

Ministère de l'Enseignement Supérieur et de la Recherche Scientifique République du Mali
But – Une Foi Un Peuple – Un



FACULTE DE MEDECINE ET D'ODONTO STOMATOLOGIE

Année Universitaire 2011 – 2012 Thèse N° ____ /

IMPLICATIONS MEDICO-LEGALES DE
L'EPISIOTOMIE AU CENTRE DE SANTE DE
REFERENCE DE LA COMMUNE I
DU DISTRICT DE BAMAKO

Présentée et soutenue le2012 devant la
Faculté de Médecine et d'Odontostomatologie

Par Monsieur **Sékou dit Zibérou Samaké**

Pour obtenir le grade de **Docteur en Médecine** (Diplôme d'Etat)

PRESIDENT : Pr Sounkalo DAO

MEMBRES : -Dr Alassane TRAORE

-Magistrat Michel DIASSANA

CO-DIRECTEUR DE THESE : Dr Oumar GUINDO

DIRECTEUR DE THESE : Dr Japhet Pobanou THERA

DEDICACES

AU NOM D'ALLAH, LE TOUT PUISSANT, LE CLÉMENT ET LE MISÉRICORDIEUX

J'implore Dieu, le généreux, afin que ce travail soit bien accepté et que les bénéficiaires y trouvent la bénédiction et l'utilité pour s'en servir.

JE DÉDIE CE TRAVAIL À :

MON PÈRE MISSA SAMAKE IN MEMORIUM

J'aurais souhaité te voir là assis en ce moment solennel, cependant DIEU en a décidé autrement. Tout en te promettant de suivre la voie que tu nous as tracé, celle du sens du respect, de la dignité, de l'honneur et du travail bien fait. Trouves ici cher père la récompense de tes immenses sacrifices.

Puisse ce travail m'offrir l'occasion de me rendre digne de ton conseil, de ton estime et de ta confiance.

Que DIEU t'accorde le repos éternel.

Dors en paix N'KOH.

Mes pères feus NIANANKORO ET FAKELE SAMAKE

Ma mère MINATA FOMBA « MAH »

De toutes les femmes du Monde, c'est toi que je préfère !

Courageuse et dévouée, tu m'as entouré d'une attention et d'une affection qui m'ont toujours apporté réconfort et consolation. Même si je n'ai pas été tout le temps à tes côtés, tu n'as jamais cessé de te soucier de mon avenir grâce à tes multiples conseils et tes bénédictions.

Puisse ce travail contribuer au couronnement de tes efforts.

Seul Dieu peut te gratifier de tout ce que tu as fait pour moi MAH.

*Mes mamans **NANKODIE THIERO « YAYI » ; SIRA KEMENANI « NAH » ; FATOUMATA FOMBA « TAH »***

Je vous remercie infiniment pour le soutien moral que vous m'avez accordé ; vous avez été sans doute les maçons du soubassement de ma vie ; vous m'avez toujours traité avec indifférence, ce travail est le couronnement de vos souffrances, de vos patiences ; j'ai bénéficié auprès de vous toutes les tendresses qu'une mère doit à ses enfants.

*Mon épouse **FANTA SOUARE***

Merci pour toute l'affection, le soutien et la complicité que tu m'apportes.

De ce soutien, j'ai très souvent puisé l'énergie nécessaire à l'accomplissement de ce travail. Puisse le Tout Puissant nous garder toujours unis et attentionnés.

MES REMERCIEMENTS A :

*Toutes mes mères de la famille **GOUMADIELA A BANAN KOLA***

*Mes belles sœurs à **Bougouni, San, Bamako***

*Mon grand frère **Dr SEYDOU SAMAKE***

Tu as été d'un soutien sans faille ; tu étais toujours présent aux moments les plus difficiles, tu es le chef d'orchestre de ce travail tu as su bien jouer le rôle de père pour moi ; merci infiniment

*Ma belle sœur **Mme SAMAKE AÏSSATA KANE***

Tu es très aimable, sans doute tu es parmi les meilleures épouses au monde.

*Mes frères de la famille **SAMAKE***

*Mon grand frère **Oumar,***

Dans la famille, tu es la personne dont je me sens le plus proche. Devinant mes pensées et anticipant mes réactions, tu as partagé aussi

bien mon bonheur que ma peine; comme s'il s'agissait de ta propre histoire.

Qu'ALLAH le Tout Puissant t'accorde le plus grand bonheur. « Merci grand frère ».

Mes nièces et neveux

Mon oncle Lalaman Traoré et ses épouses.

Ma tante feu Ramatou Fomba.

Mes amis de la FMOS

Tout le personnel du CSRef CI

Le médecin chef du CSRef CI

Le chef de service de Gynécologie obstétrique : Dr Soumaré Modibo

Les médecins du service de Gynécologie-obstétrique du Csref CI :

Les internes du CSRef CI

Les éléments de mon équipe de garde

Mon beau père Boubacar Souaré et mes belles mères Penda

Camara ; Mariam Souaré

Je vous remercie pour tout le soutien que vous m'avez accordé.

HOMMAGES AUX MEMBRES DU JURY

A NOTRE MAITRE ET PRESIDENT DU JURY,

Professeur Sounkalo DAO

- **Professeur titulaire en maladies infectieuses**
- **Chef de DER de Médecine à la FMOS**
- **Responsable de l'enseignement des maladies infectieuses à la FMOS**
- **Investigateur clinique au Centre de Recherche et de Formation sur le VIH et la tuberculose: SEREFO/FMOS/NIAID**
- **Président de la SOMAPIT (Société Malienne des Pathologies infectieuses et Tropicales)**
- **Membre de la SAPI (Société Africaine des Pathologies Infectieuses) et SPILF (Société des Pathologies Infectieuses en Langue Française)**

Cher Maître,

Vous nous faites un grand honneur en acceptant de présider ce jury de thèse.

Votre spontanéité et votre ardeur au travail font de vous un exemple pour la jeune génération d'apprenants que nous sommes.

Vos remarques et vos suggestions ont contribué à l'amélioration de ce travail.

Permettez-nous, cher maître, de vous réitérer notre profond respect.

A NOTRE MAITRE ET JUGE

Maître Michel DIASSANA

- **Magistrat de profession,**
- **Juge d'instruction au Tribunal de Sikasso
durant trois ans (2005-2008)**
- **Juge au Siège au Tribunal de la Commune
II du District de Bamako durant 3ans
(2008-2011)**
- **Actuellement juge de paix au tribunal de
Banamba**

Cher Maître,

**Vous nous faites honneur en acceptant de juger ce travail
malgré vos multiples occupations.**

**Votre abord facile et votre positivité dans les actions font
de vous un maître exemplaire et un modèle à suivre.**

**Trouvez ici cher maître l'expression de notre profonde
gratitude et notre respect.**

A NOTRE MAITRE ET JUGE

Dr Alassane TRAORE

- **Gynécologue obstétricien à l'Hôpital du Mali**
- **Gynécologue obstétricien au CSRéf.CI en 2011**
- **Chef de service de la Gynécologie Obstétrique à l'Hôpital de Gao de 2005 à 2011.**

Cher maître,

Votre spontanéité à accepter de contribuer à ce travail nous a énormément touché.

Vos suggestions et vos remarques ont su conduire ce travail à son terme.

Votre sens du travail bien fait et votre ardeur à le parfaire nous donnent un exemple à suivre.

Veillez recevoir ici, cher maître, l'expression de notre respect et de notre gratitude.

A NOTRE MAITRE ET CO-DIRECTEUR DE THESE

Docteur Oumar GUINDO

- **Diplômé de médecine générale**
- **Diplômé de la 3^{ème} promotion Epivac au Benin**
- **Attaché de recherche auprès du MESRS (Ministère de l'Enseignement Supérieur et de la Recherche Scientifique)**
- **Apprenant au Master de Santé Publique au DERSP/FMOS (Département d'Etude et de Recherche en Santé Publique)**

Cher maître,

Votre cordialité et votre gentillesse nous ont touchées tout le long de ce travail.

Votre abnégation au travail et votre bonne humeur naturelle font de vous un être admiré de tous.

Vos conseils ont su guider à bien ce travail.

Veillez trouver ici, cher maître, la marque de notre profonde gratitude et de notre reconnaissance.

A NOTRE MAITRE ET DIRECTEUR DE THESE

Docteur Japhet Pobanou THERA

- **Diplômé d'Ophthalmologie ;**
- **Diplômé de Médecine légale et d'Expertise ;**
- **Chef du service d'Ophthalmologie du CS Réf de la Commune IV ;**
- **Maitre-assistant de Médecine Légale à la FMOS**
- **Maitre assistant en ophtalmologie**

Cher Maître,

Vous nous avez confié ce travail et dirigé avec bienveillance sa réalisation.

Nous avons été conquis par la qualité et la clarté de votre enseignement.

Votre rigueur scientifique, votre disponibilité, votre savoir être et votre savoir faire font de vous un pédagogue confirmé et un grand maître dans l'art médical. Ces

qualités ont été d'un bénéfice inestimable pour l'amélioration de ce travail.

Veillez accepter cher maître, notre profonde admiration et le témoignage de notre reconnaissance.

Sommaire

I - INTRODUCTION.....	2
II - OBJECTIFS.....	7
III - GENERALITES	9
IV - METHODOLOGIE	46
V - RESULTATS	60
VI- COMMENTAIRES – DISCUSSION	69
VII – CONCLUSION - RECOMMANDATIONS.....	78
IX – REFERENCES.....	82
X – ANNEXES.....	93

ABREVIATIONS

- ASACO** : Association de Santé Communautaire.
- CHU GT** : Centre Hospitalo-Universitaire Gabriel Touré.
- CPN** : Consultation Prénatale.
- CSCOM** : Centre de Santé Communautaire.
- CSRef CI** : Centre de Santé de Référence de la Commune I.
- CSRef CIV** : Centre de Santé de Référence de la Commune IV.
- EDS** : Enquête Démographique et de Santé.
- ITT** : Incapacité Temporaire Totale.
- mm** : Millimètre
- OMS** : Organisation Mondiale de la Santé.
- SPSS** : Statistical Package for Social Science
- USAC** : Unité de Soins d'Assistance et de Conseil.
- VIH** : Virus d'Immunodéficience Humaine.

INTRODUCTION

I/ INTRODUCTION

L'épisiotomie se définit comme la section de l'anneau vulvaire et du faisceau pubo-rectal du muscle releveur de l'anus. Son but est double à la fois maternel et foetal. **[1]**

Sur le plan maternel : éviter à court terme les déchirures périnéales sévères et prévenir à plus long terme les troubles de la statique pelvienne (Prolapsus génito-urinaire, incontinence urinaire d'effort, lésions ano-rectales).

Sur le plan foetal : abrégé l'expulsion (et donc réduire le risque d'acidose foetale), diminuer le traumatisme foetal, surtout en cas de prématurité et faciliter la réalisation des manoeuvres obstétricales.

La première description de l'épisiotomie remonte au XVIII^e siècle (Fieldin Ould, 1742). Sa réalisation était alors exceptionnelle et non suturée. C'est à partir des publications de Pommeroy et Lee (1920) que sa pratique se généralise.

Actuellement la fréquence de l'épisiotomie n'est pas connue de manière précise; elle varie selon les pays, les écoles, les périodes et elle est de 9 à 90% des accouchements. **[1]**

La fréquence la plus couramment observée se situe entre 30 et 60% dans les pays industrialisés (30% en Europe et 60% aux Etat unis d'Amérique).

L'épisiotomie est probablement le geste chirurgical le plus pratiqué en France avec une fréquence estimée à 390.000 / an. **[1]** Cependant son bénéfice réel et son rôle préventif sur les lésions périnéales sont de plus en plus discutés comme en témoigne le nombre important des

publications récentes sur ce sujet. Sa morbidité n'est pas nulle notamment en ce qui concerne les phénomènes hémorragiques et douloureux. Ceci souligne l'importance d'une réalisation et d'une réparation correctes.

Au Royaume Uni ; Graham et al ont trouvé 13% [2]

En Suède ; Rokner dans son étude a rapporté un taux de 9,7% entre 1999 et 2000. [2]

Au Mali plusieurs études ont été réalisées sur l'épisiotomie ; en 2008 au Centre de Santé de Référence de la Commune V (CSRef CV) Kayantao A K a trouvé 31,95% ; entre 2002 et 2004 au Centre Hospitalo-universitaire Gabriel Touré (CHU GT); Coulibaly M. a trouvé 13.76%. Une étude réalisée au même CHU en 1992 a trouvé 38,32% [3, 4, 5] ; mais ses implications médico-légales sont peu étudiées à nos jours.

Selon la constitution Malienne en son article 1er : « *la personne humaine est sacrée et inviolable. Tout individu a droit à la vie, à la liberté, à la sécurité et à l'intégrité de sa personne* ». [22]

L'épisiotomie est un acte médical qui porte atteinte à l'intégrité du corps humain.

