

Article original

Facteurs Associés à la Déchirure Périnéale à la Maternité de l'Hôpital Central de Yaoundé, Cameroun

Factors associated with perineal tear at the maternity of the Yaounde Central Hospital, Cameroon

Fouedjio Jeanne Hortence^{1,2}, Madi Malai Toungou Jessica¹, Fouelifack Yméle Florent², Fouogue Tsuala Jovanny¹, Essiben felix^{1,2}, Nana Njotang Philip^{1,2}, Mbu Enow Robinson^{1,2}

¹Département de gynécologie et obstétrique de la faculté de Médecine et des Sciences Biomédicales de l'Université de Yaoundé I

²Unité de Gynécologie et Obstétrique de la maternité Principale de l'Hôpital Central de Yaoundé

Auteur Correspondant: Fouedjio Jeanne Hortence. Email : fouedjiojeanne@yahoo.fr

ABSTRACT

OBJECTIF. Cette étude a été menée dans le but de déterminer les facteurs associés à la déchirure périnéale.

METHODES. Nous avons réalisé une étude cas-témoin sur une durée de 5 mois (1er Décembre 2014 au 30 Avril 2015) dans l'unité de Gynécologie et Obstétrique de l'Hôpital Central de Yaoundé. Nous avons inclus 154 femmes avec déchirure périnéale que nous avons comparées à 154 témoins qui n'avaient pas eu de déchirure périnéale. Les critères d'appariement des 2 groupes étaient l'âge et la parité.

RESULTATS. La moyenne d'âge était de 24,94±4,55 ans (extrêmes: 15 à 39 ans). Les déchirures étaient réparties comme suit: premier degré 148/154 (96%), deuxième degré 5/154 (3%) et troisième degré 1/154 (1%).

Les facteurs de risque indépendants de déchirure étaient: l'antécédent de déchirure périnéale (Rapport de Cotes ajusté (RCa)=14; IC à 95%:[3,3 - 58,7]), la durée de l'expulsion inférieure à 30 minutes (RCa=2,68 ; IC à 95%:[1,64-4,37];), la stimulation du travail (RCa=1,78; IC à 95% : [1,12-2,83], le périmètre crânien fœtal \geq 36 centimètres. (RCa=6,8; IC à 95%:[2,7-17,08];).

CONCLUSION. A moins qu'il y ait une contre-indication, les parturientes présentant une des conditions suivantes doivent bénéficier d'une épisiotomie: l'antécédent de déchirure périnéale, la stimulation du travail, la durée du 2^{ème} stade du travail inférieure à 30 min et la macrosomie.

MOTS CLES: Périnée, épisiotomie, accouchement par voie basse, déchirure, Yaoundé, Cameroun.

INTRODUCTION

Les déchirures périnéales surviennent de façon spontanée au cours d'un accouchement vaginal. Le taux de déchirure du périnée varie selon la région, l'hôpital et les pratiques obstétricales [1, 2]. Au Cameroun en 2005, le taux de déchirure de périnée était de 33,1% chez les primipares dans les services de gynécologie et d'obstétrique des hôpitaux universitaires de Yaoundé [3]. En 2007 une étude menée à la maternité du Centre Hospitalier et Universitaire de Yaoundé retrouvait une incidence de 13,5% de déchirure du périnée [4]. Au Mali, un taux de 81% de déchirures du périnée était retrouvé

RÉSUMÉ

OBJECTIVE. This study aimed at determining factors associated to perineal tear.

METHODS. We conducted a case-control study over a five months period (December 1, 2014 – April 30, 2015) at the maternity of the Yaounde Central Hospital (Cameroon). One hundred and fifty four women with perineal tear (cases) were compared to 154 women without perineal tear (controls). Cases and controls were paired with respect to age and parity.

RESULTS. The mean age was 24.94±4.55 years (range: 15 to 39 years). Perineal tears were distributed as follows: first degree tear: 148/154 (96%), second degree tear: 5/154 (3%) and third degree tear: 1/154 (1%). Independent risk factors of perineal tears were: past history of perineal tear (adjusted Odds Ratio (aOR)=14; 95%CI:[3.3 – 58.7]), duration of second stage of labor shorter than 30 minutes (aOR=2.68; 95%CI:[1.64 - 4.37]), augmentation of labor (aOR=1.78; 95%CI: [1.12-2.83], Head circumference above 36 centimeters. (aOR=6.8; 95%CI:[2.7-17.08]).

