

UNIVERSITE CHEIKH ANTA DIOP DE DAKAR

FACULTE DE MEDECINE, DE PHARMACIE ET D'ODONTOLOGIE



ANNÉE 2021

N° 220

**ETUDE DE LA FREQUENCE ET DES INDICATIONS DE
L'EPISIOTOMIE AU SERVICE DE GYNECOLOGIE DU
CENTRE HOSPITALIER NATIONAL DE PIKINE
DU 01 JANVIER 2020 AU 31 DECEMBRE 2020**

THÈSE

**POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MEDECINE
(DIPLÔME D'ÉTAT)**

PRÉSENTÉE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT

Le 23 Octobre 2021

Par Aïssatou Sankharé

2010045Y3

MEMBRES DU JURY

Président :	M.	Alassane	Diouf	Professeur Titulaire
Membres :	M.	Mamour	Gueye	Professeur Assimilé
	M.	Abdoul Aziz	Diouf	Professeur Assimilé
Directeur de thèse :	M.	Abdoul Aziz	Diouf	Professeur Assimilé

DOYEN

M. ABDOULAYE SAMB

PREMIER ASSESSEUR

M. BARA NDIAYE

DEUXIEME ASSESSEUR

M. MALICK FAYE

CHEF DES SERVICES ADMINSTRATIFS

M. HAMDIATOU LY

DAKAR, LE 1^{er} JUIN 2021

LISTE DU PERSONNEL ENSEIGNANT PAR GRADE

ANNEE UNIVERSITAIRE 2020 – 2021

I. MEDECINE

PROFESSEURS TITULAIRES

Mme Fatou Diallo	AGNE	Biochimie Médicale
M. Abdoulaye	BA	Physiologie
Mme Mariame Guèye	BA	Gynécologie-Obstétrique
M. Momar Codé	BA	Neurochirurgie
M. Mamadou Diarrah	BEYE	Anesthésie-Réanimation
M. Boubacar	CAMARA	Pédiatrie
M. Amadou Gabriel	CISS	Chirurgie Cardio-vasculaire
M. Cheikh Ahmed Tidiane	CISSE	Gynécologie – Obstétrique
M. Mamadou	CISSE	Chirurgie Générale
§M. Jean Marie	DANGOU	Anatomie et Cytologie
Patho.		
M. Ahmadou	DEM	Cancérologie
M. Daouda	DIA	Gastro-Entérologie &
Hépatologie		
M. Mouhamadou Lamine	DIA	Bactériologie-Virologie
+*M. Ibrahima	DIAGNE	Pédiatrie
M. Bay Karim	DIALLO	O.R.L
M. Saïdou	DIALLO	Rhumatologie
*M. Babacar	DIAO	Urologie
M. Maboury	DIAO	Cardiologie
§M. Alassane	DIATTA	Biochimie Médicale
M. Charles Bertin	DIEME	Orthopédie – traumatologie
*Mme Marie Edouard Faye	DIEME	Gynécologie-Obstétrique
M. Madieng	DIENG	Chirurgie Générale
*M. Mame Thierno	DIENG	Dermatologie-Vénérologie
M. Pape Adama	DIENG	Chirurgie Thoracique &
Cardio-vasculaire		
M. Amadou Gallo	DIOP	Neurologie
M. Ibrahima Bara	DIOP	Cardiologie
M. Mamadou	DIOP	Anatomie
M. Papa Saloum	DIOP	Chirurgie Générale
M. Saliou	DIOP	Hématologie – Clinique
Mme Sokhna BA	DIOP	Radiologie
M. Alassane	DIOUF	Gynécologie – Obstétrique
Mme Elisabeth	DIOUF	Anesthésie-Réanimation
M. Raymond	DIOUF	O.R.L
M. Saliou	DIOUF	Pédiatrie

Mme Awa Oumar Touré	FALL	Hématologie – Biologique
M. Papa Ahmed	FALL	Urologie
M. Adama	FAYE	Santé Publique
M. Babacar	FAYE	Parasitologie
M. Papa Lamine	FAYE	Psychiatrie
*M. Papa Moctar	FAYE	Pédiatrie
Mme Louise	FORTES	Maladies Infectieuses
§M. Lamine	GUEYE	Physiologie
M. Serigne Maguèye	GUEYE	Urologie
M. El Hadji Fary	KA	Néphrologie
+*M. Mamadou Mourtalla	KA	Médecine Interne
M. Ousmane	KA	Chirurgie Générale
M. Abdoul	KANE	Cardiologie
M. Oumar	KANE	Anesthésie – Réanimation
M. Abdoulaye	LEYE	Endocrinologie-
Métabolisme & Nutrition		
Mme Fatimata	LY	Dermatologie-Vénérologie
M. Alassane	MBAYE	Cardiologie
Mme Ndèye Maïmouna Ndour	MBAYE	Médecine Interne
*M. Mouhamadou	MBENGUE	Hépatologie / Gastro-
entérologie		
M. Mamadou	MBODJ	Biophysique & Médecine
Nucléaire		
M. Jean Charles	MOREAU	Gynécologie – Obstétrique
M. Philippe Marc	MOREIRA	Gynécologie – Obstétrique
M. Abdoulaye	NDIAYE	Anatomie-Orthopédie-
Traumatologie		
Mme Fatou Samba Diago	NDIAYE	Hématologie Clinique
M. Issa	NDIAYE	O.R.L
M. Mouhamadou Bamba	NDIAYE	Cardiologie
M. Moustapha	NDIAYE	Neurologie
M. Mor	NDIAYE	Médecine du Travail
Mme Ndèye Fatou Coulibaly	NDIAYE	Orthopédie-Traumatologie
M. Ousmane	NDIAYE	Pédiatrie
M. Papa Amadou	NDIAYE	Ophtalmologie
*M. Souhaïbou	NDONGO	Médecine Interne
*M. Cheikh Tidiane	NDOUR	Maladies Infectieuses
M. Alain Khassim	NDOYE	Urologie
M. Jean Marc Ndiaga	NDOYE	Anatomie& Organogenèse
M. Oumar	NDOYE	Biophysique& Médecine
Nucléaire		
M. Gabriel	NGOM	Chirurgie Pédiatrique
*M. Abdou	NIANG	Néphrologie
M. El Hadji	NIANG	Radiologie
M. Lamine	NIANG	Urologie
Mme Suzanne Oumou	NIANG	Dermatologie-Vénérologie
M. Abdoulaye	POUYE	Médecine Interne
Mme Paule Aïda Ndoeye	ROTH	Ophtalmologie
M. Abdoulaye	SAMB	Physiologie
M. André Daniel	SANE	Orthopédie-Traumatologie

Mme Anne Aurore	SANKALE	Chirurgie Plastique et reconstructive
Mme Anna	SARR	Médecine Interne
*M. Ibrahima	SECK	Santé Publique & Médecine Préventive
M. Moussa	SEYDI	Maladies Infectieuses
*M. Masserigne	SOUMARE	Maladies Infectieuses
M. Ahmad Iyane	SOW	Bactériologie-Virologie
+*M. Papa Salif	SOW	Maladies Infectieuses
M. Mouhamadou Habib	SY	Orthopédie-Traumatologie
Mme Aïda	SYLLA	Psychiatrie d'Adultes
M. Assane	SYLLA	Pédiatrie
§M. Cheickna	SYLLA	Urologie
M. Abdourahmane	TALL	O.R.L
M. Mamadou Habib	THIAM	Psychiatrie d'Adultes
M. Roger Clément Kouly	TINE	Parasitologie-Mycologie
Mme Nafissatou Oumar	TOURE	Pneumo-phthisiologie

+ Disponibilité

* Associé

§ Détachement

PROFESSEURS ASSIMILES

M. Abou	BA	Pédiatrie
Mme Aïssata Ly	BA	Radiologie
*M. El Hadji Makhtar	BA	Psychiatrie d'adultes
M. Idrissa	BA	Pédopsychiatrie
M. Idrissa Demba	BA	Pédiatrie
Mme Mame Sanou Diouf	BA	O.R.L
M. Pape Salmane	BA	Chirurgie Thoracique & Cardio-
Vasculaire		
M. Mamadou Diawo	BAH	Anesthésie-Réanimation
Mme Marie Louise	BASSENE	Hépto-Gastro-entérologie
M. El Hadji Amadou Lamine	BATHILY	Biophysique Médicale & Nucléaire
M. Malick	BODIAN	Cardiologie
M. Momar	CAMARA	Psychiatrie
Mme Fatou	CISSE	Biochimie Médicale
§M. Mamadou Lamine	CISSE	Gynécologie-Obstétrique
M. Mamadou	COUME	Gériatrie
M. Richard Edouard Alain	DEGUENONVO	O.R.L
M. Hamidou	DEME	Radiologie& Imagerie Médicale
M. Ngor Side	DIAGNE	Rééducation Fonctionnelle
M. Chérif Mouhamed Moustapha	DIAL	Anatomie Pathologique
M. Djibril	DIALLO	Gynécologie-Obstétrique
Mme Mama Sy	DIALLO	Histologie-Embryologie
Mme Viviane Marie Pierre Cissé	DIALLO	Maladies Infectieuses
M. Boubacar Ahy	DIATTA	Dermatologie-Vénérologie
M. Souleymane	DIATTA	Chirurgie Thoracique
M. Demba	DIEDHIOU	Médecine Interne
Mme Marie Joseph	DIEME	Anatomie Pathologique
*M. Mamadou Moustapha	DIENG	Cancérologie

Mme Seynabou Fall	DIENG	Hématologie Clinique
M. Boundia	DJIBA	Médecine Interne
M. Abdoulaye Dione	DIOP	Radiologie
M. Assane	DIOP	Dermatologie-Vénérologie
M. Ousseynou	DIOP	Biophysique&Médecine Nucléaire
M. Abdoul Aziz	DIOUF	Gynécologie-Obstétrique
M. Assane	DIOUF	Maladies Infectieuses
M. Momar	DIOUM	Cardiologie
M. Amadou Lamine	FALL	Pédiatrie
M. Lamine	FALL	Pédopsychiatrie
Mme Anna Modji Basse	FAYE	Neurologie
Mme Fatou Ly	FAYE	Pédiatrie& Génétique Médicale
§Mme Mame Awa	FAYE	Maladies Infectieuses
M. Magaye	GAYE	Anatomie-Chirurgie vasculaire
M. Pape Macoumba	GAYE	Radiothérapie
Mme Mame Diarra Ndiaye	GUEYE	Gynécologie-Obstétrique
M. Mamour	GUEYE	Gynécologie-Obstétrique
M. Modou	GUEYE	Pédiatrie
M. Aly Mbara	KA	Ophtalmologie
M. Daye	KA	Maladies Infectieuses
M. Ibrahima	KA	Chirurgie Générale
M. Sidy	KA	Cancérologie
M. Baïdy Sy	KANE	Médecine Interne
Mme Yacine Dia	KANE	Pneumo-phtisiologie
M. Amadou Ndiassé	KASSE	Orthopédie-Traumatologie
M. Younoussa	KEITA	Pédiatrie& Génétique Médicale
M. Charles Valérie Alain	KINKPE	Orthopédie-Traumatologie
M. Ahmed Tall	LEMRAHOT	Néphrologie
Mme Fatou Aw	LEYE	Cardiologie
M. Mamadou Makhtar Mbacké	LEYE	Médecine Préventive
M. Papa Alassane	LEYE	Anesthésie-Réanimation
M. Aïnina	NDIAYE	Anatomie
M. Ciré	NDIAYE	O.R.L
M. Lamine	NDIAYE	Chirurgie Plastique et Reconstructive
M. Maodo	NDIAYE	Dermatologie-Vénérologie
+*M. Papa	NDIAYE	Médecine Préventive
M. Papa Ibrahima	NDIAYE	Anesthésie Réanimation
M. Boucar	NDONG	Biophysique& Médecine Nucléaire
Mme Ndèye Dialé Ndiaye	NDONGO	Psychiatrie d'Adultes
Mme Maguette Mbaye	NDOUR	Neurochirurgie
M. Oumar	NDOUR	Chirurgie Pédiatrique
Mme Marie Diop	NDOYE	Anesthésie-Réanimation
Mme Ndèye Aby	NDOYE	Chirurgie Pédiatrique
M. Aliou Alassane	NGAÏDE	Cardiologie
M. Babacar	NIANG	Pédiatrie& Génétique Médicale
*M. Mouhamadou Mansour	NIANG	Gynécologie-Obstétrique
M. Aloïse	SAGNA	Chirurgie Pédiatrique
Mme Magatte Gaye	SAKHO	Neurochirurgie
Mme Abibatou	SALL	Hématologie Biologique
M. Simon Antoine	SARR	Cardiologie

M. Mamadou	SECK	Chirurgie Générale
M. Moussa	SECK	Hématologie Clinique
Mme Sokhna	SECK	Psychiatrie d'adultes
Mme Marième Soda Diop	SENE	Neurologie
M. Mohamed Maniboliot	SOUMAH	Médecine Légale
M. Aboubacry Sadikh	SOW	Ophtalmologie
Mme Adjaratou Dieynabou	SOW	Neurologie
M. Abou	SY	Psychiatrie d'adultes
M. Khadime	SYLLA	Parasitologie-Mycologie
M. Alioune Badara	THIAM	Neurochirurgie
M. Ibou	THIAM	Anatomie Pathologique
Mme Khady	THIAM	Pneumo-phtisiologie
M. Aliou	THIONGANE	Pédiatrie & Génétique Médicale
M. Mbaye	THIOUB	Neurochirurgie
M. Alpha Oumar	TOURE	Chirurgie Générale
M. Silly	TOURE	Stomatologie & Chirurgie maxillo-faci
M. Mamadou Mour	TRAORE	Anesthésie-Réanimation
M. Cyrille	ZE ONDO	Urologie

+ Disponibilité

*Associé

§ Détachement

MAITRES DE CONFERENCES TITULAIRES

M. Léra Géraud Cécil Kévin	AKPO	Radiologie & Imagerie Médicale
Mme Ndèye Marème Sougou	AMAR	Santé Publique
M. Nfally	BADJI	Radiologie& Imagerie Médicale
M. Djibril	BOIRO	Pédiatrie& Génétique Médicale
Mme Maïmouna Fafa	CISSE	Pneumologie
Mme Mariama Safiéto Ka	CISSE	Médecine Interne
M. Mohamed	DAFFE	Orthopédie-Traumatologie
M. André Vauvert	DANSOKHO	Orthopédie-Traumatologie
M. Mohamed Tété Etienne	DIADHIOU	Gynécologie-Obstétrique
M. Saër	DIADIE	Dermatologie-Vénérologie
M. Jean Pierre	DIAGNE	Ophtalmologie
Mme Nafissatou	DIAGNE	Médecine Interne
Mme Salamata Diallo	DIAGNE	Hépatologie / Gastro-Entérologie
M. Abdoulaye Séga	DIALLO	Histologie-Embryologie
M. Moussa	DIALLO	Gynécologie-Obstétrique
M. Mor	DIAW	Physiologie
Mme Aïssatou Seck	DIOP	Physiologie
M. Amadou	DIOP	Bactériologie-Virologie
M. Momar Sokhna dit Sidy Khoya	DIOP	Chirurgie Cardio-vasculaire
M. Mayassine	DIONGUE	Santé Publique
M. Maouly	FALL	Neurologie
M. Mbaye	FALL	Chirurgie Infantile
M. Atoumane	FAYE	Médecine Interne
M. Blaise Félix	FAYE	Hématologie
Mme. Maria	FAYE	Néphrologie
M. Omar	GASSAMA	Gynécologie-Obstétrique
M. Ndiaga Matar	GAYE	Neurologie
M. Alioune Badara	GUEYE	Orthopédie Traumatologie
M. Mamadou Ngoné	GUEYE	Gastro-Entérologie& Hépatologie
M. Abdoul Aziz	KASSE	Cancérologie
Mme Ndèye Aïssatou	LAKHE	Maladies Infectieuses& Tropicales
M. Yakham Mohamed	LEYE	Médecine Interne
Mme Indou Dème	LY	Pédiatrie
*M. Birame	LOUM	O.R.L & Chirurgie cervico-faciale
Mme Aminata Diack	MBAYE	Pédiatrie
Mme Fatimata Binetou Rassoule	MBAYE	Pneumologie
Mme Khardiata Diallo	MBAYE	Maladies Infectieuses
M. Papa Alassane	MBAYE	Chirurgie Pédiatrique
Mme Awa Cheikh Ndao	MBENGUE	Médecine Interne
M. Magatte	NDIAYE	Parasitologie-Mycologie
§M. Khadim	NIANG	Médecine Préventive
M. Aliou Abdoulaye	NDONGO	Pédiatrie
M. Ndaraw	NDOYE	Neurochirurgie
M. Moustapha	NIASSE	Rhumatologie
Mme Marguerite Edith D.	QUENUM	Ophtalmologie
M. Lamine	SARR	Orthopédie Traumatologie
Mme Nafy Ndiaye	SARR	Médecine Interne
M. Ndéné Gaston	SARR	Biochimie

*M. Babacar	SINE	Urologie
M. Abdou Khadir	SOW	Physiologie
§M. Doudou	SOW	Parasitologie-Mycologie
M. Ousmane	THIAM	Chirurgie Générale
M. Souleymane	THIAM	Biochimie
*M. Jean Augustin Diégane	TINE	Santé Publique-Epidémiologie

+Disponibilité

*Associé

§Détachement

MAITRES DE CONFERENCES ASSIMILES

Mme Houra	AHMED	O.R.L
Mme Aïssatou	BA	Pédiatrie
M. El Hadji Boubacar	BA	Anesthésie-Réanimation
Mme Nafissatou Ndiaye	BA	Anatomie Pathologie
Mme Djénéba Fafa	CISSE	Pédiatrie
M. Ousmane	CISSE	Neurologie
M. Abdoulaye	DANFA	Psychiatrie
M. Boubacar Samba	DANKOKO	Médecine Préventive
M. Gabriel Nounnignon Comlan	DEGUENONVO	Anatomie Pathologique
M. Sidy Ahmed	DIA	Médecine du Travail
M. Souleymane	DIAO	Orthopédie-Traumatologie
M.Papa Amath	DIAGNE	Chirurgie Thoracique & Cardio-vascul
Mme Armandine Eusébia. Roseline	DIATTA	Médecine du Travail
Mme Yaay Joor Koddu Biigé	DIENG	Pédiatrie
M. Baïdy	DIEYE	Bactériologie-Virologie
M. Ndiaga	DIOP	Histologie-Embryologie et Cytogénétic
M. Doudou	DIOUF	Cancérologie
M. Mamadou Lamine	DIOUF	Pédopsychiatrie
M. Mamoudou Salif	DJIGO	Biophysique & Médecine Nucléaire
M. Biram Codou	FALL	Médecine Interne
M. Cheikh Binetou	FALL	Parasitologie-Mycologie
Mme Marième Polèle	FALL	Hépto-Gastro-entérologie
M. Moustapha	FAYE	Néphrologie
M. Mamadou Lassana	FOBA	Chirurgie Plastique et reconstructive
M. Abdou Magib	GAYE	Anatomie Pathologique
Mme Mame Vénus	GUEYE	Histologie-Embryologie
Mme Salimata Diagne	HOUNDJO	Physiologie
M. Mohamed	JALLOH	Urologie
M. Souleye	LELO	Parasitologie et Mycologie
M. Isaac Akhéaton	MANGA	Parasitologie et Mycologie
M. Mansour	MBENGUE	Néphrologie
M. Joseph Salvador	MINGOU	Cardiologie
M. Joseph Matar Mass	NDIAYE	Ophtalmologie
Mme. Mame Téné	NDIAYE	Dermatologie-Vénérologie
M. Mouhamadou Makhtar	NDIAYE	Stomatologie & Chirurgie maxillo-faci
M. Ibrahima	NDIAYE	Psychiatrie

M. Michel Assane	NDOUR	Médecine Interne
M. El Hadji Oumar	NDOYE	Médecine Légale
Mme Aïssatou Ahmet	NIANG	Bactériologie-Virologie
M. Abdourahmane	SAMBA	Biochimie
M. Alioune	SARR	Urologie
M. El Hadji Cheikh Ndiaye	SY	Neurochirurgie
M. El Hadji Malick	SY	Ophtalmologie
M. Amadou	SOW	Pédiatrie
M. Djiby	SOW	Médecine Interne
Mme Maïmouna	TOURE	Physiologie
Mme Racky	WADE	Anatomie et Organogenèse Option
Psychiatrie		

+Disponibilité

*Associé

§Détachement

II. PHARMACIE

PROFESSEURS TITULAIRES

M. Makhtar	CAMARA	Bactériologie-Virologie
Mme Aminata Sall	DIALLO	Physiologie
Mme Rokhaya Ndiaye	DIALLO	Génétique
M. Mounibé	DIARRA	Physique Pharmaceutique
M. Alioune	DIEYE	Immunologie
*M. Amadou Moctar	DIEYE	Pharmacologie et Pharmacodynamie
M. Tandakha Ndiaye	DIEYE	Immunologie
M. Yérim Mbagnick	DIOP	Chimie Analytique
M. Djibril	FALL	Pharmacie Chimique et Chimie Organi
M. Alioune Dior	FALL	Pharmacognosie
M. Mamadou	FALL	Toxicologie
M. Papa Madièye	GUEYE	Biochimie
M. Modou Oumy	KANE	Physiologie
Mme Ndèye Coumba Touré	KANE	Bactériologie-Virologie
M. Gora	MBAYE	Physique Pharmaceutique
M. Babacar	MBENGUE	Immunologie
M. Bara	NDIAYE	Chimie Analytique
M. Daouda	NDIAYE	Parasitologie
Mme Maguette Dème Sylla	NIANG	Immunologie
Mme Philomène Lopez	SALL	Biochimie
M. Mamadou	SARR	Physiologie
M. Serigne Omar	SARR	Chimie Analytique & Bromatologie
M. Matar	SECK	Pharmacie Chimique et Chimie Organi
M. Guata Yoro	SY	Pharmacologie et Pharmacodynamie
M. Oumar	THIOUNE	Pharmacie Galénique
M. Alassane	WELLE	Chimie Thérapeutique

PROFESSEURS ASSIMILES

Mme Aïda Sadikh	BADIANE	Parasitologie
Mme Kady Diatta	BADJI	Botanique & Cryptogamie
M. William	DIATTA	Botanique et Biologie végétale
MmeThérèse	DIENG	Parasitologie
M. Amadou	DIOP	Chimie Analytique
M. Cheikh	DIOP	Hydrologie
M. Louis Augustin D.	DIOUF	Physique et Biophysique
M. Ahmadou Bamba Koueimel	FALL	Pharmacie Galénique
*M. Babacar	FAYE	Biologie Moléculaire et cellulaire
M. Macoura	GADJI	Hématologie
Mme Rokhaya Sylla	GUEYE	Pharmacie Chimique et Chimie Organi
M. Youssou	NDAO	Droit et Déontologie Pharmaceutiques
Mme Arame	NDIAYE	Biochimie
*Mme Halimatou Diop	NDIAYE	Bactériologie-Virologie
M. Mouhamadou	NDIAYE	Parasitologie-Mycologi
Mme Mathilde M.P. Cabral	NDIOR	Toxicologie
M. Idrissa	NDOYE	Chimie Organique
M. Abdoulaye	SECK	Bactériologie-Virologie

