



HAL
open science

Pratique de l'épisiotomie chez la primipare et estimation du risque de lésion anale : étude quantitative réalisée au sein d'un CHU de type III

Margaux Lemaire

► To cite this version:

Margaux Lemaire. Pratique de l'épisiotomie chez la primipare et estimation du risque de lésion anale : étude quantitative réalisée au sein d'un CHU de type III. Médecine humaine et pathologie. 2019. dumas-02892369

HAL Id: dumas-02892369

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02892369>

Submitted on 7 Jul 2020

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 DE
CLERMONT-FERRAND**

UNIVERSITE DE CLERMONT – AUVERGNE

**PRATIQUE DE L'ÉPISIOTOMIE CHEZ LA PRIMIPARE
ET ESTIMATION DU RISQUE DE LÉSION ANALE**

Étude quantitative réalisée au sein d'un CHU de type III

MEMOIRE PRESENTE ET SOUTENU PAR

LEMAIRE Margaux

DIPLOME D'ETAT DE SAGE-FEMME

Année 2019



**ECOLE DE SAGES-FEMMES DE
CLERMONT-FERRAND**

UNIVERSITE DE CLERMONT – AUVERGNE

**PRATIQUE DE L'ÉPISIOTOMIE CHEZ LA PRIMIPARE
ET ESTIMATION DU RISQUE DE LÉSION ANALE**

Étude quantitative réalisée au sein d'un CHU de type III

MEMOIRE PRESENTE ET SOUTENU PAR

LEMAIRE Margaux

DIPLOME D'ETAT DE SAGE-FEMME

Année 2019

REMERCIEMENTS

A mon directeur de mémoire, Monsieur le Professeur Gallot, Chef de service de Gynécologie Obstétrique du Centre Hospitalier Universitaire de Clermont-Ferrand, pour avoir permis la réalisation de ce travail, pour sa disponibilité et ses précieux conseils.

A ma co-directrice de mémoire, Madame Taithe, sage-femme enseignante à l'école de sages-femmes de Clermont-Ferrand, pour son aide et son investissement.

A Monsieur Pereira, biostatisticien à la Délégation de recherche clinique et d'innovation, pour sa contribution à l'élaboration de ce travail notamment pour la partie « Résultats ».

A mes amis, en particulier Faustine et Manon, pour tous les moments partagés qui ont permis de faire de nos études une période inoubliable.

A Marine, pour sa joie de vivre et notre complicité à toute épreuve dans les bons comme dans les mauvais moments.

Un grand merci à ma famille, de m'avoir épaulée tout au long de ma formation et surtout à ma maman pour ses relectures et ses encouragements.

A Victor, pour son amour, sa présence et son soutien permanent.

GLOSSAIRE

APD : Analgésie Péridurale

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

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

CIANE : Collectif Inter-Associatif autour de la Naissance

CNGOF : Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français

EPF : Estimation du Poids Fœtal

HPP : Hémorragie du Post-Partum

IMC : Indice de Masse Corporelle

LOSA : Lésion Obstétricale du Sphincter de l'Anus

OASI : Obstetrical Anal Sphincter Injury

OP : Occipito-Pubien

OS : Occipito-Sacré

RCOG : Royal College of Obstetricians and Gynaecologists

RPC : Recommandations pour la Pratique Clinique

SA : Semaines d'Aménorrhée

TR : Toucher Rectal

TV : Toucher Vaginal

SOMMAIRE

INTRODUCTION.....	1
REVUE DE LA LITTÉRATURE.....	2
I. Les lésions périnéales.....	2
1. Classification des lésions.....	2
2. Les facteurs de risque connus.....	3
3. Morbidité périnéale et complications maternelles.....	7
II. L'épisiotomie.....	9
1. Définition.....	9
2. Évolution des pratiques.....	10
3. Recommandations actuelles.....	12
4. Place de la sage-femme.....	13
III. La création d'un score de risque.....	13
POPULATION ET MÉTHODE.....	15
I. Population.....	15
1. Les critères d'inclusion.....	15
2. Les critères de non inclusion.....	15
II. Méthode.....	15
1. Type d'étude.....	15
2. Objectifs et critères de jugement.....	16
3. Déroulement de l'étude et recueil de données.....	16
5. Aspects éthiques et réglementaires.....	18
RESULTATS.....	20
I. Description de la population.....	20
II. Pratique de l'épisiotomie et estimation du risque de LOSA.....	22
III. Recherche de valeurs seuils.....	25
1. Pour un score ≤ 5 points.....	25
2. Pour un score compris entre 6 et 8 points inclus.....	26
3. Pour un score ≥ 9 points.....	27
DISCUSSION.....	29
I. Atteinte des objectifs.....	29
1. Caractéristiques de la population.....	29
2. Objectif principal.....	31
3. Objectif secondaire.....	32
II. Connaissances et pratiques actuelles des sages-femmes.....	35
1. Les techniques de protection périnéale.....	35
2. La pratique de l'épisiotomie.....	36
III. L'étude	37
1. Les points forts.....	37
2. Les limites et les biais.....	38
IV. Projet d'action.....	39
CONCLUSION.....	41
BIBLIOGRAPHIE	
ANNEXES	

INTRODUCTION

Les déchirures périnéales au cours de l'accouchement sont depuis toujours une problématique importante dans le monde de l'obstétrique. La lésion du sphincter de l'anus est une complication obstétricale sévère ayant des conséquences au long terme sur la vie d'une femme. Sa prévention ainsi que son dépistage, pour lesquels la sage-femme joue un rôle clef, sont donc primordiaux afin d'assurer une prise en charge optimale des patientes.

