

# Université de Poitiers

## Faculté de Médecine et Pharmacie

ANNEE 2016

Thèse n°

### **THESE**

**POUR LE DIPLOME D'ETAT  
DE DOCTEUR EN MEDECINE  
(décret du 16 janvier 2004)**

présentée et soutenue publiquement  
le 21 Octobre 2016 à Poitiers  
par **Carine FRADET MENARD**

**RISQUE DE DECHIRURES PÉRINEALES SEVERES LORS DES  
EXTRACTIONS INSTRUMENTALES ET EPISIOTOMIE.  
*ANALYSE DES PRATIQUES AU CHU DE POITIERS DE 2005 A 2015.***

#### **Composition du Jury**

**Président :**

Monsieur le Professeur Fabrice Pierre

**Membres :**

Monsieur le Professeur Xavier Fritel

Monsieur le Professeur Michel Carretier

Madame le Docteur Mélie Sarreau

Madame le Docteur Valérie Véqueau-Goua

**Directeur de thèse :** Monsieur le Professeur Xavier Fritel



## LISTE DES ENSEIGNANTS DE MEDECINE

## Professeurs des Universités-Praticiens Hospitaliers

- AGIUS Gérard, bactériologie-virologie (surnombre jusqu'en 06/2016)
- ALLAL Joseph, thérapeutique
- BATAILLE Benoît, neurochirurgie
- BRIDoux Frank, néphrologie
- BURUCCA Christophe, bactériologie - virologie
- CARRETIER Michel, chirurgie générale
- CHLZE-LE REST Catherine, biophysique et médecine nucléaire
- CHRISTIAENS Luc, cardiologie
- COSSI Pierre, chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
- DEBAÏNE Bertrand, anesthésiologie réanimation
- DEBIAIS Françoise, rhumatologie
- DROUDOT Xavier, physiologie
- DUFOUR Xavier, Oto-Rhino-Laryngologie
- EUGÈNE Michel, physiologie (surnombre jusqu'en 06/2016)
- FAURE Jean-Pierre, anatomie
- FRITEL Xavier, gynécologie-obstétrique
- GAYET Louis-Stéphanne, chirurgie orthopédique et traumatologique
- GIOUHEL Ludovic, pédopsychiatrie
- GILBERT Brigitte, génétique
- DOMBERT Jean-Marc, immunologie
- DOUJON Jean-Michel, anatomie et cytologie pathologiques
- GUILHOT-GAUDEFROY François, hématologie et transfusion
- GUILLET Gérard, dermatologie
- GUILLEVIN Remy, radiologie et imagerie médicale
- HADJADI Samy, endocrinologie et maladies métaboliques
- HAÛET Thierry, biochimie et biologie moléculaire
- HERPIN Daniel, cardiologie
- HOUETO Jean-Luc, neurologie
- INGRAND Pierre, biostatistiques, informatique médicale
- JAFAARI Nematollah, psychiatrie d'adultes
- JABER Mohamed, cytologie et histologie
- JAYLE Christophe, chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
- KARAYAN-TAPON Lucie, cancérologie
- KEMOUN Gilles, médecine physique et réadaptation (en détachement)
- KITZIS Alain, biologie cellulaire
- KRAMPS Jean-Louis, chirurgie générale
- LECRON Jean-Claude, biochimie et biologie moléculaire
- LELIEU Xavier, hématologie
- LEVARD Guillaume, chirurgie infantile
- LEVEQUE Nicolas, bactériologie-virologie
- LEVEDEL Nicolas, ophtalmologie
- LÉVILLAIN Pierre, anatomie et cytologie pathologiques (surnombre jusqu'en 06/2016)
- MACCHI Laurent, hématologie
- MARECHAUD Richard, médecine interne
- MAUCO Gérard, biochimie et biologie moléculaire
- MEURICE Jean-Claude, pneumologie
- MIGEOT Virginie, santé publique
- MILLOT Frédéric, pédiatrie, oncologie pédiatrique
- MIMOZ Olivier, anesthésiologie - réanimation
- NEAU Jean-Philippe, neurologie
- ORYOT Denis, pédiatrie
- PACCALIN Marc, gériatrie
- PAQUEREAU Joël, physiologie (jusqu'en 31/10/2016)
- PERAULT Marie-Christine, pharmacologie clinique
- PERDRISOT Remy, biophysique et médecine nucléaire
- PIERRE Fabrice, gynécologie et obstétrique
- POURRAT Olivier, médecine interne (surnombre jusqu'en 06/2016)
- PRES Pierre, chirurgie orthopédique et traumatologique
- RICO Jean-Baptiste, chirurgie vasculaire
- RICHER Jean-Pierre, anatomie
- RIGAUD Philippe, neurochirurgie
- ROBERT René, réanimation
- ROSLOT France, maladies infectieuses, maladies tropicales
- ROSLOT Pascal, médecine interne
- ROGER Marie-Hélène, parasitologie et mycologie
- SENON Jean-Louis, psychiatrie d'adultes (surnombre jusqu'en 06/2017)
- SILVAIN Christine, hépato-gastro-entérologie
- SOLAU-GERVAIS Elisabeth, rhumatologie
- TASU Jean-Pierre, radiologie et imagerie médicale
- THIERRY Antoine, néphrologie
- THILLE Amaud, réanimation
- TOUGERON David, gastro-entérologie
- TOURANI Jean-Marc, cancérologie
- WAGER Michel, neurochirurgie

**Maîtres de Conférences des Universités-Praticiens Hospitaliers**

- ALBOUY-LLATY Merton, santé publique
- BESY-DEFAUX Agnès, bactériologie – virologie
- BEN-BRUK Eric, médecine du travail
- BLAN Frédéric, génétique
- BOURMEYSTER Nicolas, biologie cellulaire
- CASTEL Olivier, bactériologie - virologie – lapéto
- CREMNIER Julie, bactériologie – virologie
- DAHYOT-FIZELIER Claire, anesthésiologie – réanimation
- DIAJ Véronique, physiologie
- FAVREAU Frédéric, biochimie et biologie moléculaire
- FRASCA Denis, anesthésiologie – réanimation
- HURET Jean-Loup, génétique
- LAFAY Claire, pharmacologie clinique
- FERRAUD Estelle, parasitologie et mycologie
- RAMMART-PALTRIE Sandrine, maladies infectieuses
- SAPANET Michel, médecine légale
- SCHNEIDER Fabrice, chirurgie vasculaire
- THULLIER Raphaël, biochimie et biologie moléculaire

**Professeur des universités de médecine générale**

- GOMES DA CUNHA José

**Professeurs associés de médecine générale**

- BINDER Philippe
- BRAULT François
- VALETTE Thierry

**Maîtres de Conférences associés de médecine générale**

- ARCHAMBAULT Pierrick
- BOUSSAGEON Rémy
- FRECHE Bernard
- GIRARDEAU Stéphane
- GRANDCOLIN Stéphane
- PARTHENAY Pascal
- VICTOR-CHAPLET Valérie

**Enseignants d'Anglais**

- DÉBAIL Didier, professeur certifié
- JORDAN Stephan, maître de langue étrangère
- SASU Elena, contractuelle enseignante

**Professeurs émérites**

- DORE Bertrand, urologie (06/2016)
- GIL Roger, neurologie (06/2017)
- MAGNIN Guillaume, gynécologie-obstétrique (06/2016)
- MARCELLI Daniel, pédopsychiatrie (06/2017)
- MENU Paul, chirurgie thoracique et cardio-vasculaire (06/2017)
- TOUCHARD Guy, néphrologie (06/2016)

**Professeurs et Maîtres de Conférences honoraires**

- ALCALAY Michel, rhumatologie
- ARIES Jacques, anesthésiologie-réanimation
- BABIN Michèle, anétrie et cytologie pathologiques
- BABIN Philippe, anatomie et cytologie pathologiques
- BARBER Jacques, chirurgie générale (ex-émérite)
- BARRIERE Michel, biochimie et biologie moléculaire
- BECQ-GIRALDON Bertrand, maladies infectieuses, maladies tropicales (ex-émérite)
- BEGON François, biophysique, médecine nucléaire
- BONNOT-Catherine, hématologie – transfusion
- BONTOUX Daniel, rhumatologie (ex-émérite)
- BURIN Pierre, histologie
- CASTETS Monique, bactériologie -virologie – hygiène
- CAVILLIER Jean-François, biophysique et médecine nucléaire
- CHANSSAUD Jean-Pierre, biologie du développement et de la reproduction
- CLARAC Jean-Pierre, chirurgie orthopédique
- DABAN Alain, oncologie radiothérapie (ex-émérite)
- DAGREGORIO Guy, chirurgie plastique et reconstructrice
- DESMAREST Marie-Cécile, hématologie
- DEMANGE Jean, cardiologie et maladies vasculaires
- FAUCHERE Jean-Louis, bactériologie-virologie (ex-émérite)
- FONTANEL Jean-Pierre, Oto-Rhino Laryngologie (ex-émérite)
- GOMBERT Jacques, biochimie
- GRIGNON Bernadette, bactériologie
- GUILLARD Olivier, biochimie et biologie moléculaire
- JACQUEMIN Jean-Louis, parasitologie et mycologie médicale
- KAMINA Pierre, anatomie (ex-émérite)
- KLOSSEK Jean-Michel, Oto-Rhino-Laryngologie
- LAPIERRE Françoise, neurochirurgie (ex-émérite)
- LARSEN Christian-Jacques, biochimie et biologie moléculaire
- MAIN de SOISSIERE Alain, pédiatrie
- MARILLAUD Albert, physiologie
- MORICHAU-BEAUCHANT Michel, hépato-gastro-entérologie
- MORIN Michel, radiologie, imagerie médicale
- POINTRÉAU Philippe, biochimie
- REISS Daniel, biochimie
- RIDEAU Yves, anatomie
- SULTAN Yvette, hématologie et transfusion
- TALLINEAU Claude, biochimie et biologie moléculaire
- TANDER Joseph, hématologie et transfusion (ex-émérite)
- VANDERMARCO Guy, radiologie et imagerie médicale

## **REMERCIEMENTS**

### **A mon jury de thèse**

A mon Président du jury, Monsieur le Professeur Fabrice Pierre,

Vous m'avez appris et fait aimer l'obstétrique. Merci pour vos conseils tout le long de mon internat.

Vous me faites l'honneur de présider mon jury de thèse, soyez assuré de mon profond respect et de ma reconnaissance.

A mon Directeur de thèse, Monsieur le Professeur Xavier Fritel,

Vous m'avez guidée tout le long de ce travail et poussée à aller plus loin. Merci pour votre enseignement en chirurgie et votre pédagogie, je me souviendrai des longues heures au bloc à combattre l'endométriose.

Vous me faites l'honneur de juger mon travail, soyez assuré de mon profond respect et de ma reconnaissance.

A Monsieur le Professeur Carretier,

Vous m'avez accueillie dans votre service et fait découvrir la chirurgie viscérale.

Vous me faites l'honneur de juger mon travail, je vous en remercie sincèrement.

A Madame le Docteur Valérie Goua,

Tu m'as fait découvrir le monde de l'échographie et de l'obstétrique. Merci pour tous ces bons moments passés en garde, ton écoute, ta disponibilité et tes précieux conseils.

Merci d'avoir accepté avec gentillesse de faire partie de mon jury.

A Madame le Docteur Mélie Sarreau,

Tu m'as donnée confiance en moi et permis de rebondir pour la fin de mon internat. Merci pour ton écoute, nos fous rires, nos nuits de garde agitées mais surtout tes conseils et ta bienveillance.

Tu as accepté de faire partie de mon jury de thèse, je t'en remercie.

### **Aux autres praticiens**

A Madame le Docteur Martine Maréchaud,

Merci pour votre pédagogie en échographie et en obstétrique. J'ai tellement appris en garde à vos côtés. Merci de votre aide lors de la rédaction de certains projets.

A Monsieur le Docteur Richard Sarfati,

Merci pour ta patience, tes conseils, ton calme dans toutes les situations et surtout ta bienveillance.

A Monsieur le Docteur Cédric Nadeau,

Merci pour ton enseignement en chirurgie, tes conseils et ta disponibilité en garde.

A Madame le Docteur Caroline Carlier,

Tu as su me guider en chirurgie, merci pour tous ces bons moments passés à Poitiers comme à Châtelleraut.

A Madame le Docteur Mélanie Roblin,

Tu m'as connue jeune interne au CHU puis plus "vieille" à Angoulême, quel plaisir de travailler avec toi. Ton exigence, tes conseils, tes remarques toujours pertinentes m'ont permis d'avancer. Merci pour tous ces bons moments en garde, nos vendredis au bloc.

A Monsieur le Docteur Pascal Villemonteix,

Merci de m'avoir accompagnée durant mon dernier semestre, votre confiance, vos conseils prodigieux mais surtout votre compagnonnage sans égal m'ont permis de progresser. Merci pour ces grands moments de culture et de poésie.

A Madame le Docteur Diane De Montlaur

Nous étions co-interne puis tu es devenue ma chef, je ne saurais te remercier pour tous tes conseils, ta façon de me "remuer" quand il était temps. Merci pour ton amitié.

### **A mes chefs de clinique et assistants**

Merci à vous tous de m'avoir accompagnée au cours de ces années, sans vous notre internat ne seriez pas le même. Vous m'avez tellement appris et guidée.

Marielle, merci pour ta sagesse, ta rigueur tu m'as tellement aidée en arrivant au CHU.

David, merci pour cette autonomie que tu essayes de nous apprendre en salle de naissance, tes conseils, tes expressions cultes ... Merci de m'avoir aidée dans mes travaux.

Adrienne, merci pour ta joie de vivre, nos fous rires, ton soutien.

Nicolas, merci pour ta patience au bloc, ton humour.

Aurélien, merci pour ta disponibilité, ta rigueur et ton écoute.

### **A mes co-internes**

Ma promo: ma Lulu, Candicette, Coco, Claire et Amélie.

Merci les filles d'avoir toujours été là dans toutes les situations. Ces fous rires, grandes discussions, congrès, DU à Paris, journées de l'ouest et soirées mémorables. Nous avons passé cinq ans ensemble, et pleins de bons moments à partager encore. Je vous souhaite le meilleur...

A mes anciens co-internes, Aurélie, Sandra, Marie D, Marie F, François le Français, Béber merci de vos conseils de ‘vieux’, pour tous ces semestres avec vous.

A Pauline, Armance, Amélie, Aïcha, Mathilde, Jérémy, Marlène, Karima, Georges, Océane merci pour tous ces moments, bon courage pour la suite de votre internat, garder l’esprit d’équipe.

#### **A l’équipe de Chirurgie Viscérale du CHU de Poitiers,**

Merci aux Professeurs Michel Carretier, Jean Louis Kraimps, Jean Pierre Richer et aux Docteurs Jean Pierre Faure, Ricardo Gauzolino, Marie Line Barussaud, Gianluca Donatini, Régis Amichaud, Anthony David et Marie Laure Blanloeuil pour votre accueil dans le service. Vous m’avez fait découvrir cette spécialité. Merci pour ces bons moments au bloc, en garde et dans le service mais aussi quelques soirées mémorables.

#### **A l’équipe d’Urologie du CH de Châtellerauld,**

Merci aux Docteurs Benjamin Lecoq et Christophe Pires de m’avoir accueillie à bras ouverts dans votre service. Une bouffée d’oxygène au milieu de mon internat, merci pour votre gentillesse, votre patience au bloc.

#### **A l’équipe de Gynécologie Obstétrique de Niort,**

Merci aux Docteurs Aurélie Djezzar, Claire Dekindt, Benoit Pusniak, Farida Courtin, Julie Lorcerie et Barbara Goepfert.

J’ai fait mes premiers pas d’interne dans votre service, merci de m’avoir encadrer et appris les bases de ce beau métier. Merci aux sages femmes avec qui j’ai passée de longues nuits à faire des accouchements.

#### **A l’équipe de Gynécologie Obstétrique du CH d’Angoulême,**

Merci aux Docteurs Mélie Sarreau, Mélanie Roblin, Claudine Quemeneur, Jean Marie Chartier, Brigitte Fontaine, Magalie Salou, Denis Tariel, Damien Robilliard, Katy Pallier.

Merci de m’avoir fait confiance et permis d’être autonome. Que de souvenirs de cette équipe haute en couleur et tellement sympathique.

#### **A l’équipe de Gynécologie Obstétrique du CH de Bressuire,**

Merci aux Docteurs Villemonteix et Yannoulopoulos.

Vous m’avez tous et toutes accompagnée dans ma fin d’internat. Merci de m’avoir aussi bien intégrée dans votre famille du bocage.

### **Aux sages-femmes,**

Je ne peux tous et toutes vous citer mais merci du fond du cœur de faire ce beau métier. Votre aide, votre patience, vos conseils sont tellement précieux. Merci pour toutes ces gardes à travailler ensemble. Pour Corinne qui m'a fait faire mon premier accouchement. Pour Sandra, quel bonheur de travailler avec toi, tes conseils et ton amitié.

### **Aux infirmières, aides soignantes, auxiliaires et secrétaires du service et du bloc**

Merci pour votre disponibilité, que de souvenirs en aile D.

Merci pour votre bonne humeur.

