

## ARTICLE ORIGINAL

## LESIONS PERINEALES AU COURS DE L'ACCOUCHEMENT

**PERINEAL LESIONS DURING CHILDBIRTH**

CISSE.CT, NIANG.M, ABDALLAH.K, FAYE.EO

*Auteur correspondant Pr Cheikh Tidiane CISSE**ct.cisse@hotmail.fr***Résumé**

Objectifs : Préciser le profil épidémiologique, déterminer les facteurs associés et évaluer le pronostic des lésions périnéales au cours de l'accouchement. Matériel et méthodes Il s'agit d'une étude prospective exhaustive de type cas-témoins menée à la maternité IHS à Dakar entre le 04 Mai 2009 et le 03 Mai 2010. Après la réparation de la lésion périnéale, chaque patiente a ensuite fait l'objet d'un suivi post-natal (au 8ème jour, au 15ème jour, à la fin du 1er mois et du 3ème mois).

**Résultats :** 1399 lésions périnéales ont été répertoriées parmi 3853 accouchements par voie basse, soit une prévalence de 36,3%. Il s'agissait de 1087 épisiotomies et 312 déchirures périnéales. Le profil épidémiologique était celui d'une femme jeune (24 ans), primipare (66,9%), avec des antécédents de mutilation génitale (19,2%) et porteuse d'une grossesse à terme (96,8%). Les modes d'accouchement étaient les suivants : voie basse naturelle (94,3%), ventouse (5%) et forceps (0,7%). Quatre types de lésions périnéales étaient observées: épisiotomie médio-latérale (77,7%), déchirures incomplètes (21,4%), déchirures complètes (0,6%) et de déchirures complètes et compliquées (0,3%). Lors du suivi post-natal, nous avons noté une complication à type de désunion des sutures (3,6%) ou d'infection du périnée (3,7%). La morbidité à 3 mois était essentiellement représentée par la dyspareunie (4,4%). L'accouchement. L'analyse multivariée a montré que le risque de lésions périnéales était corrélé de façon significative avec les paramètres suivants: âge maternel, parité, existence d'une mutilation génitale féminine, nature de la présentation, mode d'accouchement, durée de la phase expulsive, qualification de l'accoucheur et périmètre crânien du nouveau-né.

**Conclusion:** Les lésions périnéales au cours de l'accouchement concernent un nombre important et croissant de parturientes. Leur morbidité n'est pas négligeable et recommande une meilleure formation des accoucheurs pour bien poser les indications d'épisiotomies et éviter les déchirures périnéales.

**Mots-clés :** épisiotomie - déchirure périnéale – accouchement par voie basse

**Summary**

Objectives: Specify the epidemiological profile; identify associated factors and assessing the prognosis of perineal tears during childbirth. Materials and methods: This is a comprehensive prospective study of case-control study maternity IHS Dakar between 4 May 2009 and 3 May 2010. Following repair of perineal injury, each patient was then the 'monitored post-natal (the 8th day, 15th day, at the end of the first month and the third month).

**Results:** 1399 perineal lesions were identified among 3853 vaginal deliveries, a prevalence of 36.3%. It was 1087 episiotomies and perineal tears 312. The epidemiological profile was that of a young woman (24 years), primiparous (66.9%), with a history of genital mutilation (19.2%) and carrying a pregnancy to term (96.8%). The modes of delivery were: natural vaginal (94.3%), cup (5%) and forceps (0.7%). Four types of perineal lesions were observed: mediolateral episiotomy (77.7%), incomplete tears (21.4%), complete tear (0.6%) and complete and complex tears (0.3%). During post-natal monitoring, we noted a some complications like of dehiscence (3.6%) or infection of the perineum (3.7%). Morbidity in 3 months was essentially represented by dyspareunia (4.4%). childbirth. Multivariate analysis showed that the risk of perineal lesions was significantly correlated with the following parameters: maternal age, parity, existence of female genital mutilation, nature of the presentation, mode of delivery, duration of the expulsive stage, qualification of the obstetrician and head circumference of newborns.

**Conclusion:** The perineal tears during childbirth affect a large and growing number of women during childbirth. Their morbidity is not negligible and recommends better training for midwives to ask good indications for episiotomy and prevent perineal tears.

**Keywords:** episiotomy - perineal tear - vaginal delivery

## INTRODUCTION

Le périnée maternel est souvent exposé à divers traumatismes lors de l'accouchement ; il peut s'agir d'épisiotomies ou de déchirures accidentelles du périnée. Ces lésions périnéales peuvent être responsables de complications immédiates graves comme les hémorragies du post-partum, mais également d'une morbidité à long terme à type de troubles de la sexualité (dyspareunie, frigidity), d'incontinence fécale et de troubles urinaires.

