

UNIVERSITE CHEIKH ANTA DIOP DE DAKAR

FACULTE DE MEDECINE, DE PHARMACIE ET D'ODONTOLOGIE

ANNÉE 2021

N° 231



ETUDE DES LESIONS PERINEALES AU COURS DE L'ACCOUCHEMENT PAR VOIE BASSE AU CENTRE HOSPITALIER NATIONAL DE PIKINE

MEMOIRE

Pour l'obtention du Diplôme d'Études Spécialisées (D. E. S.)

En Gynécologie Obstétrique

Présenté et soutenu le

Par

Docteur Amadou BADJI

Né le 27 Mars 1986 à Dakar (Sénégal)

MEMBRES DU JURY

Président	M. Alassane	DIOUF	Professeur Titulaire
Membres	M. Abdoul Aziz	DIOUF	Professeur Assimilé
	M. Moussa	DIALLO	Maitre de Conférences Titulaire
Directeur de Mémoire	M. Abdoul Aziz	DIOUF	Professeur Assimilé
Co-directeur	M. Khalifa Ababacar	GUEYE	Ancien Interne des Hôpitaux

*À Dieu l'éternel, le clément et le miséricordieux,
« Louange à Dieu, Seigneur des mondes le clément et le
miséricordieux, maître du jour de la rétribution.
C'est toi que nous adorons et de toi nous implorons notre
secours.*

*Guide-nous dans le droit chemin, le chemin de ceux que tu as
comblés de bienfaits » AMEN.*

À son prophète Mohammed (PSI).

Je dédie ce mémoire...

DEDICACES

A la mémoire de mon papa Djibril Badji : cet homme valeureux qui a beaucoup sacrifié pour la réussite de ses enfants. Tu n'as ménagé aucun effort pour nous inculquer les valeurs telles que l'honnêteté, le respect du prochain et le culte du travail.

« Que le bon Dieu t'accueille dans son paradis Firdaws »

A ma maman Fatou Bodian : Cette personne extraordinaire qui est la première à me soutenir et à me guider. Je n'ai pas les mots pouvant exprimer tout l'amour et l'affection que je porte à ton endroit. Je prie le Tout-Puissant de te laisser longtemps parmi nous pour que nous puissions matérialiser un tant soit peu tous ces sentiments.

A mon épouse et amie Ndama Niang : Ceci est aussi ton travail, merci mon amour de toujours savoir quoi me dire et d'être à mes côtés chaque fois que j'ai besoin d'un guide. Ton soutien infaillible, ton amour et ton respect m'ont donné la force d'accomplir ce travail. Reçois ce travail en témoignage de mon amour et de mon affection.

A ma fille Fatou Zahra Rahma : Tu es une miséricorde (Rahma) dans nos vies. Puisse le Seigneur te Couvrir de son Manteau de Protection et qu'Il t'accorde une vie bénie et pieuse.

A ma belle-famille: Maman Adama, Papa Boubacar et leurs enfants

Merci pour votre présence et soutien. Vous m'avez accueilli dans votre famille avec beaucoup de facilité. Qu'Allah vous prête santé et longue vie.

A mes frères et sœurs : Veuillez recevoir à travers ce travail, toute l'estime et l'affection que je porte à votre endroit. Qu'Allah vous prête santé et longue vie.

A madame Seck : je t'ai fatigué mais jamais tu ne m'as montré un désintérêt ou un agacement. Merci pour la disponibilité et les conseils.

A Banel Wardini : Une amie et sœur, tu as toujours prié pour ma réussite. Reçois ce travail en témoignage de ma reconnaissance.

SINCERES REMERCIEMENTS...

A notre Maître

Monsieur le Professeur Titulaire Jean Charles Moreau :

Vous nous avez accueilli dans votre service les bras ouverts. Veuillez trouver ici, cher Maître, l'expression de notre profonde gratitude et de notre infinie reconnaissance.

A notre Maître et juge

Monsieur le Professeur Titulaire Alassane Diouf : Votre simplicité, votre rigueur scientifique et votre sens du travail bien fait font de vous un maître exemplaire. Soyez assuré, cher Maître, de nos sincères remerciements.

A notre Maître et Directeur de Mémoire

Monsieur le Professeur Abdoul Aziz Diouf : Nous ne saurions vous exprimer notre gratitude pour toute l'aide que vous nous avez apportée. Votre capacité de travail, votre rigueur scientifique, votre modestie et humanisme font de vous un maître exemplaire. Vous n'avez ménagé aucun effort pour nous assurer un enseignement et une formation de qualité. Soyez assuré, cher Maître, de notre profonde gratitude et de notre infinie reconnaissance.

A notre Maître et juge

A Monsieur le Maître de Conférences Assimilé Dr Moussa Diallo : C'est un honneur pour nous de vous avoir dans le jury de notre mémoire. Votre enseignement alliant clarté et rigueur, votre compétence, votre générosité et votre humilité forcent l'admiration. Vous nous donnez l'occasion de vous exprimer notre reconnaissance et notre profond respect.

À notre Maître et Co-directeur de Mémoire

Dr Khalifa Ababacar Gueye : Un homme ne peut avancer sans de bons repères ou de bons modèles. À ce titre, nous nous réjouissons d'avoir été à vos côtés. Le résultat est immense, nous y avons acquis connaissances, compétences et rigueur dans le travail.

À tous nos enseignants et encadreurs... Merci infiniment

LISTE DES ABREVIATIONS

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

LOSA : Lésions Obstétricales du Sphincter Anal

SAE : Sphincter Anal Externe

SAI : Sphincter Anal Interne

LISTE DES FIGURES

Figure 1 : Instruments utilisés dans l'épisiotomie.....	6
Figure 2 : Différents types d'épisiotomies.....	8
Figure 3 : Suture des plans muqueux et musculeux.....	12
Figure 4 : Répartition des patientes en fonction du type de lésion	26
Figure 5 : Répartition des patientes selon l'âge gestationnel.....	28
Figure 6 : Répartition selon le type de la présentation des parturientes ayant eu une lésion périnéale	29
Figure 7 : Répartition des patientes selon la direction du travail.....	31

LISTE DES TABLEAUX

Tableau I: Classification des LOSA	19
Tableau II : Répartition des patientes selon les caractéristiques générales	27
Tableau III : Répartition des patientes selon les antécédents chirurgicaux	28
Tableau IV : Répartition selon l'utilisation du partogramme des parturientes ayant eu une lésion périnéale	30
Tableau V : Répartition selon la durée du travail des parturientes ayant eu une lésion périnéale lors de leur accouchement.....	30
Tableau VI : Fréquence des lésions périnéales selon l'âge des parturientes	32
Tableau VII: Fréquence des lésions périnéales selon la gestité des parturientes	33
Tableau VIII: Fréquence des lésions périnéales selon la parité des parturientes	34
Tableau IX: Fréquence des lésions périnéales selon le terme de la grossesse chez les parturientes	35
Tableau X: Fréquence des lésions périnéales selon la nature de la présentation fœtale chez les parturientes	36
Tableau XI: Fréquence des lésions périnéales chez les patientes ayant accouché par voie basse selon les auteurs.....	37

SOMMAIRE

INTRODUCTION	1
PREMIERE PARTIE : GÉNÉRALITÉS SUR LES LESIONS PERINEALES	4
1. EPISIOTOMIES	5
1.1. Définition	5
1.2. Techniques d'épisiotomie	5
1.2.1. Préparation	5
1.2.2. Analgésie	7
1.2.3. Types d'incision	7
1.2.4. Moment de l'incision	9
1.3. Techniques de réparation de l'épisiotomie	10
1.3.1. Technique des points séparés	10
1.3.2. Technique du surjet continu.....	11
1.4. Complications	13
1.4.1. Complications immédiates	13
1.4.2. Complications à court terme	14
1.4.3. Complications à long terme.....	15
2. DECHIRURES PERINEALES.....	16
2.1. Facteurs de risque.....	16
2.1.1. Facteurs maternels.....	16
2.1.2. Facteurs fœtaux	17
2.1.3. Facteurs opératoires	17
2.2. Classifications des déchirures	18
2.3. Techniques de réparation des déchirures périnéales	19
2.4. Prévention.....	21
DEUXIEME PARTIE: NOTRE ÉTUDE	23
1. METHODOLOGIE.....	24
1.1. Objectifs	24

1.2. Cadre d'étude	24
1.3. Type d'étude.....	24
1.4. Recueil des données	25
2. RÉSULTATS	26
2.1. Profil épidémiologique.....	26
2.1.1. Fréquence	26
2.1.2. Caractéristiques générales.....	26
2.1.3. Antécédents	28
2.1.3.1. Antécédents chirurgicaux.....	28
2.1.4. Histoire de la grossesse	28
2.1.4.1. Age gestationnel.....	28
2.1.5. Présentation	29
2.1.5.1. Nature de la présentation.....	29
2.1.6. Caractéristiques du travail et de l'accouchement	30
2.1.6.1. Utilisation de partogramme.....	30
2.1.6.2. Durée du travail.....	30
2.1.6.3. Direction du travail	31
2.2. Étude analytique.....	31
2.2.1. Lésions périnéales et âge de la parturiente	31
2.2.3. Lésions périnéales et gestité.....	33
2.2.2. Lésions périnéales et parité	34
2.2.4. Lésions périnéales et terme de la grossesse	35
2.2.5. Lésions périnéales et nature de la présentation.....	36
3. DISCUSSION	37
3.1. Épidémiologie	37
3.2. Facteurs de risque de lésion périnéale.....	39
3.2.1. Parité.....	39
3.2.2. Gestité.....	40

CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS	41
REFERENCES	44

INTRODUCTION

Le périnée est très souvent exposé à divers traumatismes lors de l'accouchement par voie basse ; ces lésions sont en rapport avec les épisiotomies ou les déchirures accidentnelles.

L'épisiotomie est devenue au cours du XXème siècle l'intervention obstétricale la plus fréquemment pratiquée dans les salles d'accouchement à l'échelle mondiale [26,30]. Décrise en 1742 par Fielding Ould [26] qui était une sage-femme, son utilisation a considérablement augmenté avec la médicalisation de l'accouchement. Elle a été considérée pendant de nombreuses années comme un geste incontournable, car elle permettrait de prévenir la déchirure périnéale, le défaut d'expulsion, la souffrance foetale aigue, l'incontinence urinaire et le prolapsus génital. Aujourd'hui, elle est encore largement utilisée [13].