### **A mes amis,**

Mes amies de toujours, Alice, Céline, Sandrine, Marie et Marie, Claire, Amandine, Sandra et Aurélie et leurs chéris. Merci d'être là depuis toutes ces années, vous êtes un précieux soutien. Alice je ne te remercierai jamais assez ...

A Julien, Marion et Mathilde, amis, co-externes, compagnons de galère et de soirées improbables, merci pour votre amitié, d'être toujours présents, ça y est on a fini ...

### **A ma famille,**

A mes grands parents, pour votre soutien sans faille, merci d'être présents à mes côtés.

A Yolande et Christian, merci de m'avoir acceptée dans votre famille, vos encouragements et votre aide dans tous les moments de notre vie.

A mes beaux frères Alex et Fred, merci pour votre bonne humeur, vos remarques toujours pertinentes ...

A ma sœur et mes nièces, pour être toujours présentes dans tous les moments de ma vie, je suis fière de toi ma soeurette.

A mes parents sans qui rien ne serait possible. Merci d'être toujours là, de me soutenir quoi qu'il arrive. Vous m'avez permis de grandir et de m'épanouir merci pour tout...

### **A Mathieu**

Depuis toutes ces années, tu m'as aidée à tout traverser les bons comme les mauvais moments, ton amour me rend plus forte. Je t'aime.

Une page se tourne...

# SOMMAIRE

Liste des abréviations .....	10
I. Introduction .....	11
II. Matériel et Méthode .....	16
III. Résultats .....	18
A) Description de la population de l'ensemble des accouchées .....	18
B) Description de la population des accouchées par voie basse spontanée .....	22
C) Description de la population des accouchées avec extraction instrumentale.....	24
D) Evolution de l'épisiotomie et des déchirures périnéales sévères .....	30
E) Comparaison de la population des accouchées avec extraction instrumentale en fonction de la réalisation ou non d'une épisiotomie.....	35
F) Comparaison de la population des accouchées avec extraction instrumentale en fonction de la présence ou non d'une déchirure périnéale sévère .....	37
G) Facteurs associés au risque de déchirures périnéales sévères lors des extractions instrumentales.....	39
a) analyse univariée .....	39
b) analyse multivariée .....	40
IV. Discussion .....	42
A) Points forts de l'étude .....	43
- Recueil exhaustif .....	43
- Population homogène .....	43

B) Limites de l'étude .....	44
- Données manquantes .....	44
- Modifications des pratiques .....	44
a) La reconnaissance des déchirures périnéales sévères .....	44
b) L'évolution de l'épisiotomie .....	46
c) L'évolution des facteurs de risque de déchirures périnéales sévères .....	47
d) L'évolution de l'extraction instrumentale .....	48
e) Les autres modifications non mesurables .....	48
C) Interprétation .....	49
1) Les déchirures périnéales sévères .....	49
2) Les facteurs de risque de déchirures périnéales sévères .....	51
3) L'épisiotomie .....	52
V. Conclusion .....	59
Références .....	60
Annexes .....	67
1) La classification des déchirures périnéales sévères .....	67
2) Motifs d'extractions instrumentales dans la population .....	68
3) Fiche de recueil des déchirures périnéales sévères au CHU de Poitiers .....	69
Serment d'Hippocrate .....	70
Résumé .....	71

## **LISTE DES ABREVIATIONS**

DPS : Déchirure Périnéale Sévère

RCOG : Royal College of Obstetricians and Gynecologists

RCF : Rythme Cardiaque Fœtal

CNGOF : Collège National des Gynécologues Obstétriciens de France

RPC : Recommandations pour la Pratique Clinique

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

BMI : Body Masse Index (Indice de Masse Corporelle)

OR : Odds Ratio

IC : Intervalle de Confiance

DC : Dilatation Complète

EE : Efforts Expulsifs

H : Heures

G : Grammes

VB : Voie Basse

## I) INTRODUCTION

Les déchirures périnéales sévères (DPS) correspondent, selon la classification française, aux périnéées complets et aux périnéées complets compliqués. La classification la plus couramment utilisée est celle du Royal College of Obstetricians and Gynecologists (RCOG) (1) qui décrit le périnée complet en déchirure du 3<sup>ème</sup> degré et le périnée complet compliqué en déchirure du 4<sup>ème</sup> degré. Il s'agit d'une lésion du sphincter anal pour le 3<sup>ème</sup> degré et d'une atteinte du canal anal pour le 4<sup>ème</sup> degré (Annexe 1).

Les DPS lors d'un accouchement par voie vaginale sont considérées comme les principaux facteurs de risque d'incontinence anale dans le postpartum (2-7). Après une DPS, les femmes décrivent environ 40% de séquelles fonctionnelles périnéales (8,9). A long terme, la continence anale peut être compromise (10,11).

L'extraction instrumentale est reconnue comme l'un des principaux facteurs de risque de DPS, notamment en cas de forceps (2,5,8). En effet, celui-ci serait plus pourvoyeur de DPS qu'en cas d'utilisation de la ventouse obstétricale (12,13). D'autres facteurs de risque ont été largement identifiés dans la littérature comme la primiparité, l'âge maternel, l'origine géographique, l'épisiotomie médiane, la présentation fœtale dystocique, la macrosomie fœtale avec un poids fœtal de plus de 4000g ou la durée de la seconde phase du travail (2-5,7-9,14).

En 2010, en France, le taux de DPS était évalué entre 0,8 % et 6 % lors d'un accouchement par voie vaginale spontanée. Ce taux est augmenté en cas d'extraction instrumentale, allant de 2 % à 10 % (15).

Cette aide à la naissance peut néanmoins s'avérer indispensable dans certaines situations, comme en cas de défaut d'efforts expulsifs ou d'anomalies du rythme cardiaque fœtal (RCF).

Hormis la technique même du geste, la question s'est posée à de nombreuses reprises de déterminer ce qui permettrait une protection périnéale lors d'une extraction instrumentale. La réalisation d'une épisiotomie médio-latérale est la principale technique de protection (16).

En ce qui concerne l'accouchement par voie vaginale spontanée, des études randomisées avaient comparé la pratique de l'épisiotomie libérale versus l'épisiotomie restrictive pour la prévention des DPS (17,18). Ces études ne retrouvaient aucun bénéfice à la pratique libérale de l'épisiotomie. Ces constatations ont influencé les recommandations pour la pratique clinique (RPC) des sociétés savantes internationales. Ainsi, en 2005, le Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français (CNGOF) proposait d'établir une politique incitative dans le but de «faire baisser progressivement le taux moyen d'épisiotomie en France en dessous de 30%» (19). Les RPC de 2005 concluaient ainsi que la pratique systématique de l'épisiotomie ne prévenait pas de la survenue de déchirures périnéales sévères. Ces mesures ont été appliquées sur l'ensemble du territoire et les résultats ne retrouvaient pas d'augmentation des DPS (16). Une étude rétrospective comparative réalisée au CHU de Besançon par Eckman *et al* en 2009 a décrit cette nouvelle attitude (20). En effectuant une comparaison entre les années 2003 (deux ans avant la parution des RPC) et 2007 (deux ans après la parution des RPC), il a été observé une diminution d'un facteur 5 du taux d'épisiotomies (de 18,8 % en 2003 versus 3,4 % en 2007). Il n'avait alors pas été retrouvé de différence significative du taux de déchirures périnéales sévères entre 2003 et 2007, aussi bien pour les déchirures périnéales du troisième que pour celles du quatrième degré (respectivement 9‰ versus 4‰ et 1‰ versus 2‰).

Ces mêmes conclusions ont également été mises en évidence dans les méta-analyses de Carroli et Belizan *et al* et dans celle de Hartman *et al* (21–23). Elles regroupaient 7 études et concluait à l'absence d'argument en faveur de la pratique libérale de l'épisiotomie lors des accouchements par voie vaginale spontanée.

Aujourd'hui la réalisation d'une épisiotomie systématique lors de l'accouchement par voie vaginale spontanée ne fait plus débat sur le pronostic périnéal. Néanmoins, il persiste un conflit dans la littérature sur le fait que l'épisiotomie pourrait prévenir l'apparition d'une DPS lors d'une extraction instrumentale.

En 2005, les RPC préconisaient que « la pratique systématique de l'épisiotomie ne prévient pas de la survenue de déchirure périnéale sévère ». Et ainsi « la pratique systématique de l'épisiotomie ne se justifie pas en cas d'extraction instrumentale »(19).

Mais en 2015, les RPC sur les extractions instrumentales soulignaient que « la pratique d'une épisiotomie lors d'une extraction instrumentale est laissée à l'appréciation de l'opérateur. L'extraction instrumentale augmente le risque de DPS. La réalisation d'une épisiotomie médio-latérale réduirait le risque de DPS. Elle doit être étudiée au cas par cas » (24).

Selon les études, l'épisiotomie pourrait être soit un facteur protecteur soit un facteur aggravant des DPS lors d'un accouchement assisté. L'analyse de la littérature retrouve ainsi que le risque de DPS peut être augmenté si il y a réalisation d'une épisiotomie lors de l'extraction (12,25–30). Mais, d'autres auteurs suggèrent quant à eux que l'épisiotomie pourrait être un facteur protecteur de DPS lors d'une extraction instrumentale (31–34).

Dans le service de Gynécologie Obstétrique du Centre Hospitalier Universitaire (CHU) de Poitiers, l'épisiotomie, lorsqu'elle est effectuée, est uniquement médio-latérale. Il existe une politique restrictive de sa réalisation. En effet, très peu sont effectuées lors d'un accouchement par voie vaginale spontanée et il n'est pas pratiqué d'épisiotomie à titre systématique lors des extractions instrumentales.

La classification utilisée pour les lésions périnéales est celle proposée par Sultan et adoptée par le Royal College of Obstetricians and Gynecologists (RCOG) permettant la comparaison avec les autres études (9).

Les indications et le choix de l'instrument pour les extractions sont laissés à l'appréciation de l'opérateur et sont en accord avec les recommandations de bonne pratique.

Depuis plusieurs années, nous avons constaté une augmentation du nombre de DPS dans notre service, notamment lors des extractions instrumentales. Ces constatations sont également retrouvées dans de nombreux pays européens (15,36).

Il faut tout d'abord préciser que cette augmentation est en partie la cause d'un meilleur diagnostic et classement de ces déchirures sévères (37,38). Les praticiens sont en effet mieux formés à leur prise en charge et dans certains établissements, la réalisation d'une échographie permettrait une meilleure détection des DPS (39). Mais ces changements n'expliquent peut être pas à eux seuls cette observation.

Au vu de l'augmentation importante des DPS et de la discordance selon les auteurs, il nous a semblé important de déterminer si l'épisiotomie est un facteur protecteur ou non des DPS lors de l'extraction instrumentale.

---

L'objectif principal de cette étude est d'évaluer si l'épisiotomie médio-latérale est un facteur protecteur des DPS lors des extractions instrumentales. L'objectif secondaire est d'évaluer la fréquence des DPS au cours du temps, ainsi que l'influence des autres facteurs de risque de DPS chez les femmes dans ce contexte. Ceci dans un but d'évaluation et d'amélioration des pratiques dans le service.

---

## II) MATERIEL ET METHODE

Il s'agit d'une analyse rétrospective, réalisée dans le service de Gynécologie Obstétrique du CHU de Poitiers, maternité de niveau III.

Le recueil de données a été effectué sur 11 ans : du 1<sup>er</sup> Janvier 2005 qui correspond à l'année de parution des RPC sur l'épisiotomie au 31 Décembre 2015 qui correspond à l'année des RPC sur les extractions instrumentales.

Nous avons dans un premier temps relevé l'ensemble des accouchements sur cette période, que ce soit les accouchements par voie vaginale spontanée, les césariennes ou les accouchements avec une extraction instrumentale.

Pour les accouchements par voie vaginale spontanée, nous avons différencié les patientes primipares et multipares puis la réalisation d'une épisiotomie et /ou la présence d'une DPS a été notifiée.

Les critères d'exclusion pour l'ensemble des accouchements étaient :

- Les présentations fœtales autres que céphalique
- Les grossesses multiples
- L'âge gestationnel inférieur à 34 semaines d'aménorrhée

Notre étude s'intéressant plus particulièrement aux extractions instrumentales, des informations sur les caractéristiques maternelles, fœtales et de l'accouchement ont été extraites des dossiers d'accouchement informatisés du service. La saisie des informations obstétricales est effectuée par la sage-femme au moment de l'accouchement.

Nous avons relevé les données suivantes :

- Le type d'extraction instrumentale : forceps, ventouse, spatules.
- L'indication de l'extraction : anomalie du RCF à l'expulsion, dystocie des présentations postérieures, fatigue maternelle, non progression de la présentation fœtale.
- La réalisation ou non d'une épisiotomie médio-latérale.
- La déchirure périnéale : aucune, superficielle ou stade 1, simple ou stade 2, complète ou stade 3, compliquée ou stade 4.
- L'âge maternel.
- Le BMI de la mère.
- L'origine géographique : Europe, Afrique, Asie, autre.
- La parité.
- L'âge gestationnel (en semaines d'aménorrhée).
- L'analésie : aucune, rachianesthésie, péridurale, bloc du nerf honteux, anesthésie locale
- La durée du travail : durée entre dilatation complète (DC) et début des efforts expulsifs (EE) en minutes et durée des efforts expulsifs en minutes.
- Le poids de naissance des nouveaux nés en grammes.
- Le pH de naissance au cordon.
- L'hémorragie de la délivrance et sa cause suspectée : aucune, rétention placentaire, atonie.

**Le critère de jugement principal** était la présence ou l'absence d'une DPS. Dans notre établissement, les DPS sont classées selon le RCOG. Chaque DPS suspectée est vérifiée selon un protocole mis en place dans le service depuis 2010. Un examen rectal est réalisé et la suture est effectuée ou supervisée par le sénior de garde.

Les données ont été classées en moyenne et exprimées en pourcentage. La comparaison par année a été réalisée à l'aide de courbes continues. Les différentes caractéristiques démographiques des femmes, de l'accouchement et des nouveaux nés pour les groupes avec et sans DPS et les groupes avec et sans épisiotomie ont été analysées.

Les variables quantitatives ont été comparées grâce au test de Student ou au test non paramétrique de Mann & Whitney. Le test de Chi<sup>2</sup> a été utilisé pour les variables qualitatives.

Le risque de première espèce est de 5% avec  $p < 0,05$  considéré comme significatif.

Un modèle de régression logistique a été utilisé pour l'évaluation de l'utilisation de l'épisiotomie sur le risque de DPS. L'effet du traitement a été présenté comme un odds ratio (OR) avec un intervalle de confiance (IC) de 95%.

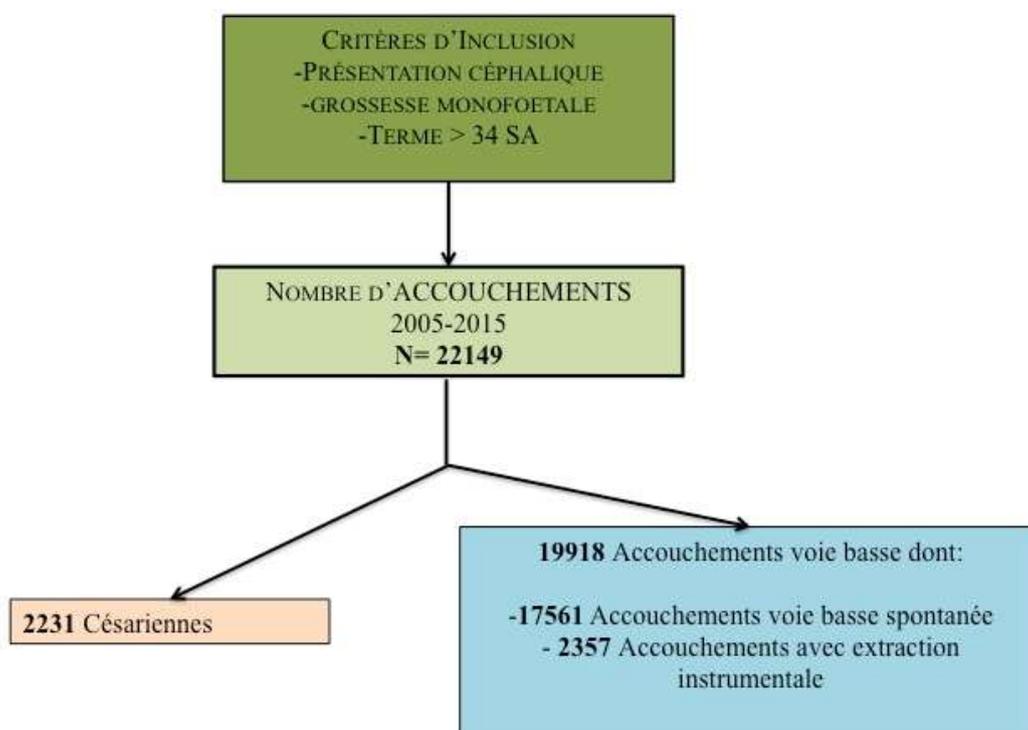
Le nombre de patients à traiter a été calculé pour évaluer l'efficacité potentielle de l'épisiotomie médio-latérale en divisant la différence par 1 dans les probabilités d'avoir une DPS entre les groupes avec ou sans réalisation d'une épisiotomie (par exemple,  $1 / (P_{\text{épisiotomie} +} - P_{\text{épisiotomie} -})$ ).

