

La réfection des épisiotomies au CHRU de Brest : état des lieux des pratiques professionnelles six ans après la mise en place du protocole de service

Johanna Gazin

► **To cite this version:**

Johanna Gazin. La réfection des épisiotomies au CHRU de Brest : état des lieux des pratiques professionnelles six ans après la mise en place du protocole de service . Sciences du Vivant [q-bio]. 2015. <dumas-01560334>

HAL Id: dumas-01560334

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01560334>

Submitted on 11 Jul 2017

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.



ECOLE DE SAGES-FEMMES
UFR de Médecine et des Sciences de la Santé
22 avenue Camille Desmoulins 29200 BREST

MEMOIRE DE FIN D'ETUDES
ANNEE 2015

La réfection des épisiotomies au CHRU de Brest : état des lieux des pratiques professionnelles six ans après la mise en place du protocole de service.

Présenté et soutenu par :

GAZIN Johanna
Née le 4 Août 1992

Directeur de mémoire : Monsieur C. TREMOUILHAC
Président du jury : Madame A. MOAL



ENGAGEMENT DE NON PLAGIAT

Je soussigné-e GAZIN Johanna.....

assure avoir pris connaissance de la charte anti plagiat de l'université de Bretagne occidentale.

Je déclare être pleinement conscient-e que le plagiat total ou partiel de documents publiés sous différentes formes, y compris sur internet, constitue une violation des droits d'auteur ainsi qu'une fraude caractérisée.

Je m'engage à citer toutes les sources que j'ai utilisées pour rédiger ce travail.

Signature

Remerciements

A Françoise Jubil pour sa disponibilité et son accompagnement tout au long de la réalisation de ce mémoire.

Au Docteur C. Tremouilhac pour avoir accepté de diriger ce travail.

A toute l'équipe pédagogique pour sa patience, son soutien et son investissement dans notre formation.

A ma famille pour m'avoir soutenue et encouragée depuis toujours. Pour leur bonne humeur et leur réconfort dans les moments difficiles.

A mes amis pour tous les bons moments passés ensemble. Et plus particulièrement à mes sept copines de promos, les meilleures, d'avoir rendu ces années d'étude inoubliables.

A Thomas pour son amour, sa compréhension et sa patience.

Table des matières

I.INTRODUCTION.....	1
II.MATERIEL ET METHODE.....	3
1.Objectifs de recherche.....	3
2.Méthode.....	3
3.Population étudiée.....	3
4.Recueil des données.....	4
III.RESULTATS.....	5
1.Caractéristiques générales des patientes.....	5
1)Age des patientes.....	5
2)Indice de Masse Corporelle.....	6
3)Parité.....	6
4)Antécédents.....	6
2.Données concernant l'accouchement.....	7
1)Terme de l'accouchement.....	7
2)Déclenchement.....	7
3)Durée du travail et des efforts expulsifs.....	7
4)Présentation fœtale.....	7
5)Poids de naissance et percentile.....	8
3.Données concernant l'épisiotomie.....	8
1)Indication d'épisiotomie.....	8
2)Type d'épisiotomie.....	9
4.Données concernant la suture.....	9
1)Professionnel ayant réalisé la suture.....	9
2)Analgésie pour la suture.....	9
3)Méthode de suture :.....	10
4)Les fils utilisés.....	11
5)Vérifications de fin de suture.....	12
5.En post-partum.....	12
1)Complications liées à l'épisiotomie.....	12
2)Douleur consécutive à l'épisiotomie.....	13
3)Prise d'antalgiques.....	13

6.Enquête auprès des professionnels.....	14
<u>IV.ANALYSE ET DISCUSSION.....</u>	<u>15</u>
1.A propos de l'étude.....	15
1)Les points forts.....	15
2)Les limites.....	15
2.Analyse des résultats et discussion.....	15
1)Données concernant la population.....	15
2)Données concernant l'épisiotomie.....	16
a)Taux d'épisiotomie	16
b)Indication.....	17
c)Méthode de suture.....	17
d)Complications.....	18
3)Traçabilité.....	19
4)Proposition de recherche et d'amélioration des pratiques.....	20
<u>V.CONCLUSION.....</u>	<u>22</u>
<u>VI.BIBLIOGRAPHIE.....</u>	<u>23</u>
<u>VII.ANNEXES.....</u>	<u>25</u>
Annexe 1 : protocole de suture des épisiotomies du CHRU de Brest – juillet 2008.....	25
Annexe 2 : Feuille de recueil.....	26
Annexe 3 : entretien avec les professionnels.....	27

I. INTRODUCTION

L'épisiotomie est le geste chirurgical le plus fréquemment pratiqué en salle de naissance après la section du cordon ombilical. Il s'agit d'inciser le périnée superficiel afin de faciliter la déflexion de la tête fœtale et d'accélérer la période d'expulsion (1). Les objectifs attendus de ce geste étaient de diminuer l'incidence des déchirures périnéales de troisième et quatrième degré et d'améliorer la statique pelvienne (2).

L'épisiotomie a été décrite pour la première fois en 1742 par Fielding Ould, un sage-femme irlandais qui s'en servait lors d'accouchements difficiles. Ce n'est que bien plus tard, au début du vingtième siècle, que sa pratique se répand largement. Beaucoup l'utilisent même de manière systématique lors des accouchements de primipares.(3) Son utilisation est remise en cause pour la première fois en 1983 lors de la publication d'une revue de la littérature de Thacker et Banta portant sur la comparaison entre risques et bénéfices de l'épisiotomie entre 1860 et 1980.(4) Plusieurs études internationales ont ensuite démontré qu'il y avait plus de bénéfices à mener une politique restrictive que libérale concernant l'épisiotomie.

Dans ce contexte, on voit son taux diminuer très progressivement à partir de la fin des années 90. En 2004, L'Alliance Francophone pour l'Accouchement Respecté (AFAR), à l'occasion de la semaine mondiale pour « l'accouchement respecté », lance une large campagne de mobilisation contre l'épisiotomie systématique. Estimant cet acte « inutile, douloureux et mutilatoire », elle souhaite une remise en cause de la pratique professionnelle et le libre choix pour les parturientes. Le Collectif Inter-associatif Autour de la Naissance (CIANE) a saisi le ministère de la santé et la Haute Autorité de Santé afin que la pratique de l'épisiotomie soient l'un des thèmes principaux retenus en périnatalité.

En 2005, le Collège National des Gynécologues et Obstétriciens de France (CNGOF) publie les dernières recommandations pour la pratique clinique concernant l'épisiotomie. Il supprime toute indication formelle et laisse sa réalisation à l'appréciation du praticien. Il est alors demandé aux établissements de santé de réduire leur taux global d'épisiotomie à un maximum de 30%. (2)

Depuis 2005, le taux global d'épisiotomie est en constante diminution mais reste cependant élevé chez les primipares.

Dans une démarche de qualité des soins et à la lumière des dernières études, il est impératif que les professionnels de la naissance remettent en cause leur pratique : restreindre l'épisiotomie aux situations où cela paraît absolument nécessaire. Il est aujourd'hui prouvé qu'elle ne réduit ni le risque de déchirures du troisième et quatrième degré, ni celui d'incontinence vésico-anale. Comparée à une déchirure naturelle, la cicatrisation est plus longue et la douleur à court et moyen terme est plus importante. Les dyspareunies sont également plus fréquentes.(2) L'épisiotomie reste parfois nécessaire et inévitable ; il est alors important d'avoir en tête ses conséquences tant physiques que psychologiques pour une bonne prise en charge.

