

Université de Poitiers

UFR de médecine

Ecole de sages-femmes de Poitiers

Diplôme d'Etat de sages-femmes

**Revue de littérature concernant l'épisiotomie depuis
les recommandations pour la pratique clinique du
Collège National des Gynécologues et Obstétriciens de
France de 2005**

Mémoire présenté et soutenu par

Hélène Ricquebourg

Née à Saint-Paul, le 10 Décembre 1991

Directeur de mémoire : Pr FRITEL Xavier

Promotion 2011/2015

Université de Poitiers
UFR de médecine
Ecole de sages-femmes de Poitiers
Diplôme d'Etat de sages-femmes

**Revue de littérature concernant l'épisiotomie depuis
les recommandations pour la pratique clinique du
Collège National des Gynécologues et Obstétriciens
de France de 2005**

Mémoire présenté et soutenu par

Hélène Ricquebourg

Née à Saint-Paul, le 10 Décembre 1991

Directeur de mémoire : Pr FRITEL Xavier

Signature :

Remerciements

A Monsieur le Professeur FRITEL, maître de ce mémoire, pour son aide et sa disponibilité,

A Madame DEPARIS Julia, sage-femme enseignante, pour son écoute et son aide tout au long de cette année,

Aux membres de l'équipe pédagogique de l'école de sages-femmes de Poitiers pour leur disponibilité durant ces quatre années d'école,

A tous mes amis,

A Sophie,

A ma famille, ma belle famille pour leur présence et leur soutien,

A Matthieu, l'homme de ma vie pour tout son amour...

Liste des abréviations

AUDIPOG : Association des Utilisateurs de Dossiers Informatisés en Pédiatrie, Obstétrique et Gynécologie

ANAES : Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé, remplacée par la HAS en 2005.

CNGOF : Collège National des Gynécologues et Obstétriciens de France

DOM TOM : Département d'Outre Mer Territoire d'Outre Mer

HAS : Haute Autorité de Santé

RPC : Recommandation pour la pratique clinique

Sommaire

INTRODUCTION	10
1. L'épisiotomie à travers le temps	10
1.1. De l'invention de l'épisiotomie à sa systématisation	10
1.2. Remise en question de la pratique systématique de l'épisiotomie	11
1.3. Les recommandations du CNGOF	12
1.4. Un retour vers une pratique libérale ?	12
2. Présentation de l'étude	14
2.1. Objectifs de l'étude	14
2.2. Questions scientifiques	14
METHODE DE L'ETUDE	15
1. Méthode de recherche d'articles	15
2. Critères d'inclusion et d'exclusion	15
RESULTATS	16
1. Diagramme de flux	16
2. Faut-il pratiquer une politique libérale ou restrictive de l'épisiotomie ?	17
3. Existe-t-il des indications spécifiques à la pratique de l'épisiotomie ?	18
3.1. En cas de dystocie des épaules ?	18
3.2. Faut-il indiquer une pratique systématique de l'épisiotomie en cas d'extraction instrumentale ?	18
3.3. L'épisiotomie améliore-t-elle le pronostic néonatal ?	20

3.4. Le taux d'épisiotomie est-il plus élevé en cas de mutilation sexuelle ?	20
4. Techniques de l'épisiotomie	20
4.1. Comment anesthésier une épisiotomie ?	20
4.2. Quel est l'angle d'incision idéal de l'épisiotomie ?	21
4.3. Comment suturer une épisiotomie ?	24
5. Les complications immédiates et à long terme de l'épisiotomie	27
5.1. Les complications en salle de naissance	27
5.1.1. L'épisiotomie est-elle un facteur de risque de déchirures périnéales sévères ?	27
5.1.2. L'épisiotomie favorise-t-elle l'hémorragie du post-partum ?	28
5.2. Les complications dans le post-partum	29
5.2.1. L'épisiotomie favorise-t-elle l'apparition d'incontinence fécale ou anale ?	29
5.2.2. L'épisiotomie est-elle un facteur de risque d'incontinence urinaire ?	29
5.2.3. L'épisiotomie favorise-t-elle les rétentions urinaires ?	30
5.2.4. L'épisiotomie favorise-t-elle l'apparition de prolapsus ?	31
5.2.5. Existe-t-il un lien de causalité entre épisiotomie et dyspareunie ?	31
5.2.6. L'épisiotomie altère-t-elle la qualité de vie des femmes ?	32
5.2.7. L'épisiotomie a-t-elle un impact sur un accouchement futur ?	32
6. Comment pourrait-on réduire le taux global d'épisiotomies ?	33
6.1. Le massage périnéal	33

6.2. Les positions alternatives d'accouchement	34
6.3. Le SYNTOCINON	34
DISCUSSION	36
1. Limites de l'étude	36
2. Forces de l'étude	36
3. Comparaison des résultats avec les RPC du CNGOF de 2005	36
3.1. Faut-il pratiquer une politique libérale ou restrictive de l'épisiotomie ?	36
3.2. L'épisiotomie est-elle indiquée en cas de dystocie des épaules ?	37
3.3. L'épisiotomie est-elle indiquée en cas d'extraction instrumentale ?	37
3.4. L'épisiotomie améliore-t-elle le pronostic néonatal ?	38
3.5. Comment anesthésier une épisiotomie ?	38
3.6. Quel est l'angle idéal d'incision de l'épisiotomie ?	38
3.7. Comment suturer une épisiotomie ?	39
3.8. Épisiotomie et déchirures périnéales sévères	39
3.9. L'épisiotomie augmente-t-elle le taux d'hémorragie du post-partum ?	39
3.10. Épisiotomie et incontinence fécale	40
3.11. Épisiotomie et incontinence urinaire	40
3.12. Épisiotomie et prolapsus génital	40
3.13. L'épisiotomie est-elle un facteur de risque de rétention urinaire ?	40
3.14. Épisiotomie et dyspareunie	40
3.15. Épisiotomie et qualité de vie	41

3.16. Grossesse ultérieure	41
3.17. Le massage périnéal permet-il de réduire le taux d'épisiotomie ?	41
3.18. L'accouchement en position latérale permet-il de réduire le taux d'épisiotomies.....	41
3.19. Le SYNTOCINON® permet-t-il une réduction du taux d'épisiotomie ?	42
CONCLUSION	43
BIBLIOGRAPHIE	44
ANNEXES	51
ANNEXE 1 : Table des niveaux de preuves du Centre d'Evidence-Based Medicine d'Oxford (version2011)	52
RESUME ET MOTS-CLES	53
SUMMARY AND KEY-WORDS	54

INTRODUCTION

1. L'épisiotomie à travers le temps

1.1 De l'invention de l'épisiotomie à sa systématisation

L'épisiotomie a longtemps été considérée comme protectrice des déchirures périnéales graves. Elle est devenue l'intervention chirurgicale la plus pratiquée au monde avec des taux atteignant 47% des accouchements par voie basse en 2002 et 2003 en France. Ces chiffres atteignent même 68% chez les primipares selon le réseau Audipog.(1)

C'est au cours de la période d'industrialisation et d'urbanisation des sociétés occidentales que les différentes techniques instrumentales firent leur apparition dans le monde de l'obstétrique. Fielding Ould décrit pour la première fois l'épisiotomie en 1942. Scientifique et anglais avangardiste, il recommande l'utilisation d'une incision chirurgicale médiane non suturée dans le but de faciliter les expulsions difficiles, et de prévenir les déchirures périnéales sévères. De plus, il affirme que l'utilisation libérale de l'épisiotomie réduirait le nombre d'incontinences urinaires et fécales.(2) Mais c'est à partir de 1920 aux Etats Unis que l'utilisation de l'épisiotomie se généralise. Le gynécologue De Lee pratique et recommande une utilisation systématique de l'épisiotomie médiolatérale. En plus de raccourcir la durée de l'expulsion, elle était censée prévenir les déchirures périnéales graves de type périnée complet, les incontinences urinaires et anales, ainsi que la survenue des troubles de la statique pelvienne. De plus, il était établi que suturer une incision chirurgicale nette et précise réalisée préalablement entrainerait moins de séquelles qu'une déchirure spontanée, et on observerait une meilleure cicatrisation. C'est le début de la médicalisation de l'accouchement, qui ne se fait plus à domicile mais à l'hôpital (NP2) (3). L'épisiotomie était donc pratiquée de manière systématique dans les maternités, et ses indications semblaient incontestables. Cependant, aucun essai randomisé n'a jamais démontré l'effet protecteur supposé de l'épisiotomie, qu'elle soit médiane ou médiolatérale. Sa pratique ne reposait donc sur aucune preuve scientifique solide.

1.2 Remise en question de la pratique systématique de l'épisiotomie.

Dans les années 1980, les croyances autour de la naissance furent soumises à de fortes remises en question, et les premiers débats médicaux autour de l'épisiotomie eurent lieu. Dans le journal *The Lancet* en 1999, Wagner la considérait même comme une mutilation génitale largement répandue. (4)

Plusieurs études ont par la suite démontré que l'épisiotomie ne prévenait pas les troubles de la statique pelvienne. Le premier travail évaluant les risques et bénéfices de l'épisiotomie prophylactique fut réalisée par Thacker et Banta. Ils réalisèrent une revue de littérature à propos de 350 livres et articles publiés de 1860 à 1980. Ils ont mis en évidence une augmentation de la douleur pendant le post partum après une épisiotomie et une augmentation de la mortalité maternelle. (NP1) (5)

Auparavant, aucune étude rigoureuse n'avait jamais été réalisée sur le sujet. Malgré le manque de preuve scientifique de son efficacité, l'épisiotomie restait cependant largement pratiquée. Elle était réalisée dans 60% des cas aux Etats Unis, avec une légère augmentation de ce taux chez les primipares.

En Angleterre, Sleep *et al.* ont montré en 1984 une augmentation du nombre de périnées intacts lorsque l'épisiotomie était pratiquée de façon restrictive. Egalement, ils observèrent une reprise plus rapide des rapports sexuels après l'accouchement chez les femmes n'ayant pas eu d'épisiotomie pendant leur accouchement. Selon eux, réduire le nombre d'épisiotomie diminuerait la morbidité maternelle. (NP2) (6)

En 1993, l'essai randomisé en simple aveugle Argentine Episiotomy Trial publiée dans le *Lancet*, incluant 2606 femmes, a comparé un groupe de femme où l'épisiotomie était pratiquée de façon routinière à un groupe où elle était réalisée de manière sélective. Ce travail a mis en évidence une légère augmentation des traumatismes périnéaux sévères (1,2% versus 1,5%, différence non significative) dans le groupe où l'épisiotomie était pratiquée de façon routinière. On retrouvait également moins de douleurs et moins de déchiscences dans le groupe où elle était pratiquée de façon sélective. Cette étude recommandait donc l'abandon d'une politique systématique de l'épisiotomie. (NP2) (7)

En 1995, Woolley, dans sa revue de littérature incluant 350 livres et articles publiés depuis 1860, a conclu que l'épisiotomie ne protégeait pas les nouveau-nés d'hémorragies

intracrâniennes et d'asphyxies. De plus, elle favorisait l'apparition de déchirures anales graves et ses séquelles à long terme, particulièrement en ce qui concerne les épisiotomies médianes. Aussi, elle augmentait significativement la quantité des saignements maternels, ainsi que la douleur dans les premiers jours du post-partum. (NP1) (8)

En 2000, une revue systématique de la Cochrane Database a montré qu'une utilisation restrictive de l'épisiotomie semble avoir plus de bénéfices qu'une utilisation routinière. En effet, elle entraîne moins de traumatismes sévères du périnée postérieur, moins de sutures et moins de complications douloureuses. Cependant, l'étude a montré que l'utilisation restrictive de l'épisiotomie est en lien avec une augmentation du nombre de déchirures du périnée antérieur. (NP1)(9)

Les bénéfices auparavant supposés de l'épisiotomie n'ont finalement pas été prouvés par les études scientifiques.

1.3 Les recommandations du CNGOF

Suite à ses publications, le CNGOF publie en 2005 des recommandations pour la pratique clinique de l'épisiotomie. Le collège recommande une politique incitative de réduction du taux moyen d'épisiotomie en dessous de 30%. En effet, l'épisiotomie libérale en prévention des troubles de la statique pelvienne et des incontinences n'a pas atteint ses objectifs. Des formations théoriques et pratiques sur la prévention du traumatisme périnéal de l'accouchement et sur les techniques de réparation doivent être mises en place. Enfin ces RPC statuent sur les indications de l'épisiotomie, la technique à adopter lorsqu'une épisiotomie est réalisée, et ses complications en post-partum.

Les recommandations sont classées par grades A, B ou C en fonction de leur niveaux de preuves.

Une pratique restrictive de l'épisiotomie est donc vivement recommandée. (10)

1.4 Un retour vers une pratique libérale ?

Le recours à l'épisiotomie a considérablement diminué au cours de ces dernières années.

Le taux d'épisiotomie en France atteignait 56% en 1994-1995, et s'élevait à 41,3% en 2005.

Cette diminution est moins importante en France comparativement à certains pays étrangers.