L'épisiotomie a longtemps été considérée comme protectrice des lésions obstétricales sévères et est devenue l'intervention chirurgicale la plus pratiquée en France, représentant 47% des accouchements par voie basse au début des années 2000. Ce taux atteignait même 68% chez les primipares selon le réseau Audipog (1). Pourtant depuis les recommandations du CNGOF, datant de 2005, sa pratique et ses bénéfices sont largement remis en cause et une pratique restrictive de l'épisiotomie est prônée.

La pratique de l'épisiotomie par les sages-femmes est-elle en accord avec les facteurs de risque de lésions obstétricales du sphincter de l'anus (LOSA) connus dans la littérature ? Serait-il possible de respecter la pratique restrictive de l'épisiotomie sans pour autant augmenter le risque de lésion sévère pour les patientes ?

Dans un premier temps, au travers d'une revue de la littérature nous aborderons les facteurs de risque de LOSA ainsi que leurs conséquences sur les parturientes. Nous étudierons aussi l'évolution de la pratique de l'épisiotomie au cours du temps et des avancées médicales.

La seconde partie de ce mémoire expose les résultats de notre enquête. Nous observerons le lien entre la pratique de l'épisiotomie sur les primipares au sein d'un CHU de type III, et le niveau de risque estimé de lésion anale. Puis nous rechercherons des valeurs seuils du score afin de permettre une diminution du taux d'épisiotomie sans entraîner une hausse de la prévalence des LOSA.

I. Les lésions périnéales

1. Classification des lésions

Afin de décrire les différents types de lésions périnéales nous avons utilisé la classification du Royal College of Obstetricians and Gynaecologists (RCOG), car c'est la plus utilisée dans la littérature internationale. Celle-ci classe les déchirures périnéales en 4 degrés de gravité (*annexe I*).

De plus nous avons utilisé l'acronyme LOSA (Lésion Obstétricale du Sphincter de l'Anus), correspondant à OASI en langue anglaise (Obstetrical Anal Sphincter Injury), pour désigner les déchirures obstétricales du sphincter anal qui regroupe donc les lésions du 3ème et du 4ème degré, correspondant au périnée complet et complet compliqué en classification française (2).

Cette classification a le mérite de détailler l'importance de la déchirure du sphincter anal externe et de la distinguer de celle du sphincter interne.

Dans la littérature, nous avons retrouvé une prévalence des LOSA variant entre 0,5% et 5%. Cet écart pourrait être expliqué par les différences de population, de pratique obstétricale ou encore d'attention portée au diagnostic de la lésion.

L'enquête Euro-péristat, datant de 2016, effectuée sur 20 pays européens rapporte les taux suivants (3):

- France : 0,8% et 2,2% suite à une naissance instrumentale.
- Danemark : 4,1% et 14,7% suite à une naissance instrumentale.
- Pologne : 0,1% et 0,5% suite à une naissance instrumentale.
- Angleterre : 3,2% et 6,7% suite à une naissance instrumentale.

La Méta analyse de Pergialiotis datant de 2014, regroupant 22 études rapporte une prévalence globale des lésions anales de 2,4% (4).

2. Les facteurs de risque connus

2.1. Facteurs maternels

2.1.1. La parité

La primiparité est l'un des principaux facteurs de risque reconnus de lésions obstétricales sévères. De nombreuses études l'ont confirmé avec des odd ratios particulièrement significatifs (5–9). De plus, le risque de récurrence lors d'un accouchement ultérieur est augmenté pour les femmes ayant un antécédent de LOSA.

2.1.2. L'âge maternel

Ce critère est largement retrouvé dans la littérature, cependant l'âge seuil impliquant un sur-risque de lésion anale pour les parturientes varie en fonction des études.

L'étude rétrospective de Webb *et al.* datant de 2017, conclut que les femmes âgées d'au moins 30 ans sont plus à risque de lésions périnéales sévères par rapport aux patientes plus jeunes (5). De plus la recommandation pour la pratique clinique du CNGOF datant de décembre 2018, rapporte après l'analyse de plusieurs études, qu'un âge maternel supérieur ou égal à 35 ans augmenterait le risque de LOSA, quelle que soit la parité de la patiente (10).