Actuellement, les professionnels utilisent des méthodes de sutures très hétérogènes. Or, les différentes techniques existantes ne sont pas toutes équivalentes en terme de douleur et de cicatrisation, plusieurs études vont dans ce sens et notamment une revue Cochrane de 2012.(5) Les protocoles de service sont parfois anciens et ne sont pas toujours en accord avec les derniers apports de la littérature. Lorsqu'ils le sont, ils ne sont pas toujours respectés car les professionnels préfèrent utiliser la méthode à laquelle ils ont été formés et avec laquelle ils se sentent à l'aise. En 2008, un protocole de réfection des épisiotomies a été mis en place au CHRU de Brest (annexe 1). Il nous est apparu intéressant, six ans après sa mise en place, d'effectuer un état des lieux des pratiques dans le service.

Après avoir présenté la méthodologie de l'étude, nous exposerons les résultats que nous discuterons.

II. MATERIEL ET METHODE

1. Objectifs de recherche

L'objectif de ce travail est d'établir un état des lieux des pratiques des professionnels au CHRU de Brest concernant l'épisiotomie.

L'objectif principal est de rechercher quelles sont les techniques de réfection employées par les professionnels afin de confronter les résultats au protocole instauré dans le service et de les comparer à ceux obtenus lors d'une première étude des pratiques professionnelles effectuée il y a 6 ans au CHRU (6).

Les objectifs secondaires sont d'évaluer les caractéristiques des patientes, les conditions de réalisation ainsi que les complications de l'épisiotomie.

2. Méthode

Une requête a été effectuée auprès du Département d'Information Médicale (DIM) afin de récupérer la liste des patientes ayant eu une épisiotomie au CHRU de Brest entre le premier janvier et le premier juillet 2014 (codage de l'acte « épisiotomie » : JMPA006).

Une fois cette liste comparée au registre des naissances, les dossiers obstétricaux de ces patientes ont été regroupés aux archives du CHRU. Une étude rétrospective descriptive de ces dossiers a ensuite été réalisée à l'aide d'une fiche de recueil établie préalablement (cf annexe 2).

Dans un second temps, les sages-femmes, les internes et les gynécologues-obstétriciens intervenant en salle de naissance ont été interrogés sur leur technique de réfection d'épisiotomie lors d'entretiens individuels dont les questions posées sont répertoriées en annexe 3 .

3. Population étudiée

Critères d'inclusion des patientes :

- Patiente ayant accouché au CHRU de Brest entre le premier janvier et le premier juillet 2014
- Patiente ayant eu une épisiotomie

Critères d'exclusion des patientes :

- Accouchement par césarienne
- Périnée intact
- Déchirure vaginale isolée

4. Recueil des données

Les informations relevées dans chaque dossier obstétrical sont les suivantes (cf annexe 2) :

- Concernant la patiente : son âge, son poids, sa parité, ses antécédents d'épisiotomie, de césarienne ou de déchirure périnéale.
- Concernant l'accouchement : le terme, la durée du travail et des efforts expulsifs, le type et la variété de présentation, le poids de naissance, le déclenchement, le type et l'indication de l'épisiotomie.
- Concernant la suture, en utilisant le compte-rendu d'accouchement : le professionnel qui l'a réalisé, l'analgésie, la méthode, les fils utilisés, la réalisation des touchers vaginal et rectal.
- Concernant les complications : hématome, œdème, thrombus, hémorragie, infection, désunion, déchirure périnéale associée, point à retirer.
- Concernant la douleur en suites de couches : Évaluation Numérique de la douleur (EN) et prise d'antalgiques au premier, deuxième et troisième jour après l'accouchement.

III. RESULTATS

191 dossiers obstétricaux correspondaient à la requête initiale. 20 dossiers n'ont pas pu être récupérés auprès des archives car certains étaient repartis sur le site d'origine des patientes et d'autres ont été égarés. Au total, 171 dossiers obstétricaux ont été exploités pour l'étude.

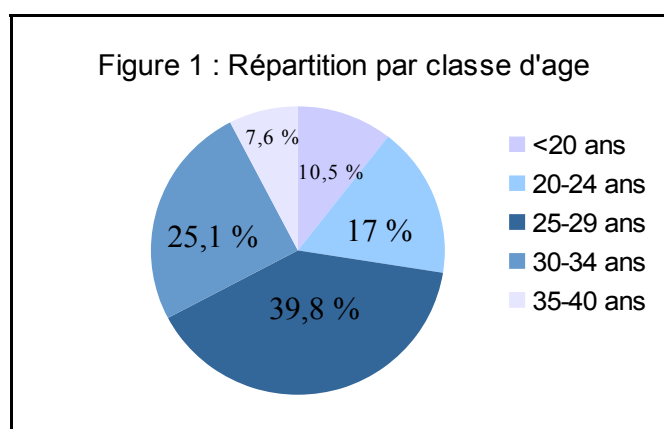
170 accouchements ont eu lieu sur le site du CHRU Morvan, un accouchement a eu lieu à domicile avec le SAMU mais la suture a été effectuée en salle de naissance au CHRU.

Du premier janvier au premier juillet 2014, il y a eu 983 accouchements au CHRU, dont 746 par voie basse, et 191 épisiotomies. Soit un taux de 25,6 % d'épisiotomie. Sur l'année 2014 il y a eu 1402 accouchements par voie basse et 394 épisiotomies. Soit un taux de 28,1 % d'épisiotomie.

1. Caractéristiques générales des patientes

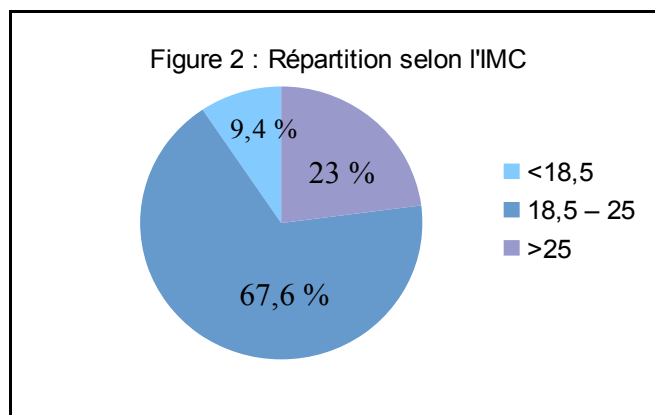
1) Age des patientes

Dans l'étude, l'âge moyen des patientes est de 29 ans. La plus jeune a 16 ans et la plus âgée 40 ans.



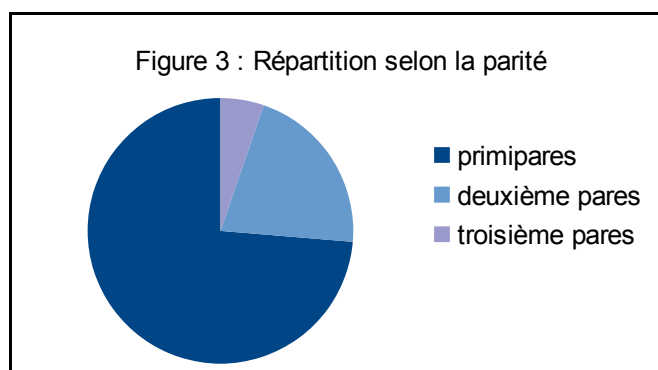
2) Indice de Masse Corporelle

L'Indice de Masse Corporelle (IMC) moyen des patientes est de 22,7 avec un minimum de 15,5 et un maximum de 44 kg/m². 23% (n=39) des patientes est en surpoids ou obèse (IMC > 25).



3) Parité

73,7 % des patientes est primipare (n=126). Il y a 21% de deuxièmes pares (n=36) et 5,3% de troisièmes pares (n=9).