(11)

Parallèlement à ce phénomène, on assiste à une augmentation du nombre de périnées complets au cours des dernières décénies. En effet, une cohorte rétrospective anglaise a montré qu'entre 2000 et 2011, le nombre de déchirures du troisième et du quatrième degré a quasiment triplé, passant de 1,8% à 5,9%. Cette étude a montré également que le risque de déchirure grave augmente lors d'une extraction instrumentale lorsque l'épisiotomie n'était pas pratiquée. (NP3) (12)

De même, Laine *et al.* avec leur étude de registres ont constaté une augmentation du taux de périnées complets en Norvège, en Suède et au Danemark. Ce pourcentage serait passé de 1% en 1970 à plus de 3% en 2004. (NP3) (13)

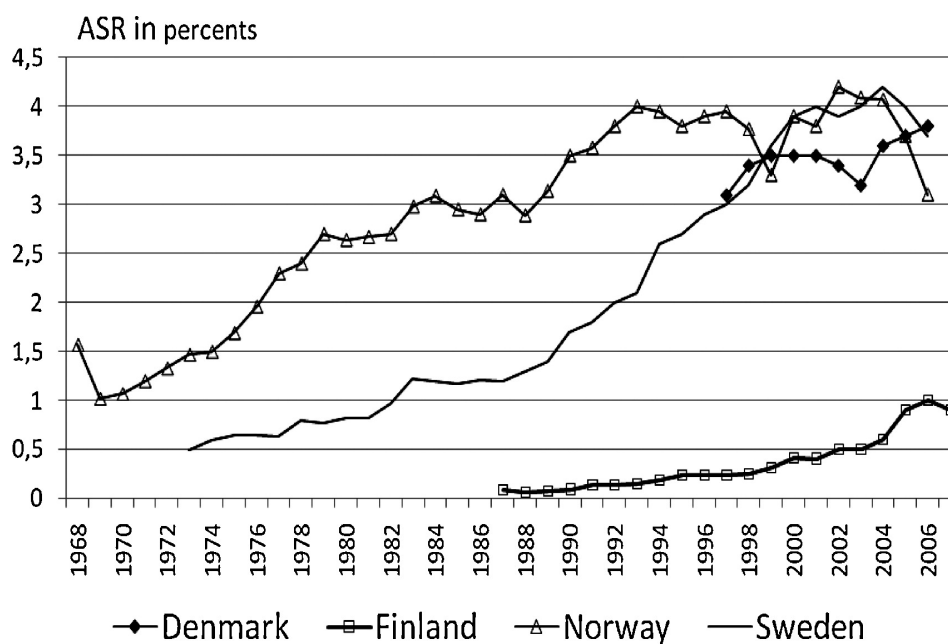


Figure 1. Incidence of anal sphincter tear is presented as percentages of all vaginal deliveries, including spontaneous and instrumental deliveries between 1968 and 2006.

Laine K, Gissler M, Pirhonen J. Changing incidence of anal sphincter tears in four Nordic countries through the last decades. *European Journal of Obstetrics, Gynecology, and Reproductive Biology* 2009 Sep;146(1):71–5.

En 2001, une étude observationnelle rétrospective incluant 284 783 accouchements par voie basse entre 1994 et 1995 en Allemagne a montré que l'épisiotomie médiolatérale prévenait les déchirures du 3ème degré, OR: 0.21, 95% CI:[0.20-0.23], et serait même une méthode de prévention primaire de l'incontinence fécale. (NP3) (14)

Plus récemment, une étude observationnelle rétrospective incluant 21 254 femmes ayant accouché par ventouse ou forceps entre 2006 et 2010 démontre l'effet protecteur de l'épisiotomie lors d'accouchements par extraction instrumentale, et va jusqu'à recommander l'utilisation systématique de l'épisiotomie dans cette indication. (NP3) (15)

Ces constats iraient donc dans le sens d'un retour vers une pratique libérale de l'épisiotomie.

Les pratiques de l'épisiotomie sont en constante évolution, et les résultats des études réalisées sur le sujet ne sont pas unanimes. La puissante étude de Laine remet en question la pratique restrictive de l'épisiotomie, puisque le taux de périnées complets est en augmentation. Le débat médical est donc toujours ouvert. Une revue de littérature sur les dix dernières années à propos des pratiques de l'épisiotomie est donc nécessaire.

2. Présentation de l'étude

2.1 Objectif de l'étude

L'objectif de cette étude est de réaliser une revue de littérature des dix dernières années sur les pratiques de l'épisiotomie, afin de préciser si les recommandations du CNGOF de 2005 doivent évoluer ou être amendées. Plusieurs critères d'évaluation seront étudiés, puis comparés aux recommandations de 2005.

2.2 Questions scientifiques

Ce travail essaiera de répondre à un certain nombre de questions scientifiques :

Faut-il établir une politique libérale ou restrictive de la pratique de l'épisiotomie ? Existe-t-il des indications à la pratique de l'épisiotomie ? Quelles techniques adopter ? Quelles sont les complications immédiates et à long terme de l'épisiotomie ?

METHODE DE L'ETUDE

1. Méthode de recherche d'articles

Une recherche bibliographique depuis 2005 a été réalisée grâce à la base de données Pubmed avec le mot clé "episiotomy".

990 articles ont été identifiés. 203 ont été exclus après lecture des titres et 342 ont été exclus après lecture des résumés sur Pubmed.

Parmi les 445 articles restants, 246 étaient librement accessibles sur Pubmed. 89 d'entre eux ont été obtenus via le réseau Research Gate, et 79 ont été obtenus en contactant directement les auteurs par mails. Enfin, 31 ont été commandés via un prêt entre bibliothèques.

445 ont été lus en entier, et classés par type d'articles grâce au guide d'analyse de la littérature et gradation des recommandations de l'ANAES (2000). (16) Toutes les références bibliographiques des articles inclus ont été consultées, et parmi ces références 7 articles ont été inclus à la revue de littérature dans la mesure où ils respectaient les critères d'inclusion.

137 articles ont été inclus à la revue de littérature. Pour 59 d'entre eux les taux exacts d'épisiotomies n'étaient pas précisés dans les études. Finalement 78 articles ont été étudiés. Ces articles ont été classés par niveaux de preuve à l'aide de la table des niveaux de preuves du centre d'Evidence-Based Medicine d'Oxford. (version 2011, annexe 1)

Les articles ont été enregistrés à l'aide du logiciel Zotero, logiciel qui a également permis l'édition de la bibliographie.

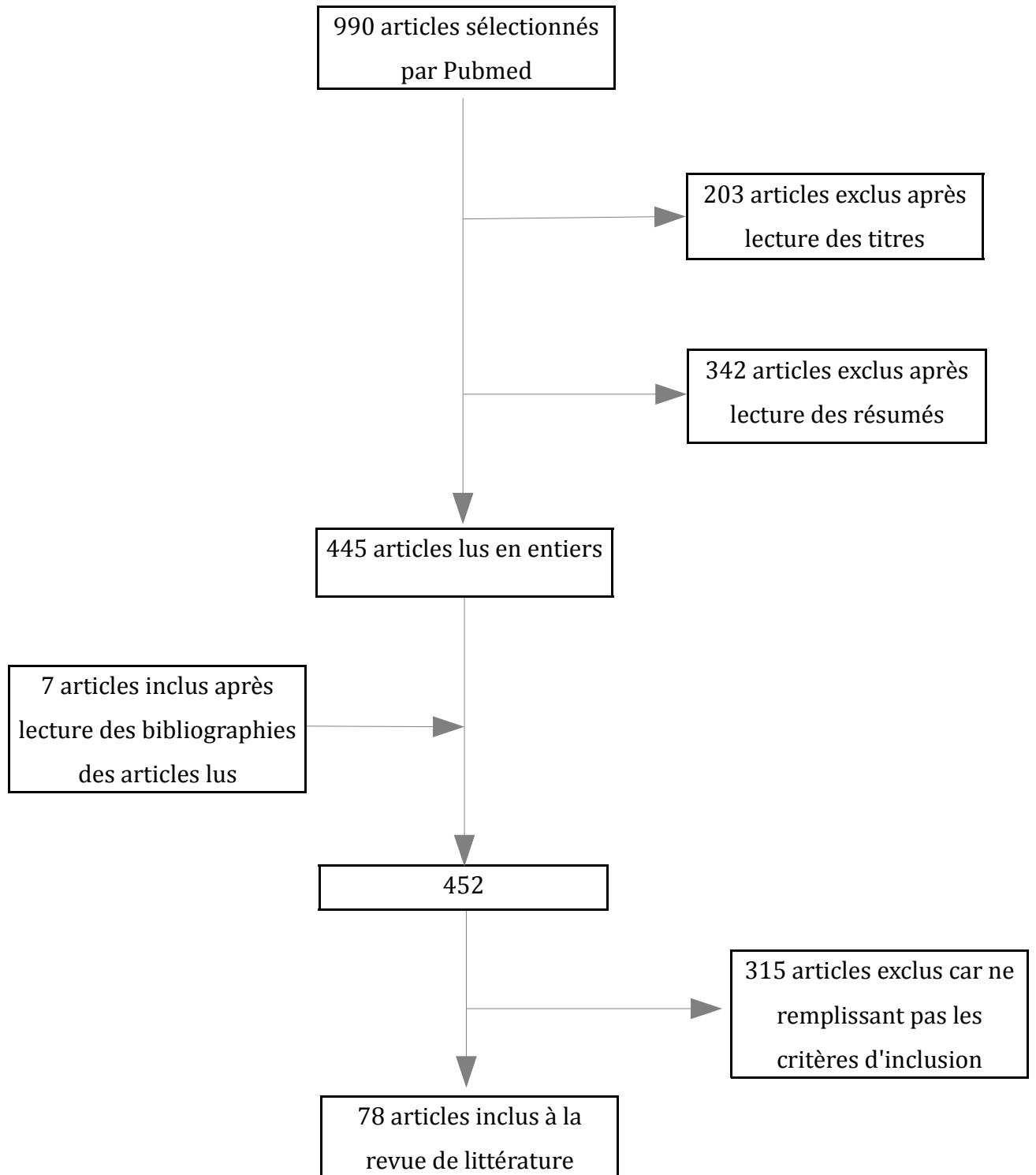
2. Critères d'inclusion et d'exclusion

Les travaux réalisés après 2005 ont été inclus.

Les articles ne présentant pas de résumés sur Pubmed, et n'étant ni en langue anglaise, ni en langue française, ont été exclus. De plus, les travaux réalisés sur les animaux ont été exclus.

RESULTATS

1. Diagramme de flux :



2. Faut-il pratiquer une politique libérale ou restrictive de l'épisiotomie ?

Un essai contrôlé randomisé de 2009 évaluant la prévalence des déchirures du sphincter anal selon une utilisation de l'épisiotomie de façon routinière ou restrictive a été réalisé auprès de 209 primipares. La prévalence des déchirures du troisième degré s'élève à 3,7% dans le groupe routine, comparativement à 1,1% dans le groupe restrictif. Cette différence n'est cependant pas significative, $p=0,3$.

De plus, une utilisation restrictive de l'épisiotomie médiolatérale est associée à un risque accru de déchirures péri urétrales et des petites lèvres comparativement au groupe routine, 4,5% vs 0%. (NP2) (17)

Une revue systématique publiée au sein de la Cochrane data base regroupant 6 études recommande une utilisation sélective de l'épisiotomie. En effet cette pratique de l'épisiotomie diminuerait l'incidence des déchirures périnéales postérieures, $RR=0,67$ IC95% [0,49-0,91]. Dans ce même travail, on retrouve un taux plus élevé de déchirures périnéales antérieures lorsqu'une politique restrictive d'épisiotomie est réalisée, $RR=1,84$, IC95% [1,61-2,10]. (NP 1) (9)

Un essai contrôlé randomisé incluant 446 primipares tire les mêmes conclusions que les travaux précédents. Cette étude compare un groupe où l'épisiotomie médiale est réalisée de façon libérale à un groupe où elle est réalisée de façon restrictive. (18) Dans le groupe épisiotomie libérale, 14,3% des femmes ont eu une déchirure périnéale du troisième degré, comparativement à 6,8% dans le groupe épisiotomie restrictive, $RR=2,12$, IC95% [1,18-3,81]. (NP2)

Une étude prospective transversale finlandaise réalisée en 2006 a montré un taux de déchirures périnéales du troisième degré significativement augmenté si une épisiotomie était réalisée au cours de l'accouchement à la fois chez les primipares (2,2% vs 1,6%) que chez les multipares (3,7% vs 0%) (19). Cette même étude met en évidence une augmentation des déchirures périnéales du premier et du second degré vaginales, péri urétrales et des petites lèvres lors des accouchements sans épisiotomies chez les primipares. (NP 3)

Une pratique libérale de l'épisiotomie augmente de façon significative le taux de déchirures périnéales graves. Une utilisation restrictive de l'épisiotomie est donc recommandée. (NP2)

Cette pratique augmente de façon significative le taux de déchirures périnéales antérieures du premier et du second degré. (NP1)

3. Existe-t-il des indications spécifiques à la pratique de l'épisiotomie ?

3.1 En cas de dystocie des épaules ?

Une revue de littérature a été réalisée par Gherman *et al* en 2005 à propos des connaissances sur la dystocie des épaules, notamment en lien avec l'épisiotomie.

Les bases de données Pubmed et Cochrane data base ont été consultées pour réaliser cette revue de littérature.

La dystocie des épaules est une dystocie osseuse, et l'épisiotomie seule ne résous pas le problème de cette dystocie. L'épisiotomie facilite les manœuvres fœtales nécessaires à l'extraction, en offrant à l'opérateur un plus large espace pour accéder au bras postérieur du fœtus.

