

# ANNALES DE LA SOGGO

SOCIETE GUINEENNE DE GYNECOLOGIE - OBSTETRIQUE

Semestriel ■ Volume 8 ■ N° 20 (2013)



(GYNECOLOGIE - OBSTETRIQUE, REPRODUCTION HUMAINE)

MEMBRE DE LA SOCIÉTÉ AFRICAINE DES GYNÉCOLOGUES OBSTÉTRICIENS (SAGO)  
ET DE LA FÉDÉRATION INTERNATIONALE DE GYNÉCOLOGIE OBSTÉTRIQUE (FIGO)

**Directeur de publication**

Mamadou Saliou Diallo

**Rédacteur en chef**

Namory Keita

**Rédacteur en chef adjoint**

Telly Sy

**Comité de parrainage**

Ministre de l'ESRS

Ministre de la Santé

Recteur Université de Conakry

Doyen FMPOS

M Kabba Bah

M Kader

P Diallo

E Alihonou

F Diadhio

MK Bohoussou

C Welfens Ekra

M M Sall (CAMES)

A Gouazé (CIDMEF)

G Osagie (Nigeria)

**Comité de rédaction**

MS Diallo

N Keita

MD Baldé

Y Hyjazi

FB Diallo,

F Traoré (Pharmacologie)

T Sy

AB Diallo

Y Diallo

M Cissé (Dermatologie)

M Doukouré (Pédopsychiatrie)

ML Kaba (Néphrologie)

OR Bah (Urologie)

NM Baldé (Endocrinologie)

A Touré (Chirurgie Générale)

LM Camara (Pneumo-phtisiologie)

**Comité de lecture**

E Alihonou (Cotonou)

K Akpadza (Lomé)

M A Baldé (Pharmacologie)

G Body (Tours)

M B Diallo (Urologie)

M D Baldé (Conakry)

N D Camara (Chirurgie)

CT Cissé (Dakar)

A B Diallo (Conakry)

F B Diallo (Conakry)

M S Diallo (Conakry)

A Dolo (Bamako)

A Fournié (Angers)

Y Hyjazi (Conakry)

N Keita (Conakry)

YR Abauleth (Abidjan)

M Koulibaly (Conakry)

J Lankoande (Ouagadougou)

Lekey (Yaoundé)

JF Meye (Libreville)

JC Moreau (Dakar)

A Diouf (Dakar)

RX Perrin (Cotonou)

F Traoré (Conakry)

**Recommandations aux auteurs**

La revue Annales de la SOGGO est une revue spécialisée qui publie des articles originaux, des éditoriaux, des mises au point, des cas cliniques et des résumés de thèse dans les domaines de la gynécologie obstétrique et de reproduction humaine.

**Conditions générales de publication**

Les articles n'engagent que la responsabilité de leurs auteurs. Les manuscrits des articles originaux ne doivent avoir fait l'objet d'aucune publication antérieure ni être en cours de publication dans une autre revue. Les manuscrits doivent être dactylographiés en double interligne, de police de caractère 12 minimum, style Times New Roman, 25 lignes par page maximum, le mode justifié, papier blanc recto seulement et adressés en deux exemplaires et une version électronique sur CD, clé USB ou par Email à la rédaction aux adresses suivantes :

1. Professeur Namory Keita

Maternité Donka CHU de Conakry

BP : 921 Conakry (Rép. de Guinée)

Tel. : (224) 64 45 79 50

Email : [namoryk52@yahoo.fr](mailto:namoryk52@yahoo.fr)

2. Professeur Agrégé Telly Sy

Maternité Ignace Deen CHU de Conakry

BP : 1478 Conakry (Rép. de Guinée)

Tel. : (224) 62 21 70 86 ; (224) 64 23 37 30

Email : [syttelly@yahoo.fr](mailto:sytelly@yahoo.fr)

Tous les manuscrits sont adressés pour avis de façon anonyme à deux lecteurs. Une fois acceptés les articles corrigés doivent être accompagnés des frais de correspondance et de rédaction qui s'élèvent à 50000 F CFA.

