

# Les déchirures périnéales à l' hôpital national Ignace Deen en guinée

## Perineal tears at Ignace Deen national hospital in Guinea

Bah I K<sup>1</sup>, Diallo M L<sup>2</sup>, Sylla I<sup>1</sup>, Diallo I A<sup>1</sup>, Diallo A<sup>1</sup>, Sy T<sup>1</sup>

1-Département de gynécologie et d'obstétrique, Université Gamal Abdel Nasser de Conakry, Guinée

2-Département de pédiatrie, Université Gamal Abdel Nasser de Conakry, Guinée

**Correspondance:** Dr Ibrahima Koussy Bah, Courriel: [ibrahima.koussy@gmail.com](mailto:ibrahima.koussy@gmail.com)

Tel : 00224621397777 CHU Ignace Deen- Guinée

Reçu le 29 août 2021- Accepté le 14 octobre 2021 - Publié le 3 décembre 2021

### RÉSUMÉ

**Objectifs :** calculer la fréquence des déchirures périnéales, décrire le profil sociodémographique, cliniques et prise en charge des déchirures périnéales à la maternité de l'hôpital national Ignace Deen CHU de Conakry.

**Méthodologie :** Il s'agissait d'une étude prospective de type descriptif au service de gynéco-obstétrique de l'hôpital national Ignace Deen CHU de Conakry étendue sur Six mois allant du 01 mars au 31 août 2016. Nous avons inclus tous les accouchements d'un fœtus unique avec déchirure périnéale. la classification anglo-saxonne a été utilisée. Nos variables étaient sociodémographiques, cliniques, thérapeutiques et pronostiques. Une analyse descriptive a été réalisée avec les logiciels Epi info 7.2 et Microsoft Excel 2016 et les résultats exprimés en pourcentage.

**Résultats :** la fréquence de déchirures périnéales était de 5,98%. Le profil sociodémographique était dominé par Les primipares (66,67%) La tranche d'âge 16 à 20 ans (45,56%) avec un âge moyen de 22,42 ans, extrêmes 16 et 32ans. Les excisés (63,89%) ayant accouché d'un enfant pesant entre 2500g et 3999g (75,40%). Ces déchirures étaient plus observées lors des accouchements dystociques (57,7%) réalisés par les sages-femmes (73,33%). Les déchirures simples (1<sup>er</sup> degré) étaient les plus rencontrées (90,56%). La prise en charge était chirurgicale dans 100 % des cas. La guérison complète dans 92,78 % contre 4,45 % de suppuration.

**Conclusion:** La réduction de cette fréquence doit passer par la lutte contre les mariages précoces, les mutilations génitales féminines. La formation continue du personnel à la pratique de l'accouchement et de l'épisiotomie ainsi qu'à l'utilisation de la ventouse. **Mots clés :** profil sociodémographique, déchirures, périnée, CHU de Conakry.

### ABSTRACT

**Objectives:** calculate the frequency of perineal tears, describe the socio-demographic, clinical and management profile of perineal trauma in the maternity ward of the Ignace Deen CHU national hospital in Conakry.

**Methodology:** This was a prospective study of a descriptive type in the gynecology-obstetrics department of the Ignace Deen CHU national hospital in Conakry, extended over six months from March 1 to August 31, 2016. We included all the deliveries of a single fetus with perineal tear. the Anglo-Saxon classification was used. Our variables were socio-demographic, clinical, therapeutic and prognostic. A simple descriptive analysis was carried out with the software Epi info 6 and Microsoft Excel 2007 and the results expressed as percentage.

**Results:** The frequency of perineal tears was 5.98%. The socio-demographic profile was dominated by first-time mothers (66.67%) The 16 to 20 year age group (45.56%) with an average age of 22.42 years, range 16 and 32 years. Excised (63.89%) who gave birth to a child weighing between 2500 and 3999g (75.40%). These tears were more observed during obstructed deliveries (57.7%) performed by midwives (73.33%). Simple tears (1st degree) were the most common (90.56%). Management was surgical in 100 of the cases. Healing was complete in 92.78% versus 4.45% suppuration.

**Conclusion:** The reduction of this frequency must go through the fight against early marriages, female genital mutilation. Continuous training of staff in the practice of childbirth and episiotomy as well as in the use of the suction cup.