La réalisation de l'épisiotomie lors d'une dystocie des épaules augmente de sept fois le risque de déchirure périnéale sévère. (NP1) (20)

La pratique de l'épisiotomie lors d'une dystocie des épaules augmente donc le risque de déchirures périnéales sévères. (NP1)

3.2 Faut-il indiquer une pratique systématique de l'épisiotomie en cas d'extraction instrumentale ?

Une enquête prospective nationale de 2007 auprès des 49 CHU de France métropolitaine et des DOM TOM a montré qu'une extraction instrumentale était pratiquée dans 16,9% des accouchements voie basse. Cela représente 12,8% de l'ensemble des accouchements, ce qui est comparable avec les chiffres des pays voisins tels que le Royaume Uni où celui-ci varie de 12 à 15%. (NP3) (21)

Mac Leod, dans son étude prospective non randomisée incluant 1360 nullipares, a conclu en l'absence de bénéfice périnéal de l'épisiotomie en cas d'extraction instrumentale. Le risque de déchirure anale n'est ni augmenté, ni diminué en fonction de l'utilisation ou non de l'épisiotomie : 9,9% vs 7,1% respectivement, OR=1,72 IC 95%[1,21-2,45]. L'effet protecteur de l'épisiotomie n'est donc pas démontré. (NP3) (22)

Une cohorte prospective longitudinale a montré qu'une utilisation restrictive de l'épisiotomie au cours d'une extraction instrumentale est associée à un risque augmenté d'impériosités à six semaines du post-partum, en comparaison à une utilisation systématique de l'épisiotomie, 35% vs 22%, RR=1,55 IC 95% [1,00-2,40], $p<0,05$. Cette différence disparaît à un an. (NP3) (23)

Plusieurs cohortes prospectives ont montré que le taux d'épisiotomie était significativement plus élevé en cas d'extraction par spatules que par ventouse (NP3) (24) (25)

Tableau I : Taux d'épisiotomies réalisées lors d'extractions instrumentales par ventouses et spatules

Auteur (ref)	Année	Spatules (%)	Ventouses (%)	p
Parant (25)	2006	97,1	80,2	<0,001
Vanlieferinghen (26)	2007	80,3	54,8	<0,0001
Grisot (24)	2010	64,7	35,8	<0,001

Dans ces mêmes études, les déchirures vulvaires du premier degré semblent être inversement liées à la pratique de l'épisiotomie : on constate un taux de 22,6% de déchirures vulvaires dans les accouchements spontanés contre 8,3% parmi les accouchements par extractions instrumentales, où la pratique de l'épisiotomie est significativement plus fréquente, $p=0,001$. (NP 3)

L'étude de 2006 montre que le taux de déchirure du premier degré étaient respectivement de 3% et 49,3% respectivement selon qu'une épisiotomie ait été réalisée ou non.

Cette même étude indique qu'une déchirure survenant dans le prolongement de l'épisiotomie était significativement plus souvent observée chez les patientes ayant eu une extraction instrumentale : 2,2% vs 16,6% respectivement, $p<0,001$. (NP 3)

Le bénéfice de l'épisiotomie au cours de l'extraction instrumentale n'est pas établi. Des essais randomisés de forte puissance seront nécessaires à l'avenir.

3.3 L'épisiotomie améliore-t-elle le pronostic néonatal ?

Une étude prospective transversale finlandaise a étudié le score d'Apgar de 879 nouveaux nés à la fois chez les femmes ayant eu une épisiotomie et parmi celles ayant accouché sans épisiotomie. Parmi les nouveaux nés ayant un score d'Apgar bas à une minute, l'étude n'a pas mis en évidence de différence significative entre les primipares ayant eu ou non une épisiotomie durant l'accouchement, 10,6% vs 6,4%, $p=0,131$. Ce résultat n'est également pas significatif pour les scores d'Apgar bas à cinq minutes, 1,8% vs 1,1%, $p=0,557$. Parmi les nouveaux nés ayant un score d'Apgar bas à une minute, l'étude n'a pas mis en évidence de différence significative entre les multipares ayant eu ou non une épisiotomie au cours de l'accouchement, 1,9% vs 2,2%, $p=0,855$, ou à cinq minutes, 0% vs 0,5%, $p=0,603$. (NP3) (19)

Le lien entre épisiotomie et pronostic néonatal est peu retrouvé dans la littérature.

3.4 Le taux d'épisiotomie est-t-il plus élevé en cas de mutilation sexuelle ?

Une méta-analyse a été réalisée en 2013 regroupant 44 études concernant les femmes ayant subi des mutilations sexuelles. Au total, 35 467 femmes ont été incluses, et 23 869 avaient des mutilations de type I à IV. Il n'a pas été mis en évidence de relation significative entre le fait d'avoir une mutilation sexuelle et le fait d'avoir une épisiotomie, 11 études, $R=1,26$ $IC95\%[0,97-1,64]$. (NP1) (27)

Le fait d'avoir un antécédent de mutilation sexuelle n'augmente pas le risque d'avoir une épisiotomie à l'accouchement. (NP1)

4. Techniques de l'épisiotomie

4.1 Comment anesthésier une épisiotomie ?

L'épisiotomie engendre une douleur dans 97% des cas au premier jour du post-partum, 71% au septième jour, et 13% à six semaines. De plus, elle gêne la mobilité de la patiente, et interfère sur l'interaction avec le nouveau né. (28)

Selon les recommandations du CNGOF de 2005 à propos de la pratique de l'épisiotomie, la douleur induite par l'épisiotomie et sa réparation est globalement sous-estimée et devrait être mieux évaluée. Il est recommandé de recourir systématiquement à une méthode anesthésique lors de la pratique et de la réparation d'une épisiotomie (Accord professionnel). (10)

En 2008, Sillou *et al.* (3) ont réalisé une étude cas témoin. Le groupe « cas » a reçu 10mL de ropivacaïne 7,5mg/mL au moment de la suture de l'épisiotomie, alors que le groupe témoin n'a pas reçu d'anesthésique. L'échelle numérique de la douleur (EN) correspondant aux douleurs périnéales dans le groupe ropivacaïne était significativement plus basse que dans le groupe témoin à la 4ème heure suivant la suture de la déchirure ou de l'épisiotomie (1,9+/-0,3 versus 3,6+/-0,5, $p=0,006$), à la 8ème heure (3,3+/-0,4 versus 5,2 +/-0,4, $p=0,003$), à la 12ème heure (2,8+/- 0,4 versus 5,2+/- 0,4, $p=0,0001$) et à la 24ème heure. L'indice de satisfaction des patientes dont l'épisiotomie ou la déchirure périnéale était anesthésiée par ropivacaïne était significativement plus élevé que celui du groupe témoin (4,2+/-0,2 versus 3,5+/-0,2, $p=0,004$). (NP4) (29)

Gutton *et al.* (4) dans leur étude prospective cas témoin ont conclu à un effet analgésique plus important avec la ropivacaïne (7,5mg/mL) à 2 heures et à 48 heures post épisiotomie comparativement au groupe lidocaïne (10mg/mL) (2h 0 [0-1] vs 1[0-3] $p=0,01$; 48h 2[0-3] vs 3[2-5] $p<0,001$ respectivement). La satisfaction maternelle à 48h était significativement plus élevée dans le groupe ropivacaïne, $p<0,001$. (NP3) (30)

Un essai contrôlé randomisé incluant 61 femmes ayant accouché sans anesthésie péridurale réalisé par Massimo *et al.* (6) a conclu que les scores de douleur étaient significativement plus faibles dans le groupe crème EMLA que dans celui infiltration de mépivacaïne au cours de la suture de l'épisiotomie, $p=0,0002$. Cela s'explique par le fait que lorsque l'injection douloureuse est évitée, la patiente exprime moins d'anxiété vis à vis de la suture, et donc moins de douleur. (NP2) (32)

La ropivacaïne semble donc être un anesthésique local efficace en post épisiotomie. (NP3)
L'utilisation de la crème EMLA semble également être efficace. (NP2)

4.2 Quel est l'angle d'incision idéal pour l'épisiotomie ?

En 2006, Kalis *et al* ont réalisé une enquête prospective par questionnaires auprès de 34 hôpitaux européens à propos de leurs méthodes utilisées pour réaliser les épisiotomies. Dans 22% des cas, l'épisiotomie est réalisée à un angle de 45 degrés par rapport à la ligne médiane. 48% des hôpitaux n'ont pas de définition précise de l'épisiotomie ou ont une définition incomplète. Un état des connaissances et l'évaluation de l'impact des différentes techniques

d'épisiotomies sur le risque de déchirure périnéales sévères est donc nécessaire. (NP3) (31)

Une étude prospective de cohorte de 2006, incluant 1302 primipares retrouve un taux plus important de déchirures périnéales profondes dans le groupe épisiotomie médiale comparativement au groupe épisiotomie médiolatérale, 7% versus 14,8% respectivement, $p < 0,05$. Cependant l'étude ne retrouve pas de différences significative entre les deux groupes concernant les pertes sanguines, les hématomes, les infections, la douleur et la dyspareunie en post-partum, $p = 0,13$. (NP3) (32)

Un essai contrôlé randomisé de 2013 a comparé les conséquences d'une épisiotomie réalisée à 60 degrés de l'axe périnéal médian (groupe 1) avec une épisiotomie réalisée à 40 degrés de l'axe médian (groupe 2). Ce travail a inclus 330 patientes. Une épisiotomie réalisée à 60 degrés de la médiane est associée à un taux significativement plus élevé de douleurs modérées à sévères à 4 heures et à 24 heures du post-partum, $RR = 1,4$ $IC95\% [1,1-1,8]$ et $RR = 1,7$ $IC95\% [1,1-2,6]$ respectivement. De plus, le taux de douleurs modérées à sévères, et le taux de dyspareunie à 6 mois du post-partum est également plus élevé dans le groupe épisiotomie à 60 degrés comparativement au groupe 40 degrés. Cependant ces résultats ne sont pas significatifs.

Enfin sur les 330 femmes, 3,1% ont eu une déchirure périnéale sévère du troisième ou du quatrième degré, dont 4,2% pour le groupe 1 et 1,8% pour le groupe 2. Cette différence n'est pas significative, $p = 0,2$, $RR = 2,3$ $IC95\% [0,6-8,9]$. (NP2) (33)

Kalis *et al* ont étudié la différence entre l'angle d'incision et l'angle de la suture d'épisiotomies réalisées sur une cohorte de 50 primipares consécutivement. Une différence statistiquement significative a été mise en évidence entre ces deux angles : 40 degrés versus 22,5 degrés par rapport à l'axe médian, respectivement, $p < 0,001$. Selon Kalis, un angle d'incision égal à 40° par rapport à l'axe médian serait trop aigu pour prévenir des déchirures périnéales sévères. (NP4) (34)

Une cohorte prospective portant sur 60 primipares ayant eu une épisiotomie médiolatérale à 60 degrés par rapport à l'axe médian retrouve une différence significative entre l'angle d'incision, l'angle de la suture et celui de la cicatrice à six mois, 60° vs 45° vs 48°, $p < 0,001$. Ce résultat est intéressant dans le sens où l'évolution de la cicatrice d'épisiotomie reflète la façon dont le périnée se déforme durant l'accouchement vaginal. L'angle d'incision permettant

de limiter les déchirures périnéales sévères serait de 60° par rapport à l'axe médian. (NP4)
(35)

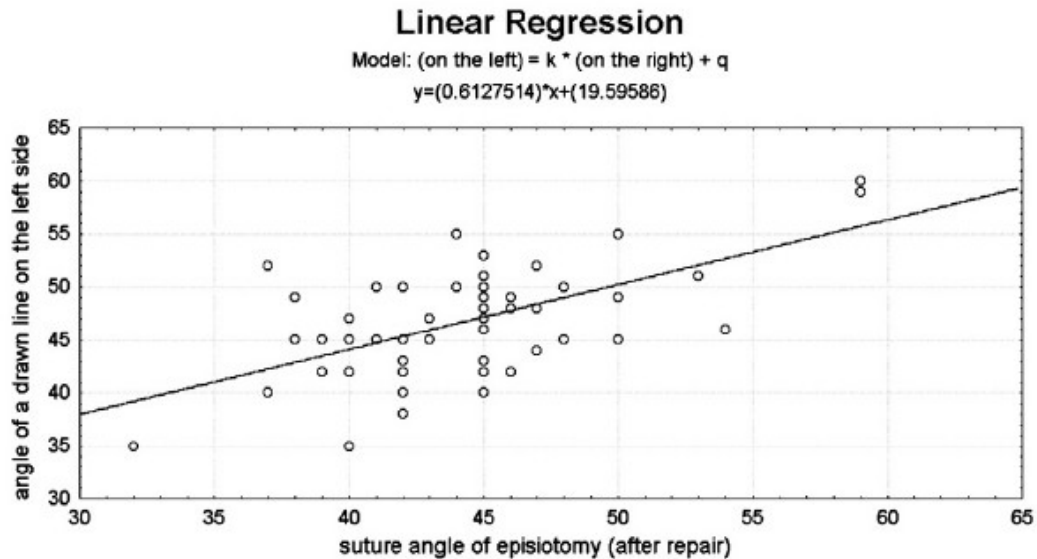


Figure 2. Comparaison entre l'angle de suture et l'angle d'incision de l'épisiotomie en degrés.

Kalis V, Landsmanova J, Bednarova B, Karbanova J, Laine K, Rokyta Z. Evaluation of the incision angle of mediolateral episiotomy at 60 degrees. *International Journal of Gynaecology and Obstetrics: The Official Organ of the International Federation of Gynaecology and Obstetrics* 2011 Mar;112(3):220–4.