Cependant, l'épisiotomie n'est pas dénuée de tout risque. En effet, elle peut être à l'origine de complications graves en salle de naissance, notamment les hémorragies du post-partum, les lésions traumatiques du sphincter anal par propagation mais également et surtout les séquelles à long terme à type de troubles de la sexualité (dyspareunie, frigidité).

En dehors de l'épisiotomie, le périnée peut être le siège d'une solution de continuité non chirurgicale antérieure ou postérieure, appelée déchirure périnéale. Cette déchirure est le plus souvent en rapport avec une gestion inadéquate de la phase expulsive de l'accouchement. Elle peut induire des lésions graves du sphincter anal, entraînant alors une incontinence. Néanmoins, sa prévention est possible, car il existe des facteurs de risque maternels et foetaux bien connus.

Malgré la croissance du taux des lésions périnéales dans notre pratique et la gravité des complications qui en découlent, elles ne font pas toujours l'objet d'une évaluation systématique ni d'un suivi adéquat à court terme et long terme.

A travers les statistiques rapportées [1,24], notamment celles des principales maternités de Dakar, on observe une tendance à la hausse des accouchements associés à une lésion périnéale. S'agit-il d'une dérive ou d'une évolution obstétricale particulière ? Y a-t-il une inflation de l'épisiotomie et quelle est la

morbidity liée à cette inflation ? Autant de questions que nous nous posons, si l'on sait que l'OMS prône une indication plus restrictive des épisiotomies. Un taux de 10% d'épisiotomie par rapport aux accouchements serait un idéal vers lequel on doit essayer de tendre pour une bonne pratique obstétricale [13,34].

Ainsi, il nous a semblé utile de mener cette étude dont l'objectif est de faire une analyse comparative et d'évaluer notre pratique dans ce domaine. Notre travail sera articulé autour de deux parties :

- Une première partie dans laquelle nous ferons une mise au point sur les données actuelles relatives aux lésions périnéales ;
- Une deuxième partie où nous rapportons les résultats de notre étude en les comparant aux données de la littérature.

Nous terminerons par la formulation de recommandations pour une bonne pratique de l'épisiotomie et une réduction des déchirures périnéales.

**PREMIERE PARTIE : GÉNÉRALITÉS
SUR LES LESIONS PERINEALES**

1. EPISIOTOMIES

1.1. Définition

L'épissiotomie se définit comme la section du périnée en partant de la commissure postérieure de la vulve. Elle intéresse la peau, la muqueuse vaginale, les muscles superficiels du périnée et le faisceau pubo-rectal. Elle s'effectue sur le périnée lorsque celui-ci est mis sous une forte tension par la présentation fœtale (tête ou siège) qui avance progressivement sous l'effet des contractions utérines et des poussées expulsives de la parturiente. Elle s'étend sur 4 à 5 cm. Son but est double, maternel et fœtal.

Sur le plan maternel, elle vise à éviter les déchirures périnéales et à prévenir à long terme les troubles de la statique pelvienne (prolapsus génito-urinaires, incontinence urinaire d'effort, lésions ano-rectales).

Sur le plan fœtal, elle permet d'abréger la phase expulsive et donc de réduire le risque d'acidose fœtale, de diminuer le traumatisme fœtal surtout en cas de prématurité et de faciliter également les manœuvres obstétricales.

1.2. Techniques d'épissiotomie

1.2.1. Préparation

Il est recommandé de prendre des précautions d'asepsie et d'utiliser un matériel stérile afin de limiter le risque d'infection du site opératoire. Ce matériel comprend une table d'accouchement avec un drap propre, un bassin propre, un champ stérile, une paire de gants stériles, des compresses stériles, du fil résorbable et un flacon d'antiseptique. On doit également disposer d'une boîte d'instruments stériles composée d'une paire de ciseaux droits, d'une paire de ciseaux courbes, de 2 pinces de Kocher droites, deux pinces à disséquer, une avec griffe et une autre sans griffe, d'un porte-aiguille Mayo-Hégar et d'une sonde urinaire (figure 10).



Figure 1 : Instruments utilisés dans l'épisiotomie

1. Fil de suture
2. Sonde urinaire
3. Porte aiguille Mayo-Hégar
4. Pince Kocher courbe
5. Pince de Kocher droite
6. Pince à disséquer sans griffe
7. Pince à disséquer avec griffe
8. Paire de ciseaux courbes
9. Paire de ciseaux droits

Le moment idéal pour pratiquer l'épisiotomie c'est lorsque le faisceau pubo-rectal est parfaitement superficielisé, quand la tête est au « Petit couronnement » et l'anus dilaté de 3 cm environ. En partant de la fourchette vulvaire postérieure et en suivant une direction de 45° avec l'horizontale, on sectionne aux ciseaux droits le plan périnéal sur 4 à 5 cm, en protégeant la présentation par deux doigts.

1.2.2. Analgésie

La réalisation et la réparation de l'épissiotomie induisent une douleur souvent sous-estimée. Il est recommandé de recourir systématiquement à une anesthésie lors de la pratique et de la réparation d'une épissiotomie. Les méthodes anesthésiques disponibles sont l'anesthésie locale, l'anesthésie des nerfs pudendaux et l'anesthésie locorégionale. L'association au mélange anesthésique locorégional d'un morphinique liposoluble améliore la qualité de l'analgésie périnéale.

La rachianesthésie est plus efficace que l'anesthésie des nerfs pudendaux dans la prévention de la douleur induite par l'épissiotomie. En cas de persistance de la douleur, il faut, si nécessaire, avoir recours à l'anesthésie locale en infiltrant le périnée par de la lidocaïne non adrénalinée 1%. Il faut patienter deux minutes pour obtenir l'analgésie avant de débuter la réparation. Si nécessaire, on peut procéder à une nouvelle infiltration. Enfin, il ne faut pas oublier que les suites immédiates des épissiotomies sont douloureuses pendant les 48 premières heures du post-partum. Pour le confort des parturientes, il faudrait systématiquement instituer un traitement antalgique en tenant compte de l'allaitement.

1.2.3. Types d'incision

Différentes techniques d'épissiotomie ont été décrites.

- Épissiotomie médio-latérale de Pigeaud**

C'est la plus répandue. L'incision part de la fourchette vulvaire avec un angle de 45° avec l'horizontale, en direction de la tubérosité ischiatique et s'étend sur 4 à 5 cm environ (Figure 2). La surface des branches des ciseaux doit être perpendiculaire au plan des tissus périnéaux. Il faut sectionner la peau périnéale, le vagin, les muscles superficiels et notamment le faisceau pubo-rectal du releveur. Les avantages de ce type d'incision sont nombreux. Elle peut être prolongée à la demande vers la fosse ischio-rectale, elle respecte le centre tendineux du périnée et protège au mieux contre les déchirures périnéales complètes.

Les inconvénients résident dans les douleurs post-opératoires fréquentes et son caractère parfois hémorragique. La réparation est également moins aisée qu'une épisiotomie médiane.

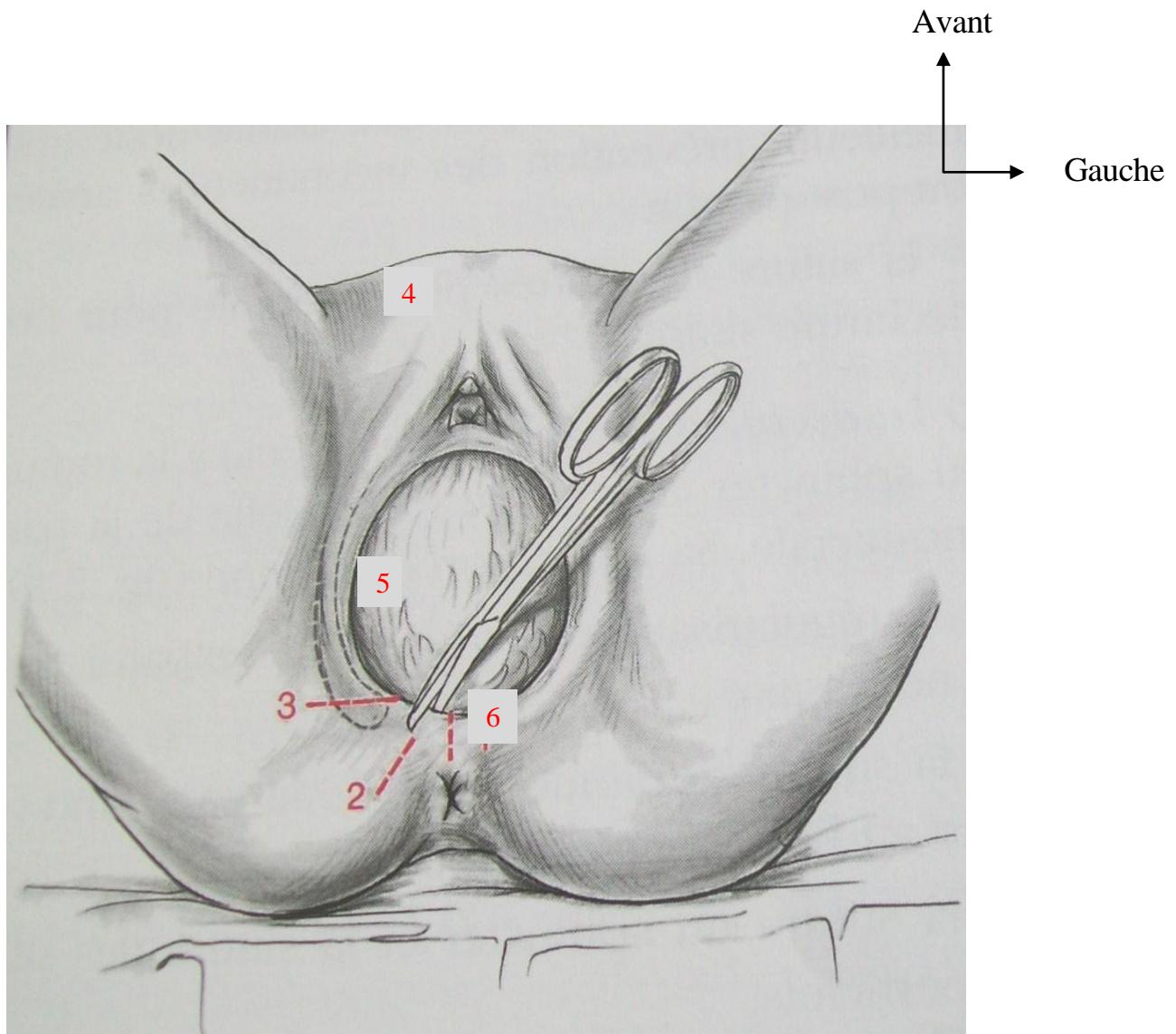


Figure 2 : Différents types d'épisiotomies [16]

- | | |
|--------------------------------|------------------------|
| 1. Épisiotomie médiane | 4. Pubis |
| 2. Épisiotomie médico-latérale | 5. Tête fœtale |
| 3. Épisiotomie latérale | 6. Fourchette vulvaire |

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

- Incision trop petite ne sectionnant pas le faisceau pubo-rectal du releveur et exposant la patiente à une déchirure du sphincter anal ;
- Épisiotomie trop précoce, sur un périnée non amplié. Elle est le plus souvent hémorragique et ne sectionne pas complètement le faisceau musculaire
- Épisiotomie trop tardive alors que les lésions périnéales sont déjà constituées. On considère que lorsque le périnée commence à blanchir, les lésions interstitielles sont déjà installées.