**Keywords:** socio-demographic profile, tears, perineum, Conakry teaching Hospital

## INTRODUCTION :

Les déchirures périnéales, sont des solutions de continuité non chirurgicales qui se produisent dans les tissus mous du canal de naissance, affectant le périnée (le raphé médian, les muscles du périnée et du vagin)

Dans 20 à 60% des accouchements, les traumatismes obstétricaux sont observés. Ils surviennent de façon spontanée lors du dégagement de la tête ou des épaules dans les accouchements par voie vaginale entraînant des déchirures au niveau du vagin, de la vulve, du périnée postérieur, qui restent les parties les plus souvent affectées ; plus rarement le col et le sphincter anal

La survenue de ces lésions est due à différents facteurs de risque à savoir les accouchements instrumentaux, les mutilations génitales féminines et des facteurs de risque fœtaux pour la plupart ; cependant, elles sont responsables de nombreuses complications telles que les dyspareunies, l'insatisfaction sexuelle, l'incontinence de gaz et de matière fécale en cas de traumatisme périnéal sévère ; aussi d'hémorragies, de thrombus génital, parfois de troubles psychiques.

La fréquence varie selon les pays. En France, en 2013, le taux de déchirure périnéale compliquée était de 0,6%.

En Australie, les traumatismes périnéaux du 3eme degré varient de 0,5% à 10% en 2013.

En Afrique elle varie de 19,2% à 15,98% selon des études rapportées respectivement par Egbe et al. Au Cameroun, et Millogo et al. au Burkina Faso.

En Guinée, peu d'études ont évalué le taux de déchirures périnéales.

C'est pour décrire la prise en charge de ces déchirures périnéales pendant l'accouchement que nous avons réalisé cette étude.

## METHODOLOGIE :

Il s'agissait d'une étude prospective de type descriptif étendue sur 6 mois, allant du 1er mars au 31 août 2019. Nous avons inclus tous les accouchements d'un fœtus unique avec déchirures périnéales. Les accouchements multiples et les césariennes ont été exclus. Le recrutement était exhaustif. Les variables étaient sociodémographiques ; cliniques ; thérapeutiques et pronostics

L'interview individuelle a été la technique utilisée pour la collecte des données.

Les sources documentaires étaient: le registre des admissions, les dossiers cliniques des patientes, les fiches de référence et d'évacuation, le registre d'accouchement.

Nous avons obtenu le consentement éclairé des femmes. L'anonymat et la confidentialité des résultats obtenus ont été également respectés.

L'exploitation des données était faite grâce au logiciel Epi info version 7.

Les tableaux ont été réalisés par le logiciel Microsoft Excel 2010.

## II-RÉSULTATS

### 1-Fréquence :

Pendant la période d'étude, 3010 accouchements par la voie basse ont été enregistré, 180 déchirures périnéales soit 5,98%.

### 2-Profil sociodémographique (tableau 1):

a)- **Age** : Quatre-vingt-quatre (84) sur 180 parturientes (46,67%) et cinquante et un (51) sur 180 parturientes (28,33%) étaient âgées respectivement de 16 à 20 ans, et de 21 à 25 ans. L'âge moyen était de 22,42±3,5 ans avec des extrêmes de 16 et 32 ans.

**Tableau 1** : Caractéristiques sociodémographiques

Caractéristiques sociodémographiques	Effectif=180	Fréquence
Age :		
16 à 20 ans	84	46,67%
21 à 25ans	51	28,33%
26 à 30ans	40	22,23%
= 31 ans	5	2,77%
Age Moyen 22,42±3,5 ans	Extrêmes : 16 et 32 ans	
Profession:		
Élève et étudiante	70	38,89%
Ménagères	60	33,33%
Libérale	38	21,11%
Salariée	12	6,67%
Etat Matrimonial		
Mariées	170	94,44%
Célibataires	10	05,60%
Parité :		
Primipare	120	66,67%
Paucipare	57	31,67%
Multipare	3	1,66%

**b)-Profession** : Soixante-dix(70) sur 180 cas (38,89%) étaient des élèves/étudiantes et soixante(60) sur 180 (33,33%) des ménagères.

**c)- Etat matrimonial :** Cent soixante-dix (170) sur 180 cas (94,44%) étaient mariées contre 11,8% de célibataires.

d)- Parité : Cent vingt (120) sur 180 cas (66,67%) et cinquante-sept (57) des cas de déchirures (31,67%) étaient respectivement à leur premier et aux deuxième ou troisième accouchements.