*M. Mame Cheikh	SECK	Parasitologie-Mycologie
M. Madiène	SENE	Pharmacologie
Mme Awa Ndiaye	SY	Pharmacologie
Mme Fatou Gueye	TALL	Biochimie
M. Yoro	TINE	Chimie Organique
Mme Aminata	TOURE	Toxicologie

MAITRES DE CONFERENCES TITULAIRES

*M. Firmin Sylva	BARBOZA	Pharmacologie
M. Mamadou	BALDE	Chimie Physique Générale
Mme Awa Ba	DIALLO	Bactériologie-Virologie
M. Adama	DIEDHIOU	Chimie Thérapeutique &
Organique		
M. Assane	DIENG	Bactériologie-Virologie
M. Khadim	DIONGUE	Parasitologie-Mycologie
Mme Absa Lam	FAYE	Toxicologie
Mme. Rokhaya	GUEYE	Chimie Analytique &
Bromatologie		
*M. Moustapha	MBOW	Immunologie
*M. Mamadou	NDIAYE	Pharmacologie et
Pharmacodynamie		
M. El Hadji Malick	NDOUR	Biochimie
M. Mbaye	SENE	Physiologie
M. Papa Mady	SY	Biophysique

MAITRES DE CONFERENCES ASSIMILES

Mme Fatoumata	BAH	Toxicologie
Mme. Néné Oumou Kesso	BARRY	Biochimie Pharmaceutique
M. Oumar	BASSOUM	Epidémiologie et Santé publique
M. Serigne Ibra Mbacké	DIENG	Pharmacognosie
M. Jean Pascal Demba	DIOP	Génétique Humaine
M. Moussa	DIOP	Pharmacie Galénique
M. Alphonse Rodrigue	DJIBOUNE	Physique Pharmaceutique
*M. Moustapha	DJITE	Biochimie Pharmaceutique
M. Djiby	FAYE	Pharmacie Galénique
*M. Gora	LO	Bactériologie-Virologie
M. Abdou	SARR	Pharmacognosie
Mme Khadidiatou	THIAM	Chimie Analytique & Bromatologie

+Disponibilité

*Associé

§Détachement

III. CHIRURGIE DENTAIRE

PROFESSEURS TITULAIRES

Mme Khady Diop	BA	Orthopédie Dento-Faciale
M. Khaly	BANE	Odontologie Conservatrice
Mme Fatou Lèye	BENOIST	Odontologie Conservatrice
M. Henri Michel	BENOIST	Parodontologie
Mme Adam Marie Seck	DIALLO	Parodontologie
M. Joseph Samba	DIOUF	Orthopédie Dento-Faciale
M. Babacar	FAYE	Odontologie Conservatrice
M. Daouda	FAYE	Santé Publique
M. Cheikh Mouhamadou M.	LO	Santé Publique
M. El Hadj Babacar	MBODJ	Prothèse Dentaire
M. Papa Ibrahima	NGOM	Orthopédie Dento-Faciale
M. Mouhamed	SARR	Odontologie Conservatrice
Mme Soukèye Dia	TINE	Chirurgie Buccale
§M. Babacar	TOURE	Odontologie Conservatrice

PROFESSEURS ASSIMILES

Mme Adjaratou Wakha	AIDARA	Odontologie Conservatrice
M. Abdoulaye	DIOUF	Parodontologie
M. Massamba	DIOUF	Santé Publique
Mme Aïssatou Tamba	FALL	Pédodontie-Prévention
M. Malick	FAYE	Pédodontie
*M. Moctar	GUEYE	Prothèse Dentaire
*M. Mouhamadou Lamine	GUIRASSY	Parodontologie
Mme Aïda	KANOUTE	Santé Publique Dentaire
M. Papa Abdou	LECOR	Anatomo-Physiologie
§Mme Charlotte Faty	NDIAYE	Chirurgie Buccale
M. Paul Débé Amadou	NIANG	Chirurgie Buccale
M. Babacar	TAMBA	Chirurgie Buccale

MAITRES DE CONFERENCES TITULAIRES

M. Abdou	BA	Chirurgie Buccale
M. Mamadou	DIATTA	Chirurgie Buccale
Mme Mbathio	DIOP	Santé Publique
Mme Binetou Cathérine	GASSAMA	Chirurgie Buccale
M. Pape Ibrahima	KAMARA	Prothèse Dentaire
M. Cheikh	NDIAYE	Prothèse Dentaire
Mme Diouma	NDIAYE	Odontologie Conservatrice
M. Mamadou Lamine	NDIAYE	Radiologie Dento maxillo-Faciale
M. Seydina Ousmane	NIANG	Odontologie Conservatrice
Mme Farimata Youga Dieng	SARR	Matières Fondamentales
Mme Anta	SECK	Odontologie Conservatrice
Mme Soukèye Ndoeye	THIAM	Odontologie Pédiatrique
Mme Néné	THIOUNE	Prothèse Dentaire

+Disponibilité

*Associé

§Détachement

MAITRES DE CONFERENCES ASSIMILES

M. Alpha	BADIANE	Orthopédie Dento-Faciale
Mme Khady	BADJI	Prothèse Dentaire
Mme Binta	CISSE	Prothèse Dentaire
M. Ahmad Moustapha	DIALLO	Parodontologie
M. Mamadou Tidiane	DIALLO	Odontologie Pédiatrique
M. Mor Nguirane	DIENE	Odontologie Conservatrice
M. Amadou	DIENG	Santé Publique
*M. Khalifa	DIENG	Odontologie Légale
M. Serigne Ndame	DIENG	Santé Publique
M. El Hadji Ciré	DIOP	Odontologie Conservatrice
M. Abdoulaye	DIOUF	Odontologie Pédiatrique
Mme Ndèye Nguiniane Diouf	GAYE	Odontologie Pédiatrique
M. Mouhamad	KANE	Chirurgie Buccale
M. Alpha	KOUNTA	Chirurgie Buccale
M. Oumar Harouna	SALL	Matières Fondamentales
M. Sankoug	SOUMBOUNDOU	Odontologie Légale
M. Diabel	THIAM	Parodontologie
M. Amadou	TOURE	Prothèse Dentaire

+Disponibilité

*Associé

§Détachement

**DEDICACES
ET
REMERCIEMENTS**

Louange à Allah, qui a suffi à tous mes besoins et m'a abrité.

Louange à Allah qui m'a nourri et abreuvé, qui m'a octroyé ses bienfaits et m'a honoré. Allah! Je Te demande, par Ta Puissance de me sauver du Feu.

A notre bien aimé prophète ; Muhammad, O seigneur ! Prières et salut sur notre prophète (Psl)

A ma famille

A mes grands-parents

Feus Baba SANKHARE, Fatou NDIAYE, Alpha Omar DIOP, Aïssatou DIALLO.

Qu'ALLAH fasse de « Janatul firdaws » votre demeure éternelle.

A mon père, feu Insa SANKHARE

Je ne pourrai pas te payer, ni te remercier assez pour tous ces années de sacrifices.

Tu nous as accompagnés, soutenu, éclairés durant toute notre enfance.

Tu nous as inscrits dans les meilleures écoles pour que l'on puisse recevoir une éducation exemplaire.

Tu nous as appris à aimer, à connaître et à pratiquer notre religion.

Me voici en ce jour solennel à réaliser mon rêve d'enfant qu'est d'être médecin, un rêve que tu as nourri, investi sans jamais te lamenter.

Tu laisses un grand vide dans ma vie.

Pour tous ce que tu as endurés par amour pour tes enfants, je te rends hommage en ce jour.

Qu'Allah fasse de « Janatul firdaws » ta dernière demeure.

Je t'aime.

A ma douce et courageuse mère, Mariatou DIOP

Je ne t'ai pas rendu la tâche facile, malgré tout tu n'as jamais cédé.

Tu as su nous inculquer toutes les valeurs ; la bonté, l'amour de son prochain, le respect, le courage, la persévérance.

Tu m'as guidé durant tout mon cursus scolaire.

Nous avons partagé des moments d'inquiétude, de tristesse, de joie à l'approche chaque examen et de chaque proclamation de résultats.

Ce modeste travail paraît bien dérisoire pour traduire la reconnaissance infinie envers une mère aussi merveilleuse dont j'ai la fierté d'être la fille. Puisse Dieu, Le Tout Puissant veiller sur toi.

Je t'aime !

A mon tendre époux, Dr Ibrahima Sitor Souleymane SARR

Merci mon amour pour ta tendresse, ton soutien, tes prières, ta rigueur, ton sens de la responsabilité et ton amour pour le travail bien fait qui n'ont cessé de cheminer avec moi tout au long de ce péril.

Le Tout Miséricordieux t'a mis sur mon chemin ; c'est une bénédiction.

Puisse ce travail être à la hauteur de ton espérance.

Qu'Allah nous protège.

Je t'aime.

A mes frères et sœurs,

A mes aînés Mariane SANKHARE épouse GUEYE, Baba SANKHARE, Philomène SANKHARE épouse NDONGO.

Merci de m'avoir permis de continuer mes études universitaires.

Vous n'avez ménagé aucun effort pour ma réussite.

Qu'ALLAH vous récompense et vous guide dans toutes vos entreprises. Je vous dédie ce travail.

A mes frères Lamine SANKHARE, Amara Touré SANKHARE, Alpha Omar SANKHARE, Seydina Moukhamad SANKHARE

A mes sœurs Seynabou SANKHARE, Khadjidiatou SANKHARE, Marème SANKHARE, Fatimatou Bintou SANKHARE

Merci pour votre soutien, nos échanges nocturnes m'ont beaucoup aidé à surmonter ce péril.

A mes oncles

- Feu Professeur Oumar SANKHARE,

Que « Janatul firdaws » soit ta demeure éternelle

- A Alpha Ousmane DIOP, sa femme Aminata TOURE et ses enfants

Tu as été là pour moi,

Aucun mot n'est assez fort pour te remercier.

Merci pour ta tendresse, ta générosité.

Qu'ALLAH te récompense et protège toute ta famille.

Reçois ce dédicace signe de mon affection pour toi.

- Au colonel Moustapha SARR et sa famille.

Merci mon oncle pour ton soutien.

Je te dédie ce travail, témoin de mon affection et de mon profond respect pour toi. Qu'Allah veille sur toi et sur toute ta famille.

Merci pour tout.

A ma belle-mère Aminata BAH,

Qu'ALLAH t'accorde une longue vie

A mon beau père FEU Babacar Diogoye SARR

Que « Janatul firdaws » soit ta dernière demeure.

A mes beaux-frères ; Babacar GUEYE, Babacar NDONGO, Cheikh BEYE, Mamadou Diène SARR, Idrissa Moundor SARR.

Je vous dédie ce travail signe de mon affection pour vous.

A mes deux amours, Papa Magatte NDONGO et Adja Magatte Amy GUEYE.

Qu'Allah vous protège ; Tata vous aime.

A la famille SANKHARE

A la famille DIOP

A mes amis

- Khadjidiatou Dieng SARR, son mari Dr El Hadj Malick SOW et à sa famille.

Merci ma princesse d'être là pour moi.

Qu'Allah te protège et protège toute ta famille

- Mes compagnons de guerre, et confidentes Dr Mame Fatou Dabo, Farmata DIALLO, Coumba NDIAYE., Adjï BOYE Merci

A Abdoul Majib BA, Dr Ibrahima DJAMBOM, Djiby Diedhiou ; merci mes amis.

Au personnel du service de gynécologie du centre hospitalier de Pikine : vous avez participé à ma formation et à la réalisation de ce travail, je ne vous en remercierai jamais assez.

Au personnel du service de l'accueil de l'hôpital régional de THIES

A Dr Yanidou NDIAYE, Dr Khalidou CISSOKHO, Dr Ives WADE je vous dédie ce travail signe de ma reconnaissance.

**A NOS MAITRES
ET JUGES**

A notre maître et président de jury

Professeur Alassane DIOUF

Cher maître, vous nous faites l'honneur de siéger au jury de cette thèse.

Nous avons apprécié votre humilité, votre courtoisie ainsi que vos qualités scientifiques et humaines.

Cher maître, veuillez trouver ici l'expression de notre profonde reconnaissance

A notre maître et directeur de thèse

Professeur Abdoul Aziz DIOUF

Nous vous remercions de la confiance que vous nous avez faite en nous confiant ce travail. Vous nous avez confié ce travail et aidé à l'élaborer malgré vos occupations, vous nous avez reçu en toutes circonstances avec sympathie, sourire et bienveillance, nous vous remercions de tout l'effort et le temps que vous nous avez consacré. Nous sommes fières de l'expérience que nous avons acquise auprès de vous. L'extrême gentillesse et la patience avec laquelle vous traitez les étudiants sont connus de tous.

Veillez croire, cher maître, l'expression de nos sincères remerciements et de notre profonde considération.

A notre maître et Juge
Professeur Mamour GUEYE

Nous sommes très sensibles à l'honneur que vous nous faites en acceptant de siéger dans notre jury. Votre disponibilité, votre simplicité et votre amour pour le travail bienfait forcent le respect et l'admiration.

Veillez croire cher maître à l'expression de notre sincère remerciement.

« Par délibération, la faculté a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées, doivent être considérées comme propre à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation, ni improbation »

TABLE DES MATIERES

INTRODUCTION	1
PREMIERE PARTIE : GENERALITES	3
1. RAPPELS ANATOMIQUES	4
1.1. Anatomie descriptive du périnée	4
1.1.1. Partie cutanée et organes génitaux externes	5
1.1.2. Partie Musculo-aponévrotique.....	7
1.1.2.1. Plan superficiel du périnée	7
1.1.2.2. Plan moyen du périnée	10
1.1.2.3. Plan profond du périnée	13
1.2. Vascularisation et innervation	15
1.2.1. Vascularisation artérielle	15
1.2.2. Vascularisation veineuse	15
1.2.3. Drainage lymphatique	15
2.1.1. Innervation du périnée	17
3. RAPPELS PHYSIOLOGIQUES	19
4. INDICATIONS DE L'EPISIOTOMIE	21
4.1. Indications maternelles	21
4.2. Indications fœtales	22
4.3. Facteurs opératoires	22
5. TECHNIQUES DE L'EPISIOTOMIE.....	23
5.1. Conditions de réalisation	23
5.2. Matériel et analgésique	23
5.2.1. Matériel.....	23
5.2.2. Analgésique	24
5.3. Types d'épisiotomie	25
5.3.1. Épisiotomie médiane	25

5.3.2. Episiotomie médio-latérale.....	26
5.4. Réparation de l'épisiotomie.....	27
5.4.1. Suture en trois plans séparés.....	27
5.4.2. Surjet continu avec un seul fil (« un fil/un nœud »).....	28
5.5. Soins en post-partum	28
5.6. Complications de l'épisiotomie	29
5.6.1. Complications en salle de naissance.....	29
5.6.2. Complications dans le post-partum immédiat	29
5.6.3. Complications tardives	30
DEUXIEME PARTIE : NOTRE TRAVAIL	31
1. CADRE D'ETUDE	32
1.1. Infrastructure.....	32
1.2. Personnel	33
1.3. Activités.....	33
2. MATERIELS ET METHODE	34
2.1. Type d'étude	34
2.2. Population d'étude	34
2.3. Critère d'inclusion	34
2.4. Critères de non inclusion	34
2.5. Analyse des données.....	34
2.6. Variables Plusieurs variables ont été étudiées :.....	34
2.7. Définitions opératoires.....	36
3. RESULTATS	38
3.1. Caractéristiques générales	38
3.1.1. Fréquence	38
3.1.2. Age	38
3.1.3. Indice de Masse Corporelle (IMC).....	38
3.1.4. Parité.....	39
3.1.5. Mode d'admission	39

3.1.6.Antécédents	41
3.2.Variables liées à la grossesse	42
3.2.1.Suivi de la grossesse	42
3.2.2.Terme de la grossesse	43
3.2.3.Hauteur utérine	43
3.2.4.Nature de la présentation	44
3.3.Caractéristiques du travail et de l'accouchement	45
3.4.Caractéristiques liées au fœtus.....	46
3.4.1.Scores d'Apgar	46
3.4.2.Poids de naissance	47
4. DISCUSSION	48
4.1.Difficulté de l'étude	48
4.2.Fréquence.....	48
4.3.Indications des épisiotomies	48
4.4.Facteurs de risque	49
CONCLUSION	57
REFERENCES	61
ANNEXES :	69

LISTE DES FIGURES :

Figure 1 : Illustration du périnée féminin en position gynécologique.....	4
Figure 2 : Périnée féminin (position gynécologique)	6
Figure 3 : plan superficiel musculo-aponévrotique	9
Figure 4 : Coupe frontale passant par le plan moyen du périné	12
Figure 5 : Muscle élévateur de l’anus chez la femme	14
Figure 6 : Artère pudendale interne chez la femme.....	16
Figure 7 : Innervation du périnée.....	18
Figure 8 : Instruments utilisé dans l’épisiotomie :.....	24
Figure 9 : Agrandissement vulvaire lors de la réalisation d’une épisiotomie....	27
Figure 10 : Réparation d’une épisiotomie par la technique « un fil, un noeud »	28
Figure 11 : Limite sanitaire de la région de Dakar	32
Figure 12 : répartition selon l’âge des parturientes ayant bénéficié d’une épisiotomie lors de leur accouchement au CHN de Pikine (N=790).....	38
Figure 13 : répartition selon leur IMC des parturientes ayant bénéficié d’une épisiotomie lors de leur accouchement à la maternité du CHNP.	39
Figure 14 : répartition selon la parité des parturientes ayant bénéficié d’une épisiotomie lors de leur accouchement à la maternité du CHNP (N= 790).....	40
Figure 15 : répartition selon leur mode d’admission des parturientes ayant bénéficié d’une épisiotomie lors de leur accouchement à la maternité du CHNP (N= 790).....	40
Figure 16 : répartition selon le nombre de CPN des parturientes ayant bénéficié d’une épisiotomie lors de leur accouchement à la maternité du CHNP (N= 790).	42
Figure 17 : répartition selon l’âge gestationnel de la grossesse des parturientes ayant bénéficié d’une épisiotomie lors de leur accouchement à la maternité du CHNP (N= 790).	43

Figure 18 : Répartition selon leur hauteur utérine des parturientes ayant bénéficié d'une épisiotomie lors de leur accouchement à la maternité du CHNP (N= 790)..... 44

Figure 19 : Répartition selon la durée d'admission et le début de la phase d'expulsion des parturientes ayant bénéficié d'une épisiotomie lors de leur accouchement à la maternité du CHNP (N= 790). 45

LISTE DES TABLEAUX

Tableau I : Répartition selon leurs antécédents chirurgicaux des parturientes ayant bénéficié d'une épisiotomie lors de leur accouchement à la maternité du CHNP (N=790)	41
Tableau II : Répartition selon les personnes ayant suivi la grossesse des parturientes ayant bénéficié d'une épisiotomie lors de leur accouchement à la maternité du CHNP (N=790)	42
Tableau III : Répartition selon la nature de la présentation des parturientes ayant bénéficié d'une épisiotomie lors de leur accouchement à la maternité du CHNP (N=790)	44
Tableau IV : Répartition selon la mode d'accouchement des parturientes ayant bénéficié d'une épisiotomie lors de leur accouchement à la maternité du CHNP (N=790)	46
Tableau V : Répartition selon le type de déchirures périnéales des parturientes ayant bénéficié d'une épisiotomie lors de leur accouchement à la maternité du CHNP (N=790)	46
Tableau VI : Répartition selon poids fœtal des parturientes ayant bénéficié d'une épisiotomie lors de leur accouchement à la maternité du CHNP (N=790).	47

INTRODUCTION

Le périnée maternel est souvent exposé à divers traumatismes lors de l'accouchement. Il peut s'agir d'épisiotomie ou de déchirures accidentelles du périnée. L'épisiotomie est l'incision volontaire du périnée, pratiquée par la sage-femme ou l'obstétricien afin d'agrandir l'orifice. Elle est utilisée depuis le XVIII^e siècle à visée prophylactique pour prévenir les déchirures. Sir Fieldeng Ould, sage-femme décrit pour la première fois en Europe la pratique de l'épisiotomie en 1742 dans son ouvrage « A Treastise of Midwifery, Dublin, Nelson and Connor, 1742 » [67].

Les accoucheurs incisent délibérément le périnée au niveau de la vulve pour éviter la déchirure lors du passage du fœtus. Aujourd'hui, grâce aux conditions d'asepsie en milieu hospitalier, l'épisiotomie est devenue un geste bénin pratiqué quotidiennement.

Sa fréquence varie selon les pays :

- Aux états unis : 90% chez les primipares et 62% des femmes en général [40].
- En Europe, les statiques varient grandement en fonction du rôle du sage-femme pendant l'accouchement [40].
- En France le taux global rapporte aux accouchements par les voies naturelles, bien que décroissant depuis 1996-1997, était en 2002-2003 47% (68% chez les primipares et 31% chez les multipares) [12].
- En Grande Bretagne, il varie de 30% pour les accouchements sous le contrôle d'une sage-femme, à 90% lorsque l'accouchement est fait par un médecin.
- En Argentine l'épisiotomie est quasiment systématique chez la primipare [40]
- Au Mali Kassoum a rapporté 31,95% [31]

Au Sénégal le taux était évalué 29,4% sur une étude faite en 2006 par Moubarak au niveau de l'Hôpital Aristide Le Dantec et la fréquence variait en fonction de la parité [48]. L'épisiotomie représente le geste chirurgical le plus exercé dans le monde. Il est recommandé de prendre des précautions d'asepsie et d'utiliser un matériel conditionné spécifiquement afin de limiter le risque d'infection du site opératoire. La douleur induite par l'épisiotomie et la réparation de cette dernière est globalement sous-estimée et devrait être mieux évaluée pour améliorer sa prise en charge. Il a été décrit de nombreux types d'épisiotomies, la plupart ayant été abandonnées depuis fort longtemps, du fait de leur caractère particulièrement mutilant. Il s'agissait en particulier des épisiotomies bilatérales, des épisiotomies à multiples incisions radiées, et des épisiotomies latérales unilatérales qui sectionnent le 1/3 inférieur de la grande lèvre. En pratique, seules les épisiotomies médianes (ou périnéotomie) et médio-latérales sont actuellement pratiquées et largement diffusées. L'objectif général de ce travail consistera à étudier l'épisiotomie dans le service de gynécologie obstétrique du centre hospitalier Pikine. Les objectifs spécifiques seront de déterminer la fréquence de l'épisiotomie dans le centre hospitalier de Pikine, de déterminer les principales indications de l'épisiotomie dans le service et d'identifier le profil épidémiologique des parturientes ayant bénéficié d'une épisiotomie.

PREMIERE PARTIE : GENERALITES

1. RAPPELS ANATOMIQUES

1.1. Anatomie descriptive du périnée [29]

Le périnée ou plancher pelvien est l'ensemble des parties molles qui ferment l'excavation pelvienne dans sa partie basse. Il supporte le poids des viscères lorsque la femme est debout. Il forme un losange dont les limites ostéo-ligamentaires sont :

- ventralement la symphyse pubienne,
- latéralement les deux branches ischio-pubiennes
- et dorsalement le coccyx.