4) Antécédents

55,6 % (n=20) des deuxièmes pares ont un antécédent d'épisiotomie, 27,8 % (n=10) ont un antécédent de césarienne et 5,6 % (n= 2) ont eu une déchirure simple pour leur premier accouchement. 11,1 % (n=4) des deuxièmes pares n'avaient ni antécédent de lésion périnéale, ni antécédent de césarienne.

Parmi les troisièmes pares, quatre patientes ont deux antécédents d'épisiotomie pour leurs accouchements précédents, deux patientes ont eu une césarienne puis une épisiotomie, une patiente a eu une épisiotomie puis une déchirure simple, une patiente a eu deux déchirures simples et une autre a eu une épisiotomie et un périnée intact.

2. Données concernant l'accouchement

1) Terme de l'accouchement

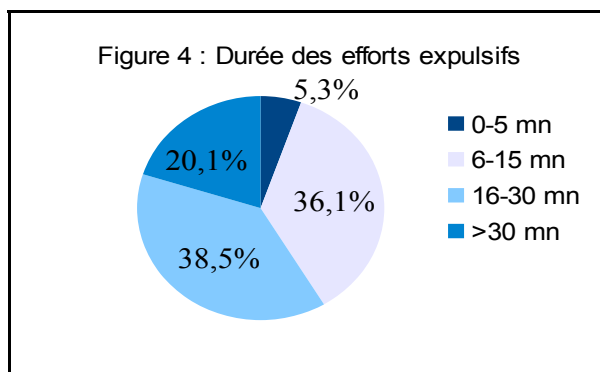
Dans la population de l'étude, le terme moyen d'accouchement est de 39 SA et 4 jours. 76,1 % des patientes ont accouché à terme (n=130). 7 % (n=12) ont accouché prématurément. Parmi elles, onze ont accouché entre 35 et 37 SA et une patiente a accouché à 33 SA et 2 jours. 16,9% des patientes (n=29) ont accouché entre 41 SA et 41 SA + 6 jours.

2) Déclenchement

Le travail a été déclenché pour 26,5 % des patientes (n=45).

3) Durée du travail et des efforts expulsifs

Dans l'étude, La durée moyenne de travail est de 6 heures et 20 minutes et la durée moyenne des efforts expulsifs est de 20 minutes.

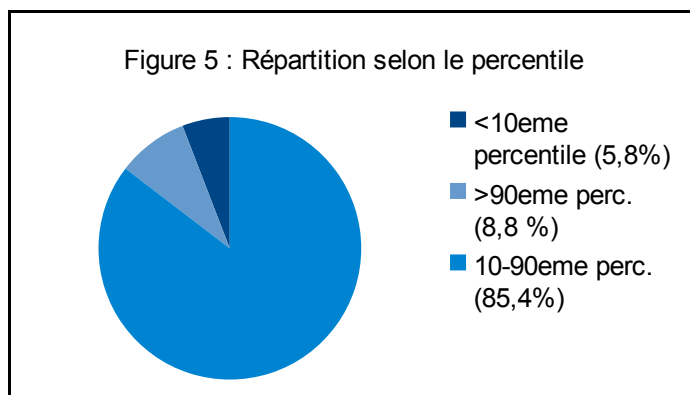


4) Présentation fœtale

147 naissances ont eu lieu en variété occipito-pubienne, soit 86% des accouchements. 15 ont eu lieu en variété occipito-sacrée (8,9 %), 3 en présentation du siège (1,7 %) et 3 en variété transverse (1,7%). La variété de présentation n'apparaît pas dans 3 dossiers (1,7%).

5) Poids de naissance et percentile

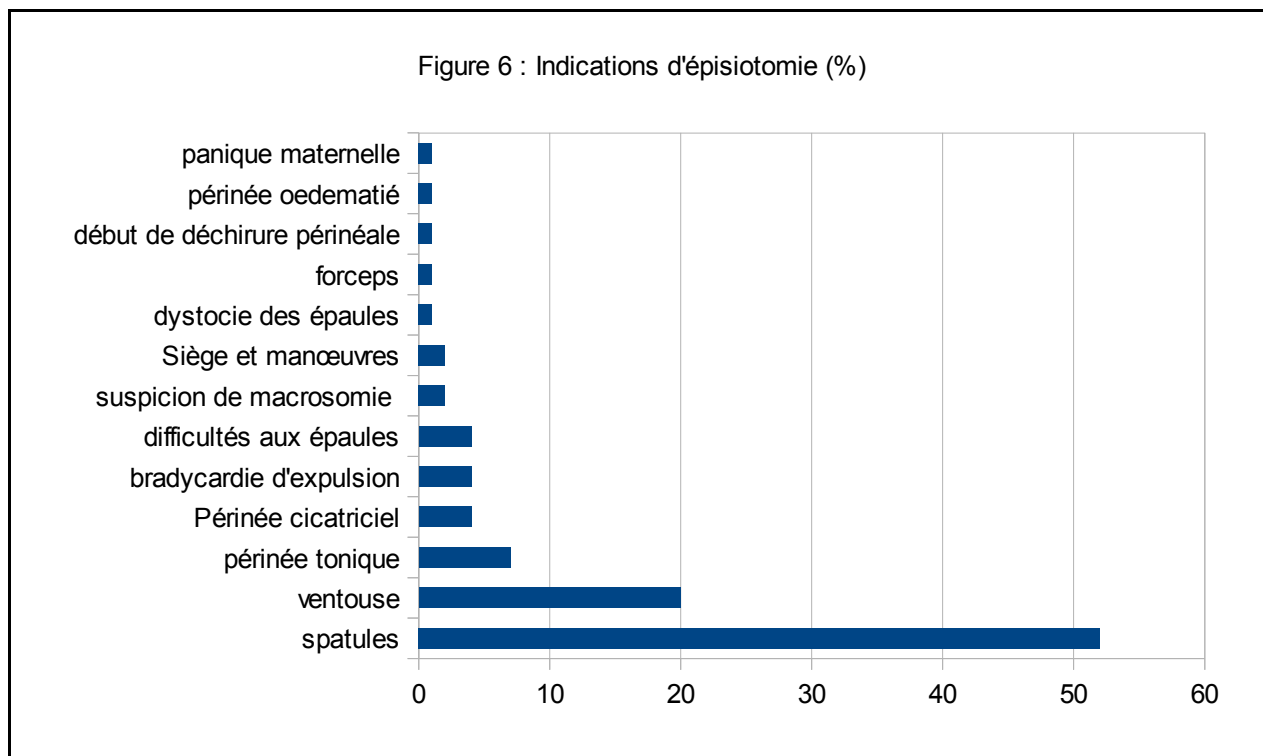
La majorité des nouveaux-nés est eutrophe (85,4 %). Le poids de naissance moyen est de 3340 grammes [1880 gr - 4680 gr]. Le percentile moyen est de 52 [1,74 - 99].



3. Données concernant l'épisiotomie

1) Indication d'épisiotomie

L'indication d'épisiotomie est retrouvée dans 56,5 % des dossiers (n=96).