### 1- Caractéristiques cliniques (tableau 2) :

1- a)- Mutilations génitales féminines : Cent soixante-onze(171) sur 180 (95,3%) avaient subi des mutilations génitales contre neuf(09) cas (9,47%) non mutilées.

b)- Etat du périnée : Cent douze (112) sur 180 parturientes (62,6%) avaient un périnée cicatriciel contre soixante-huit (68) cas (37,79%) avec un périnée non cicatriciel.

c)- Mode d'accouchement : L'accouchement était eutocique chez cent cinquante-cinq (155) cas sur 180 parturientes (86,11%) contre vingt cinq (25) cas d'accouchements par ventouse (13,89%).

d)- Type de déchirures : Cent soixante-trois (163) sur 180 cas (90,56%) avaient une déchirure du premier degré contre seize(16) cas (8,89%) de deuxième degré et un cas (0,55%) de troisième degré. Nous n'avons pas enregistré de déchirure du 4eme degré.

e)- Présentation du fœtus : Dans Cent soixante-treize(173) sur 180 (96,11%) la présentation était céphalique contre sept(07) accouchements par le siège (3,89%).

f)- Durée de l'expulsion : La durée d'expulsion a été de moins de 30mn dans 57.22% des cas. Contre 42,78%.

g)- Poids du nouveau-né : Cent trente-six (136) sur 180 nouveau-nés des mères ayant subi de déchirures (75,55%) avaient un poids compris entre 2500 à 3999 grammes contre vingt un(21) nouveau-nés moins de 2500g (11,66%) et vingt un(23) nouveau-nés de plus de 4000g (12,79%).

h)- Périmètre crânien : Cent quarante-deux(142) sur 180 nouveau-nés (78,88%) avaient un périmètre crânien moins de 33 cm contre trente-huit(38) nouveau-nés (21,11%) de plus de 33 cm.

i)- Qualification de l'accoucheur : La majorité des accouchements (73,33 %) était réalisée par des sages-femmes et des élèves sages-femmes ; 26,67 % des patientes ont été prises en charge par les gynécologues, les médecins en spécialisation et les étudiants en médecine.

Caractéristiques cliniques	Effectifs= 180	Fréquence
Mutilations génitales féminines		
Oui	171	95,3%
Non	9	4,7%
Etat du périnée		
Cicatriciel	112	62,61%
Non cicatriciel	68	37,79%
Extraction instrumentale		
Oui	25	13,89%
Non	155	86,11%
Type de déchirures:		
Premier degré	163	90,56%
Deuxième degré	16	8,89%
Troisième degré	1	0,55%
Présentation du fœtus		
Céphalique	173	96,11%
Siège	7	3,89%
Durée d'expulsion		
Moins de 30 min	103	57.22%
30 min et plus	77	42,78%
Poids du nouveau-né		
Moins de 2500g	21	11,66%
2500g-3999g	136	75,55%
4000g et plus	23	12,79%
Périmètre crânien		
Moins de 33 cm	142	78,88%
33 cm et plus	38	21,11%
Qualification de l'accoucheur		
Sages-femmes	132	73,33%
Médecins	48	26,67%

### 1- Prise en charge thérapeutique :

Toutes les déchirures périnéales ont bénéficié de suture, d'antibiothérapie (les bêta-lactamines), d'antalgique (paracétamol), une solution de toilette intime et des antianémiques.

### 2- Pronostic :

Nous avons enregistré 92,78% (167) de guérison sans complication. Cependant dans 4,45% des cas (8/180) il y a eu de suppuration contre 2,77% (05/180) de lâchage de fils de sutures.

Aucun décès maternel n'a été enregistré au cours de l'étude.

## 2. DISCUSSION

La fréquence

Le but de notre étude était de déterminer la fréquence de déchirures périnéales, de décrire les caractéristiques sociodémographiques clinique et pronostic.

La fréquence des déchirures périnéales observées dans notre série 5,98% était supérieure à celle rapporté par les auteurs américains. Cependant elle était inférieure aux 19,2% ; 9,2% ; 15,98% rapporté respectivement par Egbe et al. Au Cameroun, Cissé CT et al. à Dakar et Millogo et al. au Burkina Faso et Fouedjio et al. (12,87%) en 2015 à l'hôpital central de Yaoundé.

