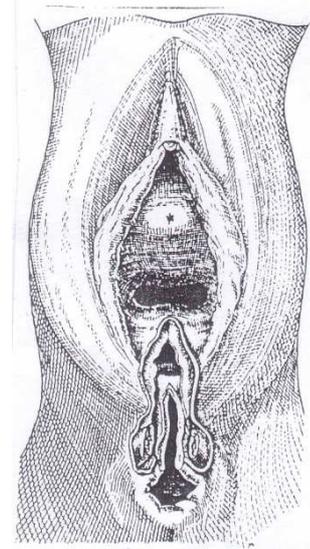


Schéma n°6 : Déchirure complète et compliquée du périnée.
 (Rupture du sphincter anal et déchirure rectale)

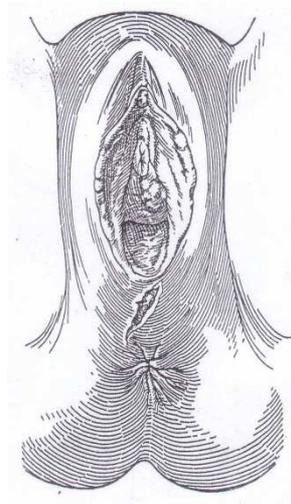


Schéma n°7 :Rupture centrale du périnée.

Source : P. Kamina Anatomie gynécologique et obstétricale Edition

Maloine ,1994 (3)

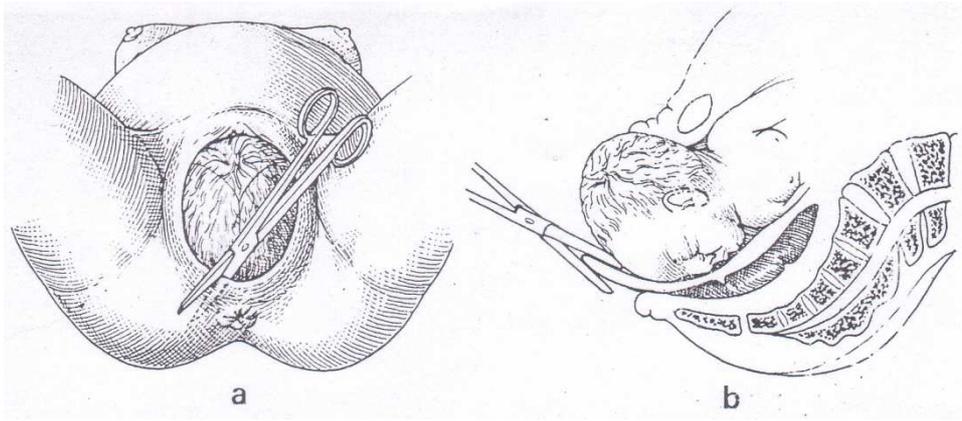
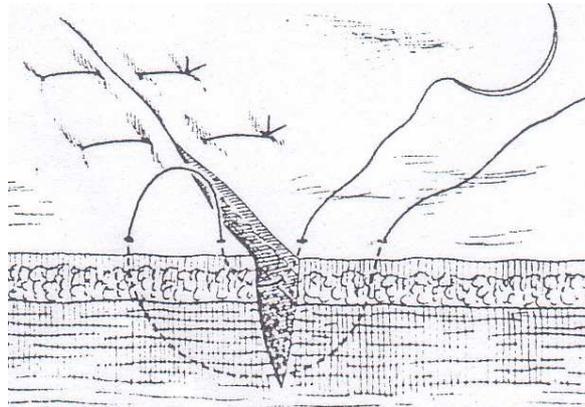


Schéma 8 : Réalisation d'une épisiotomie.

a- Vue de face : les ciseaux partent du milieu de la fourchette à 45° sur l'horizontale.

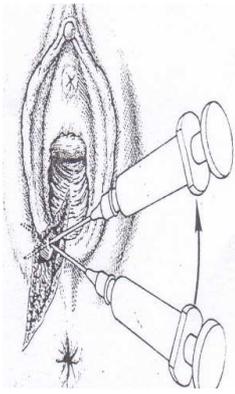
b- Vue sagittale : Les ciseaux doivent couper sur la même longueur la muqueuse et la peau.