Depuis quelques années, à travers nos statistiques et celles rapportées par les principales maternités de Dakar, on observe une tendance à la hausse des accouchements associés à une lésion périnéale. Cette inflation est-elle en rapport avec une mauvaise qualité de la prise en charge des accouchements ou s'agit-il d'une évolution normale de notre pratique obstétricale? Pour répondre à cette question, nous avons mené cette étude dont l'objectif d'évaluer notre pratique dans ce domaine.

## PATIENTES ET METHODES

Il s'agit d'une étude prospective et exhaustive de type cas-témoins menée sur une période de 12 mois (04 Mai 2009-03 Mai 2010) dans la maternité de l'IHS à Dakar. Les cas étaient constitués par les accouchées ayant eu une lésion périnéale. Les témoins étaient choisis parmi les accouchées sans lésions périnéales enregistrés à la même période et dans la même structure. Chaque cas a été apparié à un témoin.

Pour chaque parturiente, nous avons consigné, juste après l'accouchement, les paramètres suivants: caractéristiques socio-démographiques, antécédents, données de l'examen obstétricale à l'entrée en salle de naissance, déroulement de l'accouchement, données paracliniques, résultats de la périnéorraphie.

Après la réparation de la lésion périnéale, chaque patiente a ensuite fait l'objet d'un suivi post-natal (au 8ème jour, au 15ème jour, à la fin du 1er mois et du 3ème mois).

Les données ont été saisies et analysées à l'aide du logiciel Sphinx Millennium version 4.5. Nous avons d'abord réalisé une analyse descriptive afin de préciser les aspects épidémiologiques, cliniques et pronostiques ; ensuite nous avons fait une analyse multi-variée pour déterminer les facteurs associés à la survenue de lésions périnéales au cours de

l'accouchement. Le test de Chi2 a été utilisé à cet effet avec un seuil de significativité de 0,05.

## RESULTATS

### ETUDE DESCRIPTIVE

Fréquence et types de lésions périnéales

Durant la période de l'étude, nous avons enregistré 1399 lésions périnéales parmi 3853 accouchements par voie basse, soit une prévalence de 36,3%. Elles étaient réparties comme suit: 1087 épisiotomies médio-latérales (28,2% des accouchements) et 312 déchirures périnéales (8,1% des accouchements).

Les indications d'épisiotomie (tableau I) étaient dominées par l'hypotrophie fœtale (24%) et le périnée cicatriciel (16,3%). Dans 37,8% des cas, cette épisiotomie n'a pas été justifiée par l'accoucheur.

Les déchirures périnéales quant à elles correspondaient à : 300 cas de déchirures incomplètes (21,4%), 8 cas de déchirures complètes (0,6%) et 4 cas de déchirures complètes et compliquées (0,3%).

### Caractéristiques des parturientes

L'âge des patientes variait entre 13 et 46 ans avec une moyenne de 24 ans, la tranche d'âge 20-30 ans était la plus représentée (57,1%). Les primipares étaient les plus concernées (66,9%). Dans notre série, les antécédents particuliers suivants ont été notés : épisiotomie (28,7%), déchirure périnéale (2%) et mutilation génitale féminine (19,2%).

### Particularités du travail et de l'accouchement

Au moment de l'accouchement, l'âge gestationnel des patientes était compris entre 27 et 42 semaines d'aménorrhée (SA), avec une moyenne de 39 SA. Dans la majorité des cas la présentation était en position de sommet (97%) suivie par le siège (2,6%) et la face (0,4%). Dans notre série, la durée moyenne de la phase expulsive était de 17 minutes. Les variétés de dégagement étaient le plus souvent antérieures (98,5%). 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%).

### Qualification de l'accoucheur

La majorité des accouchements (82%) était réalisée par des sages-femmes et des élèves sages-

femmes ; 18% des patientes ont été prises en charge par les gynécologues, les médecins en spécialisation et les étudiants en médecine.

Etat des nouveau-nés

Nous avons enregistré 22 mort-nés soit 15,7‰ naissances vivantes et 1377 naissances vivantes. Pour les naissances vivantes, le score d'Apgar à la première minute était normal (compris entre 7 et 10) dans 92,8% des cas. Dans 105 cas (7,2%) les nouveau-nés présentaient une souffrance fœtale avec un score d'Apgar inférieur à 7. Le score d'Apgar moyen était de 7,5.

