

ANNEE 2018-2019

Thèse n°

**THESE
POUR LE DIPLÔME D'ETAT
DE DOCTEUR EN MÉDECINE
(décret du 16 janvier 2004)**

présentée et soutenue publiquement
le 11 avril 2019 à Poitiers

par **Mademoiselle Armance GERARD**

EVALUATION DES PRATIQUES PROFESSIONNELLES SUR LA PRATIQUE DE
L'ÉPISIOTOMIE DANS LE POITOU-CHARENTES

Composition du jury

Président : Monsieur le Professeur Fabrice PIERRE

Membres :

- **Monsieur le Professeur Xavier FRITEL**
- **Monsieur le Professeur Jean-Pierre RICHER**
- **Monsieur le Docteur Philippe FERRY**
- **Madame le Docteur Amélie CHARVERIAT**

Directeur de thèse : Monsieur le Professeur Xavier FRITEL



Le Doyen,

Année universitaire 2018 - 2019

LISTE DES ENSEIGNANTS DE MEDECINE

Professeurs des Universités-Praticiens Hospitaliers

- ALLAL Joseph, thérapeutique
- BATAILLE Benoît, neurochirurgie (retraite 09/2019)
- BRIDOUX Frank, néphrologie
- BURUCOA Christophe, bactériologie – virologie
- CARRETIER Michel, chirurgie générale (retraite 09/2019)
- CHEZE-LE REST Catherine, biophysique et médecine nucléaire
- CHRISTIAENS Luc, cardiologie
- CORBI Pierre, chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
- DAHYOT-FIZELIER Claire, anesthésiologie – réanimation
- DEBAENE Bertrand, anesthésiologie réanimation
- DEBIAIS Françoise, rhumatologie
- DROUOT Xavier, physiologie
- DUFOUR Xavier, Oto-Rhino-Laryngologie
- FAURE Jean-Pierre, anatomie
- FRASCA Denis, anesthésiologie-réanimation
- FRITEL Xavier, gynécologie-obstétrique
- GAYET Louis-Etienne, chirurgie orthopédique et traumatologique
- GERVAIS Elisabeth, rhumatologie
- GICQUEL Ludovic, pédopsychiatrie
- GILBERT Brigitte, génétique
- GOMBERT Jean-Marc, immunologie
- GOUJON Jean-Michel, anatomie et cytologie pathologiques
- GUILLEVIN Rémy, radiologie et imagerie médicale
- HAUET Thierry, biochimie et biologie moléculaire
- HOUETO Jean-Luc, neurologie
- INGRAND Pierre, biostatistiques, informatique médicale
- JAAFARI Nematollah, psychiatrie d'adultes
- JABER Mohamed, cytologie et histologie
- JAYLE Christophe, chirurgie thoracique t cardio-vasculaire
- KARAYAN-TAPON Lucie, cancérologie
- KEMOUN Gilles, médecine physique et de réadaptation (en détachement)
- KRAIMPS Jean-Louis, chirurgie générale
- LECLERE Franck, chirurgie plastique, reconstructrice
- LECRON Jean-Claude, biochimie et biologie moléculaire
- LELEU Xavier, hématologie
- LEVARD Guillaume, chirurgie infantile
- LEVEQUE Nicolas, bactériologie-virologie
- LEVEZIEL Nicolas, ophtalmologie
- MACCHI Laurent, hématologie
- MCHEIK Jiad, chirurgie infantile
- MEURICE Jean-Claude, pneumologie
- MIGEOT Virginie, santé publique
- MILLOT Frédéric, pédiatrie, oncologie pédiatrique
- MIMOZ Olivier, anesthésiologie – réanimation
- NEAU Jean-Philippe, neurologie
- ORIOT Denis, pédiatrie
- PACCALIN Marc, gériatrie
- PERAULT Marie-Christine, pharmacologie clinique
- PERDRISOT Rémy, biophysique et médecine nucléaire
- PIERRE Fabrice, gynécologie et obstétrique
- PRIES Pierre, chirurgie orthopédique et traumatologique
- RICHER Jean-Pierre, anatomie
- RIGOARD Philippe, neurochirurgie

- ROBERT René, réanimation
- ROBLOT France, maladies infectieuses, maladies tropicales
- ROBLOT Pascal, médecine interne
- RODIER Marie-Hélène, parasitologie et mycologie
- SAULNIER Pierre-Jean, thérapeutique
- SCHNEIDER Fabrice, chirurgie vasculaire
- SILVAIN Christine, hépato-gastro- entérologie
- TASU Jean-Pierre, radiologie et imagerie médicale
- THIERRY Antoine, néphrologie
- THILLE Arnaud, réanimation
- TOUGERON David, gastro-entérologie
- TOURANI Jean-Marc, cancérologie (retraite 09/2019)
- WAGER Michel, neurochirurgie
- XAVIER Jean, pédopsychiatrie

Maîtres de Conférences des Universités-Praticiens Hospitaliers

- ALBOUY-LLATY Marion, santé publique
- BEBY-DEFAUX Agnès, bactériologie – virologie
- BEN-BRIK Eric, médecine du travail (en détachement)
- BILAN Frédéric, génétique
- BOURMEYSTER Nicolas, biologie cellulaire
- CASTEL Olivier, bactériologie - virologie – hygiène
- COUDROY Rémy, réanimation (en mission 1 an)
- CREMNITER Julie, bactériologie – virologie
- DIAZ Véronique, physiologie
- FROUIN Eric, anatomie et cytologie pathologiques
- GARCIA Magali, bactériologie-virologie (en mission 1 an)
- JAVAUGUE Vincent, néphrologie
- LAFAY Claire, pharmacologie clinique
- PALAZZO Paola, neurologie (pas avant janvier 2019)
- PERRAUD Estelle, parasitologie et mycologie
- RAMMAERT-PALTRIE Blandine, maladies infectieuses
- SAPANET Michel, médecine légale
- THUILLIER Raphaël, biochimie et biologie moléculaire

Professeur des universités de médecine générale

- BINDER Philippe
- GOMES DA CUNHA José

Professeurs associés de médecine générale

- BIRAULT François
- FRECHE Bernard
- MIGNOT Stéphanie
- PARTHENAY Pascal
- VALETTE Thierry

Maîtres de Conférences associés de médecine générale

- AUDIER Pascal
- ARCHAMBAULT Pierrick
- BRABANT Yann
- VICTOR-CHAPLET Valérie

Enseignants d'Anglais

- DEBAIL Didier, professeur certifié
- GAY Julie, professeur agrégé

Professeurs émérites

- DORE Bertrand, urologie (08/2020)
- EUGENE Michel, physiologie (08/2019)
- GIL Roger, neurologie (08/2020)
- GUILHOT-GAUDEFFROY François, hématologie et transfusion (08/2020)
- HERPIN Daniel, cardiologie (08/2020)
- KITZIS Alain, biologie cellulaire (16/02/2019)
- MARECHAUD Richard, médecine interne (24/11/2020)
- MAUCO Gérard, biochimie et biologie moléculaire (08/2021)
- RICCO Jean-Baptiste, chirurgie vasculaire (08/2020)
- SENON Jean-Louis, psychiatrie d'adultes (08/2020)
- TOUCHARD Guy, néphrologie (08/2021)

Professeurs et Maîtres de Conférences honoraires

- AGIUS Gérard, bactériologie-virologie
- ALCALAY Michel, rhumatologie
- ARIES Jacques, anesthésiologie-réanimation
- BABIN Michèle, anatomie et cytologie pathologiques
- BABIN Philippe, anatomie et cytologie pathologiques
- BARBIER Jacques, chirurgie générale (ex-émérite)
- BARRIERE Michel, biochimie et biologie moléculaire
- BECQ-GIRAUDON Bertrand, maladies infectieuses, maladies tropicales (ex-émérite)
- BEGON François, biophysique, médecine nucléaire
- BOINOT Catherine, hématologie – transfusion
- BONTOUX Daniel, rhumatologie (ex-émérite)
- BURIN Pierre, histologie
- CASTETS Monique, bactériologie -virologie – hygiène
- CAVELLIER Jean-François, biophysique et médecine nucléaire
- CHANSIGAUD Jean-Pierre, biologie du développement et de la reproduction
- CLARAC Jean-Pierre, chirurgie orthopédique
- DABAN Alain, oncologie radiothérapie (ex-émérite)
- DAGREGORIO Guy, chirurgie plastique et reconstructrice
- DESMAREST Marie-Cécile, hématologie
- DEMANGE Jean, cardiologie et maladies vasculaires
- FAUCHERE Jean-Louis, bactériologie-virologie (ex-émérite)
- FONTANEL Jean-Pierre, Oto-Rhino Laryngologie (ex-émérite)
- GRIGNON Bernadette, bactériologie
- GUILLARD Olivier, biochimie et biologie moléculaire
- GUILLET Gérard, dermatologie
- JACQUEMIN Jean-Louis, parasitologie et mycologie médicale
- KAMINA Pierre, anatomie (ex-émérite)
- KLOSSEK Jean-Michel, Oto-Rhino-Laryngologie
- LAPIERRE Françoise, neurochirurgie (ex-émérite)
- LARSEN Christian-Jacques, biochimie et biologie moléculaire
- LEVILLAIN Pierre, anatomie et cytologie pathologiques
- MAGNIN Guillaume, gynécologie-obstétrique (ex-émérite)
- MAIN de BOISSIERE Alain, pédiatrie
- MARCELLI Daniel, pédopsychiatrie (ex-émérite)
- MARILLAUD Albert, physiologie
- MENU Paul, chirurgie thoracique et cardio-vasculaire (ex-émérite)
- MORICHAU-BEAUCHANT Michel, hépato-gastro-entérologie
- MORIN Michel, radiologie, imagerie médicale
- PAQUEREAU Joël, physiologie
- POINTREAU Philippe, biochimie
- POURRAT Olivier, médecine interne (ex-émérite)
- REISS Daniel, biochimie
- RIDEAU Yves, anatomie
- SULTAN Yvette, hématologie et transfusion
- TALLINEAU Claude, biochimie et biologie moléculaire
- TANZER Joseph, hématologie et transfusion (ex-émérite)
- VANDERMARCQ Guy, radiologie et imagerie médicale

REMERCIEMENTS

Monsieur le Professeur Fabrice Pierre,

Vous me faites l'honneur de présider ce jury et de juger ce travail, veuillez trouver ici l'expression de mes sincères remerciements et de mon profond respect.

Je vous remercie pour votre enseignement au cours de ces années, pour la rigueur que vous nous inculquez et pour nous donner confiance dans l'accouchement par voie basse.

Monsieur le Professeur Xavier Fritel,

Vous m'avez fait l'honneur de diriger ce travail, veuillez trouver ici l'expression de mes sincères remerciements et de mon profond respect.

Je vous remercie pour votre enseignement au cours de ces années, pour nous pousser chaque jour à remettre en question ce que nous croyons acquis, tout en gardant l'esprit ouvert. Je vous remercie de m'avoir aidé à aller en inter-chu à la Croix Saint-Simon et de m'avoir soutenue tout au long de cet internat.

Monsieur le Professeur Jean-Pierre RICHER,

Vous me faites l'honneur de juger ce travail, veuillez trouver ici l'expression de mes sincères remerciements et de mon profond respect.

Monsieur le Docteur Philippe FERRY,

Tu me fais l'honneur de juger ce travail, trouve ici l'expression de mes sincères remerciements, de mon profond respect et de mon admiration pour ta façon d'exercer ce métier et d'opérer. Je te remercie pour ton humanité et ta patience. Tu m'as transmis le goût d'opérer les prolapsus en tout genre ! J'espère un jour t'arriver au quart de la cheville !

Madame le Docteur Amélie CHARVERIAT,

Tu me fais l'honneur de juger ce travail, trouve ici l'expression de mes sincères remerciements, de mon profond respect. Tu m'as aidée au tout début de ma formation de gynécologue, tu m'as coachée telle une gagnante tout au long des semestres passés ensemble, j'ai beaucoup appris de toi. Merci pour ta disponibilité, ton enthousiasme, tes blagues, et d'avoir partagé les potins à tout heure du jour et de la nuit !

A tous les médecins qui ont participé avec bienveillance à ma formation, j'espère être digne de votre enseignement.

A toute l'équipe médicale du CHU de Poitiers : Merci pour toutes ces années auprès de vous : Aurélie, merci pour ta disponibilité face à mon non-savoir-faire, pour ton enseignement et ta rigueur, tu as été une vraie mère à mes débuts !

Marie, Marielle, Diane, Adrienne, merci pour votre coaching, votre soutien, et votre dynamisme.

Martine, Valérie, Caroline, Cédric, Nicolas, Bertrand, merci pour votre enseignement.

Richard, merci pour ton soutien et tes précieux conseils.

A toute l'équipe médicale du Centre Hospitalier de la Rochelle : Je vous remercie de m'avoir accueillie parmi vous. Je vous remercie de la confiance que vous m'avez accordée au cours de ces semestres, de votre disponibilité, de l'autonomie que vous m'avez laissée en grandissant. Yannick et Jean-Sébastien, je vous remercie de me faire confiance et pour tout ce que vous m'apportez au bloc opératoire.

Coraline, ton calme et ta bonne humeur sont un exemple, je vais tenter de te copier !

Merci à toute l'équipe du bloc opératoire qui m'a vu grandir pendant cet internat et qui chaque nouveau semestre ne cessait de me demander « c'est toujours pas fini ? ».

Merci à Alexandre, Alexis et Raphael de m'avoir donné goût à la chirurgie et de m'avoir montré qu'être un excellent chirurgien est compatible avec sympathie, bonne humeur et disponibilité.

A toute l'équipe médicale des Diaconesses Croix Saint-Simon : Etienne, Pierre, Aminata, Magali, Emmanuel, et Delphine je vous remercie de m'avoir accueillie parmi vous, de m'avoir fait progresser à la vitesse grand V, et d'être aussi humbles et disponibles. J'ai tellement appris de vous.

A toutes les sages-femmes, les infirmières et les aides-soignantes que j'ai rencontrées, qui nous facilitent la vie, qui me font chaque jour progresser et nous permettent de conserver notre humanité.

A toutes les patientes qui nous rappellent chaque jour pourquoi on a choisi ce métier.

Au docteur Bergeal pour son aide épidémiologique.

A mes parents, merci d'avoir fait ce que je suis, je suis fière d'être votre fille.

A Théo, Ser, Clo et Dona, merci pour cette petite équipe que l'on fait, on est invincible ensemble ! Servane, je n'ai pas eu la même division génomique que toi mais tu la partages aisément et tu nous aides sans cesse alors merci merci !!

A mes grands-mères, merci de me soutenir et de ne pas m'en vouloir de ne pas venir vous voir plus souvent.

A mes grands-pères, vous auriez été fiers de nous.

A ma famille, merci à Stéphanie et Philippe de m'avoir hébergé et rassuré pendant les 6 mois à Paris.

A mes amis d'enfance :

Laura, même à l'autre bout du monde tu es toujours là quand il faut, merci le décalage horaire ça permet un soutien même nocturne !!

Laure, tu es symétrique à moi sur la carte de France mais c'est si loin, toi, ton rire et ta joie de vivre me manque.

Sophie, tu as toujours été un exemple pour moi, continue je te regarde !

Benjamin, merci pour ton aide « informatique », tes blagues, ta culture, reste là où tu es il y a un direct- flight i'm coming!

Marine, merci de me sortir de ma bulle, c'est un bonheur que de te voir.

A mes amis de la fac :

Anne Sophie, Jenny, Meredith, Stéphanie, Laura L., Delphine S., Delphine A., Marion, Laura B. : à quand nos prochains week-ends où l'on débarque à dix en piaffant et rigolant ?

Thomas et Nicolas merci pour ces moments partagés, ça ne peut que se poursuivre !

Mathieu, Henri, Nader, Guilhem, Jules, Abtine, Sébastien, Mathias.

A mes amis plus récents mais tout aussi important :

Marie je n'ai pas de mot pour qualifier notre amitié, tu es tout : une mère, une sœur, une amie, love you so much.

Romain, pour me supporter même si tu y es obligé !

Fanny, merci d'avoir égayé mon internat et d'être présente au bon moment.

Pauline, merci sans toi ma vie de gynécologue ne serait pas la même, tu es un joli modèle de la gynécologue moderne ! merci pour ton amitié.

Camille et Anaïs merci d'être là au quotidien, vous êtes mes copinettes, et ça ça ne se brise pas !

Candice et Lucie, vous m'avez montré le chemin, confortée dans mes choix, merci de votre amitié.

Elsa, merci de ta joie, ton amitié et de ton soutien, à très vite ! Romain, merci de ton amitié.

Quentin, Charles, Anouck, Grégoire, Alexandre, Carine, Mathilde, Raphael, Arnaud, Natacha, Nicolas, Baptiste, merci d'avoir rendu cet internat vivant et agréable !

A mes copains « du mercredi » Marie-Anne, Raphael et Julien, merci pour ces mercredis soir et ces soirées de cet ultime semestre à la Rochelle.

A Camille, Mathilde, Aïcha, Sandrine, Marion, Perrine mes fabuleuses co-internes, merci pour tous ces semestres partagés !

A mes co-internes de La Croix : Nabilah, pour ton soutien incommensurable et ta force qui m'inspire. Continue tu rayannes. Audrey, Yassine, Lucas, William, Camille et Thasnime, merci pour ce chouette semestre parisien.

A mes co-internes du Poitou : Carine, Claire, Amélie, Marion, Quitterie, Jérémy, Martin, Karima, Barnabé, Raphael, Georges, Pauline, Carl, Lucie, merci d'avoir rendu tous ces semestres plus agréables.

TABLE DES MATIÈRES

ABRÉVIATIONS.....	9
INTRODUCTION.....	10
1. Historique	10
2. Epidémiologie	12
3. Anatomie du périnée.....	12
4. Questionnements sur la pratique de l'épisiotomie	14
5. Questionnements motivant le travail	16
6. Objectif de l'étude	17
MATERIEL & METHODES	18
1. Données épidémiologiques	18
2. La population étudiée	22
3. Questionnaire standardisé	23
4. Analyses Statistiques et mise en forme des résultats.....	23
RESULTATS.....	24
1. Epidémiologie	24
A. <i>Diagramme de flux et réponses au questionnaire.....</i>	<i>24</i>
B. <i>L'information donnée aux patientes.....</i>	<i>26</i>
C. <i>Auto-évaluation : situation similaire AVB spontané chez la nullipare.....</i>	<i>28</i>
2. Reflet des pratiques selon des problématiques maternelles	32
3. Reflet des pratiques médicales selon des problématiques materno-fœtales : cas des extractions instrumentales.	35
4. Reflet des pratiques selon des problématiques fœtales	37
5. Techniques de réalisation et de réparation	41
DISCUSSION	44
1. Réponses au questionnaire	44
2. L'information de la patiente	45
3. La Pratique de l'épisiotomie selon des problématiques maternelles.....	47
4. La Pratique de l'épisiotomie selon des problématiques fœtales	53
5. Les techniques de réalisation et de réparation	55
6. Limites de l'étude	58
CONCLUSION	60
ANNEXE 1 : QUESTIONNAIRE EN LIGNE	61
ANNEXE 2 : PLANCHES D'ANATOMIE HUMAINE	64
ANNEXE 3 : TECHNIQUE DE REPARATION DE L'EPISIOTOMIE	67
BIBLIOGRAPHIE.....	68
RESUME.....	71
SERMENT	72

ABRÉVIATIONS

AVB : Accouchement Voie Basse

ACOG : Collège Américain des Gynécologues-Obstétriciens

CNGOF : Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français

EPP : Evaluation des Pratiques Professionnelles

ESF : Etudiant Sage-Femme

LOSA : Lésion Obstétricale du Sphincter Anal

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

PH : Praticien Hospitalier

PHC : Praticien Hospitalier Contractuel

QCM : Question à Choix Multiple

RCF : Rythme Cardiaque Fœtal

RCOG : Royal College des Gynécologues Obstétriciens

RPC : Recommandations pour la Pratique Clinique

SF : Sage-Femme

UNESCO : Organisation des Nations Unies pour l'Éducation, la Science et la Culture

INTRODUCTION

1. Historique

L'épisiotomie (du grec *épision* (« pubis ») et *tomía* (« coupure ») est une opération chirurgicale qui consiste à inciser le périnée durant l'accouchement afin d'agrandir l'orifice vulvaire. Celle-ci est réalisée à la troisième phase du travail, aux moments des efforts expulsifs.