2.1.3. Le terme

En France, la grossesse prolongée (> 41 SA) concerne 15 à 20% des femmes enceintes, et le terme dépassé (\geq 42 SA) concerne environ 1% d'entre elles (11). La prolongation de la grossesse favorise la macrosomie fœtale, la disproportion fœto-pelvienne, le travail long, dystocique et augmente le risque d'extractions instrumentales. La combinaison de ces facteurs majore les complications obstétricales telles que la césarienne, les lésions périnéales, l'hémorragie du post-partum ou encore la rupture utérine (12).

L'étude rétrospective de Caughey *et al.* montre ainsi que le risque de complications maternelles augmente à mesure que la grossesse progresse au-delà de 40 SA (13).

2.1.4. L'IMC pré-gravidique

La surcharge pondérale, correspondant à un IMC ≥ 25 kg/m², est reconnue comme facteur augmentant le risque de lésions périnéales sévères dans l'étude de Webb *et al.* datant de 2017 (5).

A contrario, les dernières recommandations du CNGOF concluent que l'obésité n'augmenterait pas le risque de survenue de LOSA (10).

2.1.5. L'ethnie

L'existence d'une disparité entre les différentes ethnies par rapport au risque de déchirures périnéales a été mise en évidence par plusieurs études. L'ethnie asiatique est retrouvée significativement, comme facteur de risque de déchirures du sphincter anal (6). Contrairement à l'origine africaine qui semblerait plutôt être retrouvée comme un facteur protecteur (14).

2.2. Facteurs obstétricaux

2.2.1. L'analgésie locorégionale

L'impact de l'analgésie péridurale (APD) pendant le travail sur la survenue de lésions périnéales sévères est controversé. Sa présence est associée à un allongement de la seconde phase du travail et à des taux plus élevés de naissances instrumentales, ces deux critères étant liés à une augmentation du risque de lésion anale (8).

2.2.2. La durée de la deuxième phase du travail

« Le deuxième stade du travail commence à dilatation complète et se termine lors de la naissance de l'enfant. On y distingue classiquement une phase passive ou phase de descente (entre le premier toucher vaginal retrouvant une dilatation complète et les premiers efforts expulsifs) et une phase active ou phase d'expulsion qui débute avec les efforts expulsifs. » (15).

Le prolongement de cette phase au-delà d'une certaine durée peut toutefois être à l'origine d'une hausse de la morbidité maternelle. L'étude de Smith *et al.* montre qu'au-delà d'un certain temps passé à dilatation complète (non défini par l'étude), on assiste à une augmentation significative du risque de lésion anale (8).

Dans l'étude de Ducarme *et al.* il n'est pas non plus précisé de durée seuil pour ce stade du travail, cependant il n'est pas non plus recommandé de l'écourter en réalisant une extraction instrumentale au vu du risque élevé représenté par ce type de naissance (2).

2.2.3. La durée des efforts expulsifs

Les conséquences maternelles, en particulier les déchirures périnéales, dues à une durée d'efforts de poussée prolongée dépendent de la prise en charge de l'accouchement par la sage-femme. L'intérêt de faire pousser les patientes plus longtemps est essentiellement de réduire le taux d'extraction instrumentale. Cependant, il a été démontré qu'une phase d'expulsion prolongée au-delà de 30 minutes serait associée à un risque accru de déchirure périnéale (5). En parallèle, d'après de nombreuses études, le fait d'écourter cette phase par l'utilisation d'un instrument augmenterait le risque de déchirure périnéale sévère (2,6-9,16,17).

La limite entre une diminution de la durée d'expulsion et l'utilisation d'un instrument est donc mince et il est de la responsabilité de l'accoucheur de prendre la décision qui engendrera le moins de risques pour la patiente.

2.2.4. Les présentations postérieures

La présentation de dégagement en occipito-sacrée (OS) est la malposition la plus fréquente des fœtus se présentant en position céphalique. Certaines études, à l'image de celle de Barbier *et al.* concluent que la présentation en OS augmente significativement le risque de déchirures périnéales sévères, surtout quand elle est associée à une extraction instrumentale (14). Cependant « la littérature ne permet pas de statuer sur l'intérêt de la réalisation d'une rotation manuelle à dilatation complète afin de diminuer le risque de lésion périnéale », d'après les dernières recommandations du CNGOF (2).

2.2.5. L'extraction instrumentale

En France, on dénombre environ 12% de naissances instrumentales, pour lesquelles sont employées (18) :

- la ventouse obstétricale à 49,8%
- les forceps à 27,6%
- les spatules à 22,6%

Plusieurs études montrent que la naissance instrumentale majore significativement le risque de LOSA par rapport à la voie basse spontanée, notamment lorsqu'une application haute de l'instrument, une présentation en variété postérieure ou une macrosomie sont associées (6,7,9,16,17).

