

Un fil un nœud VS autres sutures : choix des professionnels

Pauline Cailliet

▶ **To cite this version:**

Pauline Cailliet. Un fil un nœud VS autres sutures : choix des professionnels. Gynécologie et obstétrique. 2017. dumas-01697317

HAL Id: dumas-01697317

https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01697317

Submitted on 31 Jan 2018

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.

UNIVERSITE CATHOLIQUE DE LILLE
FACULTE DE MEDECINE ET MAIEUTIQUE
FILIERE MAIEUTIQUE

UN FIL UN NŒUD VS AUTRES SUTURES, CHOIX DES PROFESSIONNELS

Mémoire pour l'obtention du diplôme d'Etat de Sage-Femme
Présenté et Soutenu par
Pauline CAILLIET
Sous la direction du Dr DESURMONT Sophie, gynécologue-obstétricien
Et Romain DEMAILLY, sage-femme

ANNEE UNIVERSITAIRE 2016-2017

REMERCIEMENTS

Je veux témoigner toute ma reconnaissance au Docteur DESURMONT Sophie, Gynécologue-Obstétricien qui m'a accompagné tout au long de ce travail de recherche.

Je tiens à manifester toute ma gratitude à Romain DEMAILLY pour sa collaboration et son aide précieuse.

La formation reçue au cours de ces cinq années par les sages-femmes enseignantes a constamment été pour moi une source de stimulation intellectuelle.

Je dois beaucoup aux secrétaires des réseaux qui m'ont permis de diffuser les questionnaires, mais aussi aux cadres contactées, j'ai beaucoup apprécié leurs encouragements.

Je remercie mes amies de promotion, particulièrement Emeline, qui a toujours été présente pour moi. Mais aussi mes amies de toujours qui m'ont soutenues dans mon projet et ont relu mon travail.

Enfin, toutes mes pensées vont vers mes parents, qui ont partagé avec moi ce long travail d'écriture.

A toutes ces femmes extraordinaires,

A ma grand-mère.

1. SOMMAIRE

1. SOMMAIRE ..... - 1 -
2. GLOSSAIRE ..... - 2 -
3. INTRODUCTION ..... - 3 -
4. MATERIELS ET METHODES ..... - 5 -
   4.1 Méthodologie de l'étude ..... - 5 -
   4.2 Critère d'inclusion ..... - 5 -
   4.3 Critères d'exclusion ..... - 5 -
   4.4 Critères de jugement ..... - 5 -
   4.5 Outil ..... - 5 -
   4.6 Mode de recueil de données ..... - 6 -
   4.7 Méthode d'analyse ..... - 6 -
5. RESULTATS ..... - 7 -
   5.1 Les caractéristiques démographiques ..... - 7 -
   5.2 Analyse descriptive des pratiques ..... - 8 -
6. DISCUSSION ..... - 16 -
   6.1 Choix Méthodologique ..... - 16 -
   6.2 Validité des résultats ..... - 16 -
   6.3 Analyse des résultats. ..... - 17 -
7. CONCLUSION ..... - 25 -
8. REFERENCES ..... - 26 -
   8.1 Bibliographies ..... - 26 -
   8.2 Sitographies ..... - 28 -
9. ANNEXES ..... - 3 -
   9.1 Anatomie du périnée [6] ..... - 3 -
   9.2 Classifications des déchirures périnéales [7] ..... - 4 -
   9.3 Technique de réparation « Un fil un nœud » [8, 10] ..... - 5 -
   9.4 Suture périnéale en trois plans [11,12] ..... - 7 -
   9.5 Avis définitif du CIER ..... - 9 -
   9.6 Questionnaire ..... - 10 -
   9.7 Tableau récapitulatif du recueil des données ..... - 13 -
10. RESUME ..... - 14 -

2. GLOSSAIRE

CIANE : Collectif inter-associatif autour de la naissance

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

CNGOF : collège national des gynécologues obstétriciens français

RPC : Recommandations pour la pratique clinique

VRR : VICRYL RAPIDE ®

VR : VICRYL ®

3. INTRODUCTION

Selon l'enquête du CIANE, le taux d'épisiotomie a diminué à 30% sur la période 2010-2013, au lieu de 47, 3%, lors de l'étude nationale du réseau AUDIPOG en 2002-2003. [1,2]. Malgré cette nette diminution, les suites d'une suture sont parfois marquées par des douleurs aiguës ou chroniques. Comme le souligne l'étude du CIANE, 75% des patientes relatent avoir souffert de leur épisiotomie : par complications infectieuses, douleurs périnéales à moyen voir long terme, ou dyspareunies. [1]

Bien que la suture soit un geste technique récurrent et banal, il est impératif que la qualité de la réfection soit la plus anatomique possible, afin de restituer une fonction musculaire dite normale et d'éviter toute cicatrisation pathologique chez la parturiente.

Pour permettre une uniformisation des pratiques, le Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français recommande pour la pratique clinique :

« Sous réserve d'une formation spécifique à sa pratique, le surjet continu est préférable aux points séparés car il réduit significativement la douleur et le risque de déhiscence. Il suscite également une plus grande satisfaction chez les patientes (grade A) »

« Les résultats des différentes études plaident pour l'utilisation préférentielle d'un fil synthétique résorbable (grade A) ». [3]

D'autres études vont dans ce sens, notamment une étude de Kettle, publiée dans la Cochrane, en 2012, qui souligne que les techniques de suture continue, semblent être associées à une douleur, un besoin d'analgésie et un retrait des sutures moindres à court terme. De plus, la suture continue nécessite moins de matériel que les autres méthodes. [4]

Cependant, Aslam ne retrouve pas de différence significative concernant la fréquence et la douleur des parturientes en comparant les deux méthodes de réparation, pour les déchirures périnéales du second degré et les épisiotomies. [5]

La connaissance de l'anatomie est essentielle pour gérer les traumatismes du périnée après l'accouchement afin d'assurer une réparation précise. (Annexe I) [6]

La déchirure périnéale de second degré, du fait des plans anatomiques concernés, est la plus assimilable à l'épisiotomie. (Annexe II) [7]

Selon le type de traumatisme périnéal obstétrical, différentes méthodes de réparation s'offrent aux professionnels. Elles sont diverses et variées et présentent chacune des avantages et

inconvénients, ainsi la connaissance de leurs caractéristiques permet au professionnel de choisir en fonction de la lésion périnéale, la réfection la plus appropriée.

Le CNGOF préconise d'appliquer la technique de sutures « un fil un nœud ». (Annexe III) [8,10]. Il s'agit d'un surjet continu qui consiste à suturer successivement le vagin, le muscle, puis la peau avec un seul fil. Le vagin, le muscle et le tissu sous-cutané est refermé par un surjet simple en 3 étapes, en terminant sur la peau par un surjet intradermique et en ne réalisant qu'un seul nœud au départ de la muqueuse vaginale.

L'article publiée par Vasquez, sur l'évaluation de l'influence des sutures sur les dyspareunies, retrouve une diminution significative des dyspareunies à 3 mois pour les sutures n'utilisant pas de points sur la peau. En ressort, les bénéfices du surjet intradermique qui termine la suture sans fil extra-cutané. [11]

Selon la plaie ou l'opérateur, la suture peut être réalisée en « 3 plans » bien distincts : plan vaginal, plan musculaire et plan cutané. (Annexe IV) [11,12]. Diverses méthodes existent alors, étant donné que chaque plan est suturé séparément, points simples séparés ou en croix, qui sont hémostatiques, points Blair Donati (appelés également loin-loin, près-près), surjet intradermique.

Le mémoire de fin d'étude de Marion Dulinskie, sur les freins au changement de technique de suture « un fil, un nœud » des sages-femmes et des gynécologues-obstétriciens du Limousin, 2014, met en lumière que dans ce département, 84,8% des professionnels ne pratiquent pas la suture « un fil, un nœud » malgré les recommandations du CNGOF de 2005 sur l'épisiotomie. [13]

Ces constatations nous ont amené à poser la problématique suivante :

Quels sont alors les facteurs qui influencent les professionnels sur leur choix de suture périnéale ?

L'objectif principal de cette étude est de faire l'état des lieux des connaissances sur les sutures des professionnels de santé exerçant en salle de naissance du Nord Pas de Calais. Ensuite, il est question de répertorier les différentes techniques de sutures utilisées par les gynécologues-obstétriciens, internes en obstétrique et sages-femmes. Enfin, nous avons également interrogé les professionnels sur les freins perçus à l'utilisation de la technique « un fil, un nœud ».

4. MATERIELS ET METHODES

4.1 Méthodologie de l'étude

Nous avons réalisé une étude descriptive, multicentrique et transversale à l'aide d'un questionnaire électronique distribué au sein des réseaux Pauline, Ombrel, Périnatalité du Hainaut, et Bien-être en Artois. Nous avons ensuite complété notre prospection par des questionnaires papiers.

Le recueil des données a été effectué de fin août à début décembre 2016.

4.2 Critère d'inclusion

Etaient inclus tous les professionnels de santé travaillant en salle de naissance habilités pour effectuer une réfection périnéale.

4.3 Critères d'exclusion

Etaient exclus :

- Professionnels de santé travaillant en salle de naissance non habilités pour effectuer une réfection de sutures en autonomie ou ne travaillant pas en salle de naissance : étudiants sages-femmes, externes...
- Personnels ne parlant pas français.

4.4 Critères de jugement

Nous avons débuté notre questionnaire par des questions de type démographiques (sexe, métier, expérience, hôpital), puis par des questions sur les connaissances pures, ensuite sur les habitudes de pratique ainsi que sur les facteurs de choix de leur pratique habituelle.

4.5 Outil

Il est sous forme de questionnaire comprenant 17 questions, de type QCM à réponse unique, ou à réponses multiples, ainsi que des questions à réponses ouvertes. (Annexe VI)

4.6 Mode de recueil de données

Des questionnaires ont été envoyés sous forme électronique via Google Drive aux professionnels des quatre réseaux du Nord Pas de Calais, soit 33 maternités. Cent quarante questionnaires ont été récupérés de cette manière puis par manque de réponses, nous sommes passés sous forme de questionnaires papiers envoyés de manière postale à chaque cadre sage-femme, de 13 maternités, chargée de la distribution aux personnels sur les sites. De cette manière, 105 questionnaires ont été récupérés.

Nous avons sollicité seulement 13 maternités, pour des raisons économiques.

L'accord des cadres sages-femmes de chaque centre a été obtenu de manière téléphonique, ainsi que l'autorisation d'étude dument remplie par le comité éthique. (Annexe V)

L'étude s'est déroulée sur une période de 4 mois et demi.

4.7 Méthode d'analyse

L'analyse a été effectuée en 3 temps : D'abord une analyse descriptive des pratiques puis une analyse uni-variée des facteurs influençant le choix de suture et enfin une analyse descriptive des connaissances des professionnels.

Les variables qualitatives sont exprimées en termes d'effectifs et de pourcentages. Les variables quantitatives sont présentées en moyenne et écart-type associé. Le test du χ^2 et le test de Mann Whitney ont été utilisés pour les analyses uni-variées. Le risque α a été fixé à 5%.

5. RESULTATS

5.1 Les caractéristiques démographiques

Nous avons recueilli 245 questionnaires dont 210 femmes (85.7%) et 35 hommes (14.3%).