- **Épisiotomie latérale de Rivière**

Elle débute au niveau de la fourchette vulvaire et se dirige horizontalement à 90° vers la branche ischio-pubienne (figure 2). Ce type d'incision comporte un risque de section du canal excréteur de la glande de Bartholin, à l'origine de kystes. Par ailleurs, sa réparation est délicate avec un risque de déhiscence vulvaire asymétrique. Son avantage est d'éviter les déchirures anales ou ano-rectales en cas d'extension accidentelle de l'épisiotomie.

- **Épisiotomie médiane de Kreiss**

L'épisiotomie médiane consiste à sectionner verticalement le noyau fibreux central du périnée (figure 2). Ce type d'incision a comme avantage d'être facilement réparable, peu hémorragique et moins douloureuse dans le post-partum. Cependant, l'inconvénient majeur à l'origine de son abandon est le risque de propagation vers le sphincter anal et de fistule recto-vaginale.

1.2.4. Moment de l'incision

Le moment de réalisation de l'épisiotomie est essentiel. L'épisiotomie ne doit être effectuée ni trop tôt, ni trop tard. Elle doit se faire au « petit couronnement », quand la présentation commence à distendre le périnée à l'acmé d'une contraction utérine et d'un effort expulsif. A ce stade, la mise en tension du muscle puborectal provoque un allongement du périnée postérieur et une ouverture du canal anal. La

distension du périnée superficiel doit être telle que le faisceau puborectal du releveur soit intégré dans le plan superficiel. Dans le cas particulier de l'accouchement en présentation du siège décomplété, l'incision doit être effectuée quand la hanche antérieure est calée sous la symphyse. La région périnéale du fœtus doit être visible de manière à réduire au mieux le risque de blessures périnéales fœtales.

1.3. Techniques de réparation de l'épisiotomie

La réparation doit être faite sans tarder après la délivrance, afin de minimiser les pertes sanguines et faciliter la cicatrisation. Elle doit également être la plus anatomique possible pour restituer une fonction musculaire normale et éviter toute cicatrisation pathologique. Elle est réalisée sous asepsie chirurgicale avec badigeonnage du périnée, mis en place de champs stériles et d'un tampon vaginal évitant la souillure du champ opératoire par les lochies. Il s'agit de la réparation d'une plaie chirurgicale imposant une exposition parfaite des lésions, un matériel adapté et une technique bien codifiée. De ce fait, il faut utiliser des sutures résorbables au niveau de tous les plans muqueux et musculaire. Sur la peau, il faut également utiliser du vicryl à résorption rapide pour faire l'économie d'une ablation ultérieure des fils.

1.3.1. Technique des points séparés

L'accouchée est en position gynécologique, l'épisiotomie est suturée le plus tôt possible. La suture se fait en trois plans : muqueux, musculaire et cutané. La suture de la muqueuse vaginale se fait par surjet au fil tressé à résorption rapide débutant au sommet de l'incision vaginale. Durant cette suture, il convient de noter que l'on dispose toujours davantage d'étoffes du côté de la berge interne. Le dernier point prend les deux bords de la section vulvaire au niveau de l'insertion hyménale de manière à restaurer au mieux la symétrie vulvaire. La suture du plan musculaire est faite par deux à quatre points simples ou en « X » au fil tressé à résorption rapide

rapprochant les muscles. Il est important de bien visualiser le muscle releveur et de respecter l'obliquité du faisceau pubo-rectal du releveur de manière à réunir correctement les faisceaux musculaires. Les points doivent donc être passés dans un axe perpendiculaire à celui de l'épisiotomie. 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. La suture de la peau se fait en deux plans par un double surjet continu mené d'une seule aiguillée. Le surjet profond rapproche les deux lèvres de la plaie. Le retour est effectué par un surjet intradermique mené de l'angle inférieur à l'angle supérieur où on l'arrête à l'aide de l'un des chefs du plan vaginal, que l'on avait conservé. La suture de la peau peut être faite avec les mêmes avantages par des points séparés cutanés de Blair-Donati. Un des avantages de ce type de suture est de minimiser le risque de désunion totale en cas d'hématome ou d'infection. L'utilisation de fils résorbables est préférable par rapport aux fils non résorbables au niveau cutané [34]. La mauvaise suture de la partie supérieure de la plaie vaginale est souvent responsable d'un petit saignement artériolaire. De plus, le plan vaginal peut s'étendre vers le fornix latéral et même remonter plus haut en exposant l'urètre. Ce qui souligne l'intérêt d'un bilan lésionnel précis avant de débuter la réparation. Une suture incomplète favorise le passage des lochies dans l'espace laissé libre et donc l'infection secondaire. Pour la même raison, il est déconseillé de drainer l'espace paravaginal. Le défaut de suture du plan musculaire, laissant un espace mort, favorise les hématomes.

A côté de cette technique de réparation classique, existe une autre plus récente et efficace, la suture par un seul fil continu qui enchaîne un surjet muqueux vaginal, un surjet du plan musculaire et un surjet intradermique cutané.

1.3.2. Technique du surjet continu (1 fil - 1 nœud)

La réparation du plan muqueux, comme dans les autres techniques de suture, débute par le point d'angle de la muqueuse vaginale. Le plan muqueux est fermé par un surjet jusqu'en arrière de la cicatrice hyménale. De là, on passe au plan suivant (figure 3).

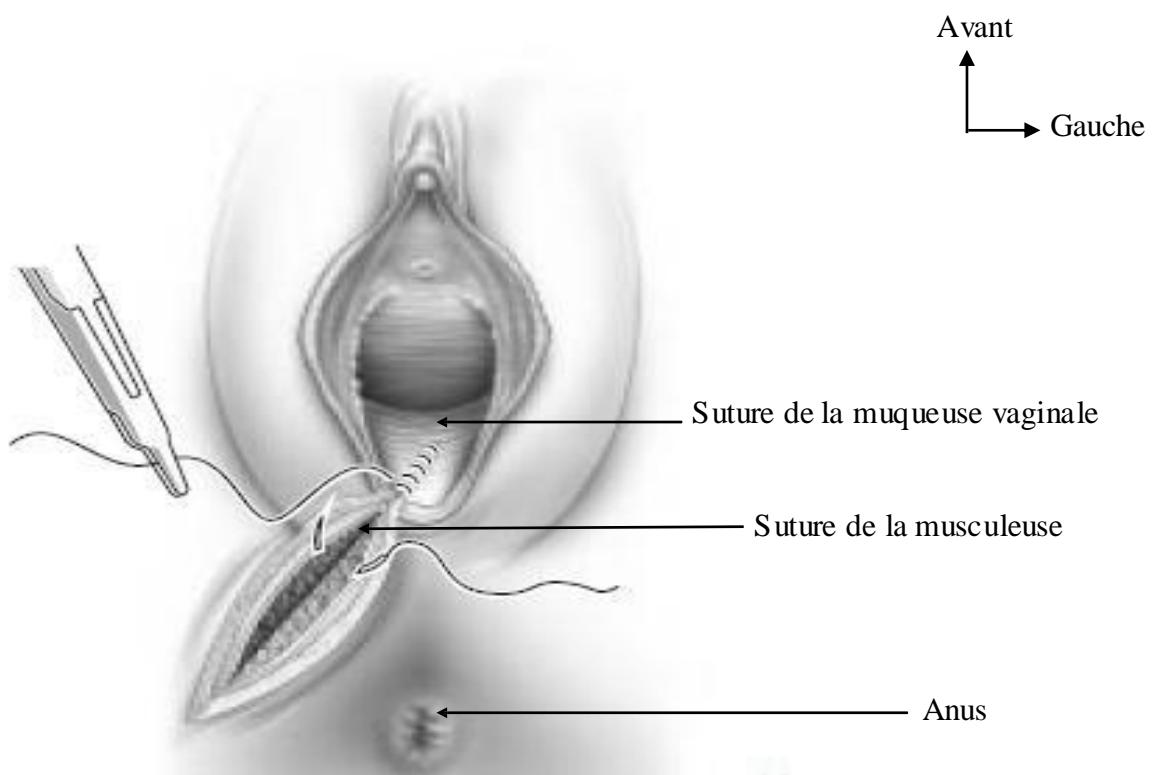


Figure 3 : Suture des plans muqueux et musculeux [29]

Dans la continuité du plan muqueux, la réfection du plan musculaire commence par la berge gauche (figure 3). Le surjet de ce plan se termine au point d'angle cutané. Le plan sous-cutané est suturé en « remontant » de l'angle de la peau jusqu'à la cicatrice hyménale. Cette suture efface l'espace mort sous-cutané qui pourrait persister comme avec les points de Blair-Donati. Il absorbe les tensions qui pourraient s'exercer sur le plan cutané. A ce niveau, un ou deux points de surjet sont habituellement nécessaires pour aller jusqu'à la jonction peau-muqueuse où débute le surjet intra dermique qui va fermer la peau. Une fois que le surjet est arrivé au point de la peau, on piquera l'aiguille dans l'angle pour ressortir à 1-2 cm. Le fil est coupé au ras de la peau pour être enfoui.

