



**HAL**  
open science

# Évaluation de la pratique de l'épisiotomie lors des accouchements voie basse par extraction instrumentale au CHU de Grenoble

Laura Guillemelle

► **To cite this version:**

Laura Guillemelle. Évaluation de la pratique de l'épisiotomie lors des accouchements voie basse par extraction instrumentale au CHU de Grenoble. Gynécologie et obstétrique. 2012. dumas-00743637

**HAL Id: dumas-00743637**

**<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-00743637v1>**

Submitted on 19 Oct 2012

**HAL** is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



**SICD1**  
Bibliothèques  
de l'UJF et de Grenoble INP

**Université  
Joseph Fourier**   
GRENoble  
**MEDECINE**

## AVERTISSEMENT

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance et mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il n'a pas été réévalué depuis la date de soutenance.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt une poursuite pénale.

Contact au SICD1 de Grenoble : [thesebum@ujf-grenoble.fr](mailto:thesebum@ujf-grenoble.fr)

## LIENS

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 335.2- L 335.10

[http://www.cfcopies.com/V2/leg/leg\\_droi.php](http://www.cfcopies.com/V2/leg/leg_droi.php)

<http://www.culture.gouv.fr/culture/infos-pratiques/droits/protection.htm>

UNIVERSITE JOSEPH FOURIER  
U.F.R DE MEDECINE DE GRENOBLE

**DEPARTEMENT DE MAÏEUTIQUE**

EVALUATION DE LA PRATIQUE DE  
L'EPISIOTOMIE LORS DES  
ACCOUCHEMENTS VOIE BASSE PAR  
EXTRACTION INSTRUMENTALE AU  
CHU DE GRENOBLE

Mémoire soutenu le 30 mai 2012

Par Laura Guillemelle

Née le 1<sup>er</sup> juillet 1988

En vue de l'obtention du Diplôme d'Etat de Sage-Femme.

Année 2012



UNIVERSITE JOSEPH FOURIER  
U.F.R DE MEDECINE DE GRENOBLE

**DEPARTEMENT DE MAÏEUTIQUE**

EVALUATION DE LA PRATIQUE DE  
L'EPISIOTOMIE LORS DES  
ACCOUCHEMENTS VOIE BASSE PAR  
EXTRACTION INSTRUMENTALE AU  
CHU DE GRENOBLE

Mémoire soutenu le 30 mai 2012

Par Laura Guillemelle

Née le 1<sup>er</sup> juillet 1988

En vue de l'obtention du Diplôme d'Etat de Sage-Femme.

Année 2012



Je remercie les membres du jury :

Mme le Dr Véronique EQUY, PH en Gynécologie Obstétrique au CHU de Grenoble,  
Présidente du jury ;

Mme le Dr Katia OTU, PH en Gynécologie Obstétrique au CH de Voiron ;

Mme Chantal SEGUIN, Directrice de l'Ecole de Sages-Femmes, Département dpt de  
Maïeutique de l'UFR de Médecine de Grenoble, représentée par Nadine VASSORT, sage-  
femme enseignante cadre supérieure ;

Mme Sophie Jourdan, Sage-Femme Cadre Enseignante à l'Ecole de Sages-Femmes de  
Grenoble ;

Mr Alain Almodovar, Sage-Femme Cadre au CH de Voiron.

Je remercie plus particulièrement,

Mme le Dr Camille Véran, Assistante des Hôpitaux en Gynécologie-Obstétrique au CHU de Grenoble, directrice de ce mémoire ;

*Pour l'intérêt qu'elle a porté à ce travail et pour ses précieux conseils ;*

Mme Sophie Jourdan, Sage-Femme cadre enseignante à l'école de Sage-Femme de Grenoble, guidante de ce mémoire ;

*Pour son aide et ses connaissances pour la construction de ce mémoire ;*

Mme Claire Baudon, Sage-Femme faisant fonction d'enseignante à l'école de Sage-Femme de Grenoble ;

*Pour la formation et l'accompagnement de notre promotion. Un grand merci.*

Je remercie également,

Ma famille et mes proches ;

*Pour m'avoir encouragé et soutenu pendant ces études ;*

Romain ;

*Pour son temps, ses conseils justes et sa patience.*

# TABLE DES MATIERES

|  |    |
|--|----|
| Abréviations :   | 1  |
| I. Introduction  | 2  |
| II. Matériel et méthodes                                   | 4  |
| A. Matériel  | 4  |
| 1. Type d'étude  | 4  |
| 2. Population étudiée                                      | 4  |
| B. Méthode   | 4  |
| 1. Variables étudiées                                      | 4  |
| 2. Critères des jugement                                   | 5  |
| 3. Recueil des données                                     | 6  |
| 4. Analyse statistique                                     | 7  |
| III. Résultats   | 8  |
| A. Effectifs et caractéristiques de la population étudiée  | 8  |
| 1. Caractéristiques générales                              | 8  |
| 2. Caractéristiques du travail                             | 8  |
| 3. Mode d'accouchement et état périnéal                    | 9  |
| B. Objectif principal                                      | 10 |
| C. Objectif secondaire                                     | 11 |
| IV. Discussion   | 12 |
| A. Limites de l'étude                                      | 12 |
| 1. Population  | 12 |
| 2. Type d'étude  | 12 |
| 3. Méthode   | 12 |
| B. Comparaison des résultats avec la littérature existante | 13 |
| 1. Objectif principal                                      | 13 |
| 2. Objectif secondaire                                     | 15 |
| C. Implications pour la pratique                           | 16 |
| V. Conclusion  | 18 |
| VI. Références bibliographiques                            | 19 |
| VII. Annexes   | 21 |