L'article 16-3 du code civil français dispose: « *il ne peut être porté atteinte à l'intégrité du corps humain qu'en cas de nécessité médicale pour la personne ou à titre exceptionnel dans l'intérêt thérapeutique d'autrui* ». [17]

Le code pénal du Mali en son article 210 précise : *Celui qui, par maladresse, imprudence, inattention, négligence ou inobservation des règlements, aura involontairement porté des coups, fait des blessures, ou occasionné des maladies à autrui, sera puni d'un emprisonnement de trois mois à deux ans et d'une amende de 20 000 à 300 000 francs ou de l'une de ces peines seulement.* [20]

L'information et l'obtention du consentement éclairé sont indispensables pour la pratique de l'épisiotomie.

Selon son article 41 ; le code de déontologie médicale français précise : « *aucune intervention mutilante ne peut être pratiquée sans motif médical très sérieux et sauf urgence ou impossibilité, sans information de l'intéressé et sans son consentement* » [21]

Le devoir d'information du patient est une obligation légale et déontologique qui s'impose au médecin. Tout praticien doit informer le malade pour obtenir son consentement aux soins qu'il lui propose. [21]

L'article 35 du code de déontologie médicale français indique : « *le médecin doit à la personne qu'il examine, qu'il soigne ou qu'il conseille, une information loyale, claire et appropriée sur son état, les investigations et les soins qu'il lui propose. Tout au long de sa maladie, il tient compte de la personnalité du patient dans ses explications et veille à leur compréhension* » [21]

Le droit de la responsabilité en France est traditionnellement fondé sur la notion de faute c'est l'article 1382 du code civil qui dispose « *tout fait quelconque de l'homme qui cause à autrui un dommage oblige celui qui par la faute du quel il est arrivé à le réparer* » [17]

La loi du 4 mars 2002 s'inscrit dans le code de santé publique comme un principe général et fondamental dans la relation soignant-soigné.

L'article L 1111-2 du code de santé publique Français précise : dans son principe, l'information doit porter sur :

- ✓ état du patient, évolution prévisible et soins conseillés
- ✓ nature et conséquence et de la thérapeutique proposée
- ✓ utilité du traitement proposé

- ✓ alternatives éventuelles (informer des avantages et inconvénients des différentes thérapies proposées, mettre en valeur le bénéfice-risque des traitements proposés.
- ✓ Suites normales du traitement ou de l'intervention et leurs conséquences
- ✓ Urgences éventuelles.

Dans le cadre du contentieux du défaut d'information, il convient de distinguer deux hypothèses :

- ✓ S'il est établi que le patient aurait pris une autre décision, s'il avait été informé et dans cette hypothèse il doit être indemnisé du préjudice qui s'est réalisé avec possibilité de procéder à une diminution de l'indemnisation en appliquant la théorie de la perte de chance
- ✓ Si cette faute n'a pas eu de caractère déterminant, la responsabilité du médecin peut être écartée. [18]

Si le praticien est retenu coupable, il peut être appelé à réparer un certain nombre de préjudices attachés à la personne qui peuvent être :

- **pretium doloris** : qui correspond aux souffrances endurées par la victime pendant la durée de l'incapacité temporaire totale et qui est fixée en fonction d'une échelle de 0 à 7 (nul, très léger, léger, modéré, moyen, assez important, important, très important) ;
- **ITT** : il s'agit de la période qui va du 1^{er} jour de la maladie jusqu'au 1^{er} jour de sa consolidation ou de sa guérison.
- **préjudice esthétique** : qui correspond à l'atteinte corporelle de nature à « enlaidir » la victime (cicatrice, modification morphologique, perte d'organe) et qui sera aussi chiffré sur une échelle de 0 à 7.

- **préjudice d'agrément** : qui vise l'ensemble des « désagréments entraînés par l'handicap, la privation des activités de loisirs et distractions réservés à un Homme normal »
- **préjudice sexuel.** [19]

Pour mieux élaborer ce sujet ; nous avons décidé de mener cette étude « les implications médico-légales de l'épisiotomie au Centre de Santé de Référence de la Commune I du district de Bamako »

Pour y parvenir nous nous sommes fixés les objectifs suivants :

OBJECTIFS

II/OBJECTIF GENERAL :

Etudier les implications médico-légales de l'épisiotomie.

OBJECTIFS SPECIFIQUES :

Déterminer la fréquence de l'épisiotomie;

Déterminer les principales indications de l'épisiotomie;

Déterminer la fréquence des gestantes chez lesquelles l'information est donnée;

Déterminer la fréquence des patientes chez lesquelles le consentement éclairé est obtenu;

Déterminer la fréquence des complications et séquelles de l'épisiotomie

Déterminer la fréquence des préjudices;

GENERALITE

III/GENERALITES

❖ RAPPELS ANATOMIQUES [6]

A- ORGANES GENITAUX EXTERNES : ils comprennent;

- ✓ une dépression moyenne : le vestibule,

- ✓ bordée latéralement par les petites lèvres qui se rejoignent en avant au niveau du clitoris,
- ✓ plus en dehors, les grandes lèvres qui se perdent en avant sur le mont de Venus.

1- LE MONT DE VENUS :

C'est une saillie médiane couverte de poils riche en tissus gras et située devant la symphyse pubienne.

2-LES FORMATIONS LABIALES :

-LES GRANDES LEVRES : triangulaires à la coupe, elles sont séparées de la cuisse par le sillon génito-crural et des petites lèvres par le sillon inter-labial.

Leurs extrémités postérieures s'unissent pour former la commissure postérieure.

-LES PETITES LEVRES : situées en dedans des grandes lèvres, leurs extrémités antérieures se bifurquent pour former le capuchon de la fourchette.

3- LES FORMATIONS ERECTILES :

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

-LES BULBES VESTIBULAIRES : ovoïdes à grosse extrémité postérieure, ils sont recouverts par les muscles bulbo-caverneux.

4-LE VESTIBULE :

C'est la fente inter-labiale ; s'y ouvrent :

-LE VAGIN dont il est séparé par l'hymen en absence de défloration. Ses débris forment les lobules hyménaux après la défloration. Après l'accouchement, il ne persiste que les caroncules myrtiformes.

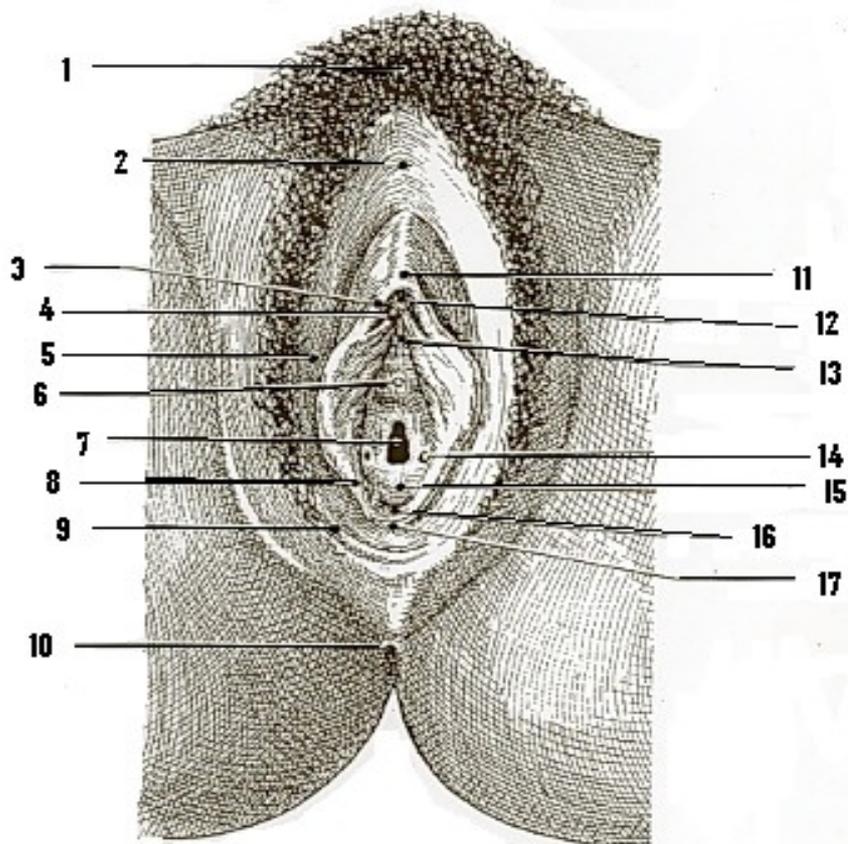
-l'orifice URETRAL séparé du vagin par le tubercule vaginal.

5- LES GLANDES ANNEXES :

Ce sont :

-LES GLANDES URETERALES ET PARA-URETERALES DE SKENE situées entre l'urètre et l'ostium du vagin ;

-LES GLANDES VESTIBULAIRES DE BARTHOLIN situées de part et d'autre de l'orifice du vagin.



-Mont de venus ; 2-Extrémité antérieure des grandes lèvres ; 3-Repli antérieur de la petite lèvre ; 4-Frein du clitoris ; 5-Grandes lèvres ; 6-Méat urétral ; 7-Orifice vaginal ; 8-Petite lèvre ; 9-Commissure postérieure des grandes lèvres ; 10-Anus ; 11-Capuchon du clitoris ; 12-Gland du clitoris ; 13-Bride masculine ; 14-Orifice de la glande de Bartholin ; 15-Hymen ; 16-Fossette naviculaire ; 17-Fourchette vulvaire.

FIGURE 1: VULVE, GRANDES LEVRE ET PETITES LEVRES RECLINEES : IN CADY J. KRON B. [6]

B-ORGANES GENITAUX INTERNES :

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

1-LES OVAIRES :

Ce sont des glandes endocrines par la production d'œstrogènes, de progestérone, d'androgènes ; et exocrines par l'expulsion cyclique d'ovule.

2-LES TROMPES :

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

3-L'UTERUS :

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

4-LE VAGIN :

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

C-LE CANAL PELVI-GENITAL [7] :

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

1-LE BASSIN OSSEUX :

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

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

Les lignes innominées divisent le bassin en deux parties :

- en haut, le grand bassin qui n'a guère d'intérêt obstétrical.

- en bas, le petit bassin ou pelvis, canal osseux auquel on décrit deux orifices et une excavation. Sa traversée constitue l'essentiel de l'accouchement.

1-1- ORIFICE SUPERIEUR OU DETROIT SUPERIEUR

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

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

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

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

Les diamètres transverses sont :

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

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

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

1-2- EXCAVATION PELVIENNE

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

Elle est constituée :

- en avant, par une paroi relativement courte, formée par la face postérieure de la symphyse pubienne et des parois des pubis,
- en arrière, par la face antérieure du sacrum et du coccyx,
- latéralement, par la face quadrilatère de l'os coxal répondant au fond du cotyle, par la face interne de l'épine sciatique et du corps de l'ischion.

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

1-3-ORIFICE INFERIEUR OU DETROIT INFERIEUR

Plan de dégagement de la présentation, il est limité :

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

Sa forme est losangique à grand axe antéropostérieur.

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

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

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

D- LE DIAPHRAGME PELVI-PERINEAL

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

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

[7]

D'autres auteurs par contre proposent une autre description du périnée

[8]:

Ils le définissent comme étant la partie séparant la fourchette vulvaire de l'anus (définition obstétricale); et comme étant l'ensemble des parties molles fermant en bas l'excavation pelvienne (définition anatomique). Il a pour limites un cadre ostéo-tendineux de la forme losangique constitué :

- en avant, par le bord inférieur de la symphyse pubienne et les branches ischio-pubiennes,
- en arrière par le sommet du coccyx et par les grands ligaments sacro-sciatiques.

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

1-PLAN PROFOND : DIAPHRAGME PELVIEN PRINCIPAL

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

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

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

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

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

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

2-PLAN SUPERFICIEL

Il est représenté par deux espaces triangulaires :

2-1 ESPACE PERINEAL ANTERIEUR

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

2-2- ESPACE PERINEALE POSTERIEUR

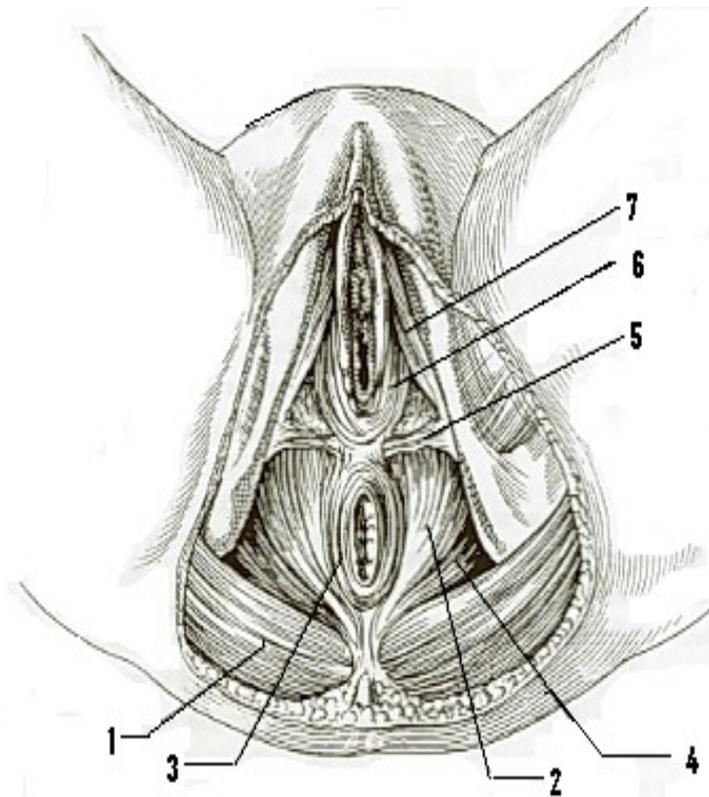
Comprend l'appareil sphinctérien de l'anus et les fosses ischio-rectales :

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

l'extérieur : la muscularis submucosae ani ; le sphincter interne ; la couche longitudinale complexe du canal anal et le sphincter externe.