**Présentation des textes**

La disposition du manuscrit d'un article original est la suivante : titre (avec auteurs et adresse), résumé (en français et en anglais), introduction, matériel et méthodes, résultats, discussion, références, tableaux et figure. La longueur des manuscrits ne doit pas dépasser, références non comprises 12 pages pour les articles originaux, 4 pages pour les cas cliniques et mises au point.

Toutes les pages seront numérotées à l'exception de la page des titres et des résumés.

- Page de titre : elle comporte :
    - Un titre concis, précis et traduit en anglais
    - Les noms et initiales des prénoms des auteurs
    - L'adresse complète du centre dans lequel le travail a été effectué
    - L'adresse complète de l'auteur à qui les correspondances doivent être adressées
  - Résumé : le résumé de 250 mots en français et en anglais figure après la page des titres sur des pages distinctes avec le titre sans le nom des auteurs. Le résumé doit comporter de manière succincte le but, la méthodologie, les principaux résultats et la conclusion.
  - Références : les références sont numérotées selon l'ordre de leur appel dans le texte. Leur nombre ne doit pas dépasser 20 pour les articles originaux, 10 pour les cas cliniques et 30 pour les mises à jour. Elles doivent indiquer les noms de tous les auteurs si leur nombre ne dépasse pas six, au-delà, il faut indiquer les 3 premiers suivis de la mention et al.. Les abréviations des titres des journaux doivent être celles qui sont trouvées dans l'Index Medicus, par exemple :
    - Pour une revue:
1. Sy T, Diallo AB, Diallo Y. et al. : Les évacuations obstétricales : aspects épidémiologiques, pronostiques et économiques à la Clinique Gynécologique et

Obstétricales du CHU Ignace DEEN. *Journal de la SAGO* 2002; 3(2): 7- 11

- Pour une contribution à un livre:
2. Berland M. Un état de choc en début de travail : conduite à tenir. In : Lansac J, Body G : Pratique de l'accouchement. Paris. SIMEP. 2<sup>ème</sup> éd. 1992 : 218-225
    - Pour un livre:
  3. Lansac J, Body G. Pratique de l'accouchement. Paris. SIMEP. 2<sup>ème</sup> éd. 1992 : 349.
    - Pour une thèse:
  4. Bah A . Les évacuations obstétricales : aspects épidémiologiques et pronostic à la clinique de gynécologie obstétrique du CHU Ignace Deen. Thèse méd, Univ Conakry 2001; 032/03 04 : 165p
- Tableaux, figure et légendes : leur nombre doit être réduit au strict minimum nécessaire à la compréhension du texte. Les tableaux seront numérotés en chiffres romains et les figures en chiffres arabes. Ils doivent être appelés dans le texte.

Après acceptation définitive de l'article, des modifications mineures portant sur le style et les illustrations pourront être apportées par le comité de rédaction sans consulter l'auteur afin d'accélérer la parution dudit article.