## **ABREVIATIONS :**

CNGOF : Collège National des Gynécologues Obstétriciens Français

RPC : Recommandations pour la Pratique Clinique

DMO : Dossier Médico-Obstétrical

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

EI : Extraction Instrumentale

SA : Semaines d'Aménorrhée

e.t : écart-type

SFL : Sage Femme Libérale

# I. INTRODUCTION

Le périnée est l'ensemble des parties molles constituant le plancher du petit bassin. Au cours de l'accouchement, il peut subir des traumatismes, notamment des déchirures. En France, entre 19 et 65% des femmes qui accouchent par voie basse ont une déchirure du périnée [1,2]. Les déchirures des 3<sup>e</sup> et 4<sup>e</sup> degrés (dites déchirures sévères) concernent 0,25 à 3,7% des femmes qui accouchent par voie basse [3,4]. Or ces déchirures ne sont pas anodines car elles sont parfois responsables dans le post-partum d'incontinence urinaire, anale, ou de troubles de la fonction sexuelle [5,6].

L'épisiotomie est l'incision volontaire du périnée, pratiquée par la sage-femme ou l'obstétricien afin d'en agrandir l'orifice. Elle est utilisée depuis le XVIII<sup>e</sup> siècle à visée prophylactique, pour prévenir les déchirures périnéales sévères, faciliter et accélérer l'accouchement. Sa pratique s'est étendue progressivement, puis largement depuis les années 70. En 2000 d'après Audipog, le taux global d'épisiotomie était de 49,3%, de 70,3% dans le cas des primipares et de 33,5% dans le cas des multipares.

Mais sa pratique libérale (« de routine ») a été progressivement remise en cause [7,8], et de ce fait, le Collège National des Gynécologues Obstétriciens Français(CNGOF) a rédigé en 2005 des Recommandations pour la Pratique Clinique(RPC) sur l'épisiotomie [9]. Il apparaît dans ces RPC que « la pratique libérale de l'épisiotomie ne prévient pas la survenue de déchirures périnéales du 3<sup>e</sup> et 4<sup>e</sup> degré ». Mais dans certaines « situations obstétricales spécifiques, une épisiotomie peut être judicieuse sur la base de l'expertise clinique de l'accoucheur » [Annexe 1]. La pratique systématique de l'épisiotomie n'est donc plus recommandée.

On a ainsi observé une diminution au niveau national du taux d'épisiotomie passant de 44,6% en 2003 à 33,6% en 2008 d'après Audipog.

Cependant, l'épisiotomie paraît très utilisée lors des extractions instrumentales(EI) qui sont pourtant une de ces situations spécifiques décrites par les RPC où l'épisiotomie n'est pas justifiée de manière systématique. De plus, la survenue d'une épisiotomie lors d'une

extraction instrumentale augmente le risque de complications périnéales (hématome, infection) [10,11] et augmente l'incidence d'une ré-hospitalisation [12] dans le post-partum.

Dans ce cas, il paraît intéressant d'étudier l'évolution de cette pratique au cours des extractions instrumentales. La parution des RPC en 2005 l'a-t-elle modifiée ? Respecte-t-elle les recommandations ?

L'objectif principal de cette étude était d'évaluer l'impact des RPC de 2005 sur la pratique de l'épisiotomie lors des accouchements voie basse par extraction instrumentale.

L'objectif secondaire était d'évaluer l'impact des RPC de 2005 sur les complications périnéales en suite de couche.

## II. MATERIEL ET METHODES

### A. MATERIEL

#### 1. TYPE D'ETUDE

Il s'agissait d'une étude évaluative observationnelle, monocentrique, de type avant/après.

Elle a été réalisée à l'Hôpital Couple Enfant du Centre Hospitalier Universitaire de Grenoble(CHU), Maternité de niveau III.

La période « avant » se situe avant la parution des RPC de 2005 et après la mise en place du Dossier Médico-Obstétrical(DMO), qui date de l'année 2000, soit l'année 2003.

La période « après » se situe après la parution des RPC et le plus récemment possible, soit l'année 2011.

#### 2. POPULATION ETUDIEE

Les femmes ayant accouché par voie basse instrumentale (ventouse ou forceps), en présentation céphalique, au-delà de 37 semaines d'aménorrhée(SA) révolues, à l'issue d'une grossesse unique ont été incluses.

### B. METHODE

#### 1. VARIABLES ETUDIEES

Les fiches consultées dans le DMO étaient : identification, partogramme, accouchement pour la mère, accouchement pour l'enfant, nouveau-né, compte-rendu d'extraction instrumentale, résumé de suite-de-couche.

Les variables recueillies étaient :

- Les caractéristiques maternelles :
  - L'âge, en année ;
  - la parité : primipare ou multipare ;
  - le terme, en semaine d'aménorrhée plus 0 à 6 jours.
- Les caractéristiques du travail :
  - le type d'anesthésie : rachianesthésie, anesthésie péridurale, anesthésie locale ou aucune ;
  - la couleur du liquide amniotique : clair, teinté ou méconial ;
  - la durée du travail, en heure(s) et minute(s) ;
  - le type d'extraction instrumentale : ventouse ou forceps ;
  - la pratique de l'épisiotomie ;
  - le degré de déchirure périnéale : déchirure périnéale simple, sévère (3<sup>e</sup> ou 4<sup>e</sup> degré).
- Les caractéristiques fœtales :
  - Le poids du nouveau-né, en grammes.
- Les caractéristiques des suites de couches :
  - La qualité de la cicatrisation périnéale : périnée sain, œdématisé, infecté, désunion, hématome. La complication périnéale était définie par le fait qu'un périnée ne soit pas sain lors du séjour en suite-de-couche ;
  - la prescription de soins locaux lors de la sortie;
  - le mode de sortie : à domicile, avec une sage-femme libérale ;
  - la durée du séjour : en jours.