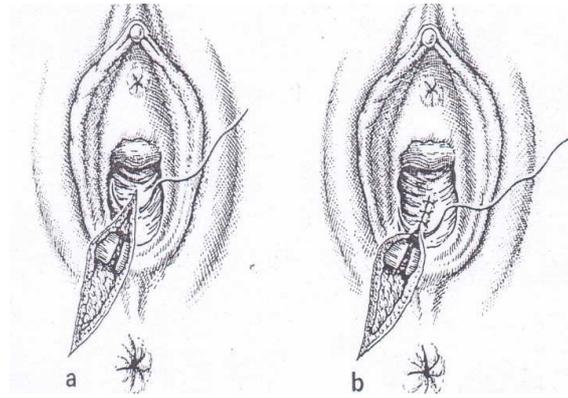
Le point de Blair- Donati :

a- Il faut faire un point de Blair- Donati en partant du bas de la cicatrice.

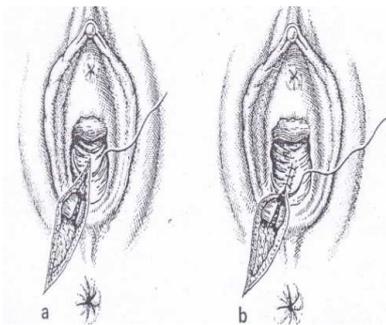
b- Il faut mettre un dernier point entre la fourchette et l'hymen pour empêcher l'infiltration des lochies.



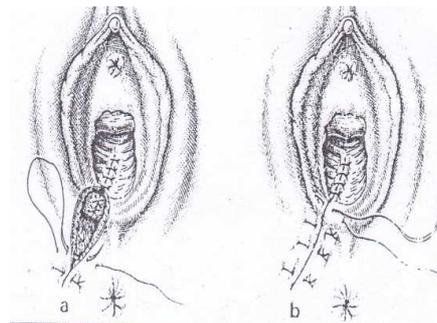
Anesthésie Réfection du plan muqueux (catgut serti 0 ou 1) :
L'anesthésie locale précède la réfection de l'épisiotomie; on réalise des injections traçantes des plans superficiels.



a-II faut bien voir le haut de l'incision pour placer le premier point.
b-II faut faire des points prenant largement la muqueuse : les débris hyménaux doivent se retrouver face à face.



Réfection du plan musculaire :
a-II faut prendre largement. les berges musculaires en passant l'aiguille en deux fois.
b-II faut mettre un ou deux points pour former un bon plan musculaire.



Réfection du plan cutané
(Ethicrin serti 00 Dec 3)

Schéma n°9 : Réparation d'une épisiotomie.
*Source : Pratique de l'accouchement. Edition Masson. 1997
LANSAC J., Berger C. (17)*

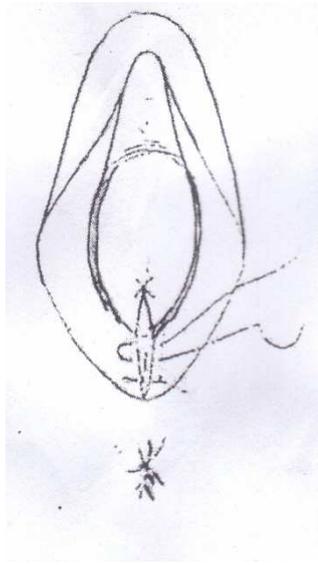


Schéma n°10 : Réfection d'une déchirure incomplète du premier degré.
 Réfection de la muqueuse vaginale par des points en « X » au catgut 0 ou 1.
 Réfection du plan cutané par des points de Blair- Donati.

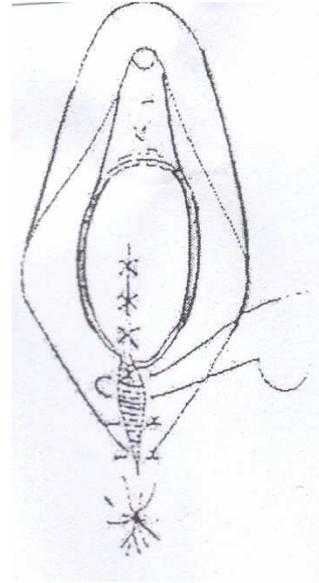


Schéma n°11 : Réfection d'une déchirure incomplète du deuxième degré.
 Réfection de la muqueuse vaginale par des points en « X » au catgut 0 ou 1.
 Réfection du plan musculaire par un point en « X » au catgut 0.