### **Le comité de rédaction**

# SOMMAIRE

## ARTICLES ORIGINAUX

- Pronostic fœtal en cas d'accouchement par le siège au centre de santé roi Baudouin de Dakar**  
Faye Dieme ME, Moreira PM, Thiam M, Diouf AA, Bentahir S, Diouf A, Gaye A, Moreau JC.....1 - 6
- Les infections du site opératoire après césarienne a la maternité du CHU de Treichville à Abidjan. (Abidjan, Côte d'Ivoire)**  
Bohoussou KPE, Guié P, Dia JM, Oyeladé M, Tegnan JA, Anongba S, Touré Coulibaly K.....7 - 12
- Carcinome lobulaire infiltrant du sein révélé par une métastase cervicale utérine : à propos d'un cas en Guinée.**  
Traore B, Dem A, Kaba ML, Keita M, Conde M.....13 - 17
- Lésions traumatiques vulvo-vaginales non obstétricales au CHU Souro Sanon de Bobo-dioulasso, Burkina faso**  
Somé DA, Toure B, Ouattara S, Sioho N, Bambara M, Dao B.....18 - 22
- Episiotomie versus déchirure périnéale : étude des facteurs de risque au CHU de Pointe à Pitre / Abymes Guadeloupe**  
Cisse ML, Abauleth R, Bonnechose L, Kadhel P, Janky E..... 23 - 26
- Soins obstetricaux et neonataux d'urgence (SONU) en zone rurale Sénégalaise**  
Thiam O, Toure FB, Cisse ML, Niang M, Mbaye M, Moreau JC..... 27- 31
- Choix contraceptifs des adolescentes gabonaises en post abortum : methodes de longue durée versus courte duree.**  
Mayi-Tsonga S, Mimbila M, Essomo Megnier-Mbo M, Assoumou P, Minkobame U, Ngouafo D .....32 - 37
- CAS CLINIQUE**
- Myomectomie sur grossesse à propos d'un cas au CHU de Yopougon**  
Seni K, Horo A, Adjoussou S, Fanny M, Kone M.....38 - 40
- Diagnostic échographique d'un jumeau acardiaque au premier trimestre : a propos d'un cas.**  
Diouf AA, Faye ME, Niang M, Gueye M, Diouf A.....41 - 45

# CONTENTS

## ORIGINAL ARTICLES

### ***Foetal prognosis of breech presentation at roi baudouin health center of dakar***

Faye Dieme ME, Moreira PM, Thiam M, Diouf AA, Bentahir S, Diouf A, Gaye A, Moreau JC.....1 - 6

### ***Surgical site infections following caesarean section in the maternity of university teaching hospital of Treichville.(Abidjan, Côte d'Ivoire)***

Bohoussou KPE, Guié P, Dia JM, Oyeladé M, Tegnan JA, Anongba S, Touré Coulibaly K.....7 - 12

### ***Invasive lobular carcinoma of the breast revealed by uterine cervical metastasis: a case report in guinea.***

Traore B, Dem A, Kaba ML, Keita M, Conde M.....13 - 18

### ***Non obstetrical vulvovaginal injuries by traumas in souro sanou university teaching hospital, bobo-dioulasso, burkina faso***

Somé DA, Toure B, Ouattara S, Sioho N, Bambara M, Dao B.....18 - 22

### ***Episiotomy versus tear perineal: study of risk factors CHU Pointe a Pitre / Abymes Guadeloupe***

Cisse ML, Abauleth R, Bonnechose L, Kadhel P, Janky E..... 23 - 26

### ***Emergency obstetric and neonatal care (SONU) in rural Sénégal.***

Thiam O, Toure FB, Cisse ML, Niang M, Mbaye M, Moreau JC..... 27- 31

### ***Contraceptive choice of gabonese's adolescents following abortion : long acting methods versus short acting)***

Mayi-Tsonga S, Mimbila M, Essomo Megnier-Mbo M, Assoumou P, Minkobame U, Ngouafo D .....32 - 37

## CASE REPORT

### ***Myomectomy about pregnancy on a case of the CHU Yopougon***

Seni K, Horo A, Adjoussou S, Fanny M, Kone M.....38 - 40

### ***Ultrasound diagnosis of acardiac twin in first trimester: a case report***

Diouf AA, Faye ME, Niang M, Gueye M, Diouf A.....41 - 45

**EPISIOTOMIE VERSUS DECHIRURE PERINEALE : ÉTUDE DES FACTEURS DE RISQUE  
AU CHU DE POINTE A PITRE / ABYMES GUADELOUPE**  
*EPISIOTOMY VERSUS TEAR PERINEAL: STUDY OF RISK FACTORS CHU POINTE A PITRE /  
ABYMES GUADELOUPE*

CISSE ML<sup>1</sup>, ABAULETH R<sup>2</sup>, BONNECHOSE L<sup>3</sup>, KADHEL P<sup>3</sup>, JANKY E<sup>3</sup>