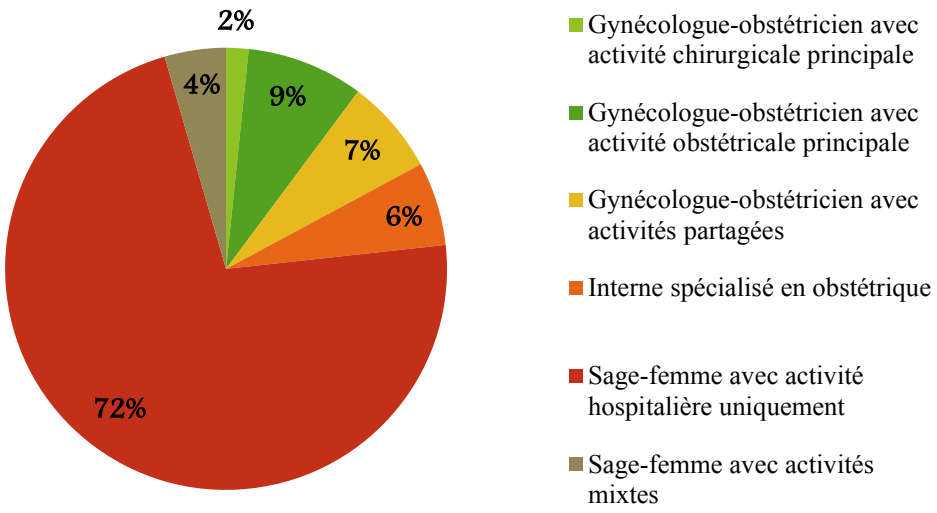


Figure 1 : Répartition des professionnels (n=245)

La profession qui a le plus répondu au questionnaire se trouve être les sages-femmes hospitalières.

Concernant l'expérience, la moyenne est de 10.52 ans, et l'écart est à +/- 6.34 ans.

Le tableau récapitulatif du recueil des données où figure le nombre de réponse au questionnaire selon chaque niveau, chaque statut, et selon le nombre d'accouchements en 2015 se trouve en Annexe VII.

5.2 Analyse descriptive des pratiques

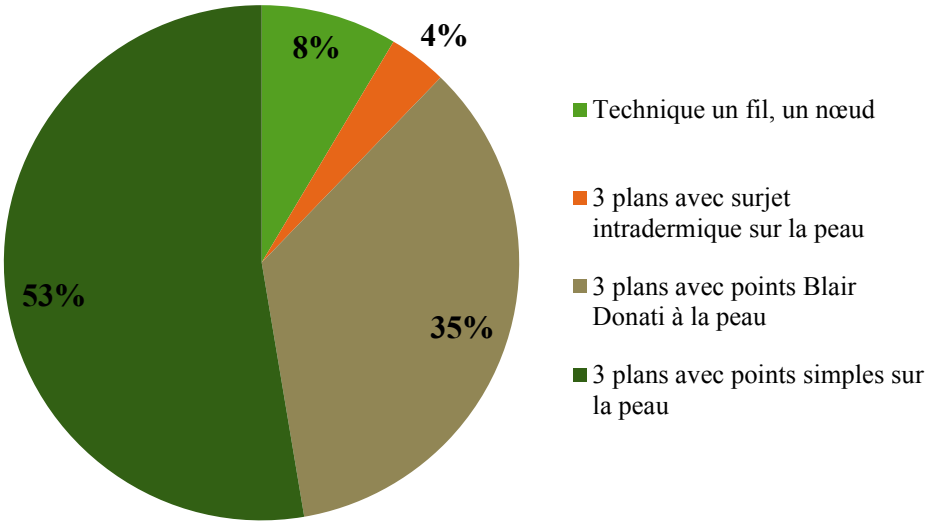


Figure 2 : Technique de référence concernant la réfection d'épisiotomie, lors de l'apprentissage (n=245)

La technique la plus usuelle lors de l'apprentissage est la technique 3 plans avec points simples sur la peau (53%) vs la technique un fil un nœud (8%).

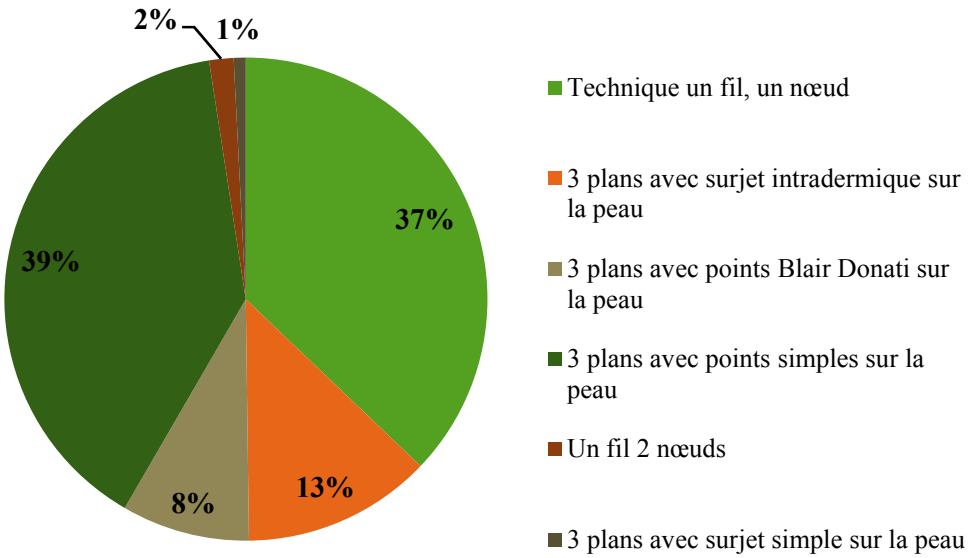


Figure 3 : Technique actuelle de référence concernant la réfection d'épisiotomie (n=245)

La technique actuelle employée reste en majorité la technique 3 plans avec points simples sur la peau (39%), mais l'utilisation de la technique un fil un nœud est augmentée (37%).

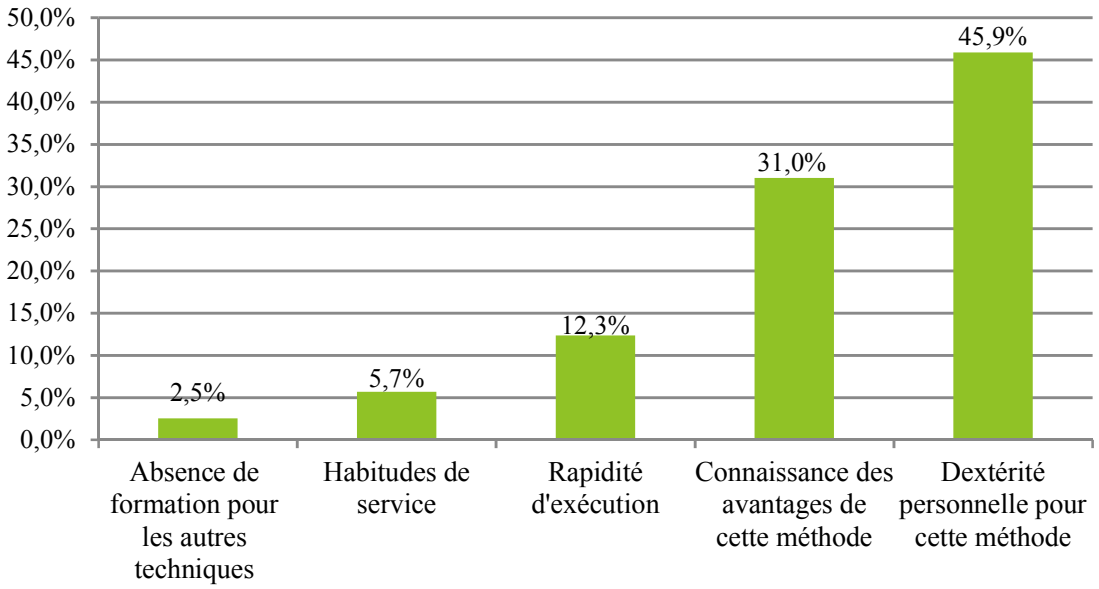


Figure 4 : Raison principale du choix de le technique utilisée pour la réfection d'épisiotomie. (n= 245)

Les professionnels choisissent leur type de réfection selon leur dextérité personnelle pour cette méthode.

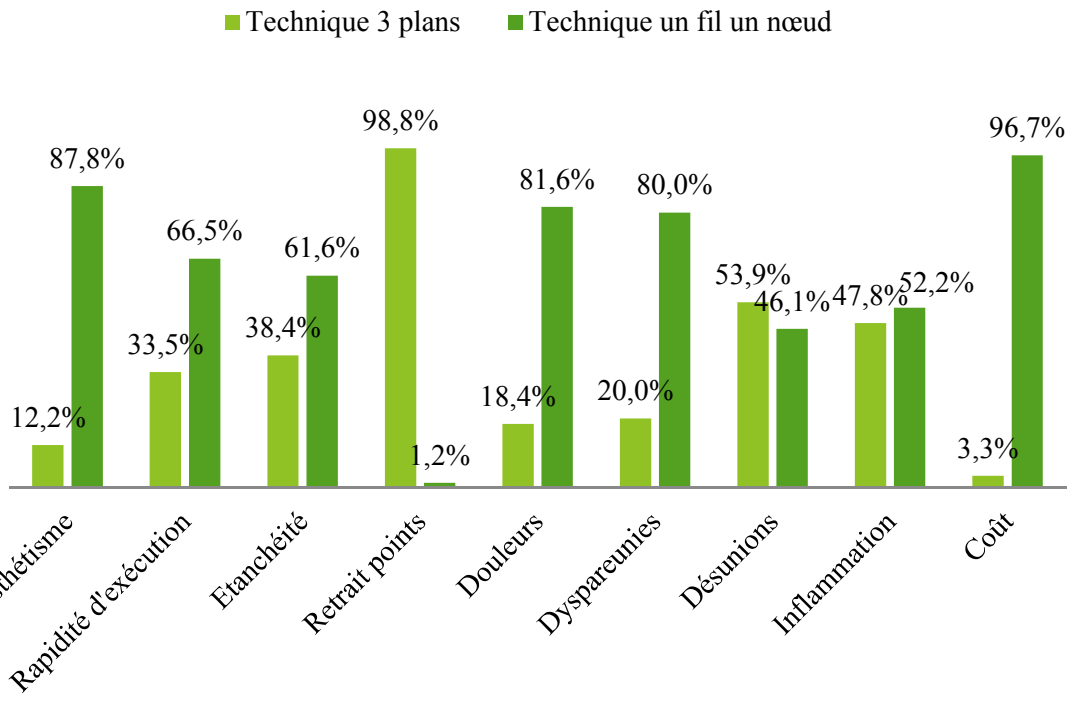


Figure 5 : Technique la plus adéquate pour chaque item selon tous professionnels confondus. (n=245)

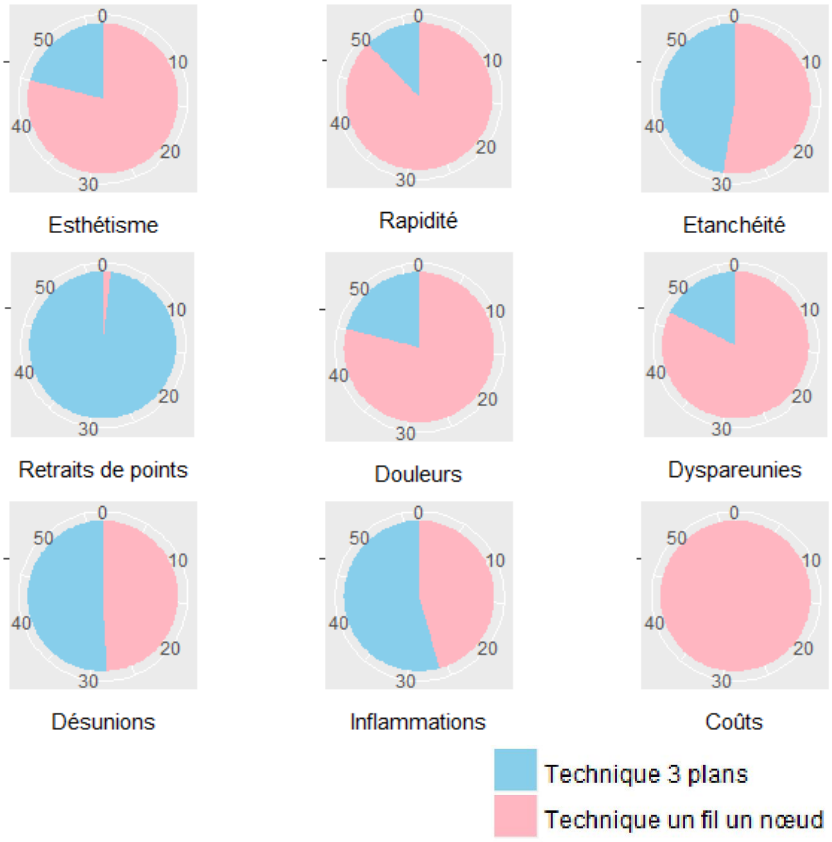


Figure 6 : Technique la plus adéquate selon les gynécologues-obstétriciens. (n= 57)

