

UNIVERSITE CHEIKH ANTA DIOP DE DAKAR

FACULTE DE MEDECINE, DE PHARMACIE ET D'ODONTOLOGIE



ANNEE 2021

N° 223

DISTRIBUTION ET DETERMINANTS DE L'ÉPISIOTOMIE DANS UNE MATERNITE UNIVERSITAIRE SENEGALAISE : ETUDE CAS-TÉMOINS DE 2010 À 2020

THESE

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

PRÉSENTÉE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT

Le 15 Octobre 2021

Par

Farah Khouloud SAKER

Née le 05/03/1996 à Ouagadougou, Burkina-Faso

201305PGJ

MEMBRES DU JURY

PRESIDENT:	M.	Papa Moctar	FAYE	Professeur Titulaire
MEMBRES:	M.	Abdoul Aziz	DIOUF	Professeur Assimilé
	M.	Mamour	GUEYE	Professeur Assimilé
	Mme	Mame Diarra	NDIAYE	Professeur Assimilé
DIRECTEUR DE THESE:	M.	Mamour	GUEYE	Professeur Assimilé
CO-DIRECTEUR DE THESE:	M.	Mouhamadou	WADE	Praticien Hospitalier

UNIVERSITE CHEIKH ANTA DIOP DE DAKAR

**FACULTE DE MEDECINE DE PHARMACIE
ET D'ODONTO – STOMATOLOGIE**

DECANAT & DIRECTION

DOYEN

M. ABDOULAYE SAMB

PREMIER ASSESSEUR

M. BARA NDIAYE

DEUXIEME ASSESSEUR

M. MALICK FAYE

CHEF DES SERVICES ADMINSTRATIFS

M. HAMDIA TOU LY

DAKAR, LE 27 AVRIL 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. 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. Amadou Gallo	DIOP	Neurologie
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. 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. Mor	NDIAYE	Médecine du Travail
M. Moustapha	NDIAYE	Neurologie
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 Ndoye	ROTH	Ophtalmologie
M. Abdoulaye	SAMB	Physiologie
M. André Daniel	SANE	Orthopédie-Traumatologie
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-phtisiologie

+ 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. Mouhamadou Lamine	DIA	Bactériologie-Virologie
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
M. Pape Adama	DIENG	Chirurgie Thoracique &
Cardio-vasculaire		
Mme Seynabou Fall	DIENG	Hématologie Clinique
M. Boundia	DJIBA	Médecine Interne

M. Abdoulaye Dione	DIOP	Radiologie
M. Assane	DIOP	Dermatologie-Vénérologie
M. Ibrahima Bara	DIOP	Cardiologie
M. Ousseynou Nucléaire	DIOP	Biophysique&Médecine
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 Médicale	FAYE	Pédiatrie& Génétique
§Mme Mame Awa	FAYE	Maladies Infectieuses
*M. Papa Moctar	FAYE	Pédiatrie
Mme Louise	FORTES	Maladies Infectieuses
M. Magaye vasculaire	GAYE	Anatomie-Chirurgie
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 Médicale	KEITA	Pédiatrie& Génétique
M. Charles Valérie Alain	KINKPE	Orthopédie-Traumatologie
M. Ahmed Tall	LEMROBOTT	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 Reconstructive	NDIAYE	Chirurgie Plastique et
M. Maodo	NDIAYE	Dermatologie-Vénérologie
M. Mouhamadou Bamba	NDIAYE	Cardiologie
+*M. Papa	NDIAYE	Médecine Préventive
M. Papa Ibrahima	NDIAYE	Anesthésie Réanimation
M. Boucar Nucléaire	NDONG	Biophysique& Médecine
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
Mme Anne Aurore	SANKALE	Chirurgie Plastique et
reconstructive		
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-faciale		
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 Mariama Safiétou Ka	CISSE	Médecine Interne
M. André Vauvert	DANSOKHO	Orthopédie-Traumatologie

M. Mohamed Tété Etienne	DIADHIOU	Gynécologie-Obstétrique
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	DIOW	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
Mme. Maria	FAYE	Néphrologie
M. Omar	GASSAMA	Gynécologie-Obstétrique
M. Ndiaga Matar	GAYE	Neurologie
M. Mamadou Ngone	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 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. Ndaraw	NDOYE	Neurochirurgie
M. Moustapha	NIASSE	Rhumatologie
Mme Marguerite Edith D.	QUENUM	Ophtalmologie
Mme Nafy Ndiaye	SARR	Médecine Interne
M. Ndéné Gaston	SARR	Biochimie
M. Abdou Khadir	SOW	Physiologie
§M. Doudou	SOW	Parasitologie-Mycologie
M. Ousmane	THIAM	Chirurgie Générale
*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
Mme Maïmouna Fafa	CISSE	Pneumologie
M. Ousmane	CISSE	Neurologie
M. Mohamed	DAFFE	Orthopédie-Traumatologie
M. Abdoulaye	DANFA	Psychiatrie
M. Boubacar Samba	DANKOKO	Médecine Préventive
M. Gabriel Nougignon Comlan	DEGUENONVO	Anatomie Pathologique
M. Sidy Ahmed	DIA	Médecine du Travail
M. Saër	DIADIE	Dermatologie-Vénérologie
M. Souleymane	DIAO	Orthopédie-Traumatologie
M.Papa Amath	DIAGNE	Chirurgie Thoracique &
Cardio-vasculaire		
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
Cytogénétique		
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. Blaise Félix	FAYE	Hématologie
M. Moustapha	FAYE	Néphrologie
M. Mamadou Lassana	FOBA	Chirurgie Plastique et
reconstructive		
M. Abdou Magib	GAYE	Anatomie Pathologique
Mme Mame Vénus	GUEYE	Histologie-Embryologie
M. Alioune Badara	GUEYE	Orthopédie Traumatologie
Mme Salimata Diagne	HOUNDJO	Physiologie
M. Mohamed	JALLOH	Urologie
M. Soulèye	LELO	Parasitologie et Mycologie
M. Isaac Akhéaton	MANGA	Parasitologie et Mycologie
Mme Fatimata Binetou Rassoule	MBAYE	Pneumologie
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-faciale		

M. Ibrahima	NDIAYE	Psychiatrie
M. Aliou Abdoulaye	NDONGO	Pédiatrie
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. Lamine	SARR	Orthopédie Traumatologie
*M. Babacar	SINE	Urologie
M. El Hadji Cheikh Ndiaye	SY	Neurochirurgie
M. El Hadji Malick	SY	Ophtalmologie
M. Amadou	SOW	Pédiatrie
M. Djiby	SOW	Médecine Interne
M. Souleymane	THIAM	Biochimie
Mme Maïmouna	TOURE	Physiologie
Mme Racky	WADE	Anatomie et Organogénèse
Option Psychiatrie		

+Disponibilité

*Associé

§Détachement

II. PHARMACIE

PROFESSEURS TITULAIRES

M. Makhtar	CAMARA	Bactériologie-Virologie
Mme Aminata Sall	DIALLO	Physiologie
M. Mounibé	DIARRA	Physique Pharmaceutique
M. Alioune	DIEYE	Immunologie
*M. Amadou Moctar	DIEYE	Pharmacologie et
Pharmacodynamie		
M. Tandakha Ndiaye	DIEYE	Immunologie
M. Yérin Mbagnick	DIOP	Chimie Analytique
M. Djibril	FALL	Pharmacie Chimique et
Chimie Organique		
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. 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 Organique		
M. Guata Yoro	SY	Pharmacologie et
Pharmacodynamie		
M. Alassane	WELLE	Chimie Thérapeutique

PROFESSEURS ASSIMILES

Mme Aïda Sadikh	BADIANE	Parasitologie
Mme Kady Diatta	BADJI	Botanique & Cryptogamie
Mme Rokhaya Ndiaye	DIALLO	Génétique
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. Alioune Dior	FALL	Pharmacognosie
*M. Babacar	FAYE	Biologie Moléculaire et
cellulaire		
M. Macoura	GADJI	Hématologie

Mme Rokhaya Sylla	GUEYE	Pharmacie Chimique et
Chimie Organique		
M. Babacar	MBENGUE	Immunologie
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. Madière	SENE	Pharmacologie
Mme Awa Ndiaye	SY	Pharmacologie
Mme Fatou Gueye	TALL	Biochimie
M. Oumar	THIOUNE	Pharmacie Galénique
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 Fatou Lèye	BENOIST	Odontologie Conservatrice
M. Henri Michel	BENOIST	Parodontologie
Mme Adam Marie Seck	DIALLO	Parodontologie
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
Mme Soukèye Dia	TINE	Chirurgie Buccale
§M. Babacar	TOURE	Odontologie Conservatrice

PROFESSEURS ASSIMILES

Mme Adjaratou Wakha	AIDARA	Odontologie Conservatrice
Mme Khady Diop	BA	Orthopédie Dento-Faciale
M. Khaly	BANE	Odontologie Conservatrice
M. Abdoulaye	DIOUF	Parodontologie
M. Joseph Samba	DIOUF	Orthopédie Dento-Faciale
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. Mouhamed	SARR	Odontologie Conservatrice
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 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 Ndamé	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
Mme Soukèye Ndoye	THIAM	Odontologie Pédiatrique
M. Amadou	TOURE	Prothèse Dentaire

**DEDICACE ET
REMERCIEMENTS**

De tout mon cœur je dédie cette thèse :

A Dieu,

« Le Tout Puissant, merci de m'avoir donné le jour et la chance de pouvoir entreprendre un métier si noble et de présenter ce travail devant les personnes qui comptent le plus dans ma vie. »

A ma chère maman Nabila Fatma Zahra Mokedem,

«Maman, je te dédie ce travail afin de te faire honneur pour tout ton amour inconditionnel, tes innombrables prières et ton infaillible soutien dans tous ces moments difficiles tout au long de ma vie. Avec un cœur plein d'amour et de reconnaissance, je te remercie ma très chère maman, tu es la prunelle de mes yeux.»

A mon père Brahim Saker,

« Pour ton amour, ta compréhension et surtout tes innombrables sacrifices. Que Dieu te procure bonne santé, bonheur, longue vie et faire en sorte que jamais je ne te déçoive. »

A la mémoire de mon grand-père Abderrahmane Mokedem,

« Baba, Dieu seul sait à quel point j'aurais voulu te voir parmi nous en ce jour. Sache que je n'oublierais jamais les valeurs que tu véhiculais. Que Dieu ait ton âme dans sa sainte miséricorde. »

A ma grand-mère Fadéla Mokedem,

« Ma lumière, merci d'avoir été tout au long de ma vie un exemple de femme accomplie, une mère exemplaire et une grand-mère exceptionnelle. Que Dieu t'accorde une longue vie auprès de nous. »

A ma sœur Doréya, et mon Beau Frère Hamid Addar,

«Aucune expression ne saurait exprimer mon admiration pour vous. Depuis toute petite, vous avez toujours su être là pour me rassurer et me porter conseil. Par votre présence, votre soutien, vos encouragements, vous avez participé à faire de moi la jeune femme que je suis aujourd'hui. Puissiez-vous retrouver dans ce travail le reflet de tout l'amour que j'ai pour vous. »

A mon petit frère Walid Abderrahmane Saker,

«Aucune dédicace ne saurait exprimer tout l'amour et la considération que je te porte. Frère mais surtout ami, ma vie serait si monotone et ennuyeuse sans toi. Puisse Allah te combler d'avantage, et t'aider à réaliser tous tes vœux. »

A ma Khaltou Bahia, mon Tonton Laurent Drach et cousins Sami, Solène et Rano ,

«En témoignage de mon amour et de ma profonde reconnaissance pour le soutien inébranlable que vous avez été pour moi durant ce long périple, je vous souhaite une vie pleine de bonheur et de succès. Que Dieu, le tout puissant, vous protège.»

A ma Sœur de Cœur Sabrina Mané,

«Les mots ne seraient pas assez poignants pour exprimer toute la reconnaissance que j'ai envers Dieu de t'avoir mise sur mon chemin. A celle avec qui j'ai partagé ce long parcours, à tous ces inoubliables moments, à tous nos fous rires, nos délires, nos projets, et parfois nos pleurs et nos peurs. On en a traversé du chemin ! Merci d'avoir été d'une présence inestimable durant tout ce périple. A l'une des plus belles âmes à qui la vie m'a liée, celle qui d'une simple amie est devenue une sœur que je ne perdrais pour rien au monde. Je te souhaite de tout mon cœur un avenir radieux et plein de bonnes promesses. Ce travail est le tiens.»

A mes chères amies Ramata Banah Dièye et Djena Kouyaté,

« Mes SŒURS, je vous exprime à travers ce travail la grande affection et le profond attachement que j'ai envers vous. En témoignage de la sincère amitié qui nous lie. Pour tous ces bons moments et ceux à venir.

Je vous souhaite de tout mon cœur tout le bonheur, la santé et le succès. Qu'Allah le tout puissant vous protège et vous accorde ce que vous méritez et qu'il nous permette à chacune d'être le témoin de nos réussites respectives.

Les liens qui nous unissent sont infaillibles. Je vous aime.»

A ma sœur Rim Zdid,

«Rim, ta rencontre a été l'une des plus belles que j'ai eu à faire (à forcer je dois dire haha) au cours de ces dernières années. Et quelle découverte ! You are truly one in million. Ta sagesse, ton intelligence, ton humour sont tes principales qualités qui ne cessent de m'épater. Merci d'être présente à mes côtés, de m'écouter parler pendant de longues heures et de toujours avoir les mots parfaits quel que soit la situation. A travers toi, j'ai eu la chance de rencontrer ton aimable famille que je considère aujourd'hui comme la mienne. Rim, Hiba et sans oublier ma petite princesse Tesnim, vous êtes aujourd'hui pour moi des sœurs et je prie Allah pour que les liens qui nous unissent perdurent à tout jamais. Je vous souhaite de belles réussites dans vos carrières et études et qu'Allah le tout puissant nous garde proche. »

A ma précieuse Hiba Zdid,

« La première fois que je t'ai rencontrée je n'aurais jamais imaginé que quelques années plus tard, tu deviendrais pour moi une sœur. Inséparable de Rim , votre amitié est parmi celles que je chéris le plus dans ma vie. Merci d'être la femme que tu es, pleine de joie, lumineuse et surtout tellement mature. Que Dieu protège les liens qui nous unissent. Qu'Allah le tout puissant t'accorde tout le succès que tu mérites. »

A ma précieuse Afaf Reguig,

« Ma petite prunelle, je tiens à te remercier de tout mon cœur pour ton soutien et ta compagnie durant ces années d'amitié. Je te souhaite une vie heureuse et beaucoup de bonheur couronnée d'une belle réussite professionnelle telle que tu la mérites. Les liens qui nous unissent sont infailibles, Qu'Allah protège cette amitié si chère à mon cœur. Je t'aime ma sœur.»

A Nahid Ben Aboud ,

« Bien qu'on ne se connaisse que depuis très peu de temps, je tenais à t'écrire ces quelques mots pour exprimer ma joie de pouvoir te compter parmi les connaissances que je chéris le plus. Qu'Allah t'accorde la réussite que tu mérites et qu'il t'épaule pendant ce long périple qu'est celui de la médecine. »

A ma chère amie Lobna Benhoussa,

« Il est vrai que notre amitié ne date pas de longues années mais l'impact de celle-ci vaut des relations de toute une vie. Merci d'avoir été ma psychologue à tes heures perdues, pour tous tes conseils et pour tous ces bons souvenirs. Sache que ton amitié est inestimable à mes yeux. Qu'Allah le tout puissant t'accorde ici-bas et dans l'au-delà tout ce que ta personne mérite, et qu'il protège ces liens qui nous unissent. »

A mon cher ami Ahmed Sayegh,

« Partenaire, Il me sera très difficile de trouver les bons mots pour te témoigner toute l'affection que j'ai envers toi, mais sache que ta connaissance est l'une qui m'est le plus cher. Je prie Allah pour qu'il t'accorde tout ce que tu mérites. Les liens qui nous unissent sont infaillibles. Merci pour cette voix de la sagesse que tu as toujours été.»

A mon très cher ami Mohammed Charaf Eddine Berouag,

«En souvenir des moments que nous avons passés et aux liens solides qui nous unissent. Un grand merci pour ton soutien, tes encouragements et ton aide. Avec toute mon affection et estime, je te souhaite beaucoup de réussite et de bonheur, autant dans ta vie professionnelle que personnelle. Je prie Allah pour que notre amitié et fraternité soient éternelles.»

A ma chère frère Rebecca Biaye,

« Je te remercie pour la femme que tu es. Je te souhaite sincèrement une longue vie pleine de bonheur et beaucoup de santé couronnée d'une belle réussite. Qu'Allah protège nos liens si chers à mes yeux. Sache que je suis très fière de toi et tu as de quoi l'être. Je t'aime Frère.»