<sup>1</sup> Clinique Gynécologique et Obstétricale CHU Le Dantec, Dakar (Sénégal)

<sup>2</sup> Service de Gynécologie et d'Obstétrique, CHU de Cocody, Abidjan ( Côte d'Ivoire)

<sup>3</sup> Maternité, CHU de Pointe à Pitre / Abymes, Guadeloupe ( DOM-TOM)

**Correspondances** : Dr M.L. Cissé, Clinique Gynécologique et Obstétricale, CHU Le Dantec BP 24 700  
Dakar Sénégal ; Email : [mlamineasgo@yahoo.fr](mailto:mlamineasgo@yahoo.fr) Tél : 00 (221) 77 455 55 56

**RESUME**

**OBJECTIF** : Evaluer les facteurs de risque et la morbidité périnéale d'une série comparative de deux groupes de 63 patientes, épisiotomie versus déchirure périnéale.

**MATERIEL ET METHODES** : Il s'agit d'une étude comparative de deux groupes de 63 patientes, épisiotomie versus déchirure périnéale portant d'une série continue en 2005 au CHU de POINTE A PITRE / ABYMES GUADELOUPE. Les paramètres étudiés concernaient : les caractéristiques socio-démographiques, les antécédents gynéco-obstétricaux, les conditions de l'accouchement, et la qualité des suites de couches. Les patientes sont jointes au téléphone pour apprécier la qualité des suites de couches dyspareunie, diminution de la force musculaire du périnée, les signes cliniques d'incontinence urinaire d'effort, d'incontinence anale et de prolapsus, ou au cours de la consultation. L'exploitation des données était faite grâce au logiciel Epi info version 6. Pour comparer les différents facteurs au cours de l'épisiotomie et de la déchirure périnéale, les tests de Kruskal-Wallis ont été utilisés.

**RESULTATS** : L'âge moyen des patientes était de 27 ans avec des extrêmes de 15 ans à 43 ans. Dans 38,9 % de l'ensemble des cas, les patientes pratiquaient une activité physique. Dans les déchirures périnéales, nous avons eu 6 déchirures périnéales antérieures (9,5 %) et 3 déchirures complètes (4,7 %), une déchirure complète compliquée (1,6%) et 84,2 % de déchirures simples. Par contre, dans le groupe épisiotomie, un cas d'épisiotomie compliquée de déchirure complète du périnée (1,6%) a été rencontré.

L'âge et la parité n'influençaient pas la survenue de déchirure périnéale et de l'épisiotomie. Cependant, le risque de déchirure périnéale était plus élevé en cas de maturation cervicale, de déclenchement du travail, en cas d'accouchement en variété postérieure, en cas d'analgésie au cours du travail et la durée d'expulsion courte. La durée moyenne de l'expulsion dans le groupe épisiotomie est de 8,637 minutes contre 6 minutes dans le groupe déchirure périnéale. Près de la moitié des patientes (47,6 %) ayant eu une déchirure périnéale, avaient accouché en moins de 5 minutes contre 33,3 % pour le groupe épisiotomie. La probabilité d'avoir une déchirure périnéale est d'autant plus élevée que la phase expulsive est rapide.

Chez 4% des patientes (5 cas), l'incontinence anale a été rencontrée ; parmi lesquelles 4 patientes avaient une déchirure périnéale. Aucune patiente ne s'était plainte d'incontinence urinaire, ni de prolapsus.

**CONCLUSION** : Il ressort de cette étude qu'à facteurs de risque de lésions périnéales (maturation cervicale, de déclenchement du travail, de variété postérieure, d'une expulsion rapide) égal, la survenue de la déchirure périnéale était plus fréquente que la réalisation d'une épisiotomie. L'incontinence urinaire et anale étaient rencontrées en cas de déchirure périnéale.

**Mots clés** : Episiotomie, Déchirure périnéale, Morbidité périnéale

**SUMMARY**

**OBJECTIVE**: To assess risk factors and morbidity perinea of a comparative study of two groups of 63 patients, episiotomy versus tear perinea.