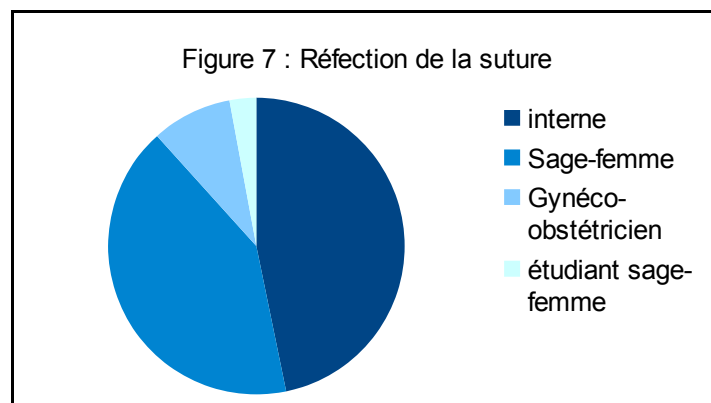
2) Type d'épisiotomie

98,8% des épisiotomies ont été réalisées en suivant l'angle médio-latéral droit (n=169). Une épisiotomie a été réalisée selon l'angle médio-latéral gauche et une épisiotomie bilatérale a du être effectuée lors d'un accouchement avec dystocie des épaules.

4. Données concernant la suture

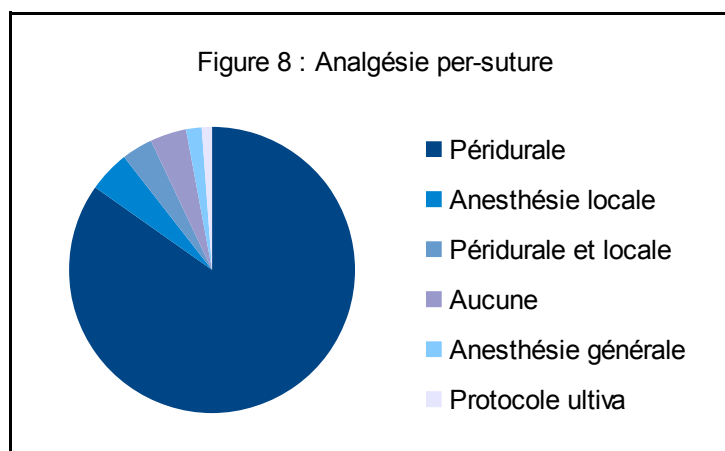
1) Professionnel ayant réalisé la suture

Les internes (46,8%) et les sages-femmes (41,5%) sont les professionnels qui s'occupent en majorité de la réfection des épisiotomies. Ensuite on retrouve les gynécologues-obstétriciens (8,8%) et les étudiants sages-femmes (2,9%).



2) Analgésie pour la suture

Dans 84,8 % des cas (n=145), la suture est réalisée sous anesthésie péridurale.



3) Méthode de suture :

Dans 114 dossiers la méthode de suture n'est pas détaillée mais il est indiqué «épisiotomie recousue selon le protocole » (66,7 %).

Dans 41 dossiers la méthode de suture est détaillée (23,9%).

- Dans 7 dossiers (4,1%), la méthode de suture et les fils utilisés correspondent au protocole du CHRU.
- Dans 4 dossiers (2,3%), la technique de suture utilisée correspond au protocole du CHRU, mais pas les fils.
- Dans 12 dossiers (7 %), il s'agit du protocole pour les fils utilisés mais pas pour la technique de suture.
- Dans 4 dossiers (2,3%), il ne s'agit du protocole ni pour les fils, ni pour la technique de suture.
- Dans 7 dossiers (4,1%), la technique de suture utilisée correspond au protocole du CHRU mais les fils utilisés ne sont pas renseignés.
- Dans 7 dossiers (4,1%) le détail de la suture est incomplet et ne nous permet pas de savoir s'il s'agit du protocole ou pas.

Dans le tableau ci-dessous sont répertoriées les différentes techniques utilisées par plan de suture.

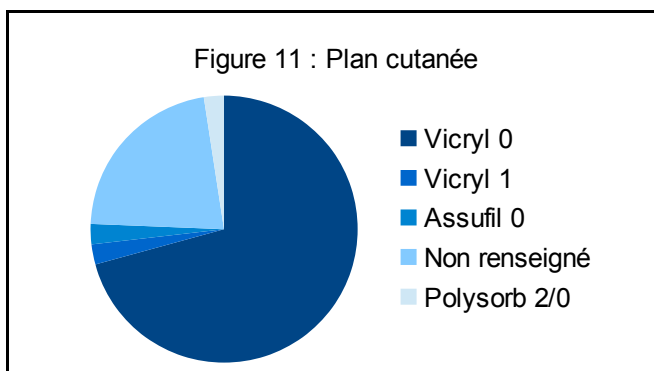
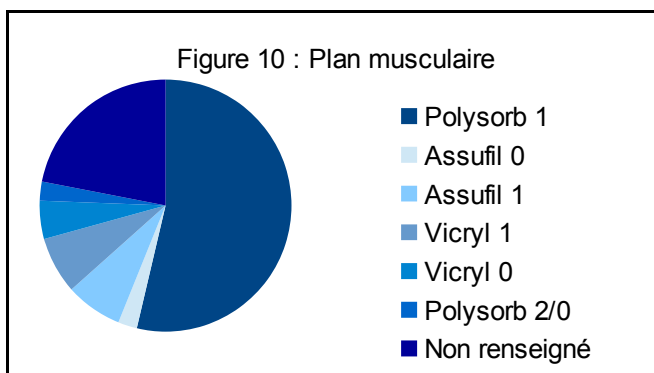
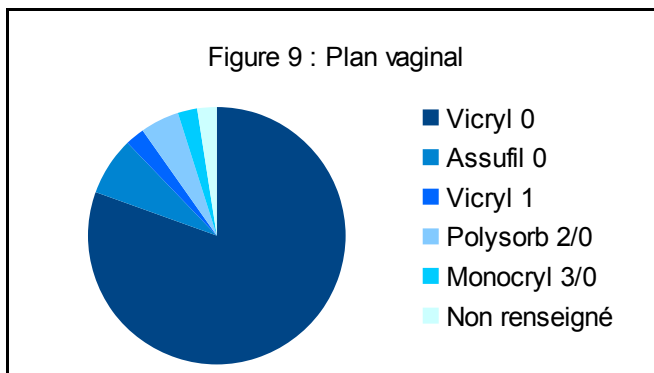
Plan vaginal		Plan musculaire		Plan cutané	
surjet	36 (87,8%)	Points en croix	29 (70,7%)	Blair Donati (BD)	17 (41,5%)
Points simples	1 (2,4%)	Points simples	7 (17,1%)	Points simples (PS)	14 (34,2%)
inconnue	4 (9,8%)	Les 2 à la fois	2 (4,9%)	Surjet intradermique (SI)	2 (4,9%)
		inconnue	3 (7,3%)	PS + BD	3 (7,3%)
				SI + PS	1 (2,4%)
				SI + BD	1 (2,4%)
				inconnue	3 (7,3%)

Tableau 1 : techniques de suture par plan

Dans 16 dossiers, il n'y a aucune indication sur la suture (9,4 %).