A mon amie Aminata Mbaye,

«En témoignage de mon attachement et de ma grande considération. J'espère que tu trouveras à travers ce travail l'expression de mes sentiments les plus chaleureux. Qu'Allah le tout puissant protège nos liens»

A mes amies Khadijé Yasmine Hachem, Sonia Salemé et Amal Lasfar,

« A l'inséparable trio, Je ne peux trouver les mots justes et sincères pour vous exprimer mes sentiments affectueux envers vous. En témoignage de l'amitié qui nous lie, je vous souhaite une vie pleine de bonheur et de réussite. »

A mes amies Maguette Dia, Faatu Anta et Coumba Ndiaye,

«Veuillez trouver dans ce travail l'expression de mon respect le plus profond et mon affection la plus sincère. Qu'Allah vous accorde bonheur et réussite dans toutes vos entreprises.»

A mon amie Khadija Bèye Diallo,

«Mon amie mais surtout ma sœur, je tiens à te remercier de tout mon cœur pour ton soutien et ta présence durant toutes ces années. Nous avons cheminé ensemble, grandi ensemble et inshallah nous réussiront ensemble. A tous ces moments inoubliables qu'il m'est impossible de citer en quelques mots. A la merveilleuse maman que tu es, je te souhaite une vie heureuse et beaucoup de bonheur. Que Dieu protège les liens précieux qui nous unissent.»

Au Docteur Ibrahim Aidibé, Amadou Mbengue, Docteur Mohamed Nehmé, Tonton David, Babacar, et à toute l'équipe du bloc opératoire de la clinique Madeleine,

«A travers ces quelques mots, je tiens à vous exprimer toute ma reconnaissance. Merci de m'avoir chaleureusement accueilli, conseillé et transmis votre savoir avec la plus grande des patiences. Veuillez trouver dans ce travail l'expression de mon respect le plus profond et mon affection la plus sincère. »

A NOS MAITRES ET JUGES

A NOTRE MAITRE ET PRESIDENT DE JURY

MONSIEUR LE PROFESSEUR PAPA MOCTAR FAYE

«Cher Maitre, vous nous avez honoré en acceptant de présider ce jury de thèse malgré vos nombreuses occupations.

La qualité de vos enseignements et votre rigueur dans le travail font de vous une référence incontestable.

Veillez accepter ce travail cher maitre, en gage de notre grand respect et notre sincère gratitude pour toutes vos qualités scientifiques et humaines.»

A NOTRE MAITRE ET JUGE

MONSIEUR LE PROFESSEUR ABDOUL AZIZ DIOUF

«C'est un honneur et une fierté de vous compter parmi les membres de ce jury.

Votre amour pour le travail bien fait et votre rigueur scientifique font de vous un homme admirable.

Trouvez ici, cher maitre, l'assurance de notre profond respect.»

A NOTRE MAITRE ET JUGE

MADAME LE PROFESSEUR MAME DIARRA NDIAYE

«Votre présence au sein de ce jury nous honore au plus haut point. Nous sommes très sensibles par la spontanéité avec laquelle vous avez accepté d'évaluer ce travail. Veuillez recevoir, cher maitre, le témoignage de notre respectueuse considération.»

A NOTRE MAITRE ET DIRECTEUR DE THESE

MONSIEUR LE PROFESSEUR MAMOUR GUEYE

« Les mots ne suffisent pas pour vous exprimer toute notre gratitude. Votre noblesse d'âme, votre disponibilité, votre rigueur et votre encadrement d'une rare qualité scientifique sont tant de qualités qui m'ont beaucoup marqué lors de la réalisation de ce travail. Cher maitre, puisse ce travail témoigné de ma reconnaissance et de l'estime que je porte pour votre personne.»

A NOTRE MAITRE ET CO-DIRECTEUR DE THESE

MONSIEUR LE DOCTEUR MOUHAMADOU WADE

« Nous avons eu le privilège et le grand honneur de vous avoir comme co-directeur de thèse. Votre disponibilité, votre simplicité, votre générosité nous ont particulièrement marqué. Veuillez croire cher maitre en nos sincères remerciements.»

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

LISTE DES FIGURES

Figure 1 : Organes génitaux externes féminins ou vulve	6
Figure 2: Périnée féminin (en position gynécologique)	10
Figure 3 : Ampliation du périnée féminin au cours de la phase expulsive de l'accouchement	13
Figure 4 : Différents types d'épisiotomies	18
Figure 5 : Défauts de l'épisiotomie	19
Figure 6 : Anesthésie locale du périnée	21
Figure 7 : Réfection du plan vaginal.....	23
Figure 8 : Réfection du plan musculaire	24
Figure 9 : Points en X.....	24
Figure 10 : Réfection du plan cutané en points de Blair Donati	25
Figure 11 : Réfection du plan Vaginal	27
Figure 12 : Réfection du plan musculaire	28
Figure 13 : Réfection du plan sous cutané	29
Figure 14 : Episiotomie - Réfection du plan cutané	30
Figure 15 : Evolution du nombre d'accouchements par voie basse au Centre de Santé Philippe SENGHOR de 2010 à 2020	40
Figure 16: Evolution de la fréquence des épisiotomies au Centre de Santé Philippe SENGHOR de 2010 à 2020.....	41
Figure 17: Répartition des parturientes selon le terme de l'accouchement	42
Figure 18: Répartition des patientes selon le mode d'accouchement par voie basse	43

LISTE DES TABLEAUX

Tableau I : Répartition des patientes selon la pratique de l'épisiotomie	41
Tableau II: Répartition des patientes selon la présence des déchirures périnéales.....	42
Tableau III: Distribution de mode admission.....	43
Tableau IV: Répartition des nouveau-nés selon le poids de naissance.....	44
Tableau V: Répartition des patientes selon certaines caractéristiques en fonction de la pratique d'une épisiotomie	46

TABLE DES MATIERES

INTRODUCTION	1
PREMIERE PARTIE	3
1. Généralités	4
1.1. Historique	4
1.2. Rappels anatomiques	5
1.2.1. Organes génitaux externes ou vulve	5
1.2.2. Mont du pubis	6
1.2.3. Grandes lèvres	6
1.2.4. Petites lèvres	7
1.2.5. Vestibule du vagin	7
1.2.6. Organes érectiles	7
1.2.7. Glandes vulvaires	7
1.2.8. Périnée	8
1.2.9. Périnée uro-génital féminin	8
1.2.10. Périnée anal	9
1.2.10.1. Plan cutané	9
1.2.10.2. Muscle sphincter externe de l'anus	9
1.3. Rappels sur l'accouchement	10
1.3.1. Définition	10
1.3.2. Travail d'accouchement	10
1.3.2.1. Première période ou période d'effacement et de dilatation	11
1.3.2.2. Deuxième période ou traversée de la filière génitale.....	11
1.3.2.3. Troisième période du travail ou délivrance	14
1.4. Rappels sur l'épisiotomie	14
1.4.1. Définition	14
1.4.2. Choix du moment	15
1.4.3. Indications de l'épisiotomie	15

1.4.3.1. Indications fœtales	15
1.4.3.2. Indications maternelles	15
1.4.4. Différents types d'incisions	16
1.4.4.1. Episiotomie médiane	16
1.4.4.2. Episiotomie médio-latérale	17
1.4.4.3. Épisiotomie latérale	18
1.4.5. Défauts de l'épisiotomie	18
1.4.6. Réfection de l'épisiotomie	19
1.4.6.1. Matériel	20
1.4.6.2. Installation de la parturiente	20
1.4.6.3. Anesthésie	21
1.4.6.4. Méthodes de sutures	22
1.4.6.5. Soins post-opératoires	31
1.4.7. Complications	31
1.4.7.1. Complications immédiates et à long terme de l'épisiotomie	31
1.4.7.1.1. Complications en salle de naissance	31
1.4.7.2. Complications précoces de l'épisiotomie dans le post-partum	32
1.4.7.3. Conséquences à long terme sur la sexualité	32
DEUXIEME PARTIE	33
1. Objectifs.....	34
2. Cadre d'étude	34
3. Méthodologie	37
4. Résultats	40
5. Discussion	47
A. Principaux résultats	47
B. Interprétation des résultats	47
1. Fréquence de l'épisiotomie	47
2. Déterminants de l'épisiotomie	48
2.1. Episiotomie et parité.....	48

2.2. Episiotomie et terme de la grossesse	49
2.3. Episiotomie et poids de naissance	50
2.4. Episiotomie et périmètre crânien	50
2.5. Episiotomie et mode d'accouchement	51
C. Implication des résultats pour la pratique clinique et la recherche	51
D. Forces et limites de l'étude	53
CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS	54
REFERENCES	57

INTRODUCTION

L'épisiotomie ou périnéotomie est l'intervention obstétricale la plus pratiquée dans le monde. Elle consiste à sectionner le périnée en partant de la commissure postérieure de la vulve. Elle intéresse la peau, la muqueuse vaginale, les muscles superficiels du périnée et tout le faisceau pubo-rectal [1].

Actuellement, la fréquence de l'épisiotomie n'est pas connue de manière précise. Elle varie grandement selon les pays, les écoles de même que le statut de l'opérateur [2,3].

Au cours des 20 dernières années, des preuves soutenant l'utilisation restrictive de l'épisiotomie ont été diffusées. L'acceptation internationale de cette approche de la prise en charge périnéale peut être constatée dans les déclarations de politique et les recommandations de pratique clinique émises par de nombreux organismes de santé publique et professionnels de premier plan.

Bien que l'accord sur la restriction de l'utilisation de l'épisiotomie soit généralement croissant, aucun consensus n'a émergé quant à ce qui constitue un taux d'épisiotomie approprié. Sur la base de leur essai contrôlé randomisé, Carroli et Belizan ont indiqué qu'un taux supérieur à 30 pour cent ne pouvait pas être justifié. Certains ont suggéré qu'un taux de 20 pour cent pourrait être approprié [4]. D'autres encore ont suggéré qu'il devrait être d'environ 10 pour cent pour les primipares et de 5 pour cent pour les multipares [5].

Ainsi, devant le peu d'études sur cet important sujet au Sénégal, nous avons initié ce travail dont l'objectif était d'investiguer la distribution et les déterminants de l'épisiotomie.

Dans une première partie, nous effectuerons une revue de la littérature sur l'épisiotomie, nous rapporterons nos résultats dans la deuxième partie et nous finirons par formuler quelques recommandations.

PREMIERE PARTIE

1. Généralités

1.1. Historique

Précurseur de beaucoup d'autres techniques d'incision périnéale, la pratique de l'épisiotomie a connu un réel essor à partir du début du XX^{ème} siècle, avec l'avènement de l'accouchement médicalisé, au point de devenir quasiment systématique pour l'accouchement de la nullipare. En effet, De Lee préconise en 1915 l'incision médio-latérale pour relâcher la tension du périnée lors de l'expulsion et pour accélérer cette deuxième phase de travail dans l'intérêt de l'enfant. Il a ainsi déclaré que cela permettait de préserver l'intégralité du plancher pelvien et de prévenir les complications obstétricales traumatiques. En outre, cette incision permettrait de restaurer l'anatomie du vagin et la musculature pelvienne du pré-partum [6].

Pomeroy, en 1918, va jusqu'à recommander l'incision et la réfection pour chaque primipare [6]. De plus, au début du XX^{ème} siècle, les taux élevés de morbidité et de mortalité chez la mère et le nouveau-né conduisent à penser que la naissance est un évènement potentiellement mortel et que les mères ont besoin de toute l'aide nécessaire pour faciliter cette épreuve.

Ces indications semblaient incontestables et on pouvait ainsi lire en 1938 dans une revue médicale américaine : « Les indications de l'épisiotomie sont définitivement établies et n'ont pas besoin d'être justifiées » [6].

Cependant, depuis le début des années 1980, le recours systématique à l'épisiotomie et ses avantages supposés sont fortement remis en question. L'analyse de la littérature ne montre pas de bénéfice à une politique libérale d'épisiotomie par rapport à une utilisation restrictive tant sur le plan fœtal que maternel [7].

Ces constats ont amené le Collège National des Gynécologues-Obstétriciens Français à émettre, en 2005, des recommandations pour la pratique clinique plaidant pour un recours plus mesuré à l'épisiotomie [2].

Ces recommandations mentionnent que la réalisation d'une épisiotomie ne devrait en aucun cas être systématique mais repose sur l'expertise clinique du praticien responsable de l'accouchement, y compris en cas d'extraction instrumentale [2].

L'épisiotomie n'est pas un acte dénué de complications maternelles, elle constitue en soi une lésion périnéale avec une morbidité non négligeable. Elle peut aussi être source d'une souffrance morale et psychologique importante de par ses complications mais aussi de par l'acte en lui-même qui est parfois décrit par les femmes comme un acte de mutilation.

Parmi ces complications, nous pouvons citer : les hémorragies du post-partum, les dyspareunies, les douleurs périnéales

Tout ceci a eu donc pour conséquences la réduction du taux global d'épisiotomie.

A ce jour, la fréquence de l'épisiotomie varie grandement. Au Nigeria, la fréquence de l'épisiotomie était de 46 ,6 % en 1997 (90% chez les primipares) [3]. Au Mali, au Centre de santé de référence de la commune V, Kayentao, en 2008, rapporte 31,95 % d'épisiotomie [8]. Au Maroc, à la maternité Souissi de Rabat, Yousfi rapporte un taux d'épisiotomie de 61% en 2016 [9].

En France, entre 2010 et 2013, le taux global d'épisiotomie était de 36% [10].

En Suède, Rocker rapporte un taux de 9,7 % entre 1999 et 2000 [11].

Aux Etats Unis d'Amérique, elle était quasi-systématique avec un taux global de 62% [12].

1.2. Rappels anatomiques

1.2.1. Organes génitaux externes ou vulve (figure 1)

L'organe génital externe féminin ou vulve correspond en superficie au plan cutané érogène recouvrant le pubis et le périnée uro-génital, et en profondeur, à l'espace superficiel du périnée uro-génital qui contient les organes érectiles féminins.

Elle comprend: le mont du pubis, les grandes et petites lèvres, le vestibule, les organes érectiles et les glandes vulvaires [13].

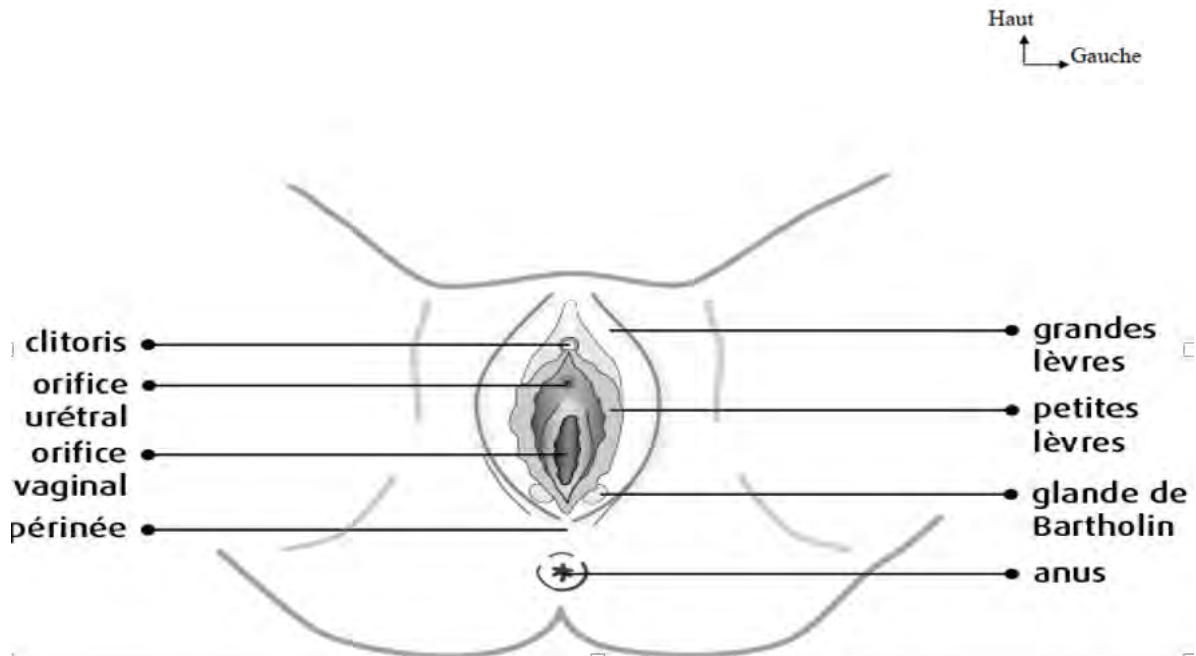


Figure 1 : Organes génitaux externes féminins ou vulve [14]

1.2.2. Mont du pubis

Le mont du pubis est une saillie arrondie, triangulaire à sommet inférieur, située devant la symphyse pubienne et limitée latéralement par les plis inguinaux. Il est de la couleur du poil des cheveux du sujet. La limite des poils pubiens est horizontale.

Le mont du pubis se compose essentiellement d'un amas cellulo-adipeux de 35 mm d'épaisseur, en continuité avec celui de la paroi abdominale et des grandes lèvres. Sa partie médiane est traversée par le ligament fundiforme [13].

1.2.3. Grandes lèvres

Les grandes lèvres sont deux replis cutanés qui sont limités par la fente vulvaire.