La majorité des nouveau-nés (1142) avait un poids normal soit 81,6%, 204 étaient hypotrophes (14,6%) et 53 étaient macrosomes (3,8%). Le poids moyen était de 2950 grammes. Quant au périmètre crânien des nouveau-nés, il était en moyenne de 33 cm avec des extrêmes de 26 et 39 cm.

### Suivi post natal

A J1 post-partum, 646 accouchées dans le groupe «épisiotomie » (46,2%) se plaignaient de douleur périnéale contre 138 accouchées dans le groupe «déchirure périnéale» (9,9%). Lors de la consultation du 3ème mois, nous avons enregistré 62 cas de dyspareunies (4,4%), 3 cas d'incontinence urinaire (0,2%) et une incontinence anale (0,07%) (Tableau II).

### ETUDE ANALYTIQUE

Les résultats de l'étude analytique montrent l'existence de certains facteurs associés aux lésions périnéales ; ces facteurs sont rapportés dans le tableau III.

### DISCUSSION

La fréquence des lésions périnéales est diversement appréciée selon les auteurs (Tableau IV). Dans notre série, nous avons enregistré 28,2% d'épisiotomie et 8,1% de déchirures périnéales. Notre taux d'épisiotomie est comparable à ceux enregistrés par Moubarak [14] au Sénégal (29,4%), Van Den Bergh [18] au Zimbabwe (27%) et Ying Lai [20] en Chine (26,8%).

Ce taux est plus faible que celui de 47 % rapporté en France en 2005 par le CNGOF [3]. Par contre, il apparaît relativement élevé si on le compare aux chiffres rapportés par Eckman [6] en France (3,4%) et Morhe [13] au Ghana (17,4%).

Les indications des épisiotomies varient selon les auteurs et les pays. Concernant les indications justifiées, nos chiffres sont comparables à ceux de la maternité du CHU le Dantec rapportés par Moubarak [14]. Dans notre série, 411 épisiotomies (37,8%) ont été réalisées sans indication justifiée. Aux Etats Unis, Weber [19] avait fait le même constat avec 20% d'épisiotomies non justifiées dans sa série. Peut-on alors qualifier ces épisiotomies «d'abusives»? Il est difficile de trancher cette question, car il n'existe pas actuellement un consensus sur la pratique de l'épisiotomie. A la suite des recommandations pour la pratique clinique du Collège des Gynécologues et Obstétriciens Français (CNGOF) [3], Riethmuller [16] a publié une analyse de la littérature qui ne montre pas de bénéfices d'une politique libérale de l'épisiotomie versus une utilisation plus restrictive. Par conséquent, chaque équipe adopte une politique dictée plutôt par ses habitudes de travail et par l'expérience de ses membres. C'est ainsi que dans beaucoup de situations obstétricales considérées comme à risques (extractions instrumentales, siège, gémellité), la lésion périnéale peut être plus ou moins évitée grâce à l'expertise clinique de l'accoucheur.

L'inexpérience de l'accoucheur est certainement un facteur de risque, en effet les lésions périnéales étaient plus fréquentes lorsque l'accouchement était fait par un étudiant en médecine ou une élève sage-femme ( $p=0,001$ ). Le même constat a été fait par Anthony [1] et Moubarak [14].

Dans notre série, le jeune âge des patientes (< 24 ans) était associé de manière significative au risque de déchirure du périnée et au recours à l'épisiotomie ( $p=0,001$ ). Ce constat avait déjà été fait par Tebeu [17] au Cameroun. En outre, chez les primipares, nous avons enregistré 62,7% d'épisiotomie (versus 4,2% chez les multipares) et 6,5% de déchirure périnéale (versus 8,9 % chez les multipares) avec un lien statistiquement significatif ( $p=0,001$ ). En France, Barbier [2] avait montré que la primiparité était un facteur de risque de lésion périnéale sévère au cours de l'accouchement par voie basse (71% contre 43 % avec  $p=0,001$ ). Nous avons également retrouvé que l'excision exposait les parturientes à un risque plus élevé de lésions périnéales ( $p=0,001$ ). Au Burkina Faso, Millogo-Traoré [12] avait enregistré un taux d'épisiotomie de 41,9% chez les femmes excisées contre 24,7%

chez les femmes non excisées ( $p < 0,0001$ ) et un taux de déchirure périnéale de 10,13% chez les femmes excisées contre 5,73% chez les femmes non excisées ( $p = 0,008$ ).