Une étude cas témoin à propos de 46 cas a conclu à une réduction relative de 50% du risque d'avoir une déchirure du troisième degré à chaque fois que l'incision s'éloigne de 6,3 degrés de la ligne médiane périnéale, $p < 0,001$. En effet pour un angle d'épisiotomie de 15 à 24 degrés par rapport à la ligne médiane, le taux de déchirure périnéale sévère est de 9,7%, alors qu'il s'élève à 0,5% lorsque l'incision est réalisée à plus de 45 degrés de la ligne médiane. (NP4) (36)

L'épisiotomie médiane augmente le risque de déchirures périnéales sévères. (NP3)
L'angle d'incision idéal de l'épisiotomie serait de 60 degrés par rapport à l'axe médian. Cet angle permettrait de limiter les déchirures périnéales sévères. (NP4)

4.3 Comment suturer une épisiotomie ?

Plusieurs essais contrôlés randomisés ont évalué les techniques de suture périnéales post épisiotomie.

Un essai contrôlé randomisé de faible puissance ne montre pas de différence statistiquement significative 12 à 18 heures après une suture et à 10 jours en post-partum entre le groupe suture continue et discontinue, $p = 0,63$ et $p = 0,86$ respectivement.

Une différence statistiquement significative est cependant mise en évidence sur le temps de réparation. Le temps de suture dans le groupe continu est moins important que dans le groupe discontinu : 0,83 min vs 0,97 min, $p < 0,001$. Le nombre de fils de suture utilisé est également moins important dans le groupe continu, $p < 0,001$. (NP 3) (37)

Un essai contrôlé randomisé en simple aveugle de 2009 a montré que la technique de suture continue nécessitait moins de fil de suture que pour la technique de suture interrompue : 85,8cm +/- 5,27cm vs 147cm +/- 6,68 cm respectivement, $p = 0,000$.

Cette étude ne montre pas de différence significative dans la proportion de femmes ayant repris des rapports sexuels $p = 0,946$, ni concernant la dyspareunie concernant celles ayant repris des rapports sexuels $p = 0,853$.

Au premier jour du post-partum, la douleur est moins importante au repos, en position assise, pendant la miction et la défécation dans le groupe suture continue multifilament comparativement au groupe suture discontinue multifilament, $p < 0,001$

Au premier jour du post-partum le score de douleur est significativement plus bas dans le

groupe suture continue monofilament comparativement au groupe suture discontinue monofilament, $p < 0,001$.

Il n'a pas été mis en évidence de différence concernant la douleur selon le type de filament au premier jour $p < 0,001$. (NP2) (38)

Un essai contrôlé randomisé de 2009 indique que la taille de la suture est significativement moins importante dans le groupe suture continue que dans le groupe suture interrompue : $85,8 \pm 5,27$ versus $147 \pm 6,68$ cm, $p = 0,000$.

De plus le temps de réparation est significativement moins important dans le groupe suture continue : $499,8 \pm 23,20$ secondes versus $592,5 \pm 25,41$ secondes respectivement, $p = 0,000$.

La douleur après réparation est plus importante dans le groupe suture discontinue que dans le groupe suture continue, que ce soit au repos, en mouvement, assis, en urinant, $p < 0,001$ ou en déféquant, $p < 0,003$. (NP2) (38)

Un autre essai randomisé réalisé entre 2005 et 2007 et incluant 445 femmes vient confirmer ses résultats. Le temps de réparation dans le groupe suture continue est moins important comparativement à la suture discontinue, $p = 0,017$ à une minute. La quantité de matériel nécessaire à la suture est moins importante dans le groupe suture continue, $RR = 3.2$, $IC95\% [2.6-4.0]$. La douleur au deuxième et au dixième jours, et à trois mois du post-partum n'est pas significativement différente entre les deux groupes, $RR = 1.08$, $IC95\% [0.74-1.57]$, $RR = 0.96$, $IC95\% [0.59-1.55]$, et $RR = 0.68$, $IC95\% [0.19-2.46]$ respectivement. (40) Le nombre de jours avant la reprise des rapports sexuels est significativement plus important dans le groupe suture discontinue comparativement au groupe suture continue, 49 jours versus 45 jours, $p = 0,040$. (NP2)

Un travail de la Cochrane data base a publié une méta analyse en 2012 concernant les techniques de suture des épisiotomies. Ce travail incluant 16 études provenant de 8 pays, et incluant 8184 femmes, a conclu que la suture continue comparativement à la suture interrompue est associée à moins de douleurs jusqu'au 10ème jour du post-partum, $RR = 0,76$ $IC95\% [0,66-0,88]$ 9 études.

La revue montre également qu'il existe une réduction dans l'utilisation d'analgésie, et une meilleure cicatrisation avec la suture continue comparativement à la suture interrompue, $RR = 0,70$ $IC95\% [0,59-0,84]$, et $RR = 0,56$ $IC95\% [0,32-0,98]$ respectivement.

Cependant, aucune différence significative n'a été observée concernant la douleur au long

terme. (NP1)(41)

Concernant le type d'aiguille utilisé pour la suture, un essai contrôlé randomisé incluant 300 femmes a montré qu'il existe un nombre plus important de perforation de gants stériles dans le groupe aiguilles classiques (18,7%) que dans le groupe aiguille émoussée (7,3%), $p=0,005$.

Cependant l'étude montre que l'utilisation d'aiguilles émoussée prends significativement plus de temps pour terminer la suture qu'avec une aiguille classique, $p<0,001$.

En contraste avec cette étude, un travail récent a conclu en l'absence de résultats statistiquement significatifs des taux de perforation entre aiguille émoussée (1,84%) et classique (2,26%). Cette étude reste cependant discutable, puisque 35% des réparations étaient effectuées par un obstétricien senior. De plus, l'opérateur pouvait choisir selon son gré de superposer une deuxième paire de gants au moment de la suture, ce qui constitue des biais importants. (42)

De nouveaux travaux concernant l'utilisation de ses aiguilles doivent donc venir confirmer à l'avenir l'intérêt des aiguilles émoussées. (NP2)

Un essai contrôlé randomisé portugais de 2006 a constitué deux groupes de femmes : l'un qui bénéficie d'un rapprochement de la peau avec une colle adhésive, l'autre avec une suture classique avec des fils. Ce travail a conclu en l'absence de différence significative entre les groupes colle adhésive et suture concernant la douleur pendant le soin, les saignements, la douleur à 7 et 30 jours en post-partum, et le retour à la sexualité à 30 jours du post-partum. L'étude a mis en évidence une diminution significative de la durée de la procédure dans le groupe colle adhésive par rapport au groupe suture, 19min vs 23min respectivement, $p=0,001$. (NP2) (43)

La technique de suture continue semble être la technique de choix, car le temps de réparation et la quantité de matériel utilisé dans cette technique sont moins importants que la technique suture discontinue. (NP2) Cette technique entraîne moins douleurs dans les premiers jours du post-partum (NP1), moins de dyspareunie (NP2), et une meilleure cicatrisation (NP1).

5. Les complications immédiates et à long terme de l'épisiotomie

5.1 Les complications en salle de naissance

5.1.1 L'épisiotomie est-elle un facteur de risque de déchirures périnéales sévères ?

Un essai contrôlé randomisé datant de 2008 incluant 283 femmes a montré que le taux de déchirures périnéales sévères est significativement plus élevé dans le groupe épisiotomie comparativement au groupe sans épisiotomie, 13,4% vs 2,05%, $p=0,0007$. Selon ce travail l'épisiotomie est un facteur de risque de déchirures périnéales sévères avec un $OR=6,75$ IC 95% [3,93-23,95], $p=0,0006$.

L'utilisation de l'épisiotomie de façon routinière est associée à un risque augmenté de déchirures périnéales sévères.(NP2) (44)

Une étude rétrospective de cohorte incluant 9097 accouchements indique que l'épisiotomie demeure un facteur de risque important de déchirure périnéale sévère du 3ème ou du 4ème degré, $OR=1,73$ IC95%[1,16-2,57], $p<0,001$. (NP3)(45)

Une étude rétrospective cas témoin incluant 549 femmes montre une forte association entre épisiotomie médiane et déchirure sévère périnéale du 3ème ou 4ème degré, $OR: 2,71$ IC95% [1,54-4,78], $p=0,009$. (NP4) (46)

Une étude de cohorte comparant les taux de déchirures périnéales des années 2003 versus 2010 (soit avant et après les RCP de 2005) a constaté une augmentation de déchirures du premier et du second degré: 22,9% en 2003 vs 50,1% en 2010, $p<0,05$, sans augmentation significative du nombre de déchirures graves. Cette étude met également en évidence une augmentation de déchirures du périnée antérieur, 2,6% en 2003 vs 32,6% en 2010, $p<0,001$.

De plus une augmentation significative du taux de périnées intacts est mise en évidence, 20,2% vs 26,6%, $p<0,05$. (NP3) (47)

L'enquête nationale périnatale de 2010 a montré que chez la primipare le taux d'épisiotomie est passé de 70,3% en 1998 à 44,4% en 2010, soit une diminution d'un tiers. (NP3) (48)

Parallèlement, une étude rétrospective comparative des années 2003 et 2007 a constaté une diminution du taux d'épisiotomies: 18,8% des accouchements par voie basse en 2003 contre 3,4% en 2007. Selon cette étude, cette baisse significative n'a eu aucune conséquence sur le

taux de déchirures périnéales graves entre 2003 et 2007, que ce soit pour les déchirures du 3ème ou du 4ème degré, 9% vs 4%, et 1% vs 2%, $p=0,059$ vs $p=0,487$ respectivement. (NP3) (49)

Il semblerait donc qu'une pratique restrictive de l'épisiotomie permette d'augmenter le taux de périnées intacts, sans augmentation significative du taux de déchirures du sphincter anal. (NP3)

Cependant certaines études viennent contredire les résultats précédents.

Une étude prospective observationnelle incluant 2 754 femmes n'a pas mis en évidence après ajustement d'association entre épisiotomie et déchirures du sphincter anal, $OR= 0,64$ IC95% [0,36-1,15]. (NP3) (50)

Une étude cas témoins de 2006 ($n=3038$) indique que l'épisiotomie serait un facteur protecteur des déchirures périnéales sévères, avec un $OR=0,35$ IC 95% [0,08-1,4], $p=0,21$. Selon Eskandar, l'utilisation de l'épisiotomie médiolatérale réduirait le risque de déchirures périnéales sévères de 65%. L'étude conclut qu'il faudrait 90 épisiotomies pour prévenir une déchirure périnéale sévère, bénéfice qui paraît minime. (NP4) (51)

Une étude transversale incluant 10 314 femmes a conclu que les femmes donnant naissance sans épisiotomie médiolatérale avaient 1,4 fois plus de risques d'avoir une déchirure du sphincter anal, IC95% [1,021-1,983], $p=0,037$. (NP3) (52)

Une étude australienne cas témoins de 2010 a montré grâce à une analyse multivariée que l'épisiotomie n'est pas un facteur de risque indépendant de déchirures sphinctériennes graves, $p=0,098$. (NP4) (53)

Une diminution du taux d'épisiotomies chez la femme à bas risque obstétrical permet une augmentation du taux de périnées intacts (NP3) sans augmentation significative du taux de déchirures périnéales sévères. (NP3)

5.1.2 L'épisiotomie est-elle un facteur de risque d'hémorragie du post-partum ?

Une cohorte prospective italienne de 2007 incluant 6011 femmes a identifié l'épisiotomie comme étant un facteur de risque indépendant d'hémorragies du post-partum. Les chiffres sont

significatifs à la fois pour l'épisiotomie médiale, OR=1,35 IC95%[1,01-1,81], p=0,048 que pour l'épisiotomie médiolatérale, OR=2,48 IC95%[1,95-3,17, p<0,0001). (NP3) (54)

L'épisiotomie ne semble pas augmenter les taux d'hémorragies du post-partum. Des travaux de forte puissance sont nécessaires afin de confirmer ce résultat.