Triangulaires à la coupe, elles sont séparées de la cuisse par le sillon génito-crural et des petites lèvres par le sillon inter-labial. Leurs extrémités postérieures s'unissent pour former la commissure postérieure [8].

1.2.4. Petites lèvres

Ce sont deux replis cutanés, d'apparence muqueuse, qui limitent le vestibule du vagin [8]. Situées en dedans des grandes lèvres, leurs extrémités antérieures se bifurquent pour former le capuchon et le frein du clitoris. Leurs extrémités postérieures forment la fourchette [13].

1.2.5. Vestibule du vagin

C'est un espace virtuel limité par la face interne des petites lèvres. Il mesure 6 à 7 cm de hauteur. Les petites lèvres écartées mettent en évidence le fundus du vestibule qui présente deux parties : la partie urétrale, en avant, et la partie hyménale, en arrière.

1.2.6. Organes érectiles

Le clitoris est formé par la juxtaposition des deux corps caverneux dont il suit d'abord la direction puis il se coude (genou du clitoris) et se termine par le gland.

Les bulbes vestibulaires ovoïdes à grosse extrémité postérieure, sont recouverts par les muscles bulbo-caverneux.

1.2.7. Glandes vulvaires

Ce sont les glandes urétrales et para-urétrales de Skène, situées entre l'urètre et l'ostium du vagin et les glandes vestibulaires de Bartholin, situées de part et d'autre de l'orifice du vagin [8].

1.2.8. Périnée

Le périnée est l'ensemble des parties molles situées au-dessous du diaphragme pelvien. Du point de vue morphologique et fonctionnel, il est indissociable des organes génitaux externes et du canal anal.

Le périnée est divisé par la ligne bi-tubérositaire ischiatique en deux régions : le périnée uro-génital en avant et le périnée anal en arrière.

1.2.9. Périnée uro-génital féminin (figure 2)

Il est constitué de muscles constituant l'espace superficiel et profond qui sont :

- **Muscle ischio-caverneux**

Muscle pair, en forme de cornet, il est satellite du corps caverneux.

- **Origine - Trajet**

Il naît sur la branche de l'ischium, autour de l'insertion du corps caverneux qu'il recouvre. Il se dirige en avant et médialement. Il se termine sur l'albuginée du corps caverneux. Les fibres les plus médiales se mêlent au muscle bulbo-spongieux.

- **Action**

Il comprime le corps caverneux.

- **Muscle bulbo-spongieux**

Ce muscle pair est satellite du bulbe vestibulaire.

- **Muscle sphincter de l'urètre**

Il entoure le tiers moyen de l'urètre sur une hauteur de 20 à 25 mm. Il comprend deux parties, le muscle rétro-vaginal et le muscle compresseur de l'urètre.

- **Muscle urétro-vaginal**

Il est formé de fibres circulaires entourant l'urètre et de fibres arciformes qui passent en avant de l'urètre pour se perdre sur les faces antérieure et latérale du vagin.

- **Muscle compresseur de l'urètre**

Il est formé de fibres tendues transversalement. Il s'insère sur les faces internes des branches inférieures du pubis et passe en avant du muscle uréthro-vaginal.

- **Action**

Il assure l'occlusion de l'urètre et l'expulsion des dernières gouttes d'urine.

- **Muscle transverse profond**

C'est un muscle pair et triangulaire, tendu transversalement de la face interne de la branche de l'ischium au corps périnéal et au vagin [13].

1.2.10. Périnée anal

Le périnée anal féminin, semblable à celui de l'homme, est orienté en bas et en arrière.

1.2.10.1. Plan cutané

Il est épais et doublé d'un fascia superficiel, aréolaire, discontinu, imprégné de graisse, en continuité avec le corps adipeux de la fosse ischio-rectale.

1.2.10.2. Muscle sphincter externe de l'anus

Il entoure la partie inférieure du canal anal et présente trois parties : sous-cutanée, superficielle et profonde.

- **Partie sous-cutanée**

Elle forme une lame de 15 mm de largeur qui circonscrit l'anus.

- **Partie superficielle**

Elle est située au-dessus de la précédente et encercle le canal anal. Elle s'insère en arrière sur le ligament ano-coccygien et en avant sur le centre tendineux du périnée.

- **Partie profonde**

Elle est épaisse et étroitement unie au muscle pubo-rectal.

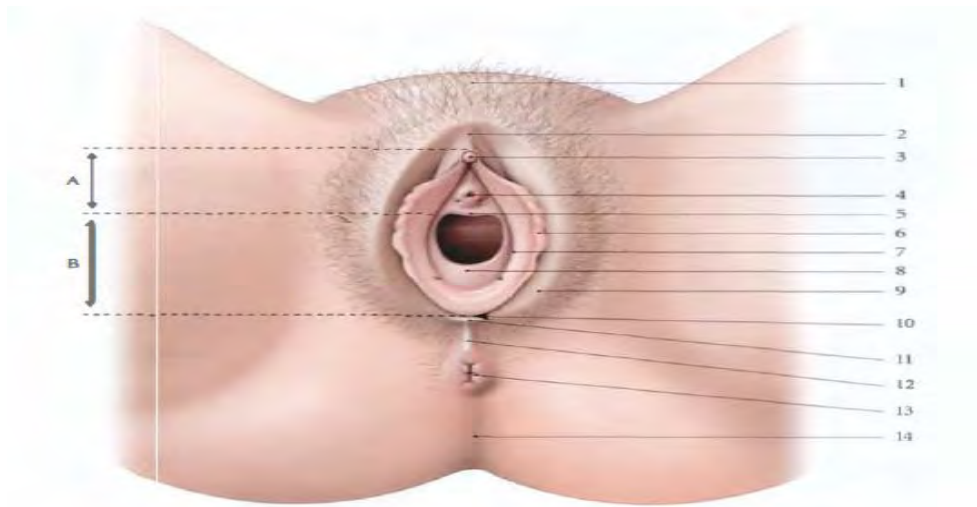


Figure 2: Périnée féminin (en position gynécologique) [13]

- | | | |
|----------------------------------|-----------------------------|------------------------------------|
| A. Partie urétrale du vestibule | | |
| B. Partie hyménéale du vestibule | | |
| 1. Mont du pubis | 5. Carina urétrale du vagin | 9. Grande lèvre |
| 2. Prépuce du clitoris | 6. Petite lèvre | 10. Fossette du vestibule du vagin |
| 3. Gland du clitoris | 7. Sillon vestibulaire | 11. Frein des lèvres |
| 4. Ostium externe de l'urètre | 8. Hymen | 12. Commissure post. des lèvres |
| | | 13. Anus |
| | | 14. Sillon interfessier |

1.3. Rappels sur l'accouchement

1.3.1. Définition

L'accouchement est l'ensemble des phénomènes aboutissant à l'expulsion du fœtus et des annexes (placenta, liquide amniotique et membranes) hors des voies génitales maternelles [15].

1.3.2. Travail d'accouchement

Le travail comprend trois périodes.

1.3.2.1. Première période ou période d'effacement et de dilatation

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

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

- elles sont intermittentes et rythmées, relativement régulières, séparées par un intervalle de durée variable, d'abord long au début du travail (15 à 20 minutes), puis de plus en plus court (2 ou 3 minutes à la fin de la période de dilatation),
- elles sont progressives dans leur durée, qui de 15 à 20 secondes au début, atteint 30 à 45 secondes à la fin de la dilatation ; et dans leur intensité, qui croît du début à la fin de la dilatation ;
- elles sont totales, se propageant comme une onde du fond de l'utérus à sa partie basse ;
- elles sont douloureuses,
- elles sont efficaces. La contraction a pour effet de pousser le fœtus vers le bas et de lui faire franchir les étages de la filière pelvienne.

La traversée de la filière pelvienne comprend trois temps :

- l'engagement, c'est-à-dire le franchissement du détroit supérieur,
- la descente, qui s'accompagne de rotation,
- le dégagement, c'est-à-dire le franchissement du détroit inférieur.

La première période du travail est la plus longue de l'accouchement. Elle est en moyenne, dans les cas non pathologiques, de 7 à 10 heures chez la primipare et de 3 à 6 heures chez la multipare [16] .

1.3.2.2. Deuxième période ou traversée de la filière génitale

Au cours de la phase expulsive, le périnée est le siège de modifications anatomiques particulières (figure 3).

En effet, la progression du mobile fœtal dans l'excavation pelvienne s'accompagne d'un relâchement de la partie externe des muscles élévateurs de l'anus.

L'association des contractions utérines et des efforts expulsifs abdominaux permet à la présentation de prendre contact avec le plancher périnéal qui subit alors une ampliation.

Dans le cas où la présentation est idéalement positionnée (occipito-pubienne et bien fléchie), elle met en tension le périnée postérieur. Lors de cette ampliation, deux phases peuvent être distinguées : la phase ano-coccygienne et la phase ano-vulvaire.

Lors de la phase ano-coccygienne, il y a un étirement du périnée antérieur. Le rectum se positionne contre le sacrum. Le coccyx est ainsi lentement rejeté en arrière en entraînant un étirement du ligament ano-coccygien.

Au moment de la phase ano-vulvaire, l'anus va alors se distendre de manière circulaire et la muqueuse rectale devient visible dans sa face antérieure. Le périnée continue à s'amincir sous la pression [17].

Lorsque la présentation est en position occipito-sacrée, la déflexion se fait autour de la commissure postérieure de la vulve et le périnée est alors surdistendu. Le périnée postérieur est particulièrement sollicité et menacé par la tête fœtale.

Les conséquences immédiates de l'expulsion sur le périnée sont un traumatisme de l'urètre et de son appareil sphinctérien avec une élongation du sphincter urétral, une désolidarisation inter-viscérale liée à la descente de la tête qui agit comme un piston, et la formation de lésions neurologiques avec l'élongation du nerf pudendal avec atteinte de l'innervation des muscles sphinctériens du plancher pelvien (surtout pubo-rectal et sphincter externe). Les lésions nerveuses seraient à l'origine de l'incontinence urinaire et anale du post-partum.

La phase expulsive correspond à la sortie du fœtus et s'étend depuis la dilatation complète jusqu'à la naissance.

Elle comprend deux phases :

- la première est celle de l'achèvement de la descente et de la rotation de la présentation,
- la seconde est celle de l'expulsion proprement dite au cours de laquelle la poussée abdominale contrôlée et dirigée vient s'ajouter aux contractions utérines. Après avoir franchi le détroit supérieur, la présentation effectue sa descente et sa rotation dans l'excavation pelvienne en prenant contact avec les faisceaux externes sphinctériens des releveurs qui se relâchent. C'est la réaction de ce plancher à la poussée de la tête fœtale qui expliquerait la rotation basse en occipito-pubien.

Le front vient alors buter sur le sacrum, ce qui accentue la flexion de la tête, puis l'occiput se cale sous la symphyse pubienne alors que se produit une rétropulsion du coccyx.

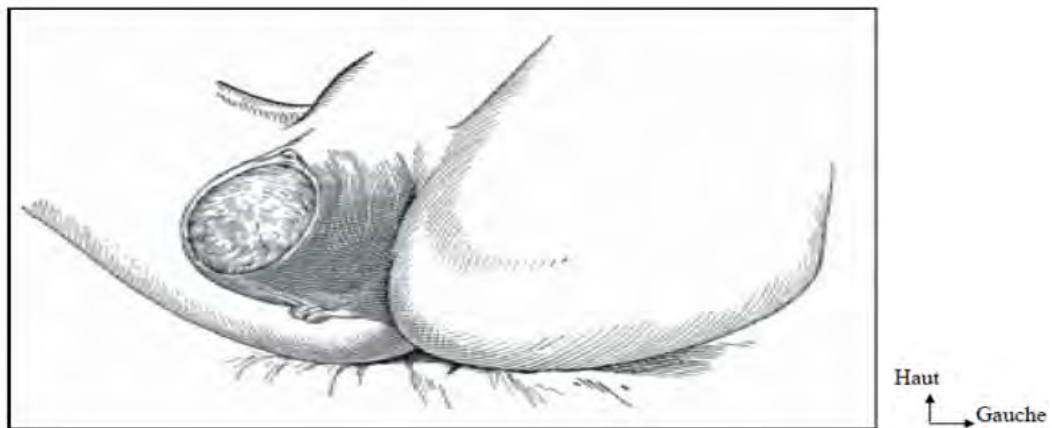


Figure 3 : Ampliation du périnée féminin au cours de la phase expulsive de l'accouchement [18]

La durée de la période d'expulsion chez la primipare est en moyenne de 1 à 2 heures. Dans l'intérêt du fœtus, l'expulsion proprement dite ne devrait pas dépasser 20 minutes chez la primipare. Chez la multipare, elle est plus rapide, excédant rarement 15 minutes.

L'excès de longueur du travail (au-delà de 18 heures) est nuisible à la mère, et plus encore à l'enfant. Sa brièveté expose aux lésions traumatiques cervico-périnéales, et peut aussi nuire à l'enfant [16].

L'activité cardiaque fœtale doit être surveillée de façon encore plus attentive par enregistrement ou à défaut par auscultation. Le dégagement de la présentation doit s'opérer lentement, centimètre par centimètre, en observant le périnée dont il faut éviter la déchirure.

1.3.2.3. Troisième période du travail ou délivrance

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

La quantité de sang perdu pendant la délivrance est variable, en moyenne de 300 ml. On estime qu'elle est physiologique tant qu'elle ne dépasse pas 500 ml. Au-dessus de ce volume, il y a hémorragie de la délivrance [16].

1.4. Rappels sur l'épisiotomie

1.4.1. Définition

Du préfixe grec « épisio » relatif à la vulve et de « tomie » préfixe grec relatif à la section ; l'épisiotomie ou périnéotomie se définit comme étant une incision chirurgicale depuis la vulve consistant à sectionner, généralement aux ciseaux, la paroi du vagin, la peau et les muscles superficiels du périnée afin d'agrandir l'orifice de la vulve pour faciliter, accélérer l'accouchement et éviter les déchirures accidentelles du périnée, du vagin et du rectum quand le risque de la survenue de ces déchirures semble important [19].

1.4.2. Choix du moment

Le bon moment pour l'épisiotomie est d'appréciation délicate. C'est l'évaluation au doigt lors des efforts expulsifs et de la réserve d'élasticité du périnée, qui permet de choisir le « bon moment ». L'épisiotomie est pratiquée au moment d'une poussée.

En cas de présentation céphalique, l'épisiotomie doit être réalisée lorsque le périnée antérieur commence à se distendre, que la présentation est visible sans avoir à écarter les petites lèvres (au moment où la tête est au petit couronnement) et que l'anus est dilaté à 3 ou 4 cm lors de la contraction combinée à un effort de poussée.

En cas de présentation du siège ou dès qu'une manœuvre instrumentale est nécessaire, l'épisiotomie doit être réalisée précocement [9].

1.4.3. Indications de l'épisiotomie

1.4.3.1. Indications fœtales

Ce sont les plus importantes. La nécessité de hâter la sortie de la tête fœtale ou celle de protéger le crâne d'un fœtus fragile contre les butées périnéales de la période d'expulsion explique l'indication majeure de l'épisiotomie dans la souffrance fœtale et l'accouchement du prématuré, surtout chez la primipare.

1.4.3.2. Indications maternelles

Elles dépendent de l'état du périnée et de la présentation du fœtus lors du dégagement.

- **Anomalies périnéales**

L'étroitesse de la vulve, l'atrésie du périnée, son excès de longueur, peuvent obliger à l'épisiotomie. Une déchirure grave du périnée, particulièrement menaçante dans les cas suivants, peut être évitée par l'épisiotomie : périnée court et tendu tel qu'on le retrouve dans le bassin des luxées ; périnée fragile ou œdématisé.

- **Certaines présentations fœtales**

- Tête trop grosse ou trop ossifiée ;
- Dégagement en occipito-sacré ;
- Présentation de la face ou du bregma ;
- Dans la dystocie des épaules, l'épisiotomie large facilite le dégagement du diamètre bi-acromial ; elle permet souvent d'éviter les manœuvres plus compliquées d'abaissement des bras [20].

1.4.4. Différents types d'incisions

Comme nous le montre la figure 4, il existe 3 formes d'épisiotomie réalisées de nos jours :

- médiane (principalement effectuée aux Etats-Unis),
- médio-latérale,
- latérale.

1.4.4.1. Episiotomie médiane

L'incision est réalisée par une paire de ciseaux droits ou un bistouri sur 4 cm de long partant de la fourchette vulvaire pour s'orienter verticalement vers l'anus. Elle sectionne donc le noyau fibreux central du périnée à partir de la fourchette vulvaire vers le bas et sépare ainsi les deux muscles bulbo-caverneux au niveau du raphé médian.

Les avantages de ce type d'épisiotomie sont : une réparation plus aisée, peu d'hémorragie, de bons résultats anatomiques à distance, et une réduction de la présence de dyspareunies.

Les inconvénients de cette section sont que le raphé médian crée une zone de faiblesse avec le risque de s'étendre vers l'anus et de provoquer une rupture du sphincter anal.

L'atteinte du sphincter anal est retrouvée dans 20% des cas. On souligne également l'augmentation du taux de fistule vésico-vaginales à distance [1].