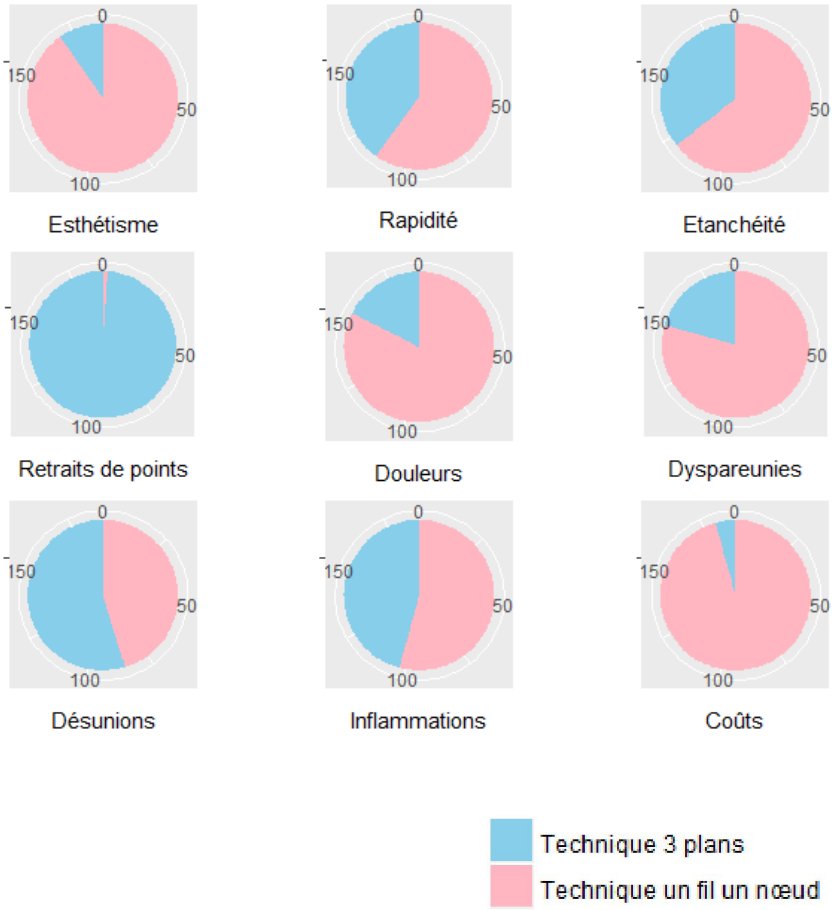


Figure 7 : Technique la plus adéquate pour chaque item, selon les sages-femmes. (n=188)

Selon les professionnels interrogés, la technique un fil un nœud semble être la plus adéquate dans les différents items sauf pour la possibilité de retrait de points, où c'est la technique 3 plans qui est majoritairement sollicitée et concernant le risque de désunion et d'inflamation, la réponse est plus mitigée.

En comparant l'avis des gynécologues-obstétriciens et des sages-femmes, les résultats sont globalement homogènes.

Tableau I : Connaissance des recommandations du CNGOF sur la pratique clinique.

p<0,001	**Gynécologue-obstétricien et interne**	**Sage-femme**
Non	23 (40,4%)	145 (77,1%)
Oui	34 (59,6%)	43 (22,9%)

Les gynécologues-obstétriciens et internes confondus déclarent connaitre à 59.6% les recommandations vs 22.9% pour les sages-femmes.

Tableau II : Connaissances des recommandations du CNGOF selon le niveau de maternité.

p=0,59	**Non**	**Oui**
Niveau I	74,6%	25,4%
Niveau II	66.4%	33,6%
Niveau III	67,3%	32,7%

Il n'existe pas une différence significative sur les connaissances entre les différents niveaux de maternités toutes professions confondues.

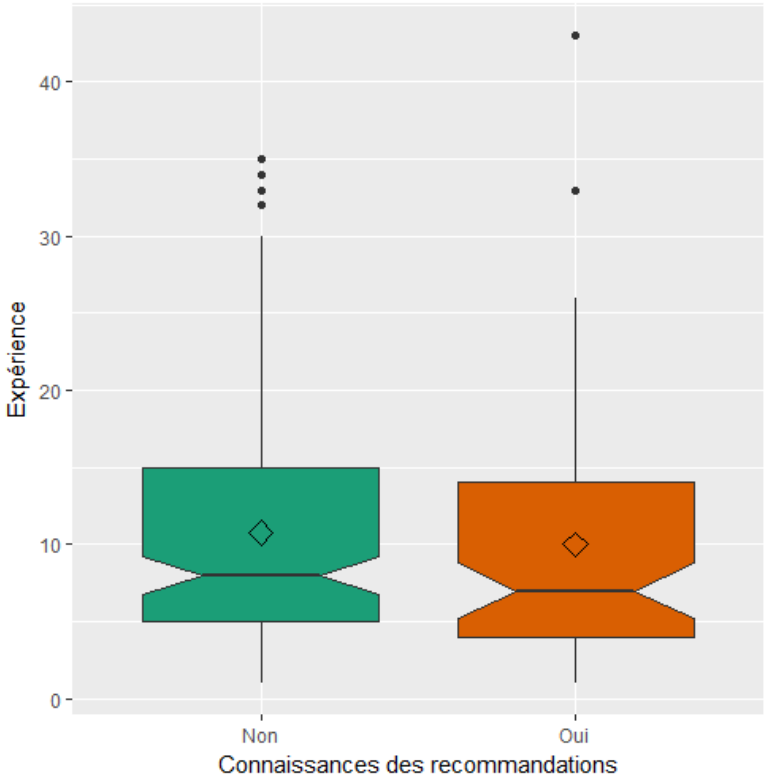


Figure 8 : Connaissance des recommandations selon l'expérience des professionnels. (n=245)

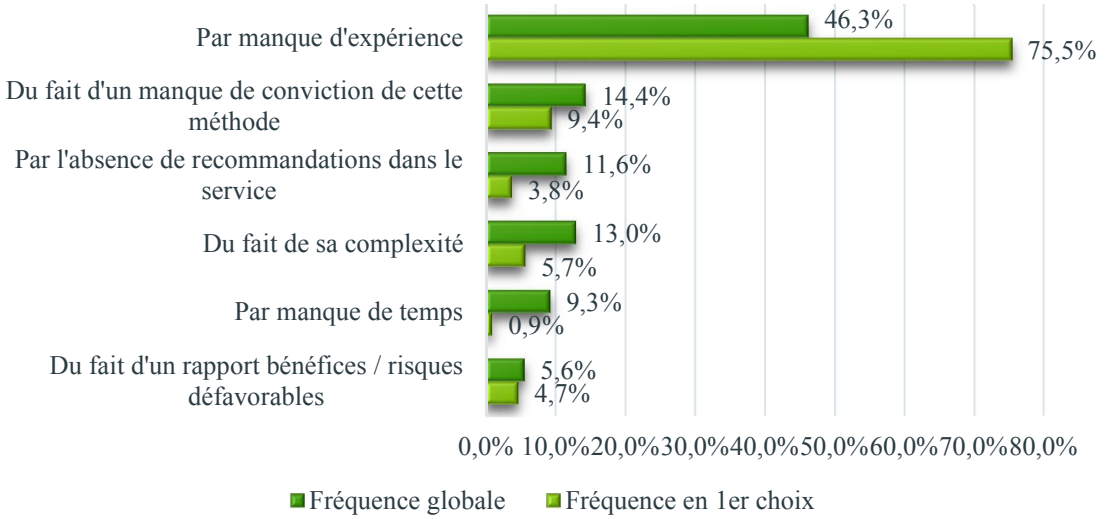
On note une légère différence, les jeunes professionnels connaissent davantage les recommandations. (p=0,51)

Tableau III : Répartition de la pratique un fil un nœud

p<0,001	**Gynécologue-obstétricien et interne**	**Sage-femme**
Non	10 (17,5%)	108 (60,7%)
Oui	47 (82,5%)	70 (39,3%)

Les gynécologues-obstétriciens et internes confondus déclarent pratiquer la technique un fil un nœud à 82.5% vs 39.3% pour les sages-femmes.

A noter qu'il n'y a pas de différence sur la pratique un fil un nœud selon l'ancienneté (p=0,56), la moyenne des non pratiquants est de 11 ans +/- 6 ans, la moyenne des pratiquants est de 10 ans, +/- 6 ans.



Figures 9: Critères de l'absence d'utilisation de la pratique un fil un nœud. (n=216)

Le premier critère majoritaire, loin devant les autres, est le manque d'expérience. De plus il est le plus souvent cité en premier dans l'ordre d'importance des freins.

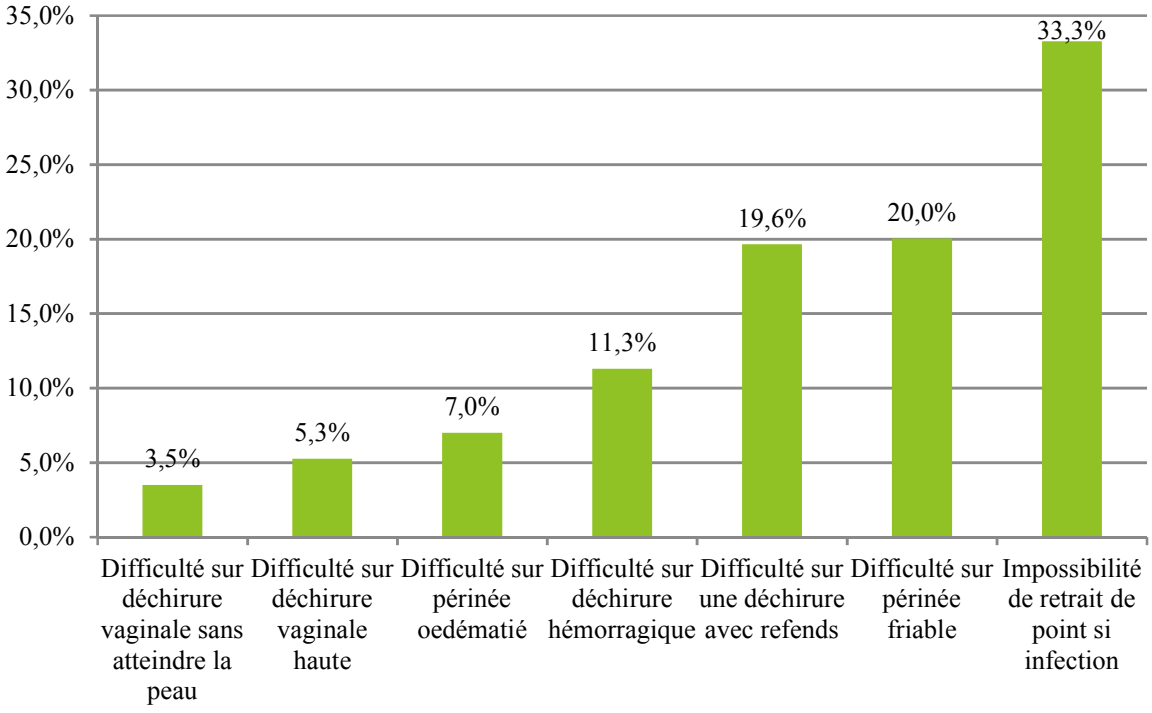


Figure 10 : Principales réticences à réaliser la technique un fil un nœud. (n=245)

Le principal inconvénient de cette méthode est l'impossibilité de retrait de point (33.3%).