L'analyse statistique a été réalisée avec le logiciel R Development Core Team (Austria 2008).

### III) RESULTATS

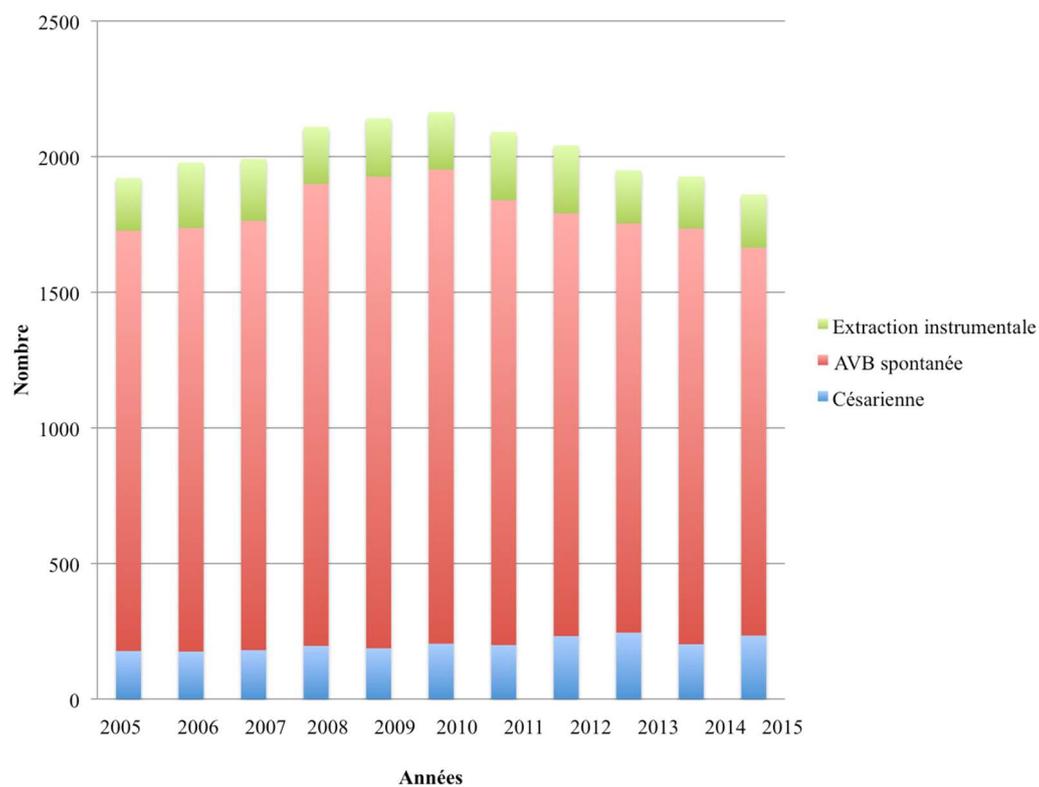
#### A) Description de la population de l'ensemble des accouchées

L'ensemble des accouchements sur une période de 11 ans est représenté sur la figure 1. Il s'agissait des accouchements à plus de 34 semaines d'aménorrhée avec une grossesse monofoetale et une présentation céphalique représentant 22149 accouchements.



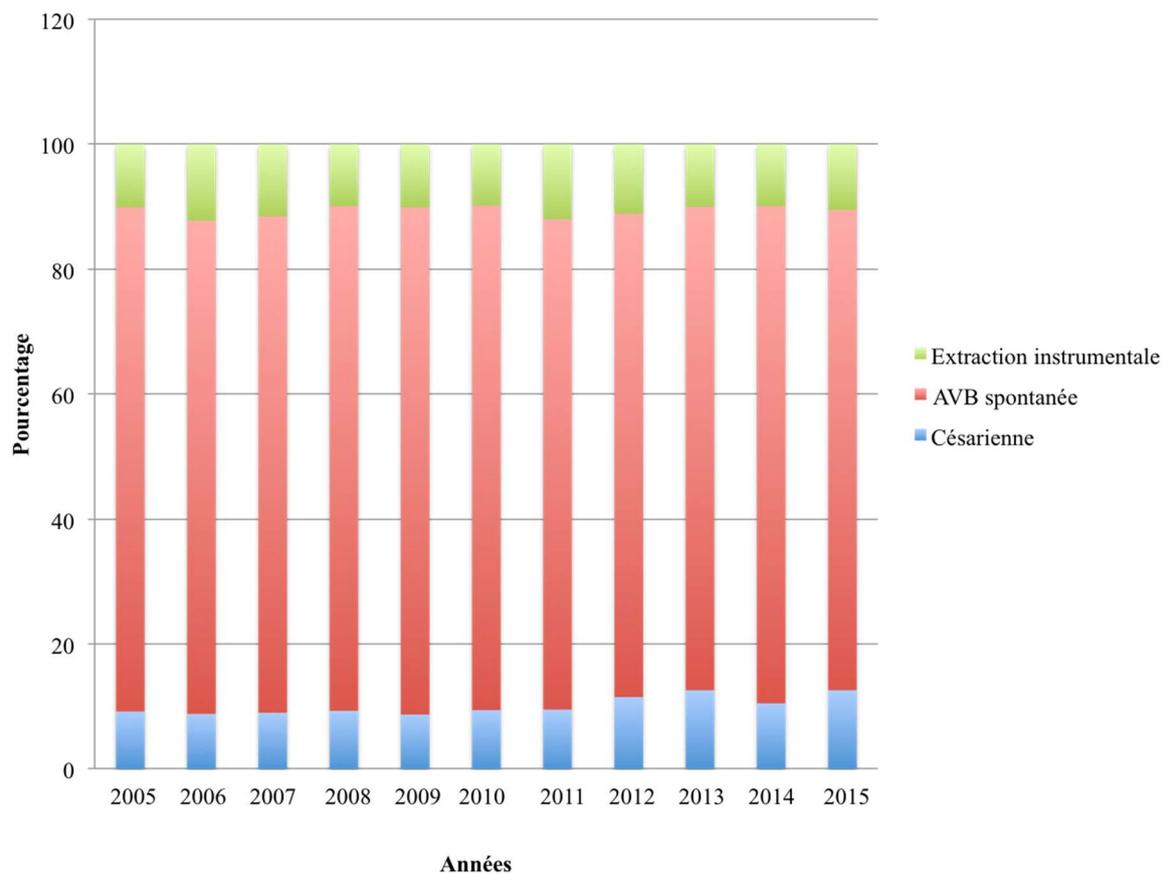
**Figure 1.** Diagramme de la population de l'ensemble des accouchées de 2005 à 2015.

Il a été retrouvé une répartition stable de l'ensemble des accouchements représenté sur les graphiques 1 et 2. Le nombre de césariennes était de 177 à 245 par an, soit de 8,8% à 12,6% en fonction des années. Le nombre d'accouchements par voie basse spontanée était de 1431 à 1749 par an, soit de 77,4% à 81,2%. L'ensemble des extractions instrumentales restait homogène au cours du temps entre 192 à 251 par an soit de 9,8% à 12,2%.



**Graphique 1.** Répartition de l'ensemble des accouchements en nombre en fonction du temps

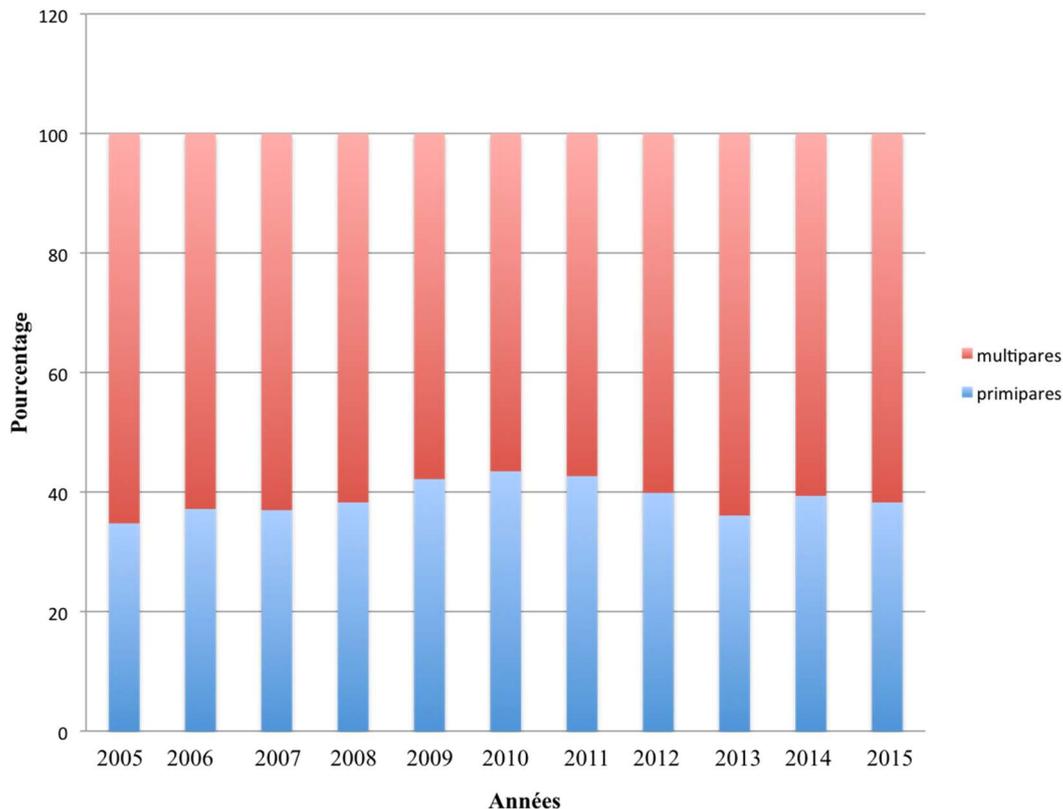
(N= 22149).



**Graphique 2.** Répartition de l'ensemble des accouchements en pourcentage en fonction du temps (N= 22149).

## **B) Description de la population des accouchées par voie basse spontanée**

La répartition de la population des femmes ayant accouché par voie vaginale spontanée en fonction de la parité variait de 34,8% à 43,5% pour les primipares et de 56,5% à 65,2% pour les multipares par an, et est représentée sur le graphique 3.



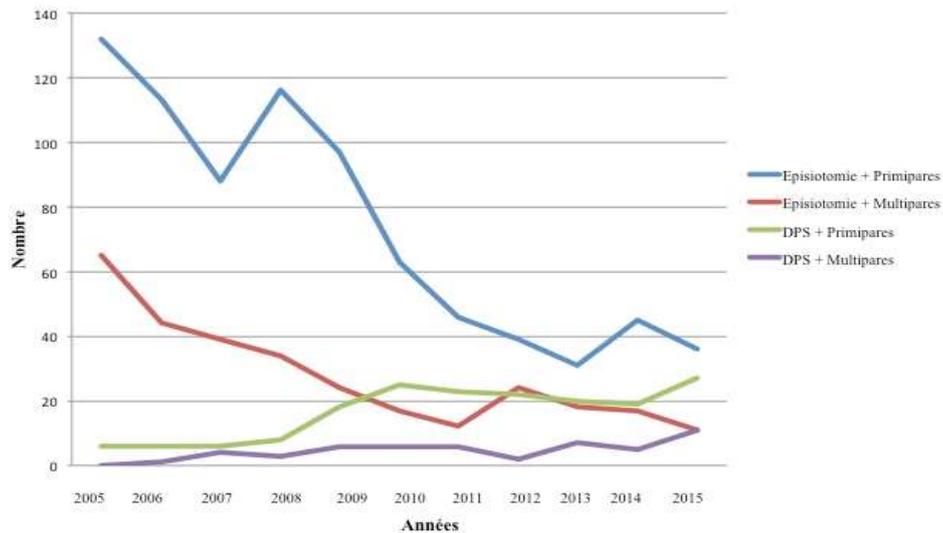
**Graphique 3.** Répartition de la parité en pourcentage en fonction du temps dans la population des accouchées par voie vaginale spontanée (N= 17561)

Nous avons observé une diminution du nombre d'épisiotomie de 24,4% à 5,7% chez les femmes primipares et de 6,4% à 1,2% chez les femmes multipares durant la période étudiée. Dans le même temps, nous avons retrouvé une augmentation du nombre de DPS de 1% à 4,9% chez les femmes primipares et de 0 à 1,2% chez les femmes multipares.

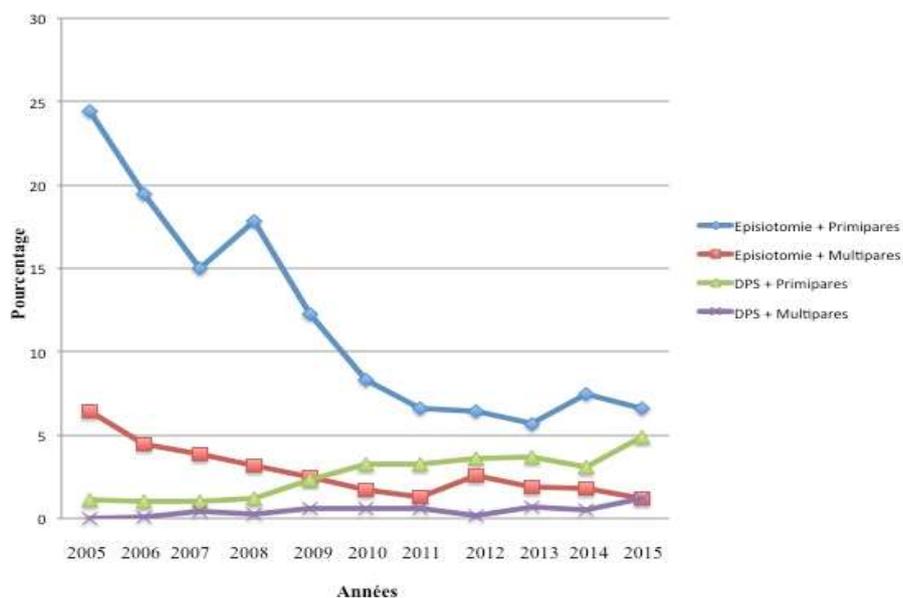
Nous constatons deux périodes dans notre analyse. La première de 2005 à 2009 avec une décroissance rapide du taux d'épisiotomie et une augmentation du taux de DPS.

La seconde de 2009 à 2015, où le taux d'épisiotomie restait stable et celui des DPS poursuivait son augmentation.

Ces constatations ont été faites chez les primipares comme chez les multipares. Les données sont représentées sur les graphiques 4 et 5.



**Graphique 4.** Evolution du nombre de DPS et d'épisiotomies en fonction de la parité et en fonction du temps dans la population des accouchées par voie vaginale spontanée (N= 17561).

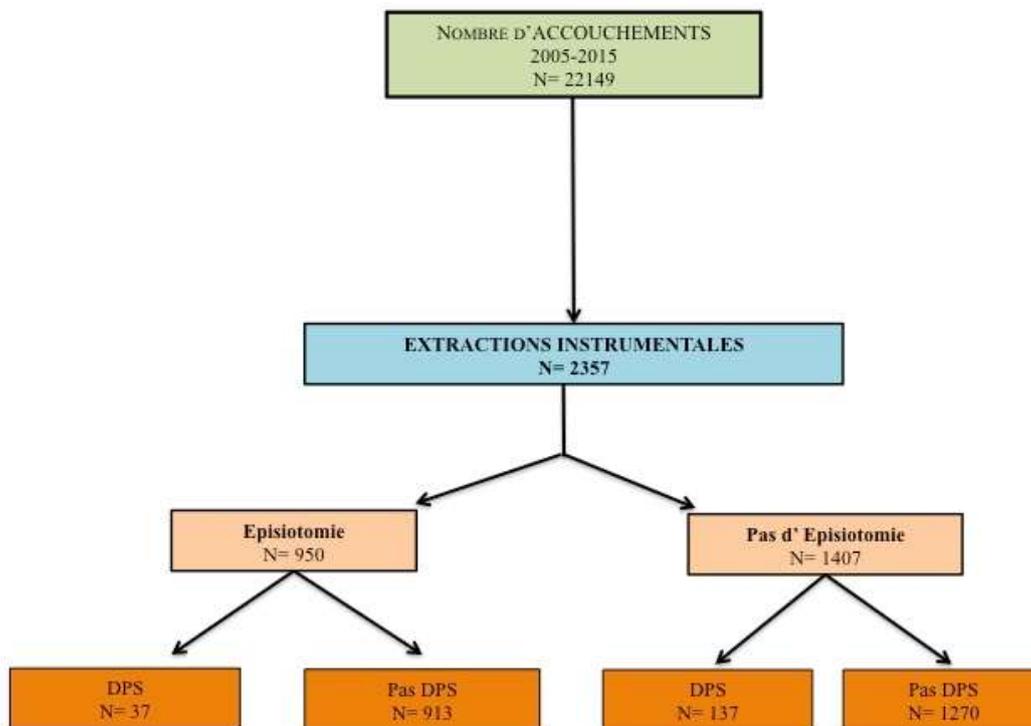


**Graphique 5.** Evolution en pourcentage de DPS et d'épisiotomies en fonction de la parité et en fonction du temps dans la population des accouchées par voie vaginale spontanée (N= 17561).