4) Les fils utilisés

Le protocole du CHRU préconise d'utiliser le vicryl 0 à résorption rapide pour les plans vaginal et cutanée et le polysorb 1 à résorption lente pour le plan musculaire. Dans les 41 dossiers où la suture est détaillée, voici les fils utilisés :



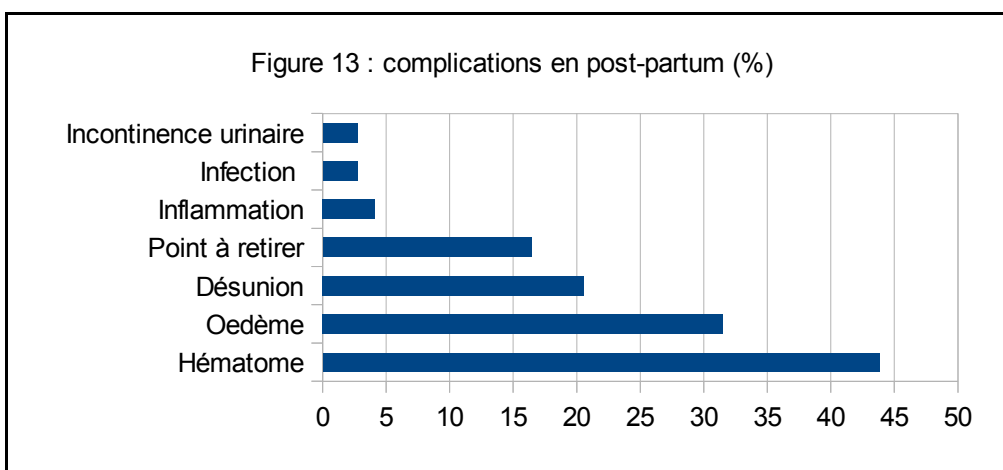
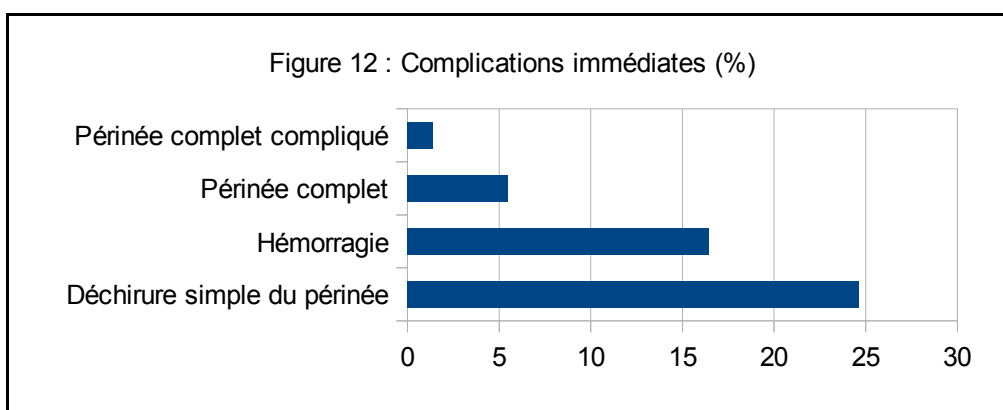
5) Vérifications de fin de suture

La mention du toucher vaginal et du toucher rectal en fin de suture est faite dans 65,9% des dossiers (n=112), seul le toucher vaginal est mentionné dans 1,2% des dossiers (n=2), seul le toucher rectal est mentionné dans 1,8% des dossiers (n=3). Aucun n'est mentionné dans 31,1% des dossiers (n=53).

5. En post-partum

1) Complications liées à l'épisiotomie

42,9% des patientes (n=73) présentent au moins une complication de leur épisiotomie. Les figures 12 et 13 ci-dessous reprennent le taux de patientes (en %) par type de complication.



2) Douleur consécutive à l'épisiotomie

Pour évaluer la douleur en suites de couches, le CHRU utilise l'échelle numérique (EN) qui permet aux patientes de coter leur douleur de 0 à 10.

L'EN moyenne après l'accouchement est respectivement au premier jour de 2,6, au deuxième jour de 2,4 et au troisième jour de 1,9 sur 10.

L'EN n'est pas reporté dans 16 dossiers aux premiers et deuxièmes jours, et dans 19 dossiers au troisième jour.

3) Prise d'antalgiques

Les molécules utilisées dans la prise en charge de la douleur dans le post-partum au CHRU sont le paracétamol (doliprane® 500 mg, 2 comprimés, 4 fois par jour), le kétoprofène (biprofenid® 100mg, 1 comprimé, 2 fois par jour) et le tramadol (contramal® 50 mg, 1 comprimé toutes les 12h).

	Paracétamol 1g / 6h	Kétoprofène 100 mg /12h	Tramadol 50 mg /12h	Non précisé
J1	168 (98,2%)	105 (61,4%)	33 (19,3%)	3 (1,7%)
J2	167 (97,7%)	109 (63,7%)	40 (23,4%)	2 (1,2%)
J3	163 (95,3%)	100 (58,5%)	28 (16,4%)	2 (1,2%)

Tableau 2 : Prise d'antalgiques en post-partum

Le premier jour, 31,5% des patientes (n=53) ont eu du paracétamol seul ; 48,2% (n=81) ont eu du paracétamol et du kétoprofène ; 5,4% (n=9) ont eu du paracétamol et du tramadol ; 14,3% (n=24) ont eu du paracétamol, du kétoprofène et du tramadol. Une patiente (0,6%) a eu du paracétamol et du dafalgan codéiné pour cause allergique.

Le deuxième jour, 25,1 % des patientes (n=42) ont eu de paracétamol seul ; 50,3% (n=84) ont eu du paracétamol et du kétoprofène ; 9% (n=15) ont eu du paracétamol et du tramadol ; 15% (n=25) ont eu du paracétamol, du kétoprofène et du tramadol. Une patiente (0,6%) n'a pas pris d'antalgiques.

Le troisième jour, 30,5% des patientes (n=51) ont eu de paracétamol seul ; 49,7% (n=83) ont eu du paracétamol et du kétoprofène ; 6,6% (n=11) ont eu du paracétamol et du tramadol ; 10,2% (n=17) ont eu du paracétamol, du kétoprofène et du tramadol. Cinq (3%) patientes n'ont pas pris d'antalgiques.

6. Enquête auprès des professionnels

Lors de ces entretiens, 26 sages-femmes, 5 internes et 3 gynécologues-obstétriciens intervenant en salle de naissance ont été interrogés.

Pour le plan vaginal, 100% des professionnels interrogés utilisent le surjet vaginal. 93,1% d'entre eux utilisent le Vicryl 0 rapide et 6,9% l'Assufil 2/0.

Pour la réfection du plan musculaire, 82,8% des professionnels interrogés utilisent les points en croix ; 3,4% utilisent des points simples et 13,8% utilisent l'un ou l'autre selon le besoin hémostatique. En ce qui concerne les fils, 93,1 % d'entre eux utilisent le Polysorb 1 lent et 6,9% le Vicryl 0.

Pour la suture du plan cutané, 37,9 % des professionnels interrogés utilisent des points de Blair Donati et 34,5% utilisent des points simples ; 24,1% cumulent les deux techniques et 3,4 % utilisent du surjet intradermique tout en ayant parfois recours aux points simples. Pour les fils, 89,7% utilisent le Vicryl 0 rapide et 8,3% l'Assufil 2/0.

IV. ANALYSE ET DISCUSSION

1. A propos de l'étude

1) Les points forts

Une première étude des pratiques professionnelles concernant la réfection des épisiotomies avait été menée au CHRU de Brest à la mise en place du protocole en 2008 (6). Depuis, aucune étude n'avait été réalisée. Six ans après, en reprenant les mêmes critères d'évaluation, cette étude permet de faire le bilan et d'observer l'évolution des pratiques dans le service.

Les caractéristiques de la population sont comparables aux chiffres de la dernière enquête nationale périnatale (7). Il faut cependant noter que le nombre de primipares est plus important dans notre étude (73,7% vs 43,4%) du fait de l'objet de ce mémoire. Cette enquête datant de 2010, il est possible que certaines caractéristiques aient évolué en 4 ans.

2) Les limites

Il s'agit d'une étude rétrospective. Le résumé d'accouchement n'étant pas toujours complet, certaines informations nécessaires à l'étude n'ont pas pu être récupérées.

Vingt dossiers n'ont pas pu être retrouvés aux archives ou avaient été renvoyés sur le site d'origine des patientes.