De même, celle-ci semble majorer le risque de lésion occulte du sphincter anal, quel que soit l'instrument. L'analyse rétrospective de Shek *et al.* n'incluant que des primipares et recherchant les lésions occultes du sphincter anal par échographie à cinq mois de post-partum, a même conclu que l'extraction instrumentale pourrait être l'unique facteur de risque de lésion anale (19).

D'après les dernières recommandations du CNGOF : « en cas d'accouchement instrumental et si plusieurs instruments peuvent être utilisés, il est recommandé d'utiliser de préférence une ventouse pour diminuer le risque de LOSA » (2).

2.2.6. La réalisation d'une épisiotomie

Les éléments retrouvés dans la littérature restent en désaccords quant au rôle de l'épisiotomie dans la protection périnéale contre les lésions du sphincter de l'anus. En effet les études de McPherson et de Stedenfeldt datant de 2014, considèrent l'épisiotomie comme un facteur de risque de lésion sévère (6,16). Des études plus anciennes, retrouvent plus d'atteintes du sphincter anale lorsque l'épisiotomie est associée à une extraction instrumentale. Cependant l'étude de Jango *et al.* de 2014, sur une cohorte de primipares, a retenu l'épisiotomie comme protectrice contre les lésions périnéales des 3ème et 4ème degré (17).

D'après les dernières recommandations du CNGOF de 2018, l'indication d'une épisiotomie doit être fonction des facteurs de risque individuels et des conditions obstétricales. De plus, une pratique systématique n'est pas recommandée pour réduire le risque de LOSA même en cas de présentation du siège, de grossesse gémellaire ou de variété postérieure (10)

2.3. *Facteurs fœtaux*

Le poids de naissance

La macrosomie fœtale est définie par un poids de naissance, à terme, supérieur ou égal à 4000g ou supérieur au 90e percentile sur les courbes de croissance intra-utérine. La déchirure anale est la complication maternelle principale due à une macrosomie fœtale. De nombreuses études ont mis en évidence un rapport significatif entre l'excès de poids de naissance et l'apparition de lésions périnéales (5,6,8,16,17). Fortement corrélée à la macrosomie fœtale, la dystocie des épaules est un autre facteur de risque de LOSA fréquemment retrouvé (6,8,17).

3. Morbidité périnéale et complications maternelles

3.1. *L'hémorragie*

« Quelle que soit la voie d'accouchement, l'hémorragie du post-partum (HPP) est définie comme une perte sanguine ≥ 500 ml après l'accouchement, et l'HPP sévère comme une perte sanguine ≥ 1000 ml » (20).

Les pertes sanguines lors d'une hémorragie du post-partum sont souvent sous-estimées et peuvent être très importantes. Le bilan lésionnel primaire en cas d'hémorragie est essentiel afin d'estimer l'étendue de la déchirure vaginale dont la suture constitue le premier temps de la prise en charge (21).

3.2. *Les lésions neurologiques*

Depuis les travaux de Snooks *et al.* datant de 1984, les répercussions indirectes par atteinte de l'innervation périnéale sont maintenant bien connues. Cet auteur a mis en évidence la neuropathie du nerf pudendal en rapport avec l'étirement tissulaire lors de l'accouchement par voie basse. Il conclut que les incontinences urinaires et anales du post-partum résulteraient souvent d'une atteinte nerveuse des muscles sphinctériens du plancher pelvien (22).

3.3. *Les atteintes urinaires*

La prévalence de l'incontinence urinaire pendant la grossesse, croît avec le terme. Elle est maximale en fin de grossesse où elle touche 30 à 50 % des femmes. Il s'agit le plus souvent d'une incontinence urinaire d'effort due à l'augmentation de la taille de l'utérus, disparaissant spontanément dans la majorité des cas après l'accouchement. La prévalence pour l'incontinence urinaire d'effort rapportée par Viktrup est de 19% dans le post-partum immédiat, 6% à 3 mois et 3% à 1 an chez la primipare (23).

Les deux principaux facteurs de risque de l'incontinence urinaire de la grossesse sont la parité élevée et l'incontinence urinaire préexistante. Les facteurs de risque de l'incontinence urinaire du post-partum sont l'âge maternel, la parité, le surpoids, l'accouchement par voie basse et l'incontinence urinaire avant et pendant la grossesse (24).

3.4. *L'incontinence anale*

La prévalence de l'incontinence anale (aux gaz ou aux selles) est de 5 % à 10 % pendant la grossesse et le post-partum, et semble maximale en fin de grossesse (25). Les principaux facteurs de risque de l'incontinence anale sont l'âge maternel, la parité, l'obésité, la durée de la deuxième phase du travail, l'épisiotomie médiane, les déchirures sphinctériennes et l'accouchement par forceps (26). L'étude de Fritel *et al.* conclut qu'une lésion sphinctérienne est décelée par échographie dans 45% des incontinenances anales du post-partum (27).