### C) Description de la population des accouchées avec extraction instrumentale

L'ensemble des femmes ayant eu une extraction instrumentale à plus de 34 semaines d'aménorrhée sur une grossesse monofoetale a été identifié. Deux mille trois cent cinquante-sept femmes ont accouché entre le 1<sup>er</sup> janvier 2005 et le 31 décembre 2015.

Les inclusions sont présentées dans le diagramme de population (Figure 2).



**Figure 2.** Diagramme de la population des accouchées avec extraction instrumentale

Les caractéristiques de la population sont présentées dans les Tableaux n°1 et 2 ci-dessous.

Dans notre population, 86% des femmes étaient d'origine européenne. L'âge moyen était de 29,17 ans et le BMI moyen de 22,73 kg/m<sup>2</sup>.

La majorité des femmes étaient primipares, avec 79,3% des patientes. Les accouchements avaient lieu en moyenne à 40 SA et les nouveaux nés avaient un poids moyen de 3337 g.

Il a été mis en évidence 57% d'extraction par forceps, 36% par ventouse obstétricale et 7% par spatules. Une anesthésie était réalisée pour 91% des femmes, majoritairement par péridurale (87%).

Les motifs d'extractions étaient variables. Cinquante et un pourcent des extractions ont été réalisées pour non progression de la présentation, 30% pour anomalie du RCF et 7% pour une dystocie de la présentation (Annexe 2).

Dans notre population, 40% des femmes ont eu une épisiotomie lors de l'extraction instrumentale. Nous avons retrouvé 6,4% de déchirures complètes de type 3 et 1% de déchirures compliquées de type 4 soit au total, 7,4% des DPS dans notre population. Nous avons retrouvé 35% de périnéés intacts sur l'ensemble des extractions instrumentales.

Dans notre population, 120 DPS (69%) ont été diagnostiquées lors d'une extraction par forceps dont 28 DPS avec la réalisation une épisiotomie et 92 DPS sans épisiotomie. Au total, il y a eu 682 extractions par forceps avec épisiotomie soit 48% et 706 extractions par forceps sans épisiotomie soit 52%.

Il y a eu 40 DPS (23%) lors de l'extraction par ventouse dont 2 DPS avec présence d'épisiotomie et 38 DPS sans épisiotomie. Au total, il y a eu 179 extractions par ventouse avec épisiotomie soit 20% et 702 extractions par ventouse sans épisiotomie soit 80%.

En cas d'extraction par spatules, il y a eu 14 DPS dont 7 DPS avec épisiotomie et 7 DPS sans épisiotomie.

Les données concernant l'âge des femmes, le BMI, la parité et le poids des nouveaux nés ont été étudiées par années. Nous avons retrouvé que pour ces critères, la population étudiée est stable dans le temps (données non représentées).

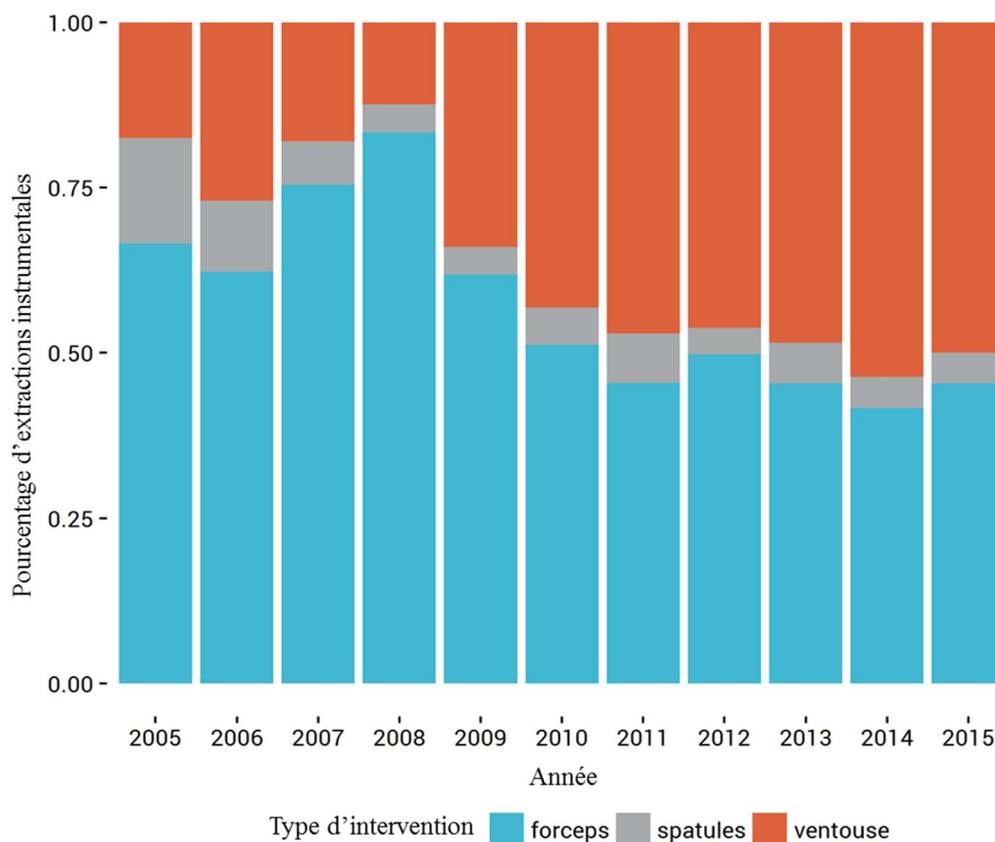
<b>Caractéristiques Maternelles</b>	<b>Nombre</b>	<b>Fréquence</b>
	<b>N</b>	<b>%</b>
Origine géographique		
Europe	2047	86.85%
Afrique	205	8.7%
Asie	35	1.48%
Autre	70	2.97%
Parité		
Primipares	1870	79.34%
Multipares	472	20.03%
manquantes	15	0.64%
	<b>Moyenne</b>	
Age Maternel (années)	29,17	
BMI	22,73	
Gestité	1,38	
Parité	0,25	
Age gestationnel (SA)	40,04	
<b>Caractéristiques Nouveaux Nés</b>		
pH	7,25	
Poids (g)	3336,91	

**Tableau 1.** Caractéristiques maternelles et fœtales de la population des accouchées avec extraction instrumentale (N= 2357).

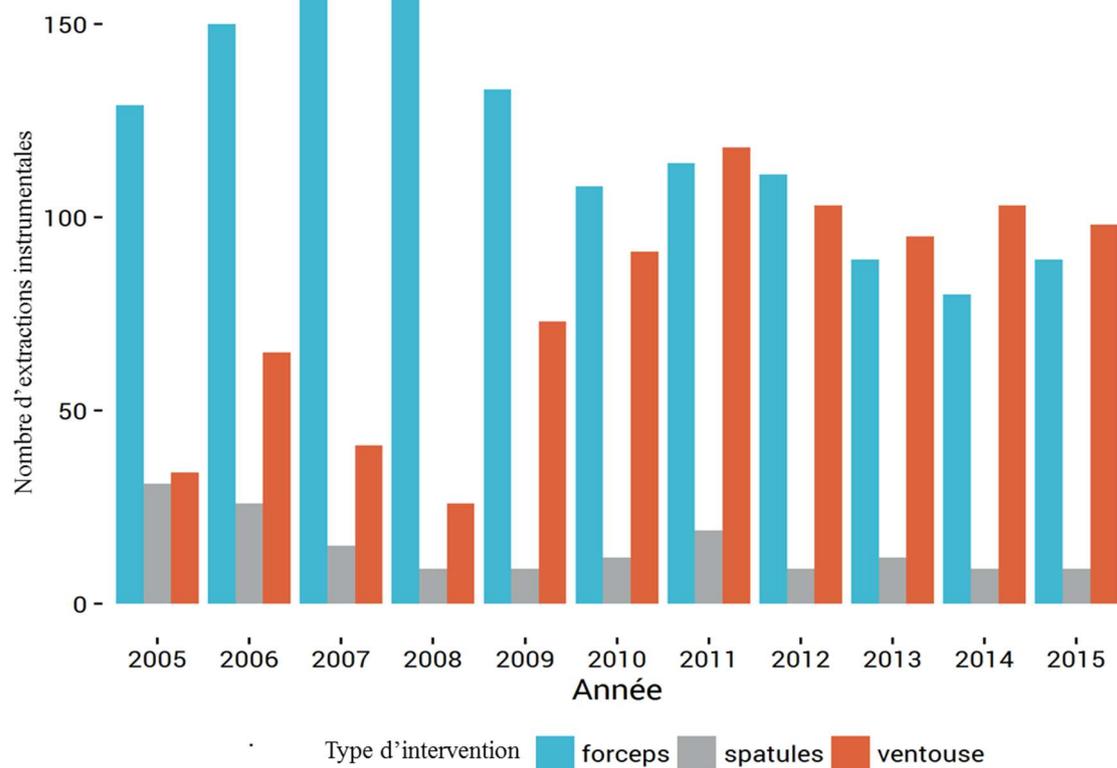
Caractéristiques de l'accouchement	Nombre		Fréquence
		N	%
Intervention VB	Forceps	1350	57.28%
	Spatules	160	6.79%
	Ventouse	847	35.94%
Anesthésie	Non	202	8.57%
	Oui	2155	91.43%
Type d'Anesthésie	Bloc du nerf honteux	57	2.42%
	Locale	4	0.17%
	Péridurale	2048	86.89%
	Rachianesthésie	13	0.55%
	Manquantes	235	9.97%
Episiotomie	non	1407	59.69%
	oui	950	40.31%
Déchirure Périnéale	absence	835	35.43%
	superficielle	564	23.93%
	simple	784	33.26%
	complète	151	6.41%
	compliquée	23	0.98%
Déchirure Périnéale	DPS	174	7.38%
	pas de DPS	2183	92.62%
Hémorragie	non	2053	87.1%
	par atonie	63	2.67%
	par rétention placentaire	45	1.91%
	manquantes	196	8.32%
Durée des efforts expulsifs	Efforts expulsifs <= 30 min	1793	76.07%
	Efforts expulsifs > 30 min	497	21.09%
	manquantes	67	2.84%
			<b>Moyenne</b>
Durée Travail (H)			5,44
Durée 5cm à dilatation complète (DC) (H)			3,96
Durée DC à efforts expulsifs (min)			89,71
Durée des efforts expulsifs (min)			22,6

**Tableau 2.** Caractéristiques de l'accouchement de la population des accouchées avec extraction instrumentale (N= 2357).

Le taux d'extraction instrumentale est resté constant au cours du temps. Nous avons observé une modification dans le choix des instruments, avec une augmentation de l'utilisation de la ventouse obstétricale et une diminution du forceps. La proportion en 2015 était de 50% pour les deux instruments. L'utilisation des spatules a représenté un faible effectif et est resté stable au cours du temps. Ces données sont représentées sur les graphiques 6 et 7.



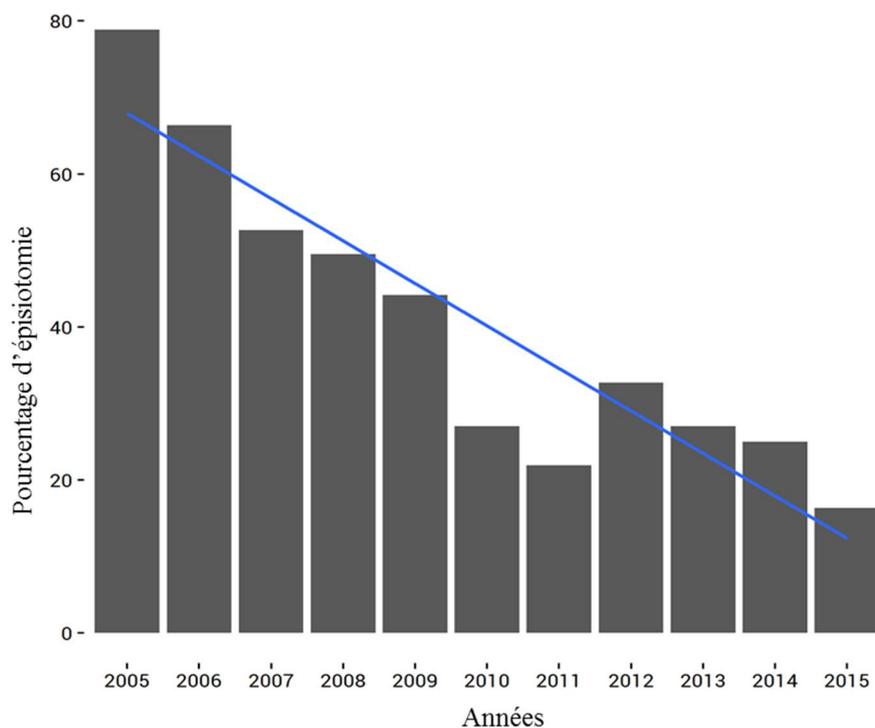
**Graphique 6.** Evolution en pourcentage des extractions instrumentales en fonction du type d'instrument.



**Graphique 7.** Evolution en nombre des extractions instrumentales en fonction du type d'instrument.

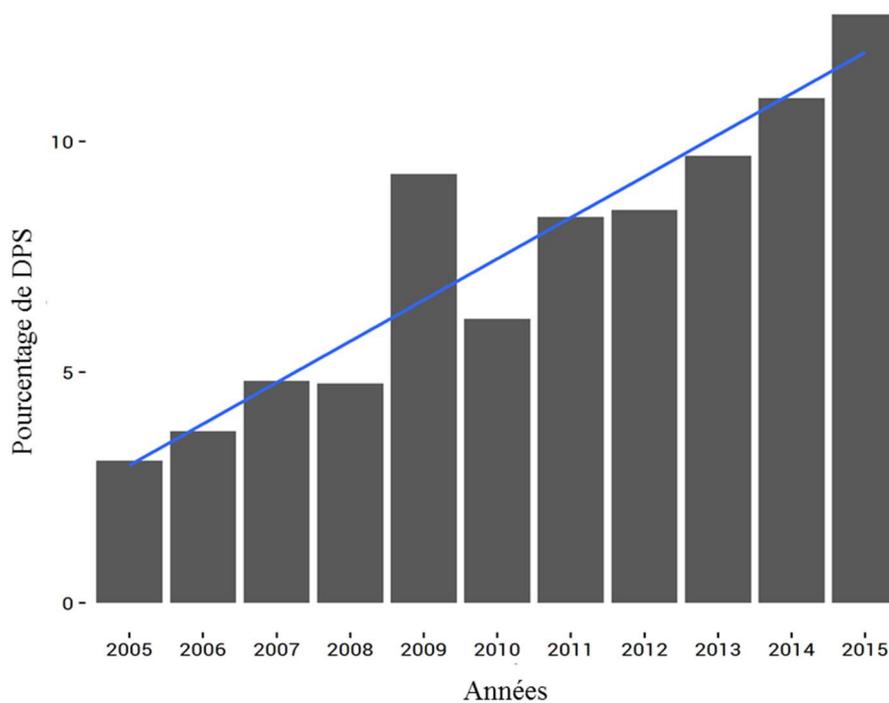
## D) Evolution de l'épisiotomie et des DPS

L'évolution du taux d'épisiotomie dans la population des accouchées avec une extraction instrumentale au cours du temps a été présentée sur le graphique 8 ci-dessous. Il a été observé une diminution significative du taux d'épisiotomie entre 2005 et 2015, passant de presque 80% en 2005 à 20% en 2015 en cas d'extraction instrumentale. La diminution était significative ( $p < 0,05$ ) sur cette période.

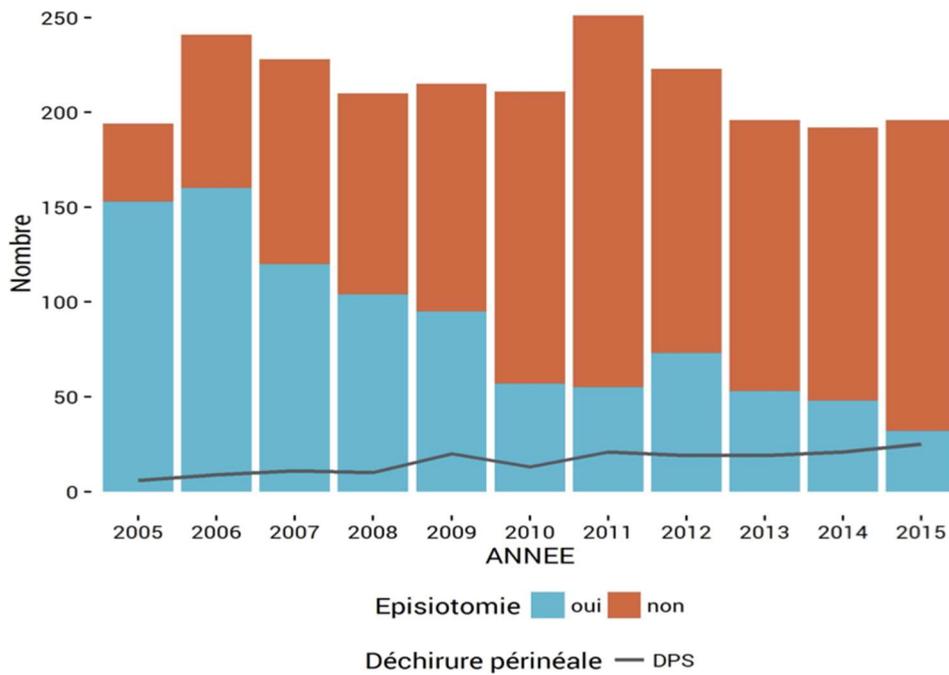


**Graphique 8.** Evolution en pourcentage de l'épisiotomie au cours du temps lors des extractions instrumentales (N= 2357).