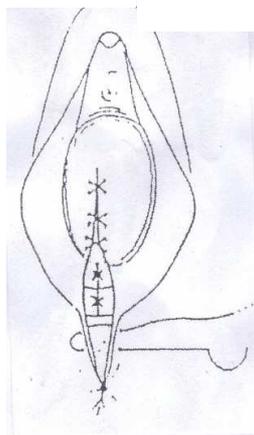


Schéma n°12 : Réfection d'une déchirure incomplète du troisième degré.
 - Réfection de la muqueuse vaginale au vicryl n°1.
 - Réfection du plan musculaire au vicryl n° 1
 - Point de Blair- Donati sur la peau.

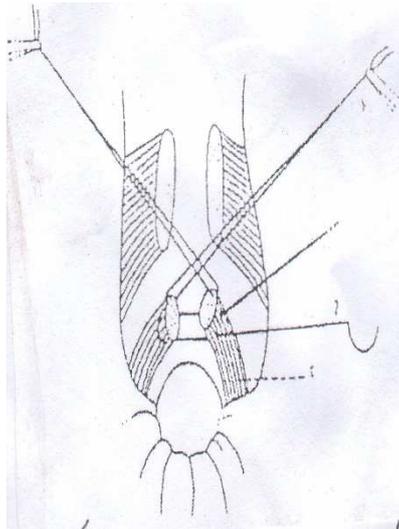


Schéma n°13 : Réfection d'une déchirure complète [premier temps].

- Suture du sphincter après avoir repéré les deux chefs par un vicryl 1.
- On passe un point en « U » au vicryl 0 et 1.

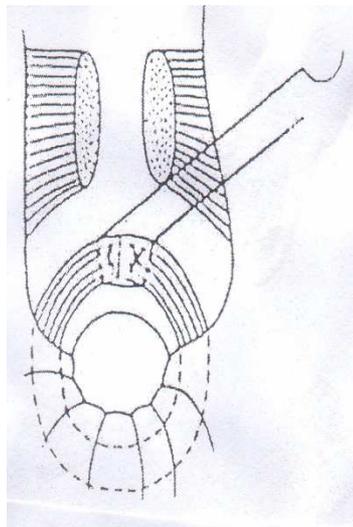


Schéma n°14 : Réfection d'une déchirure complète : [deuxième temps].

- Passage du deuxième point en « U » Perpendiculaire au premier
- Réfection des déchirures incomplètes et complètes.

Source : J. Lansac, C. Berger, G. Magnin ; Obstétrique pour le Praticien, SIMEP, Villeurbanne, 1999 (23)

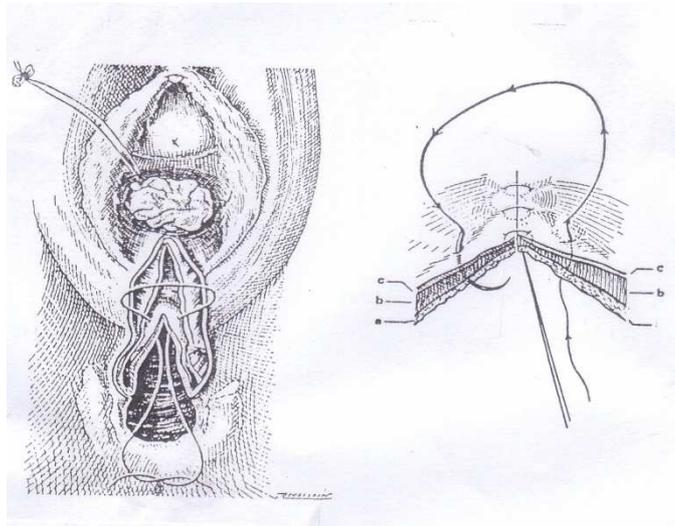


Schéma n°15 : Suture de la déchirure rectale.

(a- muqueuse rectale ; b- musculature rectale ; c- fascia recti)

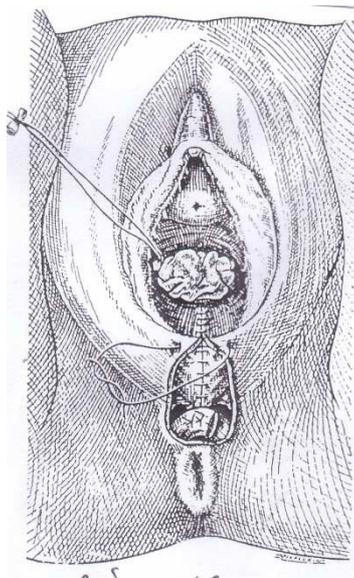


Schéma n°16 : Suture des plans musculaires superficiels et de la peau.