La pratique de l'épisiotomie a connu beaucoup d'expériences théoriques, idéologiques, politiques et de fluctuations cliniques à travers l'histoire (1) . Cette intervention a longtemps été pratiquée de manière systématique au cours de plusieurs décennies (2).

Une étude française publiée, en janvier 2019, par l'équipe de l'Université des Sciences Humaines et Sociales de Lorraine, a retracé l'histoire de l'épisiotomie et les influences que cette pratique a subies à travers les siècles (1). Ainsi, la première mention de cette incision périnéale date de 1742 par un Irlandais Sir Fielding Ould et fut décrite comme une procédure d'urgence de sauvetage fœtal (3).

Le premier à reproduire une incision médiane fut en 1799 par un Allemand Michaelis alors que la première épisiotomie médio-latérale date de 1847 et fut réalisée par le Français Dubois. Sur le continent américain, la pratique de l'épisiotomie semble s'être développée de manière concomitante avec les débuts de l'anesthésie. Enfin, le terme d'épisiotomie en tant que tel apparaît en 1857 dans un article de Braun (1). Un siècle plus tard, des équipes américaines amorcent l'idée que l'épisiotomie puisse être préconisée pour réduire les lésions périnéales et donc n'être plus seulement utilisée à des fins d'urgences obstétricales.

C'est ainsi que la pratique de l'épisiotomie s'est répandue des années 1920 aux années 1980 considérant que l'épisiotomie prophylactique devait se généraliser pour une protection fœtale et périnéale. Néanmoins les preuves scientifiques sont restées rares.

Par la suite, cette pratique est progressivement devenue une routine entre 1950 et 1970 aux Etats-Unis, puis dans un mouvement de changement dû à l'institutionnalisation de l'accouchement, la résurgence du féminisme et la promotion du respect du travail, autrement dit une volonté d'avoir un accouchement le plus physiologique possible, les taux d'épisiotomie ont finalement décru. Les années 1980 ont de ce fait été le début du questionnement sur l'épisiotomie libérale contre une pratique restrictive (1).

Ainsi, les premiers essais randomisés ont été conduit en 1984 par Harrison et al. et par Sleep et al., et ont montré des résultats qui allaient à l'inverse de ce qui était préconisé depuis 1920 (1),(4). C'est pourquoi au milieu des années 1990, tout un mouvement contre la pratique systématique de l'épisiotomie apparaît, qui aura un impact sur son déclin, notamment dans les pays riches.

C'est en 2005 que le CNGOF émet des premières recommandations officielles sur l'épisiotomie - suite logique de ces dernières années de recherche et de questionnement - et en préconise une pratique mesurée et raisonnable visant à atteindre un taux global national inférieur à 30% des accouchements voie basse (5).

La publication de ces recommandations, fondée sur des données scientifiques, est censée influencer nos pratiques et permettre d'évoluer dans un même sens.

En décembre 2018, dans un courant général d'actualité et de médiatisation au cours des dernières années sur la prévention et la protection périnéale en obstétrique, le CNGOF émet de nouvelles recommandations à ce sujet.

2. Epidémiologie

Le taux d'épisiotomie, en France, était de 38,4% en 1981 et de 58,39% en 1996/1997 (1). Puis en 2002-2003, ce taux était de 68% chez les primipares et 31% chez les multipares (6). Une diminution de la pratique de l'épisiotomie a donc permis de réduire le taux global d'épisiotomie en France, qui est ainsi passé de 51% en 1998 à 27% en 2010 (7) et de la même manière, Boujenah et al., retrouvaient des taux d'épisiotomie en 2007 à 26,7% et en 2017 à 19,9% (8). Ces résultats sont donc conformes aux recommandations de 2005 du CNGOF qui conseillaient d'atteindre un taux d'épisiotomie inférieur à 30% en France.

Il faut toutefois souligner qu'on retrouve une grande hétérogénéité selon les pays voire au sein d'un même pays : par exemple, en Chine en 2005-2006, le taux d'épisiotomie atteignait les 82% dans le Mainland China, les 86% à Hong Kong et les 100% à Taïwan (9).

En 2010, en Europe, ils variaient de moins de 10% au Danemark, en Suède et en Islande alors qu'ils arrivaient à plus de 60% à Chypre, au Portugal, en Roumanie et en Pologne (10).

Enfin, en 2015, la prévalence de l'épisiotomie aux USA était de 14% alors qu'au Canada elle était de 75% (11).

3. Anatomie du périnée

Lors de l'accouchement, la partie postérieure du périnée, en arrière de l'anus subit peu de modifications.

Les faisceaux sphinctériens du releveur de l'anus, qui s'insèrent sur le raphé ano-coccygien, se relâchent pendant les efforts de poussées et sont refoulés latéralement et en arrière.

Leur présence et celle des ilio-coccygiens repoussent la présentation vers l'avant, dans la fente uro-génitale.

L'épisiotomie est l'incision du périnée de la surface vers la profondeur de la peau, du vagin, des muscles bulbo-caverneux et transverse superficiel, et du muscle puborectal - partie élévatrice du releveur de l'anus (12).

Elle peut être réalisée à partir de la fourchette vulvaire - partie médiane de la commissure labiale postérieure- selon différents angles (figure 1) :

- Médiane : incision de la fourchette vulvaire directement vers l'anus
- Médio-latérale : incision de la partie médiane de la fourchette et se dirige vers la région ischiatique. C'est la plus pratiquée en France.
- Latérale : incision sur le côté droit du vagin.

Selon la 3^{ème} édition du *Netter* traduit par Kamina les planches d'anatomie du périnée représentées dans l'annexe 2.

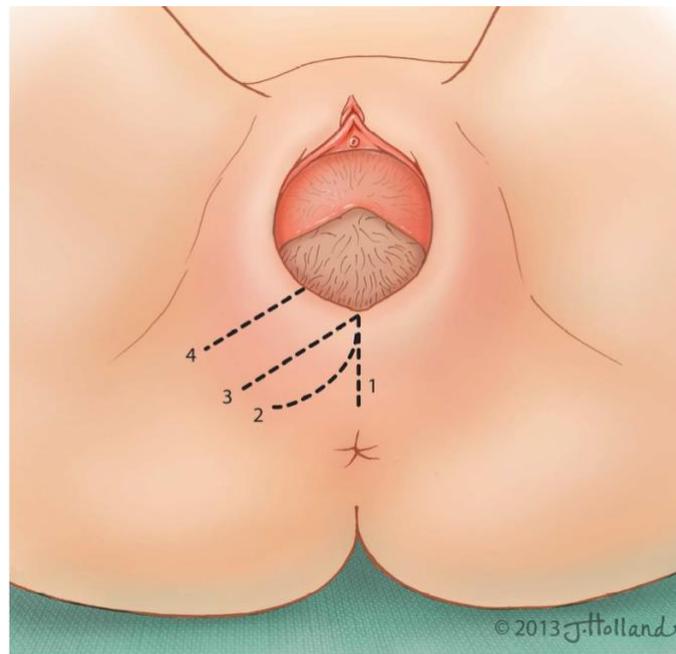


Figure 1 représentation des différents points d'incision utilisés pour réaliser une épisiotomie (11)
1-médiane, 2- en forme de J, 3- médio latérale, 4- latérale .

4. Questionnements sur la pratique de l'épisiotomie

L'accouchement physiologique peut engendrer des lésions périnéales plus ou moins sévères pouvant aller jusqu'au rectum, habituellement lors du passage de la tête fœtale dans la filière génitale. Comme énoncé plus haut, pour éviter ces lésions périnéales qui peuvent être sévères, il a été proposé à une époque de couper le périnée à l'aide d'un bistouri ou de ciseaux permettant d'une part de faciliter la naissance (13), et d'autre part de protéger le périnée (statique pelvienne et continence) (6).

L'utilisation quasi systématique de l'enregistrement du rythme cardiaque fœtal depuis plus de quarante ans a permis de montrer un grand nombre d'anomalies de tracés d'expulsion et de justifier l'épisiotomie afin d'écourter cette phase d'expulsion (13). Les questionnements quant à l'intérêt de l'épisiotomie pour une naissance plus rapide, sont apparus dans le débat « épisiotomie libérale versus épisiotomie restrictive ».

La définition des termes « libéral » et « restrictif » a été validée lors des recommandations du Collège National des Gynécologues Obstétriciens en 2005. Le terme « libéral » tel qu'il est retenu définit une pratique de l'épisiotomie largement utilisée, tandis que le terme « restrictif » définit une utilisation minimaliste (5).

Déjà en 1992, selon Barbara Rothman, l'épisiotomie était l'opération chirurgicale la plus pratiquée sur les femmes. Son usage a été si routinier qu'on semblait avoir oublié qu'il s'agissait d'une procédure chirurgicale, avec les risques, complications et conséquences que cela comporte (14). En effet, l'épisiotomie reste une lésion périnéale et nécessite donc une suture. De ce fait, elle peut être responsable de douleur sévère, de saignement, d'infection, de dyspareunie (15)(2). Certains auteurs ont même émis l'hypothèse qu'elle puisse contribuer à long terme à une incontinence urinaire (2) (15); elle perdrait donc sa supposée vertu d'« acte protecteur » (15)(16).

Alors que l'épisiotomie a été largement employée jusque dans les années 1980, son intérêt préventif a été remis en question par des publications postérieures, qui ont souligné l'augmentation du risque de lésions rectales et du sphincter anal lié à cette intervention (11).

Or nous rappelons qu'initialement elle avait pour objectif de prévenir les lésions périnéales sévères et de diminuer l'asphyxie perpartum pendant la phase d'expulsion, en facilitant les manœuvres obstétricales et en raccourcissant la durée de l'accouchement (7). Elle était également pratiquée car on pensait qu'elle diminuerait les lésions cérébrales néonatales ainsi que le taux de douleur et d'infection du post-partum (17).

Finalement on s'aperçoit que l'épisiotomie augmente, non seulement les pertes sanguines, mais également l'hémorragie de la délivrance. Par ailleurs, le temps de reprise des rapports sexuels est retardé et la vision négative que la femme a de son image corporelle peut perdurer (17).

En 2000 et 2009, Carroli et al constataient des résultats dénigrant le recours à l'épisiotomie dans le but de réduire les lésions périnéales. Et les RPC du CNGOF avaient conclu en 2006 à l'absence d'évidence scientifique de l'intérêt protecteur de l'épisiotomie, sauf peut-être, sur les périnées courts, soit les périnées dont la distance ano-vulvaire avant ampliation était inférieure à 3cm (18).

C'est dans ce contexte que les gynécologues-obstétriciens ont émis de nouvelles recommandations en décembre dernier visant à une bonne pratique de l'accouchement, mentionnant ainsi la pratique de l'épisiotomie.

Pour comprendre l'enjeu des troubles périnéaux, il existe deux classifications usuelles pour les lésions obstétricales périnéales : la classification française et la classification anglo-saxonne du RCOG (tableau 1), la classification anglo-saxonne est la plus utilisée.

Classification des déchirures périnéales obstétricales.

Classification française	Classification RCOG - OMS	Lésions anatomiques
<i>Périnée intact</i>		Sans
<i>Périnée superficiel</i>	1 ^{er} degré	Épithélium vaginal ou vulvaire
<i>Périnée simple</i>	2 ^e degré	Muscles du périnée (noyau central du périnée)
<i>LOSA</i>		
<i>Périnée complet</i>	3 ^e degré-a	Moins de 50 % du sphincter anal externe
	3 ^e degré-b	Plus de 50 % du sphincter anal externe
	3 ^e degré-c	Sphincter anal interne (muscleuse rectale)
<i>Périnée complet compliqué</i>	4 ^e degré	Muqueuse rectale

Tableau 1 classification des déchirures périnéales obstétricales selon le RCOG, le CNGOF.

5. Questionnements motivant le travail

La gestion d'un accouchement est un souci perpétuel pour les équipes médicales. Les obstétriciens et les sages-femmes ont dû adapter leurs discours, accompagner et rassurer les femmes enceintes d'autant qu'est apparu ces dernières années le terme médiatique de « violences obstétricales », qui vulgarise certaines pratiques professionnelles dont l'épisiotomie et auquel doivent faire actuellement face les praticiens.

L'ensemble des professionnels de santé est régulièrement amené à s'engager dans des démarches qui visent à améliorer la prise en charge globale des patients.

En outre, la pratique clinique est en continuelle évolution du fait des innovations médicales et des recherches scientifiques (19).

La démarche d'évaluation des pratiques professionnelles vise donc à réduire les pratiques non adaptées aux besoins des patientes ainsi que leurs conséquences en faisant bénéficier à chacun de soins efficaces, efficients, sûrs, conformes aux données actualisées de la science et adaptés à ses choix (décret du 14/04/05 relatif à l'évaluation des pratiques professionnelles).

Dans ce contexte d'esprit critique, une évaluation des pratiques professionnelles a été motivée par l'apparition de ces nouvelles recommandations en décembre dernier, afin de pouvoir faire un état de la prise en charge obstétricale, plus précisément sur l'épisiotomie, dans notre région du Poitou-Charentes, afin de trouver des outils/solutions d'amélioration de

nos pratiques dans le cas où si celles-ci ne seraient pas conformes aux recommandations actuelles.

6. Objectif de l'étude

L'objectif principal de l'étude était de faire un état des lieux de la pratique de l'épisiotomie dans la région du Poitou-Charentes au moment de la publication des nouvelles recommandations du CNGOF.

L'hypothèse de ce travail était la suivante : les recommandations de 2018 allaient apporter un bénéfice à la pratique clinique et aux patientes.

De cet objectif principal découlaient les objectifs secondaires suivants :

- D'apporter une analyse critique des pratiques de notre région sur la pratique de l'épisiotomie par rapport aux recommandations.
- De voir si les recommandations modifiaient les pratiques professionnelles.
- D'analyser les situations mettant en pratique une épisiotomie au regard des problématiques maternelles et fœtales.
- De recenser les techniques de réalisation et de réparation d'usage dans le Poitou-Charentes.

MATERIEL & METHODES

Il s'agissait d'une enquête déclarative de pratiques.

1. Données épidémiologiques

Il s'agissait d'une étude d'évaluation de pratiques des professionnels de santé travaillant en salle de naissance dans les douze centres hospitaliers de l'ancienne région Poitou-Charentes (nouvellement Nouvelle Aquitaine) entre décembre 2018 à janvier 2019.

La région du Poitou-Charentes comportait quatre départements :

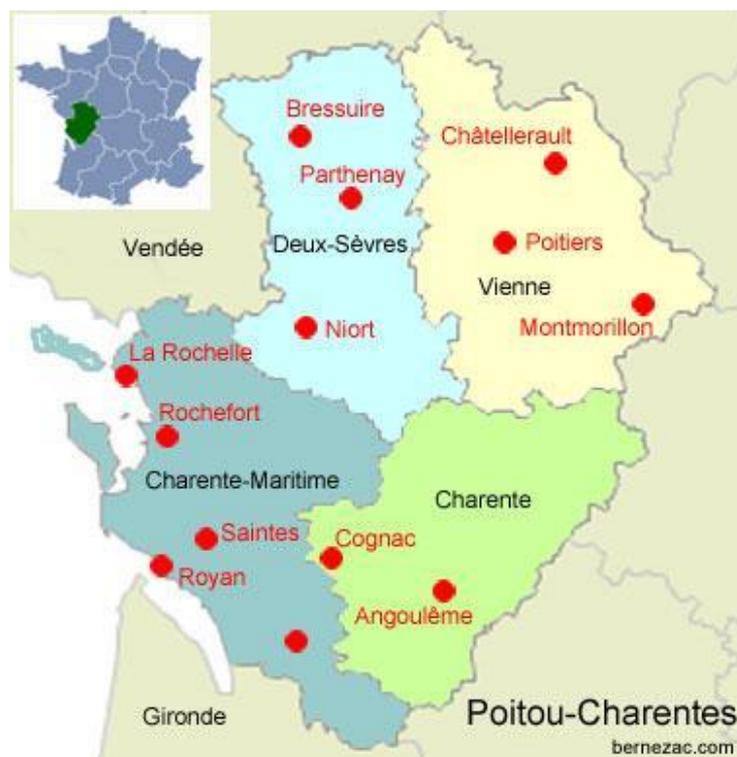


Figure 2 Carte de la région du Poitou-Charentes.

- Le département de la Charente (16)

Sa population était de 350 240 habitants au 1^{er} janvier 2019 selon INSEE.

Le nombre d'accouchement (césarienne et voie basse) était de 2 975 soit 2 483 accouchements voie basse au 1^{er} janvier 2018 avec un taux d'épisiotomie rapporté de 13% (PMSI).

Il existe trois maternités : deux publiques (Centre hospitalier d'Angoulême, niveau 2b et la maternité de Cognac, niveau 1) et une privée (Centre clinique de Soyaux, niveau 1).

- Le département de la Charente-Maritime (17)

Sa population était de 646 016 habitants au 1^{er} janvier 2019 selon INSEE.

Le nombre d'accouchement cumulé césarienne et voie basse était de 4 730 au 1^{er} janvier 2018, le nombre d'accouchement voie basse était de 3 763, avec un taux d'épisiotomie codé à 17% (données du PMSI).

Il existe trois maternités publiques : L'hôpital de Rochefort (un niveau 2a), les hôpitaux de de Saintes et de La Rochelle (de niveau 2b).

- Le département de la Vienne (86)

Sa population était de 437 368 habitants au 1^{er} janvier 2019 selon INSEE.

Le nombre d'accouchement (césarienne et voie basse) était de 4 168, soit 3 473 accouchements voie basse au 1^{er} janvier 2018 (données du PMSI). Le taux d'épisiotomie rapporté était de 13%.

Les maternités sont : le centre référence de cette région le CHU de Poitiers de niveau 3, l'hôpital public de Châtellerauld de niveau 1, et une maternité privée à Poitiers le Fief de Grimoire.

- Le département des deux-Sèvres (79)

Sa population était de 374 873 habitants au 1^{er} janvier 2019 selon INSEE.

Le nombre d'accouchement (césarienne et voie basse) était de 2 807, soit 2 374 accouchements voie basse au 1^{er} janvier 2018 (données du PMSI) avec un taux d'épisiotomie rapporté à 15%.

Il existe deux maternités publiques (l'hôpital Nord des Deux-Sèvres à Bressuire de niveau 2a, l'hôpital de Niort de niveau 2b), et une privée (la clinique d'Inkermann à Niort).

		Ensemble	Femmes					
		TOTAL	0 à 19 ans	20 à 39 ans	40 à 59 ans	60 à 74 ans	75 ans et plus	Total
16	Charente	350 240	34 953	34 556	47 708	37 856	25 769	180 842
17	Charente-Maritime	646 016	64 031	61 508	85 472	77 120	49 479	337 610
86	Vienne	437 368	50 458	50 844	55 677	40 972	28 639	226 590
79	Deux-Sèvres	374 873	42 439	37 092	50 906	36 171	25 287	191 895
France métropolitaine		64 812 052	7 543 914	7 757 771	8 601 082	5 819 876	3 727 970	33 450 613
France métr +DOM		66 992 699	7 897 418	8 029 528	8 904 604	5 967 475	3 799 143	34 598 168

Tableau 2 Estimation de la population au 1er janvier 2019, par département, sexe et grande classe d'âge, INSEE.