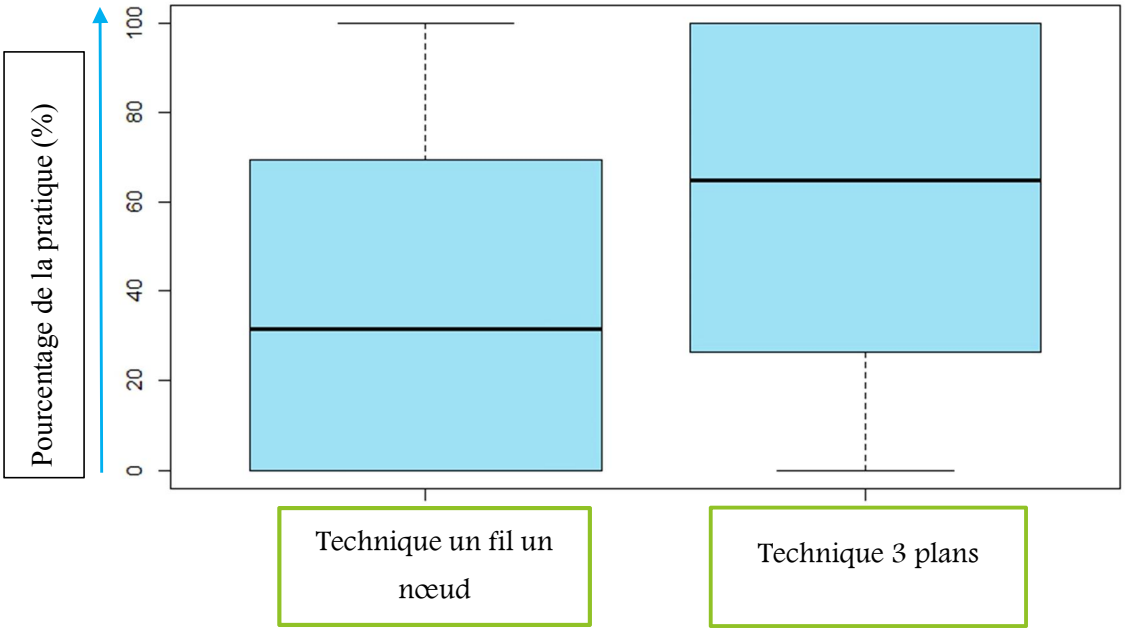


Figure 11 : Pourcentage pratique un fil un nœud et pratique 3 plans. (n=245)

La moyenne pour la technique un fil un nœud est de 32% avec un écart de +/- de 34%. La moyenne pour 3 plans est de 64.9%, avec un écart de +/- 35.3%. Aucun lien n'a été retrouvé entre l'ancienneté des professionnels et le pourcentage de la pratique un fil un nœud. (p=0,12)

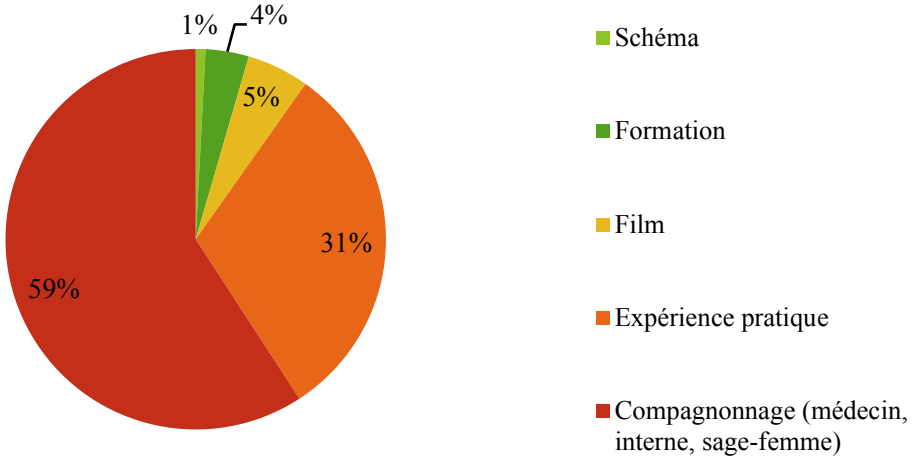


Figure 12 : Méthode à privilégier pour l'apprentissage d'une technique de suture. (n=245)

La méthode d'apprentissage à privilégier selon les professionnels est le compagnonnage (59%).

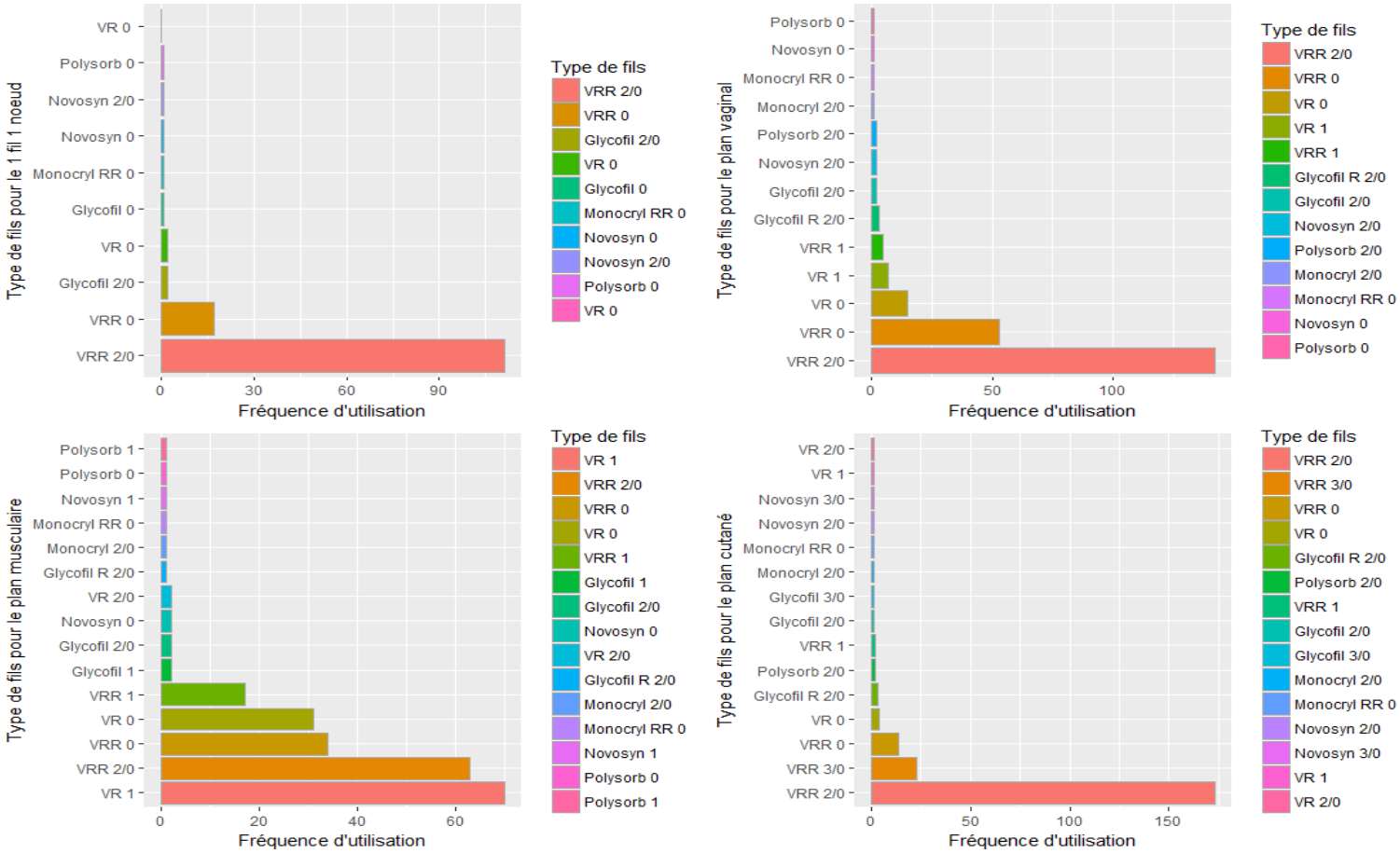


Figure 13 : Type de fils utilisés selon la méthode de réparation. (n=245)

Pour la technique un fil un nœud, le fil majoritairement utilisé est le Vicryl Rapide 2/0 (VRR 2/0).

Pour ce qui concerne, la méthode 3 plans, le Vicryl Rapide 2/0 est utilisé préférentielement pour le plan vaginal et cutané, et le Vicryl 1 lent dans le plan musculaire.

6. DISCUSSION

6.1 Choix Méthodologique

Nous avons réalisé cette étude à partir d'un questionnaire destiné aux professionnels de santé, afin de permettre une approche quantitative de notre problématique.

Comme dit précédemment, 33 maternités ont été sollicitées à travers les quatre réseaux périnatalité du Nord Pas de Calais, touchant ainsi, tous les niveaux, tous les types de maternités. Puis par manque de réponses électroniques, nous avons contactés 13 maternités, avec des questionnaires papiers.

Limites : Nous avons eu des difficultés à estimer la population touchée, en effet, notre questionnaire est destiné exclusivement aux professionnels exerçant en salle de naissance. Il existait une impossibilité à connaitre exactement le nombre de praticiens, la consultation des sites ne permettant pas de discriminer les obstétriciens des chirurgiens.

Autre point à signaler, l'absence de cadre de santé dans certaines cliniques privées à but lucratif, engendrait une difficulté à communiquer avec le personnel. De plus, dans les cliniques, les sages-femmes ne pratiquent pas les accouchements, donc elles ne réalisent pas de réparation périnéale.

Forces : Notre étude est multicentrique, elle touche un grand nombre de professionnels de tous secteurs, de tous niveaux de maternités.

L'utilisation de Google drive comme moyen de diffusion pour le questionnaire électronique permet d'afficher en temps réel le taux de réponse et d'effectuer les premières statistiques.

6.2 Validité des résultats

Validité interne : Nous avons regroupé les variables, ainsi nos résultats n'apparaissent pas sous forme de résultats par catégories, mais sous la forme de résultats groupés. Notamment, un regroupement a été effectué entre les gynécologues-obstétriciens et les internes, il en est de même entre les sages-femmes hospitalières et les sages-femmes mixtes. Nous n'avons pu les différencier, pour des raisons de significativité.

Validité externe : Notre questionnaire a touché une population de tous âges, à majorité féminine. Tous les niveaux de maternité ont participé, ainsi que tous les types, même s'il y a une prépondérance pour le secteur public. Elle a intéressé essentiellement les sages-femmes (72%) plus particulièrement celles qui ont une activité hospitalière unique, reflétant le fait qu'encore peu

de sage-femme ont une activité mixte. Pour ce qui est des gynécologues-obstétriciens, seulement 42 ont répondu sur 33 maternités, ils sont peu représentatifs, surtout en voulant les distinguer, seulement 4 avec activités chirurgicales uniques, 21 avec activités obstétricales et 17 avec activités partagées. Et seulement 15 internes spécialisés en obstétriques ont répondu, nous pensons, que cela est lié à la difficulté à connaitre leur adresse mail et au manque de disponibilité. Notre questionnaire a touché aussi bien ceux qui préfère la version papier (43%) que la version électronique (57%).

Nous remarquons que la population interrogée à une pratique professionnelle disparate, en effet toutes les méthodes de réparation ont été citées, ce qui nous permet de faire l'état des lieux des pratiques dans la région.

Cependant, notre étude n'est pas extrapolable, car aux vues d'une étude de cette ampleur, nous espérions, un taux de réponses plus conséquent encore, étant donné que nous touchions toute la région Nord Pas de Calais, avec 33 maternités.

6.3 Analyse des résultats.

Connaissance des recommandations

Seulement 22.9% des sages-femmes disent connaitre les recommandations du CNGOF, contre 59.6% des gynécologues-obstétriciens et internes spécialisés.

Ces chiffres suivent la tendance des autres études, dans le Limousin en 2014, 68.8% des sages-femmes ne connaissent pas les recommandations, et 69.2% des gynécologues-obstétriciens non plus. [13]

Nous remarquons que les praticiens ici interrogés avec moins d'années d'expérience, connaissent davantage les RPC. La part consacrée à la formation théorique au cours des années universitaires est probablement plus importante. Nous n'avons pas évalué la formation continue des praticiens en place.