On distingue deux triangles : un triangle antérieur urogénital et un triangle postérieur centré sur la marge de l'anus. La diagonale qui sépare les deux triangles s'appelle la ligne bi-ischiatique unissant les deux épines sciatiques (**figure 1**).

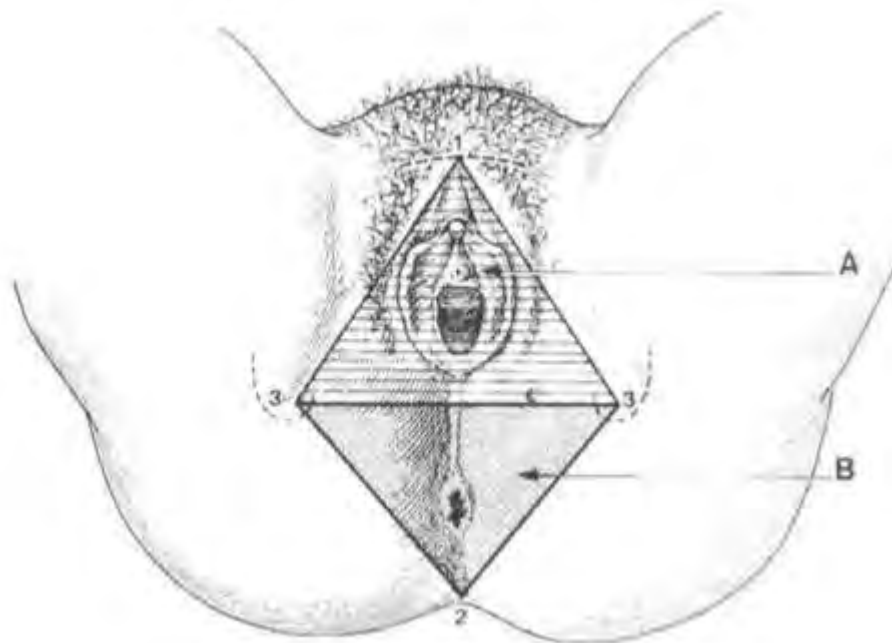


Figure 1 : Illustration du périnée féminin en position gynécologique

A- triangle urogénital B-périnée anal
1-symphyse pubienne 2-coccyx 3-tubérosité ischiatique

Le périnée comprend une partie cutanée avec les organes génitaux externe et une partie musculo-aponévrotique.

1.1.1. Partie cutanée et organes génitaux externes

La vulve est une saillie ovoïde à grand axe sagittal située entre le mont du pubis en avant et l'anus en arrière. Cette saillie présente une fente médiane appelée fente vulvaire qui est bordée latéralement par deux replis cutanés : les grandes lèvres. En dedans des grandes lèvres se trouvent deux autres replis minces de coloration plus rosée : les petites lèvres. Ces dernières se rejoignent en arrière au niveau de la fourchette vulvaire et en avant pour former le capuchon du clitoris.

- Au niveau du périnée antérieur, entre les formations labiales s'ouvrent : l'urètre en avant, les glandes de Skène de chaque côté de l'ostium, le vagin en arrière dont l'orifice inférieur est partiellement obturé par l'hymen chez la femme vierge, les glandes de Bartholin au tiers moyen et inférieur du sillon entre l'hymen et les petites lèvres.
- Au niveau du périnée postérieur, s'ouvre le canal anal.

La peau du périnée antérieur est fine, pigmentée et recouverte de longs poils. La peau du périnée postérieur est plus épaisse et plus mobile au niveau des régions fessières. Cette peau devient plus fine, moins mobile dans la région péri-anale : c'est la marge anale. **(Figure 2)** [29]

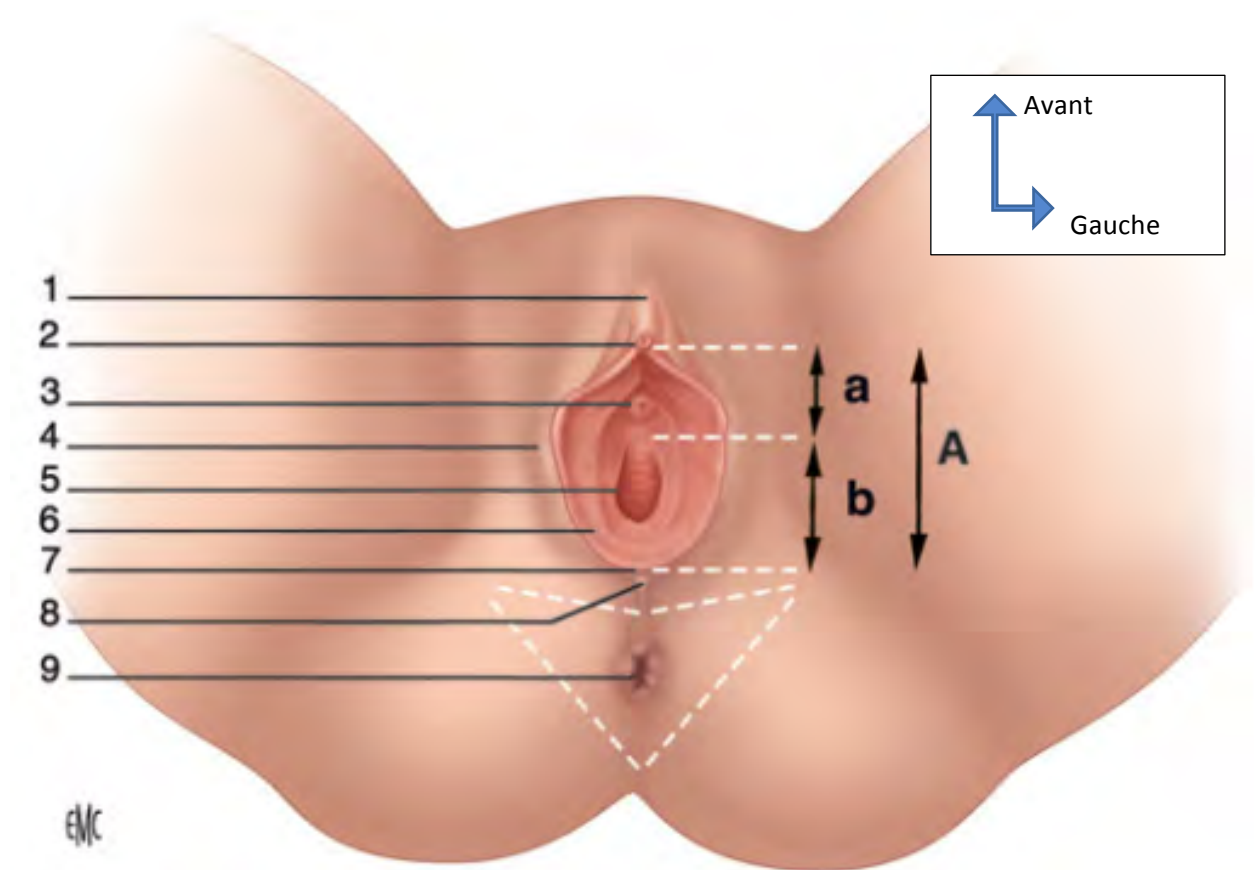


Figure 2 : Périnée féminin (position gynécologique) [29].

A. Vestibule; a. partie urétrale ; b. partie hyménéale ; 1. Prépuce du clitoris ; 2. Gland du clitoris ; 3. Ostium externe de l'urètre ; 4. Grande lèvre ; 5. Orifice vaginal et hymen ; 6. Petite lèvre ; 7. Frein des lèvres et fosse vestibulaire du vagin ; 8. Commissure postérieure des lèvres ; 9. Anus.

1.1.2. Partie Musculo-aponévrotique

La partie musculo-aponévrotique du périnée est constituée de trois plans : un plan superficiel, un plan moyen et un plan profond

1.1.2.1. Plan superficiel du périnée

Le plan superficiel du périnée comprend quatre muscles, l'aponévrose périnéale superficielle dans sa partie antérieure et le sphincter externe de l'anus dans la partie postérieure.

Au niveau du périnée antérieur ou uro-génital, les muscles sont : le muscle ischio-caverneux, le muscle bulbo-spongieux, le muscle transverse superficiel, le muscle constricteur de la vulve.

Au niveau du périnée postérieur ou anal, on retrouve Le sphincter externe de l'anus.

- **Muscle ischio-caverneux**

C'est un muscle, pair et symétrique qui recouvre la face libre du corps caverneux. Il s'insère sur la branche ischio-pubienne ascendante, en avant de la tubérosité, au-dessus et au-dessous de la racine du corps caverneux. De là, les fibres superficielles forment deux faisceaux qui enveloppent le corps caverneux pour se terminer dans sa tunique albuginée. Ces deux faisceaux se regroupent et se portent en avant et en dedans, enveloppant ainsi les faces internes, inférieures et externes du corps caverneux. Les muscles ischio-caverneux sont innervés par un rameau périnéal du nerf pudendal.

- **Muscle bulbo-caverneux**

C'est un muscle constant, pair, aplati et symétrique qui recouvre la face externe du bulbe vestibulaire et de la glande de Bartholin (glande vestibulaire majeure). La partie large et mince s'insère en arrière sur le centre tendineux du périnée appelé raphé ano-vulvaire. La partie avant plus étroite, divisée en deux faisceaux supérieur et inférieur, s'insère en avant au niveau du clitoris :

- le faisceau supérieur se fixe sur le ligament suspenseur du clitoris ; et

- le faisceau profond s'insère sur la face dorsale du clitoris tandis que quelques fibres se prolongent avec celles du côté opposé et forment ainsi la sangle musculaire du clitoris ou muscle de Houston.

- **Muscle transverse superficiel**

C'est un muscle pair mince et inconstant qui se confond souvent avec le muscle transverse profond. Il peut être plus développé en cas de déficience du muscle transverse profond. Il naît de la face interne de la branche ischio-pubienne, se porte transversalement pour se terminer sur le centre tendineux du périnée, parfois quelques fibres se confondent avec le sphincter de l'anus ou le muscle bulbo-caverneux.

- **Muscle constricteur de la vulve**

C'est un muscle mince et inconstant qui se situe en dedans du muscle bulbo-caverneux et de la glande de Bartholin. Il naît en arrière du centre tendineux du périnée et se termine dans l'espace uréthro-vaginal. Il est peu individualisé car intimement lié à la musculeuse du vagin.

- **Sphincter strié ou sphincter externe de l'anus**

Il est constitué de deux arcs qui se réunissent en avant et en arrière, formant un manchon musculaire de 8-10 mm d'épaisseur sur une hauteur de 20 à 25 mm qui entoure le canal anal. Le sphincter strié ou externe de l'anus est formé de trois sphincters qui sont :

- un sphincter externe profond indissociable des fibres du faisceau pubo-rectal du muscle élévateur de l'anus ;
- un sphincter externe moyen qui s'insère sur la pointe du coccyx par l'intermédiaire du ligament sacro-coccygien ;
- un sphincter externe superficiel sous-cutané situé au-dessous du précédent, il s'insère dans le noyau fibreux central du périnée. Il équivaut à un muscle peaucier (figure 3) [29].

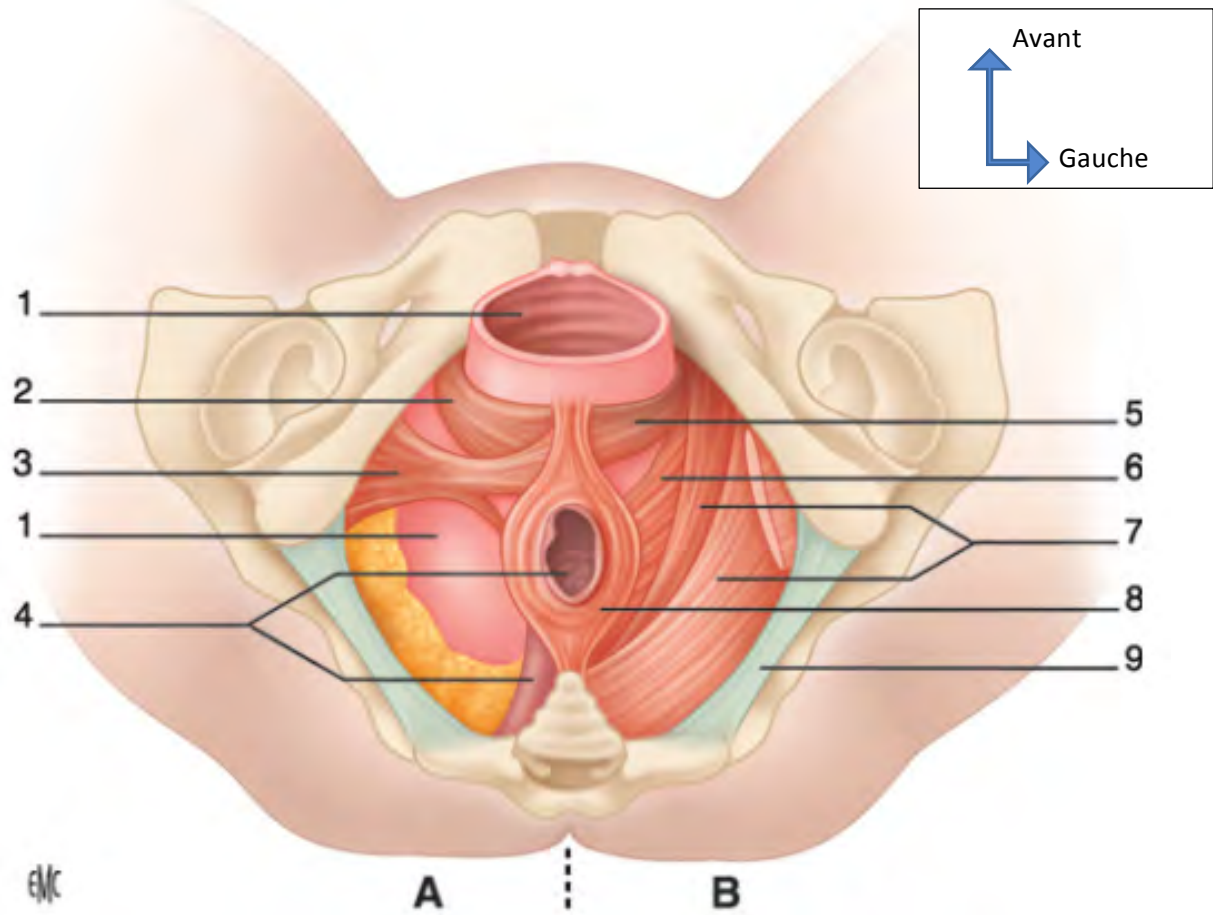


Figure 3 : plan superficiel musculo-aponévrotique [29]

Ampliation obstétricale de la vulve, du périnée, des muscles, pubovaginal et puborectal (vue périnéale). Côté A : muscle masséter du périnée ; côté B : muscle masséter du diaphragme pelvien. 1. Vagin dilaté par la présentation ; 2. muscle bulbocaverneux ; 3. muscle transverse superficiel ; 4. canal anal ; 5. muscle pubovaginal; 6. muscle puborectal; 7. muscle iliococcygien; 8. muscle sphincter externe de l'an; 9. ligament sacrotubéral.

1.1.2.2. Plan moyen du périnée

Le plan moyen du périnée n'existe que dans la partie antérieure du périnée. Il est compris entre les feuillets ou fascias supérieur et inférieur de l'aponévrose moyenne. Cet espace moyen est constitué du muscle transverse profond et du sphincter externe de l'urètre qui forment le diaphragme uro-génital, des organes érectiles et des éléments glandulaires.

- **Muscle transverse profond du périnée**

Il s'agit d'un muscle constant, pair, symétrique, aplati et de forme triangulaire. Il est recouvert par les fascias supérieur et inférieur du diaphragme pelvien. Il s'insère dans sa partie externe étroite sur les branches ischio-pubiennes au-dessus des muscles transverse et ischio-caverneux, et dans sa partie interne large dans le centre tendineux du périnée. Quelques fibres se prolongent dans la partie musculaire de la paroi du vagin.

- **Sphincter externe de l'urètre**

Le sphincter externe de l'urètre est constitué d'un manchon musculaire de 20 à 25 mm de haut. Seules les fibres profondes entourent totalement l'urètre car en partie basse, l'urètre adhère à la paroi vaginale. Les fibres superficielles entourent totalement l'urètre et se prolongent dans les parois latérales du vagin et dans le centre tendineux du périnée.

- **Organes érectiles**

Ils sont situés dans une loge limitée : en haut par l'aponévrose périnéale moyenne et en bas par l'aponévrose périnéale superficielle. Ils sont constitués de :

- Bulbes vestibulaires. Organes érectiles pairs, situés de chaque côté du vagin, ils se réunissent en avant. Les deux branches, longues de 35 mm, ont la forme d'un « fer à cheval » qui s'ouvre en arrière. Les extrémités postérieures sont en contact avec les glandes vestibulaires majeures ;
- Corps caverneux (piliers du clitoris). Ils sont au nombre de deux et s'attachent à la face interne des branches ischio-pubiennes. Fusiformes et

long de 40-50 mm, ils se dirigent en avant, en haut et en dedans. Ils se réunissent en avant sur la ligne médiane pour former le corps du clitoris.

- Le clitoris est maintenu à la symphyse pubienne par le ligament suspenseur du clitoris. L'extrémité libre du clitoris s'appelle le gland du clitoris.

- **Éléments glandulaires**

Ils sont constitués de :

- Les glandes de Skène qui sont situées de chaque côté de l'urètre, leurs canaux excréteurs débouchent de chaque côté de l'ostium de l'urètre.
- Les glandes de Bartholin ou vestibulaires majeures, il s'agit de glandes volumineuses allongées d'avant en arrière et aplaties transversalement. Elles sont situées entre la base des petites lèvres et la face interne de l'extrémité postérieure du bulbe qu'elles débordent en arrière. Leur canal excréteur s'ouvre sur la paroi vaginale dans la gouttière qui sépare l'hymen des petites lèvres [29].

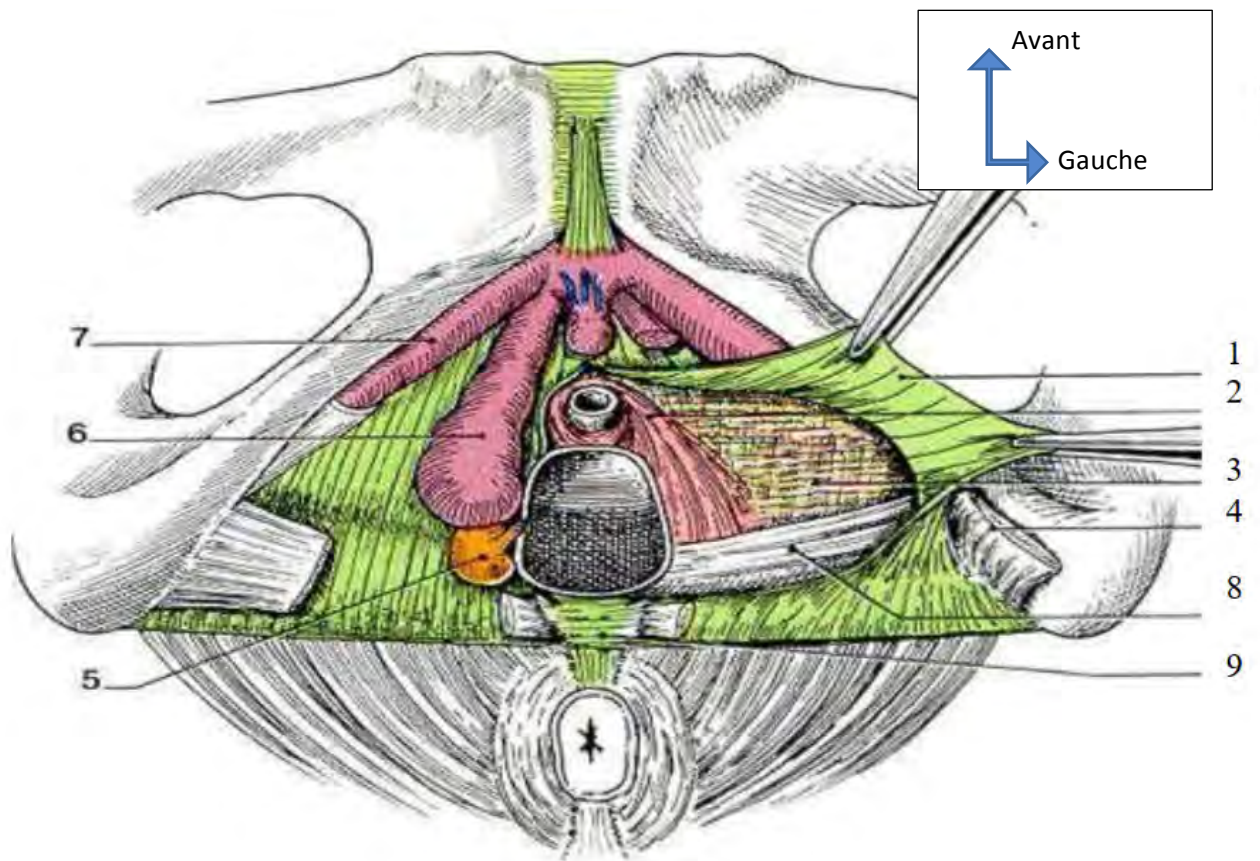


Figure 4 : Coupe frontale passant par le plan moyen du périnée [23]

1. Feuillet inférieure de l'aponévrose périnéale moyen, 2. Muscle transverse superficiel, 3. Muscle transverse profond, 4. Centre tendineux du périnée, 5. Glande vestibulaire majeure, 6. Bulbe vestibulaire, 7. Pilier du clitoris, 8. Sphincter externe de l'urètre, 9. Feuillet profond de l'aponévrose périnéale moyen

1.1.2.3. Plan profond du périnée

Le plan profond est formé de deux muscles pairs qui délimitent la partie basse de l'excavation pelvienne : Le muscle élévateur de l'anus qui est constitué de plusieurs faisceaux et Le muscle coccygien. Ensemble ils constituent le diaphragme pelvien qui sépare la cavité pelvienne du périnée.

- **Muscle élévateur de l'anus**

Le muscle élévateur de l'anus est un muscle pair et symétrique qui naît sur la symphyse pubienne et se termine sur l'épine sciatique et le coccyx. Il est constitué de quatre lames musculaires organisées en deux parties, l'une interne et l'autre externe.

La partie interne, épaisse et solide, uniquement d'origine pubienne, se termine dans la paroi du canal anal et la région recto-vaginale, sans prolongement avec la paroi vaginale. Elle est constituée des faisceaux pubo-vaginal et pubo-rectal qui ont un rôle important dans la statique pelvienne en soutenant le poids des viscères.

La partie externe, plus mince et plus large, s'étend d'une ligne allant du pubis à l'épine ischiatique jusqu'au coccyx. On distingue deux faisceaux : pubo-coccygien, ilio-coccygien complétés par le muscle coccygien. Ils ont une fonction sphinctérienne. La contraction du faisceau ilio-coccygien s'oppose à la défécation. Lors de l'accouchement, il constitue un obstacle qui doit se distendre pour être franchi par la tête fœtale.