1.4. Complications

Elles se superposent aux complications des déchirures périnéales. On distingue d'une part les complications immédiates, précoces et d'autre part les complications à distance séquellaires.

1.4.1. Complications immédiates

Elles sont liées le plus souvent à une faute technique.

- **Hémorragie**

C'est surtout le fait des épisiotomies médio-latérales. Elle est favorisée par une réalisation trop précoce de l'épisiotomie sur un périnée mal amplié ou une incision trop latérale avec un risque de lésion des bulbes vestibulaires. Elle se produit aussi lorsqu'il y a une déchirure associée. Les pertes sanguines, souvent sous-évaluées, sont estimées à plus de 300 ml dans 10 % des cas [17]. La suture précoce apparaît donc comme une nécessité afin d'abréger le saignement et prévenir au mieux l'anémie du post-partum. Dans cette situation, il est préférable de faire la gestion active de la troisième phase de l'accouchement plus rapide et moins hémorragique. Ensuite, on procède à l'hémostase élective à la pince des vaisseaux qui saignent, ceci permet de réduire les déperditions sanguines avant la réalisation de la suture chirurgicale.

- **Déchirure sur épisiotomie**

Elle complique des incisions incomplètes ou insuffisantes dans l'épisiotomie médio-latérale avec une section partielle du muscle releveur. La déchirure débute au niveau du muscle bulbo -caverneux, part à 90° du trajet de l'épisiotomie pour se diriger vers le sphincter strié de l'anus qu'elle va rompre. Dans l'épisiotomie médiane, elle prolonge le trajet de l'incision qui atteint le sphincter de manière quasi-systématique.

- **Traumatisme fœtal**

Les blessures fœtales sont rarement observées dans la pratique d'une épisiotomie. On peut avoir des lésions testiculaires allant jusqu'à la castration dans la présentation du siège ou des érosions superficielles de la peau lors des présentations céphaliques.

1.4.2. Complications à court terme

- **Hématomes puerpéraux (thrombus périnéo-vulvaires)**

Ils sont rares et le plus souvent liés à une insuffisance d'hémostase [17]. Leur symptomatologie est en général bruyante : douleur, anémie, tuméfaction vulvaire, ténèse. En cas d'hématome volumineux, de constitution rapide ou compliquée, une reprise chirurgicale s'avère nécessaire pour un décaillotage et un complément d'hémostase éventuel. Dans des cas similaires, certaines équipes ont proposé l'embolisation par radiologie interventionnelle. En fait, l'épisiotomie constitue un des facteurs de risque majeurs (retrouvée dans 85 à 93 % des thrombus) avec les extractions instrumentales et la primiparité. Mais ils peuvent également survenir au décours d'un accouchement spontané sans épisiotomie. Les hématomes simples sont en revanche plus fréquents (douleurs, œdème, induration) et cèdent en quelques jours sous traitement anti-inflammatoire.

- **Douleurs et œdèmes périnéaux**

Ces incidents sont d'autant plus fréquents que l'épisiotomie est pratiquée sur un périnée déjà œdématisé. Ces phénomènes douloureux sont souvent dus à un simple œdème et régressent facilement sous traitement médical (glace, antalgiques, anti-inflammatoires). Ils peuvent également être liés à de petites éraillures négligées au niveau des petites lèvres et de la région clitoridienne qui rendent les mictions du post-partum douloureuses.

- **Infections et désunions**

Les infections surviennent dans 0,5 à 3 % des cas. Les facteurs favorisants sont le manque d'asepsie, l'existence d'un hématome ou d'un point transfixiant le rectum ou une hygiène post-opératoire défectueuse. Les désunions, le plus souvent en rapport avec une surinfection locale, peuvent nécessiter une nouvelle intervention précoce avec un parage chirurgical de la plaie et une suture anatomique. Des cas exceptionnels de cellulites périnéales ayant pour point de départ une épisiotomie ont été décrits. Un abcès doit être évacué et traité par des soins locaux.

1.4.3. Complications à long terme

Ces complications sont essentiellement représentées par les douleurs périnéales et les dyspareunies secondaires. Elles sont parfois dues à une erreur technique lors de la réparation (asymétrie vulvaire par mauvais affrontement des berges) ou à un trouble de la cicatrisation (granulome inflammatoire autour d'un fil, endométriose, névrome). Mais, parfois les facteurs psychologiques sont au premier plan : mauvaise connaissance du schéma corporel, crainte concernant la suture, gêne vis-à-vis du partenaire. Les bêances ou sténoses vulvaires (brides asymétriques) en rapport avec une cicatrice vicieuse peuvent bénéficier d'un geste chirurgical réparateur lorsqu'il existe un retentissement fonctionnel important. D'autres complications tardives sont rarement observées : endométriose sur cicatrice d'épisiotomie, kyste de la glande de Bartholin, résultat d'une incision trop horizontale sectionnant le canal excréteur, suppurations récidivantes qui doivent faire éliminer une fistule recto-vaginale exceptionnelle après une épisiotomie non compliquée et souvent secondaire à un point transfixiant le rectum.

2. DECHIRURES PERINEALES

Ce sont des solutions de continuité non chirurgicales antérieures ou postérieures du périnée.

2.1. Facteurs de risque

2.1.1. Facteurs maternels

- **Primiparité**

Le périnée de la primipare est moins souple parce que n'ayant 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. L'incidence des déchirures périnéales serait 2 à 10 fois supérieure chez la primipare. Les dégâts sont cumulatifs et la fréquence globale de l'incontinence urinaire d'effort (IUE) augmente avec l'âge et la parité [3]. Lorsque les accouchements se sont accompagnés de déchirures non ou mal réparées, cette corrélation n'existe plus et le prolapsus (ou l'IUE) apparaît plus précocement. Le périnée de la multipare peut lui aussi être fragilisé par une déchirure antérieure ou par une cicatrice d'épisiotomie. Il se constitue un « bloc cicatriciel » exposant la patiente à une nouvelle déchirure.

- **Texture du périnée**

Le périnée peut être trop fragile, soit œdématié par un travail prolongé, des touchers répétés ou une toxémie gravidique, soit constitutionnellement fragile. A l'inverse, un périnée trop résistant, se laissant mal distendre par le mobile fœtal (périnées cicatriciels ou celui de la primipare âgée, périnée des femmes ayant subi une infibulation ou une excision rituelle) est également exposé aux déchirures.

- **Distance ano-vulvaire**

Il a été démontré que l'existence d'une distance de moins de 6 cm entre l'anus et le bord inférieur de la symphyse pubienne expose la parturiente à une déchirure grave malgré une épisiotomie préventive [21]. Pour Musset, une distance ano-pubienne inférieure à 4 cm est une indication de césarienne prophylactique [32]. Cette

distance doit théoriquement être mesurée en dehors de la grossesse ; ce qui est rarement fait en pratique.

2.1.2. Facteurs fœtaux

- **Excès de volume fœtal**

Il fait l'objet de crainte d'une déchirure périnéale lors du dégagement de la tête ou de l'épaule postérieure car le diamètre biacromial est souvent important chez les fœtus macrosomes.

- **Présentation**

Certaines présentations peuvent être à l'origine de lésions périnéales du fait d'une mauvaise accommodation. Il s'agit : des présentations de sommet en occipito-sacré où le diamètre de dégagement fronto-occipital (12,5 cm), supérieur à celui d'une présentation occipito-pubienne, aborde le périnée avec un angle inadéquat ; des présentations de la face, des présentations du siège, où le dégagement de la tête est souvent brutal. Les accouchements très rapides, en « boulet de canon », souvent d'un enfant de petit volume entraîne une distension brutale du périnée par une présentation souvent mal fléchie dont les diamètres sont augmentés. Le périnée n'ayant pas le temps de s'assouplir et de s'amplier risque de se déchirer lors de sa mise en tension.

2.1.3. Facteurs opératoires

- **Extractions instrumentales**

Les manœuvres instrumentales sont d'autant plus traumatisantes pour le périnée qu'elles sont brutales, que la présentation est haute, que la prise est asymétrique (dégagement en oblique), que les tissus sont œdématiés et que l'on effectue une grande rotation de la présentation [25,32,37].

Les forceps à branches parallèles sont souvent responsables de déchirures en « rail ». La ventouse apparaît moins traumatisante pour le périnée que le forceps comme l'ont montré des études randomisées récentes [35].

- **Manœuvres obstétricales**

La manœuvre de Jacquemier ou la grande extraction du siège peuvent provoquer une distension périnéale trop rapide qui peut occasionner une déchirure.

- **Épisiotomie médiane**

Il est maintenant démontré que la réalisation d'une épisiotomie médiane est fortement corrélée à la survenue de déchirures périnéales sévères chez la primipare [7,20,36]. Le risque de déchirure du deuxième ou du troisième degré serait ainsi augmenté d'un facteur deux à trois. L'épisiotomie médio-latérale aurait en revanche un effet protecteur.

2.2. Classifications des déchirures (Tableau I)

Les traumatismes périnéaux graves peuvent mettre en jeu des lésions aux sphincters anaux et à la muqueuse anale. Parmi les lésions obstétricales du sphincter anal, on compte les déchirures périnéales des troisième et quatrième degré. Les déchirures du troisième degré mettent en jeu une perturbation partielle ou intégrale du complexe sphinctérien anal (lequel est composé du sphincter anal externe et du sphincter anal interne). Les déchirures du quatrième degré mettent en jeu une perturbation de la muqueuse anale, en plus d'une division du complexe sphinctérien anal.