Cette fréquence s'expliquerait par le fait que notre service est le sommet de la pyramide sanitaire du pays (niveau 3) et aussi par la fermeture de l'hôpital national Donka pour rénovation. Ceci, a augmenté l'affluence de parturientes dans le service.

## **2.) Caractéristiques sociodémographiques (tableau 1) :**

La déchirure périnéale n'épargne aucune tranche d'âge. La tranche 16 à 20ans a été la plus concernée, soit (43,33%). Cela pourrait s'expliquer par leur proportion importante dans notre population d'étude et aussi la précocité du mariage en Guinée à cause des pesanteurs culturelles selon l'EDS 2012 sur les causes du mariage précoce en Guinée.

L'âge moyen était de 22.42  $\pm$  3,5ans avec des extrêmes de 16 et 32ans. Dans d'autres études africaines l'âge moyen se situait entre 24 et 27ans.

Les mariées étaient les plus représentés (94,44%). Par contre Fouedjio et al. en 2015 ont rapporté que les célibataires étaient majoritaires 69,5% contre 30,5%. La prédominance des mariées dans notre étude s'expliquerait par le fait que dans notre société tout enfant né hors mariage est considéré comme un déshonneur pour la plupart des familles.

Les élèves et étudiantes étaient les plus concernées par les déchirures soit (38,89%). La majorité des déchirures périnéales ont été observé chez les primipares avec (66,67%). Le même constat a été fait par Fouedjio et al. au Cameroun qui dans leur étude a retrouvé une fréquence élevée de déchirure périnéale survenue chez ces dernières. Cette importance de déchirure s'expliquerait par leur périnée moins souple car il n'avait jamais été distendu par l'accouchement.

La survenue de déchirure périnéale au premier accouchement joue un rôle important dans la survenue ultérieure d'un trouble de la statique pelvienne Pigne A et Fritel X. citent que la primiparité augmente trois fois les risques de déchirure périnéale complète lors du 1er accouchement que lors des accouchements suivants à cause de la rigidité du périnée. Il est aussi important de souligner la part non négligeable des déchirures périnéales observées chez les paucipares soit (31,67%) au cours de notre étude. Les paucipares ou multipares ayant déjà eu une

déchirure antérieure ou une cicatrice d'épisiotomie sont exposées à la survenue d'une autre déchirure périnéale.

## **3.) Variables Cliniques et paramètres du nouveau ne (tableau 2):**

Nous avons constaté la présence de cicatrice de mutilations génitales féminines dans (95.3%) des cas. Cette fréquence élevée de mutilations génitales s'explique en partie par l'importance du périnée cicatriciel (62,21%) dans l'échantillon. Cependant, des études ont montré que la cicatrisation périnéale est un facteur associé à la survenue de déchirures périnéales et cela s'explique par le fait que le tissu fibreux est plus fragile que le tissu sain [4,16]. Cette fréquence est supérieure aux 75,6 % de femmes ayant subi des mutilations génitales retrouvées par Kaplan et coll. en 2013 en Gambie [17]. cela prouve que les récentes campagnes de sensibilisation contre les mutilations génitales féminines ne portent pas leurs fruits et que la pratique reste largement ancrée en Guinée.

Les mutilations génitales féminines constituent de par leurs fréquences et leurs complications, un véritable problème de santé publique [18].

La prédominance de périnée cicatriciel soit (62,21%) dans notre population d'étude pourrait s'expliquer par le fait qu'en Guinée et dans d'autres pays d'Afrique subsaharienne, l'excision fait partie des coutumes dans la plupart des groupes ethniques. Les jeunes filles en sont soumises pour la plupart au bas âge. Cette assertion est soutenue en Guinée par l'EDS qui publiait 94,2% de femmes excisées à Conakry en 2012 [14].

L'accouchement était eutocique (86,11%) contre (13,89%) d'extraction par ventouse.

Cissé CT et al. ont rapporté que le mode d'accouchement le plus fréquent était la voie basse naturelle (94,3%). Quatre-vingt extractions instrumentales ont été réalisées (5,7%), dont 10 forceps de Tarnier (0,7%) et 70 ventouses (5%).