CONCLUSION. Parturients with one of the following should undergo episiotomy unless there is a contra-indication: past history of perineal tear, augmentation of labor, second stage of labor shorter than 30 minutes and macrosomia / head circumference above 36 centimeters on third trimester ultrasound.

KEYWORDS: perineal tear, episiotomy, vaginal delivery, perineum, Yaounde, Cameroon.

chez les parturientes à la maternité du centre de santé de référence de la commune V du district de Bamako[5]. Les traumatismes périnéaux sont la cause la plus fréquente de morbidité maternelle associée à l'accouchement vaginal [6]. Les déchirures périnéales nécessitent une réparation, laissent souvent une cicatrice douloureuse et augmentent le coût de l'accouchement. Elles sont responsables chez certaines femmes de douleurs périnéales chroniques, de dyspareunie, de troubles de la sexualité et de troubles sphinctériens [6 -10]. Cependant dans la revue de la littérature locale, peu de données existent

sur les facteurs de risques des déchirures du périnée dont la fréquence atteint 60% [11]. C'est pourquoi nous avons mené cette étude en vue d'en déterminer les facteurs de risque.

METHODOLOGIE

Il s'agit d'une étude de cas-témoin menée sur une durée de 5 mois (1^{er} Décembre au 31 Avril 2015), dans l'Unité de Gynécologie et Obstétrique de l'Hôpital Central de Yaoundé (HCY). L'HCY est un centre de référence où s'effectuent environ 250 accouchements par mois. L'Unité est constituée de 4 salles d'accouchement et de 95 lits d'hospitalisation. L'équipe de soins comprend 10 gynécologues-obstétriciens, des sages-femmes et des infirmier(e)s. Étaient incluses toutes les femmes ayant accouché par voie basse et dont l'accouchement s'est compliqué d'une déchirure périnéale et ayant donné leur consentement éclairé. La taille de notre échantillon a été déterminée par la formule appropriée. Toutes les participantes ont été recrutées en post-partum immédiat. Notre population d'étude était constituée de 2 groupes dont un groupe cas constitué des accouchées avec déchirures périnéales

et un groupe témoin constitué des accouchées sans déchirure périnéale. Chaque cas était apparié à un témoin de même parité et de même âge. La collecte des données était réalisée grâce à un questionnaire pré-testé, codé et adapté à notre étude. Les données étaient collectées à partir des carnets de suivi prénatal et des dossiers cliniques. Les variables étudiées étaient: les caractéristiques sociodémographiques (âge, statut matrimonial, niveau d'instruction, profession), les caractéristiques obstétricales (parité, antécédent de déchirure périnéale, durée du deuxième stade du travail, la stimulation du travail, degré de déchirures périnéale, qualification du prestataire ayant réalisé l'accouchement), les caractéristiques fœtales (âge gestationnel, présentation fœtale, poids de naissance, le périmètre crânien, le sexe du nouveau-né). Les données ont été analysées à l'aide du logiciel de statistique Epi-Info TM 3.5.4. 2012. Pour la comparaison entre variables qualitatives, nous avons utilisé le test de Chi² (Khi-Carré)/Fisher, tandis que la comparaison entre variables quantitatives nous avons utilisé le test t de Student/Mann-Whitney. Nous avons procédé à une analyse bivariée et multivariée.

Tableau I : Caractéristiques sociodémographiques

Variables socio démographiques	Cas N=154(%)	Témoins N=154(%)	Total N=308(%)	OR ajusté	IC (95%)	P-value
Tranche d'âge (en années)						
<20	21(13,6)	21(13,6)	42(13,6)			
[20-25[	52(33,8)	52(33,8)	104(33,8)			
[25-30[	54(35,1)	54(35,1)	108(35,1)			
[30-40[	27(17,5)	27(17,5)	54(17,5)			
Statut matrimonial						
Mariée	47(30,5)	48(31,1)	95(30,8)	0,96	0,5683-1,6361	0,5
Célibataire	107(69,5)	106(68,9)	213(69,2)	1,03	0,6112-1,7595	0,5
Niveau d'étude						
Primaire	5(3,3)	8(5,2)	13(4,2)	0,62	0,2045-1,9105	0,29
Secondaire	89(57,8)	88(57,1)	177(57,5)	1,02	0,6565-1,6044	0,5
Supérieur	60(38,9)	57(37,0)	117(38)	1,09	0,6802-1,7496	0,4
Aucun	0(0)	1(0,7)	1(0,3)		NA	
Profession						
Fonctionnaire	22(14,3)	20(12,9)	42(13,6)	1,11	0,5809-2,1502	0,43
Métier indépendant (secteur informel / secteur privé)	28(18,2)	31(20,2)	59(19,2)	0,88	0,4962-1,5607	0,38
Commerçant	5(3,2)	11(7,2)	16(5,2)	0,4	0,1255-1,2754	0,08
Elève /Etudiant	68(44,1)	63(40,9)	131(42,5)	1,12	0,5905-2,0565	0,37
Aucun	31(20,2)	29(18,8)	60(19,5)	1,09	0,6117-1,9455	0,44