Il y a eu 753 066 accouchements (césarienne et voie basse confondues) soit 601176 accouchement voie basse sur l'ensemble du territoire français au 1^{er} janvier 2018. Le nombre d'épisiotomie rapporté était de 84 957 soit 14% (données du PMSI).

	Habitants	Nombre d'accouchement (césarienne+ AVB)	Nombre d'accouchement voie basse	% Episiotomie
Charente (16)	350 240	2 975	2 483	13%
Charente Maritime (17)	648 016	4 730	3 763	17%
Vienne (86)	437 368	4 168	3 473	13%
Deux-Sèvres (79)	374 873	2 807	2 374	15%
Poitou-Charentes		14 680	12 093	14.5%
France		753 066	601176	14%

Tableau 3 Répartition des accouchements et du taux d'épisiotomie par département au 1^{er} janvier 2018, PMSI.

	Nombre maternités	Maternité publique	Maternité privée	% Episiotomie
Charente (16)	3	Angoulême : niveau 2b Cognac : niveau 1	Soyaux : niveau 1	13%
Charente Maritime (17)	3	Rochefort : niveau 2a Saintes : niveau 2b La Rochelle : niveau 2b	0	17%
Vienne (86)	3	CHU Poitiers : niveau 3 Châtelleraut : niveau 1	Fief de grimoire Poitiers : niveau 2a	13%
Deux-Sèvres (79)	3	Bressuire : niveau 2a Niort : niveau 2b	Inkermann Niort : niveau 1	15%
Poitou-Charentes	12			14.5%

Tableau 4 Répartition par département des maternités et du taux d'épisiotomie au 1^{er} janvier 2018, PMSI.

2. La population étudiée

Les critères d'inclusions étaient :

- Les maternités de tout niveau confondu, ouvertes en décembre 2018.
- Les médecins (assistants, chefs de clinique, praticiens hospitaliers, praticiens hospitaliers contractuels) ayant une activité obstétricale en salle de naissance dans une des maternités ouvertes du Poitou-Charentes.
- Les sages-femmes diplômées ayant une activité en salle de naissance dans une des maternités ouvertes du Poitou-Charentes.

Les critères de non inclusions étaient :

- Les maternités du Poitou-Charentes qui venaient de fermer en 2018
- Les étudiants sages-femmes
- Les internes de gynécologie-obstétrique

Les équipes médicales et sages-femmes ont été contactées pour la plupart par mail via le cadre Sage-femme ou le cadre des soins début décembre 2018.

Les cadres sages-femmes étaient au préalable contactées par téléphone : le sujet leur était exposé et une demande de participation à l'étude était confirmée par oral. Certaines ont été jointes par mail ; l'accord de participation à l'étude était alors confirmé par mail. Les cadres acceptaient par la suite de transférer par mail à toute leur équipe (sages-femmes et médecins) le lien pour un questionnaire à remplir en ligne.

Un premier envoi a été fait en décembre 2018 et plusieurs relances informatiques et téléphoniques ont été faites via les cadres sage-femme, les chefs de services, les médecins et les sages-femmes des urgences obstétricales.

Dans la mesure où certaines politiques informatiques propres à certains centres refusaient l'accès à la plateforme « Google Forms » via les ordinateurs de leurs hôpitaux, les mails ont été envoyés sur les adresses personnelles pour que l'accès au questionnaire fût plus simple.

3. Questionnaire standardisé

Le questionnaire a été réalisé sur la plateforme gratuite « Google Forms ».

Il comportait vingt questions courtes, sous forme de QCM mais une seule réponse était possible.

Une seule question était ouverte.

Enfin, Le questionnaire n'était pas anonymisé, pour une gestion plus simple des données.

4. Analyses Statistiques et mise en forme des résultats

Toutes les statistiques ont été faites grâce à la plateforme gratuite « Google Forms » et au logiciel Excel.

Les données ont été exprimées en pourcentage, moyenne et médiane.

Les résultats ont ensuite été mis sous forme d'histogrammes, de diagrammes circulaires ou en graphique à barres groupées.

RESULTATS

1. Epidémiologie

A. Diagramme de flux et réponses au questionnaire

Sur les douze maternités de la région, trois étaient privées.

Quatre cent soixante-treize professionnels de santé (sages-femmes, obstétriciens, étudiants sage-femme et internes) ont reçu le mail avec le lien pour le questionnaire à répondre en ligne.

Quatre-vingt-quatre étudiants (sages-femmes et internes) ont été exclus.

Quarante-deux sages-femmes et 21 obstétriciens travaillaient dans le privé alors que 259 sages-femmes et 67 obstétriciens travaillaient dans le public (figure 3).

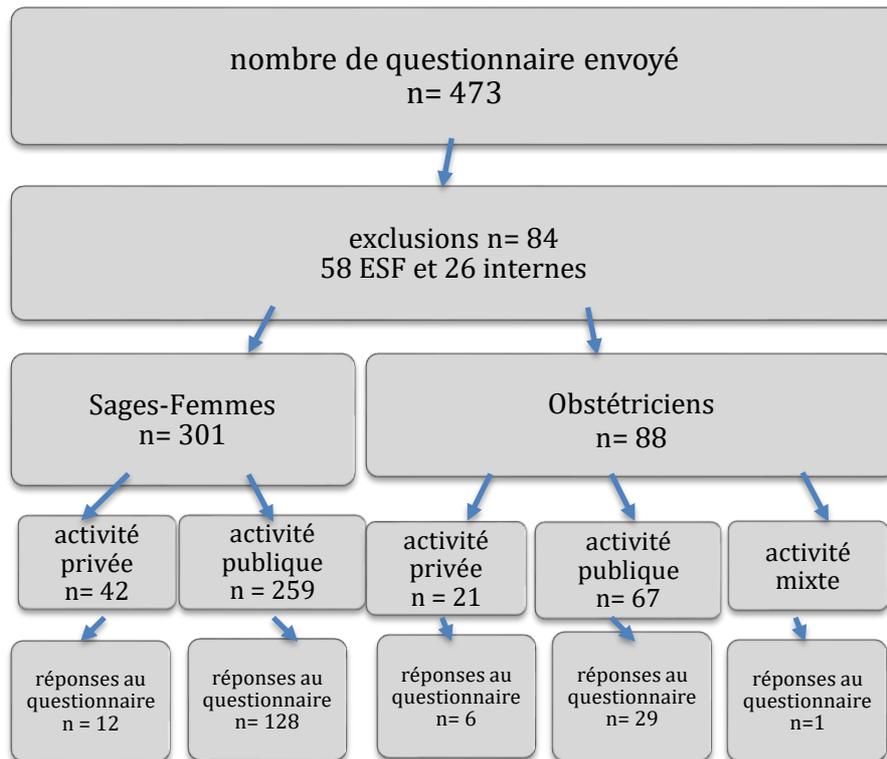


Figure 3 Diagramme de flux.

Le nombre de praticien qui ont répondu au questionnaire était de 176 obstétriciens et sages-femmes confondus, soit 36 médecins obstétriciens et 140 sages-femmes.

La répartition des sages-femmes et des obstétriciens ayant répondu au questionnaire se trouve au niveau de la figure 4 :

- Pour les maternités de niveau 1 nous avons eu des réponses de 5 obstétriciens et 8 sages-femmes.
- Pour les maternités de niveau 2a nous avons eu des réponses de 6 obstétriciens et de 23 sages-femmes.
- Pour les maternités de niveau 2b nous avons eu des réponses de 17 obstétriciens et de 81 sages-femmes.
- Pour la maternité de niveau 3 nous avons eu des réponses de 8 obstétriciens et de 28 sages-femmes.

Nous avons eu dix-huit réponses de praticiens (sages-femmes et obstétriciens) ayant une activité privée et une réponse d'un obstétricien ayant une activité mixte.

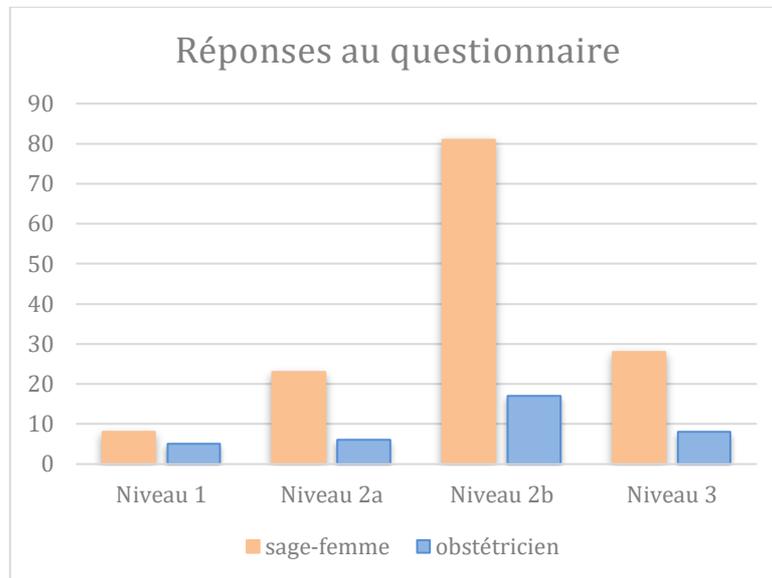


Figure 4 Réponses au questionnaire selon les maternités et les praticiens.

B. L'information donnée aux patientes

La question posée aux praticiens était : « lorsque vous vous décidez à réaliser une épisiotomie, comment et à quel moment informez-vous la patiente ? (Question 1, Annexe 1) :

- Je l'informe au moment du geste que je réalise l'épisiotomie
- Je l'informe de la nécessité du geste et recueille son consentement oral avant sa réalisation
- Je l'informe de la nécessité du geste et recueille son consentement écrit avant sa réalisation
- Je l'informe de la réalisation de l'épisiotomie une fois l'accouchement terminé. »

Dans notre région, l'information est donnée de différentes manières (figure 5) : les sages-femmes annonçaient principalement (41% des sages-femmes) la réalisation de l'épisiotomie une fois l'accouchement terminé, tandis que les médecins annonçaient majoritairement (50% des médecins) au moment où le geste était réalisé. Aucun des praticiens ne recueillaient un consentement écrit de la patiente avant la réalisation de l'épisiotomie.

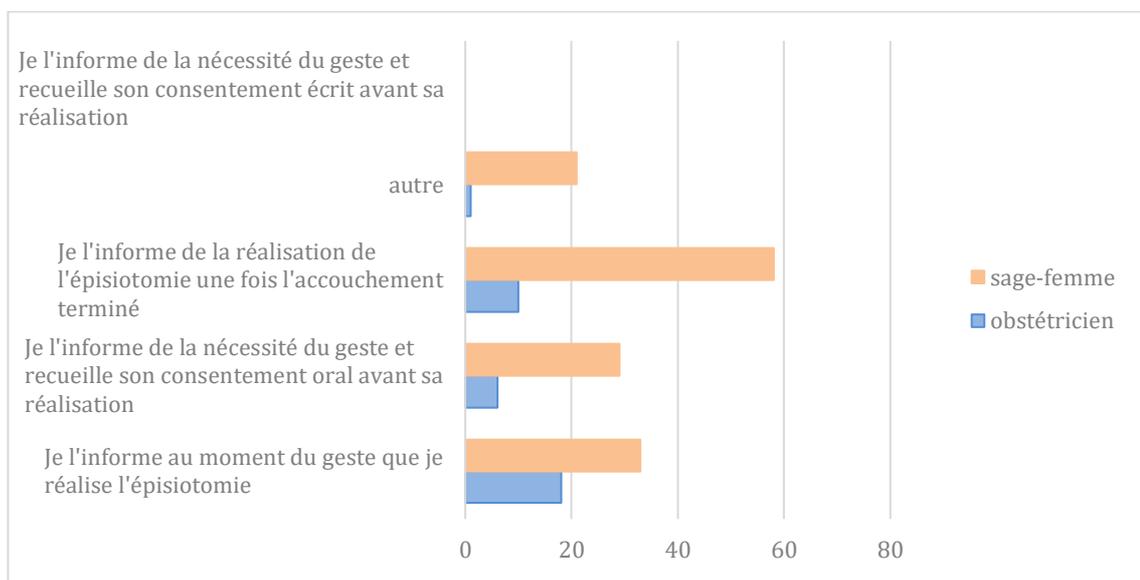


Figure 5 Information de la réalisation de l'épisiotomie.

L'information était donnée une fois l'accouchement terminé chez 38% des praticiens, au moment de la réalisation du geste pour 29% d'entre eux, et pour 20% avant la réalisation du geste.

C. Auto-évaluation : situation similaire AVB spontané chez la nullipare

La question posée aux praticiens était (Question 2, Annexe 1) : « en cas d'accouchement spontané en présentation céphalique chez la nullipare, à quelle fréquence pensez-vous pratiquer l'épisiotomie ? ».

Sur les 176 réponses obtenues, les taux annoncés par les professionnels concernant leur pratique de l'épisiotomie pour un AVB spontané en présentation céphalique chez une nullipare étaient de (figure 6) :

- <10% d'épisiotomie : pour 145 professionnels (82%)
- Entre 10 et 29% : pour 24 d'entre eux (14%)
- Entre 30 et 59% : pour 5 d'entre eux (3%)
- Entre 60 et 90% : pour 2 d'entre eux (1%)
- >90% : pour aucun professionnel.

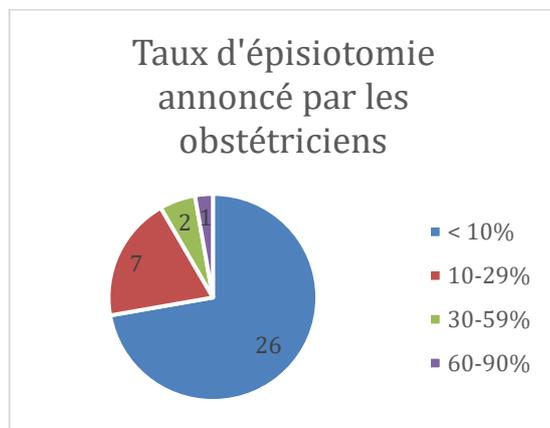
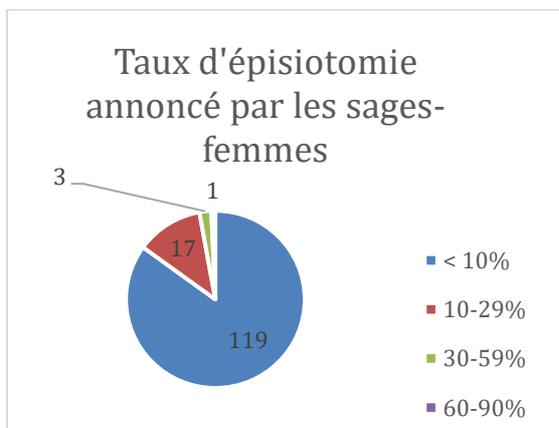
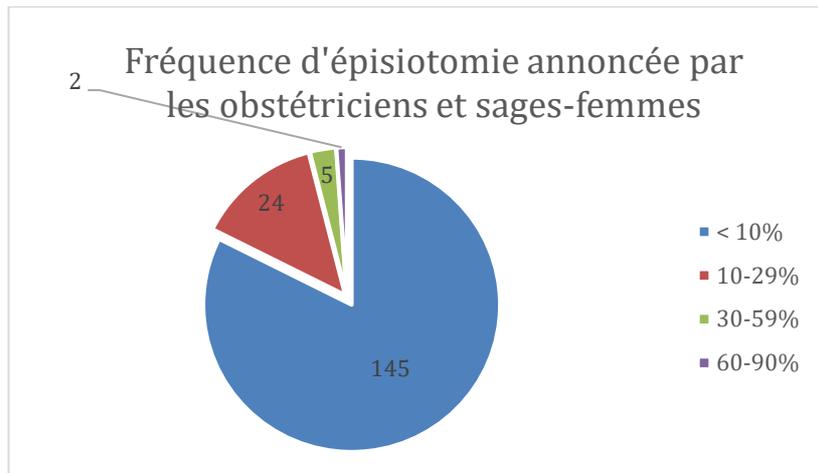


Figure 6 Répartition selon les praticiens de la fréquence d'épisiotomies réalisées supposée.

On s'apercevait que pour un AVB physiologique, que ce soit 72% des médecins ou 85% des sages-femmes, les praticiens pratiquaient moins de 10% d'épisiotomie.

Nous avons constaté que 6% des médecins et 2% des sages-femmes pratiquaient entre 30 et 59% d'épisiotomie pour un AVB physiologique. Alors que 3% des médecins pratiquaient une

épisiotomie à une fréquence entre 60 et 90% pour un AVB physiologique, 1% des sages-femmes quant à elles pratiquaient l'épisiotomie à cette fréquence (figure 6 et tableau 5).

	Médecins	Sages-Femmes
<10%	72% (26)	85% (119)
10-29%	19% (7)	12% (17)
30-59%	6% (2)	2% (3)
60-90%	3% (1)	1% (1)
>90%	0	0

Tableau 5 Comparaison des taux d'épisiotomie annoncés entre médecins et sages-femmes.

Concernant l'AVB chez la nullipare, la question posée aux praticiens était « chez la nullipare, pour un accouchement spontané, réalisez-vous une épisiotomie ? (Question 3, Annexe 1) :

- Systématiquement quelles que soient les conditions
- Pour limiter les déchirures sphinctériennes
- Pour accélérer l'accouchement
- Pour aider la patiente après des efforts expulsifs supérieur à 30 minutes
- Lorsque le périnée est trop tonique
- Aucune des réponses précédentes. »

L'épisiotomie était réalisée dans notre région selon ce schéma : la réponse « aucune des réponses précédentes » a été choisie dans 47% des cas, et dans 37% des cas elle était réalisée lorsque le périnée était trop tonique (figure 7).

Si l'on regardait la pratique de l'épisiotomie des sages-femmes seules, pour un AVB en présentation céphalique chez la nullipare nous avons : 50 réponses « lorsque le périnée est

trop tonique » (36%), 12 pour « éviter des déchirures sphinctériennes » (9%), 65 dans aucun cas du questionnaire (46%) et aucun ne réalisait une épisiotomie systématiquement.

Les réponses des obstétriciens étaient à peu près similaires : 47,22% dans aucune situation proposée, 44,44% si le périnée était trop tonique, et 5,56% pour « éviter des déchirures sphinctériennes ».

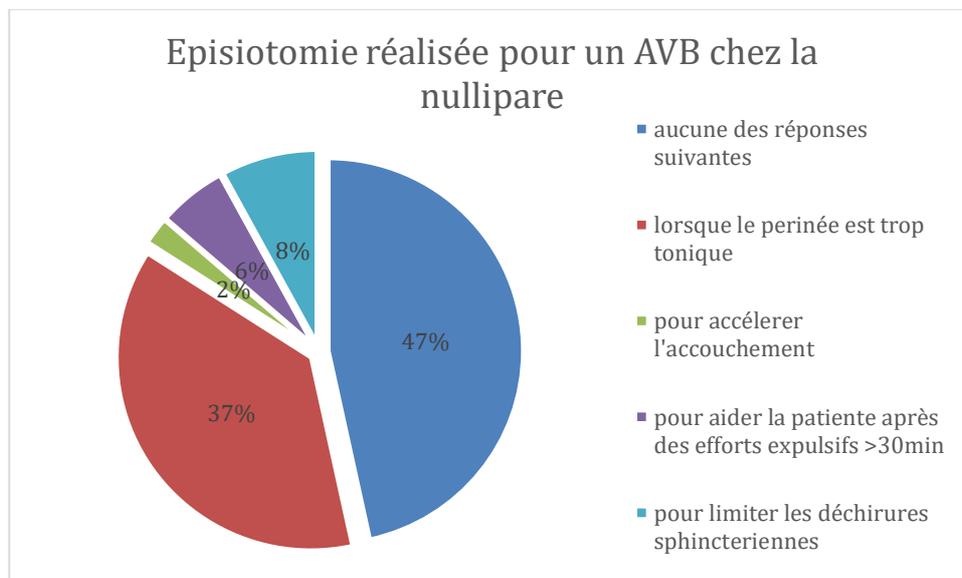


Figure 7 Réponses des médecins et sages-femmes sur la réalisation d'une épisiotomie lors d'un accouchement voie basse chez la nullipare, en présentation céphalique.