- **Muscle coccygien**

Le muscle coccygien est une lame musculaire triangulaire placée en arrière du muscle élévateur de l'anus qui s'étend de l'épine ischiatique au bord latéral du sacrum et du coccyx. Il est étroitement accolé au ligament sacro-épineux. Il ferme la cavité pelvienne en arrière en complément de l'élévateur dans le plan duquel il est situé. (Figure 5)

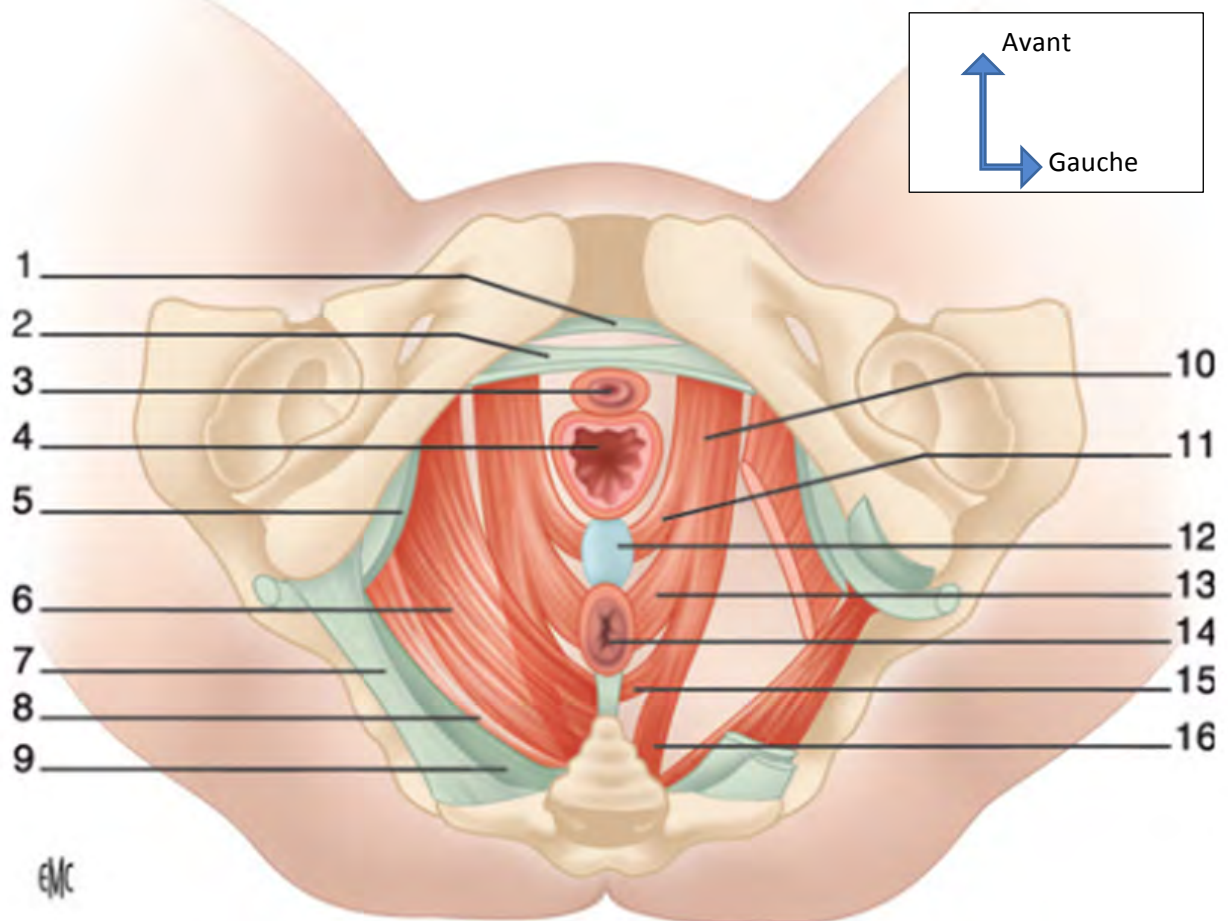


Figure 5 : Muscle élévateur de l'anus chez la femme [29].

Insertions et constitutions schématiques (vue périnéale). À droite, muscles et ligaments sectionnés. 1. Ligament arqué du pubis ; 2. Ligament transverse du périnée; 3. Urètre; 4. Vagin; 5. Arcade tendineuse du muscle élévateur de l'anus; 6. Muscle ilio-coccygien; 7. Ligament sacro-tubéral; 8. Muscle coccygien; 9. Ligament sacro-épineux; 10. Muscle pubo-coccygien; 11. Muscle pubo-vaginal; 12. Centre tendineux du périnée; 13. Faisceau latéro-rectal (muscle pubo-rectal) ; 14. Anus ; 15. Faisceau rétro-anal (muscle pubo-rectal) ; 16. Faisceau coccygien (muscle pubo-rectal).

1.2. Vascularisation et innervation [30]

1.2.1. Vascularisation artérielle

La vascularisation du périnée est assurée en grande partie par l'artère pudendale, branche antérieure de l'artère iliaque interne. Elle pénètre dans la fosse ischio-rectale au niveau de la petite échancrure sciatique puis elle se dirige vers l'avant accompagnée du nerf et de la veine pudendale. Ensuite elle chemine à la face supérieure de l'aponévrose périnéale moyenne au-dessus du muscle transverse profond. L'artère pudendale fournit plusieurs collatérales : l'artère rectale inférieure, l'artère périnéale supérieure, l'artère du bulbe vestibulaire, l'artère urétrale.

L'artère pudendale se termine par l'artère profonde du clitoris et l'artère dorsale du clitoris, qui elle-même donne des rameaux : vésical antérieur, rétro-symphysaire, pré-symphysaire, cutanés.

1.2.2. Vascularisation veineuse

La vascularisation veineuse se calque sur le schéma des artères. Elle trouve son origine dans le plexus veineux de Santorini situé un peu en-dessous de la symphyse pubienne. La veine pudendale, qui reçoit des collatérales caverneuses, bulbaires et périnéales, se jette dans la veine iliaque interne.

1.2.3. Drainage lymphatique

Les troncs lymphatiques profonds du périnée antérieur suivent les veines et se jettent dans les ganglions iliaques internes. Ils s'anastomosent avec les lymphatiques de l'anus, du vagin et de l'utérus (**Figure 6**).

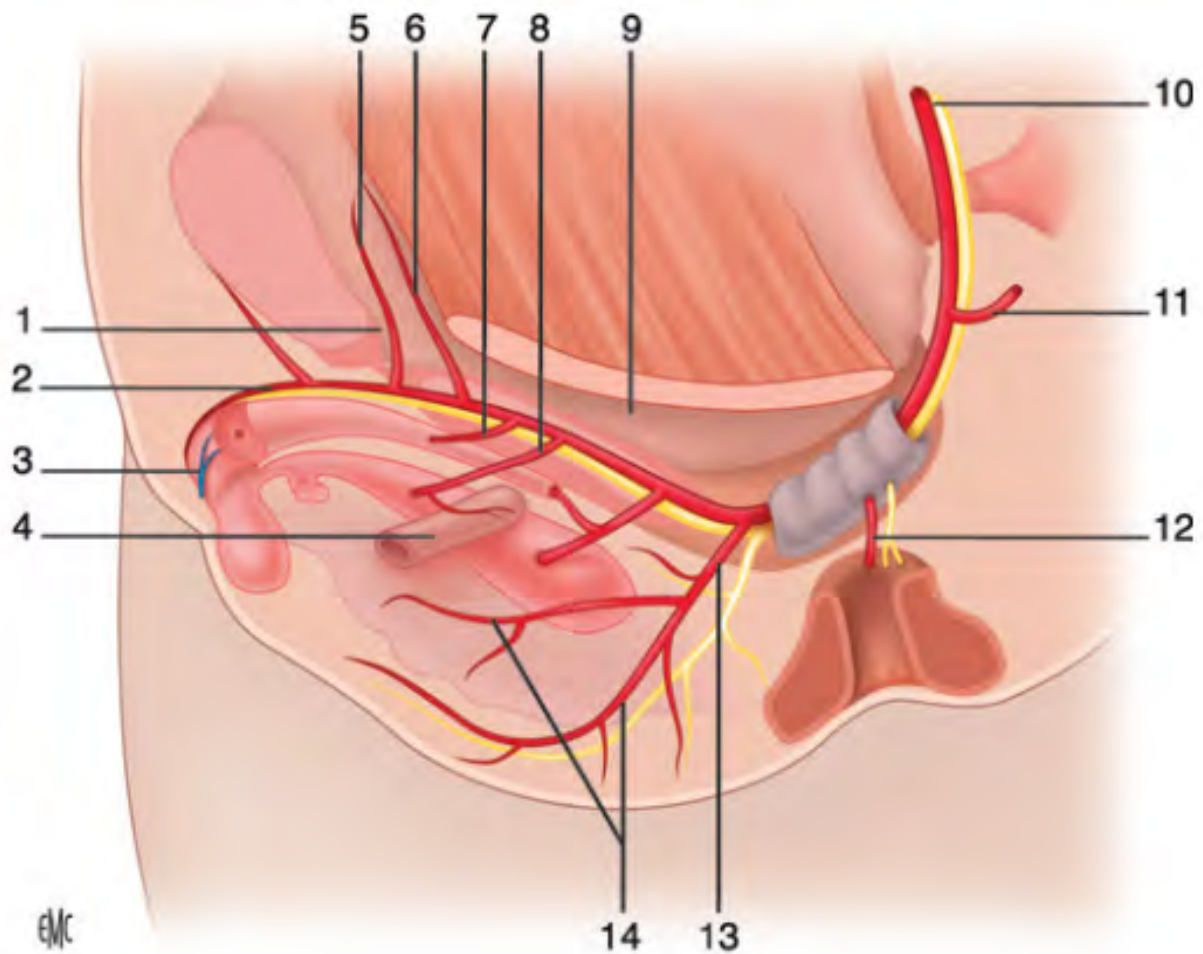


Figure 6 : Artère pudendale interne chez la femme.

2. Artère pré-symphysaire ; 2. Artère et nerfs dorsaux du clitoris ; 3. Veine dorsale profonde du clitoris ; 4. Urètre ; 5. Artère rétro-symphysaire ; 6. Artère vésicale antérieure ; 7. Artère profonde du clitoris ; 8. Artère urétrale ; 9. Artère du bulbe vestibulaire; 10. Artère et nerfs pudendaux internes; 11. Branche glutéale ; 12. Artère et nerf rectaux inférieurs ; 13. Artère et nerf périnéaux ; 14. Artères axillaires labiales.

2.1.1. Innervation du périnée [29]

Le périnée comprend trois territoires d'innervation qui sont :

- le territoire des nerfs, ilio-inguinal, ilio-hypogastrique et génito-fémoral,
- le territoire du nerf pudendal,
- le territoire des branches ischio-périnéales du nerf cutané postérieur de la cuisse et du nerf clunéal inférieur.

La principale innervation du périnée provient du plexus pudendal issu des 2^{ème}, 3^{ème} et 4^{ème} vertèbres sacrées. Le plexus pudendal innerve les organes génitaux externes et le périnée. Les nerfs collatéraux du plexus pudendal sont : le nerf élévateur de l'anus, le nerf du muscle coccygien, le nerf rectal inférieur, le nerf accessoire de Morestin qui innerve le sphincter externe de l'anus, un rameau perforant cutané pour les téguments de la partie inféro-interne de la fesse, des branches viscérales ou nerfs érecteurs d'Eckardt.

Le plexus pudendal se termine par le nerf pudendal, nerf moteur et sensitif qui se divise en deux branches au niveau de la fosse ischio-rectale. Le nerf dorsal du clitoris se dirige en avant en suivant les vaisseaux pudendaux.

L'innervation du muscle élévateur de l'anus est assurée essentiellement par un rameau du troisième nerf sacré et de quelques fibres issues de S3 et S4. Des rameaux du nerf pudendal innervent le faisceau pubo-vaginal du muscle élévateur de l'anus. Le nerf sacré issu de S4 donne un rameau vers le muscle coccygien. Celui issu de S5 pourrait donner accessoirement des branches vers la couche interne du muscle élévateur de l'anus (**Figure 7**).

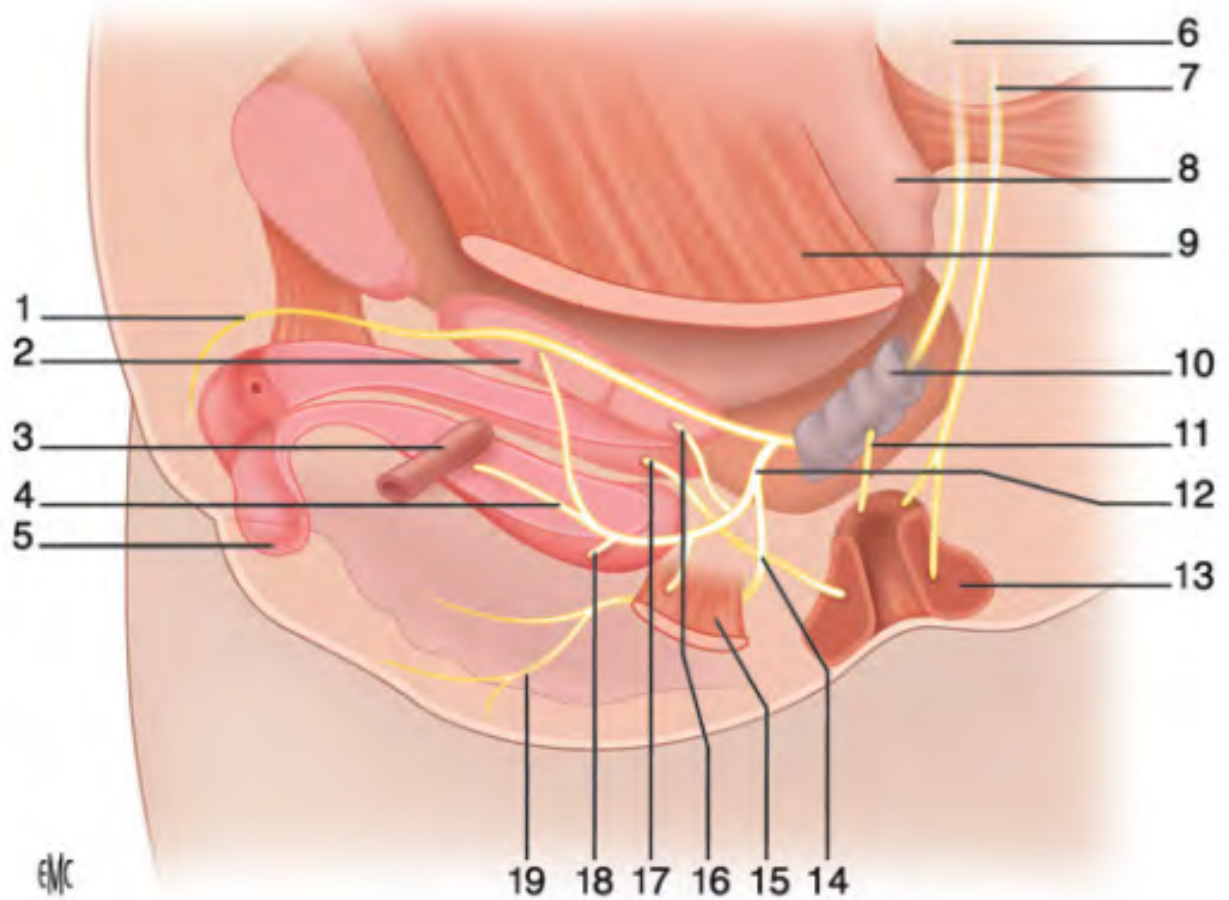


Figure 7 : Innervation du périnée. [29]

Nerf pudendal chez la femme (distribution schématique). 1. Nerve dorsal du clitoris ; 2. Nerve du sphincter de l'urètre ; 3. Urètre sectionné; 4. Nerve bulbo-urétral; 5. Glande du clitoris; 6. Nerve pudendal; 7. Nerve rectal supérieur ; 8. Muscle obturateur interne ; 9. Muscle élévateur de l'anus sectionné ; 10. Canal pudendal ; 11. Nerve rectal moyen ; 12. Nerve périnéal; 13. Sphincter externe de l'anus; 14. Nerve périnéal superficiel; 15. Muscle transverse superficiel ; 16. Nerve du muscle transverse profond ; 17. Nerve du muscle ischio-caverneux ; 18. Nerve du muscle bulbo-spongieux ; 19. Nerve labial.

3. RAPPELS PHYSIOLOGIQUES [17]

Au cours de la grossesse, les tissus périnéaux acquièrent progressivement une plus forte élasticité sous l'effet de facteurs hormonaux, mécaniques et vasculaires. Principalement, l'imprégnation hormonale œstro-progestative, en association à l'augmentation de la pression abdominale sous le poids des viscères, est responsable d'une hyperlaxité musculo-ligamentaire au niveau pubien, sacro-iliaque et sacro-coccygien. L'hypertrophie des fibres musculaires entraîne une perte de tonus et une plus grande extensibilité des muscles releveurs de l'anus.

Au cours de l'accouchement après franchissement du détroit supérieur, la tête descend selon un axe ombilico-coccygien. La progression du mobile fœtal, lors des efforts expulsifs, entraîne un relâchement du muscle ilio-coccygien. Celui-ci, en association avec les muscles ischio-coccygiens, repousse la présentation vers l'avant, au niveau de la fente urogénitale. La présentation repousse le septum recto-vaginal et aplatit le rectum contre le coccyx. Le coccyx, également repoussé en arrière, provoque une distension du périnée postérieur, d'où un allongement du ligament ano-coccygien, une saillie de la commissure postérieure de l'anus. Des lésions sphinctériennes anales, cliniquement occultés, peuvent apparaître à ce stade.

Du fait de la résistance du périnée postérieur, la tête placée sous la symphyse pubienne ne peut plus progresser dans l'axe ombilico-coccygien. Chassée vers l'avant, elle change d'axe et commence à se défléchir. Le noyau central du périnée est comprimé et s'étale. La distance ano-vulvaire s'allonge par ampliation du périnée antérieur avec amincissement de celui-ci. Lors des contractions et des efforts de poussée, le faisceau pubo-rectal des releveurs est refoulé vers le bas et vers l'avant par la présentation fœtale. Il s'écarte et vient s'intégrer dans le périnée superficiel. À ce stade, l'anus solidaire de la région ano-vulvaire s'ouvre largement, laissant apparaître la muqueuse endo-anale.

En fin d'expulsion, le périnée amplifié au maximum, forme un canal musculo-cutané périnéal, encore appelé infundibulum périnéo-vulvaire de Faraboeuf, et l'élongation provoque des lésions musculaires et aponévrotiques quasi inéluctables. Les nerfs pudendaux et rectaux supérieurs sont concernés par cette élongation avec risque de dénervation des muscles périnéaux, en particulier du muscle sphincter externe de l'anus, qui serait responsable du développement des incontinences anales et urinaires du post-partum (**Figure 6**).

4. INDICATIONS DE L'ÉPISIOTOMIE [26, 31, 74]

De nombreux auteurs se sont intéressés à la comparaison de deux politiques opposées, pratique libérale de l'épisiotomie (réalisation dite « de routine » pour la prévention des lésions périnéales au sens large), au politique restrictive, l'épisiotomie n'étant alors réalisée que sur indication maternelle ou fœtale. Une analyse de la littérature à fort niveau de preuve ne montrait pas d'avantage à une politique libérale. Cependant, une épisiotomie peut être judicieuse, sur la base de l'expertise clinique de l'accoucheur. Les indications sont corrélées aux facteurs de risque.

4.1. Indications maternelles

- Primiparité : le périnée de la primipare est moins souple car il n'a pas encore été distendu. En effet 75% des déchirures obstétricales s'observent au cours du premier accouchement qui joue un rôle déterminant dans la survenue ultérieure d'un trouble de la statique pelvienne ou d'une incontinence [58].
- Textures périnéales : le périnée peut être fragilisé, œdématié par un travail prolongé, un périnée cicatriciel (infibulation, excision rituelle, périnée trop résistant, se laissant mal distendre par le mobile fœtal)
- Confrontation du périnée : périnée hypoplasique, il a été démontré qu'une distance entre l'anus et le bord inférieur de la symphyse pubienne inférieure à 5 cm ou 6 cm expose la patiente à une déchirure grave malgré une épisiotomie préventive. Un périnée anormalement distendu du fait d'une anomalie osseuse sous-jacent, comme dans l'exception de la luxation congénitale bilatérale de la hanche qui entraîne un étirement périnéal par écartement des branches ischio-pubiennes est exposé aux déchirures [46].

4.2. Indications fœtales

- Excès de volume fœtal : il fait craindre une déchirure périnéale lors du dégagement de la tête ou de l'épaule postérieure car le diamètre bi-acromial est souvent important chez le fœtus.
- Présentation : certaines présentations peuvent être à l'origine de lésions périnéales du fait d'une mauvaise accommodation :
 - Présentation occipito-sacrée où le diamètre de dégagement fronto-occipital de 12,5cm est supérieur à celui d'une présentation occipito-pubienne, aborde le périnée avec un angle droit inadéquat.
 - Présentations de la face
 - Présentation de siège où le dégagement de la tête est souvent brutal.
- Les accouchements très rapides en « boulet de canon », souvent fœtus de petit volume entraîne une distension brutale du périnée par une présentation souvent mal fléchi dont le diamètre sont augmentés. Le périnée n'a pas le temps de s'assouplir et de s'amplifier et donc risque de se déchirer lors de la mise en tension

4.3. Facteurs opératoires [11, 74]

- Extractions instrumentales : les manœuvres instrumentales sont d'autant plus traumatisantes pour le périnée qu'elles sont brutales, que le tissu soit œdématisé et que l'on effectue une grande rotation de la présentation.

La ventouse apparaît cependant moins traumatisante pour le périnée que le Forceps.

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

5. TECHNIQUES DE L'ÉPISIOTOMIE [1, 32, 71]

5.1. Conditions de réalisation

L'épisiotomie est un geste chirurgical. Elle nécessite donc le respect de règles d'asepsie afin de limiter les risques d'infection. La personne la réalisant doit porter un masque et des gants stériles après un lavage chirurgical des mains. L'ébarbage du périnée n'est pas systématique et doit être préféré au rasage. Le périnée doit être soigneusement lavé à l'eau stérile avant d'être largement badigeonné avec une solution antiseptique [70]. Il est recommandé de recourir à une méthode anesthésique. Si la patiente n'a pas d'analgésie péridurale efficace, une anesthésie locale à la Xylocaïne® non adrénalinée 1 % peut être réalisée

Il est recommandé de réaliser l'épisiotomie au petit couronnement, lorsque la présentation commence à distendre le périnée, à l'acmé d'une contraction et d'un effort expulsif. À ce stade, le faisceau pubo-rectal du releveur est mis en tension, ce qui l'amincit et l'intègre dans le plan superficiel du périnée. Le périnée postérieur s'allonge et l'anus est dilaté d'environ 2 cm [70]. Il ne faut pas que cette épisiotomie soit trop petite ou trop proche de la verticale (angle inférieur à 40°), ce qui favoriserait les ruptures sphinctériennes en ne sectionnant que partiellement le muscle pubo-rectal et en favorisant un trait de refend vers l'anus en suivant les forces de traction de la partie restante du muscle releveur de l'anus [1, 32].