**MATERIEL AND METHODS**: It acts of a comparative study of two groups of 63 patients, episiotomy versus tear perinea bearing on morbidity perinea of a study continuous in 2005. Les studied parameters concern: socio-demographic characteristics, gynaecology and obstetrical antecedents, conditions of the childbirth, and the quality of the continuations of layers. The patients are joined to the telephone to assess the quality of the continuations of layers vaginal pains, reduction in the muscular force of perinea, the clinical signs of urinary incontinence of effort, anal incontinence and prolepsis, or during the consultation. The exploitation of the data was made thanks to the software Epi information version 6. To compare the various factors during the episiotomy and of the tear perinea, the tests of Kruskal-Wallis were used.

**RESULTS**: The average age of the patients was 27 years with some 15 years extremes to 43 years. In 38.9 % of the whole of the cases, the patients practised a physical activity. In the tears perinea's, we had 6 former tears perinea's (9.5 %) and 3 complete tears (4.7 %), a complicated complete tear (1.6%) and 84.2 % of simple tears. On the other hand, in the episiotomy group, a case of complicated episiotomy of complete tear of perinea (1.6%) was encountered. The age and the parity did not influence not occurred of tear perinea and the episiotomy. However, the risk of tear perinea was higher in the event of cervical maturation, of release of work, in the event of childbirth in posterior variety, analgesia during the work and the duration of short expulsion. The average duration of expulsion in the episiotomy group is 8.637 minutes against 6 minutes in the group tear perinea. About half of the patients (47.6 %) having had a tear perinea, in less than 5 minutes against 33.3 % for the episiotomy group had been confined. The probability of having tear perinea is all the more high as the expulsive phase is fast. At 4% of the patients (5 cases), anal incontinence was met; among which 4 patients had a tear perinea. No patient had complained about urinary incontinence, or of prolepsis.

**CONCLUSION**: It comes out from this study that with risk factors of perinea lesions (cervical maturation, of release of work, posterior variety, a fast expulsion) equal, occurred of the perinea tear was more frequent than the realization of a episiotomy. Urinary and anal incontinence were met in the event of perinea tear.

**Key words**: Episiotomy, Tear perinea, Morbidity perinea

## I-INTRODUCTION

L'épisiotomie est une incision chirurgicale, qui consiste à sectionner aux ciseaux, la paroi du vagin, la peau et les muscles superficiels du périnée obstétrical afin d'agrandir l'orifice de la vulve pour faciliter l'accouchement. Par contre, la déchirure périnéale quant elle, est une solution de continuité spontanée, non chirurgicale survenue au cours de l'expulsion fœtale.

L'objectif de notre étude est d'évaluer les facteurs de risque et la morbidité périnéale d'une série comparative de deux groupes de 63 patientes, épisiotomie versus déchirure périnéale.

## II MATERIELS ET METHODES

Il s'agit d'une étude comparative de deux groupes de 63 patientes, épisiotomie versus déchirure périnéale d'une série continue en 2005 au CHU de POINTE A PITRE / ABYMES GUADELOUPE.

Etait incluse dans l'étude, toute patiente reçue durant cette période ayant eu une épisiotomie ou une déchirure périnéale au cours de son accouchement au CHU de Pointe à Pitre.

Nous avons exclus les patientes ayant accouché en dehors du CHU et reçues en dehors de la période d'étude.

Les paramètres étudiés concernent : les caractéristiques socio-démographiques, les antécédents gynéco-obstétricaux, les conditions de l'accouchement, et la qualité des suites de couches.

Les patientes sont jointes au téléphone pour apprécier la qualité des suites de couches

dyspareunie, diminution de la force musculaire du périnée, les signes cliniques d'incontinence urinaire d'effort, d'incontinence anale et de prolapsus, ou au cours de la consultation.

Les données pour cette étude étaient recueillies par un questionnaire. L'exploitation des données était faite grâce au logiciel Epi info version 6. Pour comparer les différents facteurs au cours de l'épisiotomie et de la déchirure périnéale, les tests de Kruskal-Wallis ont été utilisés.