Tableau I: Classification des LOSA [15]

Premier degré	Lésion cutanée périnéale seulement
Deuxième degré	Lésion périnéale mettant en jeu les muscles du périnée, mais n'affectant pas le sphincter
Troisième degré	Lésion périnéale mettant en jeu le complexe sphincter anal
3a	déchirure affectant moins de 50% de l'épaisseur du SAE
3b	déchirure affectant plus de 50% de l'épaisseur du SAE
3c	déchirure affectant le SAE et le SAI
Quatrième degré	Lésion périnéale mettant en jeu le complexe sphinctérien anal(SAE et SAI) et l'épithélium anal

2.3. Techniques de réparation des déchirures périnéales

- **Principes**

Après la délivrance, l'examen du périnée, du vagin et du col doit être systématique, à la recherche d'une lésion associée nécessitant un traitement spécifique. Cet examen nécessite une bonne analgésie et une exposition correcte à l'aide de valves. La patiente est installée en position gynécologique sur une table d'examen sous un bon éclairage. Un aide est souvent utile. Le bilan périnéal et vulvaire est facile. Dans tous les cas, il faut s'aider du toucher rectal. Le dôme vaginal et le col sont plus difficiles à examiner. Le toucher vaginal évalue la limite supérieure d'une déchirure vaginale, explore les culs-de-sac et le col à la recherche d'une brèche. Il est complété par l'inspection des culs -de-sac vaginaux. Il faut explorer les quatre culs-de-sac, en s'aidant pour cela de deux valves vaginales et d'un tampon monté sur une pince. L'examen du col est souvent plus facile en saisissant la lèvre

antérieure et la lèvre postérieure dans une pince de Museux. Il faut réparer dans l'ordre, les déchirures cervicales et du dôme vaginal, les déchirures vaginales, les lésions périnéales et les lésions vulvaires [31,32,37].

- **Réparation des déchirures du premier degré**

Elle s'apparente à la réfection des épisiotomies. Mais ici les berges tissulaires sont contuses et on réséquera d'éventuels lambeaux mal vascularisés. Pour l'ensemble des sutures périnéales, il est préférable d'utiliser du fil monofilament à résorption lente et faire une anesthésie locale avec de la lidocaïne 1%. Le premier temps de réfection est le plan vaginal par un surjet. Il est essentiel de bien suturer l'angle supérieur de la déchirure, afin d'obtenir une hémostase parfaite.

La suture vaginale est menée jusqu'à l'anneau hyménal qui constitue un repère important pour la symétrie. Le deuxième temps est le rapprochement des muscles périnéaux par points séparés, simples ou en X. L'absence de point transfixiant sera vérifiée par le toucher rectal. Le troisième temps consiste à suturer la peau du périnée par des points séparés de Blair-Donati.

- **Réparation des déchirures du deuxième degré**

Une anesthésie locale se fera avec de la lidocaïne 1%.

Le premier temps est la suture du sphincter strié anal. Les deux extrémités sont repérées par des pinces de Kocher ou par un fil-repère. Son extrémité latérale, souvent rétractée, doit être recherchée le long du canal anal. Sa mise en traction retend les plis radiés de l'anus qui s'étaient affaissés du fait de la rupture du sphincter. Les deux extrémités sont suturées par deux points en U à l'aide d'un fil résistant, fil tressé à résorption lente. Les temps ultérieurs sont les mêmes que ceux de la réparation des déchirures du premier degré.

- **Réparation des déchirures du troisième degré**

Une anesthésie générale au masque est souhaitable.

La réparation commence par la suture de la paroi digestive. Nous ne la réalisons par points séparés au fil tressé à résorption lente. Il s'agit d'une suture de type digestif, en un plan, prenant toute la paroi rectale et anale en ayant soin de bien charger la

musculeuse. Les nœuds sont effectués à l'intérieur de la cavité digestive. Les points doivent être rapprochés, afin que la paroi soit parfaitement étanche. Le dernier point est réalisé sur la marge anale. Les temps ultérieurs sont ceux d'une déchirure du deuxième degré.

Cette réparation est conduite sous antibioprophylaxie (Céphalosporine de première génération ou bien association Ampicilline et Acide Clavulanique).

- **Réparation des lésions associées**

Les déchirures vulvaires devront également être réparées car elles peuvent être très hémorragiques et sources de dyspareunies. Elles sont suturées par des points simples séparés. Les soins post-opératoires sont les mêmes que ceux préconisés après une épisiotomie. Dans le cadre des déchirures complètes, toute mesure visant à obtenir une constipation est à proscrire, car elle durcit les selles ; la défécation devient alors traumatisante pour les sutures. Il est préférable d'obtenir des selles molles grâce à la prescription d'huile de paraffine et d'un régime sans résidu.

2.4. Prévention

La prévention découle des facteurs de risque déjà décrits et reste primordiale. Elle passe par une bonne conduite de l'accouchement. Il faut éviter un travail prolongé qui œdématié et fragilise les tissus. Le dégagement du fœtus doit être progressif et il faut se méfier des déchirures inapparentes du noyau fibreux central du périnée qui sont aussi graves à long terme que les déchirures externes. Il faut éviter les manœuvres obstétricales qui peuvent être dangereuses. Les données concernant le rôle préventif de l'épisiotomie sont discordantes. Les principales séries sont anglo-saxonnes et s'appliquent aux épisiotomies médianes rarement pratiquées en Europe. Anthony [2] a étudié le lien entre épisiotomie médiolatérale et survenue de lésions périnéales sévères sur une série de 43 309 accouchements uniques en présentation du sommet (variété occipito-pubienne). Il a observé globalement 1,4% de déchirures périnéales sévères. Ce taux est divisé par quatre dans le groupe avec épisiotomie (effet protecteur). En revanche il n'y a pas de différence entre les

équipes pratiquant des épisiotomies fréquentes (50% des accouchements) et celles en faisant un usage plus restrictif (11%).

Il semble donc qu'il y ait peu d'avantages liés à une utilisation large de l'épisiotomie concernant la prévention des déchirures périnéales sévères. Cette notion est retrouvée chez de nombreux autres auteurs. Il existe une forte corrélation entre épisiotomie médiane et survenue d'une déchirure périnéale sévère [10,36,38]. Ce type d'épisiotomie doit être proscrit.

DEUXIEME PARTIE: NOTRE ÉTUDE

1. METHODOLOGIE

1.1. Objectifs

- Objectif général**

L'objectif général de notre étude est de faire une analyse comparative des lésions obstétricales du périnée au centre hospitalier national de Pikine.

- Objectifs spécifiques**

Les objectifs spécifiques étaient de :

- décrire le profil épidémiologique des patientes présentant une lésion périnéale au cours d'un accouchement par voie basse
- déterminer les facteurs associés à la survenue de lésions périnéales lors de l'accouchement par voie basse.

1.2. Cadre d'étude

Notre étude s'est déroulée dans le Service de Gynécologie-Obstétrique du Centre Hospitalier National de Pikine.

Le Centre Hospitalier National de Pikine, sis à l'ex-Camp Militaire de Thiaroye, comporte plusieurs types de services médicaux et chirurgicaux, des services administratifs, et des services techniques. Le service de gynécologie et obstétrique comporte 32 lits d'hospitalisation répartis en 12 salles ; une salle d'accouchement dotée d'une salle de travail avec 6 lits et de deux box d'accouchement. La salle d'accouchement communique avec le bloc opératoire.

1.3. Type d'étude

Il s'agit d'une étude rétrospective descriptive portant sur les patientes admises au Centre Hospitalier National de Pikine durant la période allant du 1^{er} janvier 2019 au 31 décembre 2019 qui présentaient une lésion périnéale au cours d'un accouchement par voie basse.

Ont été incluses dans cette étude, les patientes présentant une lésion périnéale et qui avaient accouché par voie basse. N'ont pas été incluses les patientes qui présentaient une lésion périnéale après un accouchement par voie haute.

1.4. Recueil des données

Le recueil des données était réalisé à l'aide d'un questionnaire comprenant les variables suivantes :

- Age
- Gestité
- Parité
- Utérus cicatriciel
- Partogramme
- Durée du travail
- Présentation
- Direction du travail
- Terme de la grossesse

2. RÉSULTATS

Durant la période d'étude (1^{er} Janvier 2019 au 31 Décembre 2019) 588 cas de lésions périnéales ont été enregistrés sur 3378 accouchements par voie basse. Nous avons enregistré 16,75% d'épisiotomies et 0,65% de déchirures.

2.1. Profil épidémiologique

2.1.1. Fréquence

La plupart des patientes (16,75%) avait comme type de lésions périnéales une épisiotomie, seules 0,65% ont présente une déchirure.

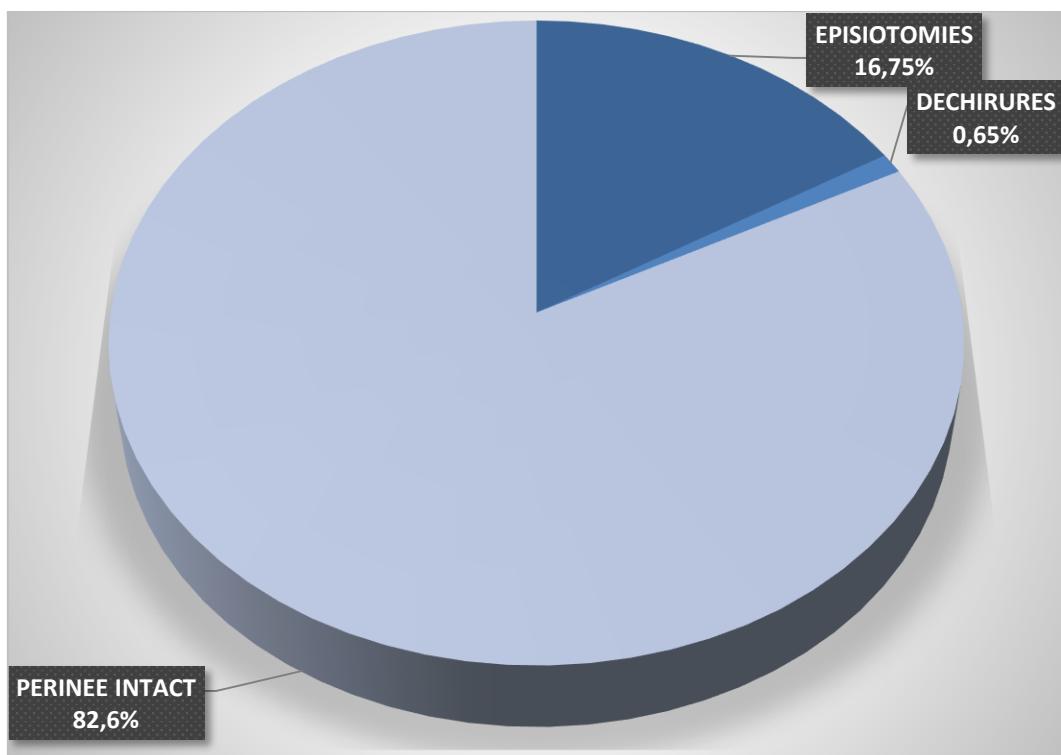


Figure 4 : Répartition des patientes en fonction du type de lésion

2.1.2. Caractéristiques générales (Tableau II)

La gestité moyenne était de 1,56 avec des extrêmes de 1 et 9 ; la parité moyenne était de 1,15 avec des extrêmes de 0 et 8 également. Elles étaient en grande partie primigestes (64,3% des cas) et primipares (55,4% des cas).