3.5. *La dyspareunie*

La prévalence de la dyspareunie dans le post-partum immédiat est estimée entre 20 et 50% selon les études et le mode d'accouchement. Une déchirure périnéale retarde la reprise des rapports sexuels, mais la différence n'est plus significative après six mois. Cependant, la dyspareunie reste plus fréquente plusieurs années après l'accouchement, chez les femmes qui ont souffert d'une lésion périnéale touchant le sphincter anal (28).

3.6. *Le prolapsus génital*

Les facteurs de risque d'un prolapsus génital sont un âge avancé, un indice de masse corporelle élevé et le nombre d'accouchements par voie basse. Dans une population de femmes âgées de 50 à 60 ans, la prévalence des prolapsus est de 3,7 % (29).

3.7. *L'impact psychologique*

Outre les conséquences physiques et fonctionnelles, une déchirure obstétricale peut aussi et surtout avoir un impact psychologique important sur la patiente. Le fait de présenter une lésion périnéale lors de l'accouchement peut influencer négativement le vécu émotionnel de la naissance. Il semblerait que cela soit dû notamment à une mauvaise connaissance de l'anatomie périnéale par les femmes, une difficulté de visualisation de la lésion et une incompréhension de la douleur engendrée et des soins à y apporter par la suite. Cependant peu de recherches traitent l'impact des traumatismes périnéaux sur le bien-être psychologique et émotionnel dans le post-partum (30).

II. L'épisiotomie

1. Définition

L'épisiotomie est « une intervention chirurgicale qui consiste à sectionner, en partant de la commissure postérieure de la vulve, la muqueuse vaginale et les muscles superficiels du périnée afin d'agrandir l'orifice vulvaire et faciliter l'expulsion du fœtus lors de l'accouchement » (31).

Il existe plusieurs techniques pour la réalisation de l'épisiotomie (32):

- L'épisiotomie médiane ou périnéotomie : le périnée est incisé verticalement en direction de l'anus sur quatre centimètres. Ses avantages sont la moindre perte de sang et le fait qu'elle induit peu de douleurs dans le post-partum. Cependant cette technique augmente le risque de déchirure du sphincter anal.
- L'épisiotomie médio-latérale : le périnée est incisé sur six centimètres à au moins 45 degrés par rapport à la ligne médiane qui va de l'orifice vaginal à l'anus. Son intérêt médical reste controversé mais cette technique est la plus pratiquée en Europe.

D'après les recommandations actuelles : « lorsqu'une épisiotomie est réalisée, il est recommandé de choisir une incision médio-latérale », avec un angle d'incision de 60 degrés (2).

2. Évolution des pratiques

C'est en 1742 que la première incision périnéale d'une parturiente est réalisée par Sir Fielding Ould. Il recommande l'utilisation d'une incision chirurgicale médiane non suturée, dans le but de faciliter les expulsions difficiles et de prévenir les déchirures périnéales sévères. De plus, selon lui une pratique libérale de l'épisiotomie pourrait permettre de réduire le risque d'incontinence urinaire et fécale à la suite d'un accouchement (33). Depuis cette première incision, la pratique de l'épisiotomie a connu d'importantes évolutions.

L'épisiotomie a connu son essor au début du XXème siècle avec la médicalisation de l'accouchement, au point de devenir une pratique quasi systématique chez la primipare.

Les avantages supposés de l'épisiotomie étaient tant maternels que fœtaux (21):

- Section de l'anneau vulvaire et du faisceau pubo-rectal du muscle releveur de l'anus afin de désolidariser l'appareil sphinctérien anal du périnée antérieur et de le protéger ainsi des déchirures.
- Réduire la tension au niveau de l'orifice vulvaire permettant une protection des zones de moindre élasticité, comme les régions para-clitoridienne et para-urétrale.
- Prévenir à long terme la survenue de troubles de la statique pelvienne.
- Écourter la phase d'expulsion en cas de rythme cardiaque fœtal non rassurant et réduire ainsi le risque d'acidose fœtale.
- Limiter les risques de traumatismes fœtaux, surtout en cas d'hypotrophie ou de prématurité.
- Faciliter les manœuvres obstétricales et les extractions instrumentales.

L'épisiotomie était donc pratiquée de manière systématique dans les maternités, et ses indications semblaient incontestables. Cependant, sa pratique ne reposait sur aucune preuve scientifique solide car aucun essai clinique n'avait été mené.

C'est au début des années 1980 que les avantages de l'épisiotomie sont remis en question après la publication de revues anglo-saxonnes. Certains vont même aller jusqu'à qualifier l'épisiotomie de « mutilation génitale largement répandue » (34).

Plusieurs études ont par la suite démontré que l'épisiotomie ne prévenait pas les troubles de la statique pelvienne. Le premier travail évaluant les risques et bénéfices de l'épisiotomie prophylactique fut publié en 1983 par Thacker et Banta. Ils réalisèrent une revue de la littérature qui permit de mettre en évidence une augmentation de la douleur en post partum et de la morbidité maternelle après une épisiotomie (35).