## III. RESULTATS

L'âge moyen des patientes était de 27 ans avec des extrêmes de 15 ans à 43 ans.

Dans le groupe d'épisiotomie, l'âge moyen des patientes était de 27,3 ans contre 28,4 ans dans le groupe déchirure périnéale. L'âge n'influence pas la survenue d'une épisiotomie ou d'une déchirure périnéale ( $p=0,332$ ).

Dans 38,9 % de l'ensemble des cas, les patientes pratiquaient une activité physique.

Dans le groupe épisiotomie, la prévalence des nullipares étaient de 50,3% ; et dans le groupe

déchirure périnéale, elle était de 44,4 %. En tenant compte de la parité, la probabilité d'avoir une épisiotomie ou une déchirure périnéale n'était statistiquement significative ( $p=0,727$ ).

Dans les déchirures périnéales, nous avons eu 6 déchirures périnéales antérieures (9,5 %) et 3 déchirures complètes (4,7 %), une déchirure complète compliquée (1,6%) et 84,2 % de déchirures simples. Par contre, dans le groupe épisiotomie, un cas d'épisiotomie compliquée de déchirure complète du périnée (1,6%) a été rencontré.

La prévalence de la déchirure périnéale après maturation cervicale était de 30 % contre 26,9 % dans le groupe épisiotomie. La différence était statistiquement significative avec un Odds ratio égal à 0.86 ; IC 95% : 0.36 < OR < 2.01.

La prévalence de l'épisiotomie après déclenchement était de 15,8 % contre 22,2 % dans le groupe déchirure périnéale. La différence était statistiquement significative avec un Odds ratio égal à 0.66 ; IC 95% : 0.24 < OR < 1.78.

Après analgésie au cours du travail, le risque de réaliser une épisiotomie était plus élevé que la survenue d'une déchirure périnéale (Odds ratio égal à 1.38, IC 95% : 0.64 < OR < 3.00).

La prévalence de l'épisiotomie dans les variétés postérieures était de 19 % contre 11,1 % de déchirures périnéales. La différence était statistiquement significative avec un Odds ratio à 0.53 ; IC 95% : 0.17 < OR < 1.61.

Dans le groupe épisiotomie, 88,8% des patientes avaient accouché par voie basse naturelle contre 87,3% dans le groupe déchirure périnéale. Par contre, La prévalence de l'épisiotomie était de 9,5 % contre 7,9 % dans le groupe déchirure périnéale au cours des extractions instrumentales.

La prévalence de l'épisiotomie dans la variété d'expulsion postérieure était de 6,3 % contre 3,1 % dans le groupe déchirure périnéale. La différence était statistiquement significative avec un Odds ratio de 0,48, un intervalle de confiance à 95 % : 0.06 < OR < 3.28.

La durée moyenne de l'expulsion dans le groupe épisiotomie est de 8,637 minutes contre 6 minutes dans le groupe déchirure périnéale. Près de la moitié des patientes (47,6 %) ayant eu une déchirure périnéale, avaient accouché en moins de 5 minutes contre 33,3 % pour le groupe épisiotomie.

La probabilité d'avoir une déchirure périnéale est d'autant plus élevée que la phase expulsive est rapide.

Dans 2,4 % des cas, les suites de couches se compliquaient d'un lâchage périnéal, d'une infection superficielle et d'une infection profonde.

Dans les suites de couches tardives, nous observions un cas de dyspareunie, et deux patientes se plaignaient d'une diminution de la force musculaire du périnée.

Cependant, 12,7% des patientes n'avaient pas fait de rééducation périnéale dans le post-partum. Chez 4% des patientes (5 cas), l'incontinence anale a été rencontrée ; parmi lesquelles 4 patientes avaient une déchirure périnéale. Aucune patiente ne s'était plainte d'incontinence urinaire, ni de prolapsus.