L'âge moyen de nos patientes était de 25,29 ans avec des extrêmes de 14 et 58 ans. Plus de la moitié des patientes (62,4%) avait un âge compris entre 18 et 27 ans.

Tableau II : Répartition des patientes selon les caractéristiques générales

	Effectifs	Pourcentage
Age		
Non précise	12	2%
<18	26	4,40%
18-27	367	62,40%
28-37	167	28,40%
>37	16	2,80%
Gestité		
primigeste	378	64,30%
paucigeste	183	31,10%
multigeste	27	4,60%
Parité		
nullipare	125	21,30%
primipare	326	55,40%
paucipare	121	20,60%
multipare	16	2,70%

2.1.3. Antécédents

2.1.3.1. Antécédents chirurgicaux

Tableau III : Répartition des patientes selon les antécédents chirurgicaux

	Effectifs	Pourcentage
Césarienne	11	1,9
Autres	2	0,3
Non précisé	575	97,8
Total	588	100

La majorité des patientes (97,8%) n'avait pas d'antécédent chirurgical connu. La césarienne était moins significative avec (1,9%).

2.1.4. Histoire de la grossesse

2.1.4.1. Age gestationnel (Figure5)

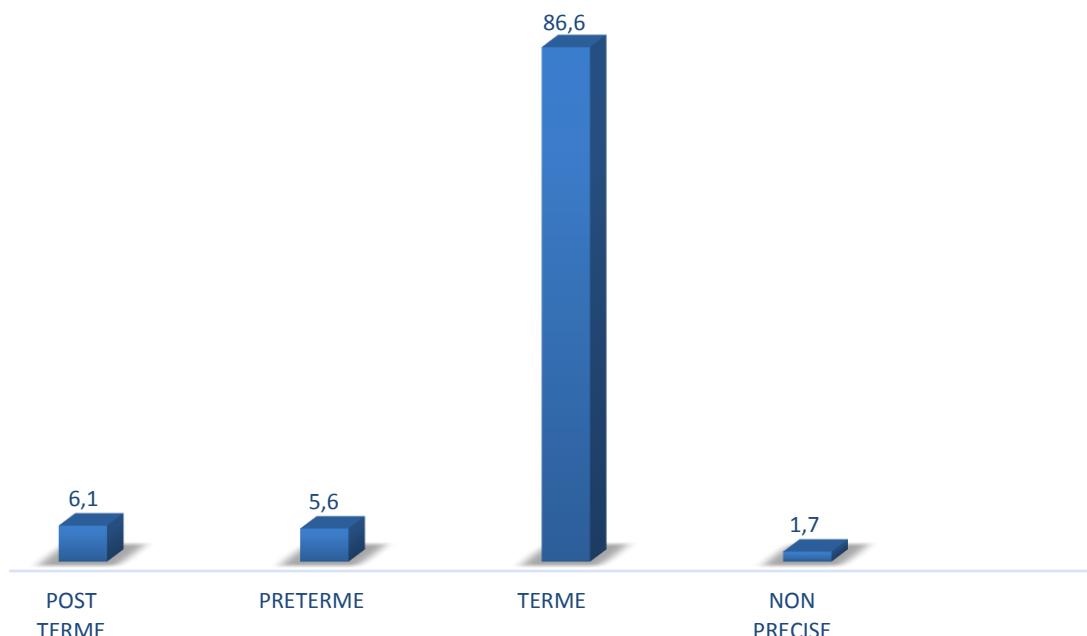


Figure 5 : Répartition des patientes selon l'âge gestationnel

La quasi-totalité des parturientes avait mené leur grossesse à terme (86,6%), 33 cas d'accouchement prématuré étaient enregistrés (5,6%) et 36 cas d'accouchement post terme (6,1%).

2.1.5. Présentation

2.1.5.1. Nature de la présentation (Figure6)

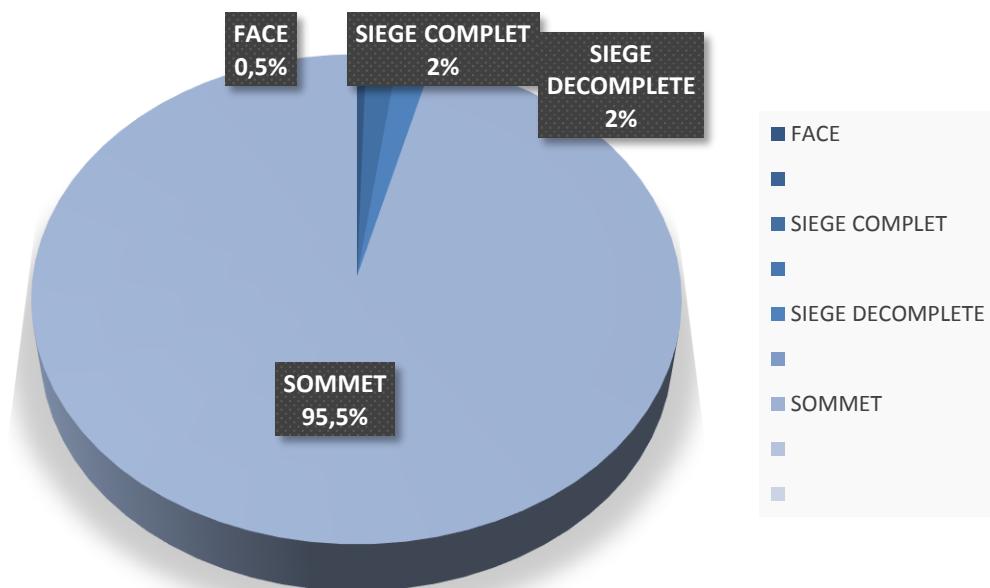


Figure 6 : Répartition selon le type de la présentation des parturientes ayant eu une lésion périnéale

Il s'agissait presque toujours d'une présentation du sommet (95,5%). Par ailleurs, nous avons dénombré 21 présentations de siège (4%) et 3 présentations de la face (0,5%)

2.1.6. Caractéristiques du travail et de l'accouchement

2.1.6.1. Utilisation de partogramme

Tableau IV : Répartition selon l'utilisation du partogramme des parturientes ayant eu une lésion périnéale

	Effectifs	Pourcentage
Oui	253	43
Non	243	41,3
Non précisé	92	15,7
Total	588	100

Au total, 253 parturientes (43%) avaient bénéficié d'une surveillance du travail avec un partogramme correctement rempli.

2.1.6.2. Durée du travail

Tableau V : Répartition selon la durée du travail des parturientes ayant eu une lésion périnéale lors de leur accouchement.

Durée travail	Effectifs	Pourcentage
Non précisé	163	27,7
<12	368	62,6
>24	11	1,9
12 – 24 heures	46	7,8

Plus de la moitié des parturientes (62,6%) avait accouché dans un délai de moins de 12heures suivant l'admission en salle de naissance.

2.1.6.3. Direction du travail

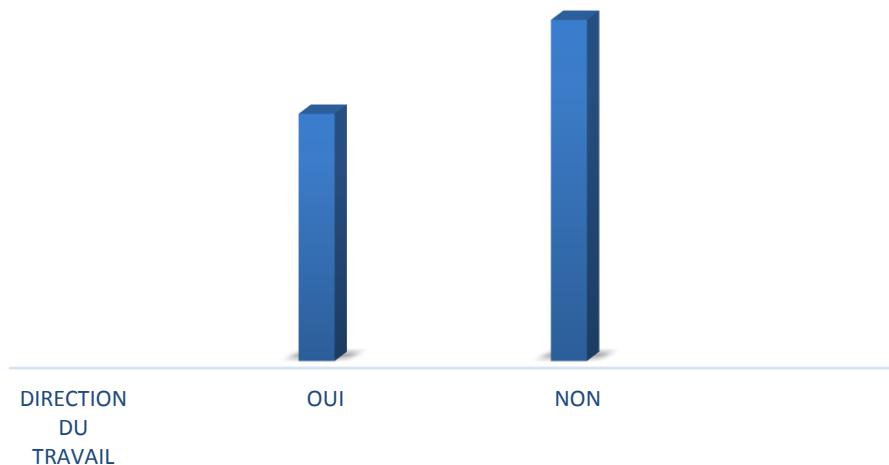


Figure 7 : Répartition des patientes selon la direction du travail

Plus de la moitié des patientes n'avaient pas bénéficié d'une direction du travail soit 58%.

2.2. Étude analytique

2.2.1. Lésions périnéales et âge de la parturiente

Le taux d'épisiotomie le plus élevé était retrouvé dans la tranche d'âge de 18 à 27 ans (64,6%). A l'opposé, chez les parturientes âgées de plus de 37ans, 3% d'entre-elles bénéficiaient d'une épisiotomie. Le taux de déchirures périnéales le plus élevé était retrouvé également dans la tranche d'âge de 18 à 27 ans (59%). A l'opposé, les parturientes de la tranche d'âge < 18ans n'avaient pas de déchirures. Il n'existe pas de différence statistiquement significative entre l'âge de la parturiente et le risque de lésion périnéale (tableau VI)

Tableau VI : Fréquence des lésions périnéales selon l'âge des parturientes

Age (ans)	Déchirures	Épisiotomies	Total
< 18 ans	0(0%)	26(4,5%)	26
18-27	13(59%)	366(64,6%)	379
28-37	7(31%)	160(28%)	167
> 37	2(10%)	14(3%)	16
Total	22	566	588

p=0,184

2.2.3. Lésions périnéales et gestité

Le taux d'épissiotomie était de 65,5% chez les primigeste contre seulement 4,2% chez les multigeste et le taux de déchirure était respectivement 54,5% et 13,6% chez les paucipares et les multipares contre 31,8% chez les primigeste. Il existe un lien statistiquement très significatif entre la gestité et le risque de lésions périnéales (tableau VII).