1.4.4.2. Episiotomie médio-latérale

Elle est traditionnellement réalisée à droite par commodité (les opérateurs sont généralement droitiers). Elle nécessite l'utilisation d'une paire de ciseaux droits, une lame entre la présentation et la partie postérieure de la vulve et l'autre lame en dehors. L'index et le médus de la main gauche sont généralement glissés entre la présentation et le périnée pour servir de guide et protéger le fœtus. Ceux-ci sont placés ouverts de part et d'autre du périnée et appuient en arrière de la fourchette. L'incision doit être franche en partant de la partie médiane de la fourchette vulvaire pour ne pas blesser le canal de la glande de Bartholin. La direction est latérale en dehors avec un angle d'environ 45° par rapport à la verticale vers la région ischiatique, sur 6 cm de long en moyenne pour obtenir un agrandissant suffisant de l'anneau vulvaire. Il a été estimé que, pour obtenir une ouverture vulvaire identique à celle d'une épisiotomie médiane de 4 cm, il faut recourir à une épisiotomie médio-latérale de 6 cm au moins.

Elle coupe (de dehors en dedans) la peau, le vagin et les muscles bulbo-caverneux, le transverse superficiel et le muscle pubo-rectal ou partie élévatrice du releveur de l'anus dans sa totalité. Cependant, elle est généralement mal réalisée en pratique clinique : elle est soit trop courte ou soit trop verticale. Sa réalisation doit être effectuée en un geste ou deux si nécessaire.

Les avantages de cette technique sont que contrairement à l'épisiotomie médiane, le risque d'atteinte sphinctérienne est diminué.

Les inconvénients de cette incision sont multiples : l'épisiotomie médio-latérale s'accompagne de douleurs post-opératoires plus importantes, elle est plus complexe à réparer et est souvent hémorragique [1].

1.4.4.3. Épisiotomie latérale

Plus rarement utilisée, elle débute au niveau de la fourchette vulvaire et se dirige horizontalement à 90° vers la branche ischio-pubienne. Ce type d'incision comporte un risque de section du canal excréteur de la glande de Bartholin, à l'origine de kystes.

Par ailleurs, sa réparation est délicate avec possibilité de déhiscence vulvaire asymétrique [1].

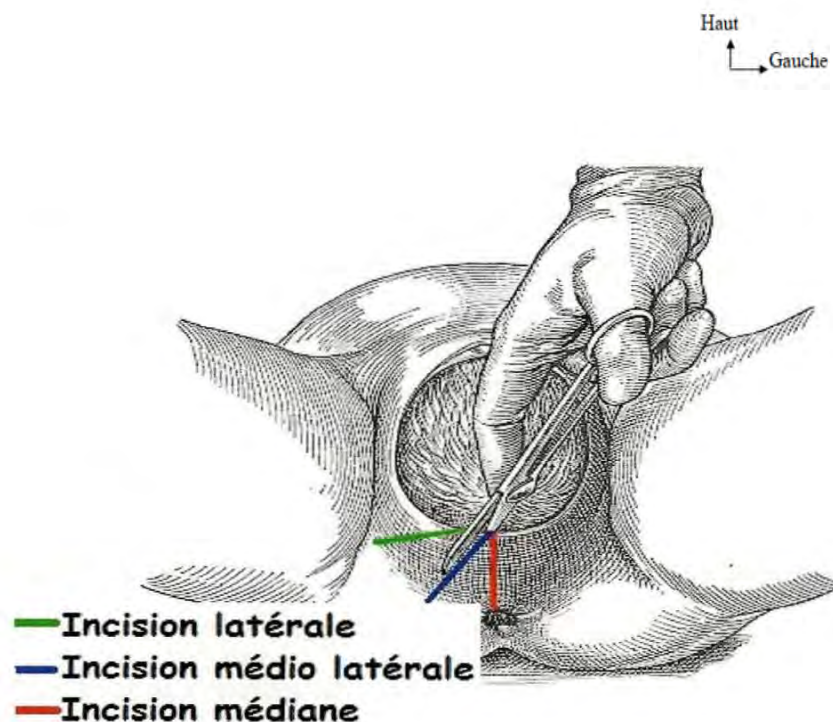
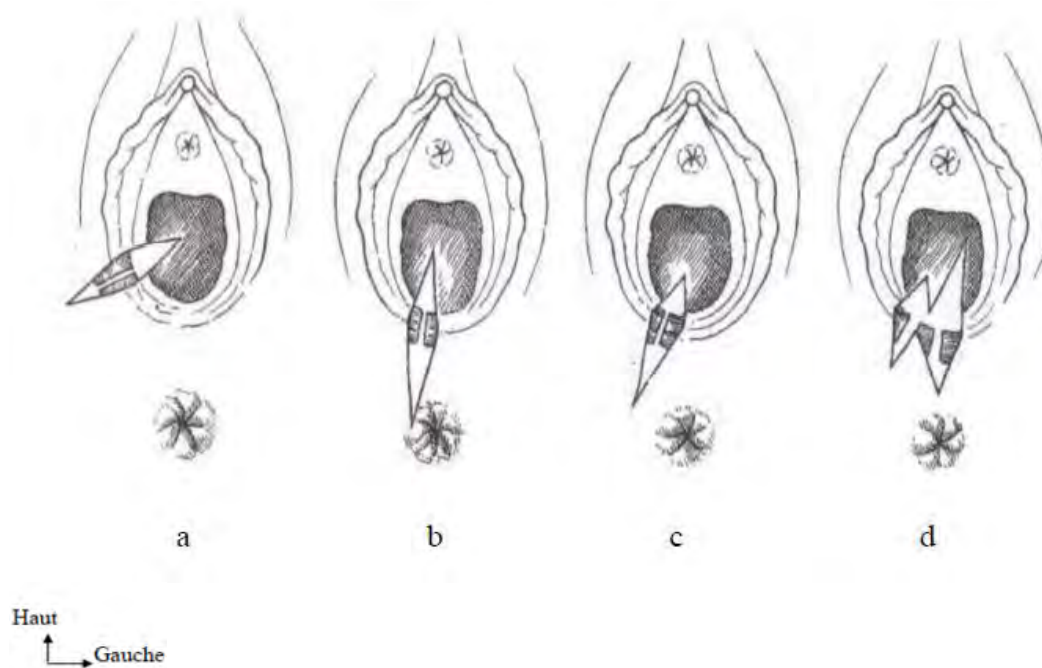


Figure 4 : Différents types d'épisiotomies [21]

1.4.5. Défauts de l'épisiotomie (figure 5)

Une épisiotomie trop courte risque d'être associée à une déchirure qui la complique et qu'elle ne prévient pas. Trop longue, elle est inutilement délabrante et douloureuse. Elle ne doit pas être horizontale car les corps caverneux risquent d'être sectionnés (source de saignement) ainsi que le canal de la glande de Bartholin ce qui sera à l'origine de kystes.

Trop verticale, elle risque de sectionner les fibres externes du sphincter anal [19].



- a) Episiotomie trop horizontale : risque de section des corps caverneux
- b) Episiotomie trop verticale : risque de section des fibres externes du sphincter
- c) Episiotomie trop longue et décentrée : inutile et douloureuse
- d) Episiotomie très courte : inefficace et complique la déchirure qu'elle ne prévient pas

Figure 5 : Défauts de l'épisiotomie [22]

1.4.6. Réfection de l'épisiotomie

L'épisiotomie doit être réparée sans délai après la délivrance pour minimiser les pertes sanguines.

Tout d'abord, il est nécessaire de s'assurer de l'intégrité de l'utérus, du col et rechercher des lésions vulvo-vaginales (examen sous-valves si nécessaire). Si une révision utérine est indiquée, elle doit être faite avant la réparation.

La réfection d'une épisiotomie correspond à une réparation d'une plaie chirurgicale imposant une exposition parfaite, un matériel adapté et une technique bien maîtrisée [1].

1.4.6.1. Matériel

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

- Matériel indispensable
 - Une source lumineuse,
 - 1 pince à disséquer à griffes de 18 cm,
 - 1 pince porte-aiguille de Doyen de 18 cm,
 - 1 paire de ciseaux de Mayo-Still droits de 18 cm,
 - 2 pinces de Kelly droites,
 - 1 pince à champ de Jayle,
- Matériel pouvant être nécessaire
 - 2 valves vaginales de Doyen (120 x 45 mm),
 - 1 pince à pansement utérin de 24 cm,
 - 1 seringue de 20 cm³,
 - de la xylocaïne à 1%,
 - des compresses stériles,
 - des gants stériles.
- Fils
 - Vicryl 0 serti, aiguille 3/8, 36 mm,
 - Vicryl 00 serti, aiguille 3/8, 36 mm,
 - Mersuture 0 serti, ½ cercle, 36 mm ou nylon monobrin 0 serti,
 - Aiguille 4/8, 36 mm.

1.4.6.2. Installation de la parturiente

La parturiente est installée en position gynécologique. Le périnée est soigneusement lavé à l'eau stérile puis badigeonné largement avec une solution antiseptique (Bétadine). On procède, avant la toilette vulvo-périnéale, à l'ébarbage des poils ou à une tonte chirurgicale plutôt qu'à un rasage.

En effet, le rasage peut être une source d'inconfort et de surinfection locale en provoquant des érosions cutanées. On isole le périnée par 4 champs stériles de 1,50 m.

L'opérateur est habillé chirurgicalement (calot, bavette, casaque, et gants stériles).

Un bilan soigneux des lésions nécessite un toucher rectal pour vérifier l'intégrité du sphincter et de la muqueuse anale. On vérifie l'absence de trait de refend cutané, de lésions du vestibule et du vagin controlatéral [23].

1.4.6.3. Anesthésie

L'idéal est bien sûr de pouvoir opérer sous péridurale ou sous anesthésie générale. Cependant, dans la majorité des cas, l'anesthésie locale à la xylocaïne à 1% suffit (figure 6).

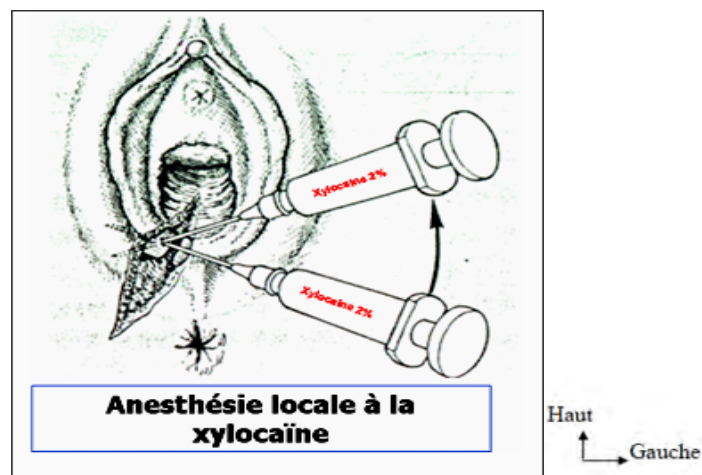


Figure 6 : Anesthésie locale du périnée [24]

Il faut se rappeler également que le périnée obstétrical est très vascularisé. La résorption de la xylocaïne est rapide et complète. On infiltre la peau et la jonction hyménale de même que le plan musculaire. Toutefois, s'il y a la moindre difficulté (agitation de la femme, lésion vaginale profonde) et, à fortiori, s'il existe une complication, il ne faut pas hésiter à recourir à une anesthésie générale ou à un bloc honteux interne [2]. La procédure consiste à

injecter 10 ml de Lidocaïne à 1 % au contact de chaque nerf honteux interne (le repère étant l'épine sciatique) par voie vaginale directe ou par voie transpérinéale. Cependant, la rachianesthésie est plus efficace que l'anesthésie des nerfs honteux dans la prévention de la douleur induite par l'épisiotomie [23].

1.4.6.4. Méthodes de sutures

- **Technique de suture en trois plans**

C'est la technique de suture dite « classique », majoritairement utilisée dans la plupart des établissements hospitaliers.

- **Description**

Comme son nom l'indique, on suture successivement les trois plans (muqueuse vaginale, muscle et plan cutané) avec des points différents.

- Muqueuse vaginale : Comme le montre la figure 7, pour ce plan, on réalise un surjet simple qui part de l'angle supérieur de la plaie pour se terminer après les reliquats hyménaux, en avant de la jonction vagino-périnéale. Lorsque l'on a terminé, les repères anatomiques sont affrontés bord à bord [17].

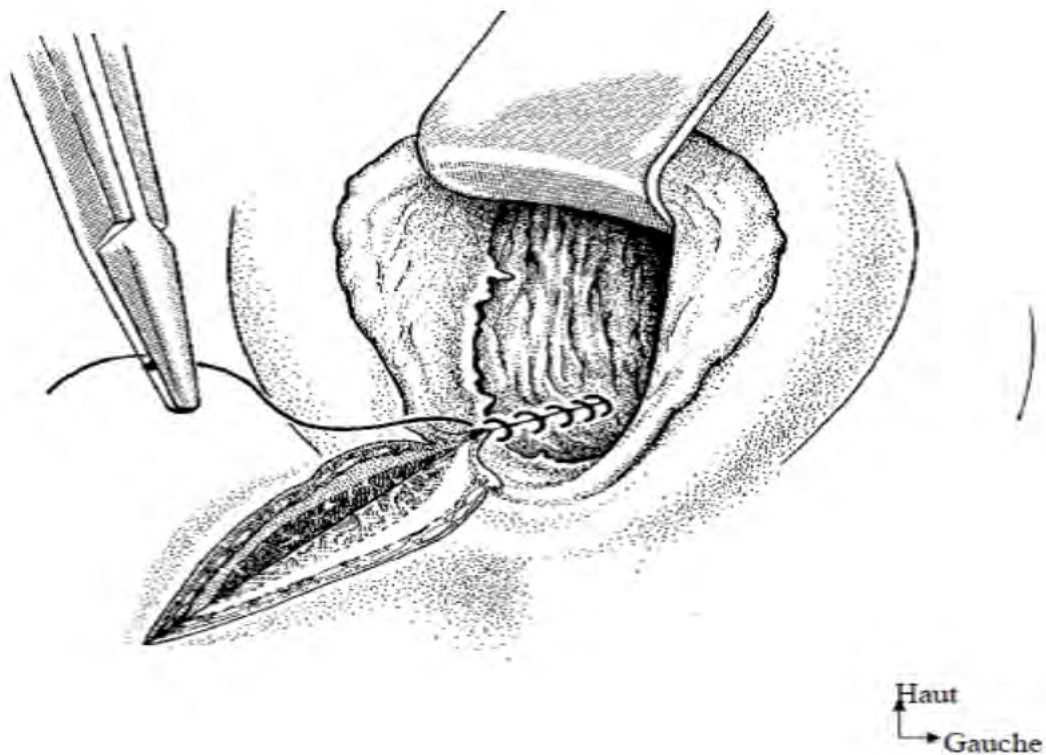


Figure 7 : Episiotomie - Réfection du plan vaginal [25]

➤ Plan musculaire : Ce plan est important d'une part pour le rapprochement des berges de la plaie qui facilitera la suture ultérieure du plan cutané, et d'autre part pour assurer la solidité de la suture (figure 8). Deux types de points sont utilisés, à savoir des points séparés simples ou des points en X. L'utilisation de points en X est préférable car ce sont ceux qui assurent le mieux l'hémostase (figure 9). Ce plan nécessitera en fin de réfection la pratique d'un toucher rectal pour vérifier l'absence de point transfixiant.

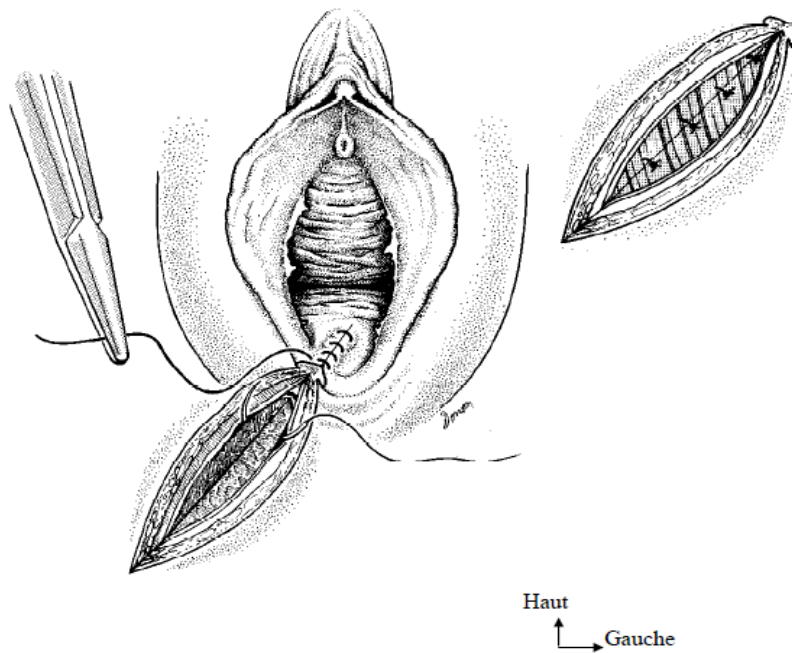


Figure 8 : Episiotomie - Réfection du plan musculaire [25]

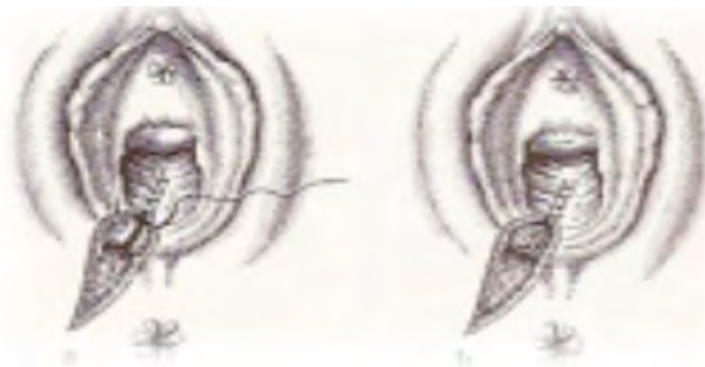


Figure 9 : Points en X [22]

- Plan cutané : Plusieurs sortes de points peuvent être utilisées pour ce plan, mais on retrouve essentiellement :
 - des points séparés simples,
 - des points de Blair-Donati qui présentent l'avantage d'effondrer l'espace mort sous-cutané et de réaliser une tension moindre grâce au double passage. Néanmoins, le résultat esthétique n'est pas très satisfaisant (figure 10).