L'évolution du taux de DPS dans la population des accouchées avec une extraction instrumentale au cours du temps a été présentée sur le graphique 9 ci-dessous. Il a été observé une augmentation importante des DPS lors des extractions instrumentales en fonction du temps. De 3% en 2005 à 13% en 2015 soit une d'augmentation significative ( $p < 0,05$ ).



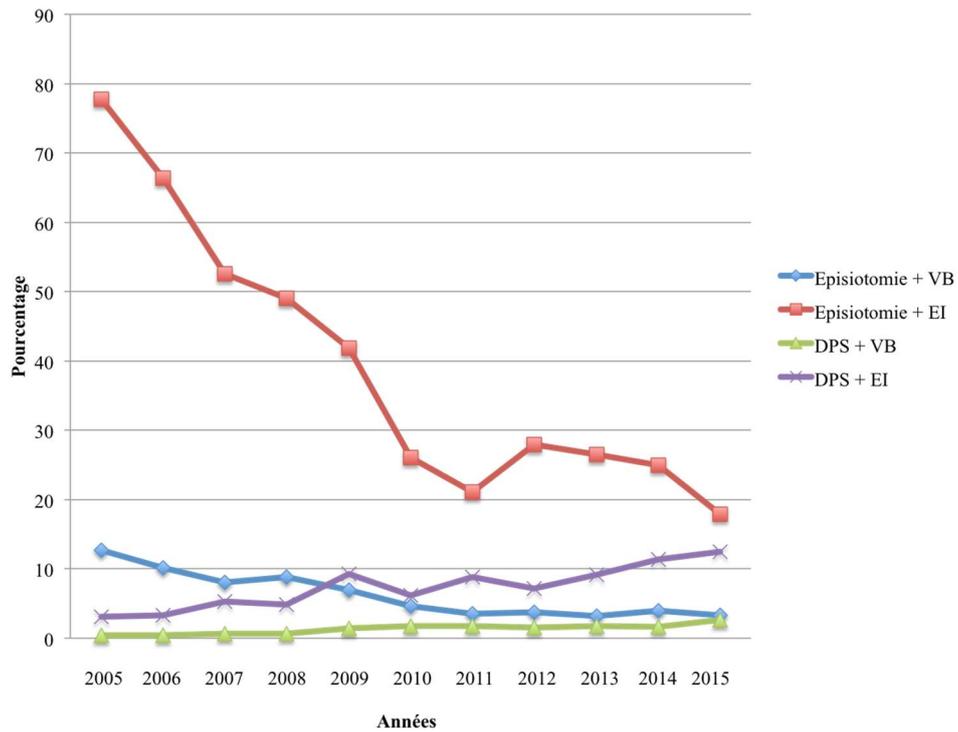
**Graphique 9.** Evolution en pourcentage des DPS au cours du temps lors des extractions instrumentales (N= 2357).



**Graphique 10.** Bilan de l'évolution en nombre des épisiotomies et DPS en fonction du temps dans la population des accouchées avec une extraction instrumentale (N= 2357).

En reprenant l'ensemble des accouchements durant cette période, il est constaté que le taux d'épisiotomie avait également diminué au fil des années en ce qui concerne les accouchements par voie vaginale spontanée de 12,7% à 3,2%. Cette décroissance était significative ( $p < 0,05$ ), comme pour les accouchements avec une extraction instrumentale.

De même, une augmentation des DPS lors des extractions instrumentales a été constatée lors des accouchements par voie vaginale spontanée de 0,4% à 2,6%. Cette augmentation était également significative sur la période. Les résultats sont présentés sur le graphique 11.

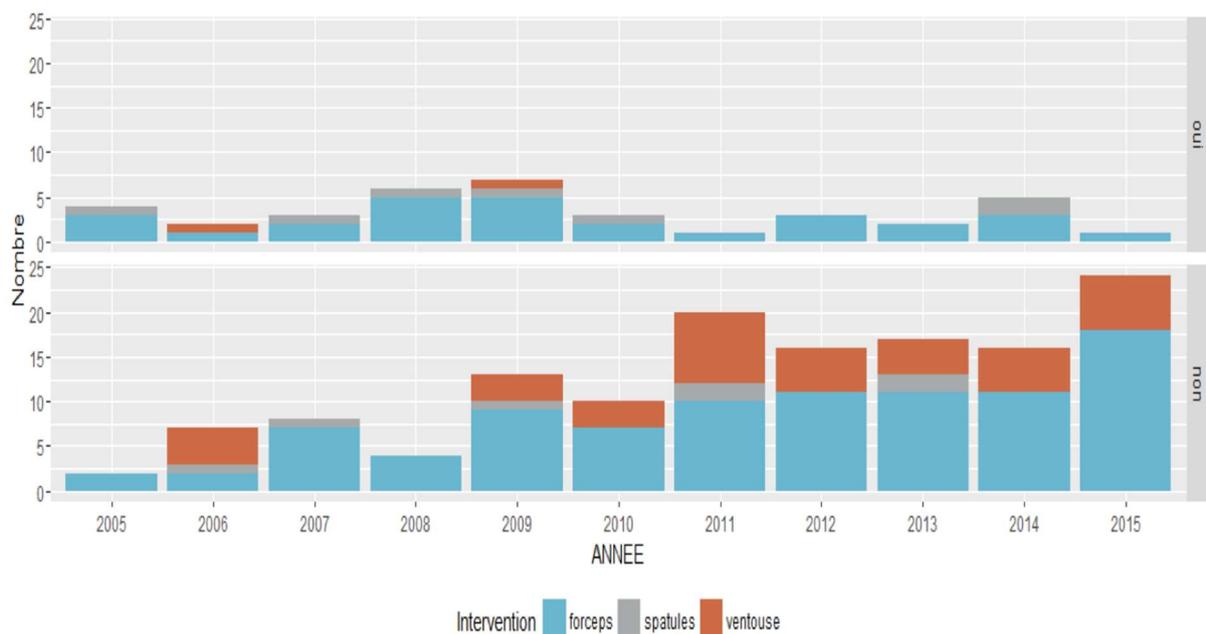


*VB = accouchement par voie vaginale spontanée*

*EI = extraction instrumentale*

**Graphique 11.** Evolution en pourcentage des épisiotomies et DPS en fonction du type d'accouchement et du temps dans les populations de femmes ayant accouchées par voie vaginale spontanée et avec extraction instrumentale (N= 19918).

Concernant le groupe de femmes ayant eu une extraction instrumentale, il est important d'étudier plus précisément l'évolution des DPS en fonction de la réalisation ou non d'une épisiotomie. Ceci est représenté sur le graphique 12. L'augmentation des DPS était plus importante en l'absence d'une épisiotomie. L'utilisation du forceps était plus pourvoyeuse de DPS avec ou sans réalisation d'une épisiotomie.



*oui= présence d'une épisiotomie*

*non= absence d'épisiotomie*

**Graphique 12.** Evolution des DPS en nombre en fonction de la réalisation d'une épisiotomie et du type d'extraction instrumentale en fonction du temps dans la population des accouchées avec extraction instrumentale.

**E) Comparaison de la population des accouchées avec extraction instrumentale en fonction de la réalisation ou non d'une épisiotomie**

Dans le groupe de femmes ayant eu une épisiotomie, elles ont accouché le plus fréquemment par forceps avec respectivement 70,7% d'entre elles versus 48,2% pour les femmes n'ayant pas eu d'épisiotomie. Les femmes ayant eu une épisiotomie étaient plus souvent des patientes primipares respectivement 83,5% versus 76,5% pour les femmes n'ayant pas eu d'épisiotomie.

De plus, les femmes ayant eu une épisiotomie ont eu le plus souvent une anesthésie à 90,8% d'entre elles contre 86,1% pour les femmes n'ayant pas eu d'épisiotomie.

Les nouveaux nés des femmes ayant eu une épisiotomie étaient plus gros avec un poids moyen de 3380g versus 3307g pour les femmes n'ayant pas eu d'épisiotomie. Les femmes ayant eu une épisiotomie avaient moins de déchirures périnéales sévères respectivement 3,9% versus 9,7% pour les femmes n'ayant pas eu d'épisiotomie. Les données sont représentées dans le Tableau 3.

CARACTERISTIQUES		Épisiotomie + N= 950 ( %)	Pas Épisiotomie N= 1407 (%)	p
<b>MATERNELLES</b>				
Age maternel (années)		29,04	29,29	0,29
BMI		22,58	22,83	0,19
Origine	Europe	822 (86,5)	1225 (87)	0,38
	Asie	14 (1,5)	21 (1,5)	
	Afrique	91 (9,6)	114 (8,1)	
	Autre	23 (2,4)	47 (3,4)	
Parité	primiparité	793 (83,5)	1077 (76,5)	< 0,05
	multiparité	152 (16,5)	320 (23,5)	
Parité moyenne		0,19	0,29	< 0,05
Gestité moyenne		1,29	1,45	< 0,05
Age gestationnel (SA)		40,13	39,98	< 0,05
<b>ACCOUCHEMENT</b>				
Extraction instrumentale	forceps	672 (70,7)	678 (42,2)	< 0,05
	spatules	100 (10,5)	60 (4,3)	
	ventouse	178 (18,8)	669 (47,5)	
Anesthésie	non	87 (9,2)	196 (13,9)	< 0,05
	oui	863 (90,8)	1211 (86,1)	
DPS	oui	37 (3,9)	137 (9,7)	< 0,05
	non	913 (96,1)	1270 (90,3)	
Hémorragie	non	845 (88,9)	1208 (85,9)	0,73
	par atonie	27 (2,8)	36 (2,5)	
	par rétention placentaire	21 (2,2)	24 (4,3)	
Durée des efforts expulsifs (min)	> 30 min	712 (74,9)	1081 (76,8)	0,08
	< 30 min	219 (23,1)	278 (19,8)	
Durée du travail (h)		5,75	5,21	< 0,05
Durée de 5cm à DC (h)		4,08	3,8	0,43
Durée DC et début des EE (min)		90,23	89,32	0,73
Durée des EE (min)		24,33	21,41	< 0,05
<b>NOUVEAU NE</b>				
Poids (g)		3380	3307	< 0,05
pH au cordon		7,25	7,25	0,61

**Tableau 3.** Comparaison des caractéristiques des accouchées avec extraction instrumentale en fonction de la réalisation ou non d'une épisiotomie (N= 2357)

**F) Comparaison de la population des accouchées avec extraction instrumentale en fonction de la présence ou non d'une DPS**

Les femmes qui ont eu une DPS, représentées dans le tableau 4 avaient des termes d'accouchement plus tardifs respectivement 40,2 SA versus 40 SA que les femmes qui n'ont pas eu de DPS. Les femmes ayant eu une DPS ont eu plus d'extractions instrumentales par forceps respectivement 68,9% contre 56,3% pour les femmes n'ayant pas eu de DPS. Les femmes ayant eu une DPS n'ont pas eu d'épisiotomie à 78,7% contre 58,1% pour les femmes n'ayant pas eu de DPS. Les nouveaux nés des femmes ayant eu une DPS étaient plus gros respectivement 3469g versus 3326g pour les femmes n'ayant pas eu de DPS.

CARACTERISTIQUES		DPS N= 174 (%)	Pas DPS N= 2183 (%)	p
<b>MATERNELLES</b>				
Age maternel (années)		29,4	29,1	0,44
BMI		23,1	22,7	0,29
Origine				
	Europe	150 (86,2)	1897 (86,9)	0,4
	Asie	5 (2,9)	30 (1,4)	
	Afrique	13 (7,5)	192 (8,8)	
	Autre	6 (3,4)	64 (2,9)	
Parité				
	primiparité	147 (84,5)	1724 (79,6)	0,14
	multiparité	27 (15,5)	445 (20,4)	
Parité moyenne		0,19	0,25	0,13
Gestité moyenne		1,31	1,39	0,25
Age gestationnel (SA)		40,2	40,02	< 0,05
<b>ACCOUCHEMENT</b>				
Extraction instrumentale				
	forceps	120 (68,9)	1230 (56,3)	< 0,05
	spatules	14 (8,1)	146 (6,7)	
	ventouse	40 (23)	807 (36,7)	
Anesthésie				
	non	27 (15,5)	256 (11,7)	0,86
	oui	147 (84,5)	1927 (88,3)	
Episiotomie				
	oui	37 (21,3)	913 (41,9)	< 0,05
	non	137 (78,7)	1270 (58,1)	
Hémorragie				
	non	147 (84,5)	1906 (87,3)	0,76
	par atonie	6 (3,4)	37 (1,8)	
	par rétention placentaire	3 (1,8)	42 (1,9)	
Durée des efforts expulsifs				
	> 30 min	132 (75,9)	1661 (76,1)	0,99
	< 30 min	37(21,3)	460 (21,1)	
Durée du travail (h)		5,47	5,44	0,87
Durée de 5cm à DC (h)		3,69	3,97	0,64
Durée DC au début des EE (min)		103,9	88,65	< 0,05
Durée des EE (min)		21,87	22,65	0,41
<b>NOUVEAU NE</b>				
Poids (g)		3469	3326	< 0,05
pH au cordon		7,24	7,25	0,34

**Tableau 4.** Comparaison des caractéristiques des accouchées avec extraction instrumentale en fonction de la présence ou non d'une DPS (N= 2357).

## G) Facteurs associés au risque de DPS lors des extractions instrumentales

### a) Analyse univariée

Afin de déterminer quels peuvent être les risques associés ou non à la survenue d'une DPS, nous avons réalisé d'abord une analyse univariée. Comme présenté dans le tableau 5, l'origine asiatique, l'âge gestationnel et l'absence de réalisation d'une épisiotomie étaient des facteurs aggravants des déchirures sévères lors des extractions instrumentales.

La parité, l'anesthésie et la durée du travail étaient des facteurs protecteurs de DPS.

Caractéristiques	OR	IC min 2,5%	IC max 97,5%
Age maternel	1,02	0,98	1,04
BMI	1,01	0,98	1,05
Origine géographique			
Afrique	0,88	0,25	3,06
Asie	<b>3,21</b>	0,85	11,7
Europe	0,87	0,12	4,01
Gestité	0,88	0,69	1,07
Parité	0,78	0,55	1,05
Age gestationnel	<b>1,16</b>	1,02	1,32
Pas d'épisiotomie	<b>2,6</b>	1,8	3,9
Anesthésie	0,92	0,55	1,6
Durée du travail	1,005	0,94	1,06
Durée de 5cm à DC	0,97	0,87	1,022
Durée de DC à Début des EE	1,005	1,002	1,008
Durée des EE	0,99	0,98	1,07
Poids des nouveaux nés	1,001	1	1,001
pH	0,58	0,18	1,7

**Tableau 5.** Analyse univariée de la présence de DPS selon les caractéristiques maternelles, de l'accouchement et fœtales lors des extractions instrumentales (N= 2357).

## b) Analyse multivariée

Nous avons utilisé dans un deuxième temps une régression logistique représentée dans les tableaux 6 et 7 en utilisant les caractéristiques suivantes : la parité, la réalisation d'une épisiotomie, le type d'extraction instrumentale, le poids du nouveau-né, l'âge gestationnel, la durée des efforts expulsifs, l'âge maternel et l'origine géographique.

Après sélection du meilleur modèle en analyse multivariée, la parité, le type d'extraction instrumentale l'absence de réalisation d'une épisiotomie et le poids du nouveau-né étaient des facteurs indépendants de DPS. Le risque d'avoir une DPS quand il y a une extraction instrumentale était augmenté d'un facteur 3 si aucune épisiotomie n'était réalisée OR 3,6 IC à 95% [2,50-5 ,49].

<b>Caractéristiques</b>	<b>OR</b>	<b>IC min 2,5%</b>	<b>IC max 97,5%</b>
Multiparité	0,66	0,42	1,01
Pas d'épisiotomie	<b>3,66</b>	2,5	5,49
Extraction par Spatules	1,17	0,62	2,07
Extraction par ventouse	0,41	0,27	0,59
Poids du nouveau né (100g)	<b>1,07</b>	1,04	1,11

**Tableau 6.** Analyse multivariée sur le risque d'avoir une DPS lors de l'extraction instrumentale (N= 2357).

Il est constaté dans la population des accouchées avec extraction instrumentale 15,21% de DPS lors d'une extraction par forceps réalisée sans épisiotomie chez les femmes primipares contre 5,27% lors de l'utilisation d'une ventouse.