En se focalisant sur l'activité privée des praticiens, il n'y avait qu'un seul praticien qui a répondu « aucune des réponses précédentes » à cette question « chez la nullipare, pour un AVB spontané, réalisez-vous une épisiotomie ? ». La plupart des praticiens ayant une activité publique ont répondu « aucune des réponses précédentes », puis ils ont répondu pratiquer une épisiotomie lorsque le périnée était trop tonique dans cette situation d'accouchement spontané pour 54 d'entre eux ayant une activité publique et 12 ayant une activité privée (figure 8).

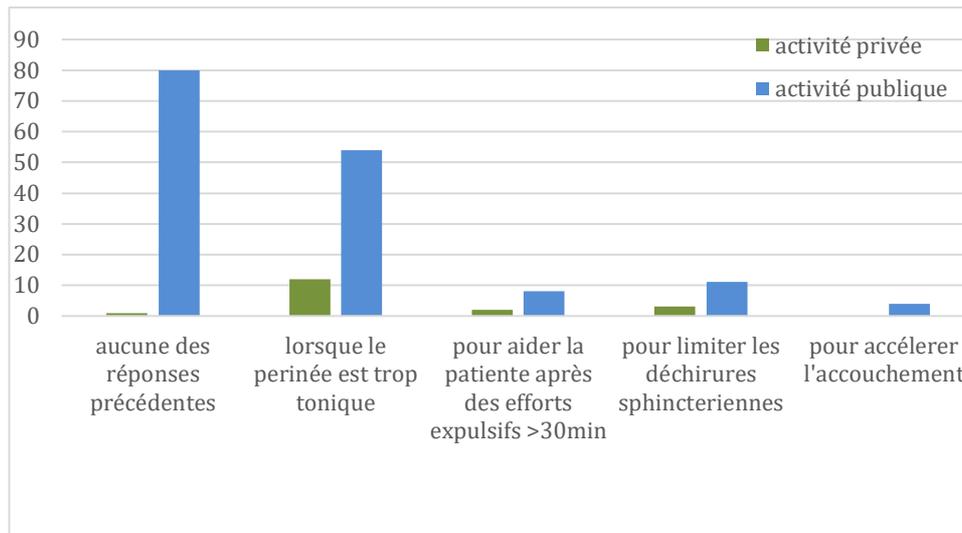


Figure 8 Pratique de l'épisiotomie réalisée pour un AVB en présentation céphalique chez la nullipare selon une répartition d'activité privée ou publique

2. Reflet des pratiques selon des problématiques maternelles

La première question posée sur les problématiques maternelles était (annexe 1) :

« Si le périnée semble se rompre au moment de l'expulsion, réalisez-vous une épisiotomie ?

(Question 11, Annexe 1) :

- Systématiquement quelles que soient les conditions
- Pour limiter les déchirures sphinctériennes
- Pour limiter le nombre de déchirure superficielle ou simple
- Aucune des réponses précédentes ?».

La première concernait donc la propre appréciation du praticien au moment de l'expulsion, sur la sensation que le périnée semblait se rompre ; l'épisiotomie dans ce cas était réalisée (figure 9) :

- Pour 2 sages-femmes systématiquement quelles que soit les conditions,
- Pour 53 praticiens (30%) pour limiter les déchirures sphinctériennes,

- Pour un obstétricien pour limiter les déchirures superficielles ou simples,
- Pour la plupart (120 praticiens soit 68%) dans aucune proposition du questionnaire.

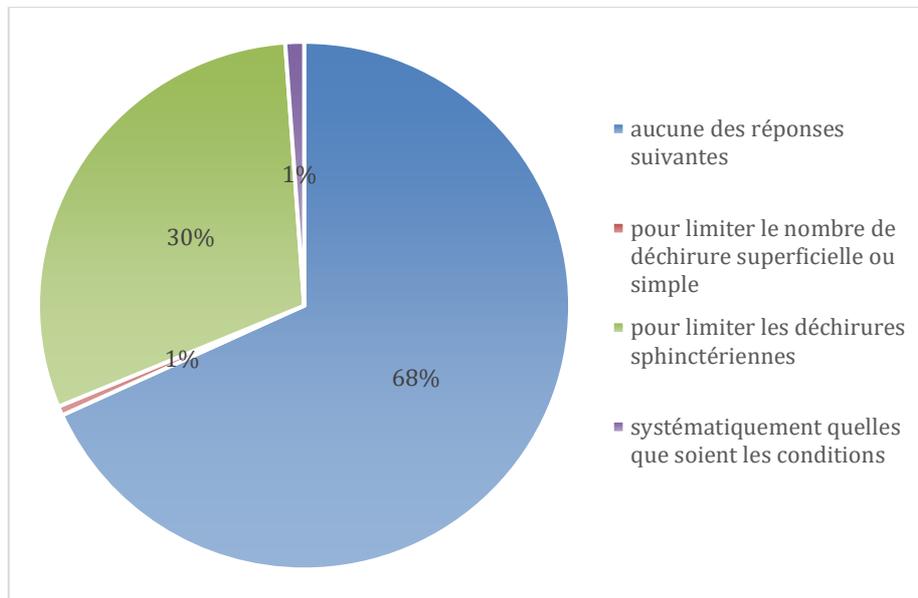


Figure 9 Réalisation de l'épisiotomie selon les praticiens lorsque le périnée semble se rompre.

La deuxième question posée sur la problématique maternelle était (Question 12, Annexe 1) : « S'il existe un antécédent de lésion périnéale stade III (périnée complet non compliqué) ou stade IV (périnée complet compliqué), réalisez-vous une épisiotomie :

- Systématiquement quelles que soient les conditions
- Pour limiter la récurrence des déchirures sphinctériennes
- Pour limiter une récurrence plus sévère de déchirure sphinctérienne
- Lorsqu'il existe un risque d'acidose fœtale
- Lorsque le périnée est trop tonique
- Aucune des réponses précédentes ?».

Les réponses des praticiens à cette question sont réparties de la sorte (figure 10) :

- Pour 15 praticiens (soit 9%) systématiquement quelles que soient les conditions (3 obstétriciens et 12 sages-femmes),
- Pour 35 praticiens (7 obstétriciens et 28 sages-femmes) en vue de limiter la récurrence de déchirure sphinctérienne (soit 20%),
- Pour 21 praticiens (4 obstétriciens et 17 sages-femmes) en vue de limiter une récurrence plus sévère de déchirure sphinctérienne (soit 12%),
- Pour 34 praticiens (9 obstétriciens et 25 sages-femmes) lorsque le périnée était trop tonique (soit 19%),
- Pour 18 sages-femmes lorsqu'il existait un risque d'acidose fœtale (soit 10% des praticiens),
- Pour 53 praticiens (soit 30% correspondant à 13 obstétriciens et 40 sages-femmes) dans aucune des propositions du questionnaire.

Ainsi, 36% des obstétriciens et 29% des sages-femmes ont répondu ne pas réaliser d'épisiotomie systématiquement selon les propositions du questionnaire (« aucune des réponses »).

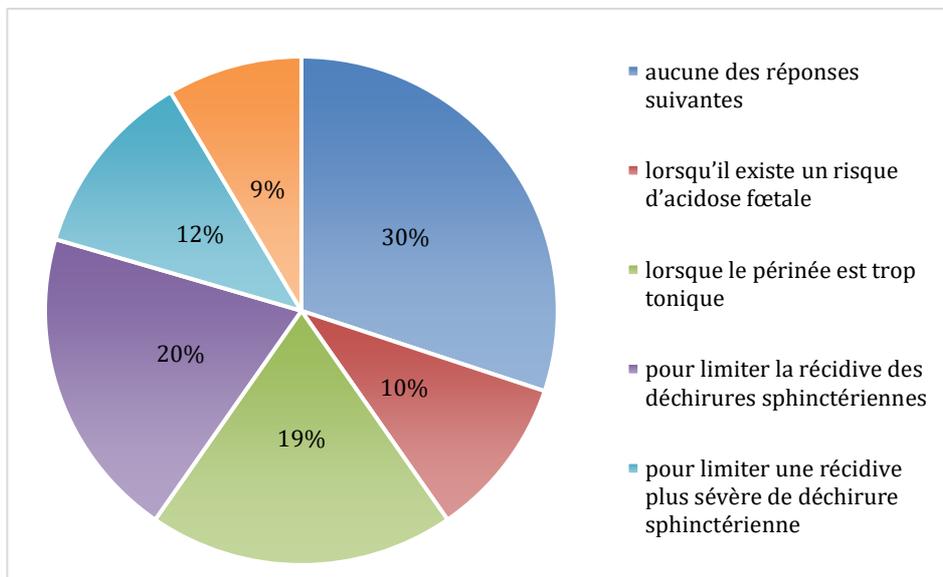


Figure 10 La réalisation d'une épisiotomie en cas d'antécédent de LOSA.

3. Reflet des pratiques médicales selon des problématiques materno-fœtales : cas des extractions instrumentales.

Trois questions du questionnaire concernant les extractions instrumentales étaient orientées pour les médecins. Les questions étaient (Question 6, 7, 8, Annexe 1) : « Si vous entreprenez une extraction instrumentale par ventouse/forceps/ spatules (respectivement pour les trois questions), réalisez-vous une épisiotomie :

- Systématiquement quelles que soient les conditions
- Pour limiter les déchirures sphinctériennes
- Pour accélérer l'accouchement
- Lorsqu'il existe un risque d'acidose fœtale
- Lorsque le périnée est trop tonique
- Aucune des réponses suivantes ».

Il avait un item pour les sages-femmes : « je ne réalise pas d'extraction instrumentale ».

La figure 11 récapitule les réponses des 36 obstétriciens aux questions sur la pratique de l'épisiotomie lors d'une extraction instrumentale :

- L'épisiotomie était pratiquée systématiquement quelles que soient les conditions par un obstétricien lors d'une extraction par ventouse, et par deux obstétriciens lors d'une extraction par forceps.
- L'épisiotomie était pratiquée lorsque le périnée était trop tonique pour 15, 14 et 11 obstétriciens lorsqu'il s'agissait d'une extraction respectivement par ventouse, forceps et spatules.
- L'épisiotomie était réalisée pour limiter les déchirures sphinctériennes par 6, 9, et 3 obstétriciens lorsqu'il s'agissait d'une extraction respectivement par ventouse, forceps et spatules.

- Le critère d'acidose fœtale amenait à réaliser une épisiotomie pour 3, 2 et 2 obstétriciens lorsqu'il s'agissait d'une extraction respectivement par ventouse, forceps et spatules.
- Onze, sept et neuf obstétriciens lorsqu'il s'agissait d'une extraction respectivement par ventouse, forceps et spatules n'ont répondu à aucun des items proposés.
- Les spatules ne sont pas utilisées par quinze obstétriciens de l'étude, et les forceps par deux.

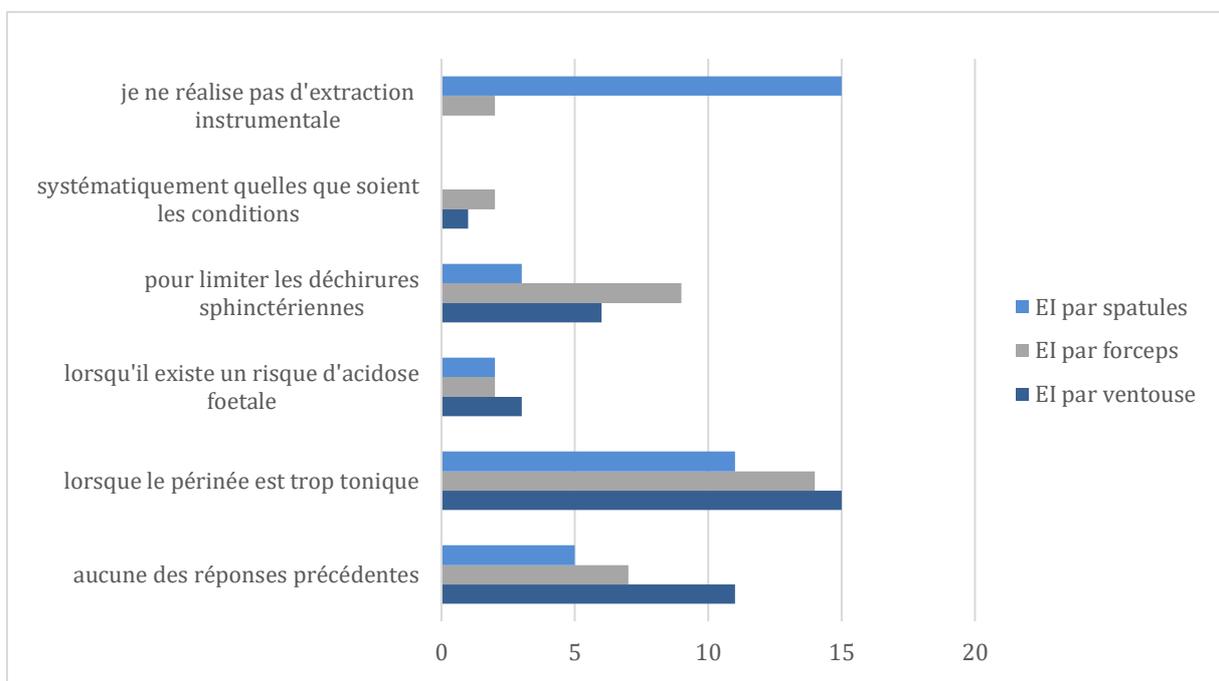


Figure 11 Répartition de la pratique de l'épisiotomie par les obstétriciens en fonction de l'instrument utilisé lors de l'extraction.

4. Reflet des pratiques selon des problématiques fœtales

Les praticiens ont répondu aux questions concernant la pratique de l'épisiotomie lors d'une suspicion de macrosomie fœtale, d'une dystocie des épaules nécessitant une manœuvre obstétricale, ou bien lors de présentation podalique ou en variété postérieure. Les questions étaient les suivantes :

« S'il existe une suspicion de macrosomie, réalisez-vous une épisiotomie (Question 4, Annexe 1) :

- Systématiquement quelles que soient les conditions
- Pour limiter les déchirures sphinctériennes
- Pour accélérer l'accouchement
- Lorsque le périnée est trop tonique
- Aucune des réponses précédentes ? » ;

« S'il existe une dystocie des épaules nécessitant une manœuvre obstétricale (Wood inversé, manœuvre de Jacquemier ...), réalisez-vous une épisiotomie (Question 5, Annexe 1) :

- Systématiquement quelles que soient les conditions
- Pour limiter les déchirures sphinctériennes
- Pour accélérer l'accouchement lorsque le périnée est trop tonique,
- Aucune des réponses précédentes ? » ;

« Réalisez-vous une épisiotomie s'il existe des anomalies du rythme cardiaque fœtal classées pathologiques (risque important d'acidose) (Question 13, Annexe 1) :

- Oui
- Non
- Au cas-par-cas. »

L'épisiotomie était réalisée lors d'une suspicion de macrosomie fœtale (figure 12) :

- Lorsque le périnée était trop tonique dans 29% (51 réponses)
- En vue de limiter les déchirures sphinctériennes dans 11% (19 réponses)
- Pour aider la patiente après plus de 30 minutes d'efforts expulsifs dans 7% (13 réponses)
- Pour la plupart dans aucune des propositions du questionnaire (52% soit 92 réponses).

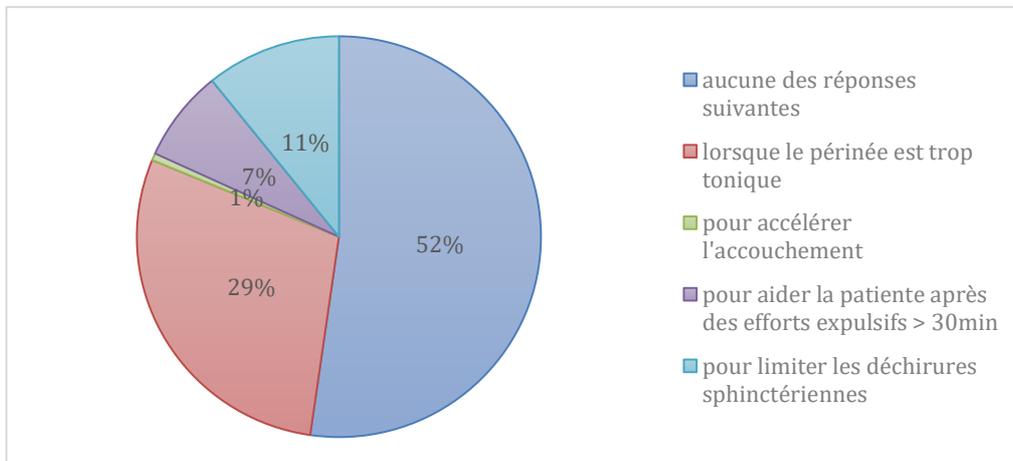


Figure 12 Réalisation de l'épisiotomie en cas de suspicion de macrosomie fœtale.

La figure 13 retrace les réponses de la pratique de l'épisiotomie en cas de suspicion de macrosomie selon les praticiens.

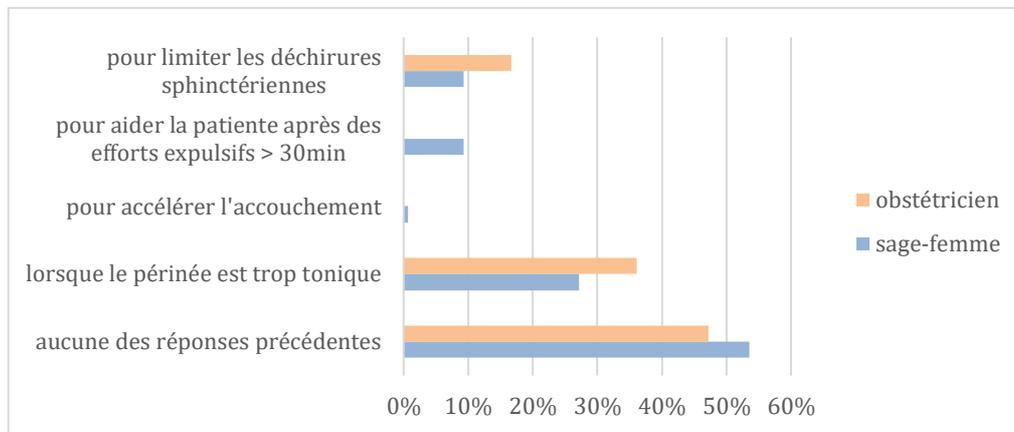


Figure 13 Réalisation d'une épisiotomie en cas de macrosomie fœtale selon les praticiens

Lors d'une dystocie des épaules nécessitant une manœuvre obstétricale, nous avons :

- 59% (104 praticiens) qui ne réalisaient pas une épisiotomie selon les propositions du questionnaire
- 6% (10 praticiens) qui réalisaient une épisiotomie systématiquement quelles que soient les conditions,
- 27% (45 praticiens) qui réalisaient une épisiotomie si le périnée était estimé trop tonique,
- 6% (10 praticiens) qui réalisaient une épisiotomie pour limiter les déchirures sphinctériennes.