5.2 Les complication dans le post-partum

5.2.1 L'épisiotomie favorise-t-elle l'apparition d'incontinence anale ou fécale ?

La prévalence de l'incontinence aux gaz ou aux selles atteint 5 à 10% des femmes pendant la grossesse et le post-partum. Cette prévalence est maximale au troisième trimestre de la grossesse. (55)

Une étude observationnelle prospective de cohorte chinoise incluant 1889 primipares a conclut en 2007 que l'épisiotomie médiolatérale était associée de façon significative à un risque augmenté d'incontinences fécales, OR= 11,79 IC 95% [1,47-94,46], p=0,02. (NP3) (56)

De même, Fritel *et al.* dans son étude comparative quasi randomisée a montré que 4 ans après le premier accouchement, l'épisiotomie restait associée à un risque augmenté d'incontinence fécale, OR=1,84. (NP2)(57)

Une étude prospective observationnelle de cohorte concernant 443 primipares est venue confirmer les résultats précédents à 2 mois du post-partum, OR=5,0 IC 95% [1,8-13,5]. (NP3) (58)

Les travaux sont unanimes. L'épisiotomie est associée à un risque augmenté d'incontinences fécales à long terme après l'accouchement. (NP3)

5.2.2 L'épisiotomie est-elle un facteur de risque d'incontinences urinaires ?

En 2008, un essai contrôlé randomisé comparant un groupe épisiotomie à un groupe sans épisiotomie (n=283) a montré un risque augmenté d'avoir une incontinence urinaire à long terme dans le groupe épisiotomie comparativement au groupe sans épisiotomie, 13,4% vs 0,68%, p<0,05. (NP2) (44)

Une étude prospective de cohorte chinoise incluant 10098 femmes en post-partum a montré dans son analyse que l'épisiotomie était un facteur de risque d'incontinences urinaires de 6 semaines à 6 mois du post-partum, OR=1,953 IC95% [1,534-2,487]. (NP3) (59)

Une étude prospective de cohorte taïwanaise (n=243) vient confirmer ces résultats. Le score moyen d'incontinences urinaires est significativement plus élevé chez les femmes ayant eu une épisiotomie à 3 mois du post-partum, $p=0,0293$. De plus, à 6 semaines du post-partum, le score d'incontinences urinaires diminue dans le groupe sans épisiotomie, mais continue d'augmenter dans le groupe épisiotomie. (NP3) (60)

Au vu de ces résultats, l'épisiotomie semble être un facteur favorisant l'apparition d'incontinences urinaires jusqu'à six mois après l'accouchement. (NP3)

5.2.3 L'épisiotomie est-elle un facteur de risque de rétention urinaire du post-partum ?

Une étude cas témoins Turque réalisée en 2014 auprès de 489 femmes a étudié les facteurs de risque de rétention urinaire à 6 heures du post-partum après un accouchement vaginal. La régression logistique a identifié l'épisiotomie comme facteur de risque de rétention urinaire du post-partum avec une rétention urinaire supérieure à 150 mL. Les chiffres sont significatifs, $OR=0,07$, $IC95\%[0,01-0,68]$, $p=0,022$. (NP4) (61)

Une autre étude rétrospective cas témoin a été réalisée à Milan entre Janvier 2008 et Décembre 2010. Au cours de cette période, 11 108 accouchements ont été réalisés, dont 105 étaient des femmes souffrant de rétention urinaire du post-partum. La régression logistique a identifié l'épisiotomie comme un facteur de risque indépendant de rétention urinaire du post-partum. En effet, parmi les femmes souffrant de rétention urinaire du post-partum, 92% ont eu une épisiotomie au cours de l'accouchement, et parmi les femmes n'ayant pas de rétention urinaire du post-partum, 11% ont eu une épisiotomie. Cette différence est significative, $p=0,03$. (NP4) (62)

D'après ces résultats l'épisiotomie semble être un facteur de risque de rétention urinaire du post partum. (NP4)

5.2.4 L'épisiotomie favorise-t-elle l'apparition de prolapsus à moyen et long terme ?

Une enquête nationale prospective suédoise datant de 2008 a suivi 5236 femmes 20 ans après leur premier accouchement. Selon cette enquête, l'épisiotomie n'est pas associée à un risque accru de prolapsus 20 ans après le premier accouchement, OR=0,92 IC95%[0,70-1,20]. (NP3) (63)

Une autre cohorte prospective incluant 549 femmes retrouve les mêmes résultats que le travail précédant. La relation entre épisiotomie et prolapsus génital n'est pas significative $p=0,26$. (NP3) (64)

Une cohorte de 2008 incluant 449 patientes vient confirmer les résultats précédents. L'épisiotomie n'est pas associée à un risque augmenté de prolapsus génital 5 à 10 ans après le premier accouchement, OR=1.01 IC95%(0.55, 1.84). (NP3) (65)

Une cohorte rétrospective se déroulant de 2005 à 2011 a mis en évidence un lien entre épisiotomie et prolapsus. Cette étude considère la pratique de l'épisiotomie comme un facteur de risque de prolapsus, OR=3,77 IC95%[1,80-7,89] $p<0,01$. Ce travail est rétrospectif et peu puissant, car il n'inclut que 189 patientes. (NP3) (66)

L'épisiotomie n'est pas un facteur de risque de prolapsus. (NP3)

5.2.5 Existe-t-il un lien de causalité entre épisiotomie et dyspareunie ?

Une étude transversale de 2008 incluant 400 femmes a montré que le pratique de l'épisiotomie n'apparaissait pas comme un facteur affectant la reprise des rapports sexuels six mois après l'accouchement, $p=1,3$. (NP3) (67)

Un travail rétrospectif de cohorte incluant 200 femmes à huit semaines du post-partum vient conforter ses résultats, $p=0,087$. (NP3) (68)

Une étude transversale indique les femmes ayant eu une épisiotomie retrouvent une activité sexuelle après l'accouchement plus tard que celles n'ayant pas eu d'épisiotomie, $p=0,015$ IC95%[0,1-0,7]. (NP3) (69)

Une cohorte prospective originale réalisée en 2006 indique qu'il n'y a pas de différence

significative concernant le plaisir sexuel du partenaire en fonction du mode d'accouchement de leur femme (périnée intact ou avec épisiotomie) $p > 0,05$. (NP3) (70)

Ces résultats indiquent que l'épisiotomie n'est pas un facteur de risque de dyspareunie à six semaines et à six mois du post-partum. (NP3)

5.2.7 L'épisiotomie altère-t-elle la qualité de vie des femmes ?

Berzotti *et al* ont réalisé une étude de cohorte prospective auprès de 377 femmes en 2006, qui a évalué la qualité de vie de primipares et deuxièmes pares grâce au questionnaire King's Health (KHQ). La régression linéaire multivariée a montré que l'épisiotomie était associée à une meilleure qualité de vie six mois après l'accouchement. En effet, le score KHQ était significativement diminué dans le groupe de femmes ayant eu une épisiotomie (score = 124,98 +/- 81,46) comparativement aux femmes n'ayant pas eu d'épisiotomies (score = 153,94 +/- 123,34), $p < 0,05$. (NP3) (71)

L'épisiotomie semble donc améliorer la qualité de vie des femmes à six mois du post-partum. D'autres travaux seront nécessaire à l'avenir afin de confirmer ce résultat. (NP3)

5.2.8 L'épisiotomie a-t-elle un impact sur un accouchement futur ?

Une étude prospective historique a été réalisée auprès de 201 primipares ayant eu une épisiotomie au cours de leur premier accouchement. L'objectif de cette étude était d'évaluer le taux d'épisiotomies chez les femmes ayant un antécédent d'épisiotomie. Selon cette étude, avoir une épisiotomie au cours du premier accouchement augmente de façon significative le risque d'en avoir une à l'accouchement suivant, OR=2,84, IC95% [1,62-4,99], $p < 0,05$. (NP3) (72)

L'épisiotomie constitue donc en elle même un facteur de risque d'avoir une nouvelle épisiotomie à la l'accouchement suivant. (NP3)

6. Comment pourrait-on réduire le taux global d'épisiotomies en France ?

6.1 Le massage périnéal permet-il de réduire le taux d'épisiotomie ?

Un essai contrôlé randomisé en ouvert réalisé en 2009 en Turquie a comparé l'effet du massage périnéal sur le taux d'épisiotomie chez 396 primipares. Deux groupes ont été constitués, l'un avec massage périnéal avant l'accouchement, l'autre sans.

Ce travail conclu à un taux significativement moins élevé d'épisiotomies dans le groupe massage périnéal comparativement au groupe sans massage, 52% vs 60,6% respectivement, OR=0,71 IC95%[0,50-0,99], p=0,042. (NP2) (73)

Une revue de Beckmann *et al* publiée à la Cochrane Data Base en 2013 a également étudié les effets du massage périnéal au cours de l'accouchement, en incluant 4 essais, soit 2480 femmes. Selon cette revue, les femmes ayant pratiqué le massage périnéal digital ont un risque moindre d'avoir une épisiotomie au cours de l'accouchement, RR=0,84 IC95%[0,74-0,95]. Ces résultats sont significatifs uniquement chez les primipares. (NP1) (74)

Un essai contrôlé randomisé de 2009 a été conduit auprès de 90 primipares, et a évalué l'effet du massage périnéal à la vaseline sur le déroulement de l'accouchement. Ce travail montre une diminution significative du taux d'épisiotomies et une augmentation du taux de déchirures périnéales du premier et du second degrés dans le groupe massage périnéal, p<0,001. (NP2) (75)

Une revue systématique concernant l'efficacité du ballon Epi no a été publiée en 2015. Ce ballon une fois positionné dans le vagin et une fois gonflé est sensé augmenter l'élasticité du plancher pelvien, en prévention d'éventuelles déchirures ou épisiotomies pendant l'accouchement. Cinq études ont été incluses à la revue systématique, soit 1369 participantes. Selon ce travail, Epi no ne permet pas de réduire le taux d'épisiotomies, RR 0.92 IC95%[0.75-1.13], p=0.44. (NP1)

Le massage périnéal diminue le taux d'épisiotomies. (NP1)

6.2 Les positions alternatives d'accouchement :

Une étude rétrospective cas témoin a été réalisée sur 645 patientes ayant accouché du premier Mai au 30 Septembre 2007. Cette étude a comparé la prévalence des déchirures périnéales chez des femmes ayant accouché en position latérale et en position gynécologique. L'étude a montré une diminution significative du nombre d'épisiotomies parmi les femmes ayant accouché en décubitus latéral comparativement à celles ayant accouché en décubitus dorsal, 10,7% vs 30,5%, $p=0,0001$. De plus on remarque une augmentation significative du nombre de périnées intacts parmi les femmes ayant accouché sur le côté comparativement à celle ayant accouché en décubitus dorsal, 56,7% vs 40,7%, $p=0,0001$. Ces différences sont vraies à la fois chez les primipares que chez les deuxième pares. (NP4) (76)

Ce même travail constate que la comparaison des enregistrements des rythmes cardiaques fœtaux met en évidence un taux significativement plus élevé de rythmes normaux dans le groupe de patientes ayant accouché en décubitus latéral en comparaison avec le groupe de patientes ayant accouché en décubitus dorsal avec respectivement 78,6% vs 60,4%, $p=0,000004$. Concernant l'état des nouveaux nés à la naissance, il n'a pas été constaté de différences significatives dans la moyenne des scores d'Apgar à 1, 3 et 5 minutes entre les deux groupes. (NP4)

Une étude rétrospective transversale a été réalisée auprès de 557 patientes entre Novembre 2008 et Novembre 2009 en Belgique. Après une analyse univariée, l'étude met en évidence une diminution du taux d'épisiotomie lors des accouchements en position latérale comparativement aux accouchements en position dorsale, 6,7% vs 38,2%, $p<0,001$. (NP3) (77)

Une étude transversale prospective de 2006 réalisée en Finlande a montré que lors des accouchements en positions alternatives (latérales, à quatre pattes, assise), le taux d'épisiotomies diminuait de façon significative comparativement à un accouchement en position gynécologique, 22% vs 85% respectivement, $p<0,001$. (NP3) (19)

On retrouve un taux d'épisiotomie significativement moins important lors des accouchement en position latérale. (NP3)

6.3 L'utilisation du SYNTOCINON®

Une étude transversale rétrospective a été réalisée par Da Silva *et al*, afin d'évaluer les

facteurs de risque des traumatismes périnéaux. 1079 naissances ont été étudiées. Selon cette étude, l'utilisation d'ocytocine en cours de travail augmente de façon significative le taux d'épisiotomies. En effet, dans le groupe SYNTOCINON® on retrouve 68,3% d'épisiotomies, alors que dans le groupe sans SYNTOCINON® on retrouve 51,2% d'épisiotomies, $p=0,006$. (NP3) (78)

L'utilisation du SYNTOCINON® pendant le travail semble augmenter le taux d'épisiotomies. (NP3)

Discussion

1. Limites de l'étude :

La revue de littérature comporte des biais de sélection, du fait que les articles écrits dans d'autres langues qu'en anglais ou en français aient été exclus. Par conséquent certaines données sont manquantes.

Il existe par ailleurs un biais de publication lié au fait que certains travaux concernant l'épisiotomie ne sont pas accessibles sur Pubmed.

Les articles sélectionnés sur Pubmed ne traitaient pas tous les sujets abordés dans les RCP de 2005. L'utilisation de l'épisiotomie en cas de macrosomie et de prématurité n'a pu être étudiée par manque d'articles sur le sujet.

Enfin, le taux d'épisiotomies dans les différentes études consultées est très variable et peut varier du simple au double. Les études sont donc difficilement comparables entre elles.

2. Forces de l'étude :

Les 445 articles pré sélectionnés pour la revue de littérature ont été rassemblés et lus en entier. Le recours à l'épisiotomie est fréquent en obstétrique, et une évaluation des connaissances à ce sujet pourrait aider à l'avenir les professionnels dans leur pratique.

3. Comparaison des résultats avec les RCP du CNGOF de 2005 :

3.1 Faut-il pratiquer une politique libérale ou restrictive de l'épisiotomie ?

L'épisiotomie est associée à un risque accru de déchirures du troisième degré, selon les essais contrôlés randomisés cités. On note également une augmentation du nombre de déchirures périnéales antérieures (péri urétrales et des petites lèvres) non graves lorsque l'épisiotomie est utilisée de façon restrictive (NP1). Les déchirures antérieures et les déchirures vaginales du premier degré sont cependant mineures, et entraînent une morbidité moins importantes que les déchirures postérieures du troisième et du quatrième degré. Une utilisation restrictive de l'épisiotomie au cours d'un accouchement eutocique est donc préférable. Ces résultats sont en accord avec les recommandations du CNGOF, qui concluent que la pratique libérale de l'épisiotomie ne prévient pas la survenue des déchirures périnéales du 3e et du 4e degré

(Grade A), elle réduit en revanche le risque de survenue de déchirures périnéales antérieures, de moindre gravité (Grade A).