## 2. CRITERES DES JUGEMENT

L'objectif principal de cette étude était d'évaluer l'impact des RPC de 2005 sur la pratique de l'épisiotomie lors des accouchements voie basse par extraction instrumentale.

Le critère de jugement principal était l'évolution du taux d'épisiotomie lors des accouchements voie basse par extraction instrumentale entre les années 2003 et 2011.

Nous avons défini l'épisiotomie comme étant l'incision volontaire du périnée lors des efforts expulsifs.

Nous avons défini le taux d'épisiotomie comme étant le ratio d'épisiotomies effectuées sur le nombre total d'accouchements voie basse par extraction instrumentale survenus, et ce pour les années 2003 et 2011. Une évolution était définie par une différence statistiquement significative.

L'objectif secondaire était d'évaluer l'impact des RPC de 2005 sur les complications périnéales en suite de couche.

Le critère de jugement secondaire était l'évolution du taux de complications périnéales lors du séjour en suite de couches après les accouchements voie basse par extraction instrumentale entre les années 2003 et 2011.

Les complications périnéales lors du séjour en suite de couche étaient définies dès lors que le périnée n'était pas sain. C'est-à-dire par la survenue d'un hématome, d'une inflammation, d'une désunion ou d'une infection.

Nous avons défini le taux de complications périnéales comme étant le ratio de complications périnéales sur le nombre total de séjours en suite de couches suite à un accouchement voie basse par extraction instrumentale, et ce pour les années 2003 et 2011. Une évolution était définie par une différence statistiquement significative.

### 3. RECUEIL DES DONNEES

Nous avons effectué le recueil de données à partir du DMO du CHU de Grenoble, qui est informatisé.

Le logiciel Microsoft Access permet d'interroger la base de données des DMO, d'obtenir les numéros d'identification du DMO des patientes correspondant aux critères d'inclusion. Nous avons consulté ces DMO et collecté les variables via une grille papier puis nous les avons saisies sur le logiciel Statview.

L'anonymat des patientes a été conservé, chaque patiente était identifiée par un numéro dans la grille de recueil de données.

#### 4. ANALYSE STATISTIQUE

Nous avons réalisé l'analyse statistique avec le logiciel Statview.

Nous avons fait une analyse descriptive de nos données. Les variables quantitatives telles que l'âge, le terme, le poids de nouveau-né ont été décrites par la moyenne et l'écart-type. La durée du travail a été décrite par la médiane et l'espace interquartile. Les variables qualitatives ont été décrites par les effectifs et les pourcentages.

Nous avons réalisé des tests de comparaison de moyenne (test t de Student) pour les variables quantitatives. Nous avons utilisé pour la comparaison des variables qualitatives le test statistique du Chi2. Le test de Fisher a été utilisé lorsque le Chi2 n'était pas applicable (effectifs attendus inférieurs à cinq).

Les différences ont été considérées comme significatives lorsque la valeur de p était inférieure à 0,05.

### III. RÉSULTATS

#### A. EFFECTIFS ET CARACTERISTIQUES DE LA POPULATION ETUDIEE

Au total de 567 patientes ont été incluses. Le groupe « avant » correspondant à l'année 2003 comportait 240 patientes. Le groupe « après » correspondant à l'année 2011 comportait 327 patientes.

##### 1. CARACTERISTIQUES GENERALES

Il n'y avait pas de différence statistiquement significative de l'âge maternel, de la parité, et du poids du nouveau-né entre les deux groupes de patientes (Tableau I).

En revanche, il y avait une différence statistiquement significative du terme de 1,5 jour (40SA+1 en 2003 versus 39SA+6,5 en 2011,  $p=0,018$ ).

| <b>Tableau I : Caractéristiques générales de la population.</b> |                       |                       |                             |
|---|-----------------------|-----------------------|-----------------------------|
|   | Année 2003<br>(n=240) | Année 2011<br>(n=327) |                             |
| Age maternel (moyenne, e.t)                                     | 29,0 ans (5,5)        | 29,0 ans (5,2)        | $p=0,949$                   |
| Parité (n, (%))   |                       |                       |                             |
| Primipares  | 187 (77,9%)           | 256 (78,3%)           | $p=0,169$                   |
| Multipares  | 53 (22,1%)            | 71 (21,7%)            | $p=0,169$                   |
| Terme (moyenne, e.t)  | 40 SA +1 (7,4)        | 39 SA +6,5 (7,8)      | <b><math>p=0,018</math></b> |
| Poids du nouveau-né (moyenne, e.t)                              | 3367g (423)           | 3323g (405)           | $p=0,214$                   |
| e.t : écart type  |                       |                       |                             |

##### 2. CARACTERISTIQUES DU TRAVAIL

Il n'y avait pas de différence statistiquement significative tant au niveau des différents modes d'anesthésie que de la proportion de liquide amniotique teinté et méconial (Tableau II).