Quant aux présentations fœtales : la variété postérieure, les résultats sont présentés au niveau de la figure 14. La majorité des praticiens -moins de la moitié- (44% soit 78 praticiens) ne réalisaient pas d'épisiotomie dans les situations proposées en cas de variété postérieure.

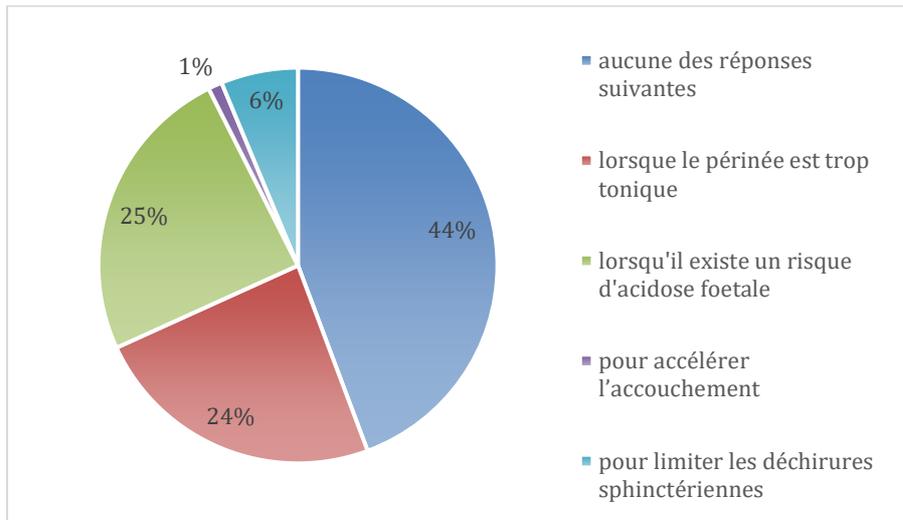


Figure 14 Réalisation de l'épisiotomie en cas de la présentation en variété postérieure

Lorsque le fœtus est en présentation podalique, les obstétriciens réalisaient une épisiotomie :

- Pour aucun des items proposés pour 44%, soit 16 obstétriciens
- Lorsque le périnée est trop tonique pour 36%, soit 13 obstétriciens
- Lorsqu'il existe un risque d'acidose foetal pour 2 obstétriciens
- Pour limiter les déchirures sphinctériennes pour 3 obstétriciens
- Et dans n'importe quelles situations, de manière systématique pour 2 obstétriciens.

S'il existait des anomalies du rythme cardiaque fœtal, l'épisiotomie était réalisée au cas-par-cas pour 85% des praticiens (150 obstétriciens et sages-femmes), n'était pas réalisée pour 12,5% d'entre eux (n=22), et systématiquement pour quatre sages-femmes (figure 15).

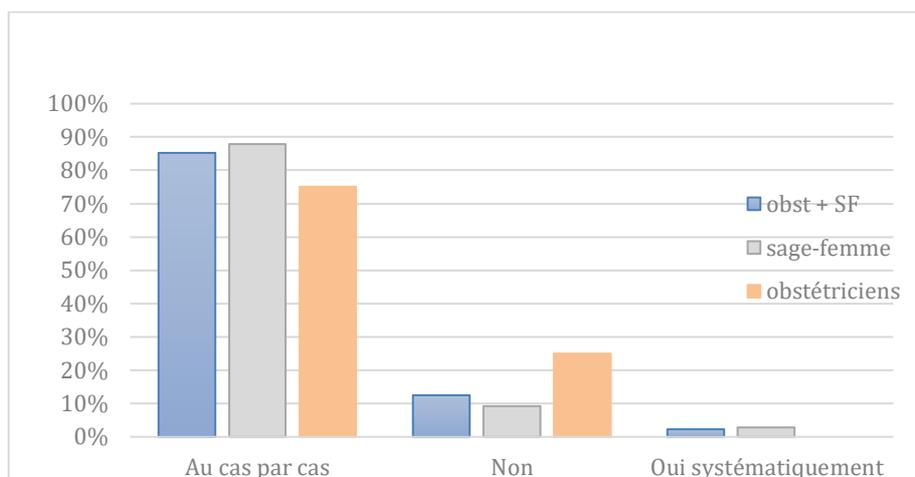


Figure 15 Répartition de la pratique de l'épisiotomie s'il existait une anomalie du RCF

5. Techniques de réalisation et de réparation

La question concernant la réalisation de l'épisiotomie était (Question 14, 15, Annexe 1) :

« Lors de la réalisation de l'épisiotomie, celle-ci est :

- Médiale (fourchette vulvaire)
- Latérale
- Médio-latérale d'angle d'environ 45° par rapport à la fourchette vulvaire
- Médio-latérale d'angle d'environ 60° par rapport à la fourchette vulvaire ? »

Les praticiens de la région réalisaient une épisiotomie (figure 16) :

- Médio-latérale d'environ 45° par rapport à la fourchette vulvaire pour 141 obstétriciens et sages-femmes (80%)
- Médio-latérale d'environ 60° par rapport à la fourchette vulvaire pour 27 obstétriciens et sages-femmes (15%)
- Latérale pour 7 obstétriciens et sages-femmes (4%)
- Médiane pour un médecin ayant une activité publique.

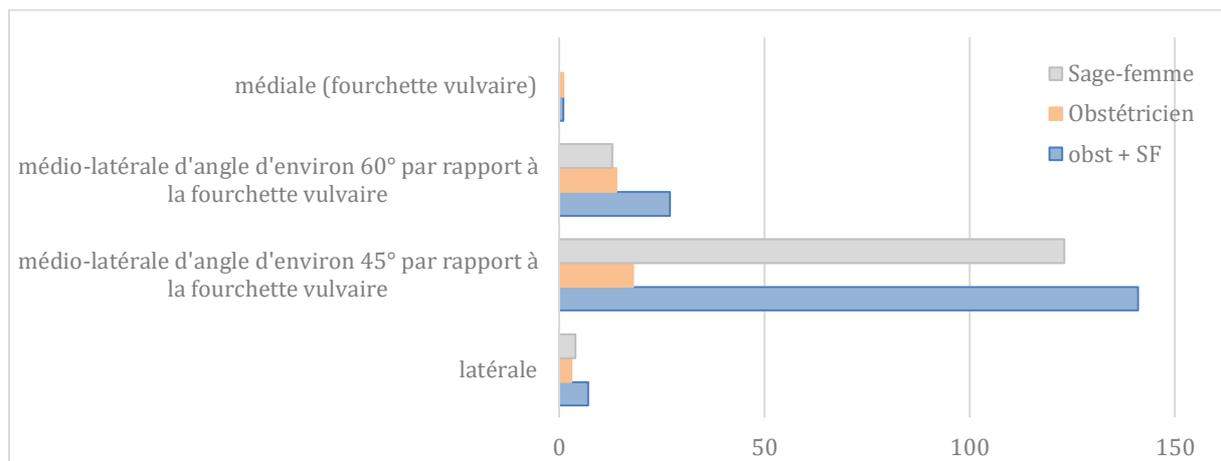


Figure 16 Angle de réalisation de l'épisiotomie selon les praticiens

Les questions sur la réfection de l'épisiotomie étaient (Question 16, 17, Annexe 1) :

« Votre réparation se fait-elle au fil résorbable ?

- Oui
- Non ».

« Votre réparation se fait-elle en un surjet continu ?

- Oui
- Non ».

Lors de la réparation de l'épisiotomie, celle-ci se faisait dans notre région (figure 17) : à 100% au fil résorbable, à 56% en un surjet continu. Vingt-trois obstétriciens et 75 sages-femmes réparaient leur épisiotomie en un surjet continu.

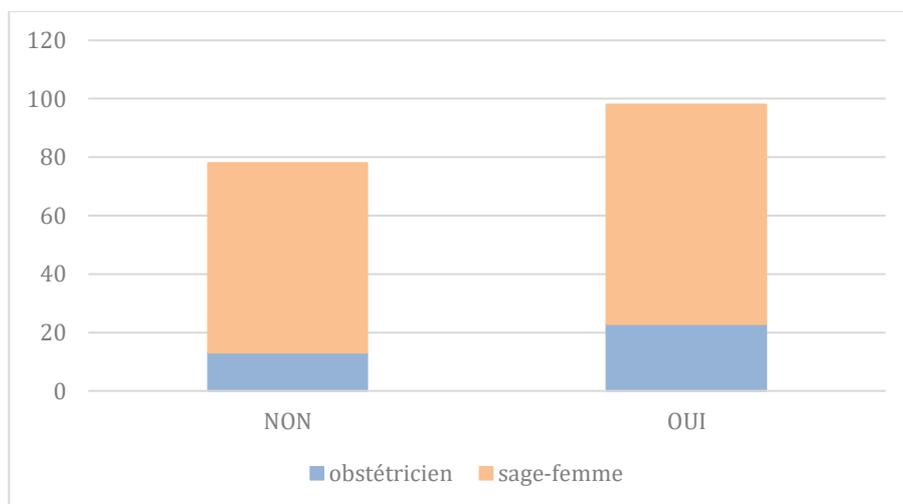


Figure 17 Réparation de l'épisiotomie selon un surjet continu.

DISCUSSION

1. Réponses au questionnaire

Nous avons reçu environ 45% de réponses et ce, malgré de multiples rappels, par mail notamment. Nous aurions espéré obtenir plus de réponses, notamment dans le secteur privé là où nos taux de réponses ont été bas (10% soit 18 praticiens), ce qui peut s'expliquer par un délai de réponse accordé aux praticiens relativement court et par un système de relances perfectible (la cadre sage-femme était le seul point de contact chargée de relancer les autres praticiens).

Avec des taux de réponses plus satisfaisants, il aurait été plus aisé de s'évaluer et d'affiner notre analyse, en mettant en valeur les pratiques à améliorer au regard des dernières recommandations du CNGOF.

En 2009, une étude a été réalisée à Besançon par Eckman et al, dans laquelle les auteurs présentaient leur politique restrictive d'épisiotomie avant et après la publication des recommandations de 2005. Ils ont montré la faisabilité de l'application des recommandations au sein de leur maternité en relevant une forte diminution du taux d'épisiotomie entre 2003 et 2007 (de 18,5% à 3,4%) sans différence significative sur la prévalence des lésions périnéales sévères durant ces années (20).

De même, en 2017, l'équipe américaine de Kozhimannil et al, s'est penchée sur l'application de leurs recommandations restreignant l'épisiotomie libérale, en comparant les hôpitaux universitaires urbains, non universitaires urbains et ruraux. Après la publication de ces recommandations, de manière globale les taux d'épisiotomie ont décru quels que soient les hôpitaux bien que leurs résultats montrassent un taux plus élevé de non-conformité à la pratique recommandée dans les hôpitaux urbains non universitaires (19).

Quant à nos résultats, ils ont montré que la pratique de l'épisiotomie, dans le Poitou-Charentes, reste globalement homogène entre médecins et sages-femmes : 85% des sages-femmes et 72% des médecins pratiquent une épisiotomie dans moins de 10% des accouchements. Cependant il semblerait y avoir une différence entre le privé et le public puisque dans le privé seulement 5% des praticiens annonçaient ne pas pratiquer systématiquement d'épisiotomie lors d'un AVB physiologique contre 50% dans le public, différence similaire, à échelle comparable, à celle observée par l'équipe de Kozhimannil. En effet, dans notre région, les hôpitaux publics sont tous des lieux d'enseignement contrairement aux hôpitaux privés (parallélisme fait avec les hôpitaux universitaires et non universitaires) et il n'y a pas de disparité géographique entre les hôpitaux publics et privés (parallélisme fait entre les hôpitaux urbains et ruraux).

La prévalence de l'épisiotomie reste donc faible, ce qui est conforme aux recommandations basées sur la recherche scientifique.

2. L'information de la patiente

Dans notre région, l'information des patientes est donnée une fois l'accouchement terminé (38%) ou au moment de la réalisation du geste (29%). Cependant, dans notre questionnaire c'était la seule question ouverte (un item « autre » été proposé) et 15% des sages-femmes disaient parvenir à dédramatiser le sujet tout au long du travail en rassurant les patientes et en expliquant la potentielle nécessité de ce type de geste. Les praticiens ne recueillaient pas l'approbation écrite des patientes avant la réalisation du geste. Il est en effet difficile d'obtenir un consentement écrit entre deux efforts de poussée. Pourtant comme le stipule le CNGOF « en cours de travail : pour certains actes, dont l'épisiotomie, il est recommandé d'entreprendre l'échange, brièvement dans ce contexte, entre deux contractions » (21). Les recommandations du CNGOF de 2018 conformément aux publications préconisent ainsi d'expliquer l'indication et de recueillir l'accord de la femme avant de pratiquer l'épisiotomie (22), or nous ne sommes que 20% (figure 5) à avoir une pratique adéquate à savoir que l'information soit donnée à la patiente avant le geste.

Toutefois, informer la patiente est délicat car l'épisiotomie ne se prévoit pas et se fait à un moment où il peut être difficile d'expliquer le geste, les raisons de sa réalisation et d'en attendre une réponse ; d'autant plus que ces dernières années est apparu le terme très médiatique de « violences obstétricales », qui vulgarise certaines pratiques professionnelles dont l'épisiotomie et peut mettre les patientes dans un état psychique difficile vis-à-vis de tout ce qui est perçu comme une mutilation corporelle. Ainsi en 2017, le *Figaro*, dans sa rubrique santé, écrivait que « l'épisiotomie [était] un coup dur pour l'intimité des femmes ». Puis en 2018 c'était *Libération* qui, après l'enquête du Haut Conseil à l'Égalité entre les Femmes et les Hommes, parlait « de violences gynéco : de l'étrier à l'épiso, un rapport douloureux », « On m'a retiré ma vie sexuelle : l'épisiotomie cet acte qui peut traumatiser autant qu'il humilie ». Enfin, l'enquête du Haut Conseil à l'Égalité entre les Femmes et les Hommes affirmait en juin 2018 « qu'un accouchement sur cinq donnait lieu à une épisiotomie, qu'une femme sur deux sur laquelle une épisiotomie a été réalisée déplorait un manque ou l'absence totale d'explication sur le motif de l'épisiotomie ».

Malheureusement, l'idée de l'épisiotomie qu'ont les patientes n'est pas forcément la bonne : il pré-existe une certaine crainte de ce geste ou de séquelles (physiques, psychiques, douleurs, dyspareunies) et les raisons de sa réalisation restent méconnues du grand public.

Dans l'article 6 d'« Autonomy and individual responsibility » de la Déclaration des Droits de l'Homme rédigé en 2005 sous l'égide de l'UNESCO, il est dit que toute intervention préventive, diagnostique ou thérapeutique ne pourra être menée qu'avec le consentement préalable, libre, et éclairé par une information adaptée. Par ailleurs, il y est rappelé que ce consentement doit, quand cela est nécessaire, être exprimé et peut être retiré par la personne concernée à tout moment quelle qu'en soit la raison sans inconvénient ni préjudice (21), (23).

De la même manière, l'HAS en décembre 2017 annonçait que les informations données à la patiente au sujet des indications, des possibilités, des limites, des risques éventuels et des contre-indications des différentes interventions non médicamenteuses et techniques (en particulier l'épisiotomie) utilisables au cours du travail et de l'accouchement, seront clairement exposées et discutées, afin d'aider les femmes à faire un choix éclairé. Les

professionnels de santé, qui délivrent les informations, doivent s'assurer de sa compréhension par la femme ou le couple (24).

Avec ces nouvelles recommandations renforcées par celles de L'HAS, nous pouvons améliorer notre information délivrée en s'efforçant de la faire avant le geste et moins au moment de réaliser le geste ou après l'accouchement.

3. La Pratique de l'épisiotomie selon des problématiques maternelles

Un des enjeux maternels au moment de l'accouchement est la protection périnéale. En effet, celui-ci peut se déchirer à divers niveaux et degrés plus ou moins sévères, comme les LOSA, déchirures atteignant le sphincter anal.

Aussi, l'épisiotomie a été principalement réalisée en vue de réduire ces LOSA pendant des années. Après de multiples articles allant contre une pratique libérale de l'épisiotomie, celle-ci a vu ses taux de réalisation chuter. (20), (5).

Même si nous ne réalisons pas d'épisiotomie de routine (82% des praticiens déclarent réaliser moins de 10% d'épisiotomie), l'épisiotomie est dans notre région, trop réalisée de manière systématique au regard de certaines situations interrogées dans notre questionnaire, notamment lorsque le périnée paraît trop tonique (38% lors d'un AVB chez une nullipare, 29% lors d'un AVB avec suspicion de macrosomie, 24% lors d'un AVB avec une présentation en variété postérieure, 19% s'il existait un antécédent de LOSA). Dans la littérature, il est montré que pour un accouchement normal il n'y a pas de bénéfice reconnu à la pratique de l'épisiotomie (22). C'est pourquoi le CNGOF en conseille une réalisation au cours d'un accouchement en fonction des facteurs de risque individuels et des conditions obstétricales (22). Hamouda et al concluent eux aussi dans leur cohorte que la pratique de l'épisiotomie pendant un accouchement voie basse spontané est associée à un risque accru de lésion périnéale sévère (25).

De même, en 2006, de Tayrac écrivait que l'épisiotomie libérale ne s'était pas révélée efficace dans la prévention des LOSA (6). Il citait une étude de Harrison qui démontrait une augmentation significative du risque de LOSA en cas d'épisiotomie libérale versus restrictive (6).

Dans la même continuité, en 2016, la méta analyse de Verghese et al, ne montrait pas de bénéfice significatif à l'épisiotomie médio-latérale en cas d'accouchement vaginal spontané chez la nullipare (5 études ; OR 0,71, IC 95% : 0,44-1,14) (26)(27).

Notre pratique devant le risque de LOSA peut être améliorée pour tendre vers une pratique plus restrictive de l'épisiotomie en se basant sur la littérature et les nouvelles recommandations du CNGOF.

Par ailleurs, l'ACOG après une revue de 26 articles concluait que l'épisiotomie de routine n'offrait pas de bénéfice immédiat ou à long-terme sur les LOSA sévères, les dysfonctions pelviennes (incontinence urinaire ou fécale) et les prolapsus par rapport à une pratique libérale de l'épisiotomie (28).

Dans la littérature on ne retrouvait pas d'argument pour réaliser une épisiotomie en vue d'éviter le risque de LOSA : Hamouda et al, montraient que l'épisiotomie n'avait pas d'impact significatif sur le risque de LOSA (25). Chehab et al ont montré qu'une pratique restrictive de l'épisiotomie entraîne une diminution significative des déchirures périnéales avec rupture du sphincter (1% en 2003 à 0,3% en 2010 $p < 0,0001$) mais une augmentation des déchirures périnéales de premier et second degrés (20,5 en 2003 et 40,2% en 2010 $p < 0,0001$) (29).

Cependant en 2018, lors d'une revue de la littérature Fritel et al, concluaient que l'épisiotomie médio-latérale pouvait avoir un rôle préventif dans les accouchements à haut risque de LOSA mais que pour éviter de faire des épisiotomies inutiles, il serait bon de développer et de valider un modèle prédictif individuel robuste du risque de LOSA afin de poser une indication sélective de l'épisiotomie (27).

C'est ainsi que les RPC du CNGOF de 2018 énonçaient que dans un accouchement normal, il n'y avait pas de bénéfice reconnu à la pratique de l'épisiotomie. Comparé à une pratique libérale de l'épisiotomie, le nombre de périnées intacts était plus grand en cas de pratique restrictive sans augmentation du nombre de LOSA (22). Le CNGOF recommandait aussi devant

une ampliation importante du périnée de ne pas réaliser systématiquement une épisiotomie (22).