3.2 L'épisiotomie est-elle indiquée en cas de dystocie des épaules ?

La pratique de l'épisiotomie lors d'une dystocie des épaules augmente de façon significative le taux de déchirures périnéales sévères. (NP1) L'épisiotomie seule ne solutionne pas la dystocie, mais elle facilite les manœuvres d'extraction nécessaires à la naissance de l'enfant. L'épisiotomie doit donc être réalisée si l'accès au bras fœtal postérieur est difficile. Les résultats de la revue de littérature sont en accord avec les RCP du CNGOF, qui indiquent qu'il n'y a pas de preuves pour recommander la pratique systématique de l'épisiotomie en cas de manœuvres obstétricales ou lors d'une suspicion de macrosomie (Grade C).

3.3 L'épisiotomie est-elle indiquée en cas d'extraction instrumentale ?

L'épisiotomie ne préviendrait pas les déchirures périnéales graves lors des extractions instrumentales. (NP3)

Cependant tous les travaux ne sont pas unanimes sur le sujet. De Leeuw, dans son étude concernant près de 33000 extractions instrumentales affirme que l'épisiotomie diminuerait le risque de déchirures périnéales du troisième et du quatrième degrés lors d'extractions instrumentales. Les déchirures du sphincter anal ont été reportées dans 3 % des accouchements par ventouse, et 4,7% des extractions par forceps. Ces résultats remettent donc en question les RCP de 2005.

D. Reithmuller indique dans sa réponse au travail de De Leeuw deux biais importants. En effet selon Reithmuller, l'auteur ne distingue pas les lésions sphinctériennes partielles des lésions complètes. Le second biais tient au fait de l'utilisation quasi systématique de l'épisiotomie au cours des extractions instrumentales, avec des taux allant de 79,6% pour les extractions par ventouse à 90,1% pour les extractions par forceps. Parmi les 10 à 20% des femmes restantes les lésions graves étaient déjà constituées et l'épisiotomie ne se justifiait plus. Ceci expliquera pourquoi, dans l'étude de De Leeuw, les femmes n'ayant pas bénéficié d'épisiotomie aient un risque augmenté de déchirure périnéale grave plus important que celles ayant eu une épisiotomie, sans que cela ait un lien de causalité avec l'épisiotomie.

L'étude puissante de De Leeuw est donc critiquable et ne doit pas modifier les RPC concernant l'épisiotomie lors d'extractions instrumentales.

Le bénéfice de la pratique libérale d'une épisiotomie lors d'une extraction instrumentale reste discuté, et son rôle protecteur n'est pas démontré.

Le CNGOF ne recommande pas une pratique systématique de l'épisiotomie lorsqu'une extraction instrumentale est pratiquée. En effet, le taux de déchirures périnéales sévères semble augmenté quand une épisiotomie est associée à l'utilisation d'instruments d'extraction (grade B).

La tendance actuelle est donc en faveur d'une utilisation restrictive de l'épisiotomie, comme le recommandent les RCP de 2005. En effet, selon le CNGOF la pratique systématique de l'épisiotomie ne se justifie pas en cas d'extraction instrumentale (Grade B). Le taux de lésions périnéales sévères est augmenté lorsque l'extraction instrumentale est associée à l'épisiotomie (Grade B) mais le lien de cause à effet entre l'épisiotomie et les lésions périnéales sévères n'est pas établi. L'extraction par ventouse nécessite moins d'épisiotomies, et expose moins aux lésions périnéales sévères que le forceps (Grade A).

De nouveaux essais randomisés de forte puissance seront donc nécessaires à l'avenir afin de préciser ces résultats.

3.4 L'épisiotomie améliore-t-elle le pronostic néonatal ?

Le fait de réaliser ou non une épisiotomie au cours d'un accouchement vaginal ne semble pas améliorer le score d'Apgar du nouveau-né à une minute et à cinq minutes de vie. Le bénéfice d'une épisiotomie sur le pronostic néonatal ne semble pas fondé. (NP3) Ces conclusions sont en accord avec les RCP de 2005. En effet, selon les recommandations, une politique libérale d'épisiotomies n'améliore pas l'état néonatal par rapport à une politique restrictive dans la population générale (Grade C). En cas de rythme cardiaque «non rassurant» pendant l'expulsion, il n'a pas été démontré que l'épisiotomie systématique améliorerait l'état néonatal.

3.5 Quelles méthodes anesthésiques adopter pour la pratique de l'épisiotomie ?

La ropivacaïne semble être un anesthésique local efficace en post épisiotomie. (NP2) L'anesthésie par la crème EMLA semble également être efficace pendant la suture de l'épisiotomie. De nouvelles études randomisées concernant ce type d'anesthésie seront intéressants afin de préciser ces résultats. (NP2)

Les RCP de 2005 recommandaient en cas de recours à l'anesthésie locale, une infiltration du périnée par de la lidocaïne non adrénalinée à 1 % (Accord professionnel).

3.6 Quel est l'angle idéal d'incision de l'épisiotomie ?

L'épisiotomie médiane augmente le risque de déchirures périnéales sévères. (NP3) L'angle d'incision idéal de l'épisiotomie serait de 60 degrés par rapport à l'axe médian. Cet

angle permettrait de limiter les déchirures périnéales sévères. (NP4) Ces résultats vont dans le sens des RCP de 2005, qui recommandaient une épisiotomie médiolatérale devant partir de la fourchette vulvaire, se diriger à 45° au moins vers la région ischiatique sur 6 cm environ et sectionner le muscle puborectal (Accord professionnel). En deçà de cet angle, le risque de déchirures périnéales sévères est augmenté. (NP4)

3.7 Comment suturer une épisiotomie ?

Les travaux portant sur la suture de l'épisiotomie sont nombreuses et puissantes. Ces travaux ont montré un temps de suture significativement plus court dans le cas d'une suture continue comparativement au groupe suture discontinue. (NP2) Le nombre de fils utilisé est aussi moins important dans le groupe suture continue (NP2), et on constate une meilleure cicatrisation. (NP1) La suture continue semble avoir l'avantage de provoquer moins d'œdème périnéal en post-partum, et de causer moins de douleur en position assise, pendant la défécation et la miction les premiers jours après l'accouchement comparativement à la suture discontinue. (NP2) Ces résultats ne sont plus significatifs sur le long terme. Les femmes ayant eu une suture continue ont une reprise des rapports sexuels plus précoce que celles du groupe suture discontinue. (NP2) Ces résultats sont concordants avec les RCP du CNGOF, qui indiquaient que le surjet continu est préférable aux points séparés car il réduit significativement la douleur et le risque de déhiscence. Il suscite également une plus grande satisfaction chez les patientes (Grade A). La suture continue reste donc recommandée.

3.8 Épisiotomie et déchirures périnéales sévères

Qu'elle soit médiolatérale ou médiale, l'épisiotomie semble augmenter le taux de déchirures périnéales sévères. (NP2)

Une diminution du nombre d'épisiotomies permet d'augmenter le taux de périnées intacts, sans augmentation significative du taux de déchirures du sphincter anal. (NP3)

Cependant certaines études viennent contredire les résultats précédents. Ces études sont moins nombreuses, et ont un niveau de preuve moins élevé. (NP4) L'épisiotomie augmente le risque de déchirures périnéales sévères chez les femmes à bas risque. (dont l'accouchement ne nécessite pas d'extraction instrumentale)

3.9 L'épisiotomie augmente-t-elle le taux d'hémorragies du post-partum ?

L'épisiotomie ne semble pas augmenter le taux d'hémorragies du post-partum. (NP3)

Cependant le nombre d'études sur le sujet est restreint. Les RCP de 2005 viennent contredire ce résultat, et indiquent que l'épisiotomie semble augmenter le risque d'hémorragie du post-partum (Grade B). Des travaux randomisés de forte puissance en aveugle doivent venir préciser ce lien à l'avenir.

3.10 Épisiotomie et incontinence fécale

L'épisiotomie est un facteur de risque d'incontinence fécale à long terme. (NP2) Ces conclusions sont en accord avec les RCP du CNGOF, qui indiquent que la pratique libérale de l'épisiotomie ne prévient pas la survenue d'une incontinence anale (Grade B), et semble même exposer à ce risque dans les trois premiers mois du post-partum (Grade C).

3.11 Épisiotomie et incontinenes urinaires

L'épisiotomie semble être un facteur de risque d'incontinenes urinaires. (NP2) De plus, le fait de ne pas avoir d'épisiotomie semble être un facteur protecteur d'incontinence urinaire. (NP3) En 2005 les RCP indiquaient que la pratique libérale de l'épisiotomie ne prévient pas la survenue d'une incontinence urinaire, qu'elle soit d'effort (Grade A) ou par urgenturies («impériosités mictionnelles») (Grade B).

3.12 Épisiotomie et prolapsus génital

Les études semblent unanimes sur le fait que l'épisiotomie n'est pas un facteur de risque de prolapsus génital à long terme. (NP3) Les travaux cités sont cependant peu nombreux et de faible puissance. En 2005 le CNGOF a conclu qu'il n'est pas possible d'évaluer le rôle préventif d'une politique libérale d'épisiotomies sur le risque de troubles de la statique pelvienne à long terme, en raison du manque de données scientifiques.

3.13 L'épisiotomie est-elle un facteur de risque de rétention urinaire ?

L'épisiotomie semble être un facteur de risque de rétention urinaire du post-partum. (NP4) Ce résultat peut cependant s'expliquer par le fait que l'épisiotomie entraîne une douleur, et cette douleur empêche les femmes d'uriner. Le lien direct de causalité entre épisiotomie et rétention urinaire ne peut donc pas être établi. Le CNGOF n'avait pas tiré de conclusion sur le sujet en 2005.

3.14 Épisiotomie et dyspareunie

Les études évaluant la relation entre épisiotomie et dyspareunie semblent indiquer que

l'épisiotomie n'affecte pas la reprise des rapports sexuels 6 à 8 semaines après l'accouchement. (NP3) Cependant les femmes ayant eu une épisiotomie semblent reprendre des rapports sexuels plus tard que celles qui n'en n'ont pas eu. (NP3) Le CNGOF indique que l'épisiotomie semble générer plus de dyspareunies pendant les premières semaines du post-partum, ceci n'est plus vrai à distance de l'accouchement (Grade A). Les résultats de la revue de littérature sont donc en accord avec les RCP de 2005.

3.16 Grossesse ultérieure

Le fait d'avoir une épisiotomie au premier accouchement semble augmenter de façon significative et indépendante le risque d'en avoir une deuxième à l'accouchement suivant. (NP3) D'autres études prospectives puissantes sont nécessaires à l'avenir pour confirmer ce résultat.

3.17 Le massage périnéal permet-il de réduire le taux d'épisiotomie ?

Les résultats des travaux semblent unanimes. Le massage périnéal diminuerait le recours à l'épisiotomie au cours de l'accouchement vaginal. (NP1) Ce résultat vient contredire les conclusions des RCP du GNGOF, qui indiquaient que le massage périnéal anténatal ne permet pas de réduire le taux d'épisiotomies (Grade B).

3.18 L'accouchement en position latérale permet-il de réduire le taux d'épisiotomie ?

Accoucher en position latérale diminuerait de façon significative le taux d'épisiotomies comparativement à l'accouchement en position gynécologique, tout en augmentant le taux de périnées intacts et sans modification du pronostic néonatal. (NP3) Ces résultats sont concordants avec les RCP de 2005. En effet, selon le collège, certaines études ont montré que les positions verticales ou latérales pendant la 2ème phase du travail étaient associées à un moindre recours aux épisiotomies que la position classique en décubitus dorsal, sans diminuer pour autant le nombre de réparations périnéales (Grade B). Cependant le périnée lors d'un accouchement en position latérale est moins bien exposé à l'obstétricien ou à la sage femme, par conséquent le taux d'épisiotomie est réduit. Le lien entre épisiotomie et accouchement en position latérale est donc biaisé.

3.19 Le SYNTOCINON® permet-t-il une réduction du taux d'épisiotomie ?

Le fait d'éviter d'utiliser du SYNTOCINON® pendant l'accouchement réduirait le taux d'épisiotomie, d'après un travail de faible puissance. (NP3) Cependant, le lien entre

épisiotomie et SYNTOCINON® n'est pas le critère de jugement principal de l'étude citée. A l'avenir des essais randomisés de forte puissance devraient être conduits pour confirmer cette hypothèse.

Conclusion

Ce travail a permis de conforter les RPC publiées en 2005 concernant l'épisiotomie. En effet, l'épisiotomie doit continuer à être pratiquée de façon restrictive. Une diminution raisonnable du taux d'épisiotomies n'a pas augmenté les morbidités périnéales et néonatales.

Cette revue de littérature a également permis de mettre en évidence un manque de connaissances scientifiques concernant certains sujets, notamment à propos des moyens permettant de faire diminuer le taux global d'épisiotomies.

Une politique d'exclusion totale de l'épisiotomie resterait-elle aussi bénéfique pour le périnée ? Diminuer le taux d'épisiotomie à l'extrême ne serait-il pas néfaste pour la santé des femmes ? Le questionnement reste entier, et de nouveaux travaux seront nécessaires à l'avenir pour nous éclairer sur ce point.