- Fosses ischio-rectales: Elles sont limitées :

- . en dehors par l'os coxal et le muscle obturateur interne,
- . en haut et en dehors par le faisceau de l'élévateur de l'anus et le sphincter externe de l'anus,
- . en bas par le fascia superficiel du périnée et la peau,
- . en arrière par le muscle grand fessier.



Haut

Gauche

Figure 2 : Plancher périnéal : in Merger R [7]

1: muscle grand fessier ; 2 : muscle releveur de l'anوس ; 3 : sphincter anal ; 4 : muscle ischio-coccygien ; 5 : muscle transverse superficiel du périnée ; 6 : muscle bulbo-caverneux ; 7 : muscle ischio-caverneux.

E-LE MOBIL FŒTALE [9, 10]

Trois segments doivent être considérés :

1- Le crâne fœtal : C'est la partie la plus importante qui doit présenter des diamètres adaptés au bassin maternel. La tête fœtale est un ovoïde à grosse extrémité postérieure dont le grand axe va du menton à un point situé un peu en avant de la saillie de l'occiput. Les os du crâne sont représentés en avant par les deux moitiés de l'os frontal, séparés par une suture; latéralement deux os pariétaux et deux écailles temporales; en arrière l'écaille occipitale.

Ces os sont séparés par des sutures qui sont : la suture sagittale (antéropostérieure), la suture transversale, la suture pariéto-occipitale. Ces sutures permettent la mobilité des os du crâne l'un par rapport à l'autre et cela explique le modelage possible de la tête, afin de s'accommoder au bassin maternel, dans une certaine mesure.

Les fontanelles sont principalement au nombre de deux :

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

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

1-1- Diamètres antéro-postérieurs

- **Diamètres occipitaux** :

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

- occipito-frontal, de l'occiput à la racine du nez : 11,5cm.

- Diamètres sous occipitaux :

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

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

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

1-3- Diamètres transversaux :

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

- bitemporal, d'une fosse temporale à l'autre : 8cm

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

- la grande circonférence qui mesure 37cm.

- la petite circonférence qui est de 33cm.

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

3-LES HANCHES : le diamètre bi-trochantérien est de 9cm.

Le nouveau-né à terme pèse en moyenne 3300g et mesure 50cm. On considère cependant comme normaux des poids compris entre 2500 et 3999g et des tailles entre 47 et 50cm. La peau est généralement rose vif, parfois rouge, recouverte dans les premières heures d'un enduit blanc graisseux, le vernix caseosa. Un fin duvet (lanugo) est fréquent dans les premiers jours au niveau des épaules, du dos, et du front.

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

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

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

F-LES PRESENTATIONS FCETALES [15]

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

Le fœtus peut se présenter par la tête: présentation céphalique; par les fesses: présentation du siège. Lorsqu'il se trouve en travers, c'est le tronc qui occupe l'aire du détroit supérieur ; quoique l'accouchement spontané soit impossible si le fœtus est à terme, l'usage prévalait de

décrire la présentation de l'épaule, alors qu'il s'agit plutôt d'une position transversale ou oblique.

1 –PRESENTATIONS CEPHALIQUES

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

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

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

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

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

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

- naso-iliaque droite postérieure (NIDP) ;

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

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

2-PRESENTATION DU SIEGE

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

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

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

Les variétés de position sont, par ordre de fréquence :

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

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

3-POSITION TRANSVERSALE ET OBLIQUE (présentation de l'épaule)

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

Les quatre variétés sont :

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

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

RAPELS SUR L'ACCOUCHEMENT

1- DEFINITION

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

L'expulsion de l'œuf avant le terme de 6 mois est pour le droit français un avortement. L'accouchement qui se produit entre le début de la 38^{ème} semaine (259 jours) et la fin de la 42^{ème} semaine (293 jours) est dit à terme. S'il se produit avant 37 semaines (259 jours) de grossesse, il est prématuré.

2- LE TRAVAIL D'ACCOUCHEMENT

Il comprend trois périodes :

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

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

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

- elles sont involontaires ;
- elles sont intermittentes et rythmées, relativement régulières, séparées par un intervalle de durée variable, d'abord long au début du travail (15 à 20 minutes), puis de plus en plus court (2 ou 3 minutes à la fin de la période de dilatation).
- elles sont progressives dans leur durée, qui de 15 à 20 secondes au début, atteint 30 à 45 secondes à la fin de la dilatation; dans leur intensité, qui croit du début à la fin de la dilatation ;
- elles sont totales, se propageant comme une onde du fond de l'utérus à sa partie basse ;
- elles sont douloureuses.

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

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

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

2-2- Deuxième période ou période d'expulsion

Elle correspond à la sortie du fœtus et s'étend depuis la dilatation complète jusqu'à la naissance. Elle comprend deux phases : la première

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

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

Dans un deuxième temps, la présentation se défléchit et distend le périnée antérieur. Le noyau fibreux central du périnée s'étale et s'aplatit. Le périnée se moule sur la présentation et s'allonge. Le faisceau pubo-rectal des releveurs est repoussé en bas et en avant et vient s'intégrer dans le périnée superficiel. L'orifice vulvaire s'horizontalise. C'est à cet instant que la distension devient maximum.

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

Le pronostic de l'accouchement est d'autant meilleur que les contractions utérines sont de bonne qualité, que le segment inférieur est mieux formé et mieux moulé sur la présentation, que les parties molles

maternelles sont plus souples, que le volume foetal est plus voisin de la normale, que la position du foetus est plus eutocique.

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

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

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

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

2-3-Troisième période ou délivrance

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

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

3-COMPLICATIONS TRAUMATIQUES DE L ACCOUCHEMNET [11, 12]

Lors de l'accouchement, la parturiente est exposée à différents traumatismes qui peuvent affecter essentiellement le périnée, toujours

menacé, mais également la vulve, le vagin, le col utérin. Parmi ces traumatismes, les déchirures occupent une place importante. De telles déchirures, si elles surviennent, doivent être réparées en milieu obstétrical ou chirurgical, par un opérateur qualifié. De la qualité de la réparation immédiate dépend le pronostic fonctionnel ultérieur.

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

3-1 Déchirures obstétricales

3-1-1 Déchirures vulvaires [12]

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

3-1-2- Déchirures périnéales [13]

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

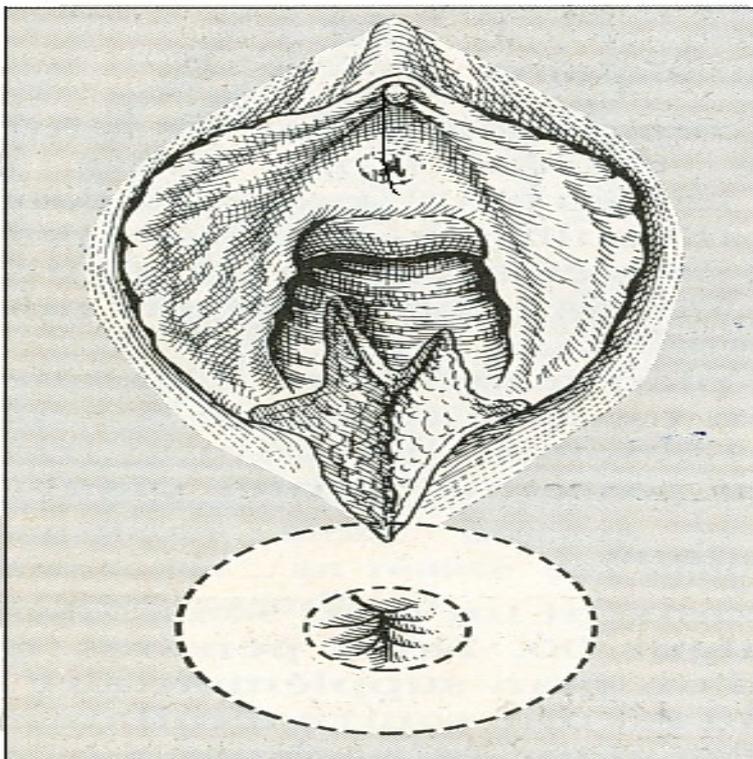
Quant aux déchirures ouvertes, elles sont classées en trois degrés de lésions :

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

Elles intéressent la peau ano-vulvaire, les muscles superficiels du périnée (bulbo-caverneux et transverse) et la muqueuse vaginale, en respectant le sphincter anal. Elles débutent au niveau de la fourchette vulvaire et peuvent s'étendre sur un côté ou sur les deux côtés du vagin,

formant alors une plaie triangulaire irrégulière ou vers le bas en direction du sphincter anal. Par ordre croissant de gravité, on distingue trois subdivisions :

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



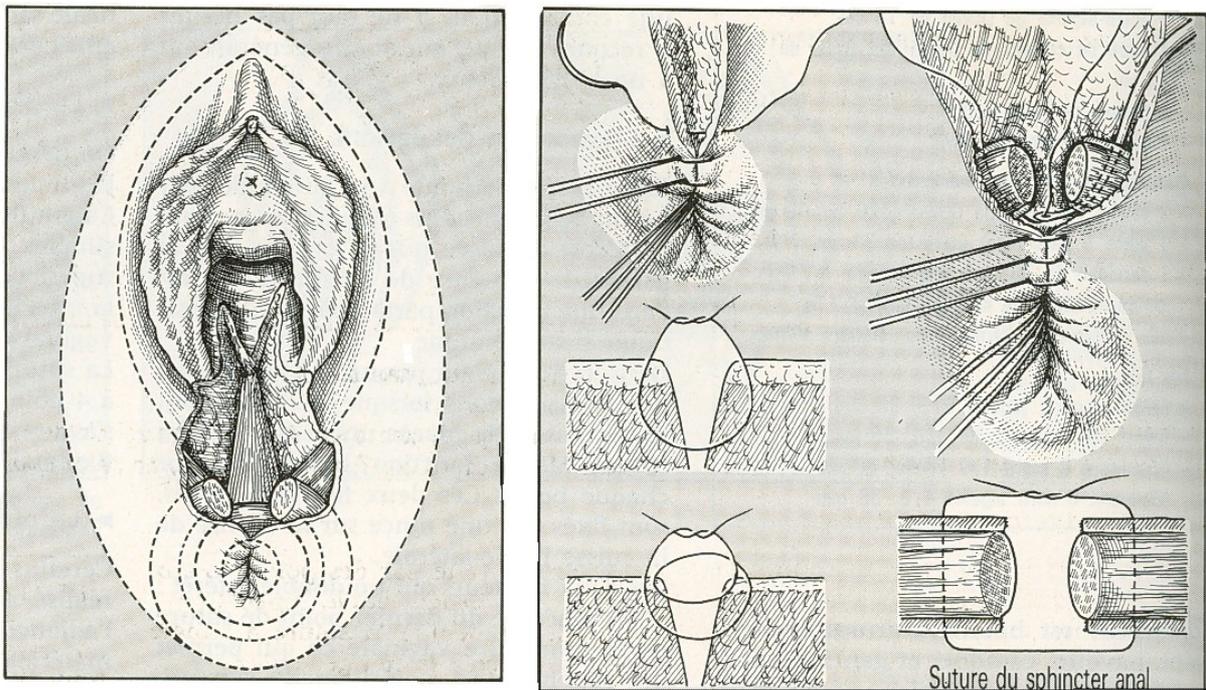
Haut

Gauche

Figure 3: Déchirure périnéale du 1^{er} degré : in Lansac J [13]

3-1-1-2 Déchirures périnéales complètes ou du deuxième degré (Figure 4)