Figure 10 : Episiotomie - Réfection du plan cutané en points de Blair Donati [22]

- Un surjet simple n'offre, lui aussi, qu'un résultat esthétique moyen. Pour cette technique de suture, il est recommandé d'utiliser des fils résorbables, plutôt à résorption rapide. En ce qui concerne le diamètre, il y a beaucoup de variabilités inter-individus. Néanmoins, la majorité des professionnels utilisent un fil 2/0 pour la réfection du plan vaginal, un fil 1 ou 0 pour le plan musculaire, et un fil 2/0 ou 3/0 pour le plan cutané [26].

- **Avantages**

Cette technique de réfection paraît, aux yeux de certains praticiens, plus sécurisante. En effet, pendant la réalisation de la suture, si l'on n'est pas satisfait de l'affrontement des deux berges et du respect des repères anatomiques, on peut retirer certains points et reprendre la suture. De plus, l'utilisation de points séparés pour le plan cutané offre l'avantage de pouvoir en retirer à tout moment en post-partum en cas de douleur ou d'infection au niveau d'un point précis.

- **Inconvénients**

Cette technique apparaît comme plus douloureuse, essentiellement à cause des points séparés sur la peau, mais également à cause des nombreux nœuds, souvent trop serrés, qui provoquent ischémie et douleur. On peut également pointer le fait que cette technique nécessite plus de matériel (fils) et est donc moins économique que la technique « un fil un nœud ».

- **Technique dite « un fil un nœud »**

- **Description**

Il s'agit d'un surjet continu qui consiste en la réfection successive du vagin, des muscles, puis de la peau avec un seul fil et un nœud unique au niveau de l'angle supérieur de la plaie vaginale. Pour cette technique, il y a un plan de plus que pour la précédente, à savoir le plan sous-cutané.

- Muqueuse vaginale : On réalise un surjet simple de l'angle supérieur de la plaie jusqu'en arrière de la cicatrice hyménale (figure 11). La prise muqueuse doit être assez épaisse pour que les tissus soient suffisamment solides.

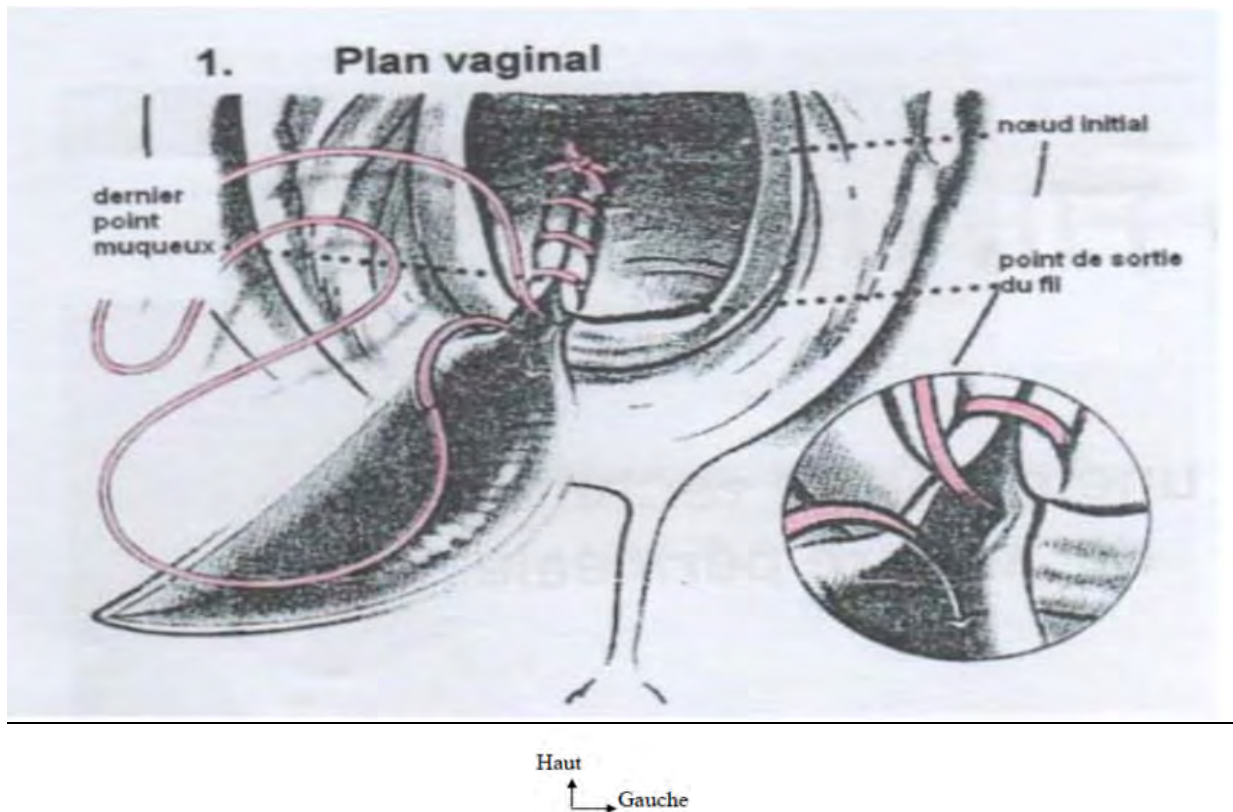


Figure 11 : Réfection du plan vaginal [27]

➤ Plan musculaire : On débute le surjet sur la berge gauche de la plaie et on le poursuit en descendant jusqu'au point d'angle cutané inférieur de celle-ci (figure 12). Il nécessite souvent plus de points que lorsque l'on réalise des points musculaires séparés. Il faudra bien évidemment vérifier l'absence de point transfixiant par un toucher rectal.

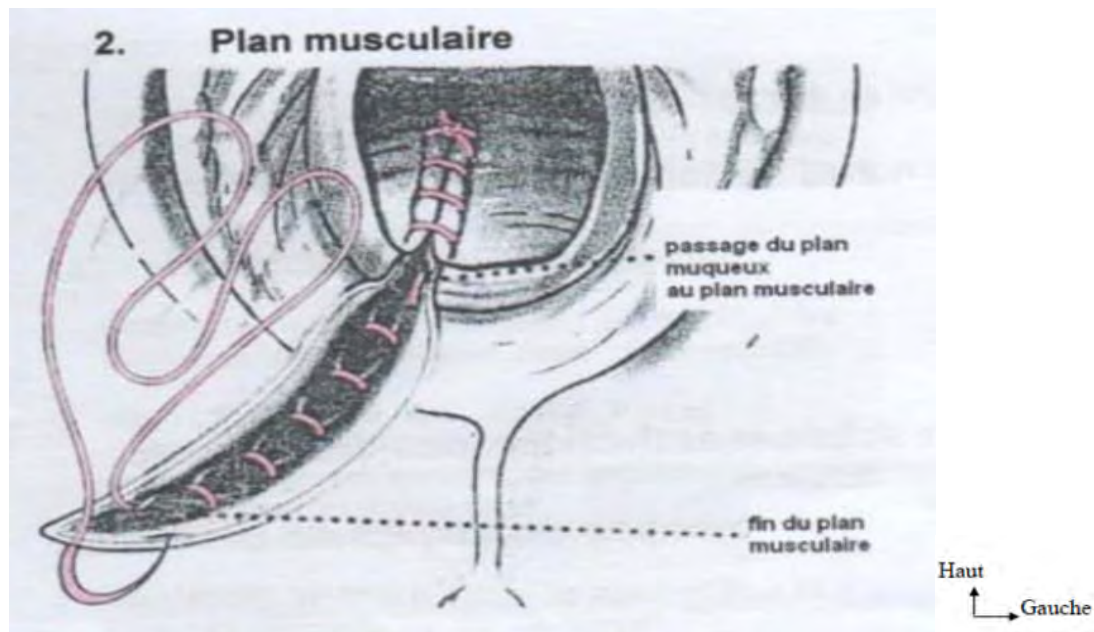


Figure 12 : Réfection du plan musculaire [27]

➤ Plan sous-cutané : Le surjet remonte de l'angle cutané inférieur jusqu'à la cicatrice hyménale. La suture de ce plan a un double intérêt : cela permet d'effondrer l'espace mort sous-cutané et d'absorber les tensions qui peuvent s'exercer sur le plan cutané (figure 13). Lorsque l'on a terminé ce surjet, l'espacement entre les deux berges cutanées doit être de 5 mm au maximum.

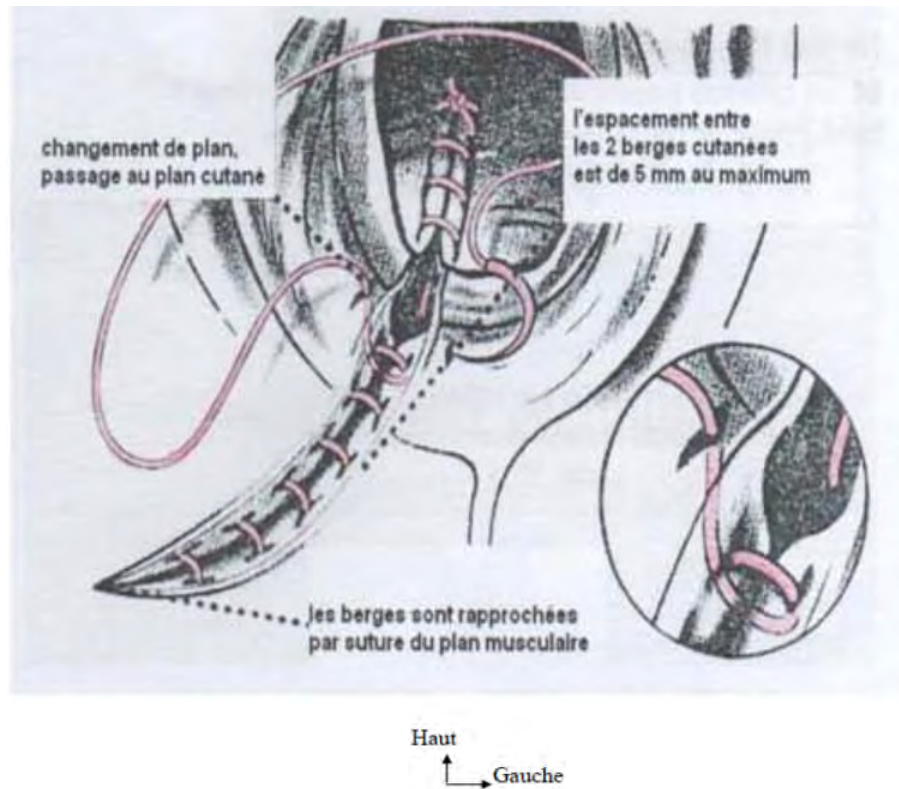


Figure 13 : Réfection du plan sous cutané [27]

➤ Plan cutané : On commence par faire un ou deux points entre la cicatrice hyménale et la jonction peau-muqueuse. Ensuite, on réalise un surjet intradermique qui va de la fourchette vulvaire jusqu’au point d’angle inférieur de la plaie. Pour finir, on pique l’aiguille dans l’angle pour la ressortir dans la fesse à 1 ou 2 cm et on sectionne le fil au ras de la peau pour qu’il soit enfoui dans le gras de la fesse. C’est la technique « du fil perdu » (figure 14). Tout au long de la suture, on doit veiller à la tension du fil : il doit être bien tendu après chaque passage pour permettre l’affrontement des berges, puis relâché pour ne pas mettre en tension le surjet. Pour cette technique, on utilisera de préférence un fil de type Vicryl® 2/0 rapide, qui est satisfaisant du point de vue de la solidité, avec une grande aiguille qui permet de charger une quantité suffisante de tissus.

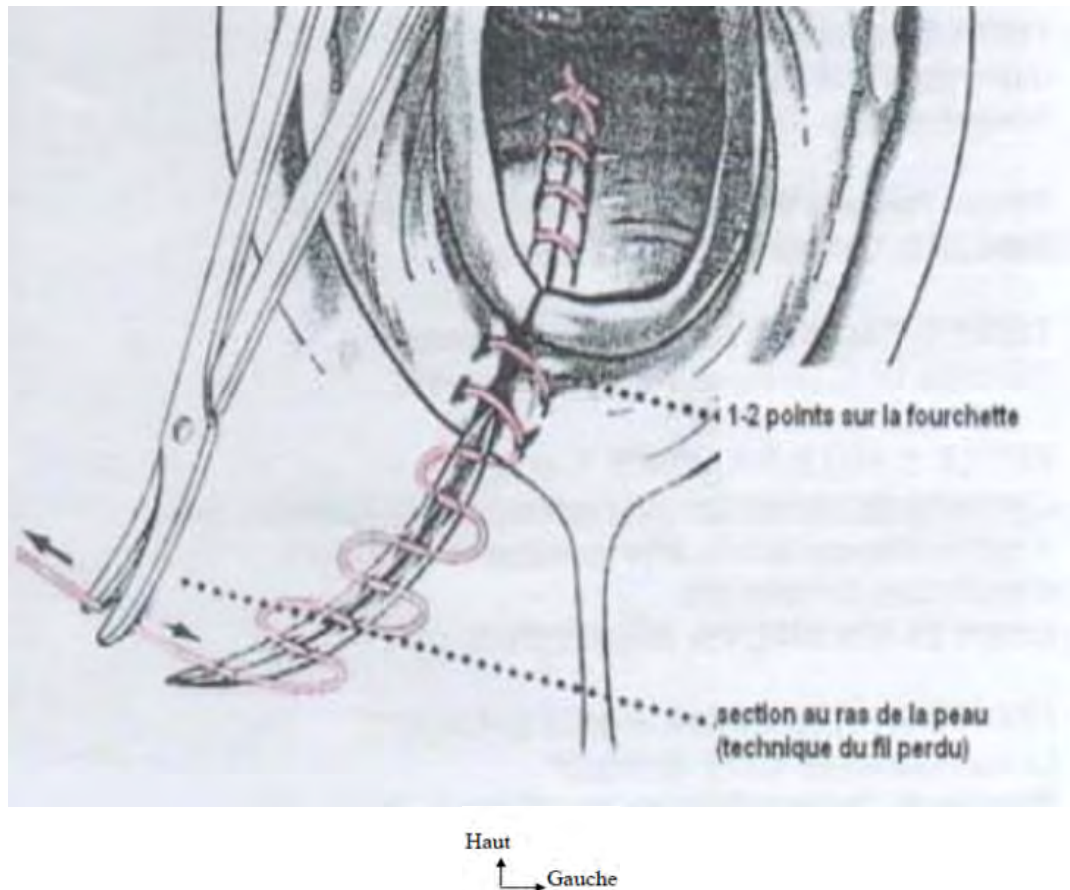


Figure 14 : Episiotomie - Réfection du plan cutané [27]

○ Avantages

Cette technique est moins douloureuse en post-partum immédiat car il y a moins de nœuds que pour la technique classique. De plus, l'utilisation de la technique du fil perdu efface les tensions au niveau du fil. Le risque d'hématome, d'infection, ainsi que de désunion est diminué grâce à l'absence d'espace mort sous-cutané. Le surjet intradermique offre un meilleur résultat esthétique, aspect non négligeable pour les patientes. Cette technique présente également des avantages pour l'opérateur car elle est plus rapide à réaliser que la technique classique et elle est aussi moins coûteuse puisqu'elle ne nécessite qu'un seul fil.

○ Inconvénients

L'inconvénient principal de la technique « un fil un nœud » réside dans l'utilisation d'un fil unique, ce qui implique l'impossibilité de retirer un point en cas d'infection. De plus, il y a un risque de lâchage total de la suture, même si ce risque est minime car le fil n'est pas sous tension.