Les déchirures périnéales étaient majoritairement de type 1 (90,50%) et 2 (8,89%). Les déchirures du troisième degré ont représenté 5,2% des cas. Cependant, nous n'avons pas enregistré de déchirures du 4ème degré. Les mêmes constats ont été établis dans des études africaines et ont également rapporté que la fréquence des déchirures du 4<sup>e</sup> degré était inférieure à 0,5%. Une prévalence plus élevée de 1,4 % à 1,9% a été trouvée pour les déchirures périnéales de troisième et quatrième degrés dans les pays occidentaux.

Quoique moins fréquente, ces déchirures périnéales posent un problème thérapeutique et psychique à cause de la difficulté de prise en charge et de l'impact

psychique qu'elles entraînent chez les accouchées et les prestataires. La survenue des déchirures périnéales pourrait être liée à la mauvaise coopération de la parturiente lors de l'accouchement, au type d'accouchement, et à l'expérience du prestataire ou aux conditions de l'accouchement.

La présentation céphalique était la plus observée soit (91,66%). Pizzoferrato et al. en 2015 ont rapporté que 95% des accouchements par voie basse sont en présentation de sommet. Cela s'explique par le fait qu'elle soit la présentation la plus couramment adoptée par le fœtus et le fait que le dégagement de la tête soit souvent brutal.

La durée d'expulsion a été de moins de 30 mn dans 57,22%. Fouedjio et al. en 2015 ont rapporté que la durée du deuxième stade inférieure à 30 min multiplie par 2 le risque de déchirure périnéale. Ceci s'expliquerait par le fait que le travail est le plus souvent rapide, l'accoucheur est souvent surpris et donc ne prend pas de dispositions nécessaires pour bien conduire l'accouchement.

Notre étude nous a permis de constater la prédominance des déchirures périnéales chez les mères des nouveaux nés dont le poids varie entre 2500 et 3999 grammes, soit (75,35 %) et un périmètre crânien de moins de 33cm, soit (78,88%). Le périmètre crânien  $\geq 36$  cm multiplie par 6,8 le risque de déchirure périnéale par sur-distension du périnée lors du dégagement de la tête ou de l'épaule postérieure. Le grand diamètre de l'épaule fœtal est prépondérant à entraîner les déchirures périnéales. Les déchirures périnéales observées à la naissance d'un NN de faible poids étaient souvent suite à un accouchement imminent, suite à un déclenchement, le périnée n'avait pas eu le temps de s'assouplir et de s'empiler après un accouchement dystocique.

Les déchirures du périnée ont été observées dans (73,33%) des accouchements réalisés par les sages-femmes. Ceci est lié au fait que la quasi-totalité des accouchements sont effectués par les sages-femmes. Le même constat a été établi par Cissé CT et Coll. et Andrews et al. qui dans leur études, ont indiqué un taux plus élevé de déchirure périnéale au cours des accouchements menés par certaines sages-femmes. Cependant, le diagnostic des déchirures périnéales dépendrait de l'expérience du praticien.

#### **4. Variables thérapeutiques et pronostiques:**

La prise en charge a été chirurgicale dans tous les cas. Toutes nos patientes ont bénéficié de l'antibiothérapie (bétalactamines, des antalgiques (paracétamol), une solution de toilette intime et des antianémiques.

L'évolution a été favorable dans 92,78% des cas contre (4,45%) de suppuration. Gandzien et al. [3] avait également trouvé très peu de complications du même type dans les suites de couches à Brazzaville. Nous n'avons pas évalué les complications à moyen et long terme telles que l'incontinence anale, les troubles sexuels qui sont les principaux dangers des déchirures périnéales la mauvaise hygiène dans le postpartum.

Nous n'avons pas enregistré de décès maternel

#### **CONCLUSION :**

Il ressort de cette étude que les déchirures périnéales restent fréquentes.

La réduction de cette fréquence doit passer par la lutte contre les mariages précoces, les mutilations génitales féminines. La formation continue du personnel à la pratique de l'accouchement et de l'épisiotomie ainsi qu'à l'utilisation de la ventouse.