De notre étude, il ressort que certaines modalités d'accouchement pourraient accroître le risque de lésions périnéales. En effet, il en est ainsi de l'accouchement instrumental par forceps ou ventouse associé respectivement à 100% et 97,2% d'épisiotomie ; alors que seuls 35% des patientes ayant accouché par voie basse naturelle avait subi une épisiotomie ( $p = 0,001$ ). En France, Koskas [8] avait noté dans une étude portant sur 5409 accouchements par voie vaginale que l'application de la ventouse était associée à 87,53% d'épisiotomie en 2004 et 73,20% en 2006. Il a également fait le même constat concernant le forceps avec 99,1% de risque d'épisiotomie en 2004 et 98,36% en 2006. Cette proportion importante de lésions périnéales que nous avons enregistrée relève pour notre part de notre choix de faire systématiquement une épisiotomie préventive en cas de forceps. Par contre, la fréquence de l'épisiotomie en cas d'extraction par ventouse ne nous semble pas justifiée ; car dans ce cas le risque périnéal n'est pas le même et ne justifie pas l'adoption d'une attitude préventive systématique. Nous devons faire une mise à niveau pour inverser cette tendance.

Nous avons aussi observé que plus la phase expulsive était longue ( $\geq 60$  minutes), plus le taux de

lésion périnéale était élevé avec une différence statistiquement significative ( $p = 0,001$ ). Le Ray [10] avait déjà montré qu'une phase expulsive prolongée était associée à un risque accru de déchirure périnéale secondaire. La lésion périnéale est alors favorisée par la fragilisation du périnée suite à une infiltration œdémateuse.

Parmi nos parturientes, la morbidité des lésions périnéales est globalement peu sévère, essentiellement à type de dyspareunie. Cette dyspareunie, en rapport avec la fibrose cicatricielle, est plus fréquente en cas d'épisiotomie versus déchirure simple du périnée. Ce constat rejoint ceux rapportés par Moubarak [14], McArthur [21], Larsson [22], N'Guessan [23] et Sartore [24].

### CONCLUSION

Le recours à l'épisiotomie est de plus en plus fréquent dans notre pratique obstétricale. Cette inflation semble être favorisée par une politique plutôt libérale par rapport à l'épisiotomie et par la délégation de tâches à des accoucheurs encore inexpérimentés.

Des progrès importants ont été notés par rapport dans la prise en charge de ces lésions; mais, il faut inverser la tendance actuelle à travers l'instauration d'une politique plus sélective de l'épisiotomie et une meilleure formation des accoucheurs aux techniques de dégagement fœtal.