En 1995, une revue de la littérature incluant 350 livres et articles, conclut que l'épisiotomie ne protège pas les nouveau-nés contre les hémorragies intracrâniennes et les asphyxies. D'après cette étude, elle favoriserait l'apparition des déchirures anales graves et donc de leurs séquelles à long terme, surtout en ce qui concerne les épisiotomies médianes. De plus, elle augmenterait significativement la quantité des saignements maternels, ainsi que la douleur dans les premiers jours du post-partum (36).

En 2000, la Cochrane a montré qu'une utilisation restrictive de l'épisiotomie apporterait plus de bénéfices qu'une utilisation routinière. Cependant, l'étude démontre qu'une pratique restrictive de l'épisiotomie est en lien avec une augmentation du nombre de déchirures du périnée antérieur (37).

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

3. Recommandations actuelles

Le CNGOF publie en 2005 des recommandations pour la pratique clinique de l'épisiotomie. Une politique de réduction du taux moyen d'épisiotomie est recommandée, avec un seuil de maximum 30%. En effet, l'intérêt du recours « libéral » à l'épisiotomie en prévention des troubles de la statique pelvienne et des incontinences, n'a pas été prouvé. Des formations théoriques et pratiques sur la prévention des traumatismes périnéaux et sur les techniques de réparation doivent être mises en place. Enfin ces recommandations sur la pratique clinique statuent sur les indications de l'épisiotomie, la technique à adopter lors de sa réalisation, et ses complications au long terme. Une pratique restrictive et ciblée de l'épisiotomie est donc vivement recommandée (38).

Suite à cette publication, le recours à l'épisiotomie a considérablement diminué et notamment en France, comme le montre le tableau provenant du réseau AUDIPOG (*annexe II*). Celui-ci reprend l'évolution du taux d'épisiotomie en France de 1994 à 2003 et notamment en ce qui concerne la population de primipares dont le taux diminue de 10% en moins de 10 ans (39).

Parallèlement, on remarque une augmentation du nombre de LOSA. En effet, Laine *et al.* ont constaté une augmentation de ce taux en Norvège, en Suède et au Danemark. Le pourcentage de lésions anales est passé de 1% en 1970 à plus de 3% en 2004 (40). Une étude rétrospective (1994-1995) en Allemagne a démontré que l'épisiotomie médio-latérale pouvait prévenir les déchirures du sphincter anal et donc l'incontinence fécale (16). Plus récemment, une autre étude du même type incluant des femmes ayant accouché par ventouse ou forceps entre 2006 et 2010, montre que l'épisiotomie a un effet protecteur, et recommande son utilisation systématique lors d'une extraction instrumentale (41). Ces études iraient donc dans le sens d'un retour vers une pratique moins restrictive de l'épisiotomie.

Le débat concernant l'épisiotomie est donc en constante évolution et les résultats des études réalisées sur le sujet ne sont pas unanimes.

4. Place de la sage-femme

Le Code de la santé publique définit la profession de sage-femme dans les termes suivants : « comporte la pratique des actes nécessaires [...] à la pratique de l'accouchement... ». Pour l'application de ces dispositions, la sage-femme est donc autorisée à pratiquer, conformément à l'article R.4127-378, « l'épisiotomie, la réfection de l'épisiotomie non compliquée et la restauration immédiate des déchirures superficielles du périnée » (42).

D'après une enquête de l'INSERM de 2016, en France métropolitaine 58,6% des accouchements sont réalisés par une sage-femme et ce taux monte à 87,4% pour les naissances non instrumentales. Ce taux est en augmentation par rapport à 2010 (18).

L'épisiotomie est un acte chirurgical qui peut varier dans son orientation, sa longueur, sa profondeur et la qualité de sa réparation, tout cela est fonction du praticien et du mode d'exercice. La sage-femme est donc l'un des premiers acteurs dans la pratique de cet acte et sa formation à l'utilisation adéquate de l'épisiotomie, sa réalisation et sa réfection sont essentielles.

III. La création d'un score de risque

Concernant la création d'un score estimant le risque d'incidence de lésion du sphincter anal, peu d'études ont été menées et nous n'avons pas retrouvé d'étude française.

Tout d'abord une étude datant de 2014, effectuée dans une maternité du Royaume-Uni sur une période de cinq ans, a permis d'analyser les facteurs impliqués dans les lésions anales sur un premier groupe de patientes, à partir de leur dossier obstétrical informatisé. Les facteurs de risque retrouvés ont été analysés et les odds ratio ont été utilisés pour construire un algorithme de notation du risque afin de prédire l'incidence des lésions périnéales sévères.

Cet algorithme, dont les données utilisées sont présentées dans un tableau (*annexe III*), a ensuite été testé sur de nouvelles données patients, donc sur des accouchements ultérieurs au sein de la même maternité, afin de prédire l'incidence des lésions anales. Ce modèle a permis de confirmer les facteurs de risque de lésions sévères déjà connus ainsi que d'en identifier de nouveaux. L'algorithme a montré une sensibilité de 52,7% et une spécificité de 71,1% (6).