2. Analyse des résultats et discussion

1) Données concernant la population

Il y a 6 ans, une première étude des pratiques professionnelles a été réalisée au CHRU (6) sur la réfection des épisiotomies avant et après la mise en place du protocole de suture en juillet 2008. Les objectifs de cette étude étaient d'observer si les méthodes de suture des professionnels étaient plus homogènes après la mise en place du protocole et s'il y avait une meilleure traçabilité dans les dossiers.

Si l'on compare les populations des deux études, on retrouve qu'elles sont comparables en terme d'âge (28 ans et 10 mois en moyenne en 2008, 29 ans en 2014) et de parité (71 % de primipares en 2008, 73,7 % en 2014). Dans les deux populations il s'agit en majorité de nouveaux-nés eutrophes (83 % des nouveaux-nés sont eutrophes en 2008, 85,4 % en 2014). La durée des efforts expulsifs est également comparable entre les deux groupes (22 minutes vs 20 minutes). Cependant, il y a plus d'accouchements post-terme qu'en 2008 (1,5 % vs 16,9%) ce qui correspond davantage aux chiffres de la dernière enquête nationale périnatale (7).

On peut noter que les neuf troisièmes pares de l'étude avaient toutes des antécédents cicatriciels du périnée. Le faible nombre de cas ne nous permet pas de conclure mais on peut penser qu'une fragilité des tissus ou qu'une pratique itérative expliquerait le recours à l'épisiotomie chez ces femmes.

2) Données concernant l'épisiotomie

a) Taux d'épisiotomie

Le taux d'épisiotomies au CHRU est de 28,1 % sur l'année 2014. C'est un taux inférieur à celui de 30 % recommandé par le CNGOF (2) et inférieur à la moyenne nationale de 29,3 % de la dernière enquête nationale périnatale de 2010 (7). Cependant, c'est un taux en légère augmentation car il était de 24,55 % en 2012. (9)

Les recommandations du CNGOF de 2005 plaident pour une politique restrictive des épisiotomies(2). En 2007, le CHU de Besançon a voulu étudier l'impact d'une telle politique sur le taux de lésions périnéales du troisième et quatrième degré. Pour cela, il a mené une étude rétrospective comparative du taux de lésions périnéales graves entre 2003 (avant les RPC) et 2007 (après les RPC). Leur taux d'épisiotomie a significativement baissé entre ces deux périodes, passant de 18,8 % en 2003 à 3,4 % en 2007, sans que cela n'entraîne une augmentation du nombre de déchirures de troisième et quatrième degré. Il est donc possible de réaliser une politique restrictive du recours à l'épisiotomie sans que cela n'augmente le taux de lésions périnéales graves. (10)

D'autre part, un des bénéfices supposés de l'épisiotomie lorsqu'elle était largement utilisée était d'améliorer la statique pelvienne après l'accouchement et donc de diminuer le risque d'incontinence anale et urinaire. Dans notre étude, deux patientes se sont plaintes d'incontinence urinaire sévère, le nombre de cas n'est pas suffisant pour confirmer les résultats des études qui ont prouvé qu'une politique restrictive de l'épisiotomie n'entraînait pas plus de risque d'incontinence par la suite.

b) Indication

L'extraction instrumentale reste l'indication majoritaire d'épisiotomie dans notre étude comme dans celle de 2008. Or, le CNGOF dans ses recommandations de 2005, reprecise bien que l'extraction instrumentale ne justifie pas la pratique systématique d'une épisiotomie et que le taux de lésions périnéales sévères est augmenté lorsque l'extraction instrumentale est associée à l'épisiotomie (2). Le CHRU de Brest forme de futurs gynécologues-obstétriciens et ce sont eux qui pratiquent régulièrement les extractions instrumentales. Il est probable qu'ils recourent alors plus fréquemment à l'épisiotomie.

c) Méthode de suture

Malgré l'existence d'un protocole de service, on se rend compte que les méthodes de suture des professionnels restent tout de même assez hétérogènes. L'enquête auprès des professionnels aura permis de se rendre compte que la majorité des personnes interrogées respectent le protocole de service, notamment pour les plans vaginal et musculaire ainsi que pour les fils de suture.

On remarque que dans les dossiers où la suture est détaillée et parmi les professionnels interrogés, personne ne recoud selon la méthode du surjet continu (dite « un fil, un nœud ») et le surjet intradermique est très peu utilisé. Or, déjà en 2005, le CNGOF recommandait l'utilisation du surjet continu pour la suture des épisiotomies. Il est prouvé que, sous réserve d'une formation à sa pratique, cette technique de suture diminue significativement la douleur et le risque de déhiscence. (2)

Une étude Cochrane de 2012 compare la méthode du surjet continu à la méthode dite interrompue (ou en trois plans). Elle démontre que la technique du surjet continu diminue la douleur à court terme et l'utilisation d'antalgiques à dix jours post-partum. D'autre part, cette étude a mis en évidence l'avantage économique de cette méthode de réfection qui utilise moins de fils que la réfection en trois plans et diminue la consommation d'antalgiques par les patientes. Enfin, elle serait plus facile à apprendre et à réaliser pour un novice. (5)

Deux hypothèses peuvent expliquer ce faible recours à la technique « un fil, un nœud » malgré des preuves scientifiques en faveur de cette méthode. La première est que les professionnels ne sont pas formés à cette technique mais plutôt à la technique en trois plans ; la seconde c'est que les professionnels respectent le protocole de service, qui ne permet pas d'utiliser cette technique de réfection. Les entretiens avec les professionnels semblent confirmer ces hypothèses car plusieurs d'entre eux ont évoqué être formés à cette technique mais ne pas l'utiliser car elle ne fait pas partie

du protocole. D'autres souhaiteraient que des formations soient organisées afin de se former à la méthode.

Une étude menée au CHRU de Montpellier dans le cadre d'un mémoire d'étudiante sage-femme consistait à évaluer la répercussion d'une formation des sages-femmes à la technique « 1 fil, 1 nœud » sur leurs pratiques. Huit mois après la formation, $\frac{3}{4}$ des sages-femmes formées utilisaient cette technique dont $\frac{2}{3}$ régulièrement. Elles mettent en avant le fait que cette technique apporte une meilleure satisfaction aux patientes en terme de douleur et de cicatrisation et qu'elle est plus rapide à réaliser. (10)

Dans notre étude, une personne a réalisé un surjet intradermique et 6 Blairs Donati sur la peau. Le surjet intradermique est généralement employé pour éviter de faire des points sur la peau et diminuer la douleur en post-partum. Il n'y a pas d'intérêt à associer les deux types de sutures qui ont toutes les deux la même finalité, suturer le plan cutané. Il est probable que dans ce cas précis, le surjet intradermique n'ait pas suffi à rapprocher suffisamment les berges cutanées et que l'opérateur, pour assurer une bonne cicatrisation, ait décidé de rajouter des Blairs Donati pour consolider sa suture.

L'étude Cochrane de 2012 a également comparé le technique traditionnelle en trois plans et la technique de réfection en deux plans. Dans la technique en deux plans, l'opérateur effectue un surjet vaginal puis des points séparés musculaires viennent rapprocher les berges cutanées à moins de 0,5 centimètres l'une de l'autre. Le plan cutané n'est alors pas suturé et les berges mises bord à bord cicatrisent ainsi. Les avantages de cette dernière méthode par rapport à celle en trois plans sont de diminuer la douleur à 10 jours après l'accouchement et les dyspareunies à court terme. De plus, le temps de suture est diminué. Il y a cependant une légère augmentation des désunions de la suture. (5)

d) Complications

42,9 % des patientes présentent au moins une complication de leur épisiotomie, immédiate ou en post-partum. En 2008, il s'agissait de 53,1 % des patientes. Même si ce chiffre a diminué, il reste relativement élevé et on peut se demander si des solutions ne pourraient pas être mises en place pour diminuer le risque de complications dans le post-partum. On peut cependant nuancer ce chiffre car de nombreux facteurs confondants peuvent entraîner des complications similaires. Par exemple, l'extraction instrumentale peut majorer le risque d'hématome périnéal et certaines positions de travail, des touchers vaginaux répétés ou un travail long peuvent créer un œdème.