### III DISCUSSION

L'épisiotomie a longtemps été considérée comme l'intervention la plus pertinente pour réduire les traumatismes périnéaux sévères. Dans la littérature, plusieurs facteurs de périnée complet ont été étudiés à savoir l'âge, la parité, la variété de position, la variété d'expulsion le poids de l'enfant, le périmètre crânien de l'enfant, la durée du travail, le type d'accouchement...[1].

Dans notre série, il n'avait pas de différence significative concernant l'âge dans les deux groupes. L'âge moyen des patientes du groupe épisiotomie était de 27,3 ans contre 28,4 ans dans le groupe déchirure périnéale.

Cependant, Roman [2] affirme que l'âge maternel a été significativement lié à l'incontinence anale à 6 semaines. Quant à McArthur [3], il montra que l'âge supérieur à 30 ans est un facteur de risque significatif pour l'incontinence anale à 3 mois après l'accouchement.

Dans sa série, Nygaard [4] ne retrouve pas à long terme de différence pour l'incontinence anale entre un groupe de patientes dont l'accouchement a été compliqué d'un périnée complet, un groupe de patientes ayant accouché avec une épisiotomie et un groupe de patiente ayant accouché par césarienne.

Shiono [5] retrouve un taux de déchirure du 3<sup>e</sup> degré de 0,2 % en l'absence d'épisiotomie, de 1,8 % en cas d'épisiotomie médio-latérale, et 9,7% en cas d'épisiotomie médiane.

Nous ne pratiquons que l'épisiotomie médio-latérale ; notre taux (1,6%) de déchirure en cas d'épisiotomie est superposable à celui de Shiono.

En l'absence d'épisiotomie, nous avons eu 4,7% de déchirures complètes et 1,6% de déchirure complète et compliquée. Ceci a été confirmé par les séries de Shiono [5] et Anthony [6], que l'épisiotomie médio-latérale divise de plus de 4 le risque de survenue d'une déchirure du 3<sup>e</sup> degré.

Sleep [7] montre que la politique restrictive d'épisiotomie n'augmente pas significativement le taux de déchirures du 3<sup>e</sup> degré mais augmente significativement la survenue de déchirures

périnéales antérieures. Ces résultats ont été confirmés par une méta-analyse de Carroli [8].

Dans notre série, la prévalence de l'épisiotomie était supérieure à 50 % en cas d'analgésie au cours du travail. En cas de maturation cervicale et de déclenchement du travail, la prévalence de la déchirure est supérieure à celle de l'épisiotomie. En comparant le groupe épisiotomie et le groupe déchirure, on note une différence statistiquement significative. Le risque de déchirure périnéale est plus élevé en cas de maturation cervicale et de déclenchement du travail.

L'incontinence anale a été définie par au moins un épisode d'émission incontrôlée des gaz, des matières fécales liquides ou solides et l'urgence fécale par l'impossibilité de retarder la défécation de plus de 5 minutes [9,10]. Notre taux de 4% d'incontinence anale est faible et rencontré dans 80 % en cas d'atteinte du sphincter anale.

Dans la littérature [1,2,11,12], l'atteinte sphinctérienne est plus fréquente en cas d'accouchement instrumental. Dans notre série, l'accouchement instrumental ou par manœuvre voie basse a été réalisé dans 12 % des cas dans le groupe épisiotomie versus 13 % dans le groupe déchirure périnéale.

Ainsi, la prévalence de l'incontinence anale est probablement sous estimée car certains auteurs [12] retrouvent des taux élevés des lésions sphinctériennes après les accouchements par voie basse (28 à 35 %) ; mais surtout signalaient que dans plus de deux tiers des cas les lésions échographiques n'étaient pas associées aux symptômes cliniques [10,12].

Cependant, l'épisiotomie n'apparaît pas comme étant un facteur de risque de l'incontinence anale contrairement à la variété postérieure d'expulsion et à la durée d'expulsion. Près de la moitié des patientes (47,6 %) ayant eu une déchirure périnéale, avaient accouché en moins de 5 minutes contre 33,3 % pour le groupe épisiotomie.