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



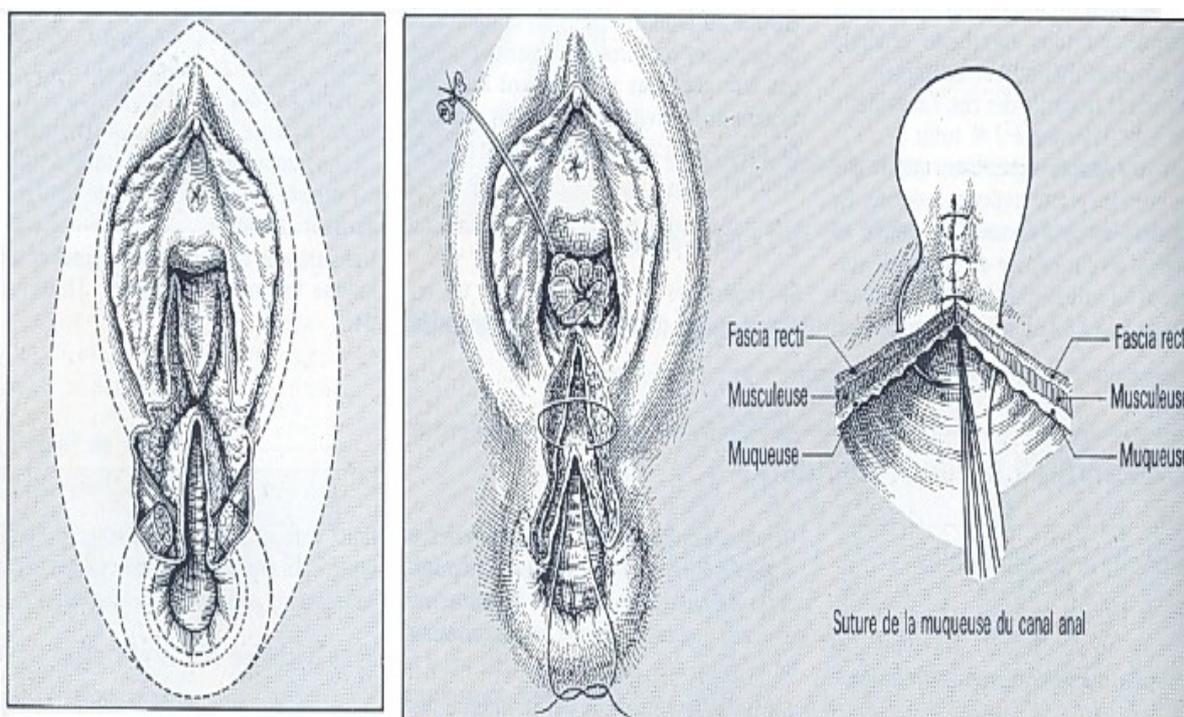
Haut

Gauche

Figure 4: Déchirure périnéale du 2^{ème} degré : in Lansac J [13]

3-1-1-3 Déchirures périnéales complètes compliquées ou du troisième degré (Figure 5)

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



Haut

Figure 5 : Déchirure périnéale du 3^{ème} degré : in Lansac J [13]

Gauche

3-1-3 Facteurs de risque [11]

Ils sont de trois ordres :

3-1-3-1 Facteurs maternels

- Primiparité

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

- Texture du périnée

Le périnée peut être trop fragile, œdématié par exemple par un travail prolongé. A l'inverse, un périnée trop résistant, se laissant mal distendre par le mobil foetal, comme les périnées cicatriciels ou celui de la primipare âgée et, exceptionnellement dans nos régions, le périnée des femmes ayant subi une infibulation ou une excision rituelle, est également exposé aux déchirures.

- Conformation du périnée

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

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

3-1-3-2 Facteurs foetaux

- Excès de volume foetal

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

- Présentations

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

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

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

3-1-3-3 Facteurs opératoires

- Extractions instrumentales

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

- Manœuvres obstétricales

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

- Episiotomie médiane

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

3-2 Prévention des déchirures obstétricales [11]

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

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

4-Episiotomie

4-1 Définition

L'épisiotomie est une incision périnéale réalisée au moment de l'expulsion du fœtus et destinée à agrandir l'orifice vaginal [14].

4-2 Indications [11]

L'analyse des données de la littérature souligne que l'épisiotomie ne doit pas être systématique et que son usage intensif n'est pas justifié.

Ses indications sont superposables aux facteurs de risque de déchirures périnéales (facteurs maternels, fœtaux, opératoires). Certaines indications sont formelles :

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

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

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

4-3 Conditions

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

Dans les présentations céphaliques, l'accouchement la période d'expulsion correspond à la distension du périnée et à l'apparition de la tête dans l'anneau vulvaire alors que le périnée est distendu et la tête apparente dans l'anneau vulvaire.

Le moment de réalisation d'une épisiotomie est essentiel. Elle ne devra pas être pratiquée trop tôt, sur un périnée encore épais car elle est alors douloureuse et hémorragique (en dehors de l'application de forceps où elle est pratiquée obligatoirement sur un périnée non encore amplifié). Elle ne devra pas être pratiquée trop tard, alors que le périnée commence déjà à se déchirer. Elle devra être effectuée sur un périnée mince, distendu et amplifié par la tête fœtale ; dans ce cas, elle est pratiquement exsangue.

Elle doit être effectuée quand la présentation commence à distendre le périnée à l'acmé d'une contraction et d'un effort expulsif. A ce stade, la mise en tension du faisceau pubo-rectal provoque un allongement du périnée postérieur et l'ouverture du canal anal [11, 12]

4-4 Types et techniques d'épisiotomie [11]

Différentes techniques d'épisiotomie ont été décrites :

4-4-1 Episiotomie médio-latérale (Figure 6 et 7)

C'est la plus répandue. L'index et le majeur de la main (gauche pour les droitiers et droite pour les gauchers) sont introduits entre le périnée et la présentation. L'incision part de la fourchette vulvaire avec l'horizontale, en direction de la tubérosité ischiatique. Elle est réalisée à droite pour les droitiers (et inversement pour les gauchers) à l'aide de ciseaux droits et sur 4cm environ. La surface des branches des ciseaux doit être perpendiculaire au plan des tissus périnéaux qui doivent être sectionnés en un coup.

Elle doit sectionner la peau périnéale, le vagin, les muscles superficiels et surtout le faisceau pubo-rectal du releveur. La section du faisceau pubo-rectal doit être complète. « Il n'y a pas de petites épisiotomies, il n'y a qu'une épisiotomie : la bonne ».

Au cours des extractions instrumentales, l'axe de section doit être horizontalisé compte tenu de la déformation liée à la mise en place des spatules ou des forceps et du fait de l'absence d'ampliation périnéale. Certaines équipes effectuent l'épisiotomie avant la mise en place des spatules. Par ailleurs, en raison de la mauvaise ampliation périnéale, la section doit être effectuée le plus souvent en deux temps : un premier coup de ciseaux sectionne la peau et le vagin et un deuxième coup sectionne le faisceau pubo-rectal.

Les avantages de ce type d'incision sont nombreux. Elle respecte le centre tendineux du périnée et protège au mieux contre les déchirures.

Les inconvénients résident dans les douleurs post opératoires et le caractère souvent hémorragique.

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

- épisiotomie trop petite ne sectionnant pas le faisceau pubo-rectal du releveur. Elle ne protège pas le périnée et expose la patiente à une déchirure du sphincter anal. La déchirure se prolonge en effet vers l'anus en suivant la direction des fibres musculaires du releveur ;
- épisiotomie trop précoce, sur un périnée non amplifié. Elle est le plus souvent hémorragique et ne sectionne pas complètement le faisceau musculaire ;
- épisiotomie trop tardive alors que les dégâts périnéaux sont déjà constitués ;
- épisiotomie trop latérale.

4-4-2 Episiotomie médiane (Figure 6)

Ce type d'épisiotomie a la faveur des équipes anglo-saxonnes et consiste à sectionner verticalement le centre tendineux du périnée. Certains auteurs peu nombreux, conseillent de sectionner délibérément le sphincter externe de l'anus.

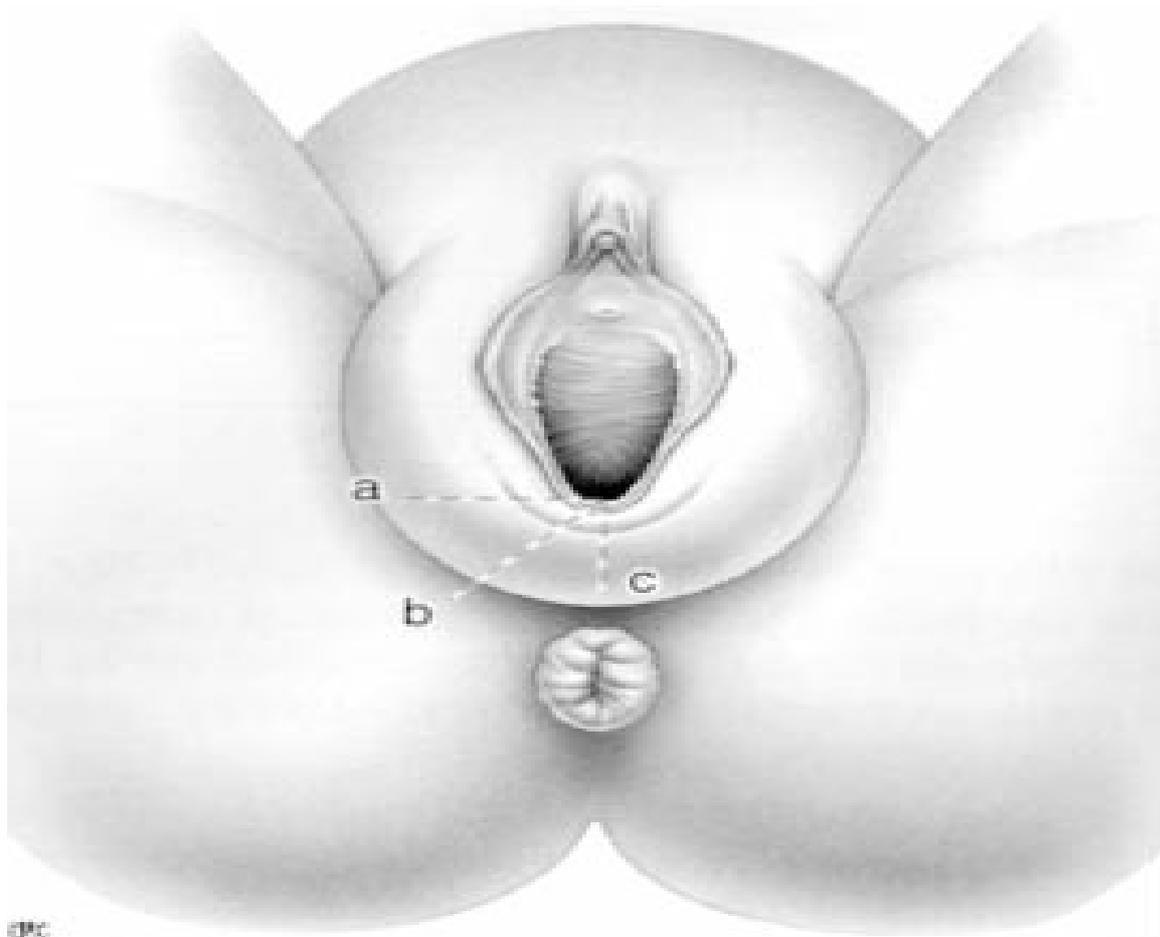
Ce type d'incision a comme avantage d'être peu hémorragique, d'être plus anatomique et facile à réparer que les incisions médio-latérales et enfin d'être moins douloureuse dans le post partum ou à la reprise des rapports sexuels. L'inconvénient majeur à l'origine de l'abandon de cette technique par la majorité des écoles françaises est le risque de

propagation de l'incision au sphincter anal. Le nombre de fistules recto-vaginales est également majoré. Si on la pratique, le volume de la présentation ainsi que la distance ano-vulvaire doivent être soigneusement évalués.

4-4-3 Episiotomie latérale (Figure 6)

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.



Haut

Gauche

Figure 6: Les principaux types d'épisiotomie [19]

a= latérale, b= médio-latérale, c= médiane

4-5 Réfection de l'épisiotomie (13)

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

4-5-1 Le matériel

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

. Matériel indispensable :

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

. Matériel pouvant être nécessaire :

- 2 valves vaginales de Doyen (120 x 45mm),
- 1 pince à pansement utérin de 24 cm,
- 1 seringue de 20 cm³, une aiguille intramusculaire, de la Lidocaïne à 1%,
- des compresses stériles, des gants stériles,

. Les fils :

- vicryl 0 serti, aiguille 3/8, 36mm,
- vicryl 00 serti, aiguille 3/8, 36mm,
- mersuture 0 serti, 1/2 cercle, 36mm ou nylon monobrin 0 serti aiguille 4/8, 36mm

4-5-2 L'installation de la parturiente

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

L'opérateur est habillé chirurgicalement (calot, bavette, casaque, et gants stériles). Un bilan soigneux des lésions nécessite un toucher rectal

pour vérifier l'intégrité du sphincter et de la muqueuse anale. On vérifie l'absence de trait de refend cutané, de lésions du vestibule et du vagin controlatéral.

4-5-3 L'anesthésie

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

Il faut se rappeler également que le périnée obstétrical est très vascularisé. La résorption de la Lidocaïne est rapide et complète.

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

4-5-4 La réparation des différents plans

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

4-5-4-1 Le plan vaginal

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

4-5-4-2 Le plan musculaire

On débute sa réparation avant de suturer la fourchette vulvaire, on utilise le vicryl 00 avec des points simples. La difficulté se situe au point supérieur. Il doit être perpendiculaire à la tranche de section et parallèle aux plans vaginal et rectal.

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

4-5-4-3 Le plan cutané

Certains préconisent un plan sous-cutané, réalisé au vicryl 00.

D'autres préfèrent des points de Blair Donati dont le point profond permet l'affrontement sous-cutané.

Le fil utilisé est du nylon 2/0 ou 3/0. Un surjet sous-cutané de vicryl 00 a l'avantage d'éviter l'ablation désagréable des fils. On commence par l'angle inférieur toujours par souci de symétrie parfaite : 3 à 4 points, passés de proche en proche, suffisent. Nous terminons par la reconstitution de la fourchette vulvaire. La conjonction des points de repère et de la suture cutanée de bas en haut permet un affrontement parfait. Cette zone sensible est suturée par 1 à 2 points de vicryl 00 de Blair Donati.