#### **REFERENCES :**

1. **Villot A, Deffieux X, Demoulin G, Rivain A-L, Trichot C, Thubert T.** Prise en charge des périnées complètes (déchirure périnéale stade 3 et 4): revue de la littérature. *Rev Sage-Femme* 2016;15:10-18.
2. **Gandhiens P, Ekoundouzola J.** Les déchirures périnéales obstétricales à l'hôpital de base de Talangai Congo. *Médecine D'Afrique Noire* 2005;52:310-311.
3. **Sultan AH, Kamm MA, Hudson CN, Bartram CI.** Déchirures obstétricales et sphinctériennes du troisième degré?: facteurs de risque et résultat de la réparation primaire. *BMJ* 1994; 308: 887-91
4. **Ndiaye P, Diongue M, Faye A, Ouedraogo D, Dia AT.** Mutilation génitale féminine et complications de l'accouchement dans la province de Gourma (Burkina Faso). *Sante Publique (Bucur)* 2010; 22(5):563-70
5. **Gommesen D, Nøhr E, Qvist N, et al.** Déchirures périnéales obstétricales, fonction sexuelle et dyspareunie chez femmes primipares 12 mois postpartum?: une étude de cohorte prospective. *BMJ* 2019; 9 :e032368.
6. **Farooq S, Farook SM, Abbassi RM.** Schéma des déchirures périnéales lors d'un accouchement vaginal dans un hôpital universitaire du secteur public du Sindh. *Pak J Med Sci* 2010;26(4):856-859
7. **Klein MC, Gauthier RJ, Robbins JM, Kaczorowski J, Jorgensen SH, Franco ED, et al.** Relationship of episiotomy to perineal trauma and morbidity, sexual dysfunction, and pelvic floor relaxation. *Am J Obstet Gynecol* 1994;171:591-598.
8. **Harrison RF, Brennan M, North PM, Reed JV, Wickham EA.** Is routine episiotomy necessary? *Br*

Med J Clin Res Ed 1984;288:1971-1975.

9. **Egbe TO , Kadzem LN, Takang WA, Tchounzou R, Egbe EN & al.** Prevalence and Risk Factors of Perineal Tears at the Limbe Regional Hospital, Cameroon. *Int J Reprod Fertil Sex Health* 2016; 3(3): 70-78.

10. **Millogo-Traore F, Kaba STA, Thieba B, Akotiong M, Lankoande J.** Pronostic maternel et fœtal au cours de l'accouchement chez la femme excisée. *J Gynécologie Obstétrique Biol Reprod* 2007;36(4):393-398.

11. **Cissé CT, Niang M. M, Diouf AB.** Lésions périnéales au cours de l'accouchement. *Journal Africain de chirurgie* 2014; 3(2): 94-101

12. **Fouedjio JH, Madi Malai TJ, Fouelifack YF, Fouogue TJ, Essiben F, Nana NP, et al.** Facteurs Associés à la Déchirure Périnéale à la Maternité de l'Hôpital Central de Yaoundé, Cameroun. *Health Sci Dis* 2015;16:1-5.

13. **Institut National de la Statistique**, Ministère du Plan et du Développement Economique, Conakry, Guinée, The DHS Program, ICF, Rockville, Maryland, USA. Enquête Démographique et de Santé 2012.

14. **Fritel X, Pigné A.** L'épisiotomie, mesure préventive ou facteur de risque? Journée CEGOP. La préservation du périnée. Colmar, février 2001, 4 p.

15. **Fouelifack FY, Eko FE, Ko'ACOVE, Fouedjio JH, Mbu RE.** Prise en charge des plaies du périnée en post partum: faut-il prescrire systématiquement un antibiotique? *Pan Afr Med J* 2017;28:144.

16. **Dahlen H, Priddis H, Schmied V, et al.** Tendances et facteurs de risque de graves traumatisme périnéal pendant accouchements en Nouvelle- Galles du Sud entre 2000 et 2008?: une étude de données basée sur la population. *BMJ* 2013;3:e002824.

17. **Pizzoferrato A-C, Samie M, Rousseau A, Rozenberg P, Fauconnier A, Bader G.** Déchirures périnéales post-obstétricales sévères: conséquences à moyen terme sur la qualité de vie des femmes. *Prog En Urol* 2015;25:530-535.

18. **Howard D, Davies P, DeLancey J, Small Y.** Différences in périnée lacération in black and white primiparas. *Obstet and Gynécol* 2000;96:622-624.

19. **Andrews V, Sultan AH, Thakar R, Jones PW.** Occult anal sphincter injuries-myth or reality? *BJOG*