EPISIOTOMIE	Forceps	Ventouse
	DPS/effectif(%)	
<i>Primipares</i>		
oui	23/569(4.04%)	2/145(1.38%)
non	82/539(15.21%)	26/493(5.27%)
EPISIOTOMIE	forceps	ventouse
	DPS/effectif(%)	
<i>Multipares</i>		
oui	5/101(4.95%)	
non	9/135(6.67%)	12/170(7.06%)
EPISIOTOMIE	forceps	ventouse
	DPS/effectif(%)	
<i>Poids du nouveau né &gt; 4000g</i>		
oui	8/59(13.56%)	
non	11/59(18.64%)	5/42(11.90%)

**Tableau 7.** Répartition de la population des accouchées avec extraction instrumentale dans l'analyse multivariée sur le risque d'avoir une DPS lors de l'extraction instrumentale (N= 2357).

Le nombre d'épisiotomies nécessaires pour prévenir un cas de DPS était de 22 lors d'une extraction par ventouse et de 11 lors d'une extraction par forceps.

#### IV) DISCUSSION

Le risque de DPS est trois fois plus faible lorsqu'une épisiotomie médio-latérale est réalisée au cours d'une extraction instrumentale.

Le calcul du risque attribuable montre qu'il serait nécessaire de réaliser 22 épisiotomies pour prévenir une DPS lors d'une extraction par ventouse et 11 épisiotomies lors d'une extraction par forceps.

Une décroissance significative du taux d'épisiotomie entre 2005 et 2015 en rapport avec une augmentation significative du taux de DPS est retrouvée dans cette même période. Cette cinétique est également constatée dans le cadre des accouchements par voie basse spontanée mais de manière moins importante.

Les facteurs de risque indépendants de DPS identifiés dans notre étude sont la primiparité, le poids du nouveau-né, l'épisiotomie et le type d'extraction instrumentale avec une augmentation des DPS plus importante en cas d'utilisation des forceps.

Les pratiques de l'accouchement sont restées homogènes au cours de la période étudiée avec des taux d'accouchements par voie basse, par césarienne et par extraction instrumentale stables au fil du temps. L'augmentation des DPS semble plus importante si aucune épisiotomie n'est réalisée de manière constante au cours des années étudiées.

## **A) Points forts de l'étude**

### *- Recueil exhaustif*

Il s'agit d'une analyse permettant un recueil exhaustif de l'ensemble des femmes ayant eu une extraction instrumentale. Notre base de données comprend un effectif important garantissant une puissance suffisante pour l'interprétation des résultats.

Cette étude épidémiologique sur une longue durée de 11 ans, a permis le recueil systématique de toutes les DPS dans une maternité de niveau III. Car bien que cette analyse soit réalisée de manière rétrospective et pouvant donc être associée à un certain nombre de biais, les données ont été recueillies de façon prospective au moment de l'accouchement.

### *- Population homogène*

Cette étude portant sur une longue période nous permet de faire un bilan de nos pratiques concernant les DPS. Cela nous permet de mettre en évidence les modifications qui peuvent apparaître dans la pratique obstétricale de manière plus pertinente que sur une durée plus courte où les taux sont susceptibles de varier considérablement. Ainsi, nous relevons une stabilité dans nos pratiques obstétricales avec un taux de césariennes, d'accouchements par voie basse et d'extractions instrumentales similaires au cours de la période étudiée. Notre population est homogène dans le temps, permettant de s'affranchir de certains biais que peut comporter une étude rétrospective.

Nous retrouvons ainsi que la population de femmes ayant une extraction instrumentale est semblable au cours du temps. Les principaux facteurs de risque de DPS sont homogènes dans notre population, à savoir, le BMI, l'âge maternel, la parité et le poids des nouveaux nés.

## **B) Limites de l'étude**

### *- Données manquantes*

Nous avons été confrontés à des données manquantes (4%) dans la base de données des accouchements. Celle-ci permet un recueil d'informations sur l'ensemble des femmes mais certaines données ne sont pas toujours renseignées car non obligatoires. Ainsi, notre étude comporte des items manquants, mais au vu de l'effectif important de notre population, nous ne pouvons pas craindre d'erreur dans nos résultats avec les 4% d'informations manquantes.

### *- Modifications des pratiques*

Nous sommes confrontés comme dans toute étude épidémiologique rétrospective à la difficulté d'analyser l'impact de la modification des pratiques au cours du temps.

#### *a) La reconnaissance des DPS*

Notre critère de jugement principal est la présence ou non d'une DPS. Ce critère repose sur la détection de la lésion par un praticien au moment de l'accouchement. Il est possible que sa sensibilité ait été modifiée au cours du temps, notamment du fait de la mise en place dans notre service d'une politique plus attentive vis à vis des DPS. Un registre exhaustif (Annexe 3) depuis 2010 permet le classement et le recueil des données concernant la femme qui a eu une DPS. Avant 2010, les DPS étaient classées selon la classification française en Périnée Complet et en Périnée Complet Complicé. Depuis 2010, nous utilisons la classification détaillée du RCOG en différenciant les groupes en stade IIIa, IIIb, IIIc et IV (Annexe 1). Le registre est rempli par le médecin réalisant la suture et les dossiers des patientes sont discutés en staff.

Cette méthode permet une homogénéisation des pratiques et une attention particulière au dépistage des DPS en salle de naissance. Il y a donc deux périodes dans notre étude, avant et après 2010 dont l'effet est difficilement mesurable.

Cette modification de classification peut jouer un rôle dans l'augmentation du nombre de DPS. Les périnées que nous classons depuis 2010 en stade IIIa n'étaient probablement pas identifiés en périnée complet dans l'ancienne classification que nous utilisons. Le fait d'identifier quelques fibres lésées du sphincter externe de l'anus n'était en effet pas considéré antérieurement comme un périnée complet. Ainsi, beaucoup de ces lésions sont depuis 2010 comptabilisées comme des DPS. Il est important néanmoins de souligner que malgré ces modifications de classification, avant 2010 nous observions déjà une augmentation des DPS.

Nous pouvons également suggérer que suite à la mise en place de ce registre, les DPS sont mieux reconnues en salle de naissance et cette meilleure détection pourrait expliquer l'augmentation des DPS depuis plusieurs années. Nous pouvons donc penser que la sensibilisation du personnel entraîne de surcroît une meilleure reconnaissance des lésions.

Cet effet pourrait être visible dans notre étude si l'augmentation des DPS était significative sur l'ensemble des accouchements (par voie vaginale spontanée et avec extraction instrumentale) depuis 2010 qu'ils soient réalisés avec ou sans épisiotomie. Or, nos résultats retrouvent que l'augmentation des DPS est plus importante au cours du temps si aucune épisiotomie n'est réalisée. Cette augmentation n'est pas visible dans le groupe d'extraction instrumentale réalisée avec une épisiotomie.

De plus, nous avons aujourd'hui 5 ans de recul depuis la mise en place du recueil, faisant penser que le personnel est maintenant sensibilisé à la recherche des DPS. Mais, nous constatons que leur nombre continue d'augmenter chaque année.

Ainsi, l'augmentation des DPS n'est pas seulement l'effet d'une meilleure reconnaissance des lésions dans notre étude mais est associée à d'autres facteurs à prendre en compte afin de faire diminuer leur taux dans notre service.

#### *b) L'évolution de l'épisiotomie*

Suite aux RPC de 2005, le taux d'épisiotomie a considérablement diminué dans notre service. L'application de ces nouvelles recommandations a concerné l'ensemble des accouchements. Nous retrouvons une diminution importante du nombre d'épisiotomies pour les accouchements par voie vaginale comme pour les accouchements avec une extraction instrumentale. Cela signifie que l'ensemble du personnel, aussi bien sage-femme que médecin, a été sensibilisé à cette modification de pratiques. Ainsi la pratique de l'épisiotomie restrictive a été assez vite mise en place avec une décroissance rapide du taux d'épisiotomie à la suite de 2005. Durant les dernières années de notre étude, nous retrouvons un taux épisiotomie plus stable dans l'ensemble des accouchements. Cela signifie que dans certaines situations, l'épisiotomie a toujours une place. Savoir comment les praticiens identifient les femmes qui nécessitent une épisiotomie est difficile à évaluer. Et savoir si notre évaluation est correcte est nécessaire dans le but de faire diminuer le taux de DPS. Nous faisons l'hypothèse que le taux d'épisiotomie diminue surtout au profit des femmes présentant un faible risque de DPS. Pour répondre à cette question, nous nous sommes intéressés à l'évaluation des facteurs de risque afin de déterminer si les femmes à haut risque de DPS sont correctement identifiées.

*c) L'évolution des facteurs de risques de DPS*

L'identification des facteurs de risque de DPS est importante pour décider de la conduite à tenir à l'accouchement. Mais il faut s'intéresser à leur identification afin de savoir si nous reconnaissons les femmes à haut risque. Pour cela, nous avons identifié les femmes qui ont eu une épisiotomie et celles sans épisiotomie. Dans ces deux groupes, nous avons relevé les principaux facteurs de risque de DPS à savoir la parité, le poids des nouveaux nés et le type d'extraction instrumentale.

En comparant le groupe de patientes ayant eu une épisiotomie et celui sans épisiotomie, nous retrouvons que les patientes qui ont eu une épisiotomie présentent souvent d'autres facteurs de risque de DPS en plus de l'extraction instrumentale. Elles ont une utilisation plus fréquente du forceps, plus de patientes sont primipares et les nouveaux nés sont plus gros dans cette population. Ce sont donc les patientes avec le plus de facteurs de risque qui ont une épisiotomie. Cela signifie que nous identifions correctement les femmes à haut risque de DPS et que les épisiotomies qui sont réalisées sont réservées à cette population.

Ce groupe, présente moins de DPS malgré la présence de plus de facteurs de risque que le groupe sans épisiotomie.

Ainsi, le problème se pose de l'augmentation des DPS chez les femmes considérées à risque de DPS plus faible.

#### *d) Evolution de l'extraction instrumentale*

Bien que le taux d'accouchements avec extraction instrumentale soit stable au cours du temps, nous retrouvons une modification des pratiques dans le choix de l'instrument. Les cinq dernières années de notre étude sont marquées par une utilisation plus importante de la ventouse obstétricale. Les praticiens ont donc modifié leur pratique en utilisant d'avantage la ventouse obstétricale et en formant plus les internes à cette technique. Cet instrument pourtant moins pourvoyeur de DPS ne permet pas à lui seul de faire baisser notre taux de DPS.

#### *e) Autres modifications non mesurables*

Il est important de notifier d'autres modifications dont les effets ne sont pas mesurables dans cette étude. Nous retrouvons que notre population est homogène dans le temps pour les caractéristiques d'âge, de BMI, de parité et de poids des nouveaux nés. Mais d'autres caractéristiques n'ont pas été analysées par année comme les origines géographiques, l'exposition à des toxiques, le niveau socio-économique.

Certaines particularités techniques comme le type précis d'instrument (ventouses ou forceps), l'évolution du taux d'anesthésie et l'utilisation de produits anesthésiques (type et posologie) ne sont pas mesurables dans cette étude.

De plus, nous ne disposons pas de certaines données concernant l'accouchement. Il s'agit surtout de l'indication de l'épisiotomie qui n'était pas relevée dans notre étude. L'appréciation d'un périnée tonique, friable est une notion subjective qui est évaluée par l'opérateur mais n'est pas mesurable. A noter également que l'expérience de chaque praticien, le critère d'urgence à la réalisation d'une extraction instrumentale, une distance ano-vulvaire courte ou la coopération de la parturiente sont des notions importantes et non analysables qui peuvent interférer sur le risque de DPS.

Ainsi, l'ensemble de ces modifications de pratiques, de techniques ou de population est à prendre en compte dans l'interprétation de nos résultats. Bien que pouvant réaliser des biais dans notre étude, nous pouvons suggérer qu'elles n'expliquent peut être pas à elles seules l'augmentation des DPS.

### **C) Interprétation**

#### *1) Les DPS*

Notre étude retrouve un taux de DPS de 7,38% en cas d'une extraction instrumentale. Ce taux est comparable à celui de la littérature (27,36) et a augmenté de façon significative dans notre population sur la période étudiée.

Il est important de différencier également l'incidence des DPS en fonction de la parité. Les DPS chez les femmes primipares sont beaucoup plus fréquentes que chez les femmes multipares et varient selon les études de 2,2% à 15,3% (27,40). Dans notre étude, comportant 80 % de nullipares, le taux de DPS est de 9,2% dans ce groupe.

Cette augmentation importante des DPS est également retrouvée dans la littérature mais celle-ci est différente en fonction des pays (25,33,36). Gurol *et al* décrivait que le taux de DPS a triplé au Royaume Uni depuis 10 ans (33). A l'identique, Räsänen *et al* retrouvait une augmentation de plus de 15% des DPS lors des extractions instrumentales sur une période de 10 ans (25). Ils concluaient que cette augmentation pourrait être liée à deux hypothèses, la première est la question de la protection périnéale par la réalisation d'une épisiotomie médio-latérale dont nous discuterons dans un second temps. La deuxième hypothèse pourrait être la modification des pratiques de l'accouchement qui comme dans notre étude est difficilement mesurable et pourrait jouer un plus important dans ces pays sur l'augmentation des DPS.

Tout d'abord, l'analyse de la littérature retrouve que l'échographie périnéale ou endo-anale permettrait de faire le bilan des lésions périnéales (41). Et ainsi, une détection de plus de 50% de lésions occultes du sphincter anal, ceci augmentant l'incidence des DPS dans les pays où elle est réalisée (39,42).

De plus, il est décrit que certaines pratiques de l'accouchement ont évolué dans les pays nordiques ayant probablement un effet sur le risque de DPS. Ces modifications comme les positions d'accouchement, le maintien plus physiologique de la tête fœtale au moment de l'expulsion ont probablement un effet sur le risque de DPS (25,36).

La question de la gestion de la protection périnéale au moment du dégagement de la tête fœtale est posée par Laine *et al* qui retrouvent que d'établir un programme de formation sur la protection périnéale et de réaliser un enseignement uniforme des techniques de l'accouchement pourrait permettre de réduire les DPS de 50% (43,44). Laine *et al* ont étudié l'intérêt de ce programme dans une étude de cohorte comprenant 31709 accouchements par voie vaginale dont 907 compliqués d'une DPS. L'étude était réalisée sur deux périodes entre lesquelles les praticiens bénéficiaient de la formation. Ils retrouvaient une diminution de l'incidence des DPS de 4% à 1,9% avec la formation. De même Hirsch *et al* (38) ont mis en place des recommandations de bonne pratique pour la protection périnéale permettant de faire baisser le taux de DPS de 37% dans leur étude.

A noter également que la prévalence des DPS peut être liée également à une différence de reconnaissance clinique selon l'expérience de l'accoucheur. Andrew *et al*, rapportaient que 87% des sages femmes n'avaient pas fait le diagnostic de DPS contre 24% des médecins dans leur étude (45).

Ainsi, la modification des pratiques obstétricales interfère de façon importante sur l'incidence des DPS. Les programmes de formation à la protection périnéale ou à la technique d'accouchement sont donc à encourager.

## 2) les facteurs de risque de DPS

Nos résultats montrent qu'il y a plus de DPS lors des extractions par forceps (120 DPS lors de forceps contre 40 DPS avec la ventouse). Nous n'avons pas pu conclure quant à l'utilisation des spatules car leur nombre est limité. Comme dans la littérature, l'extraction par forceps est plus pourvoyeuse de DPS que la ventouse obstétricale (12,13). Dans notre étude, l'utilisation de la ventouse est à privilégier dès que possible comme le montrent certains articles (38). De nombreux pays, en effet, n'utilisent que très peu l'extraction instrumentale par forceps (34,46).

Concernant les autres facteurs de risque de DPS, notre étude est concordante avec d'autres récentes sur le sujet (47–51). Nous avons pu noter en analyse univariée que l'origine géographique et l'âge gestationnel sont des facteurs aggravants des DPS. La multiparité et l'analgésie sont quant à eux des facteurs protecteurs.

En analyse multivariée, les caractéristiques suivantes : la parité, le type d'extraction instrumentale et le poids des nouveaux nés sont des facteurs indépendants des DPS.

Certaines caractéristiques sont des facteurs protecteurs ou aggravants selon les études comme l'âge maternel, le BMI ou la durée des efforts expulsifs. Ils ne sont pas retrouvés comme étant des facteurs de risque dans notre étude.

Ainsi dans notre étude, l'origine asiatique est un facteur de risque, comme elle a été décrite par Coombs *et al* (50). Ceci est lié probablement à l'élasticité des tissus qui est différente dans cette population. L'âge maternel ne semblerait pas lui être un facteur de risque comme le décrivaient Dahl *et al* en 2006 (52,53). Dans notre étude, nous ne retrouvons également pas d'effet de l'âge maternel sur le risque de DPS.

L'analgésie surtout par péridurale dans notre étude comme dans celle de Jangö *et al* est un facteur protecteur (47).

La prise en compte des facteurs de risque peut permettre à l'obstétricien d'essayer au mieux d'appréhender le risque de DPS. Les facteurs de risque sont pour la plupart non modifiables comme l'ethnie, le poids fœtal ou la primiparité, mais le type d'extraction peut être adapté en fonction du risque.