D'autres auteurs [1], par ailleurs, décrivent une autre technique de réparation de la peau : elle se fait en deux plans par un double surjet continu mené d'une seule aiguillée (vicryl 3 ou 3,5). Le surjet profond rapproche les deux lèvres de la plaie. Le retour est effectué par un surjet intradermique mené de l'angle inférieur à l'angle supérieur.

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

4-6 Complications de l'épisiotomie [15]

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

4-6-1 Complications immédiates

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

- Les déchirures sur épisiotomie ;

- Des blessures fœtales : elles sont rares.

4-6-2 Complications précoces, dans le post partum immédiat

- Hématomes puerpéraux : Les thrombus périnéovulvaires sont rares et le plus souvent liés à une insuffisance d'hémostase. Les hématomes sont en revanche plus fréquents (douleurs, œdème, induration) et cèdent en quelques jours sous traitement anti-inflammatoire.

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

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

4-6-3 Complications tardives

Elles sont essentiellement représentées par les douleurs périnéales et les dyspareunies secondaires. Rarement d'autres complications tardives peuvent être observées : endométriose sur cicatrice d'épisiotomie, kyste de la glande de Bartholin résultant d'une incision trop horizontale sectionnant le canal excréteur, suppurations récidivantes qui doivent

faire éliminer une fistule recto-vaginale. La fistule recto-vaginale ou recto-périnéale est exceptionnelle après une épisiotomie non compliquée ; elle est le plus souvent secondaire à un point transfixiant et peut guérir spontanément après l'ablation du point.

4-7 Soins post opératoires [16]

4-7-1 Hygiène

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

- A la maternité, une infirmière fait généralement la toilette intime de la maman au moins deux fois par jour.
- La cicatrice doit être séchée avec de la gaze stérile en la tapotant légèrement,
- Après une miction, penser à s'essuyer de l'avant vers l'arrière. La garniture devrait également, dans la mesure du possible, être retirée de l'avant vers l'arrière.
- Changer de garniture après chaque miction, surtout les premiers jours où les saignements sont abondants.

4-7-2 Soulager la douleur

La plupart des maternités proposent des anti-inflammatoires non stéroïdiens (avant la montée laiteuse si la jeune mère allaite) ou du paracétamol, pour soulager la douleur. Mais il existe plusieurs remèdes non allopathiques néanmoins très efficaces :

4-7-2-1 Le chaud

- Faire couler la douche sur la cicatrice.
- Exposer le périnée à la chaleur d'une lampe de 40 watts. La placer allumée entre les jambes à environ 25cm du périnée pendant 20 minutes.

4-7-2-2 Le froid

- Asperger le périnée d'eau froide après chaque miction.
- Remplir d'eau un préservatif ou un gant d'examen jetable et une fois gelé après l'avoir placé au congélateur, l'envelopper dans une gaze stérile et s'asseoir dessus.

Certaines mères préfèrent utiliser le froid pendant les premières 24 heures pour faire diminuer l'œdème puis ensuite la chaleur pour faire circuler le sang et stimuler la cicatrisation.

4-7-2-3 Des exercices

Les exercices suivants stimulent la circulation sanguine et donc la cicatrisation de l'épisiotomie :

- A quatre pattes sur un lit, placer un gros oreiller devant soi et mettre les mains sous l'oreiller. Plier les coudes et descendre lentement la tête et la poitrine vers le coussin. Les fesses sont donc en l'air. Maintenir cette position 5 à 10 secondes en essayant de se détendre au maximum. Se relever en poussant sur les mains pour étirer les bras, puis dérouler le dos vertèbre par vertèbre.
- Allongée sur le dos, genoux pliés et écartés de la largeur du bassin, les pieds bien à plat, poser les mains sur le ventre et sentir les mouvements de la respiration.

Accompagner progressivement l'expiration d'un souffle plus long. Essayer maintenant de rentrer le ventre le plus loin possible (pas le plus fort possible). Contracter les fessiers et basculer doucement le bassin

vers le haut. Le pubis remonte, le creux des reins se comble, le dos s'allonge, le ventre se resserre encore un peu, et le périnée est attiré spontanément vers le haut.

Ce dernier exercice permet de rééquilibrer le bassin, de reprendre contact avec son corps et de sentir ses muscles à nouveau intègres et solides.

METHODOLOGI

IV/METHODOLOGIE

1. MILIEU D'ETUDE :

1.1-Présentation de la commune :

1.2-Historique :

La commune I a été créée par l'ordonnance n° 78-32/CMLN du 18 Août 1978, abrogée par la loi n° 96-025 du 18 Février 1996 fixant le statut spécial du district de Bamako. Elle est constituée de neuf quartiers dont

le plus ancien du district autour duquel s'est construit jadis le village de Bamako : Sikoroni.

1.3 Situation géographique :

La commune I est située à l'Est du District de Bamako sur la rive gauche du fleuve Niger.

Elle est limitée :

- Au Nord par le cercle de Kati ;
- Au Sud par le fleuve Niger ;
- A l'Ouest par la commune II (le marigot de Korofina limitant les deux collectivités) ;
- A l'Est par le cercle de Koulikoro.

Elle comprend neuf (9) quartiers qui sont :

- Korofina (Nord et Sud) ;
- Djelibougou ;
- Boukassoumbougou ;
- Doumanzana ;
- Fadjiguila ;
- Banconi ;
- Sikoro ;
- Sotuba.

Elle couvre une superficie de 34,26km² soit 12,83% de la superficie totale de Bamako, pour une population totale de 323 316 habitants en 2010. Sa densité populationnelle moyenne est de 9436 habitants/km².

Le relief de la commune I est caractérisé par des plateaux et des collines de type granitique avec un sol accidenté de type latéritique, ce qui représente quelques difficultés pour l'aménagement d'infrastructures

d'assainissement tandis que sa végétation est de type Soudano-sahélien par les grands arbres comme Cailcedrat, Karité, Manguier, etc.

Le climat de type tropical est caractérisé par :

- Une saison sèche ;
- Une saison froide : de Novembre à Janvier ;
- Une saison chaude : de Février à Mai ;
- Une saison des pluies : de Juin à Octobre.

1.4 Description de la situation socio sanitaire :

Dans le cadre de la politique de décentralisation en matière de santé du gouvernement et après le premier plan de développement de la commune de 1995 à 1999 qui avait prévu la création de onze aires de santé dont dix (10) sont fonctionnelles ; un deuxième plan a été élaboré pour la période 2002-2006 dans lequel il est prévu la création de six (06) nouveaux centres de santé communautaire (CSCOM) et le renforcement des capacités du Centre de Santé de Référence de la Commune I.

Il existe en Commune I : un CS Réf, 10 CSCOM, des Cabinets et Cliniques privés.

Le Centre de Santé de Référence de la commune I comprend actuellement plusieurs services et unités qui sont :

- L'administration ;
- Le service de gynécologie obstétrique ;
- Le service de chirurgie générale ;
- Le service de pédiatrie ;
- Le service d'ophtalmologie ;
- Le service de médecine générale ;
- L'unité d'odontostomatologie ;
- L'unité d'oto-rhino-laryngologie (ORL) ;

- Le service social ;
- L'unité d'imagerie médicale (Echographie et Mammographie)
- Le système d'information sanitaire (S.I.S) ;
- Le laboratoire d'analyses médicales ;
- L'unité de prise en charge des personnes vivant avec le VIH (USAC) ;
- Le bloc opératoire ;
- La pharmacie ;
- La brigade d'hygiène ;
- La morgue.

Le personnel est composé de :

- 12 médecins dont un médecin chef, deux gynécologues-obstétriciens, un pédiatre, un ophtalmologue, un chirurgien, un Médecin de santé publique, cinq médecins généralistes ;
- 23 sages-femmes ;
- 06 assistants médicaux (03 assistant médicaux d'anesthésie, 02 agents de la santé publique et 01 assistant médical d'odontostomatologie) ;
- 10 techniciens supérieurs spécialistes (02 techniciens supérieurs d'ophtalmologie, 01 technicien supérieur d'anesthésie, 01 technicien supérieur d'odontostomatologie, 01 agent de santé publique, 02 techniciens supérieurs spécialistes en ORL, 03 agents de laboratoire) ;
- 11 techniciens supérieurs de santé ;
- 09 techniciens de santé ;
- 01 surveillant général ;
- 03 infirmiers du bloc opératoire ;

- 02 pharmaciens (01 pharmacien à l'USAC ,01 un pharmacien et 03 vendeurs à la pharmacie du CS Réf CI) ;
- 15 matrones/aides soignantes ;
- 03 comptables ;
- 02 secrétaires ;
- 03 chauffeurs ;
- 05 manœuvres ;
- 04 agents d'assainissement ;
- 01 gardien ;

Présentation du service de gynécologie et d'obstétrique :

Le service de gynécologie et d'obstétrique du Centre de Santé de Référence de la Commune I fait partie des services les plus fréquentés du centre.

Ce service comprend :

- Une salle de consultation externe ;
- Une salle pour les urgences gynécologiques et pour les soins après avortement (S.A.A) ;
- Une salle d'accouchement à trois lits ;
- Une salle d'attente qui sert également de salle pour les suites de couches et la surveillance post-partum ;
- Une unité de consultation prénatale ;
- Une unité de planification familiale (PF) et post-natale ;
- Une unité de dépistage de cancer du col de l'utérus ;
- Un bloc d'hospitalisation comprenant :
 - ❖ Trois grandes salles avec une capacité de six (06) lits ;
 - ❖ Deux salles à deux (02) lits ;
 - ❖ Une salle pour les thésards (faisant fonction d'internes) ;

- ❖ Une salle pour le major du bloc d'hospitalisation ;
- ❖ Une salle de soins.
- Un bloc opératoire comprenant :
 - ❖ Deux salles d'interventions pour les interventions gynéco obstétricales, chirurgicales et ophtalmologiques ;
 - ❖ Une salle de stérilisation des instruments ;
 - ❖ Une salle contenant l'autoclave pour la stérilisation des champs et des blouses opératoires ;
 - ❖ Une salle de réveil ;
 - ❖ Une salle de préparation des patients ;
 - ❖ Une salle de préparation des opérateurs (chirurgiens ; gynécologues-obstétriciens) ;
 - ❖ Un bureau pour les anesthésistes ;
 - ❖ Un bureau pour les aides de bloc.

La maternité :

Elle est située vers le côté Sud du CS Réf entre le bloc d'hospitalisation à l'Ouest, la pharmacie à l'Est et le bloc opératoire au Nord.

Elle reçoit les gestantes et parturientes issues de toutes les couches sociales. Les parturientes venant y accoucher sont suivies soit dans notre service, soit dans les autres services de gynécologie et obstétrique publics ou privés, soit dans les centres de santé communautaire.

Le personnel de la maternité est composé de :

- Un gynécologue-obstétricien, chef de service qui coordonne et supervise toutes les activités du service ;
- Un second gynécologue-obstétricien ;
- Deux DES en gynéco-obstétrique ;

- quatre médecins généralistes (ancien thésard et également personnel d'appui) ;
- Quinze sages femmes réparties entre les différentes unités de la maternité ;
- Huit thésards (faisant fonction d'internes) ;
- Des matrones et aides soignantes.

Les activités sont programmées comme suit :

- Les consultations sont assurées par les médecins gynécologues obstétriciens, ainsi que par les médecins généralistes, principalement lors des gardes ;
- L'échographie est réalisée tous les jours ouvrables dans l'après midi sauf les cas d'urgences ;
- Deux journées consacrées aux activités chirurgicales surtout celles programmées ;
- La garde est assurée par une équipe dirigée par un DES en gynéco-obstétrique et composée de thésards (ou faisant fonction d'internes), d'une sage-femme, d'une aide-soignante et de deux manoeuvres ;
 - Un des gynécologues est appelé au besoin.
- La formation continue du personnel est pérennisée par un staff quotidien sur les dossiers journaliers et principalement ceux de la garde, ainsi que par un exposé hebdomadaire sur les pathologies gynécologiques et obstétricales fréquemment rencontrées dans le service ;
- Il s'en suit la visite aux malades hospitalisées, visite au cours de laquelle le gynécologue obstétricien donne les instructions et enseignements nécessaires à la formation continue des étudiants (thésards).

Les accouchements eutociques, les consultations prénatales et post natales, les consultations pour la planification familiale, le dépistage du cancer du col de l'utérus sont du ressort de la sage-femme.

Les grossesses à risque ainsi que les accouchements dystociques sont pris en charge par les médecins spécialistes.