Réparation des déchirures complètes et compliquées.

Source : Hervet (E) et Henri G. :

Traitement des déchirures obstétricales récentes. Encycl. Méd. Chir. Paris. 2004 ; 41 :

6,95 (33)

BIBLIOGRAPHIE

BIBLIOGRAPHIE

- 1- Cohen M, Quilichimi, Blanc B. Déchirures obstétricales récents du périnée et épisiotomie. Paris- France : Editions Techniques, EMCO ,1991 ;
5 ; 78 A10 :1-3.
- 2- Bourlier P, Lois de Calan. Les déchirures du périnée. La Pratique Chirurgicale en Gynécologie Obstétricale. Paris : Masson, 1998 : 298-300.
- 3- Kamina P. Le périnée Anatomie gynécologique et obstétricale. Paris : Maloine 5^e Edition, 1994 : 138.
- 4- Rouvière H, Delmas A. Le périnée Anatomie humaine descriptive topographique et fonctionnelle. Masson, 1994 ; 2 :633-634.
- 5- Bonnaire M, Rouvillois J L. Physiologie du périnée. G hôp, 1991 : 56-58.
- 6- Nother E, Benhaim J. La fonction périnéale. Paris : Masson, Les dossiers d'obstétrique, 1996 ; 118 : 115-119.
- 7- Parent O, Reme J M, Monrosies X. Déchirures obstétricales récentes du périnée. Paris : Elsevier, Encycl Med Chir Obst, 1999 ; 5078-A-10 : 9.
- 8- Dumont M, Lansac J, Thoulon J M . Les déchirures du périnée : Les différents types. Paris : Masson, 1996 ; La petite chirurgie obstétricale.
- 9- Puech P, Berthet P, Racinet C . Evaluation du Conflit périnéal en suite de couches chez la primipare. J Gynécol Obst Biol Reprod. 1995 ; 14 ; 6 : 768-773.
- 10- Nivolalao Rufine. Contribution à l'étude déchirures récentes du périnée à la Maternité de Befelatanana en 1996. Antananarivo : Thèse Médecine 1997 ; n° 4941 :
51.

- 11- Galup J P, Valancogène G . Etiologie : les facteurs maternels des déchirures du périnée. Rev Fr gynécol obst, 2003 ; 88 : 498-508.
- 12- Andriamanalina P . Réflexion sur les déchirures périnéales à la Maternité d'Itaosy en l'an 1999. Antananarivo : Thèse Médecine 2008 ; n° 5640 : 30-35.
- 13- Monzories X, Périneau M . Etiologie des déchirures du périnée : facteurs fœtaux . Paris : Elsevier, 2002 ; Techniques chirurgicales : 156-159.
- 14- Robertson P A, Combs C A . Risk factors for gravid degree perineal laceration in forceps and vacuum deliverie. A.N. J. Obst. Gynecol, 2000; 4 : 163.
- 15- Pallier R et coll . Notre pratique actuelle de l'accouchement dystocique. Maloine , 2002 ; Les dossiers de l'obstétrique 75 :18, 36-39.
- 16- Lewin D, Magnin G . Etiologie des déchirures périnéales. Marketing, Obstétrique, Ellipses, 1998 : 36-39.
- 17- Lansac J, Berger C, Magnin G . Les types de déchirures du périnée. Paris : Masson, Obstétrique pour le Praticien , 1997 : 367-371.
- 18- De Tourris H, Délecour M . Les déchirures du périnée : anatomie pathologique. Masson, Abrégé illustre de gynécologie et d'obstétrique, 1998 : 204-205.
- 19- Lumbroso D, Mahon R . Les déchirures fermées du périnée. La pratique Médicale, 1996 ; 3 ; 3 : 38.
- 20- Musset (R), Cottrel M, Dubost M . Les déchirures du périnée : Conséquences des complications et difficultés de l'accouchement pour la femme. Paris : Encycl Méd Chir Obstet, 1992 ; Ab : 5078.