1.4.6.5. Soins post-opératoires

Une fois la réparation de l'épisiotomie faite, il faut :

- vérifier si la symétrie de la suture a été bien respectée,
- vérifier l'absence d'hématome périnéal,
- faire un toucher vaginal systématique pour,
- retirer un éventuel tampon,
- s'assurer qu'il n'y a pas de points lâchés,
- faire un toucher rectal systématique pour vérifier l'absence de points transfixiant le rectum,
- retirer les gants après le toucher rectal,
- faire une toilette à la Bétadine,
- mettre une garniture sèche sur la cicatrice,
- fournir des conseils hygiéniques à la femme pour une bonne cicatrisation [28].

1.4.7. Complications

1.4.7.1. Complications immédiates et à long terme de l'épisiotomie

1.4.7.1.1. Complications en salle de naissance

L'épisiotomie semble augmenter le risque d'hémorragie du post-partum [2]. L'hémorragie est liée soit à une hémostase insuffisante, soit à un retard de réparation chirurgicale, source de troubles de l'hémostase. En effet, le périnée est une zone particulièrement vascularisée d'où l'importance de pratiquer une

hémostase correcte notamment des vaisseaux qui saignent en jet même avant la délivrance [29]. Stones et al. ont montré que l'épisiotomie était un facteur de risque significatif d'hémorragie supérieure à 1000 ml (RR=2,06 ; IC95% 1,36-3,11) alors que les déchirures périnéales n'en étaient pas un [30].

Les épisiotomies, en particulier médio-latérales et latérales, semblent être à l'origine de spoliations sanguines plus importantes que les déchirures simples [7].

Il ne semble pas que la réalisation d'une épisiotomie augmente le risque de déchirure sévère (3^{ème} ou 4^{ème} degrés) du périnée. Par contre, l'épisiotomie médiane est associée à plus de déchirures du 3^{ème} ou du 4^{ème} degré que l'épisiotomie médio latérale. Il est de ce fait recommandé de ne plus effectuer d'épisiotomies médianes.

1.4.7.2. Complications précoces de l'épisiotomie dans le post-partum

Dans le post-partum immédiat, les patientes ayant eu une épisiotomie se plaignent de douleurs périnéales plus que celles ayant accouché avec un périnée intact ou une déchirure du 1^{er} ou du 2^{ème} degré. Cette différence n'existe plus à 3 mois de l'accouchement [2].

Les hématomes entraînent douleur et induration mais régressent en quelques jours sous traitement anti-inflammatoires.

En revanche, la survenue d'un thrombus vaginal qui peut s'étendre sur toute la paroi vaginale voire en sus-aponévrotique est plus rare. Le tableau clinique associe trois signes : douleurs périnéales survenant quelques heures après un accouchement, sensation de ténesme et apparition d'une masse vulvaire ou vulvo-vaginale [29].

1.4.7.3. Conséquences à long terme sur la sexualité

Si l'épisiotomie semble générer plus de dyspareunies pendant les premières semaines du post-partum, ceci n'est plus le cas à distance de l'accouchement [2].

DEUXIEME PARTIE

1. Objectifs

○ Objectif général

L'objectif général de notre étude était d'évaluer la distribution et les déterminants de l'épisiotomie.

○ Objectifs spécifiques

Les objectifs spécifiques de notre étude étaient de :

- déterminer la fréquence de l'épisiotomie,
- décrire les caractéristiques sociodémographiques des patientes chez qui l'épisiotomie est pratiquée,
- rechercher un lien entre certains facteurs et la pratique de l'épisiotomie.

2. Cadre d'étude

○ Description du site d'étude

Notre étude a eu pour cadre le Centre de Sante Philippe Maguilen SENGHOR du District-Ouest de Dakar situé dans la banlieue ouest-dakaroise. Ce district couvre les communes d'arrondissement de Mermoz, Sacré Cœur, Ngor, Ouakam et Yoff.

Le District-Ouest couvre une superficie de 32 km² avec une population de 225 100 habitants dont 51 773 femmes en âge de reproduction.

En termes d'infrastructures sanitaires, le District comporte :

- 1 Etablissement Public de Sante (EPS),
- 3 Centres de Santé,
- 8 Postes de Santé.

○ Description du centre de santé Philippe Maguilen SENGHOR

Le Centre de Sante Philippe Maguilen SENGHOR (CSPMS) est le Centre de Santé de référence du District-Ouest. Il a été inauguré le 07 juin 1984.

A la suite du redéploiement du personnel de la Maternité de la Clinique Gynécologique et Obstétricale du CHU Aristide Le Dantec de Dakar, il est passé du niveau I au niveau II et, depuis 2011, des interventions chirurgicales y sont régulièrement pratiquées.

○ **Locaux**

Au moment de notre étude, le service de Gynécologie-Obstétrique du CSPMS comprenait :

- Une salle d'accouchement avec :
 - Cinq lits de travail,
 - Trois tables d'accouchement,
 - Une salle de garde,
 - Une table de réanimation de nouveau-nés ;
- Une unité d'hospitalisation composée de 32 lits ;
- Une unité de consultations externes et d'échographie composée de 4 bureaux ;
- Un bloc opératoire avec :
 - Une salle destinée aux urgences gynécologiques et obstétricales,
 - Une salle destinée au programme opératoire,
 - Une salle d'aspiration manuelle intra-utérine (AMIU),
 - Une salle de réveil de 8 lits qui fait aussi office d'unité de réanimation maternelle ;
- Une unité de néonatalogie avec :
 - Un «coin nouveau-né » avec une table de réanimation du nouveau-né,
 - Une salle de néonatalogie avec 4 lits et 2 couveuses.

○ **Ressources humaines**

Au moment de notre étude, le personnel de la maternité et du bloc opératoire comprenait :

- Un (01) Professeur Titulaire en Gynécologie-Obstétrique,
- Deux (01) Maitres de Conférences Agrégés en Gynécologie-Obstétrique,

- Trois (03) praticiens hospitaliers en Gynécologie-Obstétrique,
- Un (01) Médecin Anesthésiste-Réanimateur,
- Un (01) Pédiatre-Néonatalogue,
- Quatre (04) Internes des Hôpitaux,
- Trente-et-un (31) Médecins inscrits au Diplôme d'Etudes Spécialisées (DES) en Gynécologie-Obstétrique,
- Quarante-deux (42) Sages-femmes d'Etat,
- Deux (02) Techniciens Supérieurs en Anesthésie-Réanimation,
- Six (06) Infirmières et Aide-infirmières,
- Six (06) Instrumentistes et Brancardiers.

○ **Activités**

Des soins obstétricaux, néonataux et gynécologiques d'urgence sont assurés 24 heures sur 24 par des équipes de médecins en cours de spécialisation, des sages-femmes et infirmiers. Les gardes se font sous la supervision d'un sénior spécialiste en Gynécologie-Obstétrique.

Les accouchements normaux sont sous la supervision des sages-femmes de garde qui peuvent demander un avis au personnel médical qui, lui, a en charge les accouchements pathologiques.

Des consultations de gynécologie, de suivi pré et post-natal, de planification familiale et d'échographie sont assurées au quotidien.

La chirurgie programmée est réalisée tous les jours et les différentes voies d'abord sont utilisées (abdominale, vaginale et endoscopique).

La maternité, sous la tutelle de la Clinique Gynécologique et Obstétricale (CGO) du Centre Hospitalier Universitaire (CHU) Aristide Le Dantec reçoit dans le cadre d'une formation théorique et pratique des médecins en spécialisation, des étudiants en médecine, des sages-femmes et élèves sages-femmes. La recherche en santé de la reproduction a fait l'objet de plusieurs mémoires de spécialisation et thèses de doctorat en médecine.

3. Méthodologie

○ Type d'étude

Il s'agissait d'une étude cas-témoins réalisée à la maternité du centre de santé Philippe Maguilen SENGHOR.

○ Période d'étude

Cette étude s'étale sur une durée de 11 ans, allant du 1^{er} Janvier 2010 au 31 Décembre 2020.

○ Critères d'inclusion

Etaient incluses dans l'étude toutes les patientes ayant accouché par voie basse d'une grossesse à ou au-delà de 22 semaines d'aménorrhée au centre de santé Philippe Maguilen SENGHOR durant la période de l'étude.

○ Définitions des cas et des témoins

Cas : Les patients incluses dans le groupe des cas étaient celles qui présentaient la caractéristique étudiée (ici l'épisiotomie) et répondant aux critères d'inclusion.

Témoins : Était considérée comme témoin toute patiente ayant accouché par voie basse sans avoir bénéficié d'une épisiotomie. Les témoins devaient également répondre à tous les autres critères d'inclusion.

Différentes caractéristiques étaient étudiées pour établir un lien entre ces dernières et la réalisation d'une épisiotomie.

○ Paramètres étudiés

Les paramètres étudiés étaient les suivants :

- les caractéristiques sociodémographiques,
- les données de la grossesse (terme de la grossesse à l'admission, mode d'admission, type de grossesse),
- le type de présentation,
- le mode d'accouchement
- les complications traumatiques liées à l'accouchement (épisiotomies, déchirures périnéales),

- le périmètre crânien et le poids fœtal.

- **Collecte et analyse des données**

Les données étaient saisies dans notre base de données informatique *E-Périnatal*.

Elles y étaient ensuite extraites et analysées d'abord dans Microsoft Excel 2016 puis à l'aide du logiciel *Statistical Package for Social Science* (SPSS 24, version Mac). Pour les variables qualitatives, nous avons déterminé les pourcentages et pour les variables quantitatives nous avons calculé les paramètres de position et de dispersion.

Dans la partie analytique des résultats, les variables qualitatives étaient décrites par des proportions par rapport à leur part totale. Elles étaient comparées à l'aide du test khi 2. Secondairement, nous avons réalisé une analyse multi variée en incluant dans un modèle les caractéristiques ayant montré un lien significatif avec la réalisation d'une épisiotomie. Les issues sont résumées à une information minimum : l'odds ratio assorti de son intervalle de confiance (IC). L'intervalle de confiance donne la « marge d'incertitude » autour du risque établi. Nous le présentons ici à « à 95 % ». Cela signifie qu'il y a 95% de chances que la « vraie » valeur se trouve entre les bornes de cet intervalle. La valeur de l'odds ratio présentée dans ce document permet d'évaluer l'importance de l'effet étudié (par exemple : pratique d'une épisiotomie - survenue d'une déchirure périnéale). Si l'intervalle de confiance contient la valeur 1, l'effet est « négatif », ce qui veut dire que la valeur de « p » est supérieure à 5 p. 100 ($p < 0,05$). En effet, parmi les valeurs compatibles « à 95% » avec les résultats de l'effet, figure la valeur 1. Cette valeur 1 signifie que l'effet étudié est similaire dans les groupes concernés. Cette valeur 1 étant dans l'intervalle de confiance, on ne peut rien conclure, l'effet étudié est peut-être identique dans les groupes ou il existe une différence en faveur/détriment de l'un ou de l'autre. A contrario, lorsque la borne (inférieure ou supérieure, selon les situations) est éloignée de la valeur 1, le résultat est « positif » et le « p » est inférieur à 5 p. 100.

La largeur de l'intervalle de confiance représente la « précision » de l'estimation de l'odds ratio. Dans une étude de forte puissance, l'intervalle de confiance est étroit, dans une étude de faible puissance l'intervalle de confiance est large.

4. Résultats

○ Résultats descriptifs

▪ Fréquence

Durant la période d'étude, le centre de santé Philippe Maguilen SENGHOR a enregistré 38486 accouchements par voie basse. Le nombre d'accouchements a connu une croissance annuelle quasi constante depuis 2011 (n=966) atteignant 5921 accouchements en 2019 comme le montre la courbe suivante :

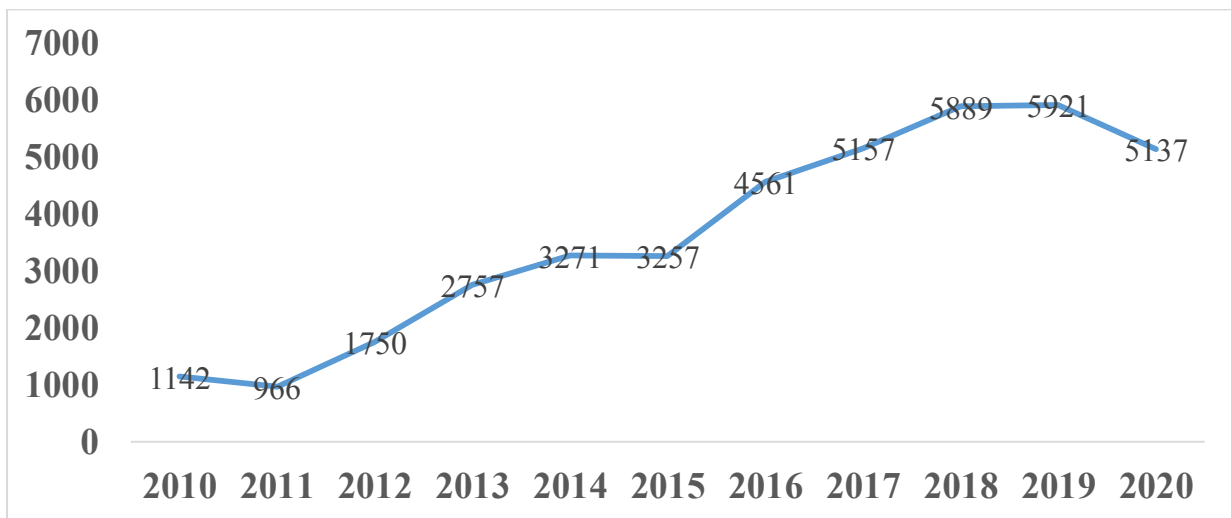


Figure 15 : Evolution du nombre d'accouchements par voie basse au Centre de Santé Philippe SENGHOR de 2010 à 2020

Durant cette période d'étude, un peu plus d' $\frac{1}{4}$ des patientes (25,26%) ayant accouché par voie basse avaient bénéficié d'une épisiotomie comme le révèle le tableau ci-dessous.

Tableau I : Répartition des patientes selon la pratique de l'épisiotomie

Épisiotomie	Effectif	Fréquence
Non	28772	74,74%
Oui	9724	25,26%
Total	38496	100%

Le taux d'épisiotomie a connu une progression relativement exponentielle au cours des 10 dernières années, comme le montre la courbe ci-dessous :

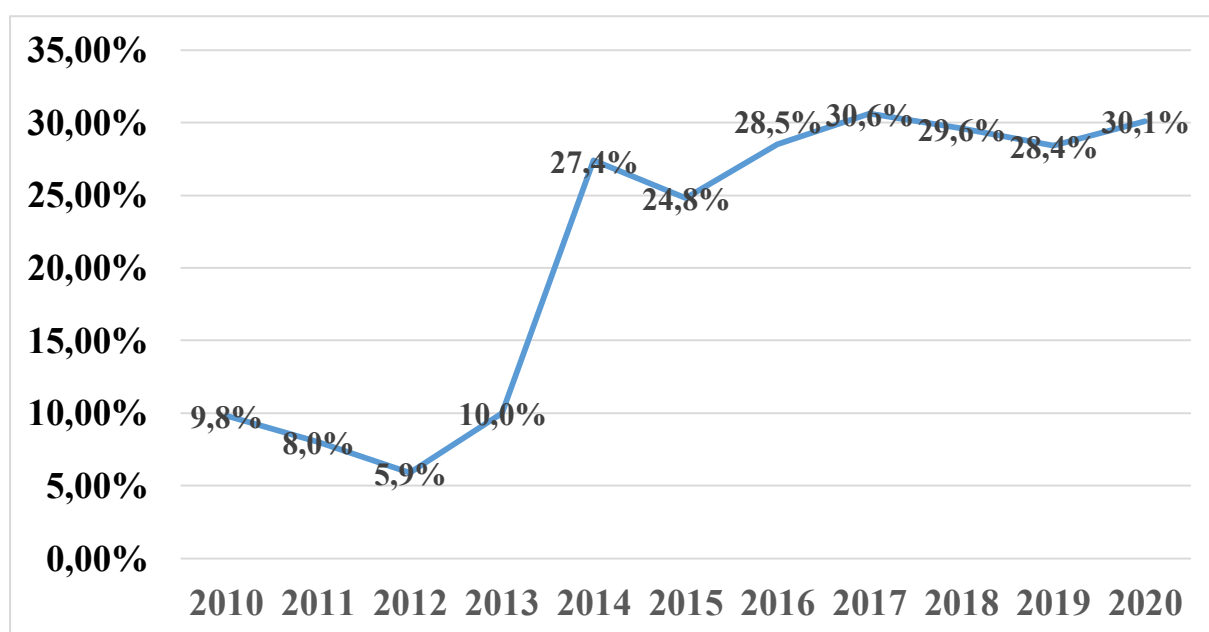


Figure 16: Evolution de la fréquence des épisiotomies au Centre de Santé Philippe SENGHOR de 2010 à 2020

▪ Déchirures périnéales

Une déchirure du périnée était survenue chez 8,28 % des patientes comme le montre le tableau suivant.