Au Royaume-Uni, une étude nationale transversale descriptive a été réalisée en 2007 sur les connaissances de 1000 sages-femmes : seulement 34.3% ont déclaré se sentir en confiance pour évaluer les traumatismes périnéaux, et 21.6% se sentaient en confiance pour effectuer la réparation périnéale. [17]

Evolution de la pratique un fil un nœud

Au cours de leur pratique, les professionnels évoluent vers une plus grande utilisation de la technique un fil un nœud. Ainsi, 8% la pratiquait lors de leur formation initiale contre 37% au moment de l'étude.

En 2014, dans le Limousin, 92,4% des étudiants sages-femmes de dernière année affirment ne pas avoir acquis la technique « un fil, un nœud ». [13]

Nos hypothèses pouvant amener une augmentation à la pratique un fil un nœud, peuvent-être l'acquisition avec l'expérience, le compagnonnage, et les formations continues. Les professionnels sont amenés à évoluer dans leurs pratiques en s'adaptant aux moyens les plus récents offerts par le progrès.

La pratique de la technique un fil un nœud selon les catégories professionnelles

Quatre-vingt-deux pour cent des gynécologues-obstétriciens pratiquent cette technique contre 39.3% des sages-femmes, sans différence selon l'ancienneté.

Notre hypothèse concernant cette disparité étant la suivante :

Suite aux dix semestres de médecine réalisés par les internes, dont cinq passés dans le secteur chirurgie, leur apprentissage initial enseigné par le biais du compagnonnage est plus optimal que l'expérience acquise lors des études de sage-femme. Leur parcours leur offre une plus grande dextérité dans le domaine des sutures.

De plus, les internes sont exposés à un taux d'épisiotomie supérieur notamment dans le cadre des extractions instrumentales.

Les raisons du choix de la méthode de réparation

Les professionnels de santé choisissent leur méthode de réfection principalement selon leur dextérité à cette méthode (45.9%) et secondairement pour la connaissance des avantages de cette dernière (31%). Ce qui montre qu'ils choisissent en fonction de leur habilité, et non suivant les RPC, ainsi les opérateurs non expérimentés « se sentent plus en sécurité ».

Concernant les professionnels ne pratiquant pas la méthode un fil un nœud, cela est dû essentiellement à un manque d'expérience (46.3%) reflétant ainsi le manque de formation pratique. Ensuite, 14.4% des non pratiquants restent sceptiques à cette méthode.

Les réticences à la pratique un fil un nœud

Le premier « inconvénient » cité à 33% est l'impossibilité de retrait de points. Or, l'effacement des espaces morts par les surjets, l'absence de point sur le plan cutané, diminue fortement le risque d'infection, et ainsi du besoin de retrait. Bien que, cette méthode ne permette pas de retirer de points, elle nécessite un retrait de suture moindre par rapport à la technique trois plans. [4, 20]

Autre réticence signalée, la pratique de la méthode un fil un nœud sur les périnées friables, nous retrouvons peu d'étude sur le sujet, mais selon nos hypothèses, si nous pratiquons la technique 3 plans, où il s'agit de faire des nœuds, il y a encore plus de risque sur un périnée friable que si nous pratiquons la technique un fil un nœud. Généralement, il faut arrêter de suturer et chercher à

arrêter le saignement en mettant des mèches tissées de 1 mètre, en douceur et en boule, pour faire hémostase par compression. Il en est de même pour les périnées œdématiés, fragilisés par l'ajout de points.

Pour ce qui est des déchirures ou épisiotomie hémorragiques, pour éviter les pertes sanguines trop importantes, sauf si l'on a une dextérité et une rapidité d'exécution pour la technique un fil un nœud, mais il est conseillé de faire un point hémostatique.

La prise en charge des déchirures avec refends sous-entend plus volontiers une technique 3 plans, en effet la technique un fil un nœud s'applique aux épisiotomies dont l'incision a été nette, il en est de même pour les déchirures, si ces dernières sont nettes, l'utilisation de la méthode continue est tout à fait à privilégier, mais dans le cas contraire, la technique discontinue semble la plus adéquate, tout en essayant de favoriser le surjet intradermique à la peau.

Les critères de satisfaction des techniques de réparation

- ***Douleurs***

Concernant l'influence de la technique de suture sur la douleur, notre population remarque à 81.6% que la technique un fil un nœud est préférable à celle des 3 plans. La méthode 3 plans avec surjet intradermique a également connu une recrudescence, 4% lors de l'apprentissage vers 13% actuellement, ce qui permet d'éviter la tension des nœuds qui semblent être la cause des douleurs dans le postpartum.

Six études concernant la comparaison de la technique de suture en trois plans avec la technique « un fil un nœud » (surjet continu), présentent des résultats plutôt contradictoires, en effet trois montrent une différence significative entre les deux méthodes.

Une revue de la littérature réalisée par Kettle au Royaume-Uni en 2009 a retrouvé sept études sur ce sujet, incluant 3822 patientes. Ces études ont montré que la réalisation d'un surjet continu est associée à moins de douleur dans les 10 premiers jours du post-partum ainsi qu'à une consommation moindre d'antalgiques. Mais il n'y avait pas de différences significatives en ce qui concerne la douleur à long terme. [4]

Une étude similaire de Morano datant de 2003 concernait également épisiotomies et déchirures du deuxième degré confondues et évaluait la douleur à J2 et J10 uniquement. Elle a montré qu'il y avait significativement moins de douleur en post-partum immédiat avec la technique du surjet continu. [18]

Enfin, une étude réalisée en 2010 par Kokanah en Turquie concernait cette fois 160 femmes qui avaient eu une épisiotomie. Mais ces patientes ont été interrogées uniquement sur la douleur ressentie à court terme à J1 et à J10 post-partum, et non sur la douleur à plus long terme.

Néanmoins, cette étude a montré qu'il y avait moins de douleur à J1 dans le groupe « surjet continu », même si cette différence n'existait plus à J10. [19]

Une autre étude réalisée en 2008 par Valenzuela en Espagne, incluant 445 patientes, a conclu qu'il n'y avait pas de différence significative en termes de douleur à J2 et J10 post-partum entre les deux techniques de suture. [14]

Dans un autre essai clinique publié en 2012 par Hasanpoor, où 100 femmes primipares ont été réparties au hasard en deux groupes suite à une épisiotomie pour avoir soit une réparation continue, soit interrompue. Une échelle visuelle analogique a été utilisée pour évaluer la gravité de la douleur 12-18 heures après épisiotomie et aussi 10 jours après l'accouchement. Mais aucune différence significative n'a été montrée concernant les deux méthodes. [15]

Une étude réalisée par Kindberg en 2008, où 395 patientes ont été suivies pour évaluer, dix jours après leur accouchement, les douleurs périnéales montre qu'aucune différence n'a été observée entre les deux méthodes de réparation. [16]

- ***Dyspareunies***

Selon notre questionnaire, 80% des professionnels pensent que la technique un fil un nœud est préférable à la technique 3 plans en termes de dyspareunie. Les études sont contradictoires.

Kokanah n'a pas objectivé de différence en termes de douleur lors de la reprise des rapports entre les deux techniques de suture [19] ; Morano a également conclu qu'il n'y avait pas de différence en termes de dyspareunies à 3 mois post-partum. [18]

Mais les autres études n'arrivent pas aux mêmes conclusions : la revue de la littérature de Kettle a montré une réduction significative des dyspareunies chez les patientes ayant bénéficié d'un surjet continu. [4] Valenzuela a conclu qu'il y avait moins de dyspareunies dans le groupe « surjet continu » (55 % contre 59 %). [14]

Nous pouvons également citer le mémoire de sage-femme de M. Vasquez réalisé en 2008 sur l'influence du surjet continu sur les dyspareunies à 3 mois, elle note l'absence de dyspareunie à 53.7% dans la méthode trois plans, contre 75% pour la technique un fil un nœud, mais le test du chi 2 ne montre pas de significativité (p= 0.109). Par ailleurs, une comparaison a été effectuée concernant les dyspareunies rencontrées suite à l'utilisation du surjet intradermique (1 fil 1 nœud vs 3 plans), et aux techniques avec points sur la peau.

Il en ressort que l'utilisation du surjet intradermique sur la peau permet de réduire significativement le taux de dyspareunies à 3 mois par rapport aux points sur la peau (16,7% vs 48,8%). [11]

- ***Inflammations***

L'avis de notre population interrogée quant à cet item est plus contrebalancé : 47.8% pensent que la technique 3 plans évite les inflammations versus 52.2% pour la technique un fil un nœud.

En ayant moins de nœuds, le risque d'inflammation est moindre, en effet le plan sous cutané efface les espaces morts. Par conséquent, le risque d'inflammation est plus faible dans la technique un fil un nœud.

- ***Désunions***

Les professionnels affirment à 53.9% que la technique 3 plans est plus appropriée pour limiter le risque de désunion.

Certains professionnels s'approprient la technique un fil un nœud, en utilisant la technique un fil deux nœuds (2%) bien souvent pour l'appréhension de « piquer » dans la fesse ou par sécurité.

Selon les recommandations du CNGOF, la méthode de réparation continue diminue le risque de désunion. [3] Kettle rapporte que la quantité de matériel retiré, de sutures gênantes, et de déhiscence à J10, était également significativement moindre dans le groupe de patientes ayant bénéficié de la technique continue. [20]

Par ailleurs, d'autres études démontrent qu'aucune significativité n'a été prouvé quant à la diminution du risque de désunion de par l'utilisation de la technique continue par rapport à la discontinue. [7, 16]

Notons que le choix du fil joue sur ce paramètre : le Vicryl Rapide® a l'avantage d'une moindre nécessité d'ablation de fils mais le désavantage d'entraîner un risque de déhiscence plus élevé (grade A). [8]

- ***Rapidité d'exécution***

Soixante-six pourcents des professionnels interrogés pensent que la technique un fil un nœud est plus rapide à exécuter que la technique trois plans.

Selon l'étude d'Hasenpooor publiée dans Journal of Caring Sciences en 2012, le temps moyen nécessaire pour la réparation de l'épisiotomie dans les groupes de méthode continue et interrompue était respectivement de 5,34 et 6,54 minutes. Par conséquent, le temps requis pour la réparation dans la méthode continue était presque une minute de moins que l'autre méthode. [15]

Une étude de Kindberg publiée dans An International Journal of Obstetrics & Gynaecology en 2008, va également dans ce sens, la technique de suture continue est significativement plus rapide (15 contre 17 minutes, P = 0,03). [16]

- ***Coût***

La majorité des professionnels interrogés (96.7%), pense que la technique un fil un nœud est moins onéreuse. Ce qui est énoncé comme telle dans la littérature, la technique de suture continue est significativement moins couteuse en matériel de suture. Un seul fil est utilisé dans la technique un fil un nœud versus deux ou trois dans les autres méthodes [15, 16, 19].

- ***Esthétisme***

Quatre-vingt-huit pourcents des professionnels pensent que la technique un fil un nœud via le surjet intradermique offre une cicatrice cutanée moins visible que des points séparés employés dans la technique 3 plans. C'est un critère non négligeable pour les femmes. Dans le post partum, les sages-femmes remarquent qu'une cicatrice cutanée sans nœuds permet un plus grand confort des patientes. [3]

- ***Choix du fil et de l'aiguille***

Selon les RPC du CNGOF, les résultats de différentes études plaident pour l'utilisation préférentielle d'un fil synthétique résorbable (grade A). [3]

Il n'existe pas d'étude pour privilégier un fil synthétique plutôt qu'un autre, en effet il n'y a pas de consensus précis. Cependant, l'Université Virtuelle de Maïeutique Francophone préconise pour la technique continue, l'utilisation de polyglactine 910 ou acide polyglycolique, quant à la méthode 3 plans, il privilégie pour le plan vaginal, du VICRYL Rapide 2/0, pour le plan musculaire, VICRYL 0 et pour le plan cutané, du fil résorbable. [24]

<u>Fils recommandés pour la technique un fil un nœud.</u>

Pour cette technique de suture, la majorité des professionnels interrogés utilise le VICRYL RAPIDE 2/0 à base de polyglactine 910, c'est ce qui est également recommandé.