3) Traçabilité

En ce qui concerne la traçabilité dans les dossiers, on remarque une nette amélioration depuis 2008. Alors qu'en 2008 les antécédents périnéaux ou de césarienne lors des grossesses précédentes n'étaient renseignés que dans 52 % des dossiers, en 2014 ils sont renseignés à 100 %. Le type d'épisiotomie n'était pas indiqué dans 59,3 % des cas en 2008, en 2014 il est toujours indiqué. En 2008, dans 24 % des dossiers aucune information n'apparaissait sur la suture, en 2014 il ne s'agit que de 9,4 % des cas (cependant, il y a en parallèle une augmentation du nombre de comptes rendus de suture incomplets : 4 % vs 17,1%). En 2008, dans 49,6 % des dossiers, aucune mention n'était faite à propos des touchers vaginal et rectal en fin de suture; en 2014, il s'agit de 31,1 % des dossiers. Ce n'était pas un critère étudié en 2008, mais il paraît intéressant de souligner le très faible nombre de dossiers dans lesquels l'évaluation de la douleur en post-partum n'apparaît pas (16 les premier et deuxième jours après l'accouchement, 19 le troisième jour) et l'effort fait par les professionnels pour assurer la traçabilité de la douleur. En assurer la traçabilité prouve que la prise en charge de la douleur est devenue une priorité en suites de couches.

Ces évolutions s'inscrivent dans une politique générale d'amélioration de la traçabilité. En effet, depuis quelques années les établissements de santé doivent faire preuve d'une grande transparence en ce qui concerne la qualité des soins. Depuis 1996, Ils sont d'ailleurs soumis à des procédures d'accréditation. Des organismes indépendants, mandatés par la Haute Autorité de Santé, viennent porter une appréciation sur la qualité des prestations des établissements de santé sur la base d'un référentiel. Parmi les critères évalués on retrouve la prise en charge de la douleur (11). C'est dans ce contexte, avec en plus une responsabilité médicale souvent mise en cause par la jurisprudence que les professionnels sont invités à être de plus en plus rigoureux lorsqu'ils remplissent les dossiers.

Cependant, le taux de traçabilité de l'indication d'épisiotomie reste stable entre les 2 années (45,5 % en 2008 et 44,5% en 2014). Il serait intéressant que l'indication d'épisiotomie soit clairement indiquée dans les dossiers afin que les professionnels puissent remettre en cause leur pratique personnelle et travailler en faveur d'une politique restrictive des épisiotomies comme le recommande le CNGOF.

Entre 2008 et 2014, il y a une augmentation du nombre de comptes rendus de suture où il est écrit « épisiotomie recousue selon le protocole ». Ce taux a augmenté, passant de 59,4 % en 2008 à 66,7 % en 2014. Le protocole actuel, mis en place en 2008, autorise cette forme de compte rendu. On peut cependant se poser la question de la validité de cette traçabilité car si le dossier doit être étudié dans quelques années et que le protocole a changé, il sera alors difficile de retrouver la

méthode de suture employée. D'autre part, cette formulation étant plus rapide à noter dans les dossiers, il est possible que certains professionnels l'utilisent sans avoir respecté le protocole. En 2008, R. Jean Dit Bailleul avait déjà relevé cette problématique et avait proposé une fiche de traçabilité des épisiotomies rapide à remplir, qui aurait pu être incluse dans les dossiers des patientes.(6) Cette solution ne semble pas avoir été retenue par le CHRU de Brest.

Il y a une forte consommation d'antalgiques dans la population d'étude : 98,2 % des patientes ont consommé du paracétamol le lendemain de l'accouchement et 48,2 % des patientes ont eu du paracétamol et du kétoprofène. Si l'on se réfère à l'EN moyenne des patientes en suites de couches on peut se demander si la traçabilité de la distribution des antalgiques est réellement en adéquation avec ce que prennent les patientes. Les plaquettes de médicaments sont généralement distribuées en avance aux patientes et les antalgiques sont cochés comme s'ils étaient pris. Notre étude étant rétrospective, on peut se demander si les patientes les prennent réellement.

Le taux d'étudiants sages-femmes retrouvé pour la réfection des épisiotomies est faible. Le CHRU étant un centre universitaire, il y a presque chaque jour un étudiant sage-femme en salle de naissance. Il est possible que ce taux soit faussé, et que ne soit mentionné que le nom de la sage-femme référente lors de la suture dans le compte rendu. Il s'agit là encore d'une limite de l'étude rétrospective.

4) Proposition de recherche et d'amélioration des pratiques

La littérature retrouve que la technique du surjet continu est préférable à la technique en trois plans séparés. Il serait donc intéressant de l'inclure dans le protocole de suture et qu'une formation des professionnels soit organisée au CHRU de Brest afin que cette technique de réfection se développe dans l'établissement. Dans un second temps, une étude des pratiques avant et après la mise en place de la formation pourrait être menée dans le service afin d'en évaluer les répercussions sur les pratiques, à l'image de l'étude menée au CHU de Montpellier (10).

Aucune étude de grande ampleur n'a comparé l'utilisation des points de Blair Donati aux points simples en terme de douleur et de cicatrisation. Un mémoire réalisé en 2010 sur la douleur ressentie en post-partum selon la technique de réfection employée semble retrouver une augmentation de la

douleur lorsque les points de Blair Donati sont utilisés. Cependant, c'est une étude de faible puissance qui ne permet pas de conclure. Il serait donc intéressant de renouveler cette étude avec une plus grande population afin de vérifier ou non cette hypothèse. (12)

D'autre part, il semblerait pertinent d'effectuer une étude prospective sur la prise en charge de la douleur en post-partum au CHRU de Brest. Notamment sur la consommation d'antalgiques car, comme nous l'avons évoqué précédemment, les résultats de l'étude rétrospective sont contradictoires. Au vu de l'EN moyenne, il semblerait que la douleur ressentie soit plutôt faible mais nous retrouvons une consommation d'antalgiques élevée.

Pour finir, on peut revenir sur le fait que l'apposition « épisiotomie recousue selon le protocole » ne soit pas tout à fait satisfaisante en terme de traçabilité. Comme cela avait déjà été proposé il y a six ans, l'idée de mettre en place une fiche de traçabilité rapide à remplir pourrait être une idée à soumettre de nouveau au service des salles de naissance. En tout cas, il serait intéressant de protocoliser le compte-rendu de suture afin d'en améliorer la traçabilité.

V. CONCLUSION

L'objectif principal de cette étude était d'effectuer une étude des pratiques professionnelles au CHRU de Brest afin d'évaluer si les professionnels suturaient les épisiotomies selon le protocole mis en place en 2008. La majorité s'y réfèrent pour la réfection des épisiotomies mais les pratiques restent plutôt hétérogènes, notamment pour le plan cutané et les fils utilisés.

Aucun professionnel ne suture selon la méthode du surjet continu (dite 1 fil, 1 nœud) alors qu'elle est recommandée depuis 2005 par le CNGOF. Elle ne fait pas partie du protocole actuel. Cette technique, comparée à la réfection en trois plans, diminue la douleur et la consommation d'antalgiques dans les dix premiers jours du post-partum ainsi que le risque de déhiscence. De plus, elle requiert moins de matériel et a donc un avantage économique. Il serait intéressant de l'inclure dans le protocole et d'organiser des formations afin d'en développer la pratique.