Les durées de travail étaient comparables.

| <b>Tableau II : Caractéristiques du travail.</b>     |                       |                       |        |
|--|-----------------------|-----------------------|--------|
|  | Année 2003<br>(n=240) | Année 2011<br>(n=327) |        |
| Anesthésie (n, (%))                                  |                       |                       |        |
| Bloc pudendal  | 0 (0,0)               | 2 (0,6%)              | p=0,51 |
| Rachianesthésie                                      | 1 (0,4%)              | 1 (0,3%)              | p>0,99 |
| Péridurale   | 223 (94,9%)           | 316 (96,6%)           | p=0,30 |
| Autre ou aucune                                      | 11 (4,7%)             | 8 (2,5%)              | p=0,98 |
| Données manquantes                                   | 5                     | 0                     |        |
| Liquide amniotique teinté et méconial (n, (%))       | 42 (19,4%)            | 50 (15,3%)            | p=0,07 |
| Données manquantes                                   | 24                    | 0                     |        |
| Durée du travail [médiane, intervalle interquartile] | 6h [4h ; 7h49]        | 5h46 [4h12 ; 8h22]    |        |
| Données manquantes                                   | 40                    | 0                     |        |

### 3. MODE D'ACCOUCHEMENT ET ETAT PERINEAL

Nous avons mis en évidence une différence statistiquement significative du mode d'accouchement entre les années 2003 et 2011 (Tableau III).

Le taux d'extraction instrumentale par ventouse a augmenté : 1,3% des EI en 2003, contre 67,3% des EI en 2011.

Le taux d'extraction instrumentale par forceps a diminué : 98,7% des EI en 2003, contre 32,7% des EI en 2011.

| <b>Tableau III : Mode d'accouchement de la population.</b> |                       |                       |                    |
|--|-----------------------|-----------------------|--------------------|
|  | Année 2003<br>(n=240) | Année 2011<br>(n=327) |                    |
| Ventouse (n, (%))  | 3 (1,3%)              | 220 (67,3%)           | <b>p&lt;0,0001</b> |
| Forceps (n, (%))   | 237 (98,7%)           | 107 (32,7%)           | <b>p&lt;0,0001</b> |

Il n'y avait pas de variation statistiquement significative du taux de déchirure du 3<sup>e</sup> degré (12 soit 5,2% en 2003 versus 19 soit 5,8% en 2011, p=0,75), ni du 4<sup>e</sup> degré (0 en 2003 versus 2 soit 0,6% en 2011, p=0,63).

## B. OBJECTIF PRINCIPAL

En considérant l'ensemble des accouchements voie basse par extraction instrumentale, cette étude a mis en évidence une diminution statistiquement significative du taux d'épisiotomie, entre l'année 2003 et l'année 2011 :

216 soit 91,1% d'épisiotomie lors d'une extraction instrumentale en 2003 versus 196 soit 59,9% en 2011, p<0,0001 (Tableau IV).

Il n'y avait pas de variations statistiquement significatives du taux d'épisiotomie lors des accouchements voie basse par ventouses (33,3% en 2003 versus 47,3% en 2011).

Il n'y avait pas de variations statistiquement significatives du taux d'épisiotomie lors des accouchements voie basse par forceps (91,9% en 2003 versus 86,0% en 2011).

| <b>Tableau IV : Taux d'épisiotomie lors des extractions instrumentales.</b> |                       |                       |                    |
|---|-----------------------|-----------------------|--------------------|
|   | Année 2003<br>(n=240) | Année 2011<br>(n=327) |                    |
| Episiotomie (n, (%))  | <b>216 (91,1%)</b>    | <b>196 (59,9%)</b>    | <b>p&lt;0,0001</b> |
| Ventouse + épisiotomie  | 1 (33,3%)             | 104 (47,3%)           | p>0,99             |
| Forceps + épisiotomie   | 215 (91,9%)           | 92 (86,0%)            | p=0,09             |

Cette diminution du taux d'épisiotomie est statistiquement significative chez les primipares (173 soit 93,0% en 2003 versus 168 soit 65,6% en 2011, p<0,0001), et chez les multipares (43 soit 84,3% versus 28 soit 39,4% en 2011, p<0,0001).

### C. OBJECTIF SECONDAIRE

Nous avons observé une augmentation statistiquement significative du taux global de complications périnéales en suite de couches : 8(4,0%) en 2003 versus 37(12,2%) en 2011,  $p=0,018$  (Tableau V).

Nous avons noté la différence statistiquement significative de prescription de soins locaux (type soins Bétadine). Ses soins étaient plus prescrits à la sortie de maternité en 2003 qu'en 2011 : 7,1% versus 2,2%,  $p=0,0163$ .

Il y a eu une augmentation significative du taux de sorties avec une Sage-femme libérale (SFL) : 15,0% en 2003 versus 51,6% en 2011.

| <b>Tableau V : Complications périnéales et suite de couches.</b> |                       |                       |                |
|--|-----------------------|-----------------------|----------------|
|  | Année 2003<br>(n=240) | Année 2011<br>(n=327) |                |
| Complications périnéales (n, (%))                                | <b>8 (4,0%)</b>       | <b>37 (12,2%)</b>     | <b>p=0,018</b> |
| Données manquantes   | 42                    | 23                    |                |
| Durée du séjour en SDC<br>(moyenne, e.t)                         | 4,3jr (1,1)           | 4,5jr (1,7)           | p=0,059        |
| Données manquantes   | 12                    | 9                     |                |
| Soins locaux (n, (%))  | 8 (7,1%)              | 7 (2,2%)              | p=0,0163       |
| Données manquantes   | 127                   | 13                    |                |
| Sortie avec SFL (n, (%))   | 29 (15,0%)            | 160 (51,6%)           | p<0,0001       |
| Données manquantes   | 47                    | 17                    |                |

## IV. DISCUSSION

### A. LIMITES DE L'ETUDE

#### 1. POPULATION

Nous avons volontairement sélectionné une population à bas risque comme il est conseillé dans les RPC pour interpréter correctement les différents taux d'épisiotomie. Ainsi les grossesses multiples, les accouchements prématurés et les accouchements en présentation du siège n'ont pas été inclus.