Ces recommandations vont permettre aux praticiens du Poitou-Charentes de diminuer leur pratique d'épisiotomie et d'améliorer leur prise en charge de l'accouchement car le CNGOF rationalise les pratiques et de ce fait, invite les praticiens à les suivre.

Lorsqu'il existait un antécédent de LOSA, les taux, dans le Poitou-Charentes, étaient étonnements hauts : l'épisiotomie était réalisée aussi bien pour limiter la récurrence de déchirure sphinctérienne (20% des praticiens) que lorsque le périnée était trop tonique (19% des praticiens) ou qu'elles que soient les conditions (9% des praticiens). Ainsi, face à un antécédent de déchirure sphinctérienne, 70% des praticiens pratiquaient systématiquement une épisiotomie.

Dans sa revue de la littérature de 2006, Riethmuller écrivait que le taux important de récurrence de lésions périnéales sévères en cas d'antécédent de périnée de haut degré amenait à discuter la voie d'accouchement et que l'épisiotomie ne protégeait pas du risque de récurrence (13). Face à cette problématique d'antécédent de LOSA, il est difficile de cadrer les pratiques, ce qui s'est retrouvé lors de l'étude de notre questionnaire. En effet, le CNGOF en 2018, affirmait qu'en cas d'antécédent de LOSA, la prévalence des récurrences variait de 5,1% à 10,7% à l'accouchement suivant (30). Nous n'avons pas évoqué dans le questionnaire les différentes voies d'accouchement (césarienne ou AVB) car celui-ci était orienté sur la pratique de l'épisiotomie mais face à un antécédent de LOSA, la prise en charge variait d'un praticien à l'autre : l'épisiotomie était pratiquée plus facilement. Cela nous amène à nous interroger sur le choix de la voie d'accouchement dans cette situation. Le CNGOF a tranché et a émis des recommandations dans ce cas d'antécédent de LOSA : il ne conseille pas de réaliser systématiquement une césarienne en prévention du risque de récurrence et d'incontinence anale. Pour le collègue, la voie d'accouchement doit être discutée avec la patiente (22). En vue de nos pratiques lors de l'accouchement, il serait intéressant de les exploiter pour discuter de cette voie d'accouchement s'il existe un antécédent de LOSA.

Les facteurs associés à la survenue de LOSA sont principalement la nulliparité et l'accouchement instrumental. Ajoutés à ces derniers, les autres facteurs de risque sont l'âge élevé de la mère, l'antécédent de LOSA, la macrosomie, l'épisiotomie (tous types confondus), la présentation céphalique en variété postérieure, la longue durée du travail, l'ethnie asiatique et l'induction du travail (31).

La nulliparité est un facteur de risque de LOSA : la méta-analyse de Pergialiotis et al incluant 22 études de 651 934 femmes retrouvait un OR 3,24 (IC 95% 2,20-4,76) (31). Nous n'avons pas spécifiquement questionné les praticiens du Poitou-Charentes sur la parité mais en ce qui concerne la question sur l'accouchement voie basse spontané chez la nullipare, 8% des praticiens réalisent une épisiotomie en vue de limiter les déchirures sphinctériennes. Lorsqu'on regarde la prévalence des LOSA chez les nullipares dans la littérature on retrouve que celle-ci est comprise entre 1,4% et 16%, pourcentage plus élevé que chez les multipares (0,4% à 2,7%) (30). Malgré ces données il n'est pas recommandé de pratiquer une épisiotomie en vue de protéger le périnée. Nos pratiques sont comparables avec ce qui est écrit dans la littérature mais les taux de pratique d'épisiotomie chez la nullipare lors d'un AVB spontané peuvent encore être améliorés. De plus la prévalence des LOSA semblait diminuer avec le nombre d'accouchements dans la revue de la littérature faite par Thubert et al (30). La pratique de l'épisiotomie chez la multipare semble désuète.

Les extractions instrumentales sont des pratiques médicales d'obstétriciens. Il s'agit d'un facteur de risque de LOSA (22), (25). Les extractions par ventouse sont moins à risque que celles par forceps (8),(32). Nous avons posé trois questions sur la pratique de l'épisiotomie selon l'instrument utilisé lors de l'extraction instrumentale. Notre travail fait ressortir que la pratique de l'épisiotomie lors d'extraction instrumentale par les obstétriciens est fréquemment réalisée, car 70% des obstétriciens ont répondu pratiquer une épisiotomie lors de l'extraction instrumentale que ce soit « quelles que soient les conditions », « pour limiter les déchirures sphinctériennes », « lorsqu'il existe un risque d'acidose fœtale » ou « lorsque le périnée est trop tonique ». Quarante-deux pour cent des praticiens disaient réaliser une

épisiotomie si le périnée était trop tonique ; l'objectif semblait être la préservation du périnée des patientes.

Dans la littérature, nous avons retrouvé un travail effectué par l'équipe marseillaise de Hamouda et al : sur leur cohorte de 761 patientes, 248 ont bénéficié d'une extraction par spatules de Thierry et 137 par ventouse ; seules les spatules de Thierry étaient associées à un risque significativement augmenté de LOSA (OR= 3,25, IC à 95% : 0,65-16,24 ; p=0,15) (25).

Récemment Boujenah et al. ont montré que l'épisiotomie était plus fréquente en cas d'extraction par forceps/spatules que par ventouse (83.6% vs 60,4%, p<0,05). De plus, dans sa cohorte, il y avait moins de LOSA pour des accouchements avec extraction instrumentale chez les primipares ayant eu une épisiotomie (OR 0,267, IC 0,132-0,541) (8).

Le travail d'Eckman et al à Besançon a montré qu'il était possible de diminuer le nombre d'épisiotomies au cours des accouchements instrumentalisés, préconisant un taux de 10-15% d'épisiotomies au cours d'une extraction instrumentale (20).

De même, l'analyse de la littérature en 2006 de Riethmuller et al., a fait ressortir le fait que la systématisation de la pratique de l'épisiotomie ne se justifiait pas en cas d'extraction instrumentale (13).

Comme en Suède le taux de LOSA lors d'une extraction instrumentale est de 12 à 14%, l'équipe suédoise de Bergendahl a débuté un essai randomisé « épisiotomie latérale contre absence d'épisiotomie lors d'une extraction instrumentale », dans le but de voir si l'épisiotomie latérale réduit l'incidence des LOSA et de voir les effets à court et long terme (33). A ce jour, les résultats de cette étude n'ont toujours pas été publiés.

Les RPC du CNGOF en 2018 confirment que la pratique de l'épisiotomie au cours d'un accouchement instrumental semble être associée à une réduction du risque de LOSA, et qu'ainsi en cas d'accouchement instrumental, elle peut être indiquée pour éviter une LOSA (22).

Notre pratique n'est donc pas éloignée de ce qui est dit dans la littérature car nos praticiens réalisent volontiers une épisiotomie lors d'extraction instrumentale.

Dans notre questionnaire, nous n'avons pas posé de questions sur la pratique de l'épisiotomie en vue des risques de prolapsus uro-génital, ou d'incontinence urinaire ou fécale car notre questionnaire était orienté sur la pratique en salle de naissance et au moment de l'accouchement. Le prolapsus uro-génital et l'incontinence peuvent être des complications d'un accouchement à plus ou moins moyen ou long terme. Mais il aurait pu être intéressant de savoir si la pratique de l'épisiotomie pour certains praticiens se faisait en vue d'une protection future de ce type de complication. En effet, déjà en 2006, de Tayrac, dans une revue de la littérature pour les RPC, montrait que l'épisiotomie libérale ne prévenait pas la survenue d'une incontinence urinaire (d'effort ou par urgencies) (6). Il en était de même pour la survenue d'incontinence anale (6).

Dans ces mêmes recommandations, le rôle préventif de l'épisiotomie sur le risque de trouble de la statique pelvienne à long terme manquait de données scientifiques et le seul élément décrit était la réduction de la force musculaire périnéale trois ans après l'accouchement chez les femmes ayant eu une épisiotomie (6).

Puis, en 2007, Fritel et al., ont comparé les troubles périnéaux quatre ans après un premier AVB entre deux maternités, une pratiquant l'épisiotomie de manière libérale et l'autre de manière restrictive. Ils ont montré qu'il n'y avait pas de bénéfice à une épisiotomie médio-latérale de routine lors d'un premier AVB ; celle-ci ne diminuant en effet pas la prévalence de l'incontinence urinaire (26% vs 32%) ni celle anale 4 ans après l'AVB (11% vs 16% dans le groupe épisiotomie libérale) (34).

En 2018, Frigerio et al ont publié une revue de la littérature basée sur les effets à long-terme de l'épisiotomie sur l'incontinence urinaire et les prolapsus uro-génital. Il en ressortait que l'épisiotomie ne semblait pas avoir d'effet protecteur concernant la prévalence de l'incontinence urinaire (d'effort et d'urgency). De plus, elle n'influait pas négativement le développement des prolapsus uro-génitaux et pouvait même être protectrice vis-à-vis de la sévérité et de la prévalence des prolapsus sans pour autant affaiblir les taux de chirurgie (35). Le CNGOF en 2018 énonçait que la prévalence des femmes présentant des symptômes ano-rectaux augmentait avec la sévérité des LOSA et qu'ainsi à long terme, 35-65% des femmes ayant eu une LOSA présentaient une incontinence anale ou fécale (30). Cependant, ces symptômes sont étudiés selon la prévalence de LOSA et non de l'épisiotomie.

Quoiqu'il en soit, nous n'aurions pu conclure sur nos pratiques concernant les prolapsus et l'incontinence urinaire ou fécale car aucune question n'a été posée, mais dans l'objectif d'améliorer nos pratiques cette problématique devrait être abordée.

4. La Pratique de l'épisiotomie selon des problématiques fœtales

Nous avons posé des questions sur la pratique de l'épisiotomie en se penchant sur le versant fœtal car les problématiques fœtales rencontrées lors d'un accouchement sont les variétés de présentations, la macrosomie, la dystocie des épaules et les anomalies du rythme fœtal faisant suspecter une acidose. Ces situations peuvent ainsi amener les praticiens à réaliser une épisiotomie.

Visiblement dans notre étude en cas de variété postérieure l'épisiotomie n'était pas réalisée dans les situations proposées par le questionnaire pour 44% des praticiens mais elle restait pratiquée devant un périnée tonique dans 24% des cas, ou lorsqu'il existait un risque d'acidose fœtale dans 25% des cas. Cette présentation fœtale amenait la moitié des praticiens à réaliser une épisiotomie de manière systématique, soit devant un périnée tonique, soit devant un risque d'acidose fœtale. Pourtant comme le décrivait le CNGOF, il n'existait pas de preuve à préférer une épisiotomie en cas de présentation de siège ou de variété postérieure afin de prévenir une LOSA (22). La présentation fœtale en variation postérieure est une situation plus difficile à gérer pour l'équipe médicale car la descente du fœtus dans le bassin et la flexion de la déflexion de la tête fœtal à l'accouchement est moins physiologique que lorsque le fœtus est en présentation antérieure (occiput fœtal en antérieur), ce qui peut expliquer nos épisiotomies réalisées dans cette situation.

De même en cas de suspicion de macrosomie ou de dystocie des épaules, dans notre étude plus de la moitié des praticiens ne réalisaient pas d'épisiotomie systématiquement (respectivement 52% et 59%), mais presque 30% des praticiens en réalisaient une devant un périnée trop tonique (respectivement 29% et 27%).

Notre pratique est donc similaire à ce qu'on retrouve dans la littérature : en effet, une épisiotomie préventive en cas de suspicion de macrosomie ne peut être systématiquement recommandée car le diagnostic de macrosomie est difficile en pratique clinique et paraclinique (36). Dans l'étude de la littérature de Riethmuller de 2006, il n'y avait pas assez de preuves pour recommander la pratique ou non de l'épisiotomie en cas de manœuvres obstétricales ou lors d'une suspicion d'une macrosomie (13).

De même, l'épisiotomie ne réduisait pas le risque de dystocie des épaules, d'après l'étude rétrospective de 2153 patientes menée par Youssef et al (37).

Même si le Royal College recommandait de réaliser une épisiotomie devant une dystocie des épaules (16), ceci ne l'était pas en France et donc les pratiques du Poitou-Charentes sont plus proches de la littérature française que celles du Royal College.

Devant des anomalies du rythme cardiaque fœtal faisant suspecter un risque d'acidose fœtale, 85% des praticiens réalisaient une épisiotomie au cas par cas, 12,5% ne réalisaient pas d'épisiotomie et quatre sages-femmes pratiquaient systématiquement une épisiotomie.

L'OMS en 1995 écrivait que la détresse fœtale était la seule indication de l'épisiotomie, mais depuis, la prise en charge de l'accouchement a évolué et actuellement la détresse fœtale n'est plus un critère d'épisiotomie : il n'y a pas de recommandations pour faire ou non systématiquement une épisiotomie, le cas par cas reste donc une solution possible après analyse de tous les facteurs (maternel, fœtal et obstétrical).

Par ailleurs, dans cette même revue de la littérature de Riethmuller, était citée une étude de Woolley (datant de 1995), qui s'efforçait de démontrer que l'épisiotomie ne protégeait pas le nouveau-né de l'hémorragie intracrânienne ni d'asphyxie du perpartum. Les auteurs concluaient que l'épisiotomie libérale n'améliorait pas l'état néonatal par rapport à l'épisiotomie restrictive dans la population générale des fœtus mais que devant un rythme d'expulsion non rassurant l'épisiotomie pouvait réduire le temps d'expulsion et donc restait une indication à retenir (13).

Les publications restant pauvres, le CNGOF, en 2018, affirmait qu'il n'y avait pas de preuve pour indiquer une épisiotomie en cas de présentation par le siège, de grossesse gémellaire ou de variété postérieure afin de prévenir une LOSA (22).

La question posée sur la problématique du siège était destinée aux obstétriciens : moins de la moitié (44%) ne réalisaient pas d'épisiotomie systématiquement, 36% en réalisaient devant un périnée tonique, 8% pour limiter les déchirures sphinctériennes et 6% devant un risque d'acidose fœtal. Dans la mesure où ces taux restent élevés, les dernières recommandations du CNGOF peuvent donc apporter des modifications dans nos pratiques de l'épisiotomie lorsqu'un fœtus est en position podalique.

Finalement, en ce qui concerne les problématiques fœtales, la bibliographie est plus pauvre que pour celle concernant la mère, mais nous pouvons conclure de notre étude que nous allons dans le même sens que la littérature et les recommandations, à savoir qu'il ne faut pas pratiquer d'épisiotomie libérale et qu'une attitude au cas par cas n'est pas une mauvaise attitude.

5. Les techniques de réalisation et de réparation

En réponse à notre questionnaire, 80% des praticiens coupaient le périnée avec un angle de section de 45° par rapport à la fourchette vulvaire et non de 60° comme le suggérait le CNGOF en 2018. La notion de section à 60° afin d'obtenir un angle de 45° lors de la réparation (entre la fourchette vulvaire et la cicatrice) est nouvelle en France.

Un article de Serati et al., sorti en février 2019, remettait en question la pratique de l'épisiotomie. Les auteurs relevaient que la plupart des études de la Cochrane faites sur ce sujet concernaient des épisiotomies médianes et non médio-latérales, et relevaient que l'épisiotomie médio-latérale amenait une réduction de 50% de LOSA à chaque 6 degrés latéraux réalisés de la ligne médiane (38). Nous savons que certains pays notamment les Etats-Unis d'Amérique réalisaient une épisiotomie médiane en 2012 avec un taux de 12%

d'épisiotomie (28). Les pratiques françaises quant à elles ne recommandent pas l'épisiotomie médiane.

En effet, les constats du CNGOF (12) quant au geste de l'épisiotomie sont les suivantes :

- L'épisiotomie médiane augmente le risque de LOSA comparativement à l'épisiotomie médio-latérale.
- La réalisation de l'épisiotomie doit se faire préférentiellement par une incision médio-latérale.
- Le taux de LOSA est comparable entre la pratique d'une épisiotomie médio-latérale et latérale.
- Le taux de douleurs périnéales en post-partum immédiat et à 3 mois du post-partum ainsi que le taux de dyspareunies à 6 mois du post-partum sont également comparables suivant la pratique d'une épisiotomie médio-latérale ou latérale.
- La plupart des sociétés savantes recommandent la pratique préférentielle d'une section médio-latérale lors de la réalisation d'une épisiotomie (CNGOF 2006, SOGC 2015, RCOG 2015, NICE 2017, ACOG 2016) (12).

Nous sommes plus en accord avec une pratique d'épisiotomie médio-latérale dans le Poitou-Charentes que dans des pays comme les Etats-Unis qui pratiquent une épisiotomie médiane. Toutefois au vu des dernières recommandations il semblerait que notre angle de section ne soit pas encore correct.

En effet, le CNGOF rapportait tout d'abord qu'un angle de cicatrice d'épisiotomie médio-latérale d'au moins 45° (mesuré par rapport à la médiane après la suture) est associé à un risque moindre de LOSA. Pour obtenir cet angle, il faut réaliser une épisiotomie à 60° (actuellement recommandé). Ensuite, il ajoutait qu'un angle de section à 60° n'augmente pas les complications douloureuses périnéales à court-terme comparativement à un angle de 40° (12).

Nous pratiquons majoritairement (95%) une épisiotomie médio-latérale quand 4% de nos praticiens réalisent une épisiotomie latérale. Deux équipes se sont intéressées à ce même

sujet : l'équipe palestinienne de Ali-Masri et al., a montré que leur réalisation d'épisiotomie médio-latérale n'était pas aussi bonne que prévu car les angles de sutures sont plus aigus (par rapport à la ligne médiane) et donc augmentent leur risque de LOSA (39). Et l'équipe de Rusavy et al a réalisé un essai randomisé comparant l'épisiotomie medio-latérale à l'épisiotomie latérale et a démontré que l'épisiotomie médio-latérale induisait un temps de suture plus court et moins de matériel de suture que la latérale (40). Par ailleurs, le risque de traumatisme vaginal et périnéal supplémentaire et de lésion du sphincter anal après une épisiotomie médiolatérale bien pratiquée est relativement faible et correspond à celui d'une épisiotomie latérale (40).

De même, comme conseillé par le CNGOF il est préférable de réaliser une épisiotomie médio-latérale plutôt qu'une épisiotomie latérale mais avec un angle de section à 60°.

Quant à la réparation de l'épisiotomie, le CNGOF suggérait (12) : de réaliser préférentiellement un surjet continu dans la réparation des épisiotomies (annexe 3) ce qui est partiellement pratiqué dans le Poitou-Charentes avec un fil standard résorbable ou à absorption rapide pour la suture (acide polyglycolique, monofilament glycomer, polyglactine 910 standard ou d'absorption rapide). L'utilisation de ce type de fil est entièrement adéquate dans le Poitou-Charentes car aucun praticien n'utilisait de fil non résorbable. Dans nos pratiques, la réparation est déjà conforme aux recommandations de 2018 car le surjet continu au fil résorbable est la méthode la plus utilisée (100% utilisaient le fil résorbable et 56% en surjet continu). Le surjet continu n'est pas utilisé à l'unanimité dans nos maternités : 64% des médecins déclaraient réparer l'épisiotomie selon un surjet continu alors que les sages-femmes ne sont que 54% à utiliser le surjet continu. Ce type de pratique peut être modifiable notamment par une formation sur la technique de réparation de l'épisiotomie pour améliorer ce taux (sur mannequin, ou supervision d'un sénior en salle de naissance).