### 3) L'épisiotomie

L'épisiotomie n'est pas une intervention dépourvue de risque. Les complications à court terme sont l'infection périnéale, l'hémorragie du postpartum et la douleur périnéale (29,30,54). Mais les conséquences de l'épisiotomie restent inférieures à celles des DPS avec des séquelles à plus long terme surtout sur la continence anale (11).

En analyse univariée, l'absence d'épisiotomie est un facteur aggravant de DPS dans notre étude avec un OR à 2,6 IC à 95% [1,8-3,9].

La réalisation d'une analyse multivariée en prenant en compte la parité, l'épisiotomie, le type d'extraction et le poids du nouveau-né retrouve qu'il y a 3 fois plus de risque d'avoir une DPS si aucune épisiotomie n'est réalisée. Nos résultats sont plutôt en faveur d'un rôle protecteur de l'épisiotomie lors d'une extraction instrumentale chez les femmes à risque.

Ces résultats doivent être interprétés avec prudence. Un certain nombre d'études ont constaté un conflit dans la relation entre l'épisiotomie et les DPS lors d'une extraction instrumentale. (26–28,32,34,38,47,55) En fonction des études, le rôle de l'épisiotomie varie entre la protection, l'aggravation ou l'absence d'effet sur le risque de DPS, les données sont représentées dans le Tableau 8.

<b>Auteurs</b>	<b>Date</b>	<b>Résultats</b>
<b>Combs</b>	<b>1990</b>	2832 extractions par ventouse et forceps DPS de type 3 et 4 dans 30 % des extractions Majorité d'épisiotomies médianes Diminution du risque de DPS quand réalisation épisiotomie médio-latérale
<b>Robinson</b>	<b>1999</b>	Inclusion de 323 extractions Episiotomie médiane Utilisation du forceps et de l'épisiotomie augmente le risque de DPS Utilisation ventouse et de l'épisiotomie augmente le risque de DPS
<b>Bodner</b>	<b>2003</b>	Inclusion de 87 femmes 64% épisiotomies medio-latérales et 36% épisiotomies médianes Diminution du risque de DPS quand épisiotomie médio-latérale
<b>Youssef</b>	<b>2005</b>	Inclusion de 2153 extractions instrumentales, 619 ventouses, 1534 forceps 89% épisiotomies lors des extractions Episiotomie est un facteur aggravant OR 2,92 IC 95% [0,07- 0,14]
<b>Hudelist</b>	<b>2005</b>	Inclusion de 333 extractions Fréquence des DPS de 4,2% Augmentation des DPS quand forceps et épisiotomie OR 5,62 IC 95% [2,16-14,62]
<b>Akee</b>	<b>2006</b>	Inclusion de 9178 femmes Incidence des DPS 1,0% L'épisiotomie est un facteur protecteur 0,37 IC 95% [0,20-0,70]
<b>Kudich</b>	<b>2006</b>	Les extractions instrumentales associées à l'épisiotomie augmentent le risque de DPS OR 4,5 IC 95% [3,7-5,5] chez la primipare et multipare Episiotomie médiane
<b>Fitzgerald</b>	<b>2007</b>	Inclusion de 797 primipares, 407 avec DPS Episiotomie médiane L'association forceps et épisiotomie augmente le risque de DPS OR 25,3
<b>Macleod</b>	<b>2008</b>	Inclusion de 1360 femmes Pas de différence significative si épisiotomie ou sans épisiotomie sur le risque de DPS lors d'une extraction OR 1,11 IC 95% [0,66-1,87] L'épisiotomie augmente les risques d'hémorragie du post-partum et l'infection périnéale
<b>Murphy</b>	<b>2008</b>	Etude randomisée, inclusion 317 extractions, 200 patientes randomisées 99 avec épisiotomie libérale, 101 avec épisiotomie restrictive Différence non significative pour DPS Manque de puissance pour conclure

<b>De Leeuw</b>	<b>2008</b>	Inclusion de 21254 extractions par ventouse et 7478 extractions par forceps Épisiotomie médio-latérale protège des DPS OR 0,11 IC 95% [0,09-0,13] pour ventouse et OR 0,08 IC 95% [0,07-0,11] pour forceps 12 épisiotomies sont nécessaires pour prévenir 1 DPS lors extraction par ventouse 5 épisiotomies sont nécessaires pour prévenir 1 DPS lors extraction par forceps 78,9% épisiotomies avec ventouse et 90% avec forceps
<b>Räisänen</b>	<b>2009</b>	909 épisiotomies sont nécessaires pour prévenir 1 DPS quand accouchement spontané 63 épisiotomies sont nécessaires pour prévenir 1 DPS quand extraction par ventouse Épisiotomie réalisée dans 63,5% des cas
<b>Revicky</b>	<b>2010</b>	Inclusion 10314 femmes Absence d'épisiotomie est un facteur de risque OR 1,4 IC 95% [1,21-1,98]
<b>De Vogel</b>	<b>2012</b>	Inclusion 2861 femmes, fréquence des DPS de 5,7% Patientes avec épisiotomie médio-latérale ont un risque diminué de DPS OR 0,17 IC 95% [0,12-0,24] Peu de forceps Risque diminué par 6 8 épisiotomies sont nécessaires pour prévenir 1 cas de DPS quand ventouse
<b>Laine</b>	<b>2012</b>	Épisiotomie est un facteur protecteur pour les primipares quand extraction instrumentale
<b>Guroi</b>	<b>2013</b>	Inclusion de 1035253 primipares Etude épidémiologique Augmentation des DPS de 1,8% (2000) à 5,9% (2010) Taux épisiotomie entre 30 et 38% Augmentation DPS quand âge > 25 ans, extraction instrumentale surtout sans épisiotomie
<b>Jangö</b>	<b>2014</b>	Inclusion 214256 primipares, 6,5% de DPS Peu de forceps, 28,7% épisiotomies Effet protecteur de l'épisiotomie quand extraction par ventouse OR 0,60 IC 95% [0,56-0,65] 23 épisiotomies sont nécessaires pour prévenir 1 DPS ventouse

**Tableau 8** : Revue de la littérature, effet de l'épisiotomie sur le risque de DPS lors des extractions instrumentales

L'analyse de la littérature retrouve ainsi que le risque de DPS est augmenté si il y a réalisation d'une épisiotomie lors de l'extraction (12,25–30). Ces études ont néanmoins été réalisées avec de faibles effectifs (12,31) et certaines n'avaient pas de groupe contrôle (12).

D'autres auteurs suggèrent quant à eux que l'épisiotomie pourrait être un facteur protecteur de DPS lors d'une extraction instrumentale (32–34). De Leeuw *et al*, par exemple, en 2008, dans une étude sur près de 33 000 extractions instrumentales, affirmait ainsi que l'épisiotomie médio-latérale réduirait le risque de déchirure périnéale du troisième degré lors des extractions instrumentales avec un OR à 0,11 IC à 95% [0,09–0,13] pour les extractions par ventouse et à OR 0,08 IC à 95% [0,07–0,11] pour les extractions par forceps (32).

A noter qu'une épisiotomie était réalisée de façon systématique lors de leurs extractions instrumentales avec des taux de 79,6% pour les extractions par ventouse et de 90,1% lors des extractions par forceps. Ceci, comme le décrit Riethmuller, ne permettait pas la comparaison avec les autres études (35).

De Vogel *et al* ont montré que l'incidence des DPS était plus faible lorsqu'une épisiotomie médio-latérale est réalisée au moment de l'extraction instrumentale. A l'identique de notre étude, les autres facteurs de risque de DPS sont surreprésentés dans le groupe de femmes ayant eu une épisiotomie par rapport au groupe sans épisiotomie., ceci créant un biais de sélection dans son étude comme dans la nôtre (34).

De plus, en fonction de la parité, le rôle de l'épisiotomie peut varier. Comme le décrivent Räsänen *et al*, le rôle protecteur de l'épisiotomie est retrouvé chez les primipares dans ces études mais pas chez les multipares (56,57).

Un des points importants à souligner est que la méthode et la technique de réalisation de l'épisiotomie n'est pas la même en fonction des études (36).

Aux Etats Unis, l'épisiotomie était médiane, technique qui est aujourd'hui unanimement reconnue comme étant un facteur de risque important de DPS et retrouvée dans la littérature, ne permettant donc pas la comparaison (12,26,28). Par ailleurs, la technique de l'épisiotomie latérale est celle utilisée en Finlande où le taux de DPS est le plus bas, mais s'agissant du seul pays à l'utiliser nous n'avons pas de moyen de comparaison.

Concernant l'épisiotomie médio-latérale, Eogan *et al* ont calculé que le risque de DPS diminuerait de 50% par 6,3 degré d'angle d'incision (58). Ces auteurs montraient le problème que 2/3 des épisiotomies dites médio-latérales ne sont pas faites de la même façon et que l'incision doit être entre 40 et 60 degrés de la ligne médiane. Si celles-ci sont trop proches de la ligne médiane elles peuvent favoriser les DPS. L'homogénéisation des pratiques est donc indispensable pour permettre la comparaison de nos études.

Dans notre population, nous avons retrouvé qu'il faudrait 11 épisiotomies pour prévenir 1 cas de DPS lors d'une extraction par forceps et 22 pour la ventouse obstétricale.

Pour la ventouse obstétricale, De Vogel *et al* trouvaient qu'il faudrait 8 épisiotomies pour prévenir un cas de DPS, Jangö *et al* 23 épisiotomies, De Leeuw *et al* 20 épisiotomies et Räisänen *et al* 66 épisiotomies (32,34,46,59). A noter que le taux d'épisiotomie était différent dans chaque population, variant de 15 à 80% en fonction des études. Il est donc possible et plausible que le taux d'épisiotomie, la technique et les différentes indications du geste influencent le risque de DPS lors d'une extraction instrumentale et donc affecte le nombre de sujets nécessaires à traiter.

Cette grande variabilité dans la littérature s'explique donc par les différences d'incidence, de pratiques obstétricales et de techniques d'épisiotomie, créant de nombreux biais.

Comme le décrivent Räsänen et Laine, l'association entre l'épisiotomie et les DPS est modifiée par le taux d'épisiotomie (56,59). Celui-ci est un facteur de confusion car il n'est pas mesuré dans les études rétrospectives en fonction de l'indication de l'épisiotomie. La confusion peut se produire chaque fois que l'indication d'une épisiotomie est posée pour réduire le risque de DPS. Ainsi, l'épisiotomie est plus souvent utilisée quand il y a un haut risque de DPS et la probabilité de confusion augmente si il y a une différence dans les groupes avec ou sans épisiotomie dans les études rétrospectives.

Pour essayer d'évaluer l'indépendance de l'association entre l'épisiotomie et le risque de DPS, les auteurs ont donc utilisés à la place des régressions linéaires classiques, une cohorte avec appariement. Ils ont apparié les femmes avec et sans épisiotomie en fonction de leur risque d'avoir une DPS. Ces auteurs, comme dans notre étude retrouvent un effet protecteur de l'épisiotomie lors d'une extraction instrumentale, surtout chez les femmes à haut risque de DPS, principalement chez la primipare (34,54,56,60).

Ils concluaient que l'épisiotomie restrictive est préconisée chez les femmes à faible risque de DPS, mais chez celles à haut risque la réalisation d'une épisiotomie doit être plus libérale.

Pour pouvoir conclure, il serait nécessaire de réaliser une étude randomisée. Macleod *et al* en 2008 décrivent cette randomisation comme un "challenge" en raison des difficultés éthique, de la faisabilité du recrutement, de la généralisation des pratiques mais aussi du critère d'urgence que peut parfois nécessiter un accouchement par extraction instrumentale (54). Le problème de la randomisation que nous soulevons est également celui de l'obtention du consentement. Pour obtenir le consentement d'une patiente, il faut lui fournir une information claire et loyale qui ne peut se réaliser au moment de l'accouchement.

Il faudrait alors réaliser cette information pendant la grossesse, ne sachant pas si la femme sera confrontée à la problématique lors de l'accouchement.

Murphy *et al* en 2008, ont réalisé une étude randomisée de faible effectif comparant l'épisiotomie médio-latérale restrictive versus libérale sur le risque de DPS lors d'une extraction instrumentale (31). Ils n'ont pas montré que l'utilisation libérale soit associée à une différence significative sur le taux de DPS. A noter qu'il est réalisé 17% d'épisiotomies avec la ventouse et 64% d'épisiotomies avec les forceps dans le groupe épisiotomie restrictive. Cela reflète encore les nombreuses difficultés dont il faut s'affranchir pour répondre à la question du facteur protecteur de l'épisiotomie. Cette première étude pilote ne retrouvait pas de preuve concluante et il est nécessaire de réaliser une étude à plus grande échelle avec une homogénéisation des pratiques.

Il serait alors intéressant d'identifier des facteurs de risques et construire un score prédictif à évaluer en prospectif afin d'identifier les femmes à risque de DPS qui nécessitent la réalisation d'une épisiotomie.

## V) CONCLUSION

L'épisiotomie médio-latérale semble avoir un effet protecteur sur le risque de DPS lors d'une extraction instrumentale. Une politique plus libérale de l'épisiotomie doit être utilisée lors des extractions instrumentales chez les patientes à haut risque de DPS.

Ces résultats sont à interpréter avec prudence en raison de la modification des pratiques, en particulier une meilleure reconnaissance des DPS, notamment du 3<sup>e</sup> degré.

Une homogénéisation des pratiques de l'accouchement en particulier de la gestion de la protection périnéale au moment de l'expulsion et de la technique de réalisation de l'épisiotomie sont à encourager.

Pour affirmer définitivement le rôle protecteur de l'épisiotomie sur le risque de DPS, il est nécessaire d'effectuer d'autres études.

## REFERENCES

1. RCOG. The management of third and fourth degree perineal tears. Green top Guideline N° 29. Juin 2015.
2. De Leeuw JW, Vierhout ME, Struijk PC, Hop WC, Wallenburg HC. Anal sphincter damage after vaginal delivery: functional outcome and risk factors for fecal incontinence. *Acta Obstet Gynecol Scand.* 2001;80:830–4.
3. Spydslaug A, Trogstad LIS, Skrondal A, Eskild A. Recurrent risk of anal sphincter laceration among women with vaginal deliveries. *Obstet Gynecol.* 2005 ;105:307–13.
4. Richter HE, Brumfield CG, Cliver SP, Burgio KL, Neely CL, Varner RE. Risk factors associated with anal sphincter tear: a comparison of primiparous patients, vaginal births after cesarean deliveries, and patients with previous vaginal delivery. *Am J Obstet Gynecol.* 2002 Nov;187(5):1194–8.
5. Lowder JL, Burrows LJ, Krohn MA, Weber AM. Risk factors for primary and subsequent anal sphincter lacerations: a comparison of cohorts by parity and prior mode of delivery. *Am J Obstet Gynecol.* 2007 Apr;196(4):344.e1–5.
6. Peleg D, Kennedy CM, Merrill D, Zlatnik FJ. Risk of repetition of a severe perineal laceration. *Obstet Gynecol.* 1999 Jun;93(6):1021–4.
7. Elfaghi I, Johansson-Ernste B, Rydhstroem H. Rupture of the sphincter ani: the recurrence rate in second delivery. *BJOG Int J Obstet Gynaecol.* 2004 Dec;111(12):1361–4.
8. Handa VL, Danielsen BH, Gilbert WM. Obstetric anal sphincter lacerations. *Obstet Gynecol.* 2001 Aug;98(2):225–30.
9. Sultan AH, Kamm MA, Hudson CN, Bartram CI. Third degree obstetric anal sphincter tears: risk factors and outcome of primary repair. *BMJ.* 1994 Apr 2;308(6933):887–91.

10. Wegnelius G, Hammarström M. Complete rupture of anal sphincter in primiparas: long-term effects and subsequent delivery. *Acta Obstet Gynecol Scand.* 2011 Mar;90(3):258–63.
11. Fornell EU, Matthiesen L, Sjö Dahl R, Berg G. Obstetric anal sphincter injury ten years after: subjective and objective long term effects. *BJOG Int J Obstet Gynaecol.* 2005 Mar;112(3):312–6.
12. Fitzgerald MP, Weber AM, Howden N, Cundiff GW, Brown MB, Pelvic Floor Disorders Network. Risk factors for anal sphincter tear during vaginal delivery. *Obstet Gynecol.* 2007 Jan;109(1):29–34.
13. Johanson RB, Menon BK. Vacuum extraction versus forceps for assisted vaginal delivery. *Cochrane Database Syst Rev.* 2000;(2):CD000224.
14. de Leeuw JW, Struijk PC, Vierhout ME, Wallenburg HC. Risk factors for third degree perineal ruptures during delivery. *BJOG Int J Obstet Gynaecol.* 2001 Apr;108(4):383–7.
15. Blondel B, Alexander S, Bjarnadóttir RI, Gissler M, Langhoff-Roos J, Novak-Antolič Ž, et al. Variations in rates of severe perineal tears and episiotomies in 20 European countries: a study based on routine national data in Euro-Peristat Project. *Acta Obstet Gynecol Scand.* 2016 Mar 9.
16. Clesse C, Lighezzolo-Alnot J, Hamlin S, De Lavergne S, Scheffler M. La pratique de l'épisiotomie en France 10 ans après les recommandations du CNGOF : quel état des lieux ? *Gynécologie Obstétrique Fertil March* 2016.
17. Harrison RF, Brennan M, North PM, Reed JV, Wickham EA. Is routine episiotomy necessary? *Br Med J Clin Res Ed.* 1984 Jun 30;288(6435):1971–5.
18. Sleep J, Grant A, Garcia J, Elbourne D, Spencer J, Chalmers I. West Berkshire perineal management trial. *Br Med J Clin Res Ed.* 1984 Sep 8;289(6445):587–90.
19. CNGOF. Recommandations pour la Pratique Clinique, Episiotomie. 2005.