Tableau II: Répartition des patientes selon la présence des déchirures périnéales

Déchirure périnéale	Valeur	Fréquence
Non	35308	91,72%
Oui	3186	8,28%
Total	3496	100%

▪ **Age**

L'âge moyen des patientes était de 27,11 ans avec des extrêmes de 13 et 50 ans.

▪ **Parité**

Les primipares représentaient 62,53 % de l'échantillon alors qu'un peu plus d'une patiente sur 3 était multipare (37,47%).

▪ **Terme de l'accouchement**

Plus de 9 patientes sur 10 avaient accouché à terme (93%) ; le taux d'accouchement prématuré était de 4%. La figure ci-dessous rapporte la répartition de patientes selon le terme à l'accouchement.

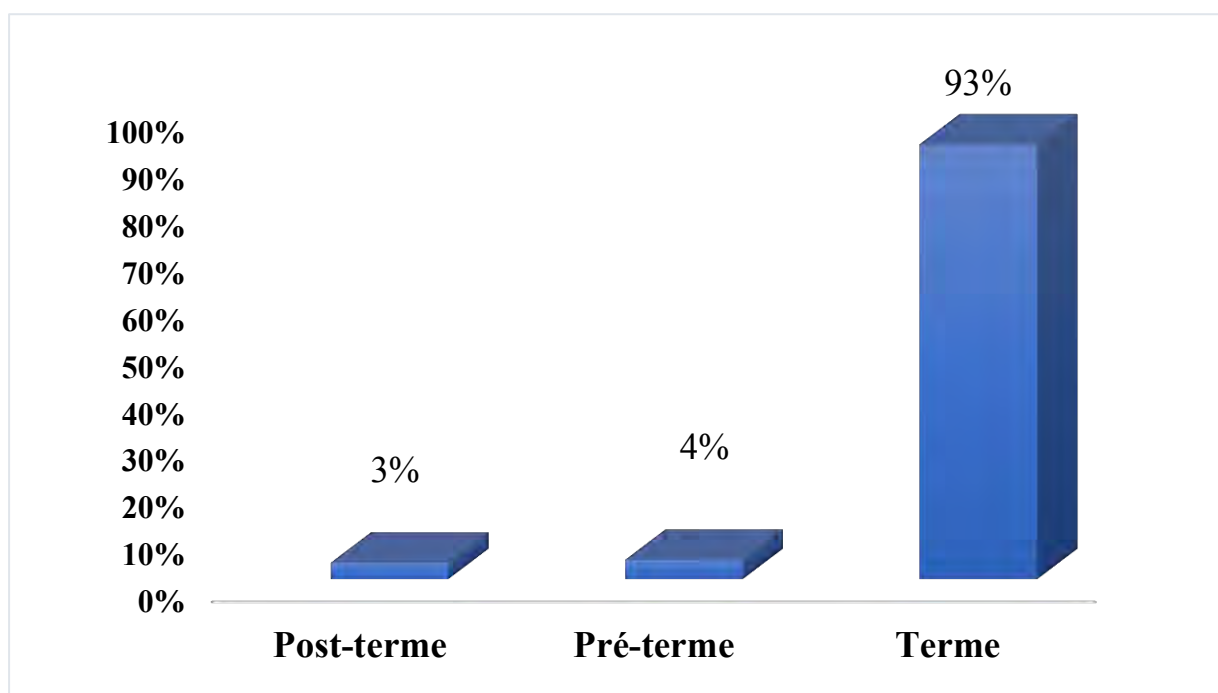


Figure 17: Répartition des parturientes selon le terme de l'accouchement

▪ Type de grossesse

La majorité des grossesses étaient monofoetales (97,84%). Les grossesses gémellaires représentaient 2,16% de l'échantillon.

▪ Mode d'admission

Plus d'une patiente sur 10 (12,46%) étaient admises provenant d'une autre structure sanitaire comme le montre le tableau ci-dessous.

Tableau III: Distribution de mode admission

Mode d'admission	Effectif	Fréquence
Domicile	33700	87,54%
Transfert	4796	12,46%
Total	38496	100%

▪ Mode d'accouchement

Près de la totalité des accouchements avaient eu lieu par voie basse spontanée (98,6%). La figure 20 montre la distribution des patientes selon le mode d'accouchement par voie basse.

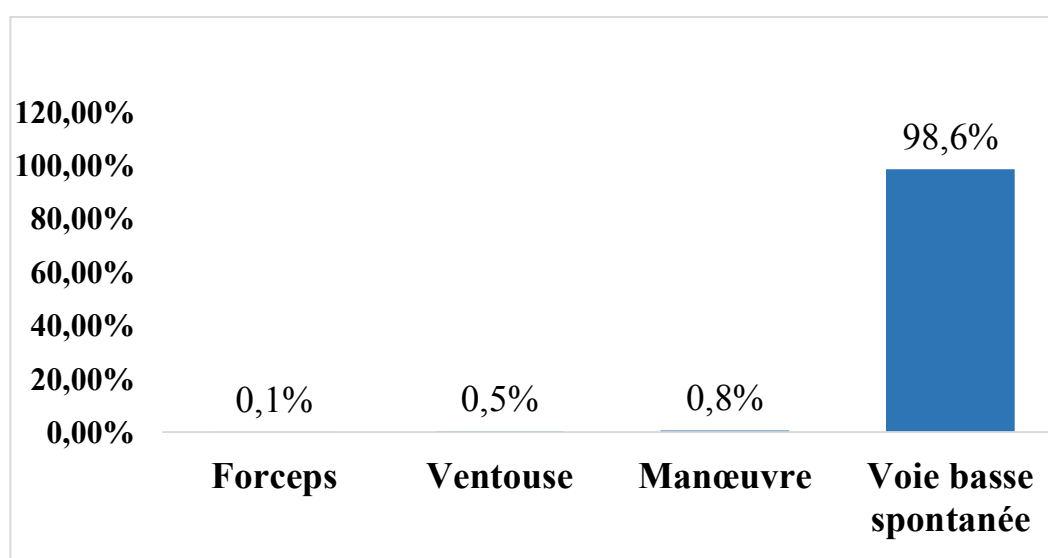


Figure 18: Répartition des patientes selon le mode d'accouchement par voie basse

▪ Poids fœtal

Plus d'un nouveau-né sur 8 avait un poids fœtal compris entre 2500 et 4000 grammes (85,70%). Le tableau ci-dessous rapporte la répartition des nouveau-nés selon leur poids de naissance.

Tableau IV: Répartition des nouveau-nés selon le poids de naissance

Poids fœtal	Effectif	Fréquence
<1500	64	0,17%
1500-2499	4004	10,40%
2500-3999	32985	85,70%
>4000	1436	3,73%
Total	38489	100,0%

▪ Périmètre crânien

Le périmètre crânien moyen des nouveaux nés était de 33,38 cm avec des extrêmes de 21 et 39 cm et une médiane de 33 cm.

○ Résultats analytiques

Le tableau ci-après rapporte les odds ratios ajustés selon différents facteurs de risque mis dans un modèle de régression logistique binomiale.

Comparées aux multipares, les primipares avaient une probabilité 7 fois plus élevée de subir une épisiotomie.

Les grossesses gémellaires avaient moins de probabilité qu'une épisiotomie soit pratiquée comparées aux grossesses monofoetales.

L'accouchement instrumental multipliait par 3 la probabilité d'une épisiotomie.

Les présentations irrégulières (siège, face) étaient moins corrélées à l'épisiotomie avec des odds ratios inférieurs à 1 que la présentation du sommet.

Chaque année d'âge complémentaire augmentait la protection contre l'épisiotomie (OR = 0,960, IC95% : 0,956-0,965, $p < 0,001$). Cette donnée était indépendante de la parité, la parité étant incluse et ajustée dans le modèle qui expliquait 52,9% de la variance.

Le périmètre crânien et le poids fœtal ajustés à tous les autres paramètres n'influaient pas sur la probabilité d'une épisiotomie.

Tableau V: Répartition des patientes selon certaines caractéristiques en fonction de la pratique d'une épisiotomie

	Cas (Episiotomie +) N %	Témoins (Episiotomie -) N %	OR [IC 95%]	p value
Type de grossesse				
Monofoetale	9604 (25,5)	28062 (74,5)	1,408 [1,138-1,743]	0,002*
Gémellaire	120 (14,5)	710 (85,5)	1	
Mode d'accouchement				
Instrumental	235 (44,6)	292 (55,4)	3,158 [2,543-3,923]	<0,001*
Voie basse spontanée	28480 (75)	9489 (25)	1	
Parité				
Primipare	7022 (47,5)	7760 (52,5)	7,112 [6,750-7,494]	<0,001*
Multipare	2702 (11,4)	21005 (88,6)	1	
Terme de grossesse				
Pré terme	365 (23,4)	1196 (76,6)	0,827 [0,724-0,944]	0,005*
Post-terme	411 (31,0)	911 (69,0)	1,335 [1,168-1,527]	<0,001*
Terme	8948 (25,1)	26662 (74,9)	1	
Présentation fœtale				
Siège	243 (22,6)	832 (77,4)	0,884 [0,484-1,614]	0,668
Face	16 (20,0)	64 (80,0)	0,691 [0,578-0,827]	<0,001*
Sommet	9465 (25,3)	27876 (74,7)	1	
Mode d'admission				
Transfert	1449 (30,2)	3347 (69,8)	1,143 [1,061-1,232]	<0,001*
Domicile	8275 (24,6)	25425 (75,4)	1	
Déchirure				
Oui	9521 (27,0)	25787 (73,0)	0,163 [0,141-0,190]	<0,001*
Non	203 (6,4)	2985 (93,6)	1	
Age maternel				
	24,54	27,98	0,960 [0,956-0,965]	<0,001
Poids fœtal (g)				
	3023,01	3066,72	1,02 [0,996-1,044]	0,099
Périmètre crânien				
	33,13	33,03	1	-

OR : Odds ratio - IC : Intervalle de Confiance - * : Différence statistiquement significative

5. Discussion

A. Principaux résultats

Nous avons enregistré 38 486 accouchements par voie basse. L'épisiotomie était pratiquée chez 9724 patientes, soit une fréquence de 25,26 %.

L'accouchement d'une grossesse monofoetale en présentation du sommet, la primiparité, l'accouchement instrumental et l'accouchement au-delà du terme étaient significativement positivement associés à la pratique de l'épisiotomie.

Les présentations irrégulières (face, siège), la prématurité et l'existence d'une déchirure ainsi que l'âge avancé étaient plutôt des facteurs protecteurs.

Le poids fœtal et le périmètre crânien n'étaient, quant à eux, pas associés à la pratique de l'épisiotomie.

B. Interprétation des résultats

L'épisiotomie est une intervention chirurgicale caractérisée par l'incision volontaire du périnée, pratiquée par la sage-femme ou l'obstétricien afin d'agrandir l'orifice vulvaire. Elle est utilisée depuis le XVIII^{ème} siècle à visée prophylactique pour prévenir les déchirures périnéales sévères et pour faciliter et accélérer l'accouchement au cours de la phase expulsive du travail [31].

1. Fréquence de l'épisiotomie

Sur la période d'étude, la fréquence moyenne de l'épisiotomie dans le service était de 25,26%. Une étude réalisée à l'Hôpital Gabriel Touré [32] de 2002 à 2004 avait retrouvé un taux de 13 ,76% d'épisiotomie. Cette différence pourrait s'expliquer par la période assez courte de l'étude (2 ans). Au Royaume Uni en 1999, Graham Lan D. et al. [11] rapportaient un taux de 13%.

Un taux de 25% d'épisiotomie -même incluant près de 2/3 de primipares- nous semble excessif.

Si plusieurs auteurs brandissent l'argument de la texture du périnée de la femme noire comme motif du taux élevé d'épisiotomie, plusieurs études, principalement américaines, trouvent les femmes noires moins à risque d'épisiotomie que les femmes caucasiennes [33].

Plus d'effort devrait être consenti dans l'encadrement des praticiens pour la protection du périnée au cours du dégagement de la tête fœtale pour réduire le taux d'épisiotomie.

Plusieurs sociétés savantes telles que le *Royal College of Obstetricians (RCOG)* [34] et l'*American College of Obstetrics and Gynecology (ACOG)* [35] recommandent moins de 30% d'épisiotomie. Les recommandations de l'Organisation Mondiale de la Santé suggèrent une utilisation restrictive de l'épisiotomie, bien qu'aucun taux spécifique ne soit recommandé [36].

2. Déterminants de l'épisiotomie

2.1. Episiotomie et parité

Sur 38486 accouchements, plus de la moitié des parturientes étaient primipares (taux de 62,53%) et parmi ces dernières 47,5% avaient bénéficié d'une épisiotomie. Le risque de subir une épisiotomie était 7 fois plus élevé chez les parturientes primipares ($P < 0,001$).

Plusieurs études africaines retrouvent la même tendance comme celle Kayentao à la maternité de référence de la commune V de Bamako [8] (74,97% de primipares) ou encore celle de Yousfi C. à la maternité de Souissi à Rabat [9] avec un taux plus bas (59,83% de primipares).

Ces chiffres relativement élevés peuvent s'expliquer de plusieurs manières. La plupart des sages-femmes pratiquent encore la politique de prévention des déchirures périnéales de 3^{ème} degré principalement pour les premières naissances, en tenant compte des anciennes lignes directrices.

Le périnée de la parturiente primipare fournit une musculature plus tendue que les femmes multipares, ce qui peut entraîner une augmentation de la durée de libération du pôle céphalique, provoquant la réalisation d'une épisiotomie par l'accoucheur.

2.2. Episiotomie et terme de la grossesse

L'âge gestationnel supérieur à 41 semaines constitue un autre facteur de risque associé à l'épisiotomie (OR=1,335). Parmi les grossesses post-terme, 31 % avaient une épisiotomie contre 23,4 % des naissances prématurées et 25,1 % des naissances à terme. Cette statistique s'explique par la tendance à déclencher le travail dans les naissances après terme. Ces chiffres sont intéressants car ils confirment l'existence d'une « cascade d'intervention » lorsqu'il y a des complications dans le développement normal du travail.

La prématurité, contrairement à d'autres études, était un facteur protecteur dans la nôtre. En effet, il est régulièrement avancé que l'accouchement d'un enfant de petit poids doit être atraumatique, le prématuré étant fragile, l'épisiotomie en phase expulsive s'impose car permet un élargissement de l'orifice vulvaire réduisant ainsi les traumatismes materno-fœtaux lors du passage du fœtus dans la filière pelvi-génitale. Elle permettrait donc d'une part d'éviter la déchirure périnéale par distension brutale due à une présentation souvent mal fléchie dont les diamètres sont augmentés et d'autre part de réduire le traumatisme d'un prématuré plus ou moins fragile [25]. De nos jours, la pratique systématique d'une épisiotomie ou d'une extraction instrumentale en cas de voie basse n'est plus recommandée en cas de prématurité. Nous ne pratiquons pas de politique d'épisiotomie systématique dans les accouchements prématurés dans notre structure.

2.3. Épisiotomie et poids de naissance

Dans notre étude le poids de naissance ne représentait un facteur influant la pratique d'une épisiotomie.

Nos chiffres sont en contradiction avec ceux de l'étude de Ballesteros-Meseguer C. et al. [37] qui met en évidence une diminution du taux d'épisiotomie lorsque le nouveau-né pèse moins de 2 500 g (43%) par rapport aux poids normaux (53,4%) et aux poids supérieurs à 4 000 g (57,2%).

De plus, de nombreuses études ont mis en évidence un rapport significatif entre l'excès de poids de naissance et l'apparition de lésions périnéales motivant ainsi la pratique d'une épisiotomie principalement chez la primipare dont le périnée est moins souple que celui de la multipare et donc plus exposé aux lésions.

En 2012, dans une étude rétrospective concernant 168077 patientes, Steiner et al. [38] avaient trouvé que l'épisiotomie constituait un facteur de risque indépendant des déchirures périnéales sévères surtout dans les situations d'urgence telles que la dystocie des épaules, les variétés postérieures persistantes et la macrosomie.

Ainsi, face à cette constatation, l'utilisation de l'épisiotomie à titre « préventif » afin de protéger le périnée semble encore plus affaiblie et elle devrait être minimisée chaque fois que possible [39].

2.4. Épisiotomie et périmètre crânien

A l'issue de notre étude, le périmètre crânien ne constituait pas un facteur déterminant la réalisation de l'épisiotomie. Néanmoins, l'analyse de la littérature ne montre que peu d'avantages à une utilisation large de l'épisiotomie. En effet, elle entraînerait des interventions périnéales nombreuses, sans diminuer le risque de déchirure sévère et sans procurer de bénéfice à long terme sur le plancher périnéal. Des études randomisées ont montré que l'usage restrictif de l'épisiotomie était préférable à l'usage habituel et qu'un taux total supérieur à 30% était injustifié [19].

2.5. Épisiotomie et mode d'accouchement

Dans notre étude, le taux d'épisiotomie était significativement plus élevé pour les accouchements instrumentaux. Ces chiffres se rapprochent de ceux de l'enquête Ciane de l'association Césarine publiée en novembre 2013 dans laquelle les extractions instrumentales étaient associées à des taux élevés d'épisiotomie (70% pour les primipares contre 62% pour les multipares) [10].