5.2. Matériel et analgésique

5.2.1. Matériel

On doit disposer d'une boîte d'instruments stériles composée d'une paire de ciseaux droite, d'une paire de ciseaux courbe, de deux pinces Kocher, deux pinces à disséquer, une avec griffes et une sans griffes, d'un porte aiguille Mayo-Hégar et d'une sonde urinaire (Figure) [28].

Ensuite il faudra disposer de casaque stérile, de masque chirurgical à visière ou avec port de lunettes, de calot, de gants stériles à usage unique, d'une antisepsie vulvo-périnéale en quatre temps, de tampon vaginal et de Xylocaïne® non adrénalinée 1%.



Figure 8 : Instruments utilisé dans l'épisiotomie :

1. Fil de suture, 2. Sonde urinaire, 3. Porte aiguille Mayo-Hegar, 4. Pince Kocher courbe, 5. Pince de Kocher droite, 6. Pince à disséquer sans griffes, 7. Pince à disséquer avec griffes, 8. Paire de ciseaux courbe, 9. Paire de ciseau droite [28]

5.2.2. Analgésique

La douleur induite par l'épisiotomie et sa réparation est globalement sous-estimée et devrait être mieux évaluée. Les méthodes anesthésiques disponibles sont représentées par l'anesthésie locale, l'anesthésie des nerfs honteux et l'anesthésie loco-régionale. L'association d'un opiacé lors d'une anesthésie péridurale augmente les performances de l'anesthésie périnéale. Par contre la

rachianesthésie est plus efficace que l'anesthésie des nerfs honteux dans la prévention de la douleur induite par l'épisiotomie. En cas d'anesthésie locale, on peut infiltrer de la lidocaïne non adrénalinée à 1%, avec une dose maximale de 20 ml. Il est recommandé dans tous les cas de recourir à une méthode anesthésique pour pratiquer et réparer l'épisiotomie [25, 26, 61, 62].

5.3. Types d'épisiotomie (figures 9)

Il a été décrit de nombreux types d'épisiotomies, la plupart ayant été abandonnés depuis fort longtemps du fait de leur caractère particulièrement mutilant. Il s'agit en particulier des épisiotomies bilatérales, des épisiotomies à multiples incisions radiées et des épisiotomies latérales unilatérales qui sectionnent le 1/3 inférieur de la grande lèvre. [11, 74]

Actuellement, deux types d'épisiotomies sont, principalement pratiquées aux États-Unis, médiane et médio-latérales recommandées par le CNGOF [12, 13]. Du fait de leur caractère mutilant, les autres types ont été abandonnés.

5.3.1. Épisiotomie médiane [35, 71]

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

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

Les inconvénients sont que la section du raphé médian crée une zone de faiblesse médiane, avec le risque de s'étendre vers l'anus. Une atteinte du sphincter anal est retrouvée dans 20% des cas [35]. On constate également une augmentation du taux de fistules recto-vaginales à distance.

5.3.2. Épisiotomie médio-latérale [7]

L'épisiotomie médio-latérale est traditionnellement réalisée à droite. On utilise des ciseaux droits, une lame entre la présentation et la partie postérieure de la vulve, l'autre lame en dehors. Deux doigts peuvent être glissés entre la présentation et le périnée pour protéger le fœtus. La section doit être franche, en partant de la partie médiane de la fourchette. La direction est latérale en dehors avec un angle de 45° par rapport à la verticale vers la région ischiatique, sur 6 cm de long en moyenne (pour un agrandissement suffisant de l'anneau vulvaire). Elle coupe successivement la peau, le vagin, les muscles bulbo-caverneux et transverse superficiel et le muscle pubo-rectal dans sa totalité. Il est préférable de la réaliser en un geste ou en deux si besoin (le premier pour la peau et le vagin, le second pour le muscle pubo-rectal [7]).

Les avantages sont le risque sphinctérien est moindre par rapport à l'épisiotomie médiane [66, 71]. Les inconvénients sont les douleurs post-opératoires plus importantes. Elle est souvent hémorragique [71].

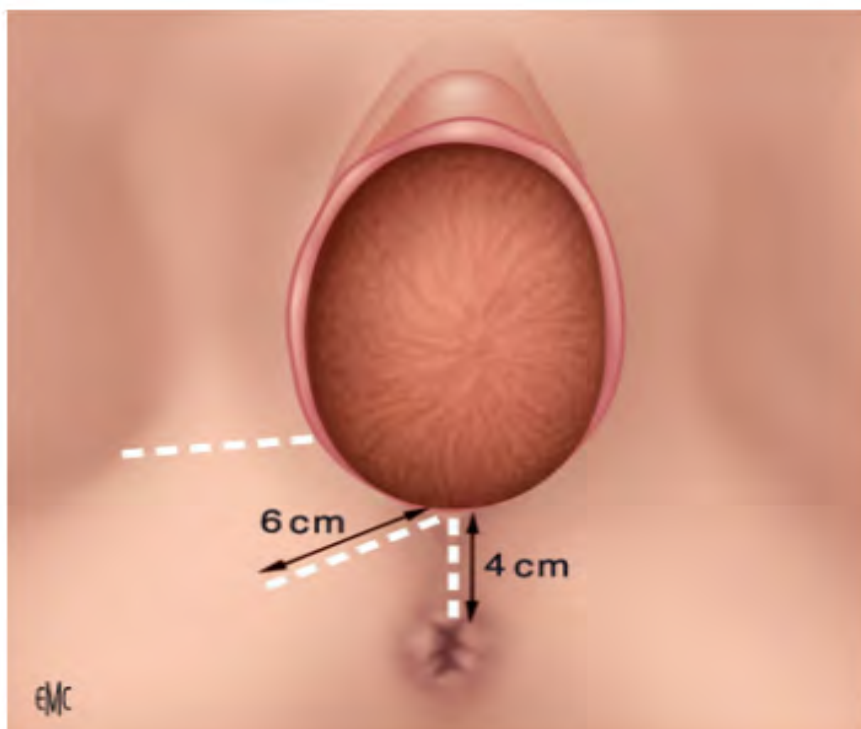


Figure 9 : Agrandissement vulvaire lors de la réalisation d'une épisiotomie

5.4.Réparation de l'épisiotomie [51]

La réparation doit être la plus anatomique possible. Son but est de restituer une fonction musculaire normale et d'éviter toute cicatrisation pathologique. Une exploration soigneuse de la filière génitale doit précéder toute réparation, afin de ne pas méconnaître une déchirure associée, en particulier une éventuelle lésion du sphincter anal. L'asepsie chirurgicale est primordiale pour la prévention des infections au niveau du site de l'épisiotomie. On délimite la zone de réparation par des champs stériles et on utilise du matériel chirurgical stérile réservé à cet usage. Il est également possible d'utiliser un tampon vaginal afin d'éviter les souillures par les lochies. La douleur induite étant en général sous-estimée, une analgésie de bonne qualité, locale à la Xylocaïne® non adrénalinée 1% en l'absence d'anesthésie locorégionale efficace, est nécessaire.

La suture doit être réalisée le plus tôt possible pour limiter la déperdition sanguine [51]. Il existe deux techniques : la suture en trois plans séparés et le surjet continu avec un seul fil.

5.4.1. Suture en trois plans séparés

La suture du vagin se fait par un surjet débutant au sommet de l'incision vaginale. Le dernier point prend les deux bords de la section vulvaire au niveau de l'incision hyménéale. On poursuit par la suture du plan musculaire rapprochant les muscles. Il faut prendre soin, à la fin de ce plan, de réaliser un toucher rectal afin de s'assurer qu'aucun point ne transfixie le rectum. On termine par la suture de la peau, soit par un surjet intradermique soit par des points simples séparés. L'avantage de ces derniers est la possibilité d'ouverture partielle en cas d'infection, d'hématome ou de douleur périnéale par gêne de la suture. En revanche, la littérature rapporte un taux augmenté de dyspareunies à trois mois en cas d'application de points séparés sur la peau [71].

5.4.2. Surjet continu avec un seul fil (« un fil/un nœud ») (Fig. 10) [33]

On suture successivement le vagin, les muscles puis la peau avec un seul fil mené d'une seule aiguillée. La suture débute au sommet de l'incision vaginale (un nœud). Le plan muqueux est fermé par un surjet descendant jusqu'en arrière de la cicatrice hyménéale. De là, on passe au plan suivant, musculaire, dans la continuité du plan muqueux, jusqu'au point d'angle cutané. Il est habituel de faire plus de passage avec ce surjet qu'avec des points séparés. Le surjet du plan sous-cutané se fait en « remontant » de l'angle de la peau jusqu'à la cicatrice hyménéale. Ce plan permet de préparer le plan suivant en effaçant l'espace mort.

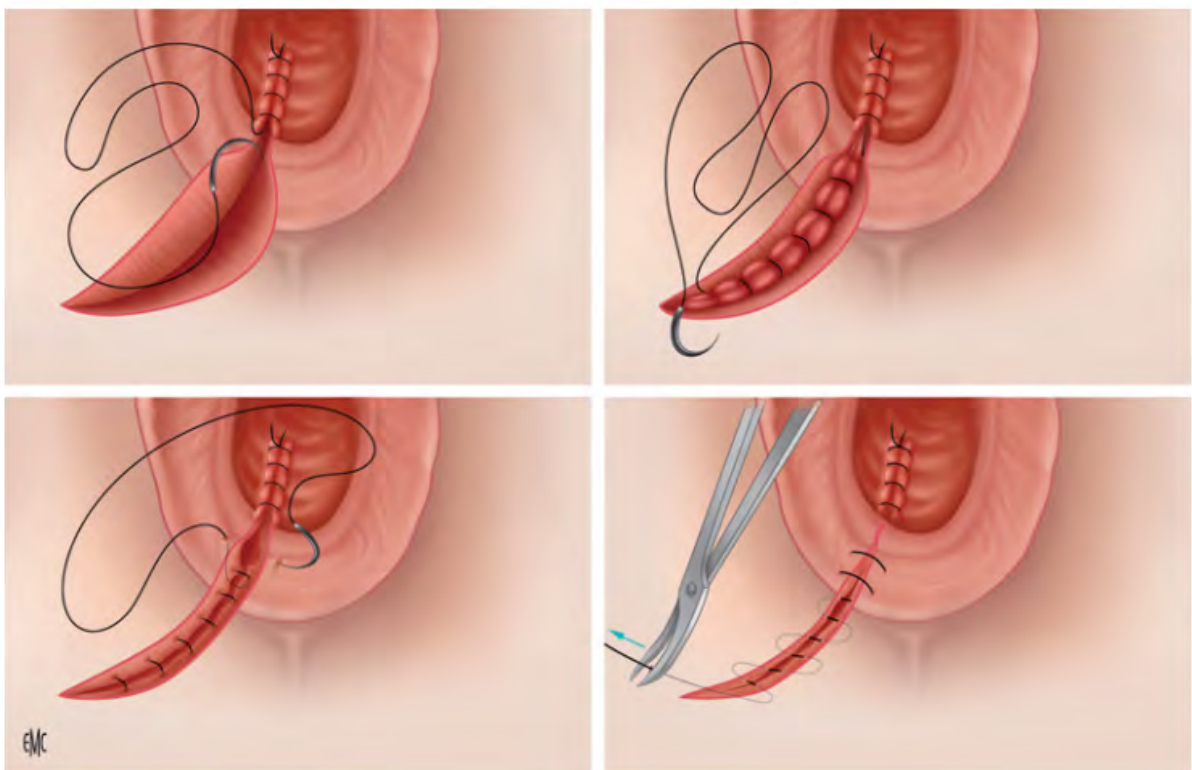


Figure 10 : Réparation d'une épisiotomie par la technique « un fil, un nœud »

5.5. Soins en post-partum [22]

Il n'existe pas de recommandations pour une antibioprophylaxie systématique [22]. Les soins locaux assurant une bonne hygiène sont primordiaux pour favoriser la cicatrisation et prévenir les abcès périnéaux.

Après lavage des mains, il faut nettoyer à l'eau et au savon, avec un séchage soigneux au moins une fois par jour, et après chaque selle et chaque miction. Le traitement de la douleur par des moyens non médicamenteux ou par des moyens locaux n'apparaît pas très efficace. Concernant les moyens médicamenteux, les anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS) par voie générale ou rectale sont efficaces. En particulier l'ibuprofène, ne passant pas ou peu dans le lait maternel, est sans danger pour l'enfant. Le paracétamol classiquement utilisé semble peu efficace [22].

5.6. Complications de l'épisiotomie

5.6.1. Complications en salle de naissance

On distingue :

- L'hémorragie du post-partum qui peut être de grande importance et est surtout le fait d'épisiotomie médio-latérale, favorisée par une réalisation précoce sur un périnée mal amplifié. Plus de 10 % des hémorragies sont de plus de 300 ml chez les patientes ayant subi une épisiotomie [7, 67]. Une suture précoce est nécessaire pour limiter les saignements.
- Les traumatismes fœtaux secondaires, qui sont exceptionnels. Quelques cas ont été rapportés :
 - lésions testiculaires allant jusqu'à la castration lors d'une présentation du siège,
 - érosions superficielles de la paupière,
 - fractures de la mâchoire sur les présentations de la face [7] ;
 - les déchirures périnéales associées.

5.6.2. Complications dans le post-partum immédiat

- Les douleurs et l'œdème périnéal sont plus importants que pour les patientes ayant un périnée intact ou une déchirure du premier ou du deuxième degré. Les douleurs sont en rapport avec :

- Un hématome secondaire à un défaut d'hémostase du plan profond, allant jusqu'au thrombus périnéo-vulvaire nécessitant une reprise [2] ;
- une désunion ou une infection de la suture dans 0,5 à 3 % des cas, par une insuffisance d'asepsie, un hématome, un point transfixiant le rectum ou une hygiène insuffisante du post-partum.

5.6.3. Complications tardives

L'épisiotomie semble avoir un impact négatif sur la qualité de la vie sexuelle de la femme, à court et à long terme [63]. Les dyspareunies, principalement durant les premières semaines du post-partum, sont plus fréquemment rencontrées. La reprise des rapports sexuels est plus tardive et source de moins de satisfaction chez les femmes ayant eu une épisiotomie par rapport à celles ayant eu une déchirure du premier et du deuxième degré, ou un périnée intact [21, 36]. Outre les complications habituelles de la chirurgie vaginale (abcès, bride etc.) ont été décrites dans la littérature [36] :

- des granulomes inflammatoires sur la cicatrice d'épisiotomie ;
- des endométrioses de la cicatrice d'épisiotomie ;
- des fistules anales ou recto-vaginales traduites par des douleurs périnéales chroniques et une suppuration au niveau ou à côté de la cicatrice d'épisiotomie, qui peuvent apparaître quelques mois à plusieurs années après ;
- une fasciite nécrosante par infection par un streptocoque Béta hémolytique du groupe A. Cet événement rare, mais potentiellement gravissime fait rappeler l'importance du port du masque chirurgical, la transmission de ce germe étant orale ;
- une métastase d'un cancer du col type épidermoïde ou glandulaire néanmoins très rare.

DEUXIEME PARTIE : NOTRE TRAVAIL

1. CADRE D'ETUDE

Cette étude s'est déroulée dans les services de gynécologie et d'obstétrique du centre hospitalier national de Pikine (CHPN), qui se situe dans le district sanitaire de Mbao.

Selon le découpage administratif du ministère de la santé et de l'action social du Sénégal, les districts sanitaires sont représentés par le schéma suivant

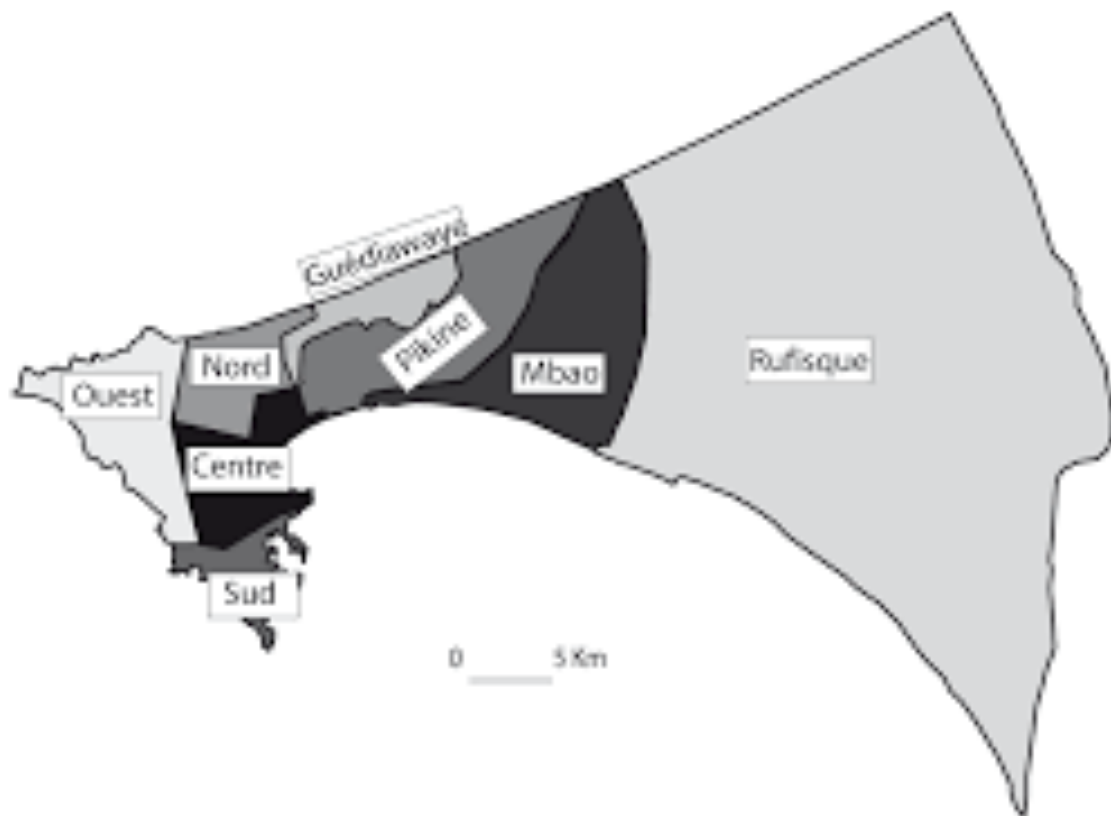


Figure 11 : Limite sanitaire de la région de Dakar

1.1. Infrastructure

La maternité du centre hospitalier national de Pikine (CHNP) nous a servi de cadre d'étude. Elle est composée de cinq unités suivantes :

- Une unité d'accueil des urgences et tri
- Une salle de travail (6lits)
- Deux salles d'accouchement ayant trois tables chacune

- Une unité de néonatalogie avec deux tables chauffantes
- Une unité d'hospitalisation.

Le bloc chirurgical est communément partagé avec d'autres spécialités chirurgicales.

1.2. Personnel

Le service de Gynécologique et d'Obstétrique est sous la direction d'un professeur titulaire chef de service, secondé par des adjoints et un professeur assimilé.

Les autres membres du personnel sont :

- des internes des hôpitaux
- des médecins en cours de spécialisation en Gynécologie-Obstétrique
- une vingtaine de sages-femmes d'état
- huit infirmières
- des agents sanitaires

1.3. Activités

Le service a trois vocations : les soins, l'enseignement et la recherche. Les soins constituent une activité importante et sont essentiellement de cinq types. Il s'agit d'abord de soins obstétricaux et gynécologiques d'urgence assurés 24h / 24 par des équipes constituées de médecins en cours de spécialisation et/ou d'internes des hôpitaux et de sages-femmes avec des rotations toutes les 8h.

2. MATERIELS ET METHODE

2.1. Type d'étude

Il s'agit d'une étude rétrospective et descriptive sur une période de 12 mois (janvier à décembre 2020) concernant les cas étaient des accouchements par voie basse avec épisiotomie effectués au Centre Hospitalier National de Pikine (CHNP).

2.2. Population d'étude

L'étude a porté sur les femmes ayant accouché par voie basse dans la maternité de l'hôpital de Pikine au cours de la période d'étude.

2.3. Critère d'inclusion

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

2.4. Critères de non inclusion

Nous n'avons pas inclus dans cette étude :

- les patientes ayant accouché par césarienne,
- celles ayant accouché dans d'autres services et reçues au CHNP pour des soins dans le post-partum,
- et toutes celles dont les dossiers étaient incomplètes.

2.5. Analyse des données

Les données ont été saisies et analysées à l'aide du logiciel SPSS20.0.

2.6. Variables

Plusieurs variables ont été étudiées :

- **Variables liées à la parturiente**
 - Age
 - Taille
 - Poids
 - Parité
 - Motif d'admission
 - Mode d'admission
 - Antécédents

- **Variables liées à la grossesse**
 - Terme de la grossesse
 - CPN (nombre, auteur)
 - Hauteur utérine

- **Variables liées au fœtus (ou au nouveau-né)**
 - Nombre de fœtus
 - Cotation du score d'Apgar
 - Lésions traumatiques
 - Référence ou évacuation

- **Variables liées à l'accouchement**
 - Auteur de l'accouchement
 - Indication de l'épisiotomie
 - Type d'épisiotomie

2.7. Définitions opératoires

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

- La gestité : C'est le nombre de grossesse chez la femme.
Primigeste : Femme ayant eu une grossesse
Paucigeste : Femme ayant eu 2 à 3 grossesses
Multigeste : Femme ayant eu 4 à 5 grossesses
Grande multigeste : Femme ayant eu 6 grossesses ou plus
- La parité : C'est le nombre d'accouchement chez la femme.
Primipare : Femme ayant accouché une fois
Paucipare : Femme ayant fait 2 à 3 accouchements
Multipare : Femme ayant fait 4 à 5 accouchements
Grande multipare : Femme ayant fait 6 accouchements ou plus.
- Hypotrophie fœtale : Nouveau-né ou fœtus à terme mais dont le Poids de naissance est inférieur à 2500 grammes.
- Macrosomie : nouveau-né ou fœtus à terme mais dont le poids de naissance est supérieur ou égale à 4000 grammes.
- Souffrance fœtale aiguë : La souffrance fœtale est un état pathologique consécutif à des agressions diverses mais qui agissent par le même mécanisme : l'hypoxie, c'est à dire l'insuffisance d'oxygénation au niveau des tissus et des cellules fœtales. Elle est dite aiguë en raison de sa survenue brutale au cours de la grossesse ou du travail et de ses conséquences graves pour le fœtus si on ne le soustrait pas rapidement de cette hypoxie.
- Référence : C'est le transfert d'un service à un autre au sein d'une même formation sanitaire ou d'un centre à un autre pour une prise en charge adaptée sans la notion d'urgence.
- Evacuation : C'est le transfert d'une structure sanitaire à une autre plus spécialisée avec un caractère urgent nécessitant une hospitalisation.