La deuxième étude, plus récente, avait pour objectif d'établir un lien entre des facteurs de risque maternels, fœtaux et intrapartum, et le risque d'incidence des traumatismes du sphincter anal. Dans un second temps le but était d'évaluer la faisabilité d'un modèle de prédiction basé sur des variables disponibles aux cliniciens avant la naissance. Les données ont été recueillies de façon rétrospective sur une cohorte de naissance singleton de 1989 à 2006 en utilisant la base de données des naissances d'une maternité au Danemark. Le modèle appelé OSIRIS, prend en compte l'âge maternel, la parité, la position de la tête fœtale lors de l'expulsion, l'estimation du poids fœtal et l'âge gestationnel à l'accouchement. Celui-ci montre un potentiel pour exclure la survenue d'une lésion du sphincter anal, mais n'est pas utile pour prédire sa survenue (5).

L'épisiotomie n'est pas un acte anodin pour les parturientes, en effet d'après une étude menée par le CIANE (Collectif interassociatif autour de la naissance), « trois quarts des femmes ayant eu une épisiotomie en ont souffert ». De 2010 à 2013, 75% des femmes répondent qu'elles ont souffert de l'épisiotomie et 2% rapportent des douleurs pendant plus de 3 mois allant parfois jusqu'à plusieurs années. Les patientes décrivent un état de souffrance psychologique plus que physique (43).

La création d'un score de risque pouvant aider le praticien dans sa prise de décision de réaliser ou non une épisiotomie lors de l'accouchement ne laisserait plus la seule appréciation subjective de l'accoucheur orienter la prise en charge. De plus la mise en place d'un outil accessible pendant le travail obstétrical pourrait inciter les professionnels à être plus attentifs aux problèmes des déchirures obstétricales.

Il est donc primordial de s'intéresser aux problèmes des lésions périnéales pendant l'accouchement tout en limitant le recours à l'épisiotomie à une population ciblée.

POPULATION ET MÉTHODE

I. Population

1. Les critères d'inclusion

Les critères d'inclusion sont les patientes présentant les caractéristiques suivantes :

- Primipare
- Accouchant par voie basse dans le CHU (Centre Hospitalier Universitaire) d'intérêt
- À un terme ≥ 37 semaines d'aménorrhée
- D'un fœtus en présentation céphalique

2. Les critères de non inclusion

Les critères de non inclusion sont :

- Les grossesses multiples
- Les morts fœtales *in utero*

II. Méthode

1. Type d'étude

Cette étude est une étude rétrospective épidémiologique de type cas / témoins. Le premier groupe se compose de patientes ayant eu une épisiotomie lors de leur accouchement et le second groupe se compose de patientes n'ayant pas eu d'épisiotomie lors de leur accouchement.

Elle visait à relever des variables portant sur le déroulement de la grossesse, de l'accouchement et sur les données néonatales à partir des dossiers informatisés des patientes. Cette étude portait donc sur une cohorte historique.

2. Objectifs et critères de jugement

L'objectif principal de cette étude était d'évaluer le lien entre la pratique de l'épisiotomie, chez la primipare au sein d'un CHU de type III, et le risque de lésions du sphincter anal, calculé d'après un score tenant compte des facteurs de risque validés dans la littérature.

L'objectif secondaire de l'étude était d'identifier une population pour laquelle une baisse du taux d'épisiotomie ne s'accompagnerait pas d'une augmentation de la morbidité périnéale.

Les critères de jugements sont :

- L'état périnéal de la patiente à la suite de l'accouchement :
 - degré de la lésion (du type 0 au type 4)
- Le niveau de risque de la patiente déterminé par le score (sur 16 points).

3. Déroulement de l'étude et recueil de données

Les dossiers ont été sélectionnés à partir d'une requête réalisée sur le logiciel ICOS, en incluant les naissances ayant eu lieu entre le 1^{er} mars 2017 et le 31 août 2017.

La saisie des données sources a été effectuée suivant la fiche de recueil des données (*annexe IV*). Ces données sont issues des dossiers médicaux informatisés des patientes.

Les données ont été recueillies sur le logiciel OpenOffice Classeur. Elles ont été analysées après anonymisation des dossiers dans les locaux sécurisés du CHU, au sein du pôle Femme et Enfant.

4. Analyse statistique des données

L'analyse statistique a été effectuée avec le logiciel Stata (version 13, StataCorp, College Station).

Les variables continues sont présentées sous forme de moyenne et écart-type, sous réserve de la normalité de leur répartition (test de Shapiro-Wilk au besoin). En cas de non normalité, elles sont présentées sous forme de médiane et intervalle interquartile [IQR].