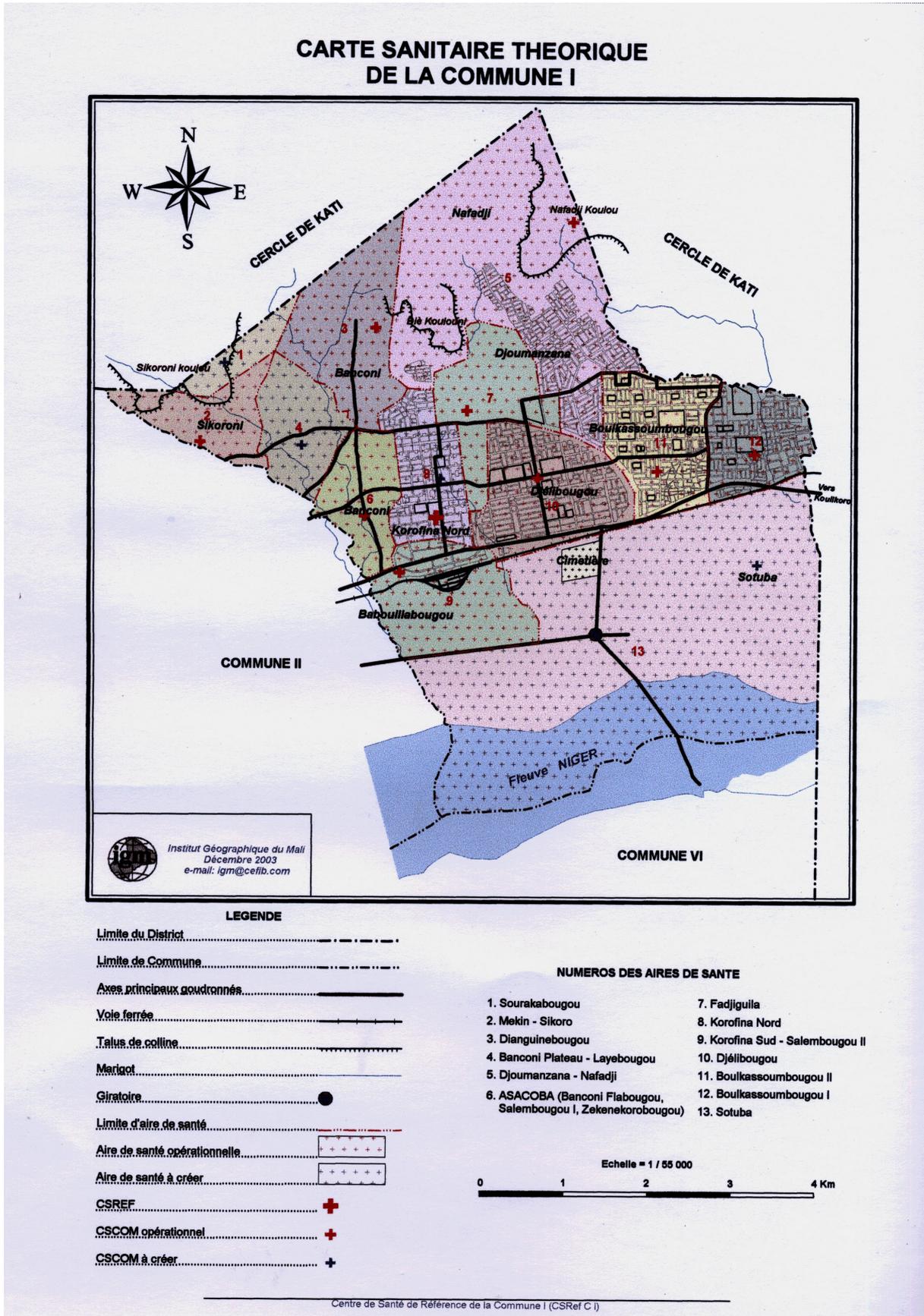


Figure 7 : la carte sanitaire de la commune I

2. MATERIELS ET METHODES:

2.1 Type et période d'étude:

Il s'agit d'une étude prospective de type transversal qui a été menée au service de Gynécologie Obstétrique du Centre de Santé de Référence de la Commune I du district de Bamako du 1^{er} mars 2010 au 29 février 2012.

2.2 Population d'étude:

L'étude a porté sur les femmes ayant accouché au CSRef Commune I et vues en consultation post natale.

2.3 Critères d'inclusion:

Ont été incluses, les femmes vues en consultation post natale chez lesquelles une épisiotomie a été réalisée, disposant d'un dossier médical à jour dans le service et ayant consenti à répondre à nos questions.

2.4 Critères de non inclusion:

N'ont pas été incluses dans l'étude:

- les femmes n'ayant pas accouché au CSRef,
- les femmes chez lesquelles l'épisiotomie a été réalisée ailleurs
- Les femmes qui sont venues en dehors de la période d'étude.
- Les femmes ayant subi une épisiotomie n'ayant pas accepté de répondre à nos questions.

2.5 Echantillonnage:

La taille de l'échantillon est donnée par la formule suivante $N = \frac{P.Q}{(\epsilon\alpha/e)^2}$

en prenant comme risque $\alpha=5\%$; $\epsilon\alpha=1,96$ et en précision

$e=5\%$ où **P** est la prévalence de l'épisiotomie dans une étude antérieure,

31,95% [3]

En prenant $P = 31,95\%$ et $Q = 1 - P$, Donc $Q = 1 - 0,3195 = 0,$

6805

En prenant $\alpha = 5 \%$ donc $\varepsilon\alpha = 1,96$ et $e = 5\%$ $N = 0,3195 \times 0,6805 \times [1,96/0,05]^2 = 330,92 \approx 331$

A partir de la formule nous avons obtenu la taille de l'échantillon qui est de 331 patientes.

2.6 Déroulement de l'étude:

Nous avons procédé à l'anamnèse et à l'examen physique des femmes vues en consultation post natale ayant subi une épisiotomie, une fiche d'enquête a été remplie pour chacune d'elles répondant à nos critères

2.7 Traitement des données:

La saisie et l'analyse des données ont été faites sur le logiciel SPSS 18; Les textes et les tableaux ont été traités sur le logiciel Microsoft Word Office 2007 ;

Les représentations graphiques ont été traitées sur le logiciel Microsoft Excel Office 2007.

2.8 Aspects éthiques:

- les femmes ont été informées des objectifs et intérêts de l'étude.
- l'assurance sur le caractère confidentiel et anonyme.
- le médecin chef et le chef de service de gynécologie obstétrique ont été informés par écrit des objectifs et intérêts de l'étude.

2.9 Définitions opératoires :

-Grossesse : C'est l'ensemble des phénomènes se déroulant entre la fécondation et l'accouchement, durant lesquels l'embryon, puis le fœtus, se développe dans l'utérus maternel.

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

-La parité : C'est le nombre d'accouchement chez la femme.

Primipare : Femme ayant accouché une fois

Multipare : Femme ayant fait 2 à 5 accouchements

Grande multipare : Femme ayant fait 6 accouchements ou plus.

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

-Préjudice : Perte d'un bien, d'un avantage par le fait d'autrui; acte ou évènement nuisible aux intérêts de quelqu'un et le plus souvent contraire au droit, à la justice

-consentement : Acquiescement donné à un projet; décision de ne pas s'y opposer.

-Périnée rigide : un périnée trop résistant, se laissant mal se distendre par le mobile fœtal

-Nous avons utilisé le barème en 7 points du code Cima pour coter le préjudice esthétique et le quantum doloris; 1/7= très léger, 2/7= léger, 3/7= modéré, 4/7= moyen, 5/7= assez important, 6/7= important, 7/7= très important.

-Dyspareunie : On peut définir les dyspareunies comme les douleurs génitales déclenchées par le coït, à la pénétration vaginale et/ou aux mouvements coïtaux, rendant ainsi les rapports sexuels difficiles.

Tableau I : les variables étudiés

Variable	Nature	Unité	Technique de collecte
Age	Quantitative	Année	Interrogatoire
Profession	Qualitative		
Niveau d'instruction	Qualitative		
Statut matrimonial	Qualitative		
Age de la grossesse	Quantitative	Semaine	
CPN	Qualitative		Examen physique
Auteur des CPN	Qualitative		Interrogatoire
Auteur de l'accouchement	Qualitative		
Parité	Quantitative		
Indication	Qualitative		Examen physique
Type de l'épisiotomie	Qualitative		Interrogatoire
Information du couple	Qualitative		
Compréhension de l'information	Qualitative		
Consentement éclairé	Qualitative		
Douleur liée à l'acte	Qualitative		
Complication	Qualitative		Examen physique
Séquelle	Qualitative		Interrogatoire
Quantum doloris	Qualitative		Examen physique
Cicatrice	Qualitative		Examen physique
Modification morphologique	Qualitative		
ITT	Quantitative	Jours	Interrogatoire

Tableau II : Chronogramme de la thèse

Diagramme de GANTT

Période d'examen A	Mars 2010 à Mai 2010	Juin 2010 à Avril 2011	Mai 2011 à Novembre 2011	Décembre 2011 à Juin 2012
Activités				
Recherche Bibliographique	+			
Elaboration du protocole	+			
Collecte des données		+	+	
Correction Dr THERA	+	+	+	+
Correction Dr GUINDO				+
Correction Pr DAO				+
Correction Me DIASSANA				+
Correction Dr TRAORE				+

RESULTATS

V/RESULTATS

1- Fréquence de l'épisiotomie :

Nous avons enregistré **3013** accouchements par voie basse dont **972** épisiotomies soit une fréquence de **32,19%** sur lesquels **331** ont été inclus dans notre étude.

Tableau III : Répartition des patientes selon la tranche d'âge

Age (année)	Effectifs	%
14-24	182	54,98
25-35	116	35,05
36-46	33	9,97
Total	331	100

Dans **54,98%** des cas l'épisiotomie était faite sur des femmes d'âge compris entre **14-24 ans**

Tableau IV : Répartition des patientes selon la profession

Profession	Effectifs	%
Femme au foyer	248	74,93
Aide ménagère	28	8,46
Commerçante	25	7,55
Fonctionnaire	10	3,02
Elève/Étudiante	19	5,74
Chômeuse	1	0,30
Total	331	100

Les femmes au foyer étaient les plus représentées avec **74,93%** des cas

Tableau V : Répartition des patientes selon le niveau d'instruction

Niveau d'instruction	Effectifs	%
Analphabète	105	31,72
Primaire	177	53,47
Secondaire	26	7,86
Supérieur	17	5,14
Elève coranique	6	1,81
Total	331	100

Les femmes de niveau d'étude primaire étaient les plus représentées avec **53,47%** des cas

Tableau VI : Répartition des patientes selon le statut matrimonial

Statut matrimonial	Effectifs	%
Mariée	277	83,7
Célibataire	53	16,0
Divorcée	1	0,3
Total	331	100

Les femmes mariées étaient les plus représentées avec **83,7%** des cas

Tableau VII : Répartition des patientes selon l'âge de la grossesse

Age de la grossesse	Effectifs	%
A terme	271	81,9
Avant terme	59	17,8
Poste terme	1	0,3
Total	331	100

Les grossesses à terme étaient les plus représentées avec **81,9%** des cas

Tableau VIII : Répartition des patientes selon la CPN

CPN	Effectifs	%
Oui	265	80,1
Non	66	19,9
Total	331	100

Les femmes ayant effectué la CPN étaient les plus représentées avec **80,1%** des cas

Tableau IX : Répartition des patientes selon l'auteur des CPN

Auteur de la CPN	Effectifs	%
Sage femme	174	65,66
Infirmière obstétricienne	30	11,32
Gynécologue obstétricien (ne)	49	18,49
Médecin généraliste	12	4,53
Total	265	100

Les sages femmes ont effectué plus de CPN avec **52,6%** des cas

Tableau X : Répartition des patientes selon l'auteur de l'accouchement

Auteur de l'accouchement	Effectifs	%
Etudiant(e) en année de thèse	170	51,4
Sage femme	118	35,6
Gynécologue obstétricien (ne)	24	7,3
Obstétricienne	12	3,6
Médecin généraliste	7	2,1
Total	331	100

Les étudiants en année de thèse ont réalisé le plus grand nombre d'accouchement avec **51,4%** des cas

Tableau XI : Répartition des patientes selon la parité

Parité	Effectifs	%
Primipar e	270	81,60
Multipar e	61	18,40
Total	331	100

Les primipares étaient les plus représentées avec **81,6%** des cas

Tableau XII : Répartition des patientes selon l'indication de l'épisiotomie

Indications de l'épisiotomie	Effectifs	%
Périnée rigide	136	41,10
Prématurité	47	14,20
Périnée cicatriciel	43	13,00
Macrosomie fœtale	38	11,50
Accouchement de siège	22	6,60
Extraction instrumentale	17	5,10
Dégagement en occipito-sacré	16	4,90
Périnée long	6	1,80
Manœuvres d'extractions fœtales	3	0,90
Souffrance fœtale aigue	3	0,90
Total	331	100

L'indication pour périnée rigide était la plus représentée avec **41,1%** des cas

Figure 8 : Répartition des patientes selon l'information du couple

L'absence d'information du couple était la plus représentée avec **67,98%** des cas

Tableau XIII : Répartition des patientes selon la compréhension de l'information

Compréhension de l'information	Effectifs	%
Non	224	67,67
Oui totalement	102	30,82
Oui en partie	5	1,51
Total	331	100

Les informations n'étaient pas comprises dans **67,67%** des cas

Tableau XIV : Répartition des patientes selon le consentement éclairé

Consentement éclairé	Effectifs	%
Non	234	70,69
Oui	97	29,31
Total	331	100

L'absence de consentement éclairé pour l'épisiotomie était la plus représentée avec **70,69%** des cas

Tableau XV : Répartition des patientes selon les complications

Complications	Effectifs	%
Pas de complications	232	70,09
Déchirure sur épisiotomie	68	20,54
Infection et désunion de la suture	26	7,85
Hématomes	3	0,91
Douleur et œdème périnéal	2	0,61
Total	331	100

La déchirure du périnée était la complication la plus observée avec **20,54%** des cas

Figure 9 : Répartition des patientes selon les séquelles

La dyspareunie secondaire était la plus représentée avec **18,73%** des cas

Figure 10 : Répartition des patientes selon le quantum doloris

La douleur d'intensité légère = (2/7) était la plus représentée avec **30,21%** des cas

Figure 11 : Répartition des patientes selon le préjudice esthétique

Le préjudice esthétique très léger = (1/7) était le plus représenté avec **16,62%** des cas

Tableau XVI : Répartition des patientes selon l'ITT

ITT en jours	Effectifs	%
5-7	6	1,8
8-14	212	64,1
15-21	111	33,5
22 et plus	2	0,6
Total	331	100

L'ITT entre 8-14jours était la plus représentée avec **64,1%** des cas

COMMENTAIRES ET DISCUSSION

VII/COMMENTAIRES ET DISCUSSION :

1- Fréquence de l'épisiotomie :

Nous avons enregistré **3013** accouchements par voie basse pendant lesquels ont été réalisées **972** épisiotomies soit une fréquence de **32,19%**.