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

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

Le matériel comprend quatre (4) à cinq (5) boîtes composées chacune de : un porte-aiguille, une pince à disséquer, une paire de ciseaux. Quelques conduites pratiques : Une fois l'indication posée, l'index et le majeur de l'accoucheur (mains gantées, port de bonnet, bavette, parfois lunettes de protection) sont introduits entre le périnée de la parturiente et la présentation fœtale. L'incision (médio latérale droite en général) est faite avec une paire de ciseaux droits. Elle est réalisée pendant les efforts expulsifs et au moment de la distension périnéale par la présentation fœtale. Après l'expulsion fœtale, la délivrance ou une éventuelle révision utérine, la toilette du périnée à l'eau savonneuse est faite par l'infirmière et l'accouchée reste en position gynécologique. L'opérateur est généralement un étudiant en année de thèse. Ceci entre dans le cadre de la prévention de l'infection comme après tout acte chirurgical.

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

3. RESULTATS

3.1. Caractéristiques générales

3.1.1. Fréquence

Nous avons enregistré 3909 dossiers complets d'accouchement par voie basse. Parmi ces parturientes, 790 épisiotomies ont été effectuées. La fréquence de l'épisiotomie au CHN de Pikine était de 20,2 %.

3.1.2. Age

L'âge des patientes était précisé dans 778 dossiers soit 98,5%. L'âge moyen des patientes était de 24 avec des âges extrêmes de 14-58 ans. L'âge inférieur à 35 ans était plus représenté (91,2%).

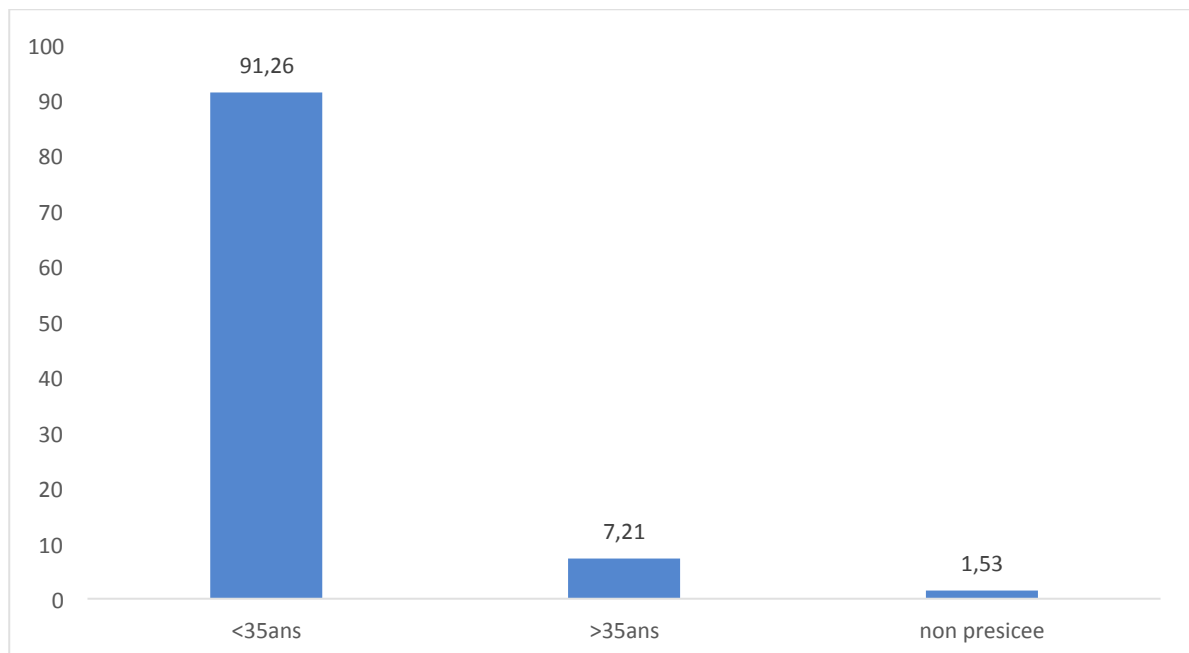


Figure 12 : répartition selon l'âge des parturientes ayant bénéficié d'une épisiotomie lors de leur accouchement au CHN de Pikine (N=790).

3.1.3. Indice de Masse Corporelle (IMC)

L'IMC était calculé chez 401 patientes soit 50,8% de la population d'étude. Les patientes qui présentaient un IMC normal et surpoids étaient plus marquées avec respectivement 39,9% et 36,4%. On notait 80 patientes avec une IMC supérieur à 30 (20%), et 3 (0,7%) patientes avec une obésité morbide (IMC supérieur à 40).

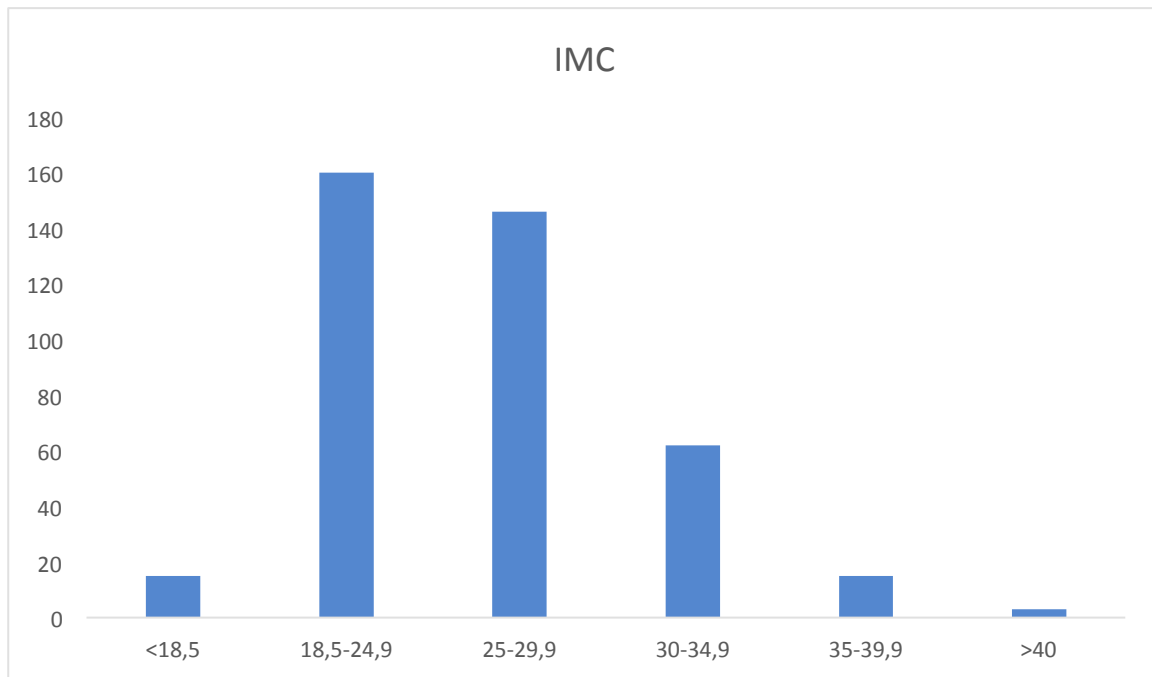


Figure 13 : répartition selon leur IMC des parturientes ayant bénéficié d’une épisiotomie lors de leur accouchement à la maternité du CHNP.

3.1.4. Parité

La parité des patientes variait entre 1 et 8, avec une moyenne de 1,016. Les primipares et les paucipares représentaient respectivement 40,6% et 41,65. Les multipares représentaient 17,73% de notre population d’étude dont 0,9% grande multiparité (figure 14).

3.1.5. Mode d’admission

La majorité des parturientes était venue d’elle-même (à domicile) 70,6%. (Figure 15)

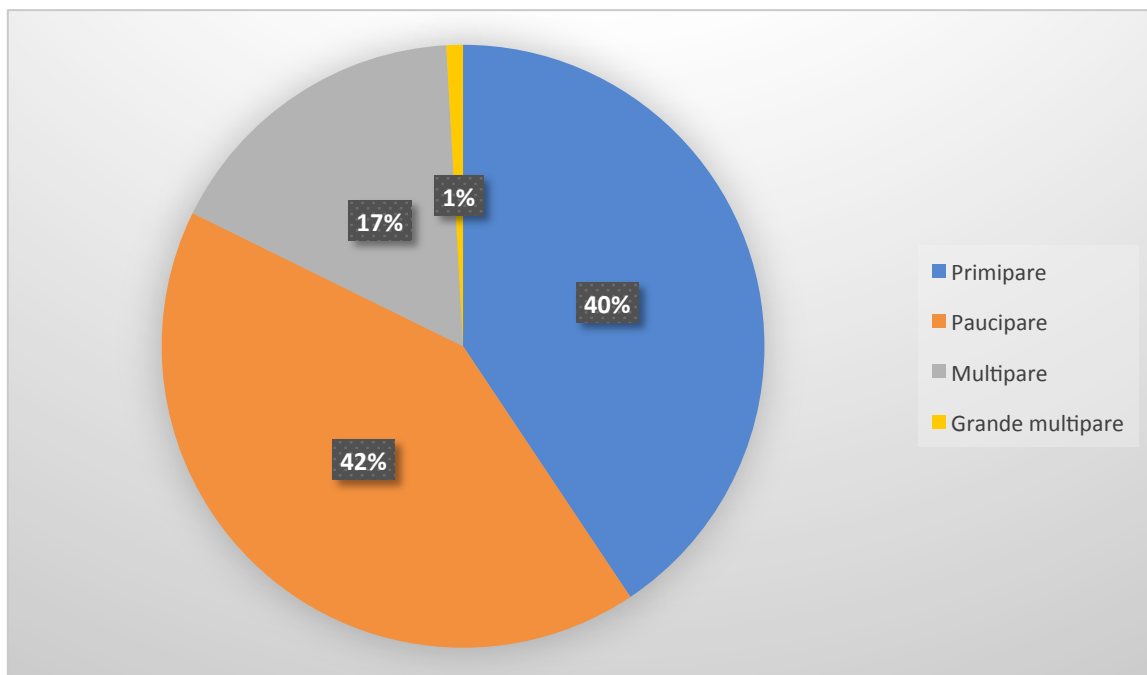


Figure 14 : répartition selon la parité des parturientes ayant bénéficié d'une épisiotomie lors de leur accouchement à la maternité du CHNP (N= 790).

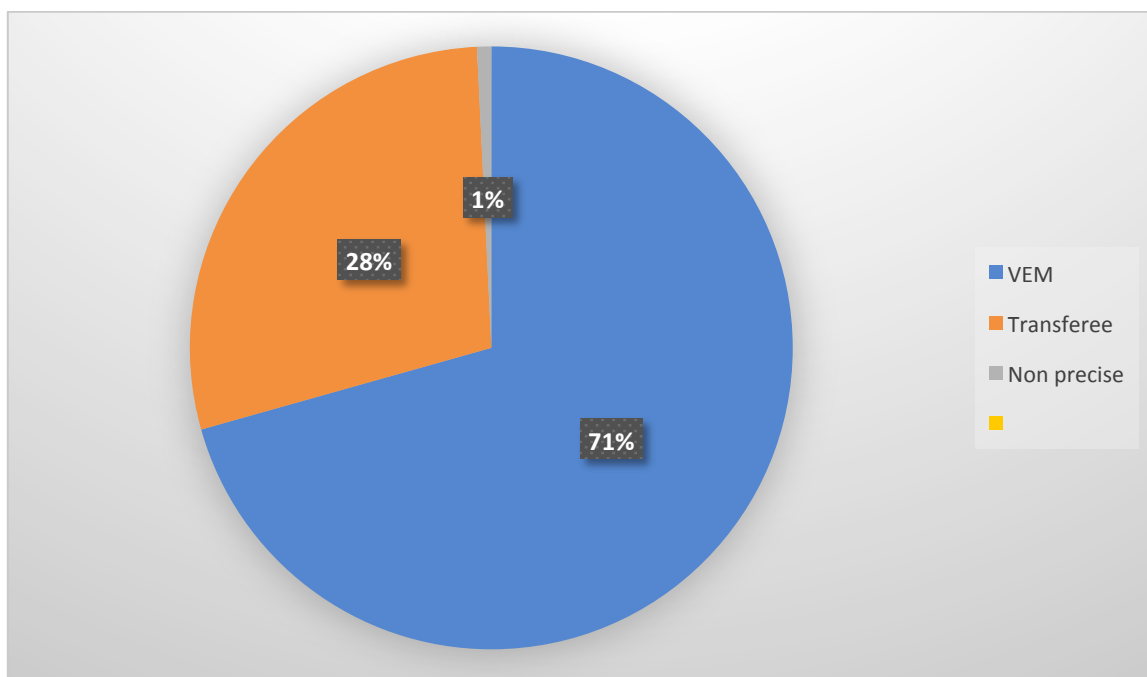


Figure 15 : répartition selon leur mode d'admission des parturientes ayant bénéficié d'une épisiotomie lors de leur accouchement à la maternité du CHNP (N= 790)

3.1.6. Antécédents

- **Antécédents médicaux**

Les pathologies médicales rencontrées chez nos patientes étaient par ordre de fréquence décroissante : l'asthme (1,01%), l'HTA chronique (0,76%) le diabète (0,1%) et la drépanocytose (0,1%). Par ailleurs les antécédents médicaux n'étaient pas précisés dans 770 dossiers (97,5%).

- **Antécédents chirurgicaux**

Les antécédents chirurgicaux étaient précisés chez 45 patientes (5,7%). Les 39 parturientes avaient au moins une fois bénéficié d'une césarienne (86,7%) ou d'une myomectomie (2,2%) (Tableau I).

Tableau I : Répartition selon leurs antécédents chirurgicaux des parturientes ayant bénéficié d'une épisiotomie lors de leur accouchement à la maternité du CHNP (N=790)

Antécédents chirurgicaux	Effectifs	Fréquence (%)	Fréquences cumulées (%)
Césarienne	39	4,9	4,9
Myomectomie	1	0,1	5
Autres	5	0,7	5,7
Non précisés	745	94,3	100
Total	45	100	

3.2. Variables liées à la grossesse

3.2.1. Suivi de la grossesse

Le nombre de CPN était précisé dans 760 dossiers (96,2%). Il variait entre 0-10 avec une moyenne de 5. La majorité des parturientes (67,3%) avait 4 CPN.

Les parturientes étaient suivies en majorité par des sages-femmes (78,3%). Les patientes qui n'avaient pas de suivi représentaient 0,63% (tableau II).

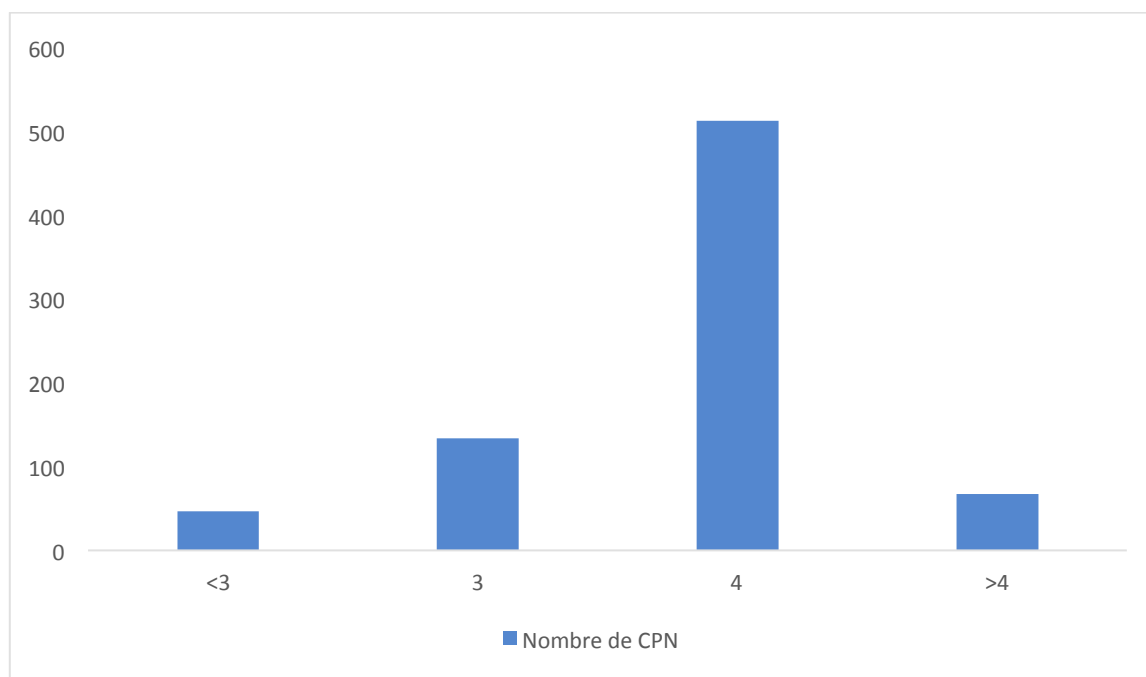


Figure 16 : répartition selon le nombre de CPN des parturientes ayant bénéficié d'une épisiotomie lors de leur accouchement à la maternité du CHNP (N= 790).

Tableau II : Répartition selon les personnes ayant suivi la grossesse des parturientes ayant bénéficié d'une épisiotomie lors de leur accouchement à la maternité du CHNP (N=790)

Personne ayant suivi la grossesse	Effectif	Fréquences (%)	Fréquences cumulées (%)
Interne/DES	45	5,69	5,69
Sages-femmes	610	78,3	84,04
Pas de suivi	5	0,63	84,67
Non précisé	121	15,3	100
Total	790	100	

3.2.2. Terme de la grossesse

Les grossesses étaient à terme dans 84,1% des cas. L'accouchement prématuré était enregistré dans 7,2% des cas (57 cas) et 54 cas dépassements de terme étaient notifiés (6,8%) (Figure 17).

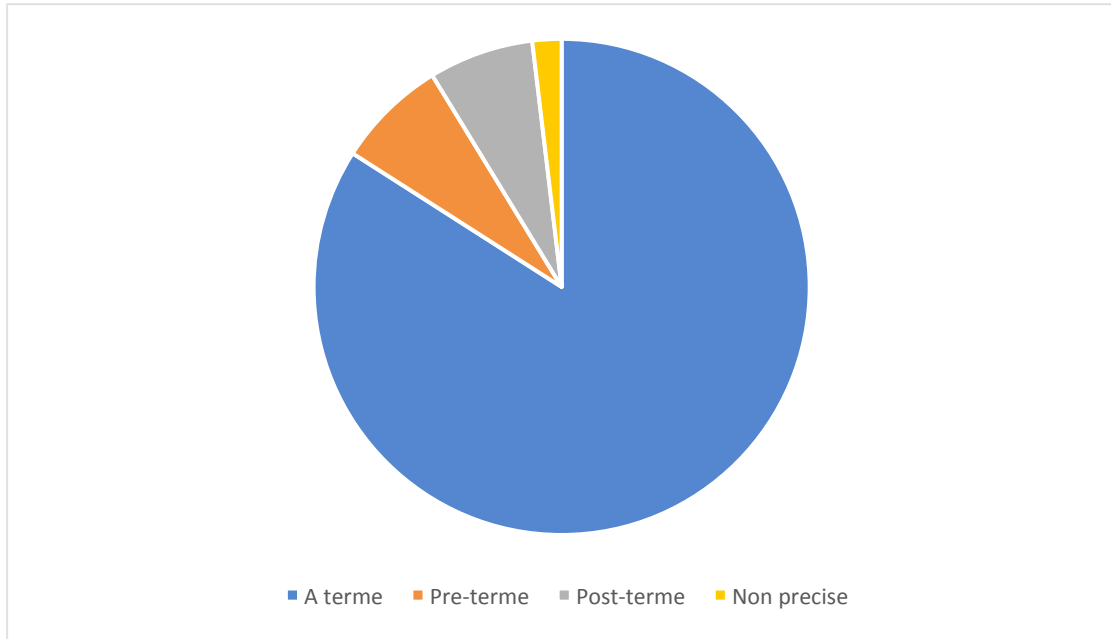


Figure 17 : répartition selon l'âge gestationnel de la grossesse des parturientes ayant bénéficié d'une épisiotomie lors de leur accouchement à la maternité du CHNP (N= 790).

3.2.3. Hauteur utérine

La majorité des patientes 80,1% avait une hauteur utérine comprise entre 30 et 38 cm. Par ailleurs 3,8% avaient une hauteur utérine excessive.

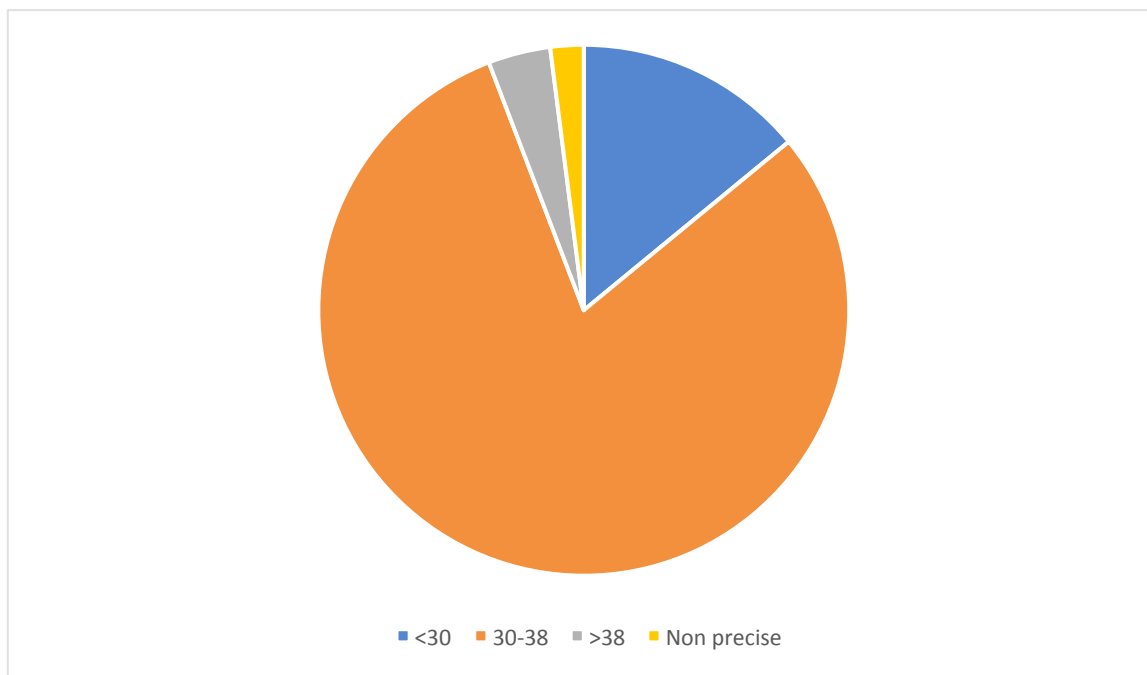


Figure 18 : Répartition selon leur hauteur utérine des parturientes ayant bénéficié d'une épisiotomie lors de leur accouchement à la maternité du CHNP (N= 790).