20. Eckman A, Ramanah R, Gannard E, Clement MC, Collet G, Courtois L, et al. Evaluating a policy of restrictive episiotomy before and after practice guidelines by the French College of Obstetricians and Gynecologists. *J Gynécologie Obstétrique Biol Reprod.* 2010 Feb;39(1):37–42.
21. Carroli G, Belizan J. Episiotomy for vaginal birth. *Cochrane Database Syst Rev.* 2000;(2):CD000081.
22. Carroli G, Mignini L. Episiotomy for vaginal birth. In: *Cochrane Database of Systematic Reviews.* John Wiley & Sons, Ltd; 2016 Mar 20.
23. Hartmann K, Viswanathan M, Palmieri R, Gartlehner G, Thorp J, Lohr KN. Outcomes of routine episiotomy: a systematic review. *JAMA.* 2005 May 4;293(17):2141–8.
24. CNGOF. *Recommandations pour la Pratique Clinique, Extractions Instrumentales.* 2015.
25. Räisänen S, Vehviläinen-Julkunen K, Gissler M, Heinonen S. The increased incidence of obstetric anal sphincter rupture--an emerging trend in Finland. *Prev Med.* 2009 Dec;49(6):535–40.
26. Kudish B, Blackwell S, Mcneeley SG, Bujold E, Kruger M, Hendrix SL, et al. Operative vaginal delivery and midline episiotomy: A bad combination for the perineum. *Am J Obstet Gynecol.* 2006 Sep;195(3):749–54.
27. Hudelist G, Gelle'n J, Singer C, Ruecklinger E, Czerwenka K, Kandolf O, et al. Factors predicting severe perineal trauma during childbirth: Role of forceps delivery routinely combined with mediolateral episiotomy. *Am J Obstet Gynecol.* 2005 Mar;192(3):875–81.
28. Robinson JN, Norwitz ER, Cohen AP, McElrath TF, Lieberman ES. Episiotomy, operative vaginal delivery, and significant perineal trauma in nulliparous women. *Am J Obstet Gynecol.* 1999 Nov;181(5):1180–4.

29. Youssef refaat. Cohort study of maternal et neonatal morbidity in relation to use of episiotomy at instrumental vaginal delivery. 2005 Jul;941–5.
30. Bodner-Adler B. Management of the perineum during forceps delivery. Association of episiotomy with the frequency and severity of perineal trauma in women undergoing forceps delivery. 2003 Apr;239–42.
31. Murphy DJ, Macleod M, Bahl R, Goyder K, Howarth L, Strachan B. A randomised controlled trial of routine versus restrictive use of episiotomy at operative vaginal delivery: a multicentre pilot study. *BJOG Int J Obstet Gynaecol.* 2008 Dec;115(13):1695–702; discussion 1702–3.
32. De Leeuw JW, de Wit C, Kuijken JPJA, Bruinse HW. Mediolateral episiotomy reduces the risk for anal sphincter injury during operative vaginal delivery. *BJOG Int J Obstet Gynaecol.* 2008 Jan;115(1):104–8.
33. Gurol-Urganci I, Cromwell DA, Edozien LC, Mahmood TA, Adams EJ, Richmond DH, et al. Third- and fourth-degree perineal tears among primiparous women in England between 2000 and 2012: time trends and risk factors. *BJOG Int J Obstet Gynaecol.* 2013 Nov;120(12):1516–25.
34. De Vogel J, van der Leeuw-van Beek A, Gietelink D, Vujkovic M, de Leeuw JW, van Bavel J, et al. The effect of a mediolateral episiotomy during operative vaginal delivery on the risk of developing obstetrical anal sphincter injuries. *Am J Obstet Gynecol.* 2012 May;206(5):404.e1–404.e5.
35. Riethmuller D. L'épisiotomie et l'extraction instrumentale: la fin des recommandations du Collège National des Gynécologues Obstétriciens Français. *J Gynécologie Obstétrique Biol Reprod.* 2009 Feb;38(1):9–10.
36. Laine K, Gissler M, Pirhonen J. Changing incidence of anal sphincter tears in four Nordic countries through the last decades. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* 2009 Sep;146(1):71–5.

37. Williams A, Adams EJ, Bolderson J, Tincello DG, Richmond DH. Effect of a new guideline on outcome following third-degree perineal tears: results of a 3-year audit. *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct.* 2003 Dec;14(6):385–9.
38. Hirsch E, Haney EI, Gordon TEJ, Silver RK. Reducing high-order perineal laceration during operative vaginal delivery. *Am J Obstet Gynecol.* 2008 Jun;198(6):668.e1–668.e5.
39. Oberwalder M, Connor J, Wexner SD. Meta-analysis to determine the incidence of obstetric anal sphincter damage. *Br J Surg.* 2003 Nov;90(11):1333–7.
40. Frankman EA, Wang L, Bunker CH, Lowder JL. Episiotomy in the United States: has anything changed? *Am J Obstet Gynecol.* 2009 May;200(5):573.e1–7.
41. Walsh KA, Grivell RM. Use of endoanal ultrasound for reducing the risk of complications related to anal sphincter injury after vaginal birth. *Cochrane Database Syst Rev.* 2015;(10):CD010826.
42. Karmarkar R, Bhide A, Digesu A, Khullar V, Fernando R. Mode of delivery after obstetric anal sphincter injury. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* 2015 Nov;194:7–10.
43. Laine K, Pirhonen T, Rolland R, Pirhonen J. Decreasing the incidence of anal sphincter tears during delivery. *Obstet Gynecol.* 2008 May;111(5):1053–7.
44. Laine K, Skjeldestad FE, Sandvik L, Staff AC. Incidence of obstetric anal sphincter injuries after training to protect the perineum: cohort study. *BMJ Open.* 2012;2(5).
45. Andrews V, Sultan AH, Thakar R, Jones PW. Risk factors for obstetric anal sphincter injury: a prospective study. *Birth Berkeley Calif.* 2006 Jun;33(2):117–22.
46. Jangö H, Langhoff-Roos J, Rosthøj S, Sakse A. Mode of delivery after obstetric anal sphincter injury and the risk of long-term anal incontinence. *Am J Obstet Gynecol.* 2016 Jun;214(6):733.e1–733.e13.

47. Jangö H, Langhoff-Roos J, Rosthøj S, Sakse A. Mode of Delivery after Obstetric Anal Sphincter Injury and the Risk of Long-term Anal Incontinence. *Am J Obstet Gynecol*. 2016 Jan 26.
48. Shmueli A, Gabbay Benziv R, Hirsch L, Ashwal E, Aviram R, Yogev Y, et al. Episiotomy - risk factors and outcomes. *J Matern-Fetal Neonatal Med Off J Eur Assoc Perinat Med Fed Asia Ocean Perinat Soc Int Soc Perinat Obstet*. 2016 Apr 19;1–6.
49. Villot A, Deffieux X, Demoulin G, Rivain A-L, Trichot C, Thubert T. [Management of third and fourth degree perineal tears: A systematic review]. *J Gynécologie Obstétrique Biol Reprod*. 2015 Nov;44(9):802–11.
50. Combs CA, Robertson PA, Laros RK. Risk factors for third-degree and fourth-degree perineal lacerations in forceps and vacuum deliveries. *Am J Obstet Gynecol*. 1990 Jul;163(1 Pt 1):100–4.
51. Revicky V, Nirmal D, Mukhopadhyay S, Morris EP, Nieto JJ. Could a mediolateral episiotomy prevent obstetric anal sphincter injury? *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*. 2010 Jun;150(2):142–6.
52. Dahl C, Kjølhede P. Obstetric anal sphincter rupture in older primiparous women: a case-control study. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 2006;85(10):1252–8.
53. Samarasekera DN, Bekhit MT, Preston JP, Speakman CTM. Risk factors for anal sphincter disruption during child birth. *Langenbecks Arch Surg Dtsch Ges Für Chir*. 2009 May;394(3):535–8.
54. Macleod M, Strachan B, Bahl R, Howarth L, Goyder K, Van de Venne M, et al. A prospective cohort study of maternal and neonatal morbidity in relation to use of episiotomy at operative vaginal delivery. *BJOG Int J Obstet Gynaecol*. 2008 Dec;115(13):1688–94.
55. Ecker JL, Tan WM, Bansal RK, Bishop JT, Kilpatrick SJ. Is there a benefit to episiotomy at operative vaginal delivery? Observations over ten years in a stable population. *Am J Obstet Gynecol*. 1997 Feb;176(2):411–4.

56. Räisänen S, Cartwright R, Gissler M, Kramer MR, Laine K, Jouhki M-R, et al. Changing associations of episiotomy and anal sphincter injury across risk strata: results of a population-based register study in Finland 2004-2011. *BMJ Open*. 2013;3(8):e003216.
57. Räisänen SH, Vehviläinen-Julkunen K, Gissler M, Heinonen S. Lateral episiotomy protects primiparous but not multiparous women from obstetric anal sphincter rupture. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 2009;88(12):1365–72.
58. Eogan M, Daly L, O’Connell PR, O’Herlihy C. Does the angle of episiotomy affect the incidence of anal sphincter injury? *BJOG Int J Obstet Gynaecol*. 2006 Feb;113(2):190–4.
59. Räisänen S, Selander T, Cartwright R, Gissler M, Kramer MR, Laine K, et al. The association of episiotomy with obstetric anal sphincter injury--a population based matched cohort study. *PloS One*. 2014;9(9):e107053.
60. Jangö H, Langhoff-Roos J, Rosthøj S, Sakse A. Modifiable risk factors of obstetric anal sphincter injury in primiparous women: a population-based cohort study. *Am J Obstet Gynecol*. 2014 Jan;210(1):59.e1–6.

## ANNEXES

### 1) Classification des DPS

Lésions	Classification Française	Classification Anglaise (RCOG)
Peau et muqueuse vaginale	Périnée superficiel	1 <sup>er</sup> degré
Peau, muqueuse vaginale et muscles périnéaux	Périnée simple	2 <sup>ème</sup> degré
Peau, muqueuse vaginale, muscles périnéaux et sphincter de l'anوس	<b>Périnée complet</b>	<b>3<sup>ème</sup> degré</b> - <b>III a: lésion inférieure à 50% des fibres du sphincter externe de l'anوس</b> - <b>IIIb: lésion supérieure à 50% des fibres du sphincter externe de l'anوس</b> - <b>IIIc: Lésion des sphincters externe et interne de l'anوس</b>
Peau, muqueuse vaginale, muscles périnéaux, sphincter de l'anوس et muqueuse rectale	<b>Périnée complet compliqué</b>	4 <sup>ème</sup> degré

## 2) Motifs d'extraction instrumentale dans la population des accouchées avec

### extraction instrumentale

<b>MOTIF PRINCIPAL</b>	<b>Nombre</b>	<b>fréquence</b>
Anomalie du pH < 7,20	27	1.15 %
Autre	27	1.15 %
Autre dystocie	2	0.08 %
Présentation face front	2	0.08 %
Fatigue maternelle pendant le travail	24	1.02 %
Fœtus macrosome	3	0.09 %
Non progression de la présentation	1203	51.04 %
RCF pathologique	713	30.25 %
RCF pathologique et liquide teinté	99	4.20 %
Rotation incomplète de la tête (OIDP, OT, OS)	157	6.66 %
Souffrance fœtale aiguë (ECG fœtal)	1	0.04 %
Présentation Transverse oblique	1	0.04 %
Trouble du RCF (autre que hypoxie)	14	0.59 %
manquantes	83	3.52 %
<b>MOTIF ASSOCIE</b>	<b>Nombre</b>	<b>fréquence</b>
Anomalie du pH < 7,20	10	0.42 %
Autre	31	1.32 %
Fatigue maternelle pendant le travail	72	3.05 %
Fœtus macrosome	1	0.04 %
Non progression de la présentation	208	8.82 %
RCF pathologique	114	4.84 %
RCF pathologique et liquide teinté	21	0.89 %
Rotation incomplète de la tête (OIDP,OT,OS)	140	5.94 %
Trouble du RCF (autre que hypoxie)	3	0.13 %
manquantes	1756	74.50 %

### 3) Fiche de recueil des DPS dans le service de Gynécologie Obstétrique CHU de Poitiers

#### FICHE DE DECLARATION DE PERINEE COMPLET

**Date :** .....

Sage-femme : ..... Obstétricien : .....

Accouchement pratiqué par :

Sage-femme seule

ESF + sage-femme

ESF seul

Interne

Interne + sénior

Sénior

Accouchement salle n° : .....

**PARITE :** ..... **GESTITE :** ..... **BMI :** ..... **TERME :** .....

**PERINEE CICATRICIEL :** ..... **OUI, quoi ?** ..... **NON**

**POSITION DE LA PATIENTE :**

Décubitus latéral gauche :  4 pattes  Gynécologique

Position gynécologique :  Hyperflexion  pas en hyperflexion

**PATIENTE AGITEE :**  Oui  NON

EVA juste avant EE

**ANESTHESIE PERIDURALE :**  Oui  NON

**ANESTHESIE PAR BLOC DES NERFS HONTEUX :**  Oui  NON

**DUREE DE LA 2<sup>ème</sup> PARTIE DU TRAVAIL**

DUREE DES EFFORTS EXPULSIFS

SCORE DE MELCHIOR :      0      1      2      3      4

**EXTRACTION INSTRUMENTALE :**  Oui  NON

TYPE ? : ..... INDICATION ? : .....

**PRESENTATION TETE FCETALE :**  OP       OS       AUTRE

MANŒUVRE DE RITGER (accrochage du menton)

**EPISIOTOMIE :**  Oui  NON

**SURVENUE DE LA DECHIRURE :**

Dégagement de la tête

Dégagement des épaules

**TYPE DE DECHIRURE :**  Périnée complet  Périnée complet compliqué

**POIDS BEBE :** ..... **PERCENTILE :** ..... **APGAR :** .....

## SERMENT D'HIPPOCRATE



En présence des Maîtres de cette école, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque !



## **RESUME**

### **Introduction**

Les déchirures périnéales sévères (DPS) lors d'un accouchement par voie vaginale peuvent être responsables d'une incontinence anale dans le postpartum. Le taux de DPS a augmenté de manière significative dans de nombreux pays européens ces dernières années. L'extraction instrumentale est l'un des principaux facteurs de risque de DPS. Il existe un conflit dans la littérature sur le fait que l'épisiotomie pourrait prévenir l'apparition des DPS lors d'une extraction instrumentale. Dans notre établissement, l'épisiotomie est réalisée de façon restrictive. L'objectif de cette étude est d'évaluer si l'épisiotomie est un facteur protecteur des DPS lors des extractions instrumentales. L'objectif secondaire est d'analyser la fréquence des DPS au cours du temps dans notre établissement ainsi que l'influence des autres facteurs de risque de DPS chez les femmes dans ce contexte.

### **Matériel et Méthode**

Une étude rétrospective a été réalisée sur 11 ans (2005-2015). Les caractéristiques maternelles, fœtales et de l'accouchement ont été relevées sur l'ensemble des accouchements de plus de 34 semaines d'aménorrhée avec une grossesse monofoetale et une présentation céphalique sur cette période. Sur les 19918 accouchements voie basse répondants aux critères d'inclusion, nous avons identifié 2357 accouchements avec extraction instrumentale. Les données ont été analysées selon un modèle de régression logistique.

### **Résultats**

En cas d'extraction instrumentale, le taux de DPS était de 7,4% (1,3% pour l'accouchement vaginal sans extraction). Les facteurs de risque de DPS étaient la primiparité, le poids de naissance des nouveau-nés supérieur à 4000g, l'absence d'épisiotomie, et l'extraction instrumentale. Pendant la période de 2005 à 2015, nous avons observé une diminution de 80% à 20% du taux d'épisiotomie en cas d'extraction instrumentale et une augmentation de 3% à 13% des DPS ( $p < 0,05$ ). En cas d'extraction instrumentale, le risque de DPS était augmenté lorsqu'aucune épisiotomie n'était réalisée OR 3,66 ; IC 95% [2,5-5,49], 22 épisiotomies étaient nécessaires pour prévenir un cas de DPS lors d'une extraction par ventouse et 11 épisiotomies lors d'une extraction par forceps.

### **Conclusion**

L'épisiotomie semble avoir un effet protecteur sur le risque de DPS lors d'une extraction instrumentale. Ces résultats sont à interpréter avec prudence en raison de la modification des pratiques, en particulier une meilleure reconnaissance des DPS.

**Mots clés :** Episiotomie – Extraction Instrumentale – Déchirures périnéales sévères