Tableau VII: Fréquence des lésions périnéales selon la gestité des parturientes

Gestite	Déchirures	Épissiotomies	Total
Primigeste	7(31,8%)	371(65,5%)	378
Paucigeste	12(54,5%)	171(30,2%)	183
Multigeste	3(13,6%)	24(4,2%)	27
Total	22	566	588

p=0,003

2.2.2. Lésions périnéales et parité

Le taux d'épisiotomie était de 56% chez les primipares contre seulement 2,3% chez les multipares et le taux de déchirure était respectivement 40,9% et 13,6% chez les paucipares et les multipares contre 40,9% chez les primipares. Il existe un lien statistiquement très significatif entre la parité et le risque de lésions périnéales (tableau VIII)

Tableau VIII: Fréquence des lésions périnéales selon la parité des parturientes

Parité	Déchirures	Épisiotomies	Total
Nullipare	1(4,5%)	124(21,9%)	125
Primipare	9(40,9%)	317(56%)	326
Paucipare	9(40,9%)	112(19,8%)	121
Multipare	3(13,6%)	13(2,3%)	16
Total	22	566	588

P=0,0001

2.2.4. Lésions périnéales et terme de la grossesse

Les taux de lésions périnéales les plus élevés étaient enregistrés sur les accouchements à terme avec respectivement 86,4% pour les épisiotomies et 90,9% pour les déchirures. Il n'existe pas de différence statistiquement significative entre le terme de la grossesse et le risque de lésion périnéale (tableau IX).

Tableau IX: Fréquence des lésions périnéales selon le terme de la grossesse chez les parturientes

Terme de la grossesse	Déchirures	Épisiotomies	Total
Post-terme	1(4,5%)	35(6,2%)	36
Pré-terme	1(4,5%)	32(5,7%)	33
Terme	20(90,9%)	489(86,4%)	509
Non précise	0(0%)	10(1,8%)	10
Total	22	566	588

p=0,902

2.2.5. Lésions périnéales et nature de la présentation

Le taux de lésions périnéales était plus important en cas de présentation du sommet et du siège complet. Il n'existe pas de lien statistiquement significatif entre la nature de la présentation et le risque de lésions périnéales (tableau X).

Tableau X: Fréquence des lésions périnéales selon la nature de la présentation fœtale chez les parturientes

Nature de la présentation	Déchirures	Épissiotomies	Total
Face	0(0%)	3(0,5%)	3
Siège Complet	1(4,5%)	9(1,6%)	10
Siège décomplète	0(0%)	11(1,9%)	11
Sommet	21(95,5%)	543(95,9%)	564
Total	22	566	588

p=0,652

3. DISCUSSION

3.1. Épidémiologie

La fréquence des lésions périnéales est diversement appréciée selon les auteurs (tableau XI).

Tableau XI: Fréquence des lésions périnéales chez les patientes ayant accouché par voie basse selon les auteurs

TYPE DE LESION PERINEALE	ANNEES	AUTEURS	FREQUENCE ACCOUCHEMENT %
EPISIOTOMIE	1984	Harrison[14]	7,7
	1984	Sleep[33]	10,2
	1998	Cravichik[8]	45,9
	2000	Otoide[28]	46,6
	2003	Van Den Bergh [5]	27
	2004	Morhe[23]	17,4
	2005	CNGOF[6]	47
	2006	Moubarak[24]	29,4
	2009	Ying Lai[18]	26,8
DECHIRURE	2010	Eckman[11]	3,4
	2011	Abdallah[1]	28,2
	2001	Dolo[9]	5,6
	2001	Meye[22]	7,5
	2001	Lansac[19]	19
	2004	Morhe[23]	17,1
	2005	Gandzien[12]	0,91
	2006	Moubarak[24]	7
	2011	Abdallah[1]	8,1

Dans notre série, la fréquence des lésions périnéales était de 17,4%, elle est plus basse que celles enregistrées par Moubarak [24] à la Clinique Gynécologique et Obstétricale du CHU Aristide Le Dantec en 2006 (36,5%) et Abdallah [1] à l’Institut d’Hygiène Sociale en 2011(36,3%). L’épissiotomie représentait 16,75% des accouchements par voie basse.

Ce taux est également comparable à celui enregistré par Morhe [23] au Ghana (17,4%). Cependant, le taux d'épisiotomie enregistré dans notre série reste relativement élevé si on le compare aux chiffres de 3,4%, 7,7% et 10,2% retrouvés respectivement par Eckman [11] en France, Harrison [14] et Sleep [33].

Quant aux déchirures périnéales, elles représentaient 0,65% des accouchements par voie basse. Cette prévalence avoisine celle enregistrée par Gandzien [12] au Congo. Cette fréquence est satisfaisante si on la compare à celles rapportées par Dolo [9] au Mali, Moubarak [24] au Sénégal, Meye [22] au Gabon et Abdallah [1] au Sénégal qui sont respectivement de 5,6%, 7%, 7,5% et 8,1%.

Diverses raisons peuvent expliquer la fréquence élevée des épisiotomies dans notre série.

Le profil épidémiologique de nos patientes était celui d'une femme jeune âgée en moyenne de 25 ans, primipare (55,4%) et porteuse d'une grossesse le plus souvent à terme (86,6%). Ce profil présente quelques particularités. En effet, la majorité de nos patientes était primipare (55,4%). Le même phénomène était noté par N'guessan [27] en Côte d'Ivoire et Moubarak [24] au Sénégal qui, dans leurs séries respectives avaient retrouvé 62% et 57,7% de primipares. En France, Barbier [4] rapporte un taux légèrement plus élevé que celui enregistré dans notre étude de l'ordre de 71%. Cette prédominance des primipares chez les patientes qui présentent une lésion périnéale au décours d'un accouchement par voie basse pourrait s'expliquer par le fait que le Centre Hospitalier National de Pikine, constitue un centre de formation où, la plupart des accouchements sont réalisés par des apprenants (élevés sages-femmes, étudiants en 5^{ème} et 7^{ème} année de médecine, médecins en spécialisation). L'inexpérience de ces derniers et leur maîtrise encore imparfaite des techniques de dégagement favorisent le fait qu'ils aient souvent recours à l'épisiotomie surtout chez la primipare pour éviter une déchirure périnéale.

Cependant, l'âge moyen de nos patientes (25 ans) est comparable à ceux enregistrés dans les séries africaines. En effet, Cissé dans une étude menée dans la région de Kolda sur le bilan des évacuées [5] et une autre faite par Moubarak, à la Clinique Gynécologique et Obstétricale du CHU Aristide Le Dantec [24] faisaient tous les deux états d'un âge moyen de 23,5 ans. Par contre, en France, Barbier [4] retrouvait un âge moyen de 29,2 ans de loin plus important que le nôtre chez des patientes ayant bénéficié d'une épisiotomie. Cette différence pourrait s'expliquer par le fait que dans nos pays en développement, l'âge du mariage chez les jeunes filles est précoce.

3.2. Facteurs de risque de lésion périnéale

L'analyse multivariée nous a permis de noter que dans notre pratique obstétricale, le risque d'épisiotomies et de déchirures périnéales était corrélé de façon significative aux paramétrés suivants : la parité ($p=0,001$) et la gestite ($p=0,003$).

3.2.1. Parité

Nous avons enregistré chez les primipares 86,6% d'épisiotomie (versus 81,25% chez les multipares) et 2,7% de déchirure périnéale (versus 18,75 % chez les multipares). Moubarak [24] avait fait le même constat avec un taux d'épisiotomie considérablement supérieur par rapport au taux de déchirure périnéale chez les primipares respectivement 57,7% et 8% . En France, Barbier [4] avait montré que la primiparité était un facteur de risque de lésion périnéale sévère au cours de l'accouchement par voie basse (71% contre 43 % avec lésions périnéales). Cette fréquence élevée des lésions périnéales observée dans notre pratique pourrait s'expliquer d'une part l'inexpérience de l'accoucheur qui se montre souvent impatient et d'autre part à cause de sa hantise d'être surpris par une déchirure périnéale s'il laisse le périnée se distendre.

3.2.2. Gestité

Le taux de lésion périnéale le plus élevé était observé chez les primigestes (64,3%). Ce qui était discordant avec les données retrouvées dans la littérature [1,4] où la gestite ne faisait pas parti des paramètres cliniques étudiés pour déterminer les facteurs de risque de lésions périnéales.

CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

Le périnée est souvent exposé à divers traumatismes lors de l'accouchement par voie basse ; ces lésions sont en rapport avec les épisiotomies ou les déchirures accidentelles du périnée. Décrise pour la première fois par Fielding Ould en 1742, l'épisiotomie est devenue au cours du XX^e siècle l'intervention obstétricale la plus pratiquée dans les salles d'accouchement à l'échelle mondiale. Son utilisation a considérablement augmenté avec la médicalisation de l'accouchement.

En dehors de l'épisiotomie, le périnée maternel peut être le siège d'une solution de continuité non chirurgicale antérieure ou postérieure, appelée déchirure périnéale qui est le plus souvent en rapport avec une gestion inadéquate de la phase expulsive de l'accouchement.

Malgré la croissance du taux des lésions périnéales dans notre pratique et la gravité des complications qui en découlent, elles ne font pas toujours l'objet d'une évaluation systématique ni d'un suivi adéquat.

Ainsi, il nous a semblé utile de mener une étude cohorte portant sur les patientes admises au Centre Hospitalier National de Pikine du 1^{er} janvier 2019 au 31 décembre 2019(1 an) qui présentaient une lésion périnéale au cours d'un accouchement par voie basse.

L'objectif général de notre étude était de faire une analyse situationnelle et d'évaluer notre pratique dans ce domaine. Les objectifs spécifiques étaient les suivants :

- tracer le profil épidémiologique des lésions périnéales observées lors de l'accouchement par voie basse;
- déterminer les facteurs associés à la survenue de lésions périnéales lors de l'accouchement par voie basse

Durant la période de l'étude, nous avons enregistré 588 lésions périnéales parmi 3378 accouchements par voie basse. Elles étaient réparties comme suit : 566 épisiotomies (16,75%) et 22 déchirures périnéales (0,65%).

Notre étude nous a permis de dresser le profil épidémiologique des patientes ayant présenté des lésions périnéales lors de l'accouchement par voie basse. Il s'agit d'une femme jeune (25 ans), primipare (55,4%) et porteuse d'une grossesse le plus souvent à terme (86,6%).