Le rapport de cotes (Odds Ratio) était calculé avec un intervalle de confiance à 95%. Le seuil de significativité statistique était de P<0.05. Les tableaux et les graphiques ont été réalisés par le logiciel Microsoft Excel TM 2007. Une clairance du comité institutionnel d'Ethique et de la recherche de la Faculté de Médecine et des Sciences Biomédicales

a été obtenue. Une autorisation d'étude a été obtenue du service administratif de l'HCY et le secret médical a été préservé.

RESULTATS

Sur un total de 1196 accouchements, 154 ont eu une déchirure périnéale soit une fréquence de 12.87%.

A. Caractéristiques sociodémographiques

Le tableau I montre la répartition de notre population d'étude en fonction des caractéristiques sociodémographiques. La moyenne d'âge était de 24,94 ±4,55 ans (extrêmes: 18 à 41 ans). On note qu'il n'y avait pas de différence statistiquement significative entre les 2 groupes).

B. Caractéristiques obstétricales

La majorité des déchirures périnéales soit 96% était du premier degré. Les déchirures du deuxième et troisième degré représentaient respectivement 3% et 1%. Les primipares représentaient 73,4% (226/308), les paucipares 24% (74/308) et les multipares 2,6% (8/308).

Le tableau II montre les facteurs de risque de déchirure périnéale liés à la parturiente et à l'évolution du travail.

C. Facteurs iatrogènes de déchirure périnéale

Le tableau III montre les facteurs iatrogènes de déchirure périnéale.

DISCUSSION

La fréquence des déchirures spontanées du périnée était de 12,87% (154 cas /1196 accouchements par voie basse). Les déchirures du 1er degré représentaient 96% (soit 147 cas), celles du 2ème degré 3% (soit 5 cas) et celles du 3ème degré 1% (soit 2 cas). Durant la période d'étude 67 (5,6%) épisiotomies ont été réalisées.

TABLEAU II : CARACTÉRISTIQUES FŒTALES

Variables Fœtales	Cas N=161(%)	Témoins N=161(%)	Total N=322(%)	RC ajusté	IC (95%)	P-value
Sexe du nouveau-né						
Masculin	93(57,8)	87(54,0)	180(55,9)	1,1538	0,7516-1,7713	0,2905
Féminin	68(42,2)	74(48,0)	142(44,1)	0,8667	0,5646-1,3304	0,2905
Poids de naissance en gramme						
<2500	12(7,4)	14(8,7)	26(8)	0,3333	0,0179-6,1915	0,5
[2500-3500[	105(65,3)	121(75,2)	226(70,2)	0,8056	0,4943-1,3128	0,2249
[3500-4000[	31(19,3)	25(15,5)	56(17,5)	1,375	0,7221-2,6181	0,2088
≥4000	13(8,0)	1(0,6)	14(4,3)	13	1,7006-99,3787	0,0009
Age gestationnel en semaine d'aménorrhée						
<37	6(3,7)	5(3,2)	11(3,5)		NA	
37-42	138(85,7)	150(93,1)	288(89,4)	0,2500	0,0836-0,7478	0,0052
>42	17(10,6)	6(3,7)	23(7,1)	3,7500	1,2446-11,2989	0,0085
Périmètre crânien en cm						
<32	1(0,6)	2(1,3)	3(0,9)	0,5	0,0453-5,5143	0,5
[32-34[	20(12,4)	48(29,8)	68(21,1)	0,2	0,0897-0,4459	0,0000
[34-36[	102(63,3)	102(63,3)	204(63,4)	1	0,6103-1,6387	0,5505
≥36	38(23,7)	9(5,6)	47(14,6)	6,8	2,7068-17,083	0,0000
Présentation fœtale						
Céphalique	154(95,6)	153(95)	307(95,1)	1,1667	0,3921-3,4715	0,5
Siège	7(4,4)	8(5,0)	15(4,9)	0,8571	0,2881-2,5505	0,5