3.2.4. Nature de la présentation

Il s'agissait dans la majorité des cas d'une présentation du sommet (95,7%). Par ailleurs, on notait 26 présentations de siège (2,3%) et 3 présentations de face (Tableau III).

Tableau III : Répartition selon la nature de la présentation des parturientes ayant bénéficié d'une épisiotomie lors de leur accouchement a la maternité du CHNP (N=790)

Nature présentation	Effectif	Fréquences (%)	Fréquences cumulées (%)
Sommet	756	95,7	95,7
Face	3	0,4	96,1
Siège complet	12	1,5	97,7
Siege décomplété	14	1,8	99,5
Non précisé	5	0,6	100
Total	790	100	

3.3. Caractéristiques du travail et de l'accouchement

Les parturientes étaient admises pour la majorité des cas en phase de latence et active du travail dont les fréquences respectives étaient 45,8% et 48,5%.

Par ailleurs 4,9% des patientes n'étaient pas en travail.

La majorité des parturientes admise en salle d'accouchement avait une durée du travail inférieure à 12h (63,3%). Cependant, 15 parturientes avaient une durée de travail supérieure à 24 h (1,9%) et 75 parturientes avaient une durée du travail comprise entre 12h-24 h (9,5%) (Figure 8).

L'enregistrement du partogramme ne concernait que 48,1% des patientes de notre série.

Le mode d'accouchement le plus fréquent était la voie basse naturelle 96,6%. Nous avons dénombré 19 accouchements par ventouse soit 2,4% et un accouchement par manœuvre (Tableau IV).

Parmi les parturientes qui avaient une épisiotomie, 23 cas de déchirure périnéale étaient rapportés (2,9%). Le type de déchirure et la classification n'ont pas été précisés (Tableau 8).

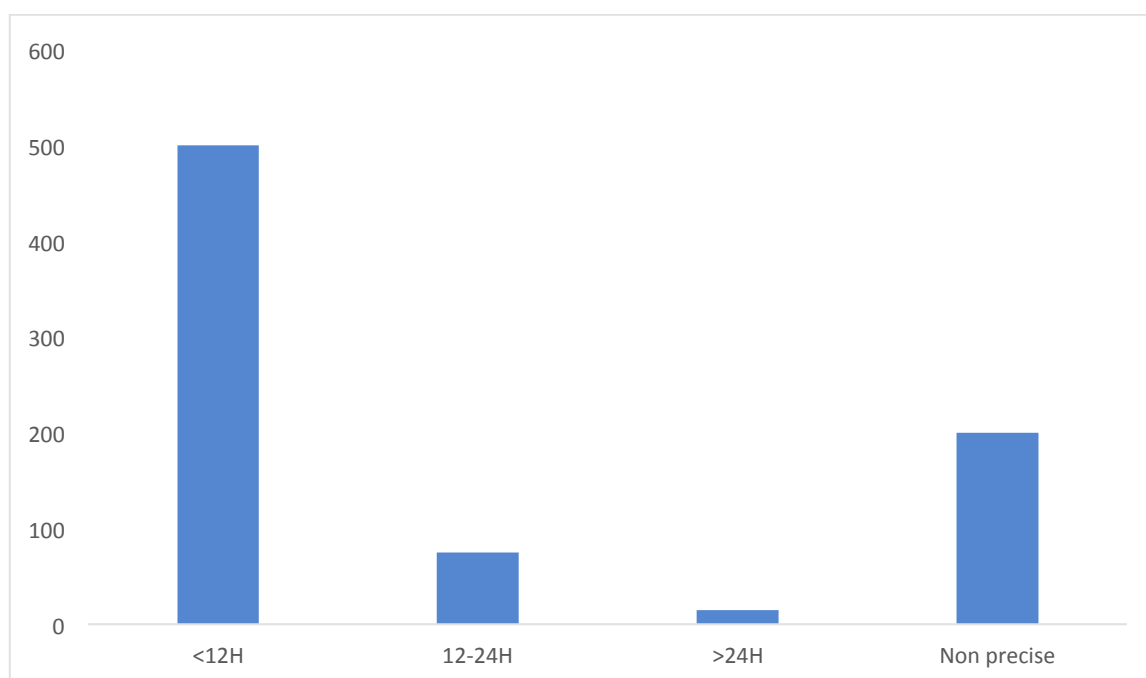


Figure 19 : Répartition selon la durée d'admission et le début de la phase d'expulsion des parturientes ayant bénéficié d'une épisiotomie lors de leur accouchement à la maternité du CHNP (N= 790).

Tableau IV : Répartition selon la mode d'accouchement des parturientes ayant bénéficié d'une épisiotomie lors de leur accouchement à la maternité du CHNP (N=790)

Mode d'accouchement	Effectif	Fréquences (%)	Fréquences cumulées (%)
Voie basse spontanée	763	96,6	96,6
Ventouse	19	2,4	99
Forceps	1	0,1	99,1
Manœuvre	1	0,1	99,2
Césarienne	3	0,4	99,6
Non précisé	3	0,4	100
Total	790	100	

Tableau V : Répartition selon le type de déchirures périnéales des parturientes ayant bénéficié d'une épisiotomie lors de leur accouchement à la maternité du CHNP (N=790)

Déchirures	Effectif	Pourcentages (%)	Pourcentages cumulées (%)
Oui	23	2,9	2,9
Non	767	97,1	100
Total	790	100	

3.4. Caractéristiques liées au fœtus

3.4.1. Scores d'Apgar

Le score d'Apgar à la première minute était précisé dans 771 dossiers (97,6%) et variait entre 0-9 avec une moyenne de 4,9.

La majorité des nouveau-nés avaient un score d'Apgar supérieur ou égale à 7. Cependant nous avons noté 60 cas de souffrance fœtale aiguë (7,8%) dont 9 cas hypoxie sévère (1,2%).

Le score d'Apgar à la cinquième minute était précisé dans 769 dossiers (97,3%) et variait entre 0-10 avec une moyenne de 5,7. La quasi-totalité des nouveau-nés avaient un score d'Apgar à la cinquième minute supérieur ou égale à 7 (97,3%).

3.4.2. Poids de naissance

Le poids de naissance variait entre 500-4850 grammes. La majorité des nouveau-nés avait un poids de naissance normal (76,5%).

Le faible poids de naissance était rapporté dans 162 cas et la macrosomie fœtale dans 20 cas (Tableau VI).

Tableau VI : Répartition selon poids fœtal des parturientes ayant bénéficié d'une épisiotomie lors de leur accouchement à la maternité du CHNP (N=790).

Poids de naissance (gramme)	Effectif	Fréquences	Fréquences cumulées
< 2500	162	20,5	20,5
2500-3999	604	76,5	97
> 4000	20	2,5	99,5
Non précisé	4	0,5	
Total	790		

4. DISCUSSION

4.1. Difficulté de l'étude

La mauvaise tenue de certains dossiers était le principal problème rencontré au cours de notre étude.

4.2. Fréquence

La fréquence des épisiotomies est différemment appréciée. Selon les auteurs, elle varie d'un pays à un autre. Au terme de notre étude nous avons noté un taux d'épisiotomie de 20,2%. Ce taux est inférieur à ceux retrouvés par Kamal et Moubarak qui avaient rapporté respectivement 29,4% et 28,2% [28, 49]. Notre taux était aussi inférieur à ceux retrouvés au Mali par des études de Abdoul Kassoum et Coulibaly qui rapportaient respectivement 31,95% et 38,31% [10, 31]. Cependant notre taux enregistré reste relativement élevé si on le compare aux chiffres de 3,4 et 17,4% retrouvés respectivement par Ekmand et Morhe au Ghana [20, 47]. Notre fréquence suit les recommandations du CNGOF 2005 qui estime que le taux global national devrait se situer en dessous de 30% [12].

Ce taux obtenu peut être expliqué par la présence de personnel qualifié au moment de l'accouchement et la mise en place d'une garde hiérarchisée. Cependant ce taux pourrait dans l'avenir continuer à s'abaisser.

4.3. Indications des épisiotomies

Elles varient en fonction des auteurs. Le recours à l'épisiotomie varie selon les caractéristiques socio-démographiques des patientes (âge de la mère, origine ethnique) et des conditions obstétricales (grossesse gémellaire, présentation de siège..).

L'épisiotomie a longtemps été considérée comme protectrice des lésions obstétricales du sphincter anal (LOSA). Dans notre série les indications étaient

corrélées aux facteurs de risque des lésions périnéales retrouvées dans la littérature. Au Sénégal Kamal avait dans son étude que 37,8% des épisiotomies faites étaient sans indications justifiées, de même que Weber avait fait le même constat avec 20% d'épisiotomie non justifiées dans sa série [28, 73]. Il n'existe toujours pas de consensus sur la pratique de l'épisiotomie. Dans les recommandations de CNGOF 2018, l'analyse de la littérature faite par Riethmüller concluait que l'indication d'une épisiotomie est fonction des facteurs de risque individuelles et des conditions obstétricales et qu'il n'existait pas de bénéfice reconnu à la pratique de l'épisiotomie dans l'accouchement normal (NP1) [57].

Comparé à une pratique libérale de l'épisiotomie, le nombre de périnée intact est plus grand en cas de pratique restrictive sans augmentation du nombre de LOSA. Dans beaucoup de situations obstétricales considérées comme à risque telles que la primiparité, la gémellité, l'extraction instrumentale et d'autres, l'épisiotomie ne doit pas être systématique. L'expertise clinique du praticien doit l'aider à être discriminatif dans ses choix.

4.4. Facteurs de risque

- **Age**

L'âge ne constitue pas un facteur de risque majeur selon plusieurs auteurs. Toutefois dans notre étude nous avons enregistré un âge moyen égal à 24 ans avec les moins de 35 ans qui représentent la quasi-totalité de notre population d'étude. Nos résultats étaient comparables à ceux retrouvés par Coulibaly [15] qui rapportait dans 58,56% des cas un âge compris entre 20-35 ans, et dans 52% des cas un âge inférieur à 19 ans. Pour Abdoul Kassoum la tranche de 20-35 ans totalise 96,6% des patients ayant bénéficié d'une épisiotomie [31].

Kamal au Sénégal avait conclu dans son étude le jeune âge inférieur à 24 ans était associé de façon significatif à un risque de déchirure périnéale et à un recours à l'épisiotomie [28].

Webb, dans son étude rétrospective en 2017 avait conclu que les femmes âgées de moins de 30 ans étaient plus à risque de lésions périnéales sévères par rapport aux patientes plus âgées [72].

Dans une étude rétrospective unicentrique menée dans une maternité de niveau 3 en comparant l'année 2004 versus 2006 par Koskas, l'âge des patientes était significativement différent entre les deux périodes. En 2004, l'âge était 29,5 ans et en 2006 de 30,6 ans avec un taux d'épisiotomie significativement diminué 43,48% en 2004 versus 32,32% en 2006. L'âge maternel apparaît comme protecteur, en effet un âge inférieur à 30 ans constituant alors un facteur de risque prédisposant recours à l'épisiotomie [34].

- **Parité**

Nous avons enregistré chez les primipares 40,6% de taux d'épisiotomie, chez les paucipares 41,45% et les multipares 17,73%. Ce taux était bas comparé aux résultats de Kamal et Moubarak qui avaient retrouvé respectivement 62,7% et 57,7% [28, 49].

Au mali, Kalsoum, Coulibaly et Bakayoko avaient rapporté respectivement 74,97% 72,32% et 58,1% [5, 15, 31]. En France en 2000 ce taux était de 68% chez les primipares.

D'après les recommandations du CNGOF en 2005, il n'existe pas de consensus retenu à la pratique systématique de l'épisiotomie chez les primipares, cependant l'étude de Jango et al de 2014 avait retenu de l'épisiotomie comme protecteur des déchirures périnéales sévères [12, 27]. Notre taux d'épisiotomie

chez les primipares et les paucipares pourrait s'expliquer par la hantise de l'accoucheur d'être surpris par une déchirure s'il laisse le périnée se distendre.

- **Durée du travail**

Dans notre série nous avons étudié la durée entre l'admission et le début de la phase expulsive. Il nous était impossible de déterminer la durée exacte du travail parce que la plupart des parturientes venaient consulter à un stade avancé du travail et l'utilisation du partogramme n'était pas systématique. Dans la majorité des cas, la durée était inférieure à 12 h (63,3%). Ces résultats ne nous permettent pas de conclure de l'existence d'une corrélation entre la durée du travail et le recours à l'épisiotomie. Cependant Kamal dans son étude avait retrouvé qu'une durée courte inférieure à 30 min ou prolongée supérieure à 120 min entre l'admission et la phase expulsive était associée à une plus importante lésion périnéale [28]. Leray avait également conclu dans son étude qu'un travail prolongé est un facteur de risque de LOSA donc recours à l'épisiotomie comme d'autres auteurs [10, 38, 60, 68] NP3. Il est possible que cela soit favorisé par les touchers vaginaux répétés.

- **Durée de la phase expulsive du travail**

Comme pour l'étude de la durée du travail, nous n'avons pas pu déterminer la durée de la phase expulsive car le partogramme n'était pas systématique pour toutes les parturientes et n'était pas bien enregistré.

Kamal avait conclu dans son étude que plus la phase expulsive était tardive supérieure ou égale à 60 minutes plus le taux de lésions périnéales était élevé avec une différence statistiquement significative [28]. En 2011, le CNGOF recommandaient d'envisager le recours à une extraction instrumentale à partir de 30 min d'effort d'expulsion avec un rythme cardiaque fœtal normal dans la mesure où l'intensité des efforts expulsifs a été jugée suffisante sans

progression du mobile fœtal, mais les preuves scientifiques soutenant cette recommandation restent faibles [69].

- **Prématurité**

La prématurité est retrouvée dans la littérature comme facteurs de risque de lésions périnéales et une indication à l'épisiotomie. Dans notre étude, l'accouchement prématuré était enregistré dans 7,2% des cas (57 cas). Cependant beaucoup d'auteurs émettent une réserve face à cette indication. En 2004, Maillet avait démontré l'indication de l'épisiotomie sera modelée par le degré d'ossification du crâne fœtal comparé à la tonicité du périnée en particulier chez la primipare [42]. Cependant les dernières recommandations de CNGOF 2005 concluaient que la prématurité n'était pas une indication systématique d'épisiotomie [12].

- **Mutilations génitales féminines**

Nous n'avons pas enregistré d'antécédents de mutilations génitales féminines. Coulibaly a rapporté un taux de 65,76% d'épisiotomie réalisée pour un périnée rigide sur séquelles d'excision [15].

Kamal avait observé 77,7% de lésions périnéales chez les parturientes excisées avec un lien statistiquement significatif entre mutilation génitale et le risque de lésion périnéale [28].

- **Nature de la présentation**

Dans notre série la majorité des parturientes avait une présentation de sommet. Seules 2,3 % des présentations étaient en position de siège. Ce taux était inférieur à celui retrouvé par Kalsoum et Coulibaly [15, 31].

Pour Venditelli, la présentation du siège augmente le recours à l'épisiotomie comparée à une présentation céphalique et cela plus chez les multipares que chez les primipares qui ont déjà un taux global élevé [70] NP2.

Kamal avait retrouvé un risque de lésion périnéale plus important en cas de présentation de la face 71,4% et du siège 48,6% qu'en cas de présentation sommet [28].

Barbier avait retenu dans son étude que la présentation en occipito-sacré augmentait significativement le risque de déchirure grave, donc un recours important à l'épisiotomie [4, 38].

D'après les recommandations du CNGOF, il n'existe pas de preuve suffisante pour indiquer l'épisiotomie en cas de présentation de siège, de grossesse gémellaire ou de présentation de face enfin de prévenir une LOSA [12, 13].

Cependant on ne dispose pas de preuve suffisante pour contre-indiquer l'épisiotomie dans la présentation de siège, la présentation de face, lors du dégagement, le périnée postérieur est sollicité il convient donc d'être très vigilant lors du dégagement.

- **Accouchement instrumental**

Nous avons noté 4,6% d'accouchement instrumental. Kamal avait conclu dans son étude que l'accouchement instrumental était associé à 100% de déchirures et 97,2% d'épisiotomie [28]. Baucher a montré également que l'extraction instrumentale du fœtus majore significativement le risque de déchirure du sphincter anal par rapport à la voie basse spontanée [6].

Les résultats de l'étude de De Leew en 2008 insistent sur le caractère protecteur de l'épisiotomie en cas d'accouchement instrumental [16]. Une autre étude hollandaise sur près de 33000 accouchements instrumentaux concluait que l'épisiotomie diminuait le risque le LOSA en cas d'utilisation d'un instrument en particulier chez les primipares, donc recommandais la pratique systématique [59].

D'après les recommandations du CNGOF datant de 2018, en cas d'accouchement instrumental, une épisiotomie peut être indiquée pour éviter une LOSA (Grade C) [13]. Il recommande d'utiliser de préférence une

ventouse pour diminuer le risque de LOSA et en cas d'utilisation de forceps ou spatules, il est préférable de retirer juste avant la déflexion céphalique et de ne pas faire naître le fœtus « coiffé » de ces instruments (accord professionnel) [13].

- **Souffrance fœtale**

A la première minute nous avons noté 8% de souffrance fœtale. Kalsoum avait noté 1,38% de souffrance fœtale [31]. L'épisiotomie est indiquée pour raccourcir la durée de l'expulsion en cas de souffrance fœtale [42].

Mais il faudrait différencier les cas avec ou sans souffrance fœtale tout en sachant que les critères de souffrance fœtale sont critiquables pendant l'expulsion en particulier le rythme cardiaque fœtal. La randomisation est difficile et devrait tenir en compte du pH néonatal plutôt que du score d'Apgar à la première minute. D'après les recommandations de CNGOF 2005 en cas de rythme cardiaque non rassurant pendant l'expulsion, il n'a pas été démontré que l'épisiotomie améliorerait l'état néonatal [12].

- **Faible poids de naissance**

Nous avons noté 20,5% de cas de faible poids de naissance. Il est associé à un risque de lésions périnéales du fait que se sont plus souvent des accouchements éclair <<en boulet de canon>>. Les recommandations du CNGOF datant de 1998 sur les modalités de naissances concluent à l'absence de données en faveur de pratique systématique de l'épisiotomie chez les fœtus prématuré ou atteint de retard de croissance in utero. Depuis cette date aucun travail n'a modifié les conclusions [12].

- **Macrosomie fœtale**

La macrosomie fœtale a comme complication maternelle principale une déchirure anale. Nous avons enregistré 20 cas de macrosomie fœtale, soit

2,5%. Ce facteur représente 0,81% des cas enregistrés par Abdoul Kassoum [31].

De nombreuses études ont mis en évidence un rapport significatif entre l'excès de poids de naissance et l'apparition de lésion du périnée. La dystocie de l'épaule est fortement corrélée la macrosomie fœtale et représente un facteur de risque de LOSA [4, 44, 45, 65].

Selon Mallet aucun travail ne permet de répondre scientifiquement même si à l'évidence les manœuvres sont simplifiées par une épisiotomie large dans la dystocie de l'épaule. Malgré les risques de déchirures périnéales associées à la macrosomie, plusieurs auteurs notamment les dernières recommandations de la CNGOF n'approuvent pas la pratique systématique de l'épisiotomie.

Complication du post-partum

Dans la revue littéraire, plusieurs auteurs ont souligné des complications de l'épisiotomie post-partum précoce notamment la douleur qui est la complication majeure la plus décrite, les infections du site opératoire, l'hématome de la cicatrice, œdèmes de la suture et le défaut de cicatrisation.

Dans notre étude, nous n'avons pas pu étudier les complications du fait de l'absence de données. Les parturientes ayant accouché par voie basse en l'absence de complication sortaient à J1 du post-partum. Le suivi post-partum des accouchements par voies basses se fait avec les sages-femmes avec un dossier différent de celui de l'accouchement.

Cependant dans l'étude de Kamal, il avait retrouvé dans le post-partum précoce, 56% de parturientes ayant bénéficié d'une épisiotomie se plaignaient de douleur au niveau du périnée, 1,5% de désunion incomplète, 2,1% désunion complète et 3,7% de dyspareunie [28].

Dans une étude de cohorte prospective en 2004, McArthur a évalué la douleur périnéale au 1^{er}, 7^e jour et à 6 semaines du post-partum dans 4 groupes de patientes avec périnée intact, déchirures du 1^{er} et 2^{ème} degré, épisiotomie et

déchirures du 4^{ème} degrés [43]. Les douleurs perçues étaient plus importantes au 7^{ème} jour après épisiotomie qu'après déchirures de 1^{er} ou 2^{ème} degré ou lorsque le périnée intact. À la 6^{ème} semaine du postpartum il n'existait plus de différence entre les 4 groupes aux douleurs périnéales NP2 [43].

Dans l'étude randomisée de Sleep au 10^{ème} jour post-partum comme au 3^{ème} mois après l'accouchement, il n'y avait plus de douleurs périnéales NP1 [64]. Dans une autre étude de cohorte prospective en 1991 concernant 1889 patients Luasson avait comparé les complications après épisiotomie (21,7%) à celle après déchirures spontanées (33,2%) [41]. Au premier jour du post-partum après épisiotomie on notait une fréquence significativement plus importante de par les parturientes ayant subi une épisiotomie [41].

Dans la méta-analyse des études randomisées réalisées par Cochrane Library, une politique restrictive du taux d'épisiotomie n'entraîne pas de modification significative au 3^{ème} au 10^{ème} comme au 3^{ème} mois NP1 [15].

CONCLUSION

Le périnée de la femme est très souvent exposé à divers traumatismes lors de l'accouchement. Il peut s'agir d'épisiotomie ou de déchirures périnéales. L'épisiotomie est l'incision volontaire du périnée, pratiquée par l'accoucheur lors de la phase expulsive afin d'élargir l'orifice.

Elle est décrite pour la première fois par Fielding en 1742, elle est devenue au cours du 20^{ème} siècle l'intervention obstétricale la plus pratiquée dans les salles d'accouchement à l'échelle mondiale, à visée prophylactique. Pour éviter les déchirures de nombreux types d'épisiotomie ont été décrites, mais la plupart abandonnées du fait de leurs caractères mutilants il s'agit des épisiotomies bilatérales, des épisiotomies à multiples incisions radiées et des épisiotomies latérales, unilatérales qui sectionnent le 1/3 inférieur de la grande lèvre. En pratique seule les épisiotomies médianes et médio-latérales sont actuellement pratiquées.

Cependant sa fréquence varie selon les pays et les auteurs. Il n'existe toujours pas de consensus sur les indications de l'épisiotomie dans les différentes écoles, ces indications sont corrélées aux facteurs de risque maternels et fœtaux de déchirures périnéales. Les complications qui en découlent notamment la douleur sont sous-évaluées et elles ne font toujours pas l'objet d'une évaluation systématique ni d'un suivi adéquat.

Ainsi il nous a semblé utile de mener une étude rétrospective et descriptive, sur une période de 12 mois (1^{er} janvier au 31 Décembre 2020), concernant les épisiotomies lors des accouchements par voie basse, effectuées au centre hospitalier national de Pikine.