- 21- Dumont M, Thoulon J M, Lansac J . Lésions des parties molles consécutives à l'accouchement. Petite chirurgie obstétricale, Masson, 2002 : 17-26.
- 22- Merger R, Levy J, Melchion . Evolution des déchirures du périnée. Paris : Précis d'obstétrique, Masson, 1994 : 340-358.
- 23- Lansac J, Body G . Les déchirures périnéales : Obstétrique pour le praticien Evolution et pronostic, SIMEP, 1999 : 247-253.
- 24- De Meus J B, Aboumerhi A, Elliaf et coll . Les déchirures du périnée : Prévention. Entretiens de Bichat, 1996 : 84 -89.
- 25- Dubost M, Cottreil M, Musset T . Déchirures obstétricales récentes du périnée .Encycl Obst, 1996 ; A10 : 5078.
- 26- Jeannin C, Dubrisay L . Les déchirures du périnée : Traitement préventif & Précis d'obstétrique. Lamarre Poinat, 1999 ; 12e : 645-650.
- 27- Graham I D . Episiotomy. Blakwell Sciences, Oxford, 1997: 27-35.
- 28- Buekens P et Coll . Episiotomie et prévention des déchirures complètes et compliquées. J Gynécol Obstet Biol Reprod 1995 ; 16 : 513-517.
- 29- Durouchet E, Lansac J . Episiotomie et sa réfection. Paris : Masson, 2005 ; Pratique de l'accouchement 3e édit : 409-417.
- 30- Albers L L , Anderson D , Cragin L . Factors related to périnéal trauma in child birth. J Nurse Midwifery 1996; 41: 269-276.
- 31- Ramanamisata G . Prévention des accidents perturbant le déroulement d'un accouchement présumé normal. Antananarivo : Thèse Médecine 1997 ; n°4437 : 22.

- 32- Bourlier P, Louis de Calan . Traitement des déchirures du périnée : La pratique chirurgicale en gynécologie obstétricale. Paris : Masson, 1998 : 298-303.
- 33- Hervet E et Glaser . Traitement des déchirures obstétricales récentes. Paris : Encycl Med Chir Tech chir, 2004 ; 41 : 6, 95.
- 34- Jacquot F . Les déchirures Périnéales : Traitement curatif . Obstétrique. Marketing, Ellipses, 1997 : 837-847.
- 35- Sultan A H , Hudson C M , Bartam I . Anal sphincter disruption during vaginal delivery. N Eugyl J Med 2003; 329: 1905-1911.
- 36- Vialard J , Lansac J , Body G , Magnin G . Soins post opératoires des déchirures périnéales. Paris : La pratique chirurgicale en gynécologie obstétrique, Masson, 2002 : 201-217.
- 37- Razanapahy R . Les déchirures périnéales à la Maternité du Centre Hospitalier de Référence Toamasina année 2004. Antananarivo : Thèse Médicale 2006 ; n° 7815 : 24.

VELIRANO

Mianiana aho, eto anatrehan'ireo mpampianatra rehetra ato amin'ny sampampampianarana momba ny fahasalamana sy ny filan-kevitra ao amin'ny aro fenitryn'ny farmasianina ary ireo mpiara-mianatra amiko rehetra, fa :

- *Hanome voninahitra ao anatin'ny fitsipika mifehy ny asako ireo rehetra namolavola sy nanofana ahy ary hahatsiaro mandrakariva ny soa lehibe nataon'izy ireo ka hitandro hatrany ny fampianarana nomeny ahy ;*
- *Hanatanteraka ny asako am-pahamendrehana sy am-pahamalinana ary am-pahamarinana ka tsy hanararaotra na hitady tombony mihoatran'izay lazain'ny lalàna ary hanaja an-tsakany sy an-davany ny lalàna rehetra manankery mifehy izany mba ho tombon-tsoa ambonin'ny fahasalamam-bahoaka ;*
- *Tsy hanadino mihitsy ny adidy aman'andraikitro amin'ireo marary sy ny hasin'ny maha-olona ;*
- *Tsy hanaiky mihitsy hampiasa ny fahalalako sy ny fahefako mba ho fitaovana handikana ny maha-olona sy hanatanterahana heloka famonoana olona na amin'inona na amin'inona ary na rahoviana na rahoviana*

Enga anie mba ho hajain'ny mpiara-monina aho raha manaja an-tsakany sy an-davany izao fianianako izao, fa kosa ho feno henatra sy ho halan'ireo mpiara-miasa raha tsy manaja izany.