## RÉFÉRENCES

1. Anthony S, Buitendijk SE, Zondervan KT, Van Rijssen EJ, Verkerk PH. Episiotomies and the occurrence of severe perineal lacerations. *Br. J. Obstet. Gynecol.* 1994; 101: 1064-1067.
2. Barbier A, Poujade O, Faye R, Thiébau GO, Levardon M, Deval B. La primiparité est-elle le seul facteur de risque des lésions du sphincter anal en cours d'accouchement ? *Gynéc. Obstet. Fertil.* 2007; 35: 101-106.
3. CNGOF L'épisiotomie : Recommandations pour la pratique clinique. *J. Gynecol. Obstet. Biol. Reprod.* 2006; 35 (1): 1s77-1s80.
4. Cravchik S, Munoz D, Bortman M. Indicaciones de episiotomia en maternidad de publicas de Neuquen, Argentina. *Revista Panamericana de Salud Publica.* 1998; 4: 26-31.
5. Dolo A, Traore M, Diabate Diallo FS, Diarra I, Mounkoro N. L'accouchement chez la femme excisée: pronostic materno-fœtal. *Journal de la SAGO* 2001; 2 (1): 22-26
6. Eckman A, Ramanah R, Gannard E, Clement MC, Collet G, Courtois L, Martina A, Cossa S, Maillet R, Riethmuller D. Evaluation d'une politique restrictive d'épisiotomie avant et après les recommandations du Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français *J. Gynecol. Obstet. Biol. Reprod.* 2010; 39 (1): 37-42
7. Gandzien PC Les déchirures périnéales obstétricales à l'hôpital de base de Talangaï- Brazzaville *Méd Afrique Noire* 2005; 52 (10): 564-566.
8. Koskas M, Caillod AL, Fauconnier A, Bader G. Impact maternel et néonatal des Recommandations pour la pratique clinique du CNGOF relatives à l'épisiotomie. Etude à propos de 5409 accouchements par voie vaginale. *Gynecol. Obstet. Fertil.* 2009; 37: 697-702
9. Lansac J, Body G, Perrotin F, Marret H. Pratique de l'accouchement. Masson, Paris, 2001, 273-280.
10. Le Ray C, Audibert F. Durée des efforts expulsifs : données de la littérature. *Rev Sage-Femme.* 2008; 7: 217-220.
11. Meye JF, Nkone-Asseko G, Engongah-Beka T, Moussavou-Mouyama A. Suivi prénatal et accouchement chez l'adolescente à Libreville : à propos de 275 cas. *J.SAGO* 2001; 2 (1): 13-16.
12. Millogo-Traore F, Kaba STA, Thieba B, Akotionga M, Lankoande J. Pronostic maternel et fœtal au cours de l'accouchement chez la femme excisée. *J. Gynecol. Obstet. Biol. Reprod.* 2007; 36: 393-398.
13. Morhe ESK, Sengretsi S, Danso KA. Episiotomy in Ghana. *J. Gynecol. Obstet.* 2004; 86: 46-47.
14. Moubarak MO. Les déchirures spontanées du périnée au cours de l'accouchement et les épisiotomies à propos de 200 cas. *Mémoire DES Gynécologie-Obstétrique, Dakar,* 2006.
15. Otoide VO, Ogbonmwan SM, Okonofua FE. Episiotomy in Nigeria. *J. Gynecol. Obstet.* 2000 ; 68: 13-17.
16. Riethmuller D, Courtois L, Maillet R. Recommandation pour la pratique clinique : Pratique libérale versus restrictive de l'épisiotomie : existe-t-il des indications obstétricales spécifiques de l'épisiotomie? *J. Gynecol. Obstet. Biol. Reprod.* 2006; 35 (1): 1s32-1s39.
17. Tebeu PM, Mbu R, Kongnyuy E, Foumane P, Nana Njotang P, Doh AS. Influence du jeune âge maternel sur l'issue de l'accouchement à l'hôpital provincial de Maroua, Nord Cameroun, de 2003 à 2005. *Méd Trop* 2008; 68 (5): 553.
18. Van Den Bergh JE, Sueters M, Segaar M. Determinants of episiotomy in rural Zimbabwe. *Acta.Obstet. Gynecol. Scand.* 2003; 82 (10): 966-968.
19. Weber AM, Leslie M. Episiotomy Use in the United States, 1979–1997. *Obstet. Gynecol.* 2002; 100: 1177- 82.
20. Ying Lai C, Wah Chung H, Tzu Hsi Lao T, Kin Lau T, Yeung Leung T. Is the policy of restrictive episiotomy generalisable? A prospective observational study. *J Maternal-Fetal and Neonatal Med,* December 2009; 22(12): 1116-1121.
21. McArthur AJ, Incidence, severity, and determinants of perineal pain after vaginal delivery: a prospective cohort study. *Am J Obstet Gynecol* 2004; 191:1199-1204.
22. Larsson PG, Platz-Christensen JJ, Bergman B, Wallsternsson G. Advantage or disadvantage of episiotomy compared with spontaneous perineal laceration. *Gynecol Obstet Invest* 1991; 31:213-216.
23. N'guessan E, Guie P, Bamba B, Djanhan L, Toffe B, Anongba S. Utilisation du Dakin pour les soins locaux en suites de couches des épisiotomies et des déchirures du périnée. *Méd Afr Noire* 2008; 55(3): 129-131.
24. Sartore A, De Seta F, Maso G, Pregazzi R, Grimaldi E, Guaschino. S. The effects of mediolateral episiotomy on pelvic floor function after vaginal delivery. *Obstet Gynecol* 2004; 103:669-6673.

**Tableau I: Répartition selon les indications de l'épisiotomie des parturientes ayant accouché à la maternité de l'IHS entre le 4 Mai 2009 et le 3 Mai 2010 (N = 1087)**

Indications	Effective	Fréquence (%)
Non justifié	411	37,8
Périnée cicatriciel	177	16,3
Périnée court	11	1
Prématurité	29	2,7
Hypotrophie fœtale	261	24
Macrosomie fœtale	51	4,7
Présentation de la face	5	0,5
Présentation du siège	25	2,3
Souffrance fœtale aigue	37	3,4
Forceps	10	0,9
Ventouse	70	6,4
<b>Total</b>	<b>1087</b>	<b>100</b>