En effet, c'est le fil le plus approprié à la fermeture des plaies cutanées offrant ainsi le meilleur rapprochement des tissus mous. Etant de petit diamètre, tressé, résorbable et incolore.

L'aiguille est de forme tapercut permettant d'être à la fois pénétrante par la pointe triangulaire pour suturer efficacement le plan cutané, et atraumatique pour ne pas léser les tissus fragiles tels que le vagin ou le muscle. L'aiguille est de 36mm afin de permettre de charger une quantité suffisante de tissu lors de la réfection des plans vaginal et musculaire et en demi-cercle pour suturer les tissus assez profonds. Il présente une excellente tolérance tissulaire et une excellente sécurité au nœud. L'inconvénient pouvant être cité est lors du surjet intradermique, où il peut être traumatisant.

Enfin la résistance est de courte durée : 10/14 jours, c'est le temps au bout duquel le fil perd 50% de la résistance pour maintenir les deux berges côte à côte et la résorption de 42 jours, ce qui est satisfaisant pour une suture au niveau des tissus périnéaux. [11, 25]

Une étude prospective réalisée sur 153 patientes, a comparé le Vicryl rapide au Vicryl après une épisiotomie, 78 patientes ont été suturées par Vicryl et 75 par Vicryl Rapide, en ressort une meilleure qualité de cicatrisation avec le VRR (1.7% de problème dans le groupe VRR contre 30% dans le groupe VR à 6 semaines), et un plus faible taux de dyspareunie. [21]. Une autre étude menée sur 308 femmes primipares, répartis en 2 groupe : VR vs VRR, démontre que le VRR provoque moins de douleur périnéale que le VR au 14^{e} j après l'accouchement. [22]

Fils recommandés pour la technique 3 plans.

Selon notre questionnaire :

Pour ce qui concerne du plan vaginal, le Vicryl rapide 2/0 est majoritairement utilisé, puis secondairement le Vicryl rapide 0, et enfin le Vicryl 0 lent.

Pour ce qui concerne du plan musculaire, le Vicryl 1 lent est utilisé, puis le Vicryl rapide 2/0 et enfin le Vicryl rapide 0.

Pour ce qui est du plan cutané, le Vicryl rapide 2/0 est prédominant.

Les fils sont caractérisés par leur non capillarité, leur résistance à la traction, la tenue du nœud, l'élasticité, leur souplesse, leur rugosité de surface et leur visibilité. Pour chaque type de fil, il existe des diamètres différents : plus le chiffre est élevé, plus le diamètre est fin.

De plus, le choix de l'aiguille se fait selon le tissu à suturer, le Vicryl 0 ou 1 serait plus envisagé pour des traumatismes musculaires profonds. Pour les muscles on utilise souvent le fil résorbable mais non rapide.

Un grand nombre de paramètre sont donc à prendre en compte par l'opérateur. Notre étude a permis de mettre en évidence le respect des recommandations du CNGOF, avec l'absence d'utilisation de fil non résorbable.

Formations à privilégier

Le compagnonnage est la méthode de formation à privilégier à 59% selon les professionnels du Nord Pas de Calais. Cependant, il n'est pas évident d'avoir l'opportunité d'être accompagné lors de la réfection sauf lors d'extractions instrumentales par exemple.

« Il est recommandé de mettre en place une formation théorique et pratique de l'épisiotomie de manière à améliorer l'apprentissage et la performance des opérateurs (accord professionnel) » [3]

Certains cours sont mis en ligne sur Internet, et reprennent les avantages et inconvénients des méthodes de suture, leur technique de réfection, permettant ainsi aux professionnels d'avoir une approche plus théorique.

Une vidéo proposée sur internet par l'Université de Bordeaux permet une approche visuelle complète de la méthode. [9]

Au Royaume-Uni, les universités de Birmingham et Staffordshire propose via le *Maternity PEARLS*, un outil en ligne pour améliorer la réparation périnéale, ce projet a été adopté par le Collège royal des obstétriciens et gynécologues (RCOG). [23]

Pour ce qui concerne l'apprentissage des techniques de sutures, il existe sur le marché de nombreux simulateur de suture, qui permettrait aux étudiants de se former dans les conditions les plus optimales et les plus similaires à la pratique.



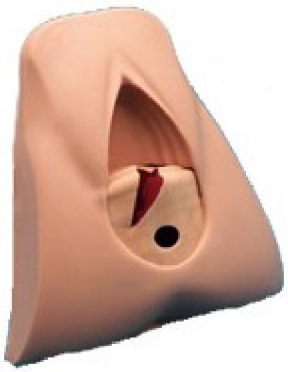
3B SCIENTIFIC : Simulateur de suture post-épisiotomie, 3 pièces. [26]

662,18 € TTC



MEDICALEM : R10910 – Simulateur épisiotomies et lacérations du périnée. [27]

355,00 € TTC



LAERDAL Ref: LT60450. [28]

Prix non indiqué

En effet, il serait judicieux d'investir dans ces simulateurs, aussi bien pour la formation initiale des étudiants mais également pour la formation continue des professionnels.

7. CONCLUSION

Le choix de la méthode de réfection est déterminant quant au devenir de la patiente. En effet, la méthode un fil un nœud, recommandée par le Collège National des Gynécologues-Obstétriciens Français, permet de réduire les douleurs périnéales à court terme, les dyspareunies, et leur apporte satisfaction notamment par le côté esthétique de la cicatrice. C'est également la technique citée comme étant la moins coûteuse et la plus rapide à exécuter.

Cependant, malgré les recommandations datant de 2005, notre étude montre qu'une minorité de professionnels connaissent les recommandations.

A travers cette étude réalisée dans le Nord Pas de Calais, nous avons tenté de déterminer quels facteurs influencent les professionnels sur leur choix de suture périnéale. Les raisons de leur choix portent premièrement sur leur dextérité à la méthode puis secondairement sur les connaissances des avantages à cette méthode.

Bien que l'utilisation de la technique un fil un nœud évolue, entre la formation initiale et la pratique courante, nous notons que le pourcentage de pratique un fil un nœud est inférieur à celui de la méthode 3 plans.

Nous notons une différence accrue entre la pratique des gynécologues-obstétriciens et celle des sages-femmes. Nous mettons en évidence un manque d'expérience des sages-femmes. Pour permettre de pallier à ce problème, nous encourageons l'utilisation de simulateur de suture au sein des facultés. De plus, il serait utile d'envisager des programmes de formation au sein des maternités, dédiées aux sages-femmes, avec ces simulateurs.

Par conséquent, ce mémoire a pour but d'harmoniser les pratiques en permettant de dégager des moyens de formations adaptés aux différentes catégories professionnelles, afin d'acquérir en dextérité. Il serait intéressant d'interroger les futurs professionnels concernant leur habileté à la méthode suite à une formation par simulateur.

8. REFERENCES

8.1 Bibliographies

[1] Ciane - Épisiotomie : Etat des lieux et vécu des femmes - Enquête sur les accouchements Dossier n°6 - Novembre 2013 – 25p.

[2] Venditteli F, Gallot D - Quelles sont les données épidémiologiques concernant l'épisiotomie ? Recommandations pour la pratique clinique - J Gynecol Obstet Biol Reprod – 2006 - 35p (suppl. au n°1)

[3] CNGOF (Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français) - Recommandations pour la pratique clinique : L'épisiotomie - [En ligne] - 2005 [Consulté le 09/02/2016] - 6p.

Consultable à l'URL : http://www.cngof.asso.fr/D_PAGES/PURPC_14.HTM

[4] 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.

[5] Aslam, Rakhshanda, Shazia Amir Khan - Interrupted versus continuous sutures for repair of episiotomy or 2nd degree perineal tears - Journal of Ayub Medical College, Abbottabad: JAMC 27 - September 2015.

[6] Fatton, B, M. Cayrac, V. Letouzey - Anatomie fonctionnelle du plancher pelvien- EM Premium February 26, 2014.

[7] Vardon D, Reinbold D, Dreyfus M - Episiotomie et déchirures obstétricales récentes. EMC – Techniques chirurgicales – Gynécologie 2013.

[8] E. Verspyck, L. Sentilhes, H. Roman - L'épisiotomie - Techniques chirurgicales de l'épisiotomie - J Gynecol Obstet Biol Reprod/ Volume 35, supplément au n°1- 2006 – Pages 1S40- 1S51.

[10] Poumeyrol Delphine - Réfection périnéale 1/2 – fiches techniques- Les dossiers de l'obstétrique N° 459 - juin 2016 – pages 27-29.

[11] Marie Vazquez - Evaluation de l'influence des sutures sur les dyspareunies - Mémoire de fin d'études - Université Henri Poincaré, Nancy I, école de Sages-femmes Albert Fruhinsholz, année 2008, 68p.

[12] Poumeyrol Delphine - Réfection périnéale 2/2 – fiches techniques - Les dossiers de l'obstétrique N° 459 - juillet 2016 – p31.

[13] Dulinskie Marion - Les freins au changement de technique de suture « un fil, un nœud » des sages-femmes et des gynécologues-obstétriciens du Limousin - Mémoire de fin d'études sagefemme - Université de Limoges - année 2014, 76p.

[14] P. Valenzuela, MS. Saiz Puente, JL.Valero - Continuous versus interrupted sutures for repair of episiotomy or second degree perineal tears: a randomised controlled trial - BJOG – 2009 - 116(3): 436-41.

[15] Hasanpoor, Shirin, Soheila Bani - The Effects of Continuous and Interrupted Episiotomy Repair on Pain Severity and Rate of Perineal Repair: A Controlled Randomized Clinical Trial. Journal of Caring Sciences 1 - August 25, 2012- pages 165–171.

[16] S. Kindberg, M. Stehouwer, L. Hvidman - Postpartum Perineal Repair Performed by Midwives: A Randomised Trial Comparing Two Suture Techniques Leaving the Skin Unsutured - BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology 115 - March 1, 2008 - 472–79.

[17] Bick, Debra, Khaled M. Ismail - How Good Are We at Implementing Evidence to Support the Management of Birth Related Perineal Trauma? A UK Wide Survey of Midwifery Practice - BMC Pregnancy and Childbirth 12 – 2012 - 1–10.

[18] S. Morano, E. Mistrangelo, D. Pastorino. - A Randomized Comparison of Suturing Techniques for Episiotomy and Laceration Repair after Spontaneous Vaginal Birth - Journal of Minimally Invasive Gynecology 13 - October 2006 - 457–62.

[19] D. Kokanah, M. Ugur, M. Kuntay Kokanah. - Continuous versus interrupted episiotomy repair with monofilament or multifilament absorbed suture materials: a randomised controlled trial - Archives of Gynecology and Obstetrics Vol 284, N°2 - 2011- pages 275-280.

[20] C. Kettle, R. K. Hills, P. Jones. - Continuous versus Interrupted Perineal Repair with Standard or Rapidly Absorbed Sutures after Spontaneous Vaginal Birth: A Randomised Controlled Trial - Lancet (London, England) 359, no. 9325 - June 29, 2002.

[21] BR. McElhinney, DRJ. Glenn, G. Dornan. - Episiotomy repair: VICRYL versus VICRYL rapide - The Ulster Medical Journal - 2000 - 69 (1) :27-9

[22] A. Gemynthe, J. Langhoff Roos, S. Sahl. - New VICRYL formulation : an improved method of perineal repair? - British Journal of Midwifery -1996 - 4 (5)

[23] Jenni Ameghino - Un Nouvel Outil En Ligne Pour Améliorer La Réparation Périnéale. La Fondation Pour La Santé - Université de Birmingham Accessed - March 16, 2017.

[24] Comité éditorial pédagogique de l'UVMaF - Episiotomie - [En ligne] - 01/03/2011 [Consulté le 05/01/2017].