NA: Non applicable; RC: Rapport de Cotes; IC: intervalle de confiance

Nkwabong et al ont retrouvé une incidence de 13,6% (230 cas /1695 accouchements) de déchirure spontanée du périnée avec 76,5% (176 cas) de déchirures du 1er degré, 22,1%(51 cas) de déchirures du 2ème degré et 1,3% (2 cas) de déchirure du 3ème degré et 163 épisiotomies (9,6%) [4]. Au Nigéria, Ojule et al retrouvait une incidence de 13,7% de déchirures spontanées et un taux de 40,1%

d'épisiotomies [12]. La moyenne d'âge était de 24,94 ±4,55 ans avec des extrêmes allant de 15 à 39 ans. Ce résultat est proche de celui de Nkwabong et al qui avait trouvé un âge moyen de 26,4±5,2 (extrêmes :17 à 41 ans) à la maternité du CHUY de Yaoundé [4]. Howard et al ont retrouvé aux Etats Unis un âge moyen de 23,7±4,7 (extrêmes :18-41 ans) chez 176 femmes noires [13]. L'antécédent de déchirure

périnéale multiplie par 14 le risque de déchirure lors des grossesses ultérieures (OR=14 ; IC à 95% [3,3-58,7]). Ceci pourrait s'expliquer par le fait que le tissu fibreux est plus fragile que le tissu sain. La durée du deuxième stade inférieure à 30 min multiplie par 2 le risque de déchirure périnéale (OR=2,68 ; IC à 95% [1,64-4,37]) 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. Samuelsson et al retrouvait aussi comme facteur indépendant de déchirure un deuxième stade du travail < 30 minutes et aussi un 2ème stade >60 min [14]. Ce résultat est contraire à d'autres études qui retrouvent une durée prolongée du deuxième stade [15,16]. Le poids de naissance de plus de 4000 grammes multiplie par 13 le risque de déchirure périnéale (OR=13 ; IC à 95%[1,7-99,3]). Smith et al, Dahlen et al, Groutz et al retrouvaient aussi que la macrosomie augmentait le degré de déchirure avec comme résultat respectif OR=1,001, IC à 95%: [1,000-1,001] ; OR=1,5 ; IC à 95% [1,44-1,58], OR=1,002; IC à 95% :[1,001-1,003]. [6, 11, 15]

Nkwabong et al retrouvaient un poids de naissance >3500g dans la survenue des déchirures périnéales, de même que Mikolajczyk et al [4, 17]. Le post terme (âge gestationnel>42semaines) multipliait par 3 le risque de déchirure périnéale (OR=3,75 ; IC à 95%[1,2-11,2]). Ce qui pourrait s'expliquer par l'augmentation du poids fœtal avec l'âge gestationnel.

Le périmètre crânien ≥ 36 cm multiplie par 6,8 le risque déchirure périnéale (OR=6,8 ; IC à 95% [2,7-17,08];) en raison de la surdistension du périnée lors de l'accouchement. Les nouveau-nés de sexe masculin représentaient 55,9% mais il n'y avait pas de lien significatif avec la survenue de déchirure du périnée (OR=1,15 ;IC à 95%[0,7-1,7]). Contrairement à Dahlen H et al dans leur étude (OR=1,5; IC à 95%[[1,4-1,77];) [6]. Ceci pourrait s'expliquer par leur échantillon plus grand et la durée de l'étude sur 8 ans.

La présentation fœtale n'était pas statistiquement liée à la survenue de déchirure; 95,1% des fœtus étaient en céphalique et 4,9% en siège. La stimulation du travail avec l'ocytocine multipliait par 1,78 le risque de déchirure périnéale (OR=1,78; IC à 95%[[1,12-2,83]). Brohi et al au Pakistan, retrouvait l'usage de l'ocytocine comme facteur associé à la déchirure périnéale[18].

Dans notre étude il n'y avait pas de lien significatif entre la qualification du prestataire et la survenue de déchirure du périnée. Ce résultat est corroboré par les résultats de Nkwabong et al.(4).

CONCLUSION

Les parturientes présentant au moins une des conditions suivantes doivent bénéficier d'une épisiotomie à moins qu'il y ait une contre-indication : l'antécédent de déchirure périnéale, la stimulation du travail, la durée du 2^{ème} stade du travail inférieure à 30 min et la macrosomie.