Les accouchements voie basse ayant nécessités une extraction instrumentale par spatules n'ont volontairement pas été inclus. En effet les données de la littérature à leur sujet sont rares.

Les 2 groupes de population n'étaient pas comparables au niveau du terme d'accouchement (40SA+1 en 2003 versus 39SA+6,5 en 2011,  $p=0,018$ ). Mais cette différence d'1,5 jour n'a cliniquement pas d'intérêt en termes de différence de poids de naissance. Il n'y a d'ailleurs pas de différence statistiquement significative du poids de naissance.

#### 2. TYPE D'ETUDE

Il s'agit d'une étude effectuée rétrospectivement, sur deux périodes de courte durée. Par conséquent, les effectifs étaient faibles. De plus, la pratique évaluée ne représente que celle du centre hospitalier étudié, et n'est pas représentative de tous les centres hospitaliers français. Une étude multicentrique permettrait d'obtenir des effectifs plus importants.

#### 3. METHODE

Il était important de recueillir les facteurs de risque de l'utilisation de l'épisiotomie lors d'une extraction instrumentale. Cependant nous n'avons pas eu à notre disposition dans les dossiers informatiques pour l'année 2003 les données suivantes :

- 2<sup>e</sup> phase du travail supérieur à 2h,
- Présentation.

## B. COMPARAISON DES RESULTATS AVEC LA LITTERATURE EXISTANTE

### 1. OBJECTIF PRINCIPAL

L'objectif principal de cette étude était d'évaluer l'impact des RPC de 2005 sur la pratique de l'épisiotomie lors des accouchements voie basse par extraction instrumentale. Nous avons mis en évidence une diminution significative ( $p < 0,0001$ ) de la pratique de l'épisiotomie lors des accouchements voie basse par extraction instrumentale suite aux RPC. Une étude de Guénin au CHU de Grenoble a montré une diminution du taux global d'épisiotomie pour tous les accouchements voie basse de 49,9% en 2003 à 19,9% en 2007 ( $p < 0,001$ ) [14].

Nous avons constaté une augmentation de la pratique de l'extraction instrumentale par ventouse, et une diminution de celle du forceps, corrélée à une diminution significative du taux d'épisiotomie. Il y a peu d'articles récents publiés sur l'épisiotomie lors des extractions instrumentales. D'après un article de Schaal et al. [13], les extractions par ventouse semblent diminuer le taux d'épisiotomie par rapport aux extractions par forceps. Cela serait dû à la non augmentation de la taille de la présentation par l'instrument et du contrôle plus facile de l'expulsion. Nos résultats sont en accord avec ceux de Macleod et al. rapportant une plus faible utilisation de l'épisiotomie dans les extractions instrumentales par ventouse en comparaison de celles par forceps [10]. La diminution d'un tiers du taux d'épisiotomie constaté dans notre étude paraît être imputé au changement de pratique plus qu'à la parution des RPC. Le taux d'épisiotomie stable lors des extractions instrumentales par forceps va dans ce sens.

L'apparition et le développement de l'extraction instrumentale par ventouse découle de l'arrivée d'un nouveau chef de service après 2003. De ce fait, leur nombre en 2003 par rapport à l'année 2011 est minoritaire (3, soit 1,3% des EI). Ainsi les statistiques du taux d'épisiotomie associé aux ventouses en 2003 (1, soit 33,3%) sont peu interprétables. Les taux de 2011 le sont.

Le taux d'épisiotomie associée aux forceps ne varie pas de façon significative. Il n'y a donc pas d'impact des RPC sur le taux d'épisiotomie lors des extractions instrumentales par forceps. On peut s'étonner du taux important de près de 90% de la pratique de l'épisiotomie lors d'un accouchement voie basse par forceps comparativement à une étude d'Eckman [20], qui montre un taux de 15% d'épisiotomie lors d'utilisation de forceps en 2007.

Ce taux important d'épisiotomie lors d'un accouchement voie basse par forceps peut s'expliquer de plusieurs façons. Tout d'abord, la durée d'extraction est plus courte avec le forceps qu'avec la ventouse [15]. On peut alors penser qu'il y a moins d'ampliation périnéale et il serait donc associé plus facilement à une épisiotomie. Ensuite, l'utilisation du forceps est plus traumatisante pour le périnée dans le sens où elle provoque plus souvent des lésions périnéales sévères [13]. On peut imaginer que l'épisiotomie est plus souvent réalisée dans le but de prévenir ces lésions, même si comme nous l'avons vu cette pensée a été remise en cause il y a plusieurs années. Une autre explication est celle du choix de l'instrument : le forceps est utilisé lorsque la naissance doit être rapide notamment en cas d'anomalie du rythme cardiaque fœtale, lorsque l'impression clinique est mauvaise, lorsqu'on se trouve dans une situation d'échec d'un autre instrument, ou dans un contexte de difficulté obstétricale. Enfin, l'utilisation du forceps lors des extractions instrumentales au CHU de Grenoble est moindre d'après nos résultats et l'apprentissage du forceps semble moins aisé que celui de la ventouse [16]. Compte-tenu de cette évolution, la jeune génération d'accoucheurs a donc moins de pratique et de formation que leurs aînés pour l'utilisation des forceps. Ces conditions sont plus favorables à l'utilisation de l'épisiotomie.