Dans une méta-analyse de poussée retardée versus poussée immédiate en seconde phase de travail, Menez-Orieux [13] retrouve une différence significative entre avec plus d'accouchement spontané dans le groupe poussée retardée (p=0,019).

Dans notre série, nous n'avons observé aucun cas d'incontinence urinaire et de prolapsus génital. Cependant selon Wilson [12], la prévalence de l'incontinence urinaire ou du prolapsus génital, elle augmentait avec la parité.

La prévention de ces lésions d'après Vendittelli [1], passe entre autre par le massage périnéal antépartum et au cours du travail ; une intervention intéressante



pour réduire les déchirures périnéales et donc améliorer le vécu de l'accouchement en diminuant l'inconfort et la morbidité du post-partum.

## CONCLUSION

Il ressort de cette étude qu'à facteurs de risque de lésions périnéales (maturation cervicale, de déclenchement du travail, de variété postérieure, d'une expulsion rapide) égal, la survenue de la déchirure périnéale était plus fréquente que la réalisation d'une épisiotomie. L'incontinence urinaire et anale étaient rencontrées en cas de déchirure périnéale.

## REFERENCES

1. Vendittelli F, Tabaste JL, Janky E. : Le massage périnéal anté-partum : revue des essais randomisés. *J Gynécol Obstét Biol Reprod* 2001,vol 30,n°6:565-571.
2. Roman H, Robillard PY, El Amrani R, Verspyck E, Marpeau L, Barau G. : Facteurs liés à l'incontinence anale du post-partum : Etude rétrospective chez 525 femmes. *J Gynécol Obstét Biol Reprod* 2004,vol 33,n°6-C1:497-505.
3. McArthur C, Glazener CMA, Wilson PD, Herbison GP, Gee H, Lang GD *et al.* : Obstetric practice and faecal incontinence three months after delivery. *Br J Obstet Gynaecol* 2001,108: 678-83.
4. Nygaard IE, Rao SSC, Dawson JD. : Anal incontinence after anal sphincter disruption: a 30 years cohort study. *Obstet Gynecol* 1997;89:896-901.
5. Shiono P, Klebanoff M, Carey C. : Midline episiotomies : more harm than good? *Obst Gynecol* 1990,75:765-769.

6. Anthony S, Buitendijk SE, Zondervan KT, Van Rijssel EJC, Verker PH. : Episiotomies and the occurrence of severe perineal laceration. *Br J Obstet Gynaecol* 1994,101:1064-1067.
7. Sleep J, Grant A, Garcia J, Elbourne D, Spencer J, Chalmers I. : West Berkshire perineal management trial. *Br Med J.* 1984,289:587-590.
8. Carroli G, Belizan J. Episiotomy for vaginal birth (Cochrane Review). *The Cochrane Library, Issue 3,2003.* Oxford: Update Software
9. Chaliha C, Sultan AH, Bland JM, Monga AK, Stanton SL. Anal function:effect of pregnancy *Obstet Gynecol* 2001,185:42-32.
10. Faltin DL, Boulvain M, Floris LA, Irion O. : Diagnosis of anal sphincter tears to prevent faecal incontinence: a randomized controlled trial. *Obstet. Gynecol.* 2005,106(1):6-13.
11. Baume S, Cheret A, Creveuil C, Vardon D, Herlicoviez M, Dreyfus M. Complications des accouchements assistés par ventouse. *J Gynécol Obstét Biol Reprod* 2004,vol 33,n°4:304-311.
12. Wilson PD, Herbison RM, Herbison GP. : Obstetric practice and the prevalence of urinary incontinence months after delivery. *Br J Obstet Gynaecol* 1996,103:154-161.
13. Menez-Orieux C, Linet T, Linet T, Philippe HJ, Boog G : Poussée retardée versus poussée immédiate de la seconde phase du travail chez les nullipares sous anesthésie péridurale. Une méta-analyse des essais randomisés. *J Gynécol Obstét Biol Reprod* 2005,vol 34,n°5:440-447.