Un autre objectif de cette étude était de la comparer à celle effectuée il y a six ans en utilisant des critères similaires et en se basant sur des populations d'étude comparables. Le taux global d'épisiotomie a atteint l'objectif de 30 % fixé par le CNGOF et a nettement diminué en six ans. De nets progrès ont été réalisés en terme de traçabilité dans les compte-rendus d'accouchement. Cependant, la mention « épisiotomie recousue selon le protocole », utilisée largement par les professionnels, ne semble pas appropriée pour une traçabilité optimale et un compte-rendu détaillé et protocolisé pourrait être mis en place.

Cette étude aura aussi permis de mettre en évidence l'effort fait sur la traçabilité de la douleur en post-partum au CHRU de Brest; ce qui témoigne de la priorité donnée à sa prise en charge.

VI. BIBLIOGRAPHIE

1. Larousse. Définition : épisiotomie. [En ligne]. <http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/%C3%A9pisiotomie/30507>. Consulté le 11 mars 2015.
2. Collège National des Gynécologues Obstétriciens Français (CNGOF). L'épisiotomie: recommandations pour la pratique clinique. [En ligne]. http://www.cngof.asso.fr/D_TELE/rpc_episio2005.pdf. Consulté le 11 mars 2015.
3. Collectif Interassociatif autour de la Naissance (CIANE). RPC « Episiotomie ». [En ligne]. <http://ciane.net/Ciane/RPCepisiotomie>. Consulté le 11 mars 2015.
4. Thacker SB., Banta HD. Benefits and risks of episiotomy: an interpretative review of the english language literature, 1860-1980. *Obstetrical & Gynecological Survey*. 1983; 38:322-38.
5. Kettle C, Dowswell T, Ismail KM. Continuous and interrupted suturing techniques for repair of episiotomy or second-degree tears. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2012, issue 11.
6. Jean Dit Bailleul R. Suture des épisiotomies: vers une harmonisation des pratiques. Etude centrée sur un protocole de service. Mémoire d'étudiant sage-femme. Ecole de sage-femme de Brest; 2009, 49p.
7. Blondel B, Kermarrec M. Les naissances en 2010 et leur évolution depuis 2003. [En ligne]. http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Les_naissances_en_2010_et_leur_evolution_depuis_2003.pdf. Consulté le 11 mars 2015.
8. Merrer J. Contexte diagnostic et facteurs de risque des déchirures de troisième et quatrième degrés: revue de la littérature et étude prospective cas-témoins au CHRU de Brest du premier janvier 2008 au 31 décembre 2012. Mémoire d'étudiant sage-femme. École de sage-femme de Brest; 2014, 50 p.

9. Eckman A., Ramanah R., Gannard E. et al. Evaluation d'une politique restrictive d'épisiotomie avant et après les recommandations du Collège National des Gynécologues Obstétriciens Français. J.jgyn. 2010; vol. 39:37-42.

10. Caumeil E. suture un fil, un noeud: faisons le point. Mémoire d'étudiant sage-femme. Université Montpellier 1; 2012, 83 p.

11. Haute Autorité de Santé (HAS). Mieux connaître la certification des établissements de santé. [En ligne]. http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_411173/fr/mieux-connaître-la-certification-des-etablissements-de-sante. Consulté le 11 mars 2015.

12. Thoribe J. Techniques de suture du périnée : existe-t-il une technique de suture idéale ? Mémoire d'étudiant sage-femme. École de sage-femme de Brest ; 2010, 39p.

VII. ANNEXES

Annexe 1 : protocole de suture des épisiotomies du CHRU de Brest – juillet 2008

- Plan vaginal : surjet - vicryl 0
- Plan musculaire : points en X - polysorb 1
- Plan cutanée : maximum 3 points Blair Donati - vicryl 0
- A noter dans le dossier :
 - ou protocole CHU
 - ou détailler la technique réalisée plan par plan
- TV + TR à noter

Annexe 2 : Feuille de recueil

Patiente

Âge

Parité

IMC

ATCD : épisiotomie

déchirure simple

césarienne

déchirure compliquée

Accouchement

Terme

durée de travail

DEE

déclenchement :

oui

non

variété de présentation :

OP

OS

siège

poids de naissance

type d'épisiotomie :

EMLD

EMLG

médiane

indication.....

Suture

Réalisée pas :

SF

GO

ESF

interne

Analgésie :

APD

locale

aucune

autre

Méthode :

protocole CHU

1 fil – 1 nœud

Autre

Fils utilisés

TV

TR

Complications

hématome

œdème

thrombus

hémorragie

désunion

infection

suites de couches

EN : J1.....

J2

J3.....

Antalgiques : J1

J2

J3.....

Annexe 3 : entretien avec les professionnels

Lorsque vous procédez à la suture d'une épisiotomie,

Quelle technique de suture utilisez-vous pour le plan vaginal ? Quel fil utilisez vous pour ce plan ?

Quelle technique de suture utilisez-vous pour le plan musculaire ? Quel fil utilisez vous pour ce plan ?

Quelle technique de suture utilisez-vous pour le plan cutané ? Quel fil utilisez vous pour ce plan ?

Résumé

Objectifs : Établir un état des lieux des pratiques professionnelles concernant la réfection des épisiotomies au CHRU de Brest. Savoir si les professionnels utilisent le protocole mis en place en 2008 et comparer les résultats à ceux obtenus il y a six ans lors d'une première étude similaire dans le service. Secondairement, étudier les complications de l'épisiotomie en post-partum.

Matériel et méthode : Étude rétrospective descriptive réalisée à partir de l'analyse de 171 dossiers obstétricaux des patientes ayant eu une épisiotomie entre le premier janvier et le premier juillet 2014 au CHRU de Brest. Les professionnels ont ensuite été interrogés sur leur technique de réfection lors d'entretiens individuels.

Résultats : Sur l'année 2014, le taux global d'épisiotomie au CHRU de Brest est de 28,1%. L'indication d'épisiotomie est posée dans 56,5% des cas. Dans 66,7 % des dossiers la méthode de suture n'est pas détaillée mais il est indiqué « épisiotomie recousue selon le protocole ». La technique de réfection est détaillée dans 23,9 % des dossiers et correspond au protocole du CHRU à hauteur de 4,1 % . Il n'y a aucune indication sur la suture dans 9,4 % des cas. Les professionnels suivent globalement le protocole pour les plans vaginal et musculaire mais c'est hétérogène pour le type de fil utilisé pour le plan cutané ; on retrouve en majorité les points de Blair Donati et les points simples. Personne n'utilise le surjet continu (ou 1 fil, 1 nœud). 42,9% des patientes présentent au moins une complication de leur épisiotomie en post-partum.

Conclusion : La majorité des professionnels se réfère au protocole pour la réfection des épisiotomies mais les pratiques restent hétérogènes pour le plan cutané et les fils utilisés. Des progrès ont été réalisés en terme de traçabilité depuis six ans, notamment pour la douleur en post-partum. Revoir la forme du compte-rendu de suture pourrait cependant être une piste d'amélioration à transmettre au service des salles de naissances. La méthode du surjet continu est recommandée par le CNGOF, il serait intéressant qu'elle soit incluse dans le protocole de suture des épisiotomies et que des formations soit organisées pour les professionnels.

Mots clés : épisiotomie, réfection, suture, méthode de suture, technique de réfection, complication.

Titre : La réfection des épisiotomies au CHRU de Brest : état des lieux des pratiques professionnelles six ans après la mise en place du protocole de service.