Reinbold et al. ont menés une étude sur l'impact des RPC pour réduire le taux d'épisiotomie [2]. De 2004 à 2009, le taux d'épisiotomie lors d'un accouchement voie basse par extraction instrumentale a diminué significativement de 87% à 33,5% ( $p < 0,01$ ), soit plus de la moitié. Dans leur étude comme dans la nôtre en 2011, les instruments majoritairement utilisés sont les ventouses et il n'y a pas de différence significative du taux de déchirures périnéales sévères. Ces résultats confirment que malgré la diminution de la pratique de l'épisiotomie, il n'y a pas plus de déchirures périnéales sévères, comme décrit dans les RPC.

## 2. OBJECTIF SECONDAIRE

L'objectif secondaire de cette étude était d'évaluer l'impact des RPC de 2005 sur les complications périnéales en suite de couche.

Nous avons mis en évidence une augmentation statistiquement significative du nombre de complications périnéales en suites de couche d'un facteur 3 ( $p=0,018$ ).

D'après Macleod et al. [10] l'épisiotomie lors des accouchements voie basse par extraction instrumentale est un facteur de risque des infections périnéales (Odd Ratio 4,04 IC 95% 1,44-11,37). L'Odd Ratio est plus faible pour les extractions instrumentales par ventouse (2,94 IC95% 0,81-10,71) que par forceps (5,21 IC5% 0,71-38,31), mais ils ne sont pas statistiquement significatifs. Une étude de Rockner et al. a permis d'observer dans un groupe de patiente ayant eu une épisiotomie davantage de complications périnéales (infection, hématome de la cicatrice, œdème, désunion de suture, retard de cicatrisation) que dans un groupe ayant eu une déchirure simple [16]. Nos résultats sont en désaccords avec la littérature.

En tenant compte de ces données et de nos résultats mettant en évidence une diminution significative du taux d'épisiotomie et une augmentation significative du taux d'extractions instrumentales par ventouse, nous nous attendions à une diminution des complications périnéales en suites de couche.

Ce désaccord pourrait s'expliquer par le support des données recueillies. Le DMO a été mis en place en 2000 au CHU de Grenoble, et s'est imposé jusqu'à en être son principal outil de nos jours. Mais en 2003, il y avait d'autres supports du dossier patient qui n'étaient pas accessibles lors du recueil de données. Les fiches informatiques de résumé de suites de couche étaient succinctement remplies, d'où des données manquantes sur les dossiers de 2003. Ces données manquantes sont une conséquence du mode de recueil, fait de façon rétrospective.

Cependant nous pouvons souligner la diminution significative ( $p<0,0163$ ) de la prescription de soins locaux lors de la sortie du séjour de suites de couche entre l'année 2003 et l'année 2011. Ces soins locaux à visée antiseptique sont prescrits pour améliorer la cicatrisation d'une plaie. Ce résultat est en contradiction avec le résultat précédent, étant

donné que nos résultats ont montré plus de complications périnéales en 2011 qu'en 2003. De plus, les données manquantes à propos des soins locaux en 2003 représentent plus de la moitié des effectifs (127 sur 240). Nous pouvons donc penser que le taux de prescription de soins locaux en 2003 est sous-estimé.

L'augmentation significative du nombre de sortie avec une sage-femme libérale ( $p < 0,0001$ ) semble difficile à interpréter. Il s'agit d'une activité qui s'est réellement développée ces dernières années. Les séries statistiques des professionnelles de santé dénombrent 94 SFL en Isère en 2003, 125 en 2011 [18]. Mais la pratique des SFL ne se résume pas au suivi en suites de couche. De plus, l'indication d'une sortie de maternité avec une SFL ne concerne pas que le suivi de la cicatrisation périnéale. Il y a aussi la surveillance de l'ictère néonatal ou le suivi de l'allaitement maternel. Ainsi, il semble que nous ne pouvons pas établir un lien entre le taux de sortie avec une sage-femme libérale et le taux de complications périnéales.

Nous pouvons noter que la durée moyenne de séjour ne varie pas significativement de 2003 à 2011. Cependant il y a une tendance à la hausse, alors que les statistiques nationales montrent une tendance à la baisse sur la dernière décennie [19]. Nous ne pouvons pas mettre en lien la durée de séjour avec le taux de complications périnéales car de nombreux autres critères influençant la durée de séjour n'ont pas été recueillis.

### C. IMPLICATIONS POUR LA PRATIQUE

La diminution du nombre d'épisiotomie pour les accouchements voie basse par extraction instrumentale a été prouvée. Cependant du progrès est encore possible. Les RPC du CNGOF insistent sur la notion d'expertise clinique de l'accoucheur, la pratique de l'épisiotomie se justifie au cas par cas. Une étude évaluant la pratique restrictive de l'épisiotomie entre les années 2003 et 2007 a mis en évidence une diminution de 39,3% à 9,6% du taux d'épisiotomie lors des accouchements voie basse par extraction instrumentale [20]. En 2007, ce taux est de 9,96% pour les ventouses, et de 15,0% pour les forceps. Les auteurs en concluent qu'un taux de 10 à 15% d'épisiotomie lors des accouchements voie basse par extractions instrumentales est un objectif réalisable sans pour autant augmenter

la morbidité de ces accouchements. Il semble réalisable de continuer sur cette lancée et de réévaluer notre pratique dans quelques années.