Consultable à l'URL :

http://campus.cerimes.fr/maieutique/UE-obstetrique/episiotomie/site/html/cours.pdf

[25] ETHICON ® - Fermeture de la plaie, VICRYL RAPIDE 2/0 ® - [En ligne] – [Consulté le 05/03/2017]

Consultable à l'URL :

http://www.ethicon.com/healthcare-professionals/products/woundclosure/absorbable-sutures/vicryl-rapide-polyglactin-910#!description-et-specifications

[26] 3B SCIENTIFIC ® - Simulateur de suture post-épisiotomie, 3 pièces - [En ligne] - [Consulté le 05/03/2017].

Consultable à l'URL : https://www.3bscientific.fr/simulateur-de-suture-post-episiotomie-3pieces-w44096-lf00690u,p_895_4969.html

[27] MEDICALEM ® - Simulateur épisiotomie et lacérations du périnée - [En ligne] - [Consulté le 05/03/2017].

Consultable à l'URL : http://www.medicalem.com/femme/1042-r10910-%C3%A9pisiotomieet-lac%C3%A9rations-du-p%C3%A9rin%C3%A9e.html

[28] LAERDAL ® - Apprentissage du soin de l'épisiotomie - [En ligne] - [Consulté le 05/03/2017]

Consultable à l'URL : http://www.laerdal.com/fr/docid/49058825/Apprentissage-du-soin-depisiotomie

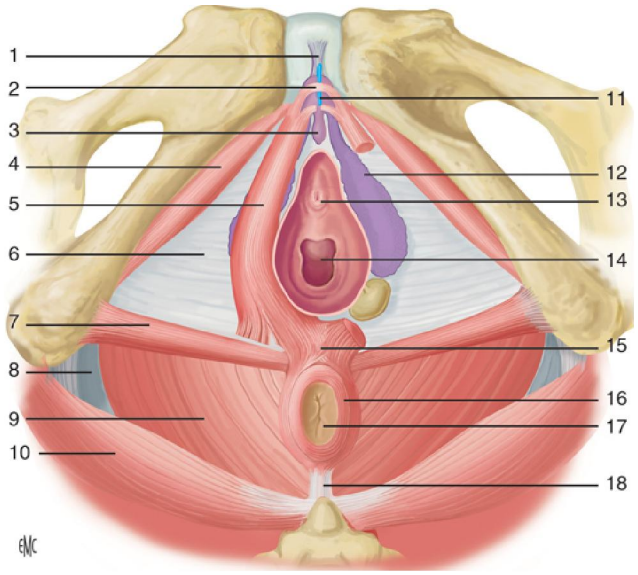
8.2 Sitographies

[9] L'épisiotomie à un fil

http://www.canal-u.tv/video/universite_de_bordeaux/l_episiotomie_a_un_fil.3263

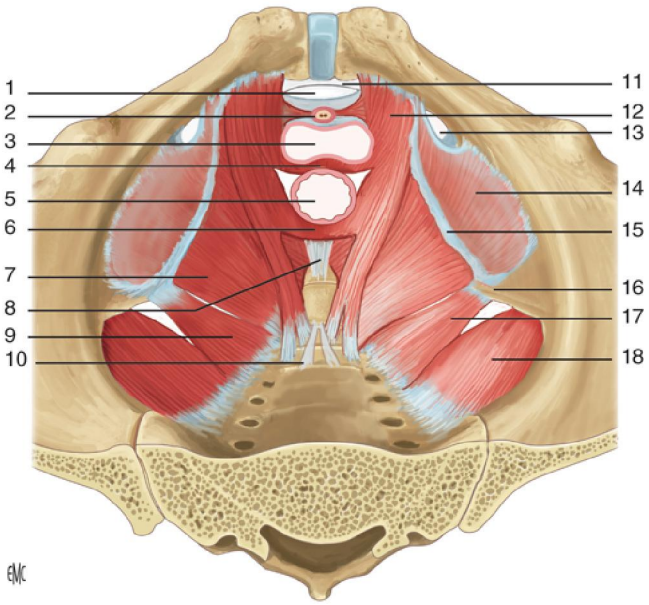
9. ANNEXES

9.1 Anatomie du périnée [6]



Muscles du périnée féminin (vue périnéale).

1. Ligament suspenseur du clitoris ;
2. faisceau compresseur de la veine dorsale du clitoris ;
3. clitoris ;
4. muscle ischiocaverneux ;
5. bulbe vestibulaire ;
6. membrane périnéale ;
7. muscle transverse superficiel ;
8. ligament sacrotubérositaire ;
9. muscle élévateur de l'anus ;
10. muscle grand fessier ;
11. veine dorsale du clitoris ;
12. muscle bulbospongieux ;
13. urètre ;
14. vagin ;
15. centre tendineux du périnée ;
16. sphincter externe de l'anus ;
17. anus ;
18. ligament anococcygien.



Muscles du plancher pelvien.

1.Hiatus infrapubien ;
2. urètre ;
3 : vagin ;
4. muscle pubovaginal ;
5. rectum ;
6. faisceau puborectal ;
7. muscle iliococcygien ;
8. ligament anococcygien ;
9. faisceau coccygien ;
10. ligament sacrococcygien ventral ;
11. ligament arqué du pubis ;
12. muscle pubococcygien ;
13. canal obturateur ;
14. muscle obturateur interne recouvert par son fascia ;
15. arc tendineux du muscle élévateur de l'anus ;
16. épine ischiatique ;
17. muscle coccygien ;
18. muscle piriforme.

9.2 Classifications des déchirures périnéales [7]



1. Déchirure périnéale du 1er degré (simple) : atteinte de la partie cutanéomuqueuse



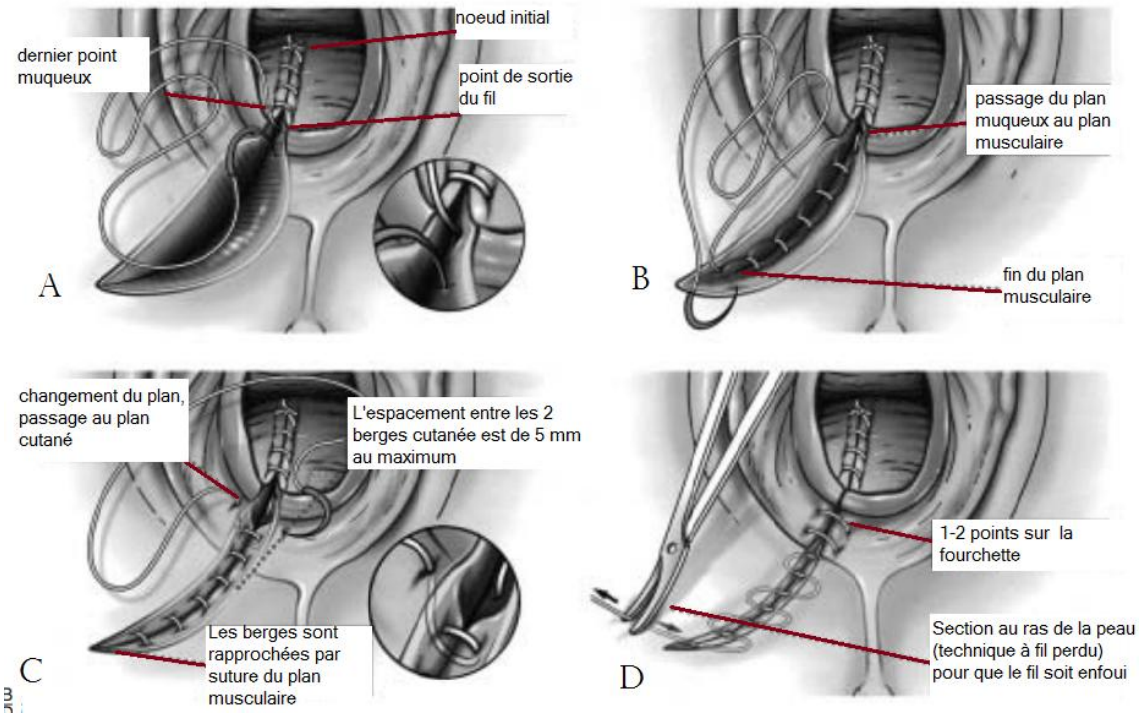
2. Déchirure périnéale du 2ème degré en cartouche avec atteinte du sphincter externe de l'anus



3. Déchirure périnéale du 3ème degré : atteinte de la partie cutanéomuqueuse ainsi que la partie musculaire et du

9.3 Technique de réparation « Un fil un nœud » [8, 10]

Schémas et méthode du Dr Théry et du laboratoire Ethicon.



Fil à privilégier : Type polyglycolique à résorption rapide 2/0 (Vicryl ® rapide 2/0)

Chronologie de la réparation : quatre plans de rapprochement

- A : Plan muqueux.

Réaliser le point à l'extrémité distale de la déchirure vaginale (comme dans les autres techniques) puis couper le petit brin seulement.

Continuer par un surjet vaginal jusqu'en arrière de la cicatrice hyménale.

- B : Plan musculaire.

Dans la continuité du plan muqueux, il débute par la berge gauche.

Poursuivre le surjet musculaire en rapprochant les faisceaux musculaires, descendre jusqu'au point d'angle cutané, attention à ne pas trop serrer (prévenir la douleur)

- C : Plan sous-cutané.

C’est le plan remontant qui prépare le plan cutané, il permet d’effacer l’espace mort sous-cutané et de limiter les tensions cutanées.

- D : Plan cutané

Il s’est terminé en avant de l’hymen, sur la berge droite et l’aiguille ressort du plan muqueux.

Poursuivre le surjet par 1 ou 2 points sur la muqueuse jusqu’à la jonction peau-muqueuse, puis replonger l’aiguille en sous-muqueux avant de poursuivre en intradermique.

Replonger l’aiguille dans l’angle cutané de la plaie, puis ressortir l’aiguille dans le gras de la fesse 1 ou 2 cm, et enfin couper le fil au ras de la peau.

9.4 Suture périnéale en trois plans [11,12]

Plan vaginal



Surjet simple

Utilisation d'un fil résorbable polyglycolique 2/0.
Ecarter les parois vaginales avec 2 doigts en V
Réaliser un point à l'angle distal de la plaie vaginale.
Suture de haut en bas par un surjet simple ou points séparés, de l'angle supérieur jusqu'aux reliefs hyménéaux, qui sont affrontés bord à bord, servant de repères, mais ne sont pas à suturer.
Charger l'aiguille suffisamment en profondeur pour être étanche et éviter les espaces morts

Plan musculaire



Point séparé simple



Point en X

Utilisation d'un fil résorbable polyglycolique 2/0
Points perpendiculaires à la tranche de section et parallèles au plan vaginal.
Réalisation de points en X peu serrés prenant un double appui sur chaque berge, permettant de rapprocher les tranches musculaires sans les sectionner.

Affronter sans trop serrer (pour limiter la douleur, et ne pas sectionner le muscle)
Charger le faisceau musculaire en deux fois (en ressortant l'aiguille entre les deux berges musculaires)

Ne pas multiplier les points pour éviter les infections locales et plus de douleurs.

Vérifier par un toucher rectal, l'absence de point transfixiant la muqueuse rectale

Utilisation d'un fil résorbable polyglycolique 2/0
Points perpendiculaires à la tranche de section et parallèles au plan vaginal.
Réalisation de points en X peu serrés prenant un double appui sur chaque berge, permettant de rapprocher les tranches musculaires sans les sectionner.

Affronter sans trop serrer (pour limiter la douleur, et ne pas sectionner le muscle)
Charger le faisceau musculaire en deux fois (en ressortant l'aiguille entre les deux berges musculaires)

Ne pas multiplier les points pour éviter les infections locales et plus de douleurs.