Les objectifs spécifiques étaient de déterminer la fréquence, le profil épidémiologique et les indications des épisiotomies.

Durant notre période d'étude, nous avons enregistré 3909 dossiers complets d'accouchement par voie basse avec 790 cas d'épisiotomie, soit un taux 20,2% d'épisiotomie.

L'âge moyen des patientes était de 24 avec des extrêmes de 14 et 58 ans. L'IMC était calculé chez 401 patientes soit 50,8% de la population d'étude. Les patientes qui présentaient un IMC normal et surpoids étaient plus marquées avec respectivement 39,9% et 36,4%. La parité variait entre 1 et 8 avec une parité moyenne 1. Les primipares et les paucipares représentaient respectivement 40,6% et 41,65. La majorité des parturientes était venue d'elle-même (70,6%).

Les antécédents chirurgicaux étaient précisés chez 45 patientes (5,7%), et 39 parturientes avaient au moins une fois bénéficié d'une césarienne (4,9%). Le nombre de CPN variait entre 0-10 avec une moyenne de 5. La majorité des patientes présentait une grossesse à terme (84,1%), on notait 57 cas d'accouchement prématuré (7,2%) et 54 cas de dépassement de terme (6,8%). La majorité des patientes 80,1% avait une hauteur utérine comprise entre 30-38 cm. Par ailleurs 3,8% avait une hauteur utérine excessive.

Une présentation du sommet était retrouvée dans 95,7%. Par ailleurs on notait 26 cas de présentation de siège dont 12 complets et 14 décomplétés.

Les parturientes étaient admises en phase de latence du travail dans 45,8% des cas, et active du travail dans 48,5%.

La durée moyenne du travail était inférieure à 12 h (63,3%). Par ailleurs 15 parturientes avaient une durée de travail supérieure à 24 h (1,9%) et 75 avaient une durée du travail comprise entre 12 h-24 h (9,5%).

Le mode d'accouchement le plus fréquent était la voie basse naturelle dans 96,6% des cas. Nous avons dénombré 19 accouchements par ventouse soit 2,4% des cas.

Dans notre étude 23 cas de déchirures du périnée étaient rapportés (2,9%) malgré une épisiotomie réalisée. Le type de déchirure et la classification n'ont pas été précisés.

La majorité des nouveau-nés avait un score d'Apgar supérieur ou égale à 7. Cependant nous avons noté 60 cas de souffrance fœtale aiguë (7,8%) dont 9 cas d'hypoxie sévère (1,2%).

La quasi-totalité des nouveau-nés avaient un score d'Apgar à la cinquième minute supérieur ou égale à 7 (97,3%).

Le poids de naissance variait entre 500-4850 grammes, et 76,5% avaient un poids de naissance normal ; le faible poids de naissance était rapporté dans 162 cas. La macrosomie fœtale était retrouvée dans 20 cas.

Ce travail nous a permis de rapporter les conclusions suivantes :

- L'épisiotomie reste une intervention fréquente au CHN de Pikine
- L'âge jeune et la primiparité constitue le principal profil des parturientes qui en ont bénéficiée
- Les indications des épisiotomies ne sont pas rapportées dans nos dossiers d'accouchement
- Les déchirures survenant malgré une épisiotomie doivent faire l'objet d'audit clinique.

A la lumière de ces résultats nous formulons quelques recommandations en vue d'améliorer les bonnes pratiques en matière d'épisiotomie.

A l'endroit des écoles de formation et des responsables du service

- Mettre en place une formation théorique et pratique sur l'accouchement (les différentes phases, les techniques de dégagement) et sur l'épisiotomie (l'intérêt de cette pratique, les complications et la prise en charge de ces complications) de manière à améliorer la performance des accoucheurs.

- Assister les stagiaires lorsqu'ils effectuent des accouchements pour les aider à mieux connaître les facteurs de risque des déchirures périnéales, poser l'indication de l'épisiotomie.

A l'endroit du personnel médical

- Insister sur la préparation à l'accouchement qui pourrait améliorer le taux de lésions périnéales
- Opter pour une politique restrictive de l'épisiotomie
- Noter les indications d'épisiotomie dans le dossier
- Rechercher des séquelles de l'épisiotomie lors des consultations pour planification familiale.

REFERENCES

- 1- Andrews V, Thakar R, Sultan AH, Jones PW. Are mediolateral episiotomies actually mediolateral? *BJOG* 2005;112:1156–8.
- 2- Andrews V, Thakar R, Sultan AH, Jones PW. Evaluation of post-partum perineal pain and dyspareunia: a prospective study. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 2008;137:152–6.
- 3- Argentine Episiotomy trial collaborative group. Routine Vs Selective episiotomy : A randomized controlled trial. *Lancet* 1993 ; 342 :1517-8\
- 4- Barbier A, Poujade O, Fay R. La primiparité est-elle le seul facteur de risque des lésions du sphincter anal en cours d'accouchement ? *Gynécologie Obstétrique Fertil.* 2007 ; 35(2) :101-106.
- 5- Bagayoko N. Pronostic materno-fœtale des grossesses non suivies : A propos d'une étude cas-témoin dans les services de gynécologie obstétrique de l'hôpital Gabriel Touré. Thèse Med, Bamako(Mali), 2004, No39.
- 6- Baucher G.
Recommandations pour la pratique Clinique. Complications maternelles des extractions instrumentales.
Rev Sage femme 2009 ; 8: 170-186.
- 7- Berthet J. Déchirures et incisions des déchirures génitales basses. In: *Mécanique et techniques obstétricales*. Montpellier: Sauramps Médical; 2007. p. 617–26.
- 8- Bourrillon A et coll. Pédiatrie : Connaissances et Pratique. Paris, 2^{ème} Edition, Masson, 2002, 652p.
- 9- Carolli G, Belizan J. Episiotomy for vaginal birth (cochrane review). In : *The cochrane library*, Issue 1, 2002. Oxford : Update Software.
- 10- Cheng YW, Hopkins LM, Caughey AB. How long is too long : Does a prolonged Second stage of labor in nuliparous women affect maternal and neonatal outcomes ? *Am J Obstet Gynecol* 2004 ; 191(3) :933-8

- 11- Cleary-Goldman J, Robinson JN. The role of episiotomy in current obstetric practice. *Semin Perinatol* 2003; 27: 3-12.
- 12- CNGOF recommandations 2005. Episiotomie : Recommandations pour la pratique clinique
- 13- CNGOF recommandations 2018. Prévention et protection périnéale en obstétrique
- 14- Coulibaly B. Etude de la gravido-puerperalité chez les adolescentes à la maternité de l'hôpital national du point G. Thèse Med, Bamako (Mali) 1992, No 56
- 15- Coulibaly M. Episiotomie dans le service de gynécologie obstétrique de l'hôpital Babriel Touré à propos de 625 cas. Thèse Med, Bamako(Mali),2005, 58p.
- 16- De Leeuw JW. Mediolateral episiotomie reduces the risk for anal sphincter injury during operative vaginal delivery. *BJOG* 2008 ; 115 :104-8
- 17- De Tayrac R, Mares P. Statique pelvienne pendant la grossesse et l'accouchement. In: Mécanique et Techniques Obstétricales. Montpellier: Sauramps Médical; 2007. p. 41–50.
- 18- De Tourris H, Magnin G, Pierre F. Gynécologie et Obstétrique Paris, 7^{ème} édition, Masson, 2000, 444p.
- 19- Dupont C, Carayol M, Le Ray C, Deneux-Tharaux C, Reithmuller D. Oxytocin administration during spontaneous labor : guidelines for clinical practice. Guidelines Short Text. *J Obstet Hum Reprod* 2017 ;46(6) : 539-43
- 20- Eckman A, Ramanah R, Gannard E, Clement MC et al Evaluation d'une politique restrictive de l'épisiotomie avant et après les recommandations du CNGOF. *J Gynecol Obstet Biol Reprod* 2010 ;39(1) :37-42
- 21- Ejegård H, Ryding EL, Sjogren B. Sexuality after delivery with episiotomy: a long-term follow-up. *Gynecol Obstet Invest* 2008;66:1–7.
- 22- Faruel-Fosse F. Soins apportés à l'épisiotomie en suites de couches. *J Gynecol Obstet Biol Reprod* 2006;35:1S52–8.

- 23- Gandzien PC. Les déchirures périnéales obstétricales à l'hôpital de base de Talangai-Brazzaville. *Méd Afr Noire* 2005 ; 52(10) :564-566.
- 24- Haute autorité de santé. Accouchement normal : accompagnement de la physiologie et intervention médicale ; 2018, https://www.hassante.fr/portail/jcms/c_2820336/fr/accouchement-normal
- 25- Hill DA, McCarthy G, Bali IM. Epidural infusion of alfentanil or diamorphine with bupivacaine in labor: a dose finding study. *Anaesthesia* 1995; 50: 415-9.
- 26- Howell CJ. Epidural versus non-epidural analgesia for pain relief in labor. In: Cochrane Library, issue 3. Oxford: Update Software, 2005.
- 27- Jango H, Langhoff Ross J, Rossthoj S. Modifiable risk factors of OASIS in primiparus women. *Am J Obstet.* 2014 ; (59): 1-6
- 28- Kamal A. Lésions périnéales au cours de l'accouchement par voie basse : Etude prospective entre Mai 2009 et Mai 2010 à l'institut d'hygiène sociale de Dakar Thèse de médecine, FMPO-UCAD numéro 107
- 29- Kamina P. Muscles et fascias pelviens pariétaux. In: Précis d'anatomie clinique. Tome IV. Paris: Maloine; 2005. p. 95–105.
- 30- Kamina P. Vaisseaux pelviens. In: Précis d'anatomie clinique. Tome IV. Paris: Maloine; 2005. p. 106–37.
- 31- Kayentao AK. Episiotomie dans le service de gynécologie obstétrique du centre de santé de référence de la commune V du district de Bamako : A propos de 1594 cas. Thèse de Médecine de la Faculté de médecine de l'université de Bamako-2008
- 32- Kalis V, Karbanova J, Horak M, Lobovsky L, Kralickova M, Rokyta Z. The incision angle of mediolateral episiotomy before delivery and after repair. *Int J Gynaecol Obstet* 2008;103:5–8.

- 33-** Kettle C, Hills RK, Jones P, Darby L, Gray R, Johanson R. Continuous versus interrupted perineal repair with standard or rapidly absorbed sutures after spontaneous vaginal birth: a randomised controlled trial. *Lancet* 2002;359:2217–23.
- 34-** Koskas M, Caillod AL, Fauconnier A, Bader G.
impact maternel et neonatal des recommandations pour la pratique Clinique du CNGOF relatives à l'épisiotomie. Etude unicentrique à propos de 5409 accouchements par voie vaginale.
Gyn Obstet et Fert 37 (2009) 697-702
- 35-** Labrecque M, Baillergeon L, Dallaire M, Tremblay A, Pinault JJ, Gingras S. Association between median episiotomy and severe perineal lacerations in primiparous women. *Can Med Assoc J* 1997;156:797–802.
- 36-** Langer B, Minetti A. Complications immédiates et à long terme de l'épisiotomie. *J Gynecol Obstet Biol Reprod* 2006;35:1S59–67.
- 37-** Lansac J, Body G, Perrotin F, Marret H. Pratique de l'accouchement. Masson, Paris, 2001 ;273-280.
- 38-** Lemaire M. Pratique de l'épisiotomie chez la primipare et estimation du risque de lésion anale. Mémoire diplôme detat de sage-femme. Université Clermont Auvergne 2019.
- 39-** Leray C, Pizzagalli F. Quelles interventions durant le travail pour diminuer le risque de lésions périnéales ? RPC Prévention et protection périnéale en obstétrique CNGOF. *Gynecol Obstet Fertil Senol* 46 (2018) 928-936.
- 40-** Les suites de l'épisiotomie.10p, Guide de l'accouchement. Dernière mise à jour le 30 septembre, 2004.<http://www.gyneweb.fr/Sources/gdpublic/postpartum/episio.htm>
- 41-** Luasson PG, Platz-Christessen JJ, Bergman B, Wallstersson G. Advantage or disadvantage of episiotomy comparete with spontaneous perineal alceration. *Gynecol Obstet Invest* 1991 ; 31 :213-6.

- 42-** Maillet R, Martin A, Riethmuller D. Fait-on trop ou trop peu d'épisiotomie. Extrait de mise à jour en gynécologie obstétrique Tome 28 CNGOF. 2004
- 43-** McArthur AJ, Macarthur C. Incidence, severity and determinants of perineal pain after vaginal delivery : A prospective cohorte study. *Am J Obstet Gynecol* 2004 ; 191 : 1199-204
- 44-** McPherson KC, Beggs AD, Sultan AH. Can the risk of the obstetric anal sphincter injury (OASIS) be predicted using a risk-scoring system ? *BMC Res Notes*. 2014 ; 7 :471
- 45-** Meister MRL, Cahill AG, Conner SN. Predicting obstetric anal sphincter injury in the modern obstetric population. *Am J Obstet Gynecol*. 2016 ; 215(3) :310
- 46-** Merger R, Levy J, Melchior J. Complications traumatiques de l'accouchement. *Précis d'obstétrique* Paris : Masson 1989 ; 340-358.
- 47-** Merger R, Levy J, Melchior J. *Précis d'Obstétrique* Paris, 6^{ème} édition, Masson 1995, 597p.
- 48-** Morhe ESK, Sengretsi S, Danso KA Episiotomy in Ghana. In *J Gynecol Obstet* 2004 ; 86 :46-47
- 49-** Moubarak MO. Les déchirures spontanées du périnée au cours de l'accouchement et les épisiotomies : A propos de 200 cas. *Mémoire DES Gyn-obst*, Dakar, 2006 ; 53P
- 50-** National institute for Health and care excellence. Intrapartum care. Care of healthy women and their babies during childbirth. London : Nice : 2017, <https://www.nice.org.uk/guidance/cg190/evidence/fullguideline-243734770>.
- 51-** Ozdegirmenci O, Erkaya S, Yalvac S, Dilbaz B, Altinbas S, Haberal A. Does early repair of episiotomy decrease postpartum blood loss: a randomized clinical trial. *Matern Fetal Neonatal Med* 2010;23:308–10.
- 52-** Recommandations pour la pratique clinique : l'épisiotomie. *J Gynecol Obstet Biol Reprod* 2006;35:1S1–1S80.
- 53-** Recommandations pour la pratique clinique. Modalités de naissance des

enfants de faible poids. www.cngof.asso.fr/D_PAGES/PURPC_04.HTM#9e.

54- Renglewicz J.M. Déchirures périnéales et épisiotomie. ASINCOPROB du Haut-Rhin, 14p. <http://asincoprob.free.fr/compterendus/dechirureperineea.htm>

55- Rietmuller D. A comment on the article : mediolateral episiotomy reduces the risk for anal sphincter injury during operative vaginal delivery. JGOBR 2008 ;115 :104-8

56- Riethmuller D, Courtois L, Maillet R. Recommandations pour la pratique clinique : Pratique libérale versus restrictive de l'épisiotomie : existe t'il des indications obstétricales spécifiques de l'épisiotomie ? J Gynecol Obstet Biol Reprod 2006 ;35(1) :1s32-1s39.

57- Riethmuller D, Ramanah R, Mottet N. Quelles interventions au cours du dégagement diminuent le risque de lésions périnéales ? RPC Prévention et protection en obstétrique CNGOF. Gyn Obstet fert et Séno **????**

58- Rischmann P, Ballanger P. Incontinence urinaire de la femme : évaluation et traitement. Rapport du 89^e congrès de l'association française d'urologie, 1995. Prog. Urol. 1995 ;5 : 739-888.

59- Roos AM, Thakar R, Sultan AH. Outcome of primary repair of obstetric anal sphincter injury(OASIS) : Does the grade of tear matter ? Ultrasound Obstet Gynecol 2010 ;36(3) :369-74.

60- Rouse DJ, Weiner SJ, Bloom SL, Varner MW. And al. Second stage labor duration in nuliparous women : relationship to maternal and perinatal outcomes. Am J Obstet Gynecol 2009. 201(4) : 357^e1-7

61- Sanders J, Campbell R, Peters TJ. Effectiveness of pain relief during perineal suturing. *Br J Obstet Gynaecol* 2002; 109: 1066- 8.

62- Sanders J, Peters TJ, Campbell R. Techniques to reduce peri- neal pain during spontaneous vaginal delivery and perineal sutu- ring : a UK survey of midwifery practice. *Midwifery* 2005; 21: 154- 60.

63- Sleep J, Grant A. West Berkshire Management Trial: three year follow up. *Br Med J* 1987;295:749–51.

- 64-** Sleep J, Grant A, Garcia J, Elbourne D and al. West berkshire perineal management trial.
Br Med J 1984 ; 289 : 587-90
- 65-** Smith LA, Price N, Simonite V. Incidence of and risk factors for perineal trauma : a prospective observational study. BMC Pregnancy Childbirth. 2013 ; 13 :59
- 66-** Sooklim R, Thinkhamrop J, Lumbiganon P, Prasertcharoensuk W, Pattamadilok J, Seekorn K, et al. The outcomes of midline versus medio-lateral episiotomy. *Reprod Health* 2007;29:4–10.
- 67-** Tacker SB, Banta HD. Benefits and risks of episiotomy: an interpretive review of the English language literature, 1860-1980. *Obstet Gynecol Surv* 1983;38:322–38.
- 68-** Thubert T, Dochez V, Cardaillac C. Définitions, épidémiologie et facteurs de risque des lésions périnéales du 3^{ème} et 4^{ème} degré. RPC Prévention et protection périnéale en obstétrique CNGOF. *Gynecol Obstet Fertil Senol* 2018 ; 46. <http://dx.doi.org/10.1016/j.gofs.2018.10.028>
- 69-** Vayssière C, Beucher G, Dupuis O, Feraud O et al Instrumental delivery : clinical practice guidelines from the french college of gynecologist and obstetricians. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 2011 ; 159(1) :43-8
- 70-** Venditelli F, Gallot D. Recommandations pour la pratique clinique, quelles sont les données épidémiologiques concernant l'épisiotomie ? *J Gynecol Obstet Biol Reprod* 2006 ;35(1) :1s12-1s23
- 71-** Verspyck E, Sentilhes L, Roman H, Sergent F, Marpeau L. Techniques chirurgicales de l'épisiotomie. *J Gynecol Obstet Biol Reprod* 2006;35:1S40–51.
- 72-** Webb SS, Hemming K, Khalfaoui MY. An obstetric sphincter injury risk identification system(OSIRIS): Is this a clinically usefull tool ? *Int Urogynecology J*. 2017 ; 28(3) :367-374.
- 73-** Weber AM, Leslie M. Episiotomy use in the united states, 1979-1997.

Obstet Gynecol 2002 ; 100 : 1177-82

74- Woodman PJ, Graney DO. Anatomy and physiology of the female perineal body with relevance to obstetrical injury and repair. *Clin Anat* 2002; 15: 321-34.

ANNEXES :

NIVEAU DE PREUVE SCIENTIFIQUE FOURNI PAR LA LITTÉRATURE	GRADE DES RECOMMANDATIONS
Niveau 1 - Essais comparatifs randomisés de forte puissance - Méta analyse d'essais comparatifs randomisés - Analyse de décision basée sur des études bien menées	A Preuve scientifique établie
Niveau 2 - Essais comparatifs randomisés de faible puissance - Études comparatives non randomisées bien menées - Études de cohorte	B Présomption scientifique
Niveau 3 - Études cas témoin C Niveau 4 - Études comparatives comportant des biais importants - Études rétrospectives - Séries de cas - Études épidémiologiques descriptives (transversale, longitudinale)	C Faible niveau de preuve scientifique

SERMENT D'HIPPOCRATE

« En présence des maîtres de cette école, de mes chers condisciples, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine.

Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et je n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail.

Admise à l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime.

Respectueuse et reconnaissante envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses !

Que je sois couverte d'opprobre et méprisée de mes confrères si j'y manque ».

PERMIS D'IMPRIMER

Vu :

Le président du jury

Vu :

Le Doyen.....

Vu et Permis d'imprimer

Pour le recteur, le Président de l'assemblée d'Université Cheikh Antan Diop de
Dakar et par délégation

Le Doyen

Aïssatou SANKHARE

**ETUDE DE LA FREQUENCE ET DES INDICATIONS DE L'EPISIOTOMIE AU SERVICE DE
GYNECOLOGIE DU CENTRE HOSPITALIER NATIONAL DE PIKINE DU 01 JANVIER 2020 AU 31
DECEMBRE 2020.**

Thèse : Méd. UCAD Dakar, N 220 [Sn], 2021 [70 pages]

RESUME

INTRODUCTION

L'épisiotomie est l'incision volontaire du périnée, pratiquée par l'accoucheur lors de la phase expulsive afin d'élargir l'orifice. Cependant sa fréquence varie selon les pays et les auteurs. Il n'existe toujours pas de consensus sur les indications de l'épisiotomie dans les différentes écoles. Ces indications sont corrélées aux facteurs de risque maternels et fœtaux de déchirures périnéales.

OBJECTIFS

Les objectifs spécifiques étaient de déterminer la fréquence, le profil épidémiologique des parturientes et les indications des épisiotomies au CHN de Pikine.

RESULTATS

Durant notre période d'étude de 12 mois (1er janvier au 31 Décembre 2020), nous avons enregistré 3909 dossiers complets d'accouchement par voie basse avec 790 cas d'épisiotomie. L'âge moyen des patientes était de 24 ans avec des âges extrêmes de 14 et 58 ans. Les patientes qui présentaient un IMC normal et en surpoids étaient plus marquées avec respectivement 39,9% et 36,4%. Les primipares et les paucipares représentaient respectivement 40,6% et 41,65%. Les antécédents chirurgicaux étaient précisés chez 45 patientes (5,7%), et 39 parturientes avaient au moins une fois bénéficié d'une césarienne (86,7%).

La majorité des patientes avait une grossesse à terme (84,1%), cependant on notait 57 cas d'accouchement prématuré (7,2%) et 54 cas de dépassement de terme (6,8%).

La présentation du sommet était la plus observée avec 95,7% des cas. Vingt-six présentations de sièges ont été répertoriées soit 3,3%.

Les parturientes étaient admises en phase de latence du travail dans 45,8% des cas et en phase active du travail dans 48,5%. La durée moyenne du travail était inférieure à 12 h dans 63,3% et le mode d'accouchement le plus fréquent était la voie basse normale dans 96,6%. Dans notre étude 23 cas de déchirures du périnée ont été rapportés (2,9%). La majorité des nouveau-nés avait un score d'Apgar supérieur ou égale à 7 à la première minute et la quasi-totalité des nouveau-nés avaient un score d'Apgar à la cinquième minute supérieur ou égale à 7 (97,3%). Le poids de naissance était normal dans 76,5%.

CONCLUSION

L'épisiotomie reste une intervention fréquente au CHN de Pikine. L'âge jeune et la primiparité constitue le principal profil des parturientes qui en ont bénéficiée. Les indications des épisiotomies ne sont pas rapportées dans nos dossiers d'accouchement. Les déchirures survenant malgré une épisiotomie doivent faire l'objet d'audit clinique.

Mots clés : Episiotomie, accouchement voie basse, déchirure périnéale