**Tableau II: Répartition selon la morbidité post-partum des patientes ayant subi une lésion périnéale lors de leur l'accouchement à la maternité de l'IHS entre le 4 Mai 2009 et le 3 Mai 2010 (N= 1399)**

Evolution	J8	J15	M1	M3
Douleur périnéales	339	58	12	5
Désunion incomplète	21	3	-	-
Désunion complète	30	9	-	-
Infection	53	6	22	-
Inflammation	-	6	-	-
Dyspareunie	-	-	-	62
Incontinence urinaire	-	-	-	3
Incontinence anale				
Absence de morbidité	956	1317	1365	1328
<b>Total</b>	<b>1399</b>	<b>1399</b>	<b>1399</b>	<b>1399</b>

Facteurs de risque	Lésion périnéale		p
	oui	non	
<b>Age maternel (ans)</b>			0,001
< 15	8 (80%)	2 (20%)	
[15 – 20[	349 (49,4%)	358 (50,6%)	
[20 – 25[	381 (43,2%)	633 (56,8%)	
[25 – 30[	317 (31,1%)	701 (68,9%)	
[30 – 35[	144 (25%)	431 (75%)	
≥ 35	100 (23,3%)	329 (76,7%)	
<b>Parité</b>			0,001
Primipare	936 (69,2%)	416 (30,8%)	
Paucipare	385 (19,2%)	1520 (79,8%)	
Multipare	78 (12,1%)	518 (86,9%)	
<b>Statut matrimonial</b>			0,001
Mariée	1378 (36%)	2453 (64%)	
Célibataire	19 (95%)	1 (5%)	
Divorcée	2 (100%)	0	
<b>Terme de la grossesse</b>			0,001
≤ 32	2 (10%)	18 (90%)	
33 – 36	42 (15,4%)	230 (84,6%)	
33 – 36	1355 (38,1%)	2206 (61,9%)	
<b>Mutilation génitale féminine</b>			0,001
Oui	269 (77,7%)	77 (22,3%)	
Non	1130 (32,2%)	2377 (67,8%)	
<b>Nature de la présentation</b>			0,014
Sommet	1357 (36%)	2412 (64%)	
Face	5 (71,4%)	2 (28,6%)	
Siège	37 (48,1%)	40 (51,9%)	
<b>Mode d'accouchement</b>			0,001
Voie basse naturelle	1319 (35%)	2452 (65%)	
Forceps	10 (100%)	0	
Ventouse	70 (97,2%)	2 (2,8%)	
<b>Durée phase expulsive (minutes)</b>			0,001
< 10	372 (45,8%)	440 (54,2%)	
[10 – 30[	809 (32,6%)	1674 (67,4%)	
[30 – 60[	207 (37,8%)	340 (62,2%)	
≥ 60	11 (100%)	0	
<b>Qualification de l'accoucheur</b>			0,001
Gynécologue-obstétricien	5 (45,5%)	6 (54,5%)	
DES en gynécologie-obstétrique	88 (26,3%)	247 (73,7%)	
Sage femme	1080 (34,4%)	2056 (65,6%)	
Etudiant en médecine	159 (60,9%)	102 (39,1%)	
Elève sage femme	57 (60,9%)	43 (39,1%)	
<b>Périmètre crânien (cm)</b>			0,033
< 32	133 (31,3%)	292 (68,7%)	
32 – 37	1252 (36,8%)	2147 (63,2%)	
≥ 38	14 (48,3%)	15 (51,7%)	

**Tableau IV: Fréquence des lésions périnéales après accouchement par voie basse**

Type de lésion périnéale	Année	Auteur	Pays	Fréquence (%)
<b>Episiotomie</b>	2009	Ying Lai [20]	Chine	26,8
	2003	Van Den Bergh [18]	Zimbabwe	27
	2000	Otoide [15]	Nigeria	46,6
	1998	Cravichik [4]	Argentine	45,9
	2005	CNGOF [3]	France	47
	2010	Eckman [6]	France	3,4
	2004	Morhe [13]	Ghana	17,4
	2010	Notre série	Sénégal	28,2
<b>Déchirure périnéale</b>	2006	Moubarak [14]	Sénégal	7
	2001	Meye [11]	Gabon	7,5
	2004	Morhe [13]	Ghana	17,1
	2001	Lansac [9]	France	19
	2005	Gandzien [7]	Congo	0,91
	2001	Dolo [5]	Mali	5,5
	2010	Notre série	Sénégal	8,1