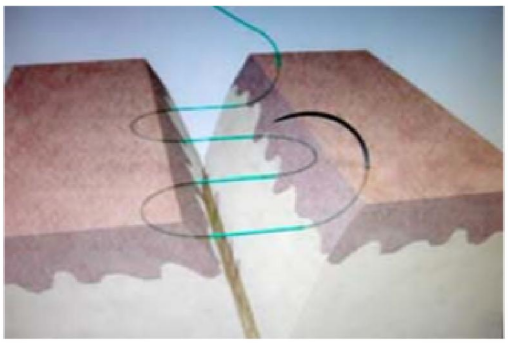
Plan cutané



Point Blair-Donati

Utilisation d'un fil synthétique résorbable polyglycolique 2/0 ou 3/0.

Les points de Blair-Donati également appelé « loin-loin-près-près ». Ce double passage dans le derme permet de supprimer l'espace mort sous-cutané et d'effacer une tension importante. Mais les résultats esthétiques sont mauvais



Surjet intradermique

Le surjet intradermique qui paraît aujourd'hui être la meilleure technique de suture de la peau, de par son absence de points sur la peau, évite ainsi la stimulation des terminaisons nerveuses cutanées.

A la fin du surjet, l'aiguille pique le derme à la pointe de la plaie et ressort dans son axe à 1cm environ, puis ce surjet est arrêté par un nœud simple

Pour les deux méthodes, direction de l'anus vers le vagin, pour une reconstruction symétrique de la vulve. Terminer par 1 ou 2 points de Blair Donati à la fourchette entre la jonction cutanéomuqueuse et les reliefs hyménéaux

9.5 Avis définitif du CIER

GROUPEMENT DES HÔPITAUX DE L'INSTITUT CATHOLIQUE DE LILLE

Avis du comité interne d'éthique de la recherche médicale (CIER) du GHICL

Bureau restreint

Numéro d'ordre de l'avis : 2016-07-02 ESF
Intitulé de la recherche : Un fil un nœud vs autres sutures, choix des professionnels

Responsable du projet : CAILLIET Pauline

Promoteur : GHICL
Lieu où se déroule la recherche : Professionnels de Santé (Gynécologue-Obstétriciens, Internes en obstétrique, Sages-femmes)

Documents sur lesquels le comité (protocole, document d'information et/ou de consentement remis aux sujets participants…) : Grille CIER

Date de réunion du comité d'éthique restreint : 18/07/2016

Personnes ayant délibéré :
- ✓ L'expert médical : Dr Lansiaux
- ✓ Le responsable adjoint du DRM : Mme Demilly

Avis du comité d'éthique du GHICL

- ✓ **Avis favorable sans restriction**
- ☐ **Avis favorable avec demande de modifications** (avis temporaire) : voir fiche « demande de modifications du CIER » jointe à cet avis
- ☐ **Avis défavorable**
  - motivations :
  - recommandations :

La Responsable adjointe du DRM
Nom : DEMILLY Magali
Date : 19/07/16
Signature :

DEMILLY Magali
Responsable Adjoint du DRM
Département de la Recherche Médicale
GHICL-FMM
Hôpital Saint Philibert
Rue du Grand But - BP 249 - 59462 Lomme Cedex
Tél. : 03 20 22 52 69 - Fax : 03 20 22 57 67

L'Expert médical du GHICL
Nom : LANSIAUX Amélie
Date :
Signature :

CENTRE DE RECHERCHE CLINIQUE
GHICL
59000 LILLE
Tél. : 03 20 44 71 97 - Fax : 03 20 44 70 18

Suite aux corrections rapidement apportées, le CIER donne un

Avis favorable sans restriction

9.6 Questionnaire

Un fil un nœud vs autres sutures, choix des professionnels

A l'intention des Professionnels de santé exerçant en Salles de Naissances



*Obligatoire

1. **Vous êtes un(e) ***

- Homme
- Femme

2. Votre profession *

- Sage-femme avec activité hospitalière uniquement
- Sage-femme avec activités mixtes
- Gynécologue-obstétricien avec activité chirurgicale principale
- Gynécologue-obstétricien avec activité obstétricale principale
- Gynécologue-obstétricien avec activités partagées
- Interne spécialisé en obstétrique

3. Nombres d'années d'expérience *

NB : Pour les sages-femmes: à partir de l'obtention du diplôme. Et pour les internes et médecins, à partir du début de l'internat

Votre réponse ……

4. Votre lieu d'exercice actuel * Exemple : Hôpital Saint-Vincent de Paul à Lille

Votre réponse ……

5. Lors de votre apprentissage, quelle était la technique de référence, concernant la réfection d'épisiotomie ? *

- Technique un fil, un nœud
- 3 plans avec points simples sur la peau
- 3 plans avec surjet intradermique sur la peau
- 3 plans avec points Blair Donati sur la peau
- Aucune
- Autre : ……

6. Actuellement, quelle technique utilisez-vous préférentiellement pour la réfection d'une épisiotomie ? *

UNE SEULE réponse attendue

- Technique un fil, un nœud
- 3 plans avec points simples sur la peau
- 3 plans avec surjet intradermique sur la peau
- 3 plans avec points Blair Donati sur la peau
- Autre : ……..

7. Quelle est la raison principale de ce choix ? *

- Dextérité personnelle pour cette méthode
- Méthode la plus rapide
- Connaissance des avantages de cette méthode
- Habitudes de service
- Autre : ……

8. Veuillez cocher, laquelle des deux techniques vous semble la plus adéquate selon l'item ? *

	Technique un fil un nœud	Technique 3 plans
Esthétisme	○	○
Rapidité d'éxécution	○	○
Meilleure étanchéité / Meilleur rapprochement des berges	○	○
Possibilité de retrait de points	○	○
Douleur périnéale moindre	○	○
Diminution des dyspareunies	○	○
Evite les désunions	○	○
Evite les inflammations	○	○
Coût moindre	○	○

9. Connaissez-vous les recommandations du CNGOF sur la pratique clinique des modes de réparations des traumatismes périnéaux ? *

- Oui
- Non

10. Pratiquez-vous la technique un fil un nœud ? *

- Oui

- Non

Si vous avez répondu NON, répondre à la question suivante, sinon passez directement à la question 12.

11. Pourquoi ne la pratiquez-vous pas ?

Choisissez 3 réponses par ordre de préférence, vous pouvez les numéroter de 1 à 3

- Du fait d'un rapport bénéfices / risques défavorables
- Du fait d'un manque de conviction de cette méthode
- Du fait de sa complexité
- Par manque de temps
- Par manque d'expérience
- Par l'absence de recommandations dans le service
- Autre ……

12. Quel(s) désavantage(s) connaissez-vous à cette technique un fil un nœud ? *

Répondre par ordre croissant de 1 à 3

- Difficulté sur une déchirure avec refends
- Difficulté sur périnée friable
- Difficulté sur périnée œdématié
- Difficulté sur déchirure hémorragique
- Difficulté sur déchirure vaginale haute
- Difficulté sur déchirure vaginale sans atteinte de la peau
- Impossibilité de retrait de point si infection

13. Estimez un pourcentage concernant votre pratique sur la technique un fil un nœud

Votre réponse …….

14. Estimez un pourcentage concernant votre pratique sur la technique 3 plans

Votre réponse ……....

15. Quel est selon vous, la meilleure méthode pour apprendre une technique de suture ?

- Film
- Schéma
- Compagnonnage (médecin, interne, sage-femme)
- Expérience pratique
- Autre : …….

16. Quel(s) fil(s) utilisez-vous pour la technique un fil un nœud ?

Votre
réponse……

17. Quel(s) fil(s) utilisez-vous pour la technique 3 plans?

Détaillez pour le plan vaginal, plan musculaire et plan cutané.

Votre réponse
……

Merci pour votre participation.

CAILLIET Pauline
Etudiante sage-femme

9.7 Tableau récapitulatif du recueil des données

Lettre	Questionnaires Papiers	Questionnaires Electroniques	Niveau	Statut	Nombres d'accouchements/ an en 2015
A	**10**	**17**	**II**	**Privé PSPH**	**1994**
B	**7**	**9**	**II**	**Public**	**1353**
C	**11**	**3**	**I**	**Public**	**866**
D	**9**	**16**	**II**	**Public**	**2589**
E	**0**	**5**	**I**	**Public**	**2047**
F	**0**	**11**	**II**	**Public**	**1810**
G	**0**	**15**	**III**	**Public**	**5526**
H	**0**	**1**	**I**	**Privé**	**1985**
I	**2**	**0**	**II**	**Privé**	**2157**
J	**0**	**0**	**I**	**Privé**	**688**
K	**9**	**0**	**I**	**Public**	**591**
L	**0**	**0**	**I**	**Public**	**1136**
M	**5**	**0**	**I**	**Public**	**677**
N	**0**	**3**	**II**	**Public**	**1022**
O	**0**	**3**	**III**	**Public**	**3629**
P	**5**	**0**	**II**	**Privé**	**Non renseigné**
Q	**0**	**0**	**I**	**Privé**	**975**
R	**0**	**6**	**III**	**Public**	**2156**
S	**0**	**0**	**I**	**Privé**	**929**
T	**8**	**1**	**I**	**Privé PSPH**	**960**
U	**8**	**0**	**II**	**Public**	**921**
V	**0**	**0**	**I**	**Privé**	**788**
W	**0**	**0**	**II**	**Public**	**1660**
X	**0**	**4**	**I**	**Privé**	**1147**
Y	**0**	**6**	**I**	**Privé PSPH**	**899**
Z	**0**	**13**	**III**	**Public**	**2515**
AB	**2**	**9**	**III**	**Public**	**2109**
CD	**12**	**1**	**II**	**Public**	**1118**
EF	**10**	**5**	**II**	**Privé PSPH**	**1432**
GH	**0**	**8**	**II**	**Public**	**1377**
IJ	**7**	**0**	**II**	**Public**	**964**
KL	**0**	**0**	**I**	**Privé**	**1004**
MN	**0**	**1**	**I**	**Privé**	**1394**

10. RESUME

MEMOIRE POUR L'OBTENTION DU DIPLOME D'ETAT DE SAGE-FEMME

ANNEE : 2016 -2017

Un Fil un Nœud vs autres sutures, choix des professionnels

Pauline CAILLIET

Sous la direction de : Dr Sophie DESURMONT et Romain DEMAILLY.

MOTS- CLES : réparation périnéale, techniques sutures, méthode un fil un nœud, épisiotomie

RESUME :

Introduction

Selon, l'étude du CIANE, 75% des patientes relatent avoir souffert de l'épisiotomie. La qualité de la suture est donc essentielle à une cicatrisation sans conséquence à court et moyen terme. Selon le type de traumatisme périnéal obstétrical, différentes méthodes de réparation s'offrent aux professionnels, elles sont diverses et variées et présentent chacune des avantages et inconvénients. Le CNGOF préconise d'appliquer la technique de sutures « un fil un nœud ». Notre étude recense les données quant à l'utilisation et à la connaissance de cette méthode.

Matériel et Méthode

A travers les quatre réseaux du Nord Pas de Calais, les professionnels de santé exerçant en salle de naissance et habilités à pratiquer la réfection de suture ont répondu à un questionnaire. 245 réponses ont été récoltées, répondant à des questions de type démographique, à des questions sur les connaissances pures, et sur les habitudes de pratique ainsi que sur les facteurs de choix de leur pratique habituelle.

Résultats

Concernant les RPC du CNGOF, les gynécologues-obstétriciens déclarent connaitre à 59.6% les recommandations vs 22.9% pour les sages-femmes. Ils connaissent en grande majorité les avantages des méthodes. La technique la plus usuelle lors de l'apprentissage est la technique 3 plans avec points simples sur la peau (53%) vs la technique un fil un nœud (8%). La technique actuelle employée se trouve être en majorité la technique 3 plans avec points simples sur la peau (39%), mais l'utilisation de la technique un fil un nœud est augmentée (37%). Ils choisissent leur méthode de réparation selon leur dextérité personnelle (45.9%), ou s'ils ne la pratiquent pas c'est par manque d'expérience (46.3%).

Conclusion

Ce mémoire a pour but de souligner le manque de connaissance des RPC dans le Nord Pas de Calais. Le manque d'expérience soulignée ici, suppose une formation initiale et continue à approfondir par le biais souhaitable de compagnonnage sur le terrain, mais également de formation pratique via des simulateurs de suture.