Ce taux est comparable à celui de Kayentao A K en 2008 [3] qui a trouvé, **31,95%** au CSREF C V. Il est supérieur à celui de Coulibaly M qui a trouvé **13,7%** à l'hôpital du point G entre 2002 et 2004. [4]

Il est inférieur à celui de Coulibaly B qui à la maternité de l'Hôpital National du Point G en 1992 a trouvé **38,32%**. [5]

La fréquence de l'épisiotomie se situe entre **30% et 60%** dans les pays industrialisés (**30%** en Europe et **60%** Aux Etats Unis d'Amérique). [1]

A- Données sociodémographiques:

2-AGE :

La tranche d'âge de 14-24 ans représentait **54,98%** et la tranche d'âge de 25-35 ans était de **35,05%**; avec un âge moyen de **25ans** et des extrêmes de **14** et **46ans**. Ces taux s'expliquent par le fait que dans ces deux groupes nous avons un grand nombre de patientes qui accouchent pour la première fois et chez lesquelles cette intervention est pratiquement systématique dans les services à cause de la texture du périnée.

Ce taux est inférieur à celui de Kayentao A K en 2008 qui a trouvé **96%** pour la tranche d'âge de 14- 35ans. [3]

Il est inférieur à celui de Coulibaly M qui en 2004 a trouvé **98,08%** pour la tranche d'âge de 14- 35ans. [4]

3-Niveau d'instruction :

Les femmes ayant un niveau d'instruction primaire étaient de **53,47%** et les analphabètes étaient de **31,72%** ; ces taux témoignent du niveau de scolarisation très faible dans notre pays pour des raisons socioculturelles et religieuses. Une femme instruite serait en mesure de connaître les avantages des CPN et ses droits par rapport aux soins dont elle bénéficie.

B-Grossesse actuelle

4-Terme de la grossesse :

Dans notre étude nous avons trouvé **81,9%** des grossesses à terme et **0,3%** des grossesses post terme.

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

Ces taux des grossesses à terme et des grossesses post terme sont inférieurs à ceux de Kayentao A K. en 2008 qui a trouvé respectivement **90,59%** et **1,76%** [3]. Nous avons eu **17,8%** des grossesses non à terme dans notre étude ; ce taux est supérieur à celui de Kayentao A K. qui a trouvé **7,65%**. [3]

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

5-Consultation prénatale :

Notre étude a trouvé **80,1%** des femmes vues en consultation prénatale contre **19,9%** des femmes qui n'avaient fait aucune consultation prénatale ; selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) les femmes doivent faire au moins quatre consultations prénatales au cours d'une même grossesse.

En 2006 EDS IV Mali a trouvé **70%** des femmes vues en consultation prénatale. [24]. Une patiente vue en CPN pourrait bénéficier des conseils par rapport aux soins prodigués pendant l'accouchement.

6-L'auteur des consultations prénatales :

Dans notre échantillon **65,66%** des femmes étaient suivies par des sages femmes contre **18,49%** des femmes vues par des gynécologues obstétriciens ; **4,53%** vues par des médecins généralistes et **11,32%** vues par des infirmières obstétriciennes majoritairement dans les ASACO relevant du CSRef CI.

C-Accouchement :

7- L'auteur de l'accouchement :

Dans notre échantillon **51,4%** des accouchements étaient faits par des étudiants en année de thèse contre **35,6%** faits par des sages femmes ; **7,3%** faits par des gynécologues et **2,1%** faits par des médecins généralistes.

8-Parité :

Les primipares ont représenté **81,60%** de l'échantillon contre **18,40%** de multipares.

Ce taux de primipares est supérieur à celui de Kayentao A K qui a trouvé en 2008 au CSRef CV **74,97%**. [3] ; il est également supérieur à celui de Bagayoko N qui a rapporté **58,1%** [15] ; Coulibaly M a rapporté **72,32%**. [4]

Au Pérou et à l'Equateur; en Amérique du sud entre 1995 et 1998 ; **95%** des primipares ont bénéficié d'une épisiotomie. [23]

Au Nigeria en 1997 une étude a rapporté un taux d'épisiotomie chez les primipares de **90%**. [23]

En France en 2002-2003, **68%** des cas d'épisiotomie chez les primipares ont été rapportés contre **31%** chez les multipares [26]

Les auteurs Anglo-Saxons recommandent une systématisation de l'épisiotomie au cours de l'accouchement d'une primipare tandis que les auteurs Français pensent que cela est excessif, ils argumentent une possibilité de périnée souple chez certaines primipares. [12]

9- Les indications de l'épisiotomie :

Dans notre échantillon nous avons noté **41,10%** des périnées rigides chez les primipares ; le périnée des primipares est moins souple car il n'a pas encore été distendu. **75%** des déchirures obstétricales s'observent en effet au cours du premier accouchement; ce qui joue un rôle déterminant dans la survenue ultérieure d'un trouble de la statique pelvienne ou d'une incontinence. [1]

Dans **14,2%** des cas l'épisiotomie a été indiquée pour prématurité. Ce taux est supérieur à celui de Kayentao A K qui a noté **6,90%** ; il est supérieur à celui de Coulibaly M qui a trouvé **5,76%** ; il est inférieur à celui de Bagayoko N qui a rapporté **16,1%**. [3, 4, 15]

Au cours de l'accouchement d'un prématuré l'épisiotomie permet d'une part d'éviter la déchirure périnéale par distension brutale due à une présentation mal fléchie dont les diamètres sont augmentés et d'autre part de réduire le traumatisme d'un prématuré plus ou moins fragilisé. [1]

Dans **6,6%** des cas l'épisiotomie a été effectuée au cours de l'accouchement du siège. Ce taux est supérieur à ceux de Kayentao A K et Coulibaly M qui sont respectivement **4,95%** et **4,48%**. [3, 4]

La pratique systématique de l'épisiotomie au cours de l'accouchement du siège a été décrite par plusieurs auteurs. [1 ; 5]

Dans **13,0%** des cas l'épisiotomie a été faite pour périnée cicatriciel majoritairement pour des séquelles d'excision. Le taux d'excision au Mali dépasse **90%** des femmes entre 15 à 49ans. [24]

10- Type d'épisiotomie :

L'épisiotomie médio-latérale a été exclusivement pratiquée, elle a moins d'inconvénients que les épisiotomies latérale et médiane. Une étude réalisée en 1995 par Pel et Heres au PAYS BAS a rapporté une proportion globale d'épisiotomie de **24,5%** dont **23%** médio-latérale et **1,2%** médiane. [28]

L'analyse par Thorp et Bowes à partir des résultats cumulés de la survenue de lésions périnéales a montré un taux de lésions de **6,5%** parmi 49395 patientes ayant bénéficié d'une épisiotomie médiane versus **1,4%** chez 38961 patientes ayant accouché sans épisiotomie. [14]

En 2008 Marie Vazquez à Nancy a trouvé **88%** des cas d'épisiotomie médio-latérale. [29]

D- ASPECT MEDICO-LEGAL

11-Information du couple :

Dans notre étude nous avons noté **67,98%** des femmes non informées par rapport à la nature, aux avantages, aux inconvénients de l'épisiotomie, contre **32,02%** des femmes informées.

Ces taux pourraient s'expliquer par le fait que **19,9%** des femmes n'étaient pas vues en consultation prénatale et beaucoup d'autres n'avaient fait qu'une ou deux CPN tant dis que la préparation à l'accouchement a lieu vers le 3^e trimestre de la grossesse et même que les praticiens ignorent leur devoir d'information.

12- Compréhension de l'information :

Dans notre échantillon **30,82%** des patientes ont bien compris l'information donnée; **67,67%** des patientes n'ont pas compris l'information; **1,51%** des patientes ont compris l'information en partie ; ce taux élevé de manque d'information va de paire avec le niveau d'instruction faible de notre population d'étude avec **31,72%** des femmes analphabètes et **53,47%** des femmes de niveau d'instruction primaire. Une femme instruite serait en mesure de comprendre mieux les informations données que celle qui ne l'est pas.

L'article 35 du code de déontologie médicale français indique : « *le médecin doit à la personne qu'il examine, qu'il soigne ou qu'il conseille, une information loyale, claire et appropriée sur son état, les investigations et les soins qu'il lui propose. Tout au long de sa maladie, il tient compte de la personnalité du patient dans ses explications et veille à leur compréhension* » [21]

13- Consentement éclairé :

Le consentement éclairé était donné dans **39,31%** contre **70,69%** des absences de consentement éclairé dans notre étude.

Selon son article 41 ; le code de déontologie médicale français précise : « aucune intervention mutilante ne peut être pratiquée sans motif médical très sérieux et, sauf urgence ou impossibilité, sans information de l'intéressé et sans son consentement » [21]

14- Complications de l'épisiotomie :

Nous avons enregistré **7,85%** des cas d'infection et désunion de la suture dans notre étude.

Ce taux est supérieur à celui décrit par Parant O et al qui ont trouvé **3%** des cas d'infection et de désunion. [1]

Nous avons enregistré **20,54%** des cas de déchirure périnéale sur épisiotomie dans notre étude.

Ce taux est supérieur à celui de Dannecker et al qui en 2004 ont trouvés **8,3%** des déchirures périnéales de 3^e et 4^e degrés. [27]

Nous avons noté **0,91%** des hématomes périnéovulvaires.

Selon Parant O. et al **85 à 93%** des cas de thrombus dans le post partum sont dus à l'épisiotomie. [1]

15- Quantum doloris :

Dans notre étude nous avons trouvé **7,25%** des patientes qui ont signalé une douleur d'intensité importante (6/7); **12,39%** des patientes ont signalé une douleur d'intensité assez importante (5/7) ; **16,01%** des patientes se sont plaintes de douleur d'intensité moyenne (4/7) ; et **15,11%** des patientes ont noté une douleur d'intensité modérée (3/7) ; au cours de la réalisation de l'épisiotomie.

Ces taux s'expliquent par le fait que les femmes dans notre échantillon bénéficiaient d'une anesthésie locale qui n'était pas efficace à 100%.

La prise en charge de la douleur après l'épisiotomie n'était pas effective.

Dans beaucoup de pays développés on utilise l'anesthésie péridurale au cours de l'accouchement. Ces taux aussi peuvent changer d'un

échantillon à un autre car les femmes peuvent coter l'intensité de la douleur différemment selon leur sensibilité.

Macarthur AJ et al en 2004 ont décrit au premier jour de l'épisiotomie **97%** des patientes qui se sont plaintes de douleur ; **36%** des patientes ont signalé avoir senti une douleur intense (6/7). **[31]**

Cette douleur peut avoir un retentissement sur la capacité à s'asseoir, à uriner, à marcher, à dormir et peut donc interférer avec la relation mère enfant. **[31]**

16- L'incapacité temporaire totale (ITT) :

L'ITT était de 5 à 7 jours dans **1,8%** des cas; 8 à 14 jours dans **64,1%** des cas ; 15 à 21 jours dans **33,5%** des cas et supérieure ou égale à 22 jours dans **0,6%** des cas, soit une moyenne de **13 jours**, avec des extrêmes de 5 et 22 jours.

Les ITT les plus longues étaient observées dans les cas de complication. La reprise de l'activité sexuelle dépend de plusieurs facteurs qui sont socioculturels et psychologiques.

17- Séquelles :

Nous avons enregistré dans notre échantillon **18,73%** des cas de dyspareunie post épisiotomie.

Ce taux est inférieur à celui de Marie Vazquez en 2008 qui a trouvé un taux des dyspareunies de **42,2%** à 3 mois et **15,2%** à 9 mois de l'épisiotomie. **[29]**

Schinkel N. en 2009 au CHU d'Angers a eu **30%** des dyspareunies de plus de 6 mois après une épisiotomie. **[30]**

Nous avons trouvé **11,18%** des cas de cicatrice et **7,55%** des cas de douleur périnéale.