Bibliographie

1. Maillet R. À propos des recommandations sur l'épisiotomie émises par le CNGOF en décembre 2005. *Gynécologie Obstétrique Fertil*. 2006 Mar;34(3):274.
2. Dunn P. Bartholomew Mosse (1712-59), Sir Fielding Ould (1710-89), and the Rotunda Hospital, Dublin. *Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed*. 1999 Jul;81(1):F74-6.
3. Gabbe SG, DeLee JB. The prophylactic forceps operation. 1920. *Am J Obstet Gynecol*. 2002 Jul;187(1):254; discussion 255.
4. Wagner M. Episiotomy: a form of genital mutilation. *Lancet*. 1999 Jun 5;353(9168):1977-8.
5. Thacker SB, Banta HD. Benefits and risks of episiotomy: an interpretative review of the English language literature, 1860-1980. *Obstet Gynecol Surv*. 1983 Jun;38(6):322-38.
6. 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.
7. Routine vs selective episiotomy: a randomised controlled trial. Argentine Episiotomy Trial Collaborative Group. *Lancet*. 1993 Dec 18;342(8886-8887):1517-8.
8. Woolley RJ. Benefits and risks of episiotomy: a review of the English-language literature since 1980. Part I. *Obstet Gynecol Surv*. 1995 Nov;50(11):806-20.
9. Carroli G, Mignini L. Episiotomy for vaginal birth. *Cochrane Database Syst Rev*. 2009; (1):CD000081.
10. CNGOF. [Episiotomy: recommendations of the CNGOF for clinical practice (December 2005)]. *Gynécologie Obstétrique Fertil*. 2006 Mar;34(3):275-9.
11. alancer - pres05_audipog.pdf [Internet]. [cited 2015 Apr 16]. Available from: http://www.audipog.net/pdf/seminaires/seminaire_2008/pres05_audipog.pdf
12. 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.
13. 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.
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. Tempest N, Hart A, Walkinshaw S, Hapangama D. A re-evaluation of the role of rotational forceps: retrospective comparison of maternal and perinatal outcomes following different methods of birth for malposition in the second stage of labour. *BJOG Int J Obstet Gynaecol.* 2013 Sep 1;120(10):1277–84.
16. DUROCHER A, PAZART L. Guide D'analyse de la littérature et gradation des recommandations. 2000.
17. Sulaiman AS, Ahmad S, Ismail NAM, Rahman RA, Jamil MA, Mohd Dali AZ. A randomized control trial evaluating the prevalence of obstetrical anal sphincter injuries in primigravida in routine versus selective mediolateral episiotomy. *Saudi Med J.* 2013 Aug;34(8):819–23.
18. Rodriguez A, Arenas EA, Osorio AL, Mendez O, Zuleta JJ. Selective vs routine midline episiotomy for the prevention of third- or fourth-degree lacerations in nulliparous women. *Am J Obstet Gynecol.* 2008 Mar;198(3):285.e1–285.e4.
19. Räisänen S, Vehviläinen-Julkunen K, Heinonen S. Need for and consequences of episiotomy in vaginal birth: a critical approach. *Midwifery.* 2010 Jun;26(3):348–56.
20. Gherman RB, Chauhan S, Ouzounian JG, Lerner H, Gonik B, Goodwin TM. Shoulder dystocia: the unpreventable obstetric emergency with empiric management guidelines. *Am J Obstet Gynecol.* 2006 Sep;195(3):657–72.
21. Mangin M, Ramanah R, Aouar Z, Courtois L, Collin A, Cossa S, et al. [Operative delivery data in France for 2007: results of a national survey within teaching hospitals]. *J Gynécologie Obstétrique Biol Reprod.* 2010 Apr;39(2):121–32.
22. Macleod M, Murphy DJ. Operative vaginal delivery and the use of episiotomy--a survey of practice in the United Kingdom and Ireland. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* 2008 Feb;136(2):178–83.
23. Macleod M, Goyder K, Howarth L, Bahl R, Strachan B, Murphy DJ. Morbidity experienced by women before and after operative vaginal delivery: prospective cohort study nested within a two-centre randomised controlled trial of restrictive versus routine use of episiotomy. *BJOG Int J Obstet Gynaecol.* 2013 Jul;120(8):1020–6.
24. Grisot C, Mancini J, de Troyer J, Rua S, Boubli L, d' Ercole C, et al. [Perineal morbidity of operative vaginal delivery using spatulas and vacuum: what's the truth?]. *J Gynécologie Obstétrique Biol Reprod.* 2011 Jun;40(4):348–58.
25. Parant O, Simon-Toulza C, Capdet J, Fuzier V, Arnaud C, Rème J-M. [Immediate fetal-maternal morbidity of first instrumental vaginal delivery using Thierry's spatulas. A prospective continuous study of 195 fetal extractions]. *Gynécologie Obstétrique Fertil.* 2009 Oct;37(10):780–6.
26. S., Girard G, Mandelbrot L. [A comparison of maternal and fetal complications during operative vaginal delivery using Thierry's spatulas and the vacuum extractor]. *J Gynécologie Obstétrique Biol Reprod.* 2009 Dec;38(8):648–54.

27. Berg RC, Underland V. The obstetric consequences of female genital mutilation/cutting: a systematic review and meta-analysis. *Obstet Gynecol Int.* 2013;2013:496564.
28. Macarthur AJ, Macarthur C. Incidence, severity, and determinants of perineal pain after vaginal delivery: A prospective cohort study. *Am J Obstet Gynecol.* 2004 Oct;191(4):1199–204.
29. Sillou S, Carbonnel M, N'Doko S, Dhonneur G, Uzan M, Poncelet C. [Postpartum perineal pain: effectiveness of local ropivacaine infiltration]. *J Gynécologie Obstétrique Biol Reprod.* 2009 Oct;38(6):510–5.
30. Gutton C, Bellefleur J-P, Puppo S, Brunet J, Antonini F, Leone M, et al. Lidocaine versus ropivacaine for perineal infiltration post-episiotomy. *Int J Gynaecol Obstet Off Organ Int Fed Gynaecol Obstet.* 2013 Jul;122(1):33–6.
31. Kalis V, Stepan J, Horak M, Roztocil A, Kralickova M, Rokyta Z. Definitions of mediolateral episiotomy in Europe. *Int J Gynaecol Obstet Off Organ Int Fed Gynaecol Obstet.* 2008 Feb;100(2):188–9.
32. Sooklim R, Thinkhamrop J, Lumbiganon P, Prasertcharoensuk W, Pattamadilok J, Seekorn K, et al. The outcomes of midline versus medio-lateral episiotomy. *Reprod Health.* 2007 Oct 29;4:10.
33. El-Din ASS, Kamal MM, Amin MA. Comparison between two incision angles of mediolateral episiotomy in primiparous women: a randomized controlled trial. *J Obstet Gynaecol Res.* 2014 Jul;40(7):1877–82.
34. Kalis V, Karbanova J, Horak M, Lobovsky L, Kralickova M, Rokyta Z. The incision angle of mediolateral episiotomy before delivery and after repair. *Int J Gynaecol Obstet Off Organ Int Fed Gynaecol Obstet.* 2008 Oct;103(1):5–8.
35. Kalis V, Landsmanova J, Bednarova B, Karbanova J, Laine K, Rokyta Z. Evaluation of the incision angle of mediolateral episiotomy at 60 degrees. *Int J Gynaecol Obstet Off Organ Int Fed Gynaecol Obstet.* 2011 Mar;112(3):220–4.
36. 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.
37. Hasanpoor S, Bani S, Shahgole R, Gojazadeh M. The effects of continuous and interrupted episiotomy repair on pain severity and rate of perineal repair: a controlled randomized clinical trial. *J Caring Sci.* 2012 Sep;1(3):165–71.
38. Kokanali D, Ugur M, Kuntay Kokanali M, Karayalcin R, Tonguc E. Continuous versus interrupted episiotomy repair with monofilament or multifilament absorbed suture materials: a randomised controlled trial. *Arch Gynecol Obstet.* 2011 Aug;284(2):275–80.
39. Leroux N, Bujold E. Impact of chromic catgut versus polyglactin 910 versus fast-absorbing polyglactin 910 sutures for perineal repair: a randomized, controlled trial. *Am J Obstet Gynecol.* 2006 Jun;194(6):1585–90; discussion 1590.

40. Valenzuela P, Saiz Puente M, Valero J, Azorín R, Ortega R, Guijarro R. Continuous versus interrupted sutures for repair of episiotomy or second-degree perineal tears: a randomised controlled trial. *BJOG Int J Obstet Gynaecol*. 2009 février;116(3):436–41.
41. Kettle C, Dowswell T, Ismail KM. Continuous and interrupted suturing techniques for repair of episiotomy or second-degree tears. *Cochrane Database of Systematic Reviews* [Internet]. John Wiley & Sons, Ltd; 1996 [cited 2014 Oct 12]. Available from: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD000947.pub3/abstract>
42. Wilson LK, Sullivan S, Goodnight W, Chang EY, Soper D. The use of blunt needles does not reduce glove perforations during obstetrical laceration repair. *Am J Obstet Gynecol*. 2008 Dec;199(6):641.e1–3.
43. Mota R, Costa F, Amaral A, Oliveira F, Santos CC, Ayres-De-Campos D. Skin adhesive versus subcuticular suture for perineal skin repair after episiotomy--a randomized controlled trial. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 2009;88(6):660–6.
44. Moini A, Yari REA, Eslami B. Episiotomy and third- and fourth-degree perineal tears in primiparous Iranian women. *Int J Gynaecol Obstet Off Organ Int Fed Gynaecol Obstet*. 2009 Mar;104(3):241–2.
45. Salameh C, Canoui-Poittrine F, Cortet M, Lafon A, Rudigoz R-C, Huissoud C. [Does persistent occiput posterior position increase the risk of severe perineal laceration?]. *Gynécologie Obstétrique Fertil*. 2011 Oct;39(10):545–8.
46. Marchand M-C, Corriveau H, Dubois M-F, Watier A. Effect of dyssynergic defecation during pregnancy on third- and fourth-degree tear during a first vaginal delivery: a case-control study. *Am J Obstet Gynecol*. 2009 Aug;201(2):183.e1–6.
47. Chehab M, Courjon M, Eckman-Lacroix A, Ramanah R, Maillet R, Riethmuller D. [Impact of a major decrease in the use of episiotomy on perineal tears in a level III maternity ward]. *J Gynécologie Obstétrique Biol Reprod*. 2014 Jun;43(6):463–9.
48. V2 RapportfinalENP2010-16092011 - Les_naissances_en_2010_et_leur_evolution_depuis_2003.pdf [Internet]. [cited 2015 Apr 16]. Available from: http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Les_naissances_en_2010_et_leur_evolution_depuis_2003.pdf
49. Eckman A, Ramanah R, 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.
50. Smith LA, Price N, Simonite V, Burns EE. Incidence of and risk factors for perineal trauma: a prospective observational study. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2013 Mar 7;13:59.
51. Eskandar O, Shet D. Risk factors for 3rd and 4th degree perineal tear. *J Obstet Gynaecol J*

Inst Obstet Gynaecol. 2009 Feb;29(2):119–22.

52. 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.
53. Burrell M, Dilgir S, Patton V, Parkin K, Karantanis E. Risk factors for obstetric anal sphincter injuries and postpartum anal and urinary incontinence: a case-control trial. *Int Urogynecology J.* 2014 Jul 31;
54. Biguzzi E, Franchi F, Ambrogi F, Ibrahim B, Bucciarelli P, Acaia B, et al. Risk factors for postpartum hemorrhage in a cohort of 6011 Italian women. *Thromb Res.* 2012 Apr;129(4):e1–7.
55. Fritel X. [Pelvic floor and pregnancy]. *Gynécologie Obstétrique Fertil.* 2010 May;38(5):332–46.
56. Yang X, Zhang HX, Yu HY, Gao XL, Yang HX, Dong Y. The prevalence of fecal incontinence and urinary incontinence in primiparous postpartum Chinese women. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* 2010 Oct;152(2):214–7.
57. Fritel X, Schaal J, Fauconnier A, Bertrand V, Levet C, Pigné A. Pelvic floor disorders 4 years after first delivery: a comparative study of restrictive versus systematic episiotomy. *BJOG Int J Obstet Gynaecol.* 2008 Jan 1;115(2):247–52.
58. Parant O, Simon-Toulza C, Cristini C, Vayssiere C, Arnaud C, Reme J-M. Faecal incontinence after first instrumental vaginal delivery using Thierry's spatulas. *Int Urogynecology J.* 2010 Oct;21(10):1195–203.
59. Zhu L, Li L, Lang J, Xu T. Prevalence and risk factors for peri- and postpartum urinary incontinence in primiparous women in China: a prospective longitudinal study. *Int Urogynecology J.* 2012 May;23(5):563–72.
60. Chang S-R, Chen K-H, Lin H-H, Chao Y-MY, Lai Y-H. Comparison of the effects of episiotomy and no episiotomy on pain, urinary incontinence, and sexual function 3 months postpartum: a prospective follow-up study. *Int J Nurs Stud.* 2011 Apr;48(4):409–18.
61. Cavkaytar S, Kokanalı MK, Baylas A, Topçu HO, Laleli B, Taşçı Y. Postpartum urinary retention after vaginal delivery: Assessment of risk factors in a case-control study. *J Turk Ger Gynecol Assoc.* 2014;15(3):140–3.
62. Pifarotti P, Gargasole C, Folcini C, Gattei U, Nieddu E, Sofi G, et al. Acute post-partum urinary retention: analysis of risk factors, a case-control study. *Arch Gynecol Obstet.* 2014 Jun;289(6):1249–53.
63. Gyhagen M, Bullarbo M, Nielsen TF, Milsom I. Prevalence and risk factors for pelvic organ prolapse 20 years after childbirth: a national cohort study in singleton primiparae after vaginal or caesarean delivery. *BJOG Int J Obstet Gynaecol.* 2013 Jan;120(2):152–

60.