6. Limites de l'étude

Les retours sur le questionnaire divergent : plusieurs personnes ont déclaré qu'elles auraient aimé commenter certaines de leurs réponses. Par ailleurs, certaines personnes ont eu des difficultés à interpréter les réponses. Enfin, il n'y avait pas de possibilité de réponses multiples. Si, le questionnaire a été envoyé la semaine avant les sessions plénières du congrès annuel du CNGOF, les réponses ont été reçues plus tardivement : elles ont donc pu être modifiées par ces nouvelles recommandations. Par ailleurs, le temps de recueil a été court.

D'autre part, la logistique d'obtention des réponses était compliquée : motivation des équipes par mail et par téléphone. Certains serveurs informatiques hospitaliers ont bloqué l'accès à des sites tels que « Google Forms » pour des raisons de sécurité.

Enfin, le taux de participation reste inférieur à 50% des équipes même s'il était difficile de chiffrer le nombre de questionnaires envoyés et reçus. En effet, comme expliqué ci-dessus, nous n'avions qu'un seul point de liaison par maternités. Par ailleurs, les questionnaires envoyés n'étaient pas correctement ciblés : certains praticiens n'étant pas concernés par l'épisiotomie.

Les résultats parfois semblaient déroutants notamment lorsqu'il était demandé le taux d'épisiotomie pratiqué : nous avons moins de 10% d'épisiotomie pratiquées pour la plupart des praticiens, pourtant lorsque le périnée est trop tonique les praticiens réalisaient une épisiotomie systématiquement. Cela nous laisse penser que soit il n'y a pas beaucoup de périnée trop tonique, soit il y a plus de 10% d'épisiotomie réalisée, soit les réponses ont mal été interprétées.

Comme évoqué dans la discussion, les problématiques relatives sur les complications à long terme tels que les prolapsus uro-génitaux, l'incontinence urinaire ou fécale ne sont évoquées dans aucune question, cependant elles entrent en jeu dans la prise en charge d'un accouchement et a fortiori dans la réalisation d'une épisiotomie ; aussi auraient-elles pu être intégrées à l'étude.

Cette étude nous a permis de faire un état des lieux de ce qu'étaient nos pratiques dans le Poitou-Charentes mais une étude ultérieure évaluant l'évolution finalisera ce travail.

Par ailleurs, un plus grand nombre de participant aurait permis de réaliser des comparaisons entre les secteurs privés et publics, les obstétriciens et les sages-femmes pour statistiquement montrer qu'il n'y a, à priori pas de différence entre les pratiques.

CONCLUSION

Dans la région du Poitou-Charentes, nos résultats montrent que la moitié des praticiens exercent la pratique de l'épisiotomie selon les recommandations. En observant les réponses des sages-femmes et des médecins, nous n'avons pas eu le sentiment que la pratique de l'épisiotomie différait selon les praticiens mais des statistiques les comparant n'ont pas été réalisées.

Au total, les nouvelles recommandations peuvent apporter une homogénéité des pratiques dans notre région, et conforter les bonnes pratiques de ceux qui les pratiquent déjà. Nous retenons de ce travail que l'indication de l'épisiotomie au cours de l'accouchement est fonction des facteurs de risque individuels et des conditions obstétricales (22), et qu'un soutien scientifique permet d'ajuster au mieux nos pratiques.

Ainsi, nous avons pu observer qu'après chaque recommandation le taux d'épisiotomie baissait. Certains ont proposé la rétro-information personnalisée anonymisée (41) ; en effet le simple fait de donner à chaque professionnel son taux d'épisiotomies, qu'il pourrait comparer de façon anonyme à celui de ses collègues, suffirait à réduire le taux global, comme le montre une étude danoise qui a retrouvé une diminution de 6,6% de ce taux parmi les sages-femmes, après la mise en place de ce retour individuel (42). D'autre part, la diffusion aux équipes du taux d'épisiotomies de leur maternité, comparé aux taux régionaux et nationaux pourrait, elle aussi, avoir un réel impact sur le taux global d'épisiotomies. Toutefois, il ne s'agit pas d'obtenir les « meilleurs » taux d'épisiotomie mais d'inviter à réfléchir et à avoir un esprit critique vis-à-vis de sa pratique professionnelle.

Quant à la patiente, en plus de l'information orale, des fiches d'informations exclusivement destinées à donner des renseignements par écrit peuvent être proposées lors d'une consultation de grossesse.

Pour les praticiens des formations pratiques sur mannequin pourraient être organisées pour ajuster les techniques de réalisation et de réparation de l'épisiotomie.

ANNEXE 1 : QUESTIONNAIRE EN LIGNE

1/ Lorsque vous vous décidez à réaliser une épisiotomie, comment et à quel moment informez-vous la patiente ?

- Je l'informe au moment du geste que je réalise l'épisiotomie
- Je l'informe de la nécessité du geste et recueille son consentement oral avant sa réalisation
- Je l'informe de la nécessité du geste et recueille son consentement écrit avant sa réalisation
- Je l'informe de la réalisation de l'épisiotomie une fois l'accouchement terminé
- Autre

2/ En cas d'accouchement spontané en présentation céphalique chez la nullipare, à quelle fréquence pensez-vous pratiquer l'épisiotomie ?

- < 10%
- 10-29%
- 30-59%
- 60-90%
- >90%

3/ Chez la nullipare, pour un accouchement spontané, réalisez-vous une épisiotomie :

- systématiquement quelles que soient les conditions
- pour limiter les déchirures sphinctériennes
- pour accélérer l'accouchement
- pour aider la patiente après des efforts expulsifs >30min
- lorsque le périnée est trop tonique
- aucune des réponses précédentes

4/ S'il existe une suspicion de macrosomie, réalisez-vous une épisiotomie :

- systématiquement quelles que soient les conditions
- pour limiter les déchirures sphinctériennes
- pour accélérer l'accouchement
- pour aider la patiente après des efforts expulsifs > 30min
- lorsque le périnée est trop tonique
- aucune des réponses précédentes

5/ S'il existe une dystocie des épaules nécessitant une manœuvre obstétricale (Wood inversé, manœuvre de Jacquemier etc.), réalisez-vous une épisiotomie :

- systématiquement quelles que soient les conditions
- pour limiter les déchirures sphinctériennes
- pour accélérer l'accouchement
- lorsque le périnée est trop tonique
- aucune des réponses précédentes

6/ Si vous entreprenez une extraction instrumentale par ventouse, réalisez-vous une épisiotomie :

- systématiquement quelles que soient les conditions
- pour limiter les déchirures sphinctériennes
- pour accélérer l'accouchement
- lorsqu'il existe un risque d'acidose fœtale
- lorsque le périnée est trop tonique
- aucune des réponses précédentes
- je ne réalise pas d'extraction instrumentale par ventouse

7/ Si vous entreprenez une extraction instrumentale par forceps, réalisez-vous une épisiotomie :

- systématiquement quelles que soient les conditions
- pour limiter les déchirures sphinctériennes
- pour accélérer l'accouchement
- lorsqu'il existe un risque d'acidose fœtale
- lorsque le périnée est trop tonique
- aucune des réponses précédentes
- je ne réalise pas d'extraction instrumentale par forceps

8/ Si vous entreprenez une extraction instrumentale par spatules, réalisez-vous une épisiotomie :

- systématiquement quelles que soient les conditions
- pour limiter les déchirures sphinctériennes
- pour accélérer l'accouchement
- lorsqu'il existe un risque d'acidose fœtale
- lorsque le périnée est trop tonique
- aucune des réponses précédentes
- je ne réalise pas d'extraction instrumentale par spatules

9/ En cas de variété postérieure, réalisez-vous une épisiotomie :

- systématiquement quelles que soient les conditions
- pour limiter les déchirures sphinctériennes
- pour accélérer l'accouchement
- lorsqu'il existe un risque d'acidose fœtale
- lorsque le périnée est trop tonique
- aucune des réponses précédentes

10/ Si le fœtus est en position podalique, réalisez-vous une épisiotomie :

- systématiquement quelles que soient les conditions
- pour limiter les déchirures sphinctériennes
- pour accélérer l'accouchement
- lorsqu'il existe un risque d'acidose fœtale
- lorsque le périnée est trop tonique
- aucune des réponses précédentes
- je ne réalise pas d'accouchement par le siège

11/ Si le périnée semble se rompre au moment de l'expulsion, réalisez-vous une épisiotomie :

- systématiquement quelles que soient les conditions
- pour limiter les déchirures sphinctériennes
- pour limiter le nombre de déchirure superficielle ou simple
- aucune des réponses précédentes

12/ S'il existe un antécédent de lésion périnéale stade III (périnée complet non compliqué) ou stade IV (périnée complet compliqué), réalisez-vous une épisiotomie :

- systématiquement quelles que soient les conditions
- pour limiter la récurrence des déchirures sphinctériennes
- pour limiter une récurrence plus sévère de déchirure sphinctérienne
- lorsqu'il existe un risque d'acidose fœtale
- lorsque le périnée est trop tonique
- aucune des réponses précédentes

13/ Réalisez-vous une épisiotomie s'il existe des anomalies du rythme cardiaque fœtal classées pathologiques (risque important d'acidose) ?

- Oui systématiquement
- Non
- Au cas par cas

14/ Quel geste faites-vous pour l'analgésie lors de la réalisation de l'épisiotomie ?

15/ Lors de la réalisation de l'épisiotomie, celle-ci est :

- médiale (fourchette vulvaire)
- latérale
- médio-latérale d'angle d'environ 45° par rapport à la fourchette vulvaire
- médio-latérale d'angle d'environ 60° par rapport à la fourchette vulvaire

16/ Votre réparation de l'épisiotomie se fait-elle au fil résorbable ?

- OUI
- NON

17/ Votre réparation de l'épisiotomie se fait-elle en un surjet continu ?

- OUI
- NON

18/ Avez-vous eu une formation théorique et/ou pratique à l'épisiotomie ?

- OUI
- NON

19/ Activité

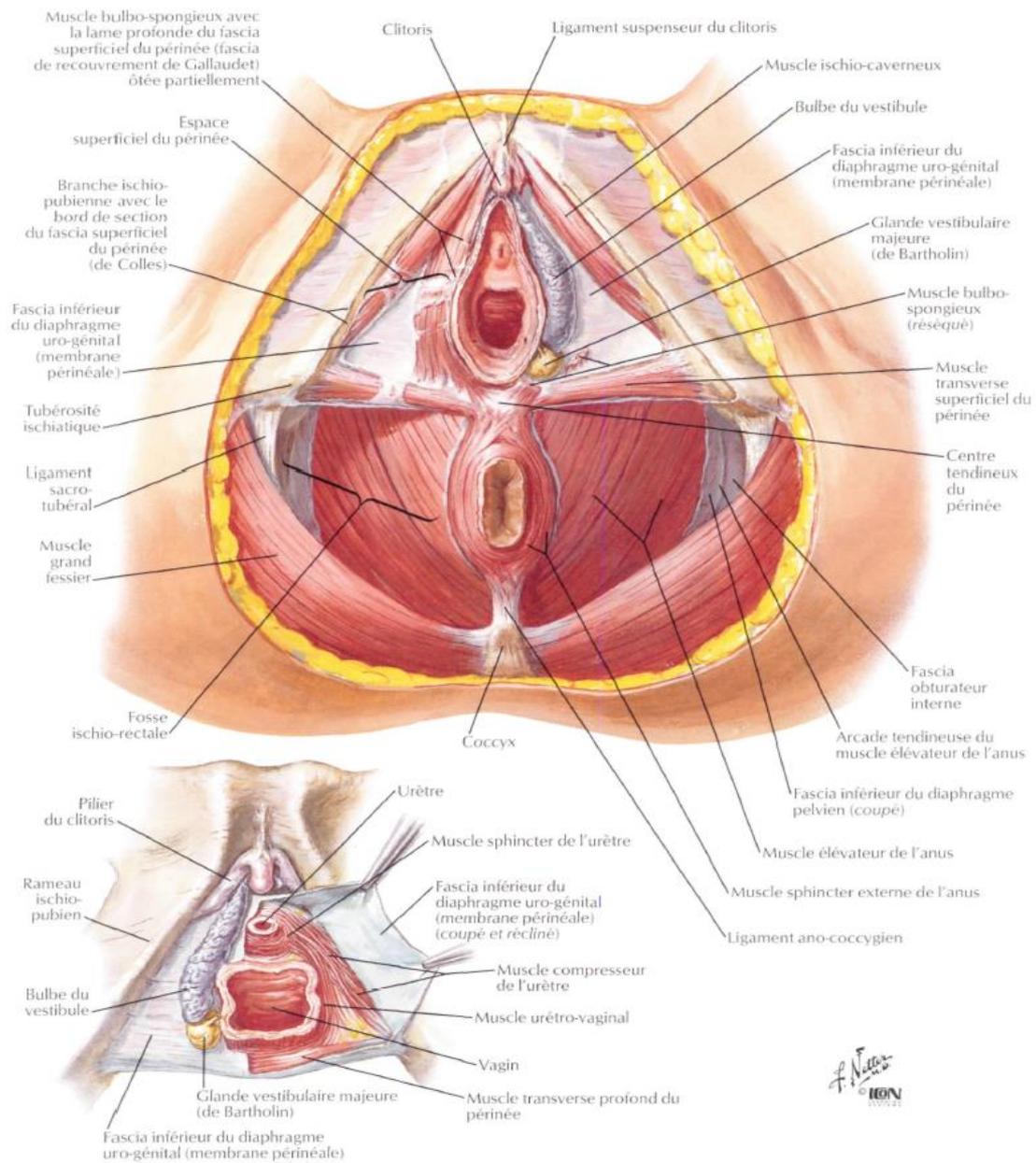
- Publique
- Privée
- Publique et privée

20/ Maternité d'exercice :

- Niveau 1
- Niveau 2a
- Niveau 2b
- Niveau 3

ANNEXE 2 : PLANCHES D'ANATOMIE HUMAINE

Périnée et diaphragme uro-génital



STRUCTURES FÉMININES

PLANCHE 361

Figure 18 Anatomie du périnée, selon le Netter

Muscle sphincter externe de l'anus : vues périnéales

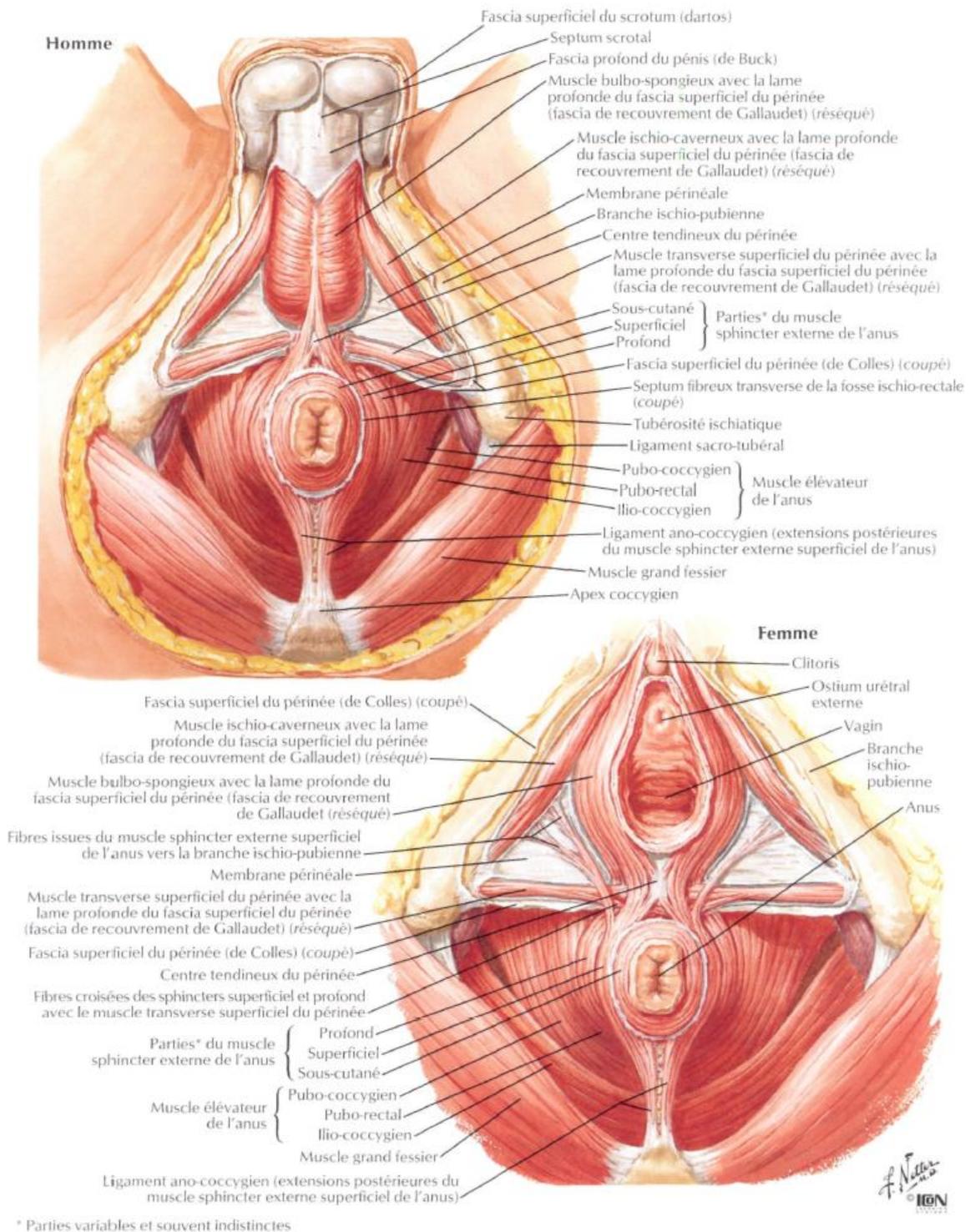


Figure 19 Anatomie des muscles périnéaux et pelviens, selon le Netter

Périnée (dissection superficielle)