Selon la littérature une dyspareunie survient après une épisiotomie mal suturée selon les trois plans. **[1]**

18-Préjudice esthétique :

Nous avons noté **23,56%** des cas de cicatrice cotée de très léger à moyen (1/7 à 4/7).

Dans une étude; **10%** des cicatrices défectueuses ont été décrites par A. Pontonnier à Toulouse en France en 1957. **[32]**

Certains auteurs ont décrit la survenue de cicatrice et de modification périnéale après une épisiotomie. **[1]**

CONCLUSION

VI/ CONCLUSION :

Nous avons mené cette étude transversale descriptive sur les implications médico-légales de l'épisiotomie du 1^{er} mars au 29 février 2012 au CSRef CI.

Au total 331 femmes répondant à nos critères d'inclusion et ayant accepté de participer à la dite étude ont été incluses.

Concernant les fréquences, l'épisiotomie a été pratiquée au cours de 32.19% des accouchements.

Les indications les plus fréquentes de l'épisiotomie sont le périnée rigide, la prématurité et le périnée cicatriciel.

Concernant les aspects médico-légaux nous avons observé une insuffisance d'information des patientes ainsi qu'une insuffisance dans l'obtention du consentement éclairé.

L'épisiotomie est un acte dont la pratique expose à certaines complications à savoir les déchirures périnéales sur épisiotomie, les infections, les hématomes.

Les préjudices esthétiques ne sont pas rares et la douleur est assez fréquente pouvant entraîner des ITT de 5 à 22 jours.

RECOMMENDATIONS

A la lumière des résultats de ce travail nous recommandons :

- **Aux autorités sanitaires :**

- **Ministère de la santé :**

- Former ou recycler les auxiliaires de santé et médecin en Médecine légale;

- Organiser des campagnes d'information et de sensibilisation sur les droits des patients.

- Mettre en place un institut de Médecine légale

- Créer une unité de Médecine légale dans les hôpitaux.

- **Au personnel de santé :**

- Veiller à la bonne pratique des actes et soins médicaux par le respect du code de déontologie médicale.

- Informé toujours le patient des soins dont il bénéficie.

- Obtenir toujours le consentement éclairé du patient ou de ses représentants légaux avant la prise en charge.

REFERENCES

IX/REFERENCES

1-Parant O, Reme JM, Monrozie X

Techniques chirurgicales gynécologiques, Encyclopédie médico-chirurgicale, Editions Scientifiques et Médicales, Elsevier SAS Paris 41897,2000, 6p.

2- Rockner G, Jonasson A.

Changed pattern in the use of episiotomy in Sweden Br J obstet gynaecol, 1999, 101p.

3- Kayentao A K.

Episiotomie dans le service de Gynécologie obstétrique du CSREF CV du District de BAMAKO, thèse de médecine 2008 109p.

4-Coulibaly M.

Episiotomie dans le service de gynécologie obstétrique de l'HGT a propos de 625 cas thèse Med, BKO (MALI), 2005, 58p.

5-Coulibaly B.

Etude de la gravido-puerpéralité chez les adolescentes à la maternité de l'Hôpital National du point G. Thèse de médecine Bamako (Mali), 1992, N°56.

6- Cady J, Kron B.

Anatomie du corps humain à Paris : Librairie Maloine SA 1970, 179 p.

7- Merger R. Levy J, Melchior J.

Précis d'obstétrique Paris, 6^e édition, Masson 1995, 39-55p.

8- Rengle wicz J. M.

Déchirures périnéales et épisiotomie ASINCOPROB du haut-Rhin,14p.
http://asincoprob.Free.fr/compterendus/_déchirureperinea.htm [consulté le 20/06/2011]

9-Bourrillion A et al

Pédiatrie; connaissance et pratique. Paris, 2^e édition Masson, 2002, 652p.

10- De Tourris H. Magnin G, Pierre F.

Gynécologie obstétrique Paris 7^e édition, Masson, 2000, 444 p.

11- Parant O. Reme J. M, Monrozie X.

Déchirures récentes du périnée et épisiotomie. EMC (Elsevier, Paris), obstétrique, 1999, 9 p.

12- Sadoul G.

Traumatismes des voies génitales basses et du périnée consécutif à l'accouchement ; EMC (Paris, France), 1986, 101 p.

13- Lansac J, Body G

Pratique de l'accouchement Paris, 2^e édition, SIMEP, 1992, 349 p.

14- Claude D

L'épisiotomie protège-t-elle le périnée ? Archive 02120902. Asp. 2000, 6 p.

<http://www.jpgtarbes.com/detail/archive/02120902, asp>. [Consulté le 15/08/11]

15-Bagayogo N

Pronostic materno-fœtal des grossesses non suivies à propos d'une étude cas témoins dans le service de gynécologie obstétrique de l'HGT thèse de médecine, Bamako (Mali), 2004, N°39.

16- http://www.gyneweb.fr/sources/grandpublic/post_partum/Episiotomie.htm_les suites de l'épisiotomie. 10 p. guide de l'après accouchement. Dernière mise à jour le 30-09-2004. [Consulté le 16/08/11].

17- code civil de la république Française, Copyright © 2007-2008 legifrance. <http://www.legifrance.fr> [consulté le 03 Aout 2011]

18- Lelievre N

52^e congrès national d'Anesthésie- Réanimation, juriste droit de la santé LYON 2010.

19- Welsch S Responsabilité du médecin, Litec groupe lexis New édition du Juris classeur France, 2003

20- Journal officiel de la République du Mali ; Code pénal Loi N° 01-079 du 20 Août 2011.

21- Paul Fornes

Praticien hospitalier, Ethique et Déontologie médicale ; Février 2005 France. <http://www.laconferencehippocrate.com>. [consulte le 20 Juillet 2011]

22- Constitution Malienne; Décret N°92-0731 P-CTSP; arrêt N°002 du 14 Février 1992 de la cour suprême du MALI.

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

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

[Consulté le 20/03/2011 à 10h]

24- Enquête démographique et de santé du Mali 2006 (EDSM 2006), www.maliweb.fr

[Consulté le 22 le 20 Mars 2012]

25- Traoré Fousseini

Chômage et condition d'emploi des jeunes au Mali; Université d'Auvergne Août 2008

26- Collège National des Gynécologues et obstétriciens Français ; l'épisiotomie ; Recommandation pour la pratique clinique ; Paris ; Novembre 2005.

27- Projet PAI, CEDPA- GPSP Janvier 2009; Stop excision, www.maliweb.fr [consulté le 22-02-2012].

28-OMS

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

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

[Consulté le 21/03/2011]

29- Marie Vazquez

Mémoire sur l'évaluation de l'influence des sutures sur les dyspareunies;
Université Henri Poincaré, Nancy I; France Nancy 2008.

30- Schenkel N

Douleurs périnéales : épisiotomie-dyspareunie, CHU d'Angers.

www.pubmed.gov [consulté le 20/09/2011].

31- Macarthur A AJ. Macarthur C.

Incidence, severity and determinants of perineal pain after vaginal delivery : prospective cohort study Am J Obstet Gynecol, 2004; 191: 119-204

32-Pontonier A

L'épisiotomie n'est pas un geste mineur; Toulouse Médical N°11
Décembre 1957; p1028 et 1038.

ANNEXES

FICHE SIGNALITIQUE

Nom : SAMAKE

Prénom : Sékou dit Zibérou

E-mail : ziberousamake@yahoo.fr

Tel : 66514645 et 74031145

Titre : Les implications médico-légales de l'épisiotomie au Centre de Santé de Référence de la Commune I du District de Bamako.

Année de soutenance: 2011-2012

Lieu de dépôt : Bibliothèque de la Faculté de Médecine et d'Odonto-Stomatologie.

Ville de soutenance : Bamako

Pays d'origine : Mali

Secteur d'intérêts : Médecine légale, Santé publique.

Résumé :

Nous avons mené une étude transversale prospective du **1^{er} mars 2010 au 29 février 2012** sur les implications médico-légales de l'épisiotomie au niveau du service de gynécologie obstétrique du CSRef CI sur un échantillon de **331 femmes**.

Comme résultats, les épisiotomies observent une fréquence de **32,19%** sur l'ensemble des accouchements.

La pratique de l'épisiotomie est effectuée le plus souvent par les étudiants en année de thèse, les sages femmes et les gynécologues.

Sur le plan médico-légal, il s'agit d'un geste qui doit être pratiqué après information préalable et obtention du consentement éclairé.

Nos résultats ont aboutit a un constat d'insuffisance d'information **67,98%** et d'insuffisance d'obtention du consentement éclairé, **70,69%**.

Une sensibilisation du personnel s'avère nécessaire pour l'information et le consentement avant tout geste pouvant avoir des implications médico-légales.

Mots clés : accouchement, épisiotomie, information, consentement.

Signposting Sheet

Name: SAMAKE

First Name: Sekou said Ziberou

E-mail: ziberousamake@yahoo.fr

Tel: 66514645 and 74031145

Q1. Age (en année): /..... /

Q2. Profession : 1=Femme au foyer 2=Aide-ménagère 3=Commerçante
4=fonctionnaire 5= Elève/Etudiant 6=Autre (à préciser): /
..... /

Q3. Niveau d'instruction : /...../ 1= Analphabète
2=Primaire 3=Secondaire 4= Supérieur 5=Autre (à préciser)

Q4. Statut matrimonial : 1=Mariée 2=Célibataire 3=Autre (à préciser): /
...../

II/GROSSESSE ACTUELLE

Q5. Age de la grossesse : /...../ 1= Avant terme ; 2= à
terme ; 3=Post terme

Q6. CPN : /...../ 1= oui 2= non Si 1, préciser :

Q7. Auteur : 1= Sage femme 2= Infirmière obstétricienne 3=
Gynécologue obstétricien(ne) 4= Médecin généraliste 5=autre (à
préciser): /...../

III/ ACCOUCHEMENT

A. PHASE EXPULSIVE

Q8. Auteur de l'accouchement : 0= Aucun 1= sage femme 2=
gynécologue obstétricien(ne) 3= étudiant en année de thèse 4=
obstétricienne,
5= autre, à préciser: /..... /

Q9. Parité: /..... / 1=Primipare, 2=Multipare

Q10. Indications : /...../

1= Périnée rigide

2= Périnée long

3= Périnée cicatriciel

4= Prématurité

5= Extraction instrumentale fœtale

6= Macrosomie fœtale

7= Accouchement du siège

8= Dégagement en occipito-sacré

9= Dystocie des épaules

10= Manœuvres d'extraction fœtale

11= Souffrance fœtale aiguë

12= Autre indication (à préciser): /...../

Q11. Type d'épisiotomie : /...../ 1= Médiane ; 2= Médio-latérale ; 3= Latérale

Q12. Information du couple : /...../ 1=oui 2=non

Q13. Avez-vous bien compris l'information? /...../ 1=oui totalement ; 2=oui en parti ; 3=non

Q14. Avez-vous donné votre consentement? /...../ 1=oui 2=non

Q15. Avez-vous eu mal au moment de sa réalisation?/...../ 1=oui ; 2=non

Q16. Complications : /...../ 0= Aucune

1= Déchirure du périnée sur épisiotomie

2= Blessures fœtales

3= Hématomes puerpéraux

4= Douleur et œdème périnéal

5= Infection et désunions de la suture

Q17. Séquelles : /...../ 0= Aucune

1= Douleur périnéale

2= Dyspareunies secondaires

- 3= Kyste de Bartholin
- 4= Suppurations récidivantes
- 5= Fistules recto-vaginales
- 6= Fistules recto-périnéales
- 7=Présence de cicatrice disgracieuse

B. PREJUDICES

Q18. Quantum doloris ou douleur liée à l'acte : /...../

- 1=1/7=très léger 2= 2/7=léger 3=3/7=modéré 4=4/7=moyen
- 5=5/7=assez important 6=6/7=important 7=7/7=très important

C. PREJUDICES ESTHETIQUES

Q19. Cicatrice :/...../ 0= Aucune

- 1=1/7=très léger 2=2/7=léger 3=3/7=modéré 4=4/7=moyen
- 5=5/7=assez important 6=6/7=important 7=7/7=très important

Q20. Modification morphologique : /...../ 0= Aucune

- 1=1/7=très léger 2=2/7=léger 3=3/7=modéré 4=4/7=moyen
- 5=5/7=assez important 6=6/7=important 7=7/7=très important

Q21. Durée du traitement ou taux d'ITT: /...../

- 1=5 à 7 jours ; 2=8 à 14 jours ; 3=15 à 21 jours 4= 22 jours et plus

SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence des maîtres de cette faculté et de mes chers condisciples, devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure au nom de l'être suprême d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine.

Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail, je ne participerai à aucun partage clandestin d'honoraires.

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

Je ne permettrai pas que des considérations de religion, de nation, de race, de parti ou de classe sociale viennent s'interposer entre mon devoir et mon patient.

Je garderai le respect absolu de la vie humaine dès sa conception. Même sous la menace je n'admettrai pas de faire usage de mes connaissances médicales contre les lois de l'humanité.

Respectueux et reconnaissant envers mes maîtres, je rendrai à leurs enfants, l'instruction que j'ai reçue de leur père.

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

Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque !

Je le jure !!!