64. Aytan H, Tok EC, Ertunc D, Yasa O. The effect of episiotomy on pelvic organ prolapse assessed by pelvic organ prolapse quantification system. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* 2014 Feb;173:34–7.
65. Handa VL, Blomquist JL, McDermott KC, Friedman S, Munoz A. Pelvic Floor Disorders After Childbirth: Effect of Episiotomy, Perineal Laceration, and Operative Birth. *Obstet Gynecol.* 2012 Feb;119(2 Pt 1):233–9.
66. Lammers K, Fütterer JJ, Inthout J, Prokop M, Vierhout ME, Kluivers KB. Correlating signs and symptoms with pubovisceral muscle avulsions on magnetic resonance imaging. *Am J Obstet Gynecol.* 2013 Feb;208(2):148.e1–7.
67. Bello FA, Olayemi O, Aimakhu CO, Adekunle AO. Effect of pregnancy and childbirth on sexuality of women in ibadan, Nigeria. *ISRN Obstet Gynecol.* 2011;2011:856586.
68. Laganà AS, Burgio MA, Ciancimino L, Sicilia A, Pizzo A, Magno C, et al. Evaluation of recovery and quality of sexual activity in women during postpartum in relation to the different mode of delivery: a retrospective analysis. *Minerva Ginecol.* 2014 Jun 19.
69. Woranitat W, Taneepanichskul S. Sexual function during the postpartum period. *J Med Assoc Thail Chotmaihet Thangphaet.* 2007 Sep;90(9):1744–8.
70. Gungor S, Baser I, Ceyhan T, Karasahin E, Kilic S. Does mode of delivery affect sexual functioning of the man partner? *J Sex Med.* 2008 Jan;5(1):155–63.
71. Bertozzi S, Londero AP, Fruscalzo A, Driul L, Delneri C, Calcagno A, et al. Impact of episiotomy on pelvic floor disorders and their influence on women's wellness after the sixth month postpartum: a retrospective study. *BMC Womens Health.* 2011 Apr 18;11(1):12.
72. Lurie S, Kedar D, Boaz M, Golan A, Sadan O. Need for episiotomy in a subsequent delivery following previous delivery with episiotomy. *Arch Gynecol Obstet.* 2013 Feb;287(2):201–4.
73. Karaçam Z, Ekmen H, Calışir H. The use of perineal massage in the second stage of labor and follow-up of postpartum perineal outcomes. *Health Care Women Int.* 2012;33(8):697–718.
74. Beckmann MM, Stock OM. Antenatal perineal massage for reducing perineal trauma. *Cochrane Database Syst Rev.* 2013;4:CD005123.
75. Geranmayeh M, Rezaei Habibabadi Z, Fallahkish B, Farahani MA, Khakbazan Z, Mehran A. Reducing perineal trauma through perineal massage with vaseline in second stage of labor. *Arch Gynecol Obstet.* 2012 Jan;285(1):77–81.
76. Paternotte J, Potin J, Diguisto C, Neveu M-N, Perrotin F. [Delivery in lateral position. Comparative study in low risk pregnancy between lateral and dorsal position for the delivery in eutocic vaginal birth]. *Gynécologie Obstétrique Fertil.* 2012 May;40(5):279–

83.

77. Meyvis I, Van Rompaey B, Goormans K, Truijen S, Lambers S, Mestdagh E, et al. Maternal position and other variables: effects on perineal outcomes in 557 births. *Birth* Berkeley Calif. 2012 Jun;39(2):115–20.
78. Da Silva FMB, de Oliveira SMJV, Bick D, Osava RH, Tuesta EF, Riesco MLG. Risk factors for birth-related perineal trauma: a cross-sectional study in a birth centre. *J Clin Nurs*. 2012 Aug;21(15-16):2209–18.

ANNEXES

ANNEXE 1 : Table des niveaux de preuves du Centre d'Evidence-Based Medicine d'Oxford
(version 2011)

Oxford Centre for Evidence-Based Medicine 2011 Levels of Evidence - Traduction française

La Table des niveaux de preuves du Centre d'Evidence-Based Medicine d'Oxford (version 2011)

Question	Etape 1 (Niveau 1*)	Etape 2 (Niveau 2*)	Etape 3 (Niveau 3*)	Etape 4 (Niveau 4*)	Etape 5 (Niveau 5)
Quelle est la fréquence du problème ?	Etude récente et locale sur des échantillons aléatoires (ou recensement)	Revue systématique d'études dont les conditions sont proches mais non identiques aux conditions locales**	Etude locale sur des échantillons non aléatoires**	Série de cas**	/
Le diagnostic ou le test de contrôle est-il exact ? (Diagnostic)	Revue systématique d'études transversales menées en aveugle et utilisant un standard de référence appliqué de manière constante	Etude transversale menée en aveugle et utilisant un standard de référence appliqué de manière constante	Série de cas à recrutement non consécutif ; étude transversale sans standard de référence	Etude cas-témoins ; étude avec un standard de référence non-indépendant ou de faible qualité**	Raisonnement déductif basé sur la pathophysiologie
Que se passerait-il si aucun traitement n'est appliqué ? (Pronostic)	Revue systématique d'études de cohortes où les patients sont inclus au début de leur maladie (Inception cohort)	Etude de cohorte où les patients sont inclus au début de leur maladie (Inception cohort)	Etude de cohorte ; considération de cohorte contrôlée (non traitée) dans un essai contrôlé randomisé	Série de cas ; étude cas-témoins ; étude de cohorte pronostique de faible qualité**	/
Cette intervention est-elle bénéfique ? (Bénéfices du traitement)	Revue systématique d'essais contrôlés randomisés ou d'essais de taille 1 (n-of-1 trials)	Essai contrôlé randomisé ; étude d'observation avec effet majeur	Etude de cohorte non randomisée**	Série de cas ; étude cas-témoins ; étude contrôlée pour laquelle la collecte des données du groupe contrôle a précédé celle du groupe étudié**	Raisonnement déductif basé sur la pathophysiologie
Quels sont les effets indésirables fréquents ? (Effets indésirables du traitement)	Revue systématique d'essais contrôlés randomisés ; revue systématique d'études cas-témoins recrutés dans la population d'une étude de cohorte ; revue systématique d'essais de taille 1 (n-of-1 trials) ; revue systématique d'études d'observation avec un effet majeur	Essai contrôlé randomisé ; (exceptionnellement) étude d'observation avec effet majeur	Etude de cohorte contrôlée non randomisée (surveillance post-commercialisation) à condition qu'il y ait un nombre suffisant de patients par rapport à la fréquence de l'événement (pour les effets à long terme, la durée du suivi doit être suffisante)**	Série de cas ; étude cas-témoins ; étude contrôlée pour laquelle la collecte des données du groupe contrôle a précédé celle du groupe étudié**	Raisonnement déductif basé sur la pathophysiologie
Quels sont les effets indésirables rares ? (Effets indésirables du traitement)	Revue systématique d'essais contrôlés randomisés ou d'essais de taille 1 (n-of-1 trials)	Essai contrôlé randomisé ; (exceptionnellement) étude d'observation avec effet majeur	Etude de cohorte contrôlée non randomisée**	Série de cas ; étude cas-témoins ; étude contrôlée pour laquelle la collecte des données du groupe contrôle a précédé celle du groupe étudié**	Raisonnement déductif basé sur la pathophysiologie
Ce test (d'action précoce) en vaut-il la peine ? (Dépistage)	Revue systématique d'essais contrôlés randomisés	Essai contrôlé randomisé	Etude de cohorte contrôlée non randomisée**	Série de cas ; étude cas-témoins ; étude contrôlée pour laquelle la collecte des données du groupe contrôle a précédé celle du groupe étudié**	Raisonnement déductif basé sur la pathophysiologie

* Le niveau de preuve d'une étude peut être rétrogradé sur base des faiblesses intrinsèques de l'étude, d'imprécisions, du caractère indirect de la preuve, à cause de l'incohérence entre études, ou à cause de la taille de l'effet absolu qui est très petit ; le niveau de preuve peut être mieux classé si la taille de l'effet est grande ou très grande.

** Une revue systématique est généralement meilleure qu'une étude individuelle.

Comment citer la Table des niveaux de preuves ?

OCEBM Levels of Evidence Working Group*. *The Oxford 2011 Levels of Evidence*. Trans Dureux N, Passeau F, Howick J. Oxford Centre for Evidence-Based Medicine. <http://www.cebm.net/index.aspx?o=5653>

* OCEBM Table of Evidence Working Group = Jeremy Howick, Iain Chalmers (James Lind Library), Paul Glasziou, Trish Greenhalgh, Carl Heneghan, Alessandro Liberati, Ivan Moschetti, Bob Phillips, Hazel Thornton, Olive Gaddard and Mary Hodgkinson

RESUME ET MOTS CLES

Introduction : Le Collège National des Gynécologues et Obstétriciens de France (CNGOF) a publié en 2005 des Recommandations pour la Pratique Clinique (RPC) concernant l'épisiotomie. Dix ans plus tard, qu'en est-il de ces recommandations ? L'épisiotomie doit-elle être pratiquée de façon libérale ?

Matériel et méthode : Une revue de littérature a été réalisée à l'aide de la base de données Pubmed, et avec le mot-clé « Episiotomy ». Les travaux réalisés après 2005 ont été inclus, et classés par Niveaux de Preuves (NP) à l'aide de la table des niveaux de preuves du Centre d'Evidence-Based Medicine d'Oxford (version 2011).

Résultats : 137 articles ont finalement été inclus à la revue de littérature. Une diminution du taux d'épisiotomie chez la femme à bas risque obstétrical permet une augmentation du taux de périnées intacts (NP3), sans augmentation significative du taux de déchirures périnéales sévères (NP3). En cas d'extraction instrumentale, les études ne sont pas unanimes. Dans le post-partum, l'épisiotomie est un facteur de risque d'incontinences fécales à long terme (NP3) et d'incontinences urinaires jusqu'à six mois en post-partum (NP3).

Conclusion : Une pratique restrictive de l'épisiotomie est toujours recommandée chez la femme à bas risque obstétrical, comme le recommandent les RPC de 2005. En cas d'extraction instrumentale les résultats ne sont pas clairs et de nouveaux essais contrôlés randomisés sont nécessaires. Mais jusqu'à quel point diminuer le taux d'épisiotomies ? Le fait de diminuer le taux d'épisiotomie à l'extrême ne serait-il pas néfaste pour la santé des femmes ?

Mots clés : Episiotomie, revue de littérature, recommandations pour la pratique clinique, complications, forceps, incontinence fécale

SUMMARY AND KEY-WORDS

Introduction: The National College of Gynaecologists and Obstetricians of France (CNGOF) published in 2005 the Guidelines for Clinical Practice (CPP) about episiotomy. Ten years later, what about the recommendations? Should episiotomy be practiced in a liberal way ?

Materials and Methods: A review of the literature was conducted using the PubMed database, and the keyword "Episiotomy". Articles published after 2005 were included and classified by levels of evidence using the table of levels of evidence Center of Evidence-Based Medicine, Oxford (2011 version).

Results: 137 articles were finally included in the review of the literature. A reduction in the episiotomy rate among the low-risk pregnant women implies an increase in intact perineum rate (NP3) with no significant increase in the rate of severe perineal lacerations (NP3). In case of instrumental delivery, studies are not unanimous. Episiotomy is a risk factor for long-term fecal incontinence (NP3), urinary incontinence up to six months in the postpartum (NP3).

Conclusion: A restrictive use of episiotomy is still recommended in low-risk pregnant women, as recommended by the 2005 RCP. In case of instrumental delivery the results are not clear and new randomized controlled trials are needed. But how much lower can we reduce the rates of episiotomy? Is there a percentage below which a decrease in the episiotomy rate would be detrimental to the perineum?

Key-words : Episiotomy, review of the literature, practice guideline, complication, forceps, fecal incontinence

RESUME ET MOTS-CLES

Introduction : Le Collège National des Gynécologues et Obstétriciens de France (CNGOF) a publié en 2005 des Recommandations pour la Pratique Clinique (RPC) concernant l'épisiotomie. Dix ans plus tard, qu'en est-il de ces recommandations ? L'épisiotomie doit-elle être pratiquée de façon libérale ?

Matériel et méthode : Une revue de littérature a été réalisée à l'aide de la base de données Pubmed, et avec le mot-clé « Episiotomy ». Les travaux réalisés après 2005 ont été inclus, et classés par Niveaux de Preuves (NP) à l'aide de la table des niveaux de preuves du Centre d'Evidence-Based Medicine d'Oxford (version 2011).

Résultats : 137 articles ont finalement été inclus à la revue de littérature. Une diminution du taux d'épisiotomie chez la femme à bas risque obstétrical permet une augmentation du taux de périnées intacts (NP3), sans augmentation significative du taux de déchirures périnéales sévères (NP3). En cas d'extraction instrumentale, les études ne sont pas unanimes. Dans le post-partum, l'épisiotomie est un facteur de risque d'incontinences fécales à long terme (NP3) et d'incontinences urinaires jusqu'à six mois en post-partum (NP3).

Conclusion : Une pratique restrictive de l'épisiotomie est toujours recommandée chez la femme à bas risque obstétrical, comme le recommandent les RPC de 2005. En cas d'extraction instrumentale les résultats ne sont pas clairs et de nouveaux essais contrôlés randomisés sont nécessaires. Mais jusqu'à quel point diminuer le taux d'épisiotomies ? Le fait de diminuer le taux d'épisiotomie à l'extrême ne serait-il pas néfaste pour la santé des femmes ?

Mots clés : Episiotomie, revue de littérature, recommandations pour la pratique clinique, complications, forceps, incontinence