TABLEAU III: FACTEURS IATROGÈNES

Qualification du prestataire	Cas N=154(%)	Témoins N=154(%)	Total N=308(%)	RC ajusté	IC (95%)	P-value
Sage femme	129(83,7)	144(93,5)	273(88,6)	0,1667	0,0491-0,5658	0,0007
Etudiant (e)	14(9,2)	6(3,9)	20(6,5)	2,3333	0,8967-6,072	0,0577
Résident (e)	9(5,8)	4(2,6)	13(4,3)	3,5	0,7271-16,8485	0,0898
Obstétricien (e)	2(1,3)	0(0)	2(0,6)		NA	

NA: Non applicable; RC: Rapport de Cotes; IC: intervalle de confiance

REFERENCES

- [1] Le Ray C, Audibert F, Cabrol D, Goffinet F. Perineal consequences according to obstetric practices: A comparative study here and elsewhere, Canada and France]. *J Obstétrique Gynécologie Can JOGC*. 2009 ;31(11):1035–44.
- [2] Landy HJ, Laughon SK, Bailit JL, Kominiarek MA, Gonzalez-Quintero VH, Ramirez M, et al. Characteristics associated with severe perineal and cervical lacerations during vaginal delivery. *Obstet Gynecol*. 2011;117(3):627–35.
- [3] Batoum V. Mesure de la longueur du périnée obstétrical et prévention des déchirures pendant l'accouchement chez la primipare camerounaise. [Thèse de doctorat en médecine(non publié)]. FMSB; 2005.
- [4] Nkwabong E, Kouam L, Orock GT, Ekono MR, Takang W, Mve KV. Study of Perineal Tears During Delivery of Singletons in Cephalic Presentation. *Trop J Obstet Gynaecol*. 2013 ;26(2):128–31.
- [5] Traoré B. Les déchirures des parties molles au cours de l'accouchement à la maternité du centre de santé de référence de la commune V du district de Bamako [Internet] [Thèse de doctorat en médecine(non publié)]. 2008. Available from: www.keneya.net/fmpos/theses/2008/med/pdf/08M261.
- [6] Dahlen H, Priddis H, Schmied V, Sneddon A, Kettle C, Brown C, et al. Trends and risk factors for severe perineal trauma during childbirth in New South Wales between 2000 and 2008: a population-based data study. *BMJ*. 2013; 3(5).
- [7] Fritel X. Pelvic floor and pregnancy. *Gynécologie Obstétrique Fertil*. 2010;38(5):332–46.
- [8] 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(3):591–8.
- [9] Bradley MS, Kaminski RJ, Streitman DC, Dunn SL, Krans EE. Effect of rotation on perineal lacerations in forceps-assisted vaginal deliveries. *Obstet Gynecol*. 2013;122(1):132–7.
- [10] Eason E, Labrecque M, Marcoux S, Mondor M. Anal incontinence after childbirth. *Can Med Assoc J J*. 2002; 166(3): 326–30.
- [11] Groutz A, Cohen A, Gold R, Hasson J, Wengier A, Lessing JB et al. Risk factors for severe perineal injury during childbirth: a case-control study of 60 consecutive cases. *Colorectal Dis Off J Assoc Coloproctology G B Irel*. 2011;13(8):e216–9.
- [12] Ojule JD, Oriji VK, Georgewill KN. Perineal trauma in Port Harcourt, South-south Nigeria. *J Natl Assoc Resid Dr Niger*. 2012 ;21(1):36–40.
- [13] Howard D, Davies PS, DeLancey JO, Small Y. Differences in perineal lacerations in black and white primiparas. *Obstet Gynecol*. 2000; 96(4):622–4.
- [14] Samuelsson E, Ladfors L, Lindblom BG, Hagberg H. A prospective observational study on tears during vaginal delivery: occurrences and risk factors. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 2002;81(1):44–9.
- [15] Smith LA, Price N, Simonite V, Burns EE. Incidence of and risk factors for perineal trauma: a prospective observational study. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2013;13:59.
- [16] Sheiner E, Walfisch A, Hallak M, Harlev S, Mazor M, Shoham-Vardi I. Length of the second stage of labor as a predictor of perineal outcome after vaginal delivery. *J Reprod Med*. 2006;51(2):115–9.
- [17] Mikolajczyk RT, Zhang J, Troendle J, Chan L. Risk factors for birth canal lacerations in primiparous women. *Am J Perinatol*. 2008;25(5):259–64.
- [18] Brohi ZP, Sadaf A, Zohra N, Perveen U. Frequency and severity of perineal tears in Countess Lady Duffrin Fund Hospital, Hyderabad. *JPMA J Pak Med Assoc*. 2012;62(8):803–6.