Par ailleurs, alterner les postures maternelles lors de la dilatation complète, retarder les efforts expulsifs et accoucher en décubitus latéral semble diminuer le recours aux extractions instrumentales ainsi que les déchirures périnéales et le recours à l'épisiotomie [21]. Les sages-femmes sont donc les acteurs de premier plan pour prévenir ces événements. Il nous paraît nécessaire de poursuivre la formation des étudiants sages-femmes aux positions maternelles pendant le travail et à l'accouchement en décubitus latéral entre autres pour améliorer notre pratique.

Le CNGOF recommande la pratique d'un soin non stérile de l'épisiotomie avant que l'accouchée ne soit transférée dans l'unité mère-enfant. Il recommande aussi que la sage-femme explique la technique et le rythme des soins ainsi que les règles d'hygiène concernant une plaie d'épisiotomie. Ces pratiques sont la base de la prévention des complications périnéales de l'épisiotomie en suite de couche. Il nous paraît important que ces pratiques continuent d'être pratiquées. Il semble judicieux d'évaluer les complications périnéales en suite de couche après un accouchement voie basse par extraction instrumentale dans un ou plusieurs établissements dont le support des transmissions du dossier patient est inchangé sur l'ensemble de la période étudiée.

## V. CONCLUSION

L'objectif de cette étude était, lors des extractions instrumentales, d'évaluer l'impact des RPC promouvant une diminution de la pratique libérale de l'épisiotomie et d'évaluer l'impact sur la survenue des complications périnéales en suite de couche.

Nous avons mis en évidence une diminution d'un tiers du taux des épisiotomies lors des accouchements voie basse par extraction instrumentale, sans augmentation significative du taux de déchirures périnéales sévères. Cette diminution est encourageante et mérite d'être poursuivie. Un objectif de 10-15% semble réalisable. Nous avons rapporté une plus faible utilisation de l'épisiotomie lors des extractions instrumentales par ventouse en comparaison de celles par forceps.

Il a également été constaté une augmentation du taux de complications périnéales. Nous proposons donc de rester vigilants quant à la pratique des soins locaux des accouchées et des conseils donnés en termes de soins et d'hygiène de la plaie de l'épisiotomie.

Il serait intéressant d'interroger les gynécologues-obstétriciens sur leurs critères de pratique de l'épisiotomie lors des extractions instrumentales. Et mener une étude de prévalence permettrait de décrire l'évolution des complications périnéales et des soins apportés lors du séjour en suites de couche.

## VI. REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- [1] Lansac, J. Pratique de l'accouchement, édition Masson, 2006, p444
- [2] Reinbold D, Eboue C et al. From the impact of french guidelines to reduce episiotomy's rate. J Gynecol Obstet Biol Reprod (Paris). 2012 Feb;41(1):62-8.
- [3] Goutz A, Hasson J et al. Third- and fourth-degree perineal tears: prevalence and risk factors in the third millennium. Am J obstet Gynecol, dec 2010, publication internet non imprimée.
- [4] Jandér, Lyrenas. Third and fourth degree perineal tears. Predictor factors in a referral hospital. Acta Obstet Gynecol Scand, 2001;80(3):229-34
- [5] Rathfisch G, Dikencik BK et al. Effects of perineal trauma on postpartum sexual function. J Adv Nurs, 2010;66(12):2640-9
- [6] Marsh F, Lynne R et al. Obstetric anal sphincter injury in the UK and its effect on bowel, bladder and sexual function. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol, 2011;154(2):223-7
- [7] Thacker SB, Banta HD. Benefits and risks of episiotomy: an interpretative review of the English language literature, 1860-1980 [archive]. Obstet Gynecol Survey 1983; 38 : 322-38.
- [8] Woolley RJ. Benefits and risks of episiotomy: a review of the English-language literature since 1980. Part 1&2 [archive]. Obstet Gynecol Survey 1995; 50 : 806-35.
- [9] J Gynecol Obstet Reprod 2006;35(suppl au n°1):1S77-1S80
- [10] Macleod M, Strachan B et al. A prospective cohort study of maternal and neonatal morbidity in relation to use of episiotomy at operative vaginal delivery. BJOG 2008 Dec; 115(13):1688-94.
- [11] Genre L, Tanchoux F. Pelvi-abdominal hematoma: A five years study. J Gynecol Obstet Biol Reprod (Paris). 2012 Feb 1.
- [12] Lydon-Rochelle M et al. Association between method of delivery and maternal rehospitalization. JAMA. 2000 May 10;283(18):2411-6.
- [13] Schaal JP, Equy V, Hoffman P. Comparison vacuum extractor versus forceps. J Gynecol Obstet Biol Reprod (Paris). 2008 Dec; 37 Suppl 8:S231-43.
- [14] Guenin Z. Evaluation de la pratique d'une politique d'épisiotomie restrictive. Diplôme de Sage-femme :Université Joseph Fourier, 2010.

- [15] Weerasekera DS et al. A randomised prospective trial of the obstetric forceps versus vacuum extracting using defined criteria. *Br J Obstet Gynaecol* 2002;22;344-5.
- [16] Powell J et al. Vacuum and forceps training in residency: experience and self-reported competency. *J Perinatol* 2007;27:343-6.
- [17] Röckner G et al. Evaluation of episiotomy and spontaneous tears of perineum during childbirth. *Scand J Caring Sci* 1988;2:19-24.
- [18] Sicart D. Séries statistiques des professionnels de santé. Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Évaluation et des Statistiques.
- [19] Les maternités en 2010 - Premiers résultats de l'enquête nationale Périnatale. Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Évaluation et des Statistiques.
- [20] Eckman A 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(1):37-42. Epub 2009.
- [21] Walker C et al. Alternative model of birth to reduce the risk of assisted vaginal delivery and perineal trauma. *Int Urogynecol J*. 2012 Feb 2. [Epub ahead of print].