Il s'agissait presque toujours d'une présentation de sommet (95,9%). Par ailleurs, nous avons dénombré 21 présentations de siège (3,6%) et 3 présentations de la face (0,5%)

Nous avons réalisé une analyse multivariée pour déterminer les facteurs de risque associés aux lésions périnéales au cours d'un accouchement par voie basse. Ainsi, le risque d'épissiotomie et de déchirure périnéale était corrélé de façon significative aux paramétrés suivants : la parité ($p=0,0001$) et la gestité ($p=0,003$),

Les recommandations que nous formulons en vue d'améliorer le taux des lésions périnéales lors de l'accouchement par voie basse dans nos salles de naissance sont les suivantes :

- A l'endroit des institutions de formation
 - mettre en place une formation théorique et pratique plus poussée sur l'épissiotomie et les techniques de dégagement, de manière à améliorer la performance des accoucheurs ;
 - encadrer les stagiaires lorsqu'ils effectuent un accouchement pour les aider à mieux poser les indications d'épissiotomie et à éviter les déchirures périnéales ;
- A l'endroit du personnel médical
 - respecter les indications de l'épissiotomie ;
 - insister sur la préparation à l'accouchement qui pourrait améliorer le taux de lésions périnéales ;

REFERENCES

- 1. Abdallah.** Lésions périnéales au cours de l'accouchement par voie basse : Étude prospective entre Mai 2009 et Mai 2010 à l'institut d'hygiène sociale de Dakar. [Dakar]: Universite Cheikh Anta Diop; 2011.
- 2. Anthony S, Buitendijk SE, Zondervan KT, et al.** Episiotomies and the occurrence of severe perineal lacerations. ACOG Current Journal Review. 1995 ;3 :16.
- 3. Ballanger P, Rischman P.** Incontinence urinaire de la femme : évaluation et traitement. Progrès en urologie (Paris). 1995 ;5 :739- 893.
- 4. Barbier A, Poujade O, Fay R, et al.** La primiparité est-elle le seul facteur de risque des lésions du sphincter anal en cours d'accouchement? Gynécologie obstétrique & fertilité. Elsevier ; 2007 ;35 :101- 6.
- 5. Cissé ML, Raad B, Diouf A, et al.** Bilan des évacuations obstétricales à l'hôpital régional de Kolda (Sénégal). Médecine d'Afrique noire. 2010 ;57 :37;43.
- 6. Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français.** L'épisiotomie : Recommandations pour la pratique clinique. Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français. 2006 ;35(1) :1s77-1s80.
- 7. Combs CA, Robertson PA, Laros Jr RK.** Risk factors for third-degree and fourth-degree perineal lacerations in forceps and vacuum deliveries. American journal of obstetrics and gynecology. Elsevier; 1990; 163:100- 4.

- 8. Cravchik S, Munoz DM, Bortman M.** Indications for episiotomy at public maternity clinics in Nequen, Argentina. *Revista panamericana de salud publica= Pan American journal of public health.* 1998 ;4 :26- 31.
- 9. Dolo A, Traore M, Diabaté Diallo F.S, Diarra I, Mounkoro N.** L'accouchement chez la femme excisée : pronostic materno-fœtal. 2001;2(1):22-26.
- 10. Ecker JL, Tan WM, Bansal RK, et al.** Is there a benefit to episiotomy at operative vaginal delivery? Observations over ten years in a stable population. *American journal of obstetrics and gynecology.* Elsevier ; 1997 ;176 :411- 4.
- 11. Eckman A, Ramanah R, Gannard E, et al.** Évaluation d'une politique restrictive d'épisiotomie avant et après les recommandations du Collège national des gynécologues obstétriciens français. *Journal de gynécologie obstétrique et biologie de la reproduction.* Elsevier ; 2010 ;39 :37- 42.
- 12. Gandzien P.** Les déchirures périnéales obstétricales à l'hôpital de base de Talangaï-Brazzaville. *Médecine d'Afrique Noire.* 2005 ;52 :564- 6.
- 13. Graham ID, Carroli G, Davies C, et al.** Episiotomy rates around the world: an update. *Birth.* Wiley Online Library; 2005; 32:219- 23.
- 14. Harrison RF, Brennan M, North PM, et al.** Is routine episiotomy necessary? *Br Med J (Clin Res Ed).* British Medical Journal Publishing Group; 1984; 288:1971- 5.

- 15. Harvey M-A, Pierce M, Walter J-E, et al.** Lésions obstétricales du sphincter anal (LOSA): Prévention, identification et réparation. *Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada*. Elsevier ; 2015;37:1149- 51.
- 16. Kamina P.** Anatomie opératoire : gynécologie & obstétrique. Maloine ; 2000.
- 17. Labrecque M, Baillargeon L, Dallaire M, et al.** Association between median episiotomy and severe perineal lacerations in primiparous women. *Cmaj. Can Med Assoc*; 1997; 156:797- 802.
- 18. Lai CY, Cheung HW, Hsi Lao TT, et al.** Is the policy of restrictive episiotomy generalisable? A prospective observational study. *The Journal of Maternal-Fetal & Neonatal Medicine*. Taylor & Francis ; 2009 ;22 :1116- 21.
- 19. Lansac J, Body G, Perrotin F, et al.** Pratique de l'accouchement. 3e édition Masson. Paris; 2001.
- 20. Lede RL, Belizán JM, Carroli G.** Is routine use of episiotomy justified? *American journal of obstetrics and gynecology*. Elsevier ; 1996 ;174 :1399- 402.
- 21. Merger R, Levy J, Melchior J.** Complications traumatiques de l'accouchement. *Précis d'obstétrique*. Paris : Masson ; 1989. p. 340- 58.
- 22. Meye J.F, Nkone Asseko G, Engongah-Beka T, Moussavou- Mouyama A.** Suivi prénatal et accouchement chez l'adolescente à Libreville : à propos de 275 cas. [Libreville]; 2001.

23. Morhe ESK, Sengretsi S, Danso KA. Episiotomy in Ghana. International Journal of Gynecology & Obstetrics. 2004 ;86 :46- 7.

24. Moubarak M. Les déchirures spontanées du périnée au cours de l'accouchement et les épisiotomies à propos de 200 cas. [Dakar] : Cheikh Anta Diop ; 2006.

25. Muñoz DM, Bortman M. Indicaciones de episiotomia en maternidades publicas de Neuquen, Argentina. Revista Panamericana de Salud Publica. SciELO Public Health; 1998; 4:26- 31.

26. Murphy-Lawless J. 2. Male Texts and Female Bodies: The Colonisation of Childbirth by Men Midwives. Text and talk as social practice. De Gruyter Mouton; 2016. p. 25- 48.

27. N'guessan E, Guie P, Bamba B, et al. Utilisation du Dakin Cooper® stabilisé pour les soins locaux en suites de couche des épisiotomies et des déchirures du périnée. Médecine d'Afrique Noire. 2008 ;55 :129- 31.

28. Otoide VO, Ogbonmwan SM, Okonofua FE. Episiotomy in Nigeria. Nigeria: In J Gynecol Obstet; 2000.

29. Parant O, Menadier C, Puygrenier J. L'épisiotomie en France sept ans après les recommandations. 42es Journées nationales de la Société Française de Médecine Périnatale (Montpellier 17–19 octobre 2012). Springer; 2013. p. 189;99.

30. Pomeroy RH. Shall we cut and reconstruct the perineum for every primipara. Transactions of the American Gynecol Assoc. 1918; 43:201.

31. Reiffenstuhl G, PltzerW, Knapstein PG. Les opérations vaginales. Éditions médicales internationales. Cachan; 1995. p. 303.

32. Rème JM, Monrozies X, Périneau M. Déchirures obstétricales récentes. Editions techniques Encycl Med Chir (Paris-France), Techniques chirurgicales : Urologie-Gynécologie. 1992 ;41898.

33. Sleep J, Grant A. West Berkshire perineal management trial: three years follow up. Br Med J (Clin Res Ed). British Medical Journal Publishing Group; 1987; 295:749;51.

34. Sleep J, Grant A, Garcia JO, et al. West Berkshire perineal management trial. Br Med J (Clin Res Ed). British Medical Journal Publishing Group; 1984; 289:587- 90.

35. Sultan AH, Johanson RB, Carter JE. Occult anal sphincter trauma following randomized forceps and vacuum delivery. International Journal of Gynecology & Obstetrics. Elsevier; 1998; 61:113;9.

36. Thorp Jr JM, Bowes Jr WA. Episiotomy: can its routine use be defended? American journal of obstetrics and gynecology. Elsevier; 1989; 160:1027- 30.

37. Woo GM, Stettler RW, Erdman WA, et al. The Pelvis After Cesarean Section and Vaginal Delivery: Normal MR. 1993;

38. Woolley RJ. Benefits and risks of episiotomy: a review of the English-language literature since 1980. Part I. Obstetrical & gynecological survey. LWW ; 1995 ;50 :806;20.

RESUME

Objectifs: Préciser le profil épidémiologique et déterminer les facteurs de risque associés à la survenue de lésions périnéales lors de l'accouchement par voie basse au centre hospitalier national Pikine.

Matériel et méthodes : Il s'agit d'une étude cohorte portant sur les patientes admises au Centre Hospitalier National de Pikine durant la période allant du 1^{er} janvier 2019 au 31 décembre 2019 qui présentaient une lésion périnéale au cours d'un accouchement par voie basse. .

Résultats : Durant la période de l'étude, nous avons enregistré 588 lésions périnéales parmi 3378 accouchements par voie basse, soit une prévalence de 17,4%. Elles étaient réparties comme suit : 566 épisiotomies (16,75%) et 22 déchirures périnéales (0,65%). Le profil épidémiologique était celui d'une femme jeune (25 ans), primipare (55,4%) et porteuse d'une grossesse le plus souvent à terme (86,6%). La présentation était le plus souvent un sommet (95,9%), rarement un siège (3,6%) ou une face (0,5%). Une analyse multivariée nous a permis de noter que le risque de lésions périnéales était corrélé de façon significative aux paramètres suivants : la gestité ($p=0,003$) et la parité ($p=0,001$),

Conclusion: La réduction du taux de lésions périnéales passerait par l'adoption d'une politique restrictive de l'épisiotomie et le renforcement des compétences théoriques et pratiques des apprenants pour mieux les aider à poser les indications d'épisiotomies et à éviter les déchirures périnéales.