PERMIS D'IMPRIMER

LU ET APPROUVE

Le Président de Thèse

Signé : **Professeur RATSIMBAZAFIMAHEFA RAHANTALALAO Henriette**

VU ET PERMIS D'IMPRIMER

Le Doyen de la Faculté de Médecine d'Antananarivo

Signé : **Professeur RAPELANORO RABENJA Fahafahantsoa**

RESUME

Name and First name: ANDRINJAKA Ravaka Fanantenana

Title of the thesis: Supported perineal tears at the Hospital District Level II Itaosy
in 2008

Section: Public Health

Number of page: 74

Number of tables: 28

Number of Figure: 24

Number of schemes: 17

Number of bibliographic references: 37

SUMMARY

Tears in the perineal area are sections of the tissue, mucous and musculo - fascial compartments located in space ano - vulva, created by the obstetrical trauma of childbirth .They depart from the corners vulva and go toward the anus. They can attain only the corners and the part near the perineum posterior (tear incomplete), break also the anal sphincter (tear complete), back in the anal canal (tear complete and complicated).

The objectives of the study depart on the perineum to the CHD II Itaosy consist to evaluate the frequency of tears in order to advocate for measures of protection during the expulsion of the fetus.

Our work is a retrospective study over a period of one year, from 1 January to December 31, 2008. One hundred and twenty-eight cases of tears were counted. Women in the age bracket of 20 to 34 years, primiparous, to strong physical activity, married, legitimate inbound direct are the most affected by this accident of birth. Tears in the incomplete are the most frequent. The suites are operating, in general, of good evolution, after the repair.

The suggestions include 3 components: strengthening of communication for a change of behavior of the parturient on the perineum, training and retraining of health personnel and improvement of the infrastructure and equipment of the center.

Keywords : perineum - tears - types - protection - rehabilitation.

Thesis director : Professor RATSIMBAZAFIMAHEFA

RAHANTALALAO Henriette

Thesis reporter : Doctor RANDRIANARISON Louis Pascal

Author's address : II B 18 Bis Ampandrana West

Nom et Prénoms : ANDRINJAKA Ravaka Fanantenana

Titre de la Thèse : Pris en charge des déchirures périnéales au CHD II d'Itaosy en 2008

Rubrique : Santé Publique

Nombre de page : 74

Nombre de tableaux : 28

Nombre de figure: 24

Nombre de schémas : 17

Nombre de référence bibliographiques : 37

RESUME

Les déchirures périnéales sont des sections des tissus cutanés, muqueux et musculo – aponévrotiques situés dans l'espace ano – vulvaire, créés par le traumatisme obstétrical de l'accouchement .Elles partent de la commissure vulvaire et vont vers l'anus. Elles peuvent atteindre seulement la commissure et la partie proche du périnée postérieur (déchirure incomplète), rompre aussi le sphincter anal (déchirure complète), remonter dans le canal anal (déchirure complète et compliquée).

Les objectifs de l'étude portent sur les déchirures du périnée au CHD II Itaosy consistent à évaluer la fréquence des déchirures afin de préconiser des mesures de protection durant l'expulsion du fœtus.

Notre travail est une étude rétrospective s'étalant sur un période de un an, allant du 1^{er} Janvier au 31 Décembre 2008.Cent vingt-huit cas de déchirures ont été dénombrés.

Les femmes dans la tranche d'âge de 20 à 34 ans, primipares, à forte activité physique, mariées légitimes, entrantes directes sont les plus touchées par cet accident de l'accouchement. Les déchirures incomplètes sont les plus fréquentes. Les suites opératoires sont, en général, de bonne évolution, après la réparation.

Les suggestions avancées comprennent 3 volets : renforcement de la communication pour le changement de comportement des parturientes sur les déchirures du périnée, formation et recyclage des personnels de santé et amélioration de l'infrastructure et l'équipement matériel du centre.

Mots clés : périnée - déchirures – type - protection - réfection.

Directeur de thèse : Professeur RATSIMBAZAFIMAHEFA

RAHANTALALAO Henriette

Rapporteur de Thèse : Docteur RANDRIANARISON Louis Pascal

Adresse de l'Auteur : lot II B 18 bis Ampandrana Ouest