Ces chiffres pourraient s'expliquer par le fait que l'indication d'épisiotomie se justifie par la nécessité d'augmenter l'orifice vulvaire au cours de ces extractions instrumentales. L'épisiotomie notamment la médio-latérale semble limiter les lésions du sphincter anal surtout chez les primipares et surtout en cas d'utilisation de forceps selon les recommandations de 2020 du *Royal College of Obstetricians and Gynecologists (RCOG)*.

Cependant, une étude évaluant la pratique restrictive de l'épisiotomie entre les années 2003 et 2007 a mis en évidence une diminution de 39,3% à 9,6% du taux d'épisiotomie lors des accouchements voie basse par extraction instrumentale [40]. Ainsi, les auteurs ont conclu que la réduction du taux d'épisiotomie lors des accouchements voie basse par extraction instrumentale est un objectif réalisable sans pour autant augmenter la morbidité de ces accouchements ceci d'autant plus dans notre structure, le forceps a été progressivement abandonné au profit de la ventouse obstétricale.

C. Implication des résultats pour la pratique clinique et la recherche

Au vu de nos résultats, il est nécessaire d'adapter la formation du corps médical et des sages-femmes pour une utilisation plus restrictive de l'épisiotomie surtout chez les primipares. Cette politique nécessite de s'accorder sur le moment de la réalisation de l'épisiotomie. Lorsqu'on utilise une approche restrictive de l'épisiotomie, son indication n'apparaît souvent qu'au couronnement de la tête fœtale, c'est-à-dire lorsque la tête fœtale est en contact direct avec l'anneau vulvaire.

La réalisation d'une épisiotomie avant le couronnement est à éviter car elle est associée à une perte de sang plus élevée, à une incision plus longue et à des traumatismes vaginaux [41].

Il est également opportun de promouvoir la protection du périnée lors du dégagement de la tête fœtale. Il peut être utile de former l'accoucheuse à protéger le périnée pendant l'accouchement et à réparer une éventuelle déchirure périnéale du 1^{er} ou du 2^{ème} degré que d'effectuer une épisiotomie de routine car la déchirure est plus facile à réparer. En effet, l'épisiotomie entraîne des complications à court terme et surtout à long terme telles que la dyspareunie et les douleurs périnéales qui sont plus sévères que dans les cas de déchirure périnéale du second degré [42].

Cette étude rétrospective uni centrique apporte certes un début de réponse à l'épidémiologie analytique de l'épisiotomie, il est néanmoins nécessaire non seulement d'effectuer des études multicentriques mais surtout prospectives. Un protocole de recherche bien défini permettrait d'harmoniser les pratiques dans une telle étude et de sortir avec des recommandations claires.

En résumé, l'état actuel des connaissances concernant les effets de l'épisiotomie permet très peu de dogme et soulève de nombreuses questions auxquelles il est possible de répondre. La prépondérance écrasante de la littérature récente plaide contre l'utilisation «systématique» ou « prophylactique » de l'épisiotomie.

Outre les problèmes à long terme liés à l'intégrité et à la fonction du plancher pelvien, chacune des indications vantées pour l'épisiotomie est relativement bien définie et mesurable. Ce qui manque, c'est un essai prospectif randomisé, contrôlé, dans lequel un bras bénéficie d'une épisiotomie pour des indications particulières définies, et l'autre ne bénéficie d'aucune épisiotomie en aucune circonstance. Il existe à l'heure actuelle une littérature suffisante pour permettre un tel *design* d'être considéré comme une contribution éthique et précieuse à l'ensemble des connaissances.

Les travaux de Klein [43] montrent que la performance de l'épisiotomie a plus à voir avec l'accoucheur que toute autre variable. Cela suggère que les « indications » sont dans l'œil du spectateur. Il est peut-être temps de dépasser la question « Quelles sont les indications appropriées pour l'épisiotomie ? » à la question plus fondamentale « Y a-t-il une indication appropriée pour l'épisiotomie ? ». Jusqu'à ce que cette question soit répondue, une pratique prudente exige une utilisation prudente de la procédure avec une documentation claire des raisons de son utilisation et de la technique de réparation.

D. Forces et limites de l'étude

Les résultats de cette étude proviennent d'un échantillon de plus de 45 000 patientes sur une dizaine d'années dans la première maternité du pays. La durée de l'étude témoigne de l'homogénéité du type de patientes et la taille de l'échantillon donne de la puissance aux résultats. L'échantillonnage était exhaustif donc représentatif de la population. De ce fait, les résultats de cette étude peuvent être généralisés à la population d'étude.

Il faut cependant souligner certaines limites de l'étude qui s'appliquent aux études observationnelles. De nombreux praticiens étaient impliqués dans la prise en charge des patients, de sorte que l'homogénéité des pratiques au fil du temps ne peut être garantie. En plus, la notification des facteurs d'exposition et des issues maternelles et périnatales peut faire défaut d'autant plus que l'enregistrement électronique prospectif des dossiers médicaux n'est effectif que depuis 2016. Il était également difficile de connaître clairement l'ampleur des mères qui ont bénéficié d'une épisiotomie en raison d'une indication d'épisiotomie ou en raison d'une fausse initiation d'épisiotomie.

CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

L'épisiotomie représente un des gestes chirurgicaux les plus exercés dans le monde. Elle correspond à une incision volontaire du périnée, pratiquée par la sage-femme ou l'obstétricien afin d'en agrandir l'orifice.

Depuis le XVIII^e siècle, elle est pratiquée à visée prophylactique, pour prévenir les déchirures périnéales sévères, de même que pour faciliter et accélérer l'accouchement.

Au Sénégal, peu d'études fiables avaient encore été réalisées sur cet important sujet, ainsi nous nous y sommes intéressés avec comme principal objectif l'évaluation de la distribution et des déterminants de l'épisiotomie.

Il s'agissait d'une étude cas-témoins réalisée à la maternité du centre de santé Philippe Maguilen SENGHOR allant du 1^{er} Janvier 2010 au 31 décembre 2020 portant sur les patientes ayant accouché par voie basse et porteuses d'une grossesse de plus de 22 semaines d'aménorrhée.

Les parturientes étaient réparties selon le fait d'avoir bénéficié d'une épisiotomie (cas) ou non (témoins) au cours de leur accouchement.

Les données étaient saisies dans notre base de données informatique *E-Périnatal*. Elles y étaient ensuite extraites et analysées d'abord dans Microsoft Excel 2016, puis à l'aide du logiciel *Statistical Package for Social Science* (SPSS 24, version Mac).

Sur 132 mois, nous avons enregistré 38486 accouchements. L'épisiotomie était pratiquée chez 9724 patientes, soit une fréquence globale de 25,26%. Le taux annuel d'épisiotomie a connu une progression relativement exponentielle au cours de notre période d'étude avec un taux atteignant 30,1% en 2020. Plus de la moitié des parturientes étaient primipares (taux de 62,53%) et parmi ces dernières, 47,5% avaient bénéficié d'une épisiotomie (soit près d'une patiente sur deux). Le risque de bénéficier d'une épisiotomie était 7 fois plus élevé chez les parturientes primipares ($P < 0,001$).

Nos résultats suggéraient donc que les parturientes primipares étaient plus susceptibles de bénéficier d'une épisiotomie que les multipares, confortant l'idée selon laquelle la primiparité constituerait l'indication principale de la pratique de l'épisiotomie.

Dans notre étude, le taux d'épisiotomie était significativement plus élevé pour les accouchements instrumentaux. En effet, le risque était 3 fois plus élevé pour les accouchements instrumentaux comparé aux accouchements par voie basse spontanée ($P < 0,001$).

L'âge gestationnel supérieur à 41 semaines d'aménorrhée constitue un autre facteur de risque associé à l'épisiotomie avec un OR égal à 1,335, à la différence de l'accouchement à terme qui représentait un facteur indépendant de l'épisiotomie (OR = 1) et de l'accouchement prématuré qui constituait un facteur protecteur avec un OR = 0,8 contrairement à ce que de nombreuses autres études avancent.

Le périmètre crânien (OR = 1) et le poids fœtal (OR = 1,02) ajustés à tous les autres paramètres n'influaient pas sur la probabilité d'une épisiotomie.

Au terme de ce travail et au regard des résultats obtenus, nous formulons les recommandations suivantes :

- Adapter la formation du corps médical et des sages-femmes pour une utilisation plus restrictive de l'épisiotomie surtout chez les primipares,
- Mettre en place des évaluations régulières et multicentriques de pratiques professionnelles relatives à l'épisiotomie,
- Promouvoir la protection du périnée lors du dégagement de la tête fœtale,
- Diminuer le recours systématique à l'épisiotomie lors d'accouchements par manœuvre ou par extraction instrumentale surtout en cas de ventouse.

REFERENCES

1. **Laconelli J.** Le recours à l'épisiotomie : déterminants de la pratique des sages-femmes. Paris Descartes; 2014.
2. **Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français**
L'Episiotomie : Recommandations pour la pratique clinique. J Gynécologie Obstétrique Biol Reprod. sept 2005;34(5):513.
3. **Bel B.** Taux d'épisiotomies dans le monde pratiqués dans les hôpitaux. Alliance francophone pour l'accouchement respecté. 2004
4. **Henriksen TB, Bek KM, Hedegaard M and al.** Episiotomy and perineal lesions in spontaneous vaginal deliveries. Br J Obstet Gynaecol. déc 1992;99(12):950-4.
5. **Graham ID, Carroli G, Davies C and al.** Episiotomy Rates Around the World: An Update. Birth. sept 2005;32(3):219-23.
6. **Fritel X, Pigne A.** Que reste-t-il de l'épisiotomie systématique chez la primipare ? Pelvi-Perineologie. 1 sept 2007;2:215-6.
7. **Hartmann K, Viswanathan M, Palmieri R and al.** Outcomes of routine episiotomy: a systematic review. JAMA. 4 mai 2005;293(17):2141-8.
8. **Kayentao AK.** Episiotomie dans le service de Gynéco-Obstetrique du centre de santé de référence de la commune V du district de Bamako : A propos de 1594 cas. Faculté de Médecine de Pharmacie et d'Odonto-Stomatologie; 2008.
9. **Yousfi C.** L'épisiotomie à la Maternité Souissi de Rabat. Mohammed V; 2016.
10. **Ciane.** Episiotomie : Etat des lieux et vécu des femmes. 2013.

11. **Röckner G, Fianu-Jonasson A.** Changed pattern in the use of episiotomy in Sweden. Br J Obstet Gynaecol. févr 1999;106(2):95-101.
12. **Guillemelle L.** Évaluation de la pratique de l'épisiotomie lors des accouchements voie basse par extraction instrumentale au CHU de Grenoble. 2012;33.
13. **Kamina P, Gouazé A.** Anatomie Clinique : Organes urinaires et génitaux, pelvis, coupes du tronc. 2^{eme}. Maloine; 2008. 396 p. (Anatomie; vol. 4).
14. **Rouvrais E.** Le système reproducteur féminin. 2021.
15. **Courbiere B, Carpocino X.** Gynecologie Obstetrique. 2019^e éd. VG editions; 686 p.
16. **Merger R, Levy J, Melchior J.** Précis d'obstetrique. Elsevier-Masson. 2001. 624 p. (Précis de Médecine; vol. 6eme).
17. **Cabrol D, Pons JC, Goffinet F.** Traité d'obstétrique. Paris : Flammarion médecine-sciences. 2003.
18. **Cady J, Kron B.** Anatomie du corps humain (fasc5), petit bassin et périnée, ostéologie et arthrologie de la tête et du cou.
19. **La lettre du gynécologue.** L'épisiotomie protège-t-elle le périnée ? 2000;(257):4.
20. **Comité éditorial de l'Uvmaf.** Complications traumatiques de l'accouchement. 2014;14.
21. **Merger R.** Représentation des différentes techniques d'épisiotomie. 2001.
22. **Lansac J.** Pratique de l'Accouchement. 1999.

23. **Verspyck E, Sentilhes L, Roman H and al.** Techniques chirurgicales de l'épisiotomie. Fuel Energy Abstr. 1 févr 2006;35:40-51.
24. **Fernando A, Belizán J, Bergel E.** Episiotomy rates in primiparous women in Latin America: hospital based descriptive study. 2002.
25. **Parant O, Reme JM, Monrozies X.** Déchirures obstétricales récentes du périnée et episiotomie. 1999.
26. **Plagnard J.** Influence de la technique de suture de l'épisiotomie sur les douleurs périnéales, les dyspareunies et l'incontinence anale à 8 semaines post-partum. 2012.
27. **Pierre A.** L'Episiotomie : Etude de l'impact des recommandations de 2005 sur la formation des étudiants sages-femmes en France. 2011.
28. **Amouri H.** L'Episiotomie.
29. **Comité éditorial pédagogique de l'Uvmaf.** Episiotomie. 2011.
30. **Stones RW, Paterson CM, Saunders NJ.** Risk factors for major obstetric haemorrhage. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol. janv 1993;48(1):15-8.
31. **Guillemelle L.** Évaluation de la pratique de l'épisiotomie lors des accouchements voie basse par extraction instrumentale au CHU de Grenoble. 2012;33.
32. **Coulibaly M.** Episiotomie dans le service de Gynécologie Obstétrique de l'Hôpital Gabriel Touré à propos de 625 cas. [Bamako, Mali]; 2005.
33. **Howard D, Davies PS, DeLancey JO and al.** Differences in perineal lacerations in black and white primiparas. Obstet Gynecol. oct 2000;96(4):622-4.

34. **RCOG.** The Management of Third and Fourth perineal degree Green top Guideline. 2015.
35. **Practice Bulletin No. 165** Summary: Prevention and Management of Obstetric Lacerations at Vaginal Delivery. *Obstet Gynecol.* juill 2016;128(1):226-7.
36. **World Health Organisation. WHO.** Recommendation on episiotomy policy. février 2018;13.
37. **Ballesteros-Meseguer C, Carrillo-García C, Meseguer-de-Pedro M and al.** Episiotomy and its relationship to various clinical variables that influence its performance. *Rev Lat Am Enfermagem.* 2016;24:e2793.
38. **Steiner N, Weintraub AY, Wiznitzer A and al.** Episiotomy: the final cut? *Arch Gynecol Obstet.* déc 2012;286(6):1369-73.
39. **Amole I.** Relative frequency and predictors of episiotomy in Ogbomoso, Nigeria. *Internet J Med Update.* 2 mars 2012;7:41-4.
40. **Eckman A, Ramanah R, Gannard E and al.** Evaluating a policy of restrictive episiotomy before and after practice guidelines by the French College of Obstetricians and Gynecologists]. *J Gynecol Obstet Biol Reprod (Paris).* févr 2010;39(1):37-42.
41. **Rusavy Z, Karbanova J, Kalis V.** Timing of episiotomy and outcome of a non-instrumental vaginal delivery. *Acta Obstet Gynecol Scand.* févr 2016;95(2):190-6.
42. **Andrews V, Thakar R, Sultan AH and al.** Evaluation of postpartum perineal pain and dyspareunia--a prospective study. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* avr 2008;137(2):152-6.

43. **Klein MC, Janssen PA, MacWilliam L, and al.** Determinants of vaginal-perineal integrity and pelvic floor functioning in childbirth. *Am J Obstet Gynecol.* févr 1997;176(2):403-10.

SERMENT D'HIPPOCRATE

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

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

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

Respectueuse et reconnaissante envers mes maîtres, je donnerai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leur père.

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

RESUME

Objectifs : Evaluer la distribution et les déterminants de la pratique l'épisiotomie.

Méthodologie : Il s'agissait d'une étude cas-témoins réalisée à la maternité du centre de santé Philippe Maguilen SENGHOR du 1^{er} janvier 2010 au 31 décembre 2020 portant sur les patientes porteuses d'une grossesse de plus de 22 semaines d'aménorrhée ayant accouché par voie basse. Les données étaient saisies dans notre base de données informatique *E-Périnatal*. Elles y étaient ensuite extraites et analysées d'abord dans Microsoft Excel 2016 puis à l'aide du logiciel *Statistical Package for Social Science* (SPSS 24, version Mac).

Résultats : Sur 102 mois, nous avons enregistré 38 486 accouchements par voie basse. Le taux global d'épisiotomie était de 25,26%. La primiparité représentait l'un des déterminants principaux du recours à l'épisiotomie (62,53%) avec un odds ratio de 7 comparées aux multipares ($P < 0,001$).

L'accouchement d'une grossesse monofoetale en présentation du sommet, l'accouchement instrumental et l'accouchement au-delà du terme étaient significativement associés à la pratique de l'épisiotomie. Cependant, la prématurité constituait un facteur protecteur avec un odds ratio était de 0,827 (IC 0,724-0,944 $P = 0,005$), de même, les présentations irrégulières (siège, face). Le poids fœtal et le périmètre crânien n'étaient, quant à eux, pas associés à la pratique de l'épisiotomie.

Conclusion : Nos résultats confortent l'idée selon laquelle la primiparité constituerait l'indication principale de la pratique de l'épisiotomie.

Mots clés : Episiotomie, déterminants, primiparité, Dakar