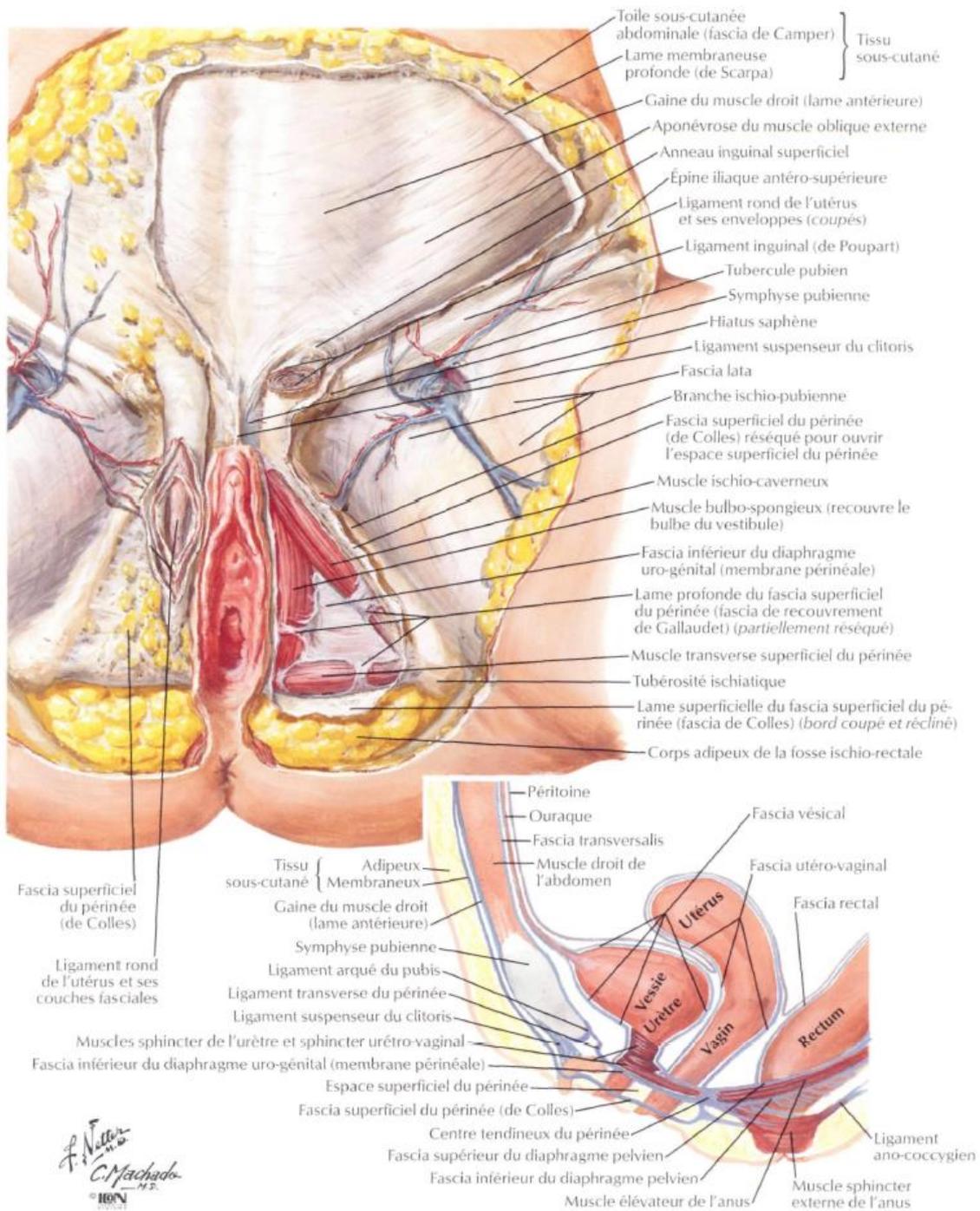


PLANCHE 360

PELVIS ET PÉRINÉE

Figure 20 Anatomie du périnée selon le Netter

ANNEXE 3 : TECHNIQUE DE REPARATION DE L'EPISIOTOMIE

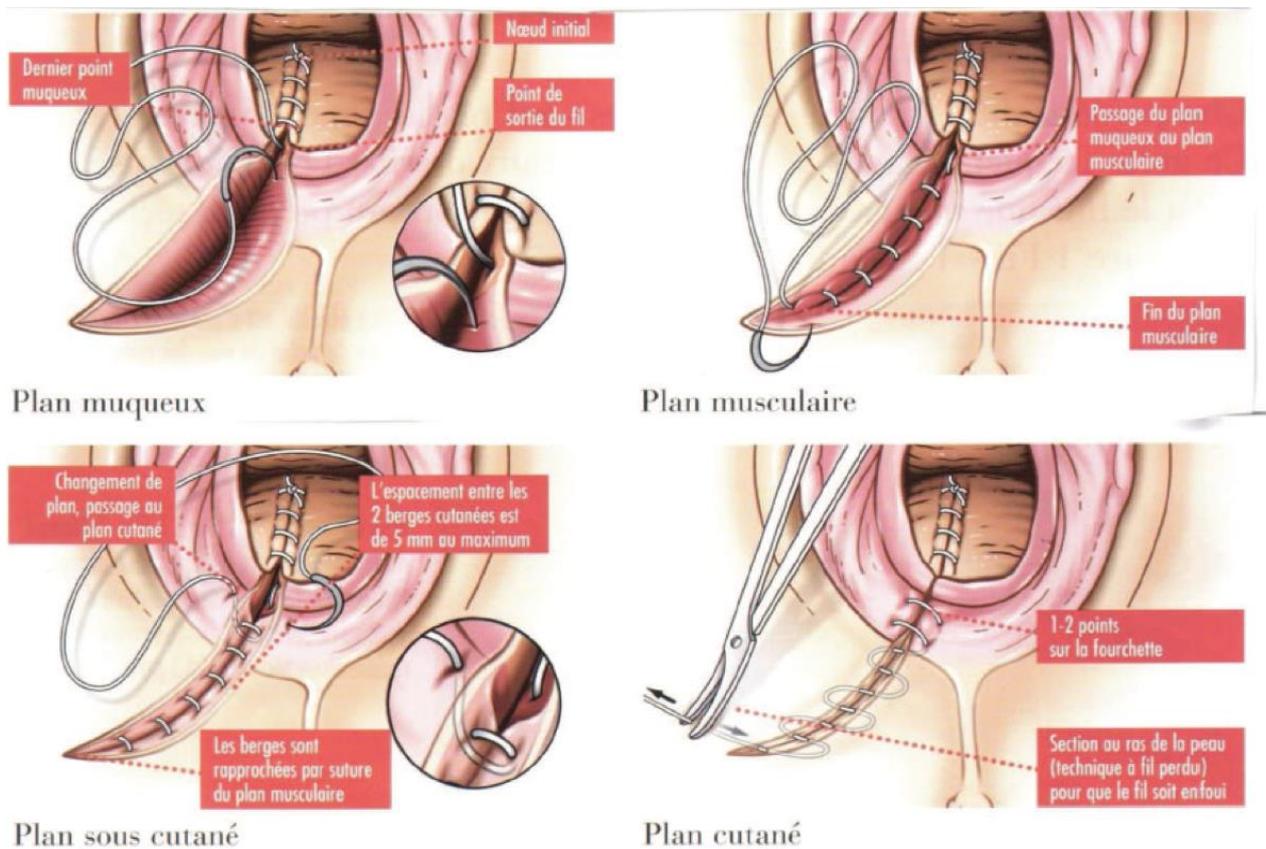


Figure 21 Technique chirurgicale de réparation de l'épisiotomie (43)

Technique du surjet continu (1 fil-1 nœud).

A : Plan muqueux. Comme dans les autres techniques de suture, on débute par le point d'angle de la muqueuse vaginale. Le plan muqueux est fermé par un surjet jusqu'en arrière de la cicatrice hyménéale. De là, on passe au plan suivant.

B : Plan musculaire. Dans la continuité du plan muqueux, il débute par la berge gauche. Le surjet de ce plan se termine au point d'angle cutané. En faisant un surjet, il est habituel de faire plus de passages qu'avec des points séparés.

C : Plan sous-cutané. Le surjet de ce plan se fait en « remontant » de l'angle de la peau jusqu'à la cicatrice hyménéale. Ce plan permet de préparer le plan suivant. Il efface l'espace mort sous-cutané qui pourrait persister, comme avec les points de Blair-Donati. Il absorbe les tensions qui pourraient s'exercer sur le plan cutané.

D : Plan cutané. Le plan sous-cutané s'est terminé en avant de l'hymen, sur la berge droite et l'aiguille ressort du plan muqueux. Un ou deux points de surjet sont habituellement nécessaires pour aller jusqu'à la jonction peau-muqueuse où débute le surjet intra dermique qui va fermer la peau. Le surjet arrivé au point d'angle de la peau, on piquera l'aiguille dans l'angle pour ressortir à 1-2 cm. Le fil est coupé au ras de la peau pour être enfoui.

BIBLIOGRAPHIE

1. Clesse C, Lighezzolo-Alnot J, De Lavergne S, Hamlin S, Scheffler M. Socio-historical evolution of the episiotomy practice: A literature review. *Women Health*. 2019 Jan 7;1–15.
2. Carroli G, Mignini L. Episiotomy for vaginal birth. *Cochrane Database Syst Rev* 2009 21: CD000081.
3. Ould F. A treatise of midwifry, in three parts. *Am J Obstet Gynecol* 1995 Apr 1;172(4, Part 1):1317–9.
4. Harrison RF, Brennan M, North PM, Reed JV, Wickham EA. Is routine episiotomy necessary? *Br Med J Clin Res Ed* 1984 Jun 30; 288: 1971–5.
5. CNGOF. [Episiotomy: recommendations of the CNGOF for clinical practice (December 2005)]. *Gynecol Obstet Fertil* 2006 Mar ;34: 275–9.
6. de Tayrac R, Panel L, Masson G, Mares P. [Episiotomy and prevention of perineal and pelvic floor injuries]. *J Gynecol Obstet Biol Reprod (Paris)* 2006 Feb;35 :1S24-21S31.
7. Chuilon A-L, Le Ray C, Prunet C, Blondel B. [Episiotomy in France in 2010: Variations according to obstetrical context and place of birth]. *J Gynecol Obstet Biol Reprod (Paris)* 2016 Sep;45: 691–700.
8. Boujenah J, Tigaizin A, Fermat M, Murtada R, Benbara A, Benchimol M, et al. Is episiotomy worthwhile to prevent obstetric anal sphincter injury during operative vaginal delivery in nulliparous women? *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 2018 Nov 14;232:60–4.
9. Zhang M, Wang M, Zhao X, Ren J, Xiang J, Luo B, et al. Risk factors for episiotomy during vaginal childbirth: A retrospective cohort study in Western China. *J Evid-Based Med* 2018 Nov;11: 233–41.
10. Bécharde F, Geronimi J, Vieille P, Letouzey V, de Tayrac R. Are we performing episiotomies correctly? A study to evaluate French technique in a high-risk maternity unit. *J Gynecol Obstet Hum Reprod* 2018 Sep;47: 331–8.
11. Muhleman MA, Aly I, Walters A, Topale N, Tubbs RS, Loukas M. To cut or not to cut, that is the question: A review of the anatomy, the technique, risks, and benefits of an episiotomy. *Clin Anat N Y N*. 2017 Apr;30: 362–72.
12. Marty N, Verspyck E. [Perineal tears and episiotomy: Surgical procedure - CNGOF perineal prevention and protection in obstetrics guidelines]. *Gynecol Obstet Fertil Senol* 2018 Nov 1; 948-967.
13. Riethmuller D, Courtois L, Maillet R. [Liberal versus restrictive practice of episiotomy: do there exist specific obstetrical indications for episiotomy?]. *J Gynecol Obstet Biol Reprod (Paris)* 2006 Feb;35(1 Suppl):1S32-31S39.
14. Wilson PK. *Childbirth: Midwifery theory and practice*. Taylor & Francis; 1996. 484 p.
15. Jiang H, Qian X, Carroli G, Garner P. Selective versus routine use of episiotomy for vaginal birth. *Cochrane Database Syst Rev* 2017 08;2:CD000081.
16. Third- and Fourth-degree Perineal Tears, Management (Green-top Guideline No. 29) [Internet]. Royal College of Obstetricians & Gynaecologists. [cited 2019 Mar 27]. Available from: <https://www.rcog.org.uk/en/guidelines-research-services/guidelines/gtg29/>
17. Myers V, Goldberg J. Episiotomy: an evidence-based approach. *Obstet Gynecol Surv* 2006 Aug; 61:491–2.

18. de Tayrac R, Carligny L, Zimmerman R, Huberlant S, Letouzey V. [What measures of perineal protection at birth are consensual in France? Results of a Delphi survey]. *Progres En Urol J Assoc Francaise Urol Soc Francaise Urol* 2017 Jun; 27: 413–23.
19. Kozhimannil KB, Karaca-Mandic P, Blauer-Peterson CJ, Shah NT, Snowden JM. Uptake and Utilization of Practice Guidelines in Hospitals in the United States: the Case of Routine Episiotomy. *Jt Comm J Qual Patient Saf.* 2017; 43:41–8.
20. Eckman A, Ramanah R, Gannard E, Clement MC, Collet G, Courtois L, et al. [Evaluating a policy of restrictive episiotomy before and after practice guidelines by the French College of Obstetricians and Gynecologists]. *J Gynecol Obstet Biol Reprod (Paris)* 2010 Feb; 39:37–42.
21. Pierre F. [Woman’s information and consent in obstetrics: CNGOF Perineal Prevention and Protection in Obstetrics Guidelines]. *Gynecol Obstet Fertil Senol* 2018; 46:986–93.
22. Ducarme G, Pizzoferrato AC, de Tayrac R, Schantz C, Thubert T, Le Ray C, et al. [Perineal prevention and protection in obstetrics: CNGOF Clinical Practice Guidelines (short version)]. *Gynecol Obstet Fertil Senol* 2018 Oct 31; 893-899.
23. Déclaration universelle sur la bioéthique et les droits de l’homme: UNESCO [Internet]. [cited 2019 Mar 27]. Available from: http://portal.unesco.org/fr/ev.php-URL_ID=31058&URL_DO=DO_TOPIC&URL_SECTION=201.html
24. Haute Autorité de Santé - Accouchement normal : accompagnement de la physiologie et interventions médicales [Internet]. [cited 2019 Mar 27]. Available from: https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_2820336/fr/accouchement-normal-accompagnement-de-la-physiologie-et-interventions-medicales
25. Hamouda S, Mancini J, Marchand F, Bretelle F, Boubli L, D’Ercole C, et al. Severe perineal morbidity of instrumental deliveries using Thierry’s spatulas and vacuum extraction: A prospective observational cohort study. *J Gynecol Obstet Hum Reprod* 2017 Jan; 46:43–51.
26. Verghese TS, Champaneria R, Kapoor DS, Latthe PM. Obstetric anal sphincter injuries after episiotomy: systematic review and meta-analysis. *Int Urogynecology J* 2016 Oct; 27:1459–67.
27. Fritel X, Gachon B, Desseauve D, Thubert T. [Anal incontinence and obstetrical anal sphincter injuries, epidemiology and prevention]. *Gynecol Obstet Fertil Senol* 2018 Apr; 46:419–26.
28. Committee on Practice Bulletins-Obstetrics. ACOG Practice Bulletin No. 198: Prevention and Management of Obstetric Lacerations at Vaginal Delivery. *Obstet Gynecol* 2018;132: e87–102.
29. 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 Gynecol Obstet Biol Reprod (Paris)* 2014 Jun;43: 463–9.
30. Thubert T, Cardaillac C, Fritel X, Winer N, Dochez V. [Definition, epidemiology and risk factors of obstetric anal sphincter injuries: CNGOF Perineal Prevention and Protection in Obstetrics Guidelines]. *Gynecol Obstet Fertil Senol* 2018 Dec; 46: 913-921.
31. Pergialiotis V, Vlachos D, Protopapas A, Pappa K, Vlachos G. Risk factors for severe perineal lacerations during childbirth. *Int J Gynaecol Obstet Off Organ Int Fed Gynaecol Obstet* 2014 Apr; 125:6–14.
32. Schantz C. [Methods for preventing perineal injury and dysfunction during pregnancy: CNGOF Perineal Prevention and Protection in Obstetrics Guidelines]. *Gynecol Obstet Fertil Senol* 2018 Dec; 46: 922-927.

33. Bergendahl S, Ankarcrona V, Leijonhufvud Å, Hesselman S, Karlström S, Kopp Kallner H, et al. Lateral episiotomy versus no episiotomy to reduce obstetric anal sphincter injury in vacuum-assisted delivery in nulliparous women: study protocol on a randomised controlled trial. *BMJ Open* 2019 Mar 13;9: e025050.
34. Fritel X, Schaal JP, 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;115: 247–52.
35. Frigerio M, Mastrolia SA, Spelzini F, Manodoro S, Yohay D, Weintraub AY. Long-term effects of episiotomy on urinary incontinence and pelvic organ prolapse: a systematic review. *Arch Gynecol Obstet* 2019 Feb; 299: 317-325.
36. Weiner Z, Ben-Shlomo I, Beck-Fruchter R, Goldberg Y, Shalev E. Clinical and ultrasonographic weight estimation in large for gestational age fetus. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 2002 Oct 10;105 :20–4.
37. Youssef R, Ramalingam U, Macleod M, Murphy DJ. Cohort study of maternal and neonatal morbidity in relation to use of episiotomy at instrumental vaginal delivery. *BJOG Int J Obstet Gynaecol* 2005 Jul;112: 941–5.
38. Serati M, Salvatore S, Rizk D. Episiotomy in modern clinical practice: friend or foe? *Int Urogynecology J*. 2019 Mar 13;
39. Ali-Masri HY, Hassan SJ, Zimmo KM, Zimmo MW, Ismail KMK, Fosse E, et al. Evaluation of Accuracy of Episiotomy Incision in a Governmental Maternity Unit in Palestine: An Observational Study. *Obstet Gynecol Int* 2018;2018: 6345497.
40. Rusavy Z, Karbanova J, Jansova M, Kalis V. Anal incontinence and fecal urgency following vaginal delivery with episiotomy among primiparous patients. *Int J Gynaecol Obstet Off Organ Int Fed Gynaecol Obstet* 2016 Dec;135: 290–4.
41. Reinbold D, Eboue C, Morello R, Lamendour N, Herlicoviez M, Dreyfus M. [From the impact of French guidelines to reduce episiotomy's rate]. *J Gynecol Obstet Biol Reprod (Paris)* 2012 Feb;41: 62–8.
42. Henriksen TB, Bek KM, Hedegaard M, Secher NJ. Methods and consequences of changes in use of episiotomy. *BMJ* 1994 Nov 12; 309: 1255–8.
43. Verspyck E, Sentilhes L, Roman H, Sergent F, Marpeau L. [Episiotomy techniques]. *J Gynecol Obstet Biol Reprod (Paris)* 2006 Feb;35: 1S40-41S51.

RESUME

Introduction : L'épisiotomie est une opération chirurgicale qui consiste à inciser le périnée durant l'accouchement afin d'agrandir l'orifice vulvaire. Celle-ci a été longtemps réalisée de façon quasi systématique afin de diminuer les déchirures périnéales sévères. Au moment de la publication de nouvelles recommandations sur la pratique de l'épisiotomie par le Collège des Gynécologues Obstétriciens Français, une évaluation des pratiques dans le Poitou-Charentes a été réalisée.

Matériels et Méthodes : Une enquête d'épidémiologie avec 20 questions envoyées par internet et réponses en ligne sur la pratique de l'épisiotomie en salle de naissance. Ce questionnaire a été transmis aux obstétriciens et sages-femmes des douze maternités du Poitou-Charentes. Cent soixante-seize praticiens ont répondu, dont cent quarante sages-femmes et trente-six obstétriciens.

Résultats : Les obstétriciens et les sages-femmes du Poitou-Charentes ne réalisaient pas d'épisiotomie systématiquement en cas d'accouchement par voie basse spontané. L'information donnée à la patiente était donnée une fois l'accouchement terminé pour cinquante-huit sages-femmes et dix médecins. Les praticiens réalisaient majoritairement une épisiotomie médio-latérale. Trente pour cent de praticiens réalisaient une épisiotomie lorsque le périnée semblait se rompre en vue de limiter les déchirures sphinctériennes. Vingt pour cent des praticiens réalisaient une épisiotomie pour limiter la récurrence des déchirures sphinctériennes lorsqu'il existait un antécédent de lésion périnéale stade III ou IV.

Conclusion : Les dernières recommandations de pratiques cliniques sur la prévention et la protection périnéale en obstétrique (CNGOF), publiées en décembre 2018 permettent d'homogénéiser les bonnes pratiques dans notre région, et conforter ceux qui les pratiquent déjà. L'indication de l'épisiotomie au cours de l'accouchement est évidemment fonction des facteurs de risque individuels et des conditions obstétricales. Cependant un soutien scientifique permet d'ajuster au mieux nos pratiques. Quant à la patiente, en plus de l'information orale, des fiches d'informations exclusivement destinées à donner des renseignements par écrit pourraient être proposées lors d'une consultation de grossesse.

MOT-CLES : Episiotomie, recommandations, épidémiologie, information, déchirures périnéales sévères, LOSA.



UNIVERSITE DE POITIERS



Faculté de Médecine et de
Pharmacie

SERMENT



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

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