## VII. ANNEXES

### EXTRAIT DES RECOMMANDATIONS POUR LA PRATIQUE CLINIQUE DU CONSEIL NATIONAL DE GYNECOLOGUES OBSTETRICIENS DE FRANCE :

Existe-t-il des indications obstétricales spécifiques ?

Il n'est pas recommandé de réaliser systématiquement une épisiotomie chez la **primipare** (grade B).

Il n'y a pas de preuves pour recommander la pratique systématique de l'épisiotomie en cas de **manœuvres obstétricales** ou lors d'une **suspicion de macrosomie** (grade C).

La pratique systématique de l'épisiotomie ne se justifie pas en cas d'extraction instrumentale (grade B). Le taux de lésions périnéales sévères est augmenté lorsque l'extraction instrumentale est associée à l'épisiotomie (grade B) mais le lien de cause à effet entre l'épisiotomie et les lésions périnéales sévères n'est pas établi. L'extraction par **ventouse** nécessite moins d'épisiotomies, et expose moins aux lésions périnéales sévères que le **forceps** (grade A).

En cas de **variété postérieure persistante**, de **présentation de la face**, de **présentation du siège** ou de **d'accouchement gémellaire**, il n'existe pas de preuves suffisantes pour indiquer la pratique systématique de l'épisiotomie (accord professionnel).

Lorsque le **périnée semble sur le point de se rompre au moment de l'expulsion**, une pratique systématique de l'épisiotomie n'est pas nécessaire ; en effet, dans cette situation, une politique restrictive de l'épisiotomie permet de multiplier par trois le taux de périnées intacts sans pour autant augmenter le risque de déchirures du troisième degré (grade B).

Les antécédents de **lésions périnéales du 3e et du 4e degrés** et les **mutilations** ne justifient pas une pratique systématique de l'épisiotomie.

Une politique libérale d'épisiotomies n'améliore pas l'état néonatal par rapport à une politique restrictive dans la population générale (grade C). En cas de **rythme cardiaque « non rassurant » pendant l'expulsion**, il n'a pas été démontré que l'épisiotomie systématique améliorerait l'état néonatal.

Les Recommandations pour la Pratique Clinique du CNGOF de 1998 sur les modalités de naissance des **enfants de faible poids** concluaient à l'absence de données en faveur de la pratique systématique de l'épisiotomie chez le fœtus prématuré ou atteint de retard de croissance in utero. Depuis cette date, aucun travail n'a modifié ces conclusions.

**Dans toutes ces situations obstétricales spécifiques, une épisiotomie peut être judicieuse sur la base de l'expertise clinique de l'accoucheur (accord professionnel).**

# RESUMÉ

## OBJECTIF

L'objectif principal de cette étude était d'évaluer l'impact des Recommandations pour la Pratique Clinique (RPC) de 2005 sur la pratique de l'épisiotomie lors des accouchements voie basse par extraction instrumentale (EI).

L'objectif secondaire était d'évaluer l'impact des RPC de 2005 sur les complications périnéales en suite de couche.

## MATERIEL ET METHODE

Il s'agissait d'une étude évaluative observationnelle, de type avant/après, analysant l'année 2003 (avant les RPC), et 2011 (après les RPC et le plus récemment possible). Elle a été menée au CHU de Grenoble. Les femmes ayant accouché par voie basse instrumentale, d'un fœtus en présentation céphalique, au terme d'une grossesse unique ont été incluses.

## RESULTATS

Au total, 567 patientes ont été incluses, 240 en 2003 et 327 en 2011.

Il y avait une différence statistiquement significative du terme de 1,5 jour ( $p=0,018$ ). Entre 2003 et 2011, nous avons observé une diminution significative du taux global d'épisiotomie lors des accouchements voie basse par EI, passant de 91,1% à 59,9% ( $p<0,0001$ ). Cette diminution portait à la fois sur les primipares et les multipares. L'instrument dominant était le forceps en 2003 et la ventouse en 2011. Le taux global de complications périnéales a augmenté de façon significative de 4,0% à 12,2% ( $p=0,018$ ) et la prescription de soins locaux à la sortie des suites de couche a significativement diminué de 7,1% à 2,2% ( $p=0,0163$ ).

## DISCUSSION ET CONCLUSION

La diminution d'un tiers du taux d'épisiotomie lors des accouchements voie basse par EI est encourageante. Cependant la littérature a montré qu'il est possible d'atteindre des taux plus faibles, car il n'y a aucun bénéfice à avoir recours systématiquement à l'épisiotomie. Il n'y a pas d'impact des RPC sur la pratique de l'épisiotomie lors des EI par forceps. Il y avait une plus faible utilisation de l'épisiotomie lors des extractions instrumentales par ventouse en comparaison de celles par forceps. L'augmentation du taux de complications périnéales en suite de couche semble être en contradiction avec les données actuelles de la littérature. Il est souhaitable de rester vigilants sur les notions de soins et d'hygiène des plaies périnéales.

## MOTS CLEFS

Extraction instrumentale, épisiotomie, complication périnéale, soins locaux.