Les variables catégorielles sont exprimées en effectifs et pourcentages associés. Les comparaisons entre groupes (dont patientes ayant eu une épisiotomie vs. patientes n'ayant pas eu d'épisiotomie) ont considéré :

- Pour les variables quantitatives, le test de Student ou le test de Mann-Whitney si les conditions d'application du t-test n'étaient pas vérifiées ((i) normalité étudiée par le test de Shapiro-Wilk et (ii) homoscedasticité étudiée par le test de Fisher-Snedecor).
- Pour les variables catégorielles, le test du chi-deux ou test exact de Fisher.

Tous les tests statistiques ont été effectués pour un risque d'erreur de première espèce bilatéral de 5%. Comme discuté par Feise (*Do multiple outcome measures require p-value adjustment? BMC Medical Research Methodology 2002, 2:8*), l'ajustement du risque d'erreur de 1^{ère} espèce n'a pas été proposé systématiquement, mais au cas par cas au vu des considérations cliniques et non uniquement statistiques.

Dans un second temps, un score de risque de LOSA a été créé à partir des données de la littérature. Nous avons tout d'abord sélectionné les facteurs de risque les plus souvent retrouvés puis chaque critère a été pondéré en fonction des odd ratios figurant dans les dernières RPC du CNGOF datant de 2018 (*annexe V*) (44).

Trois critères n'ont pas été utilisés pour la création du score :

- L'épisiotomie médiane : au sein du CHU d'intérêt, seule la technique de l'épisiotomie médio-latérale est pratiquée.
- La macrosomie : ce critère est défini en pré-natal par l'estimation du poids fœtal (EPF) à l'échographie du 3^{ième} trimestre, cette mesure n'est pas toujours fiable et des différences sont souvent observées à la naissance de l'enfant.
- L'antécédent de LOSA : notre population se compose seulement de primipare.

Le score de risque à ensuite été calculé individuellement, pour chaque patiente :

- 1 point pour les patientes âgées de 35 ans ou plus (0 sinon)
- 1 point pour le déclenchement du travail quelque soit le mode (0 sinon)
- 5 ou 6 points pour un accouchement instrumental (5 pour les ventouses, 6 pour les spatules ou forceps et 0 sinon)
- 2 points pour une durée de travail supérieure au 3^{ième} quartile de durée de travail
1 point pour une durée comprise dans l'IQR (et 0 point sinon)
- 3 points pour une présentation postérieure (0 sinon)
- et enfin 3 points pour la nulliparité (soit 3 points minimum pour chacune des patientes considérées dans cette étude, au regard des critères d'inclusion).

Un score de risque sur 16 points a donc été calculé pour chacune des patientes incluses dans l'étude (*annexe VI*).

Des analyses de sensibilité ont ensuite été réalisées afin d'établir des seuils diagnostiques de l'état périnéal.

5. Aspects éthiques et réglementaires

5.1. Avis de comités consultatifs

Le protocole de recherche de cette étude a été présenté devant un comité scientifique en octobre 2017 et validé par celui-ci.

Cette recherche est une exploitation de données issues du dossier informatisé hospitalier, il n'était donc pas nécessaire d'obtenir l'accord d'autres comités consultatifs.

Une demande d'autorisation pour enquête au sein du CHU a été faite et acceptée par le médecin-chef responsable du pôle et par la sage-femme responsable du pôle en date du 1^{er} octobre 2018.

5.2. Information et consentement

Les patientes accouchant au sein du CHU d'intérêt, sont systématiquement informées via un livret d'accueil ainsi que par des affiches, que leurs données informatisées peuvent faire l'objet de recherches.

5.3 Anonymat

Les données recueillies ont été anonymisées dès la constitution de la base de données utiles à cette recherche. Aucune donnée nominative n'a été recueillie.

Conformément aux dispositions relatives à la confidentialité des informations (article R. 5121-13 du Code de la santé publique), toutes les précautions nécessaires ont été prises en vue d'assurer la confidentialité des informations, notamment en ce qui concerne l'identité des patientes et de leur nouveau-né inclus dans l'étude ainsi qu'aux résultats obtenus (45).

Les données recueillies sont soumises au secret professionnel (selon les conditions définies par les articles 226-13 et 226-14 du Code pénal) (46,47).

RESULTATS

I. Description de la population

Au terme du recueil de données, 1565 accouchements par voie basse ont été recensés dans une période de six mois, dont 581 accouchements de primipares.

Sur un total de 523 patientes répondant aux critères d'éligibilité de l'étude, 18 d'entre elles ont dû être écartées en raison de données manquantes. Les analyses ont donc été réalisées sur un total de 505 patientes.

Les patientes ont ensuite été réparties en deux groupes :

- Le groupe A : patientes n'ayant pas eu d'épisiotomie, n = 322
- Le groupe B : patientes ayant eu une épisiotomie, n = 183

Au sein de la population, on retrouve donc un taux d'épisiotomie s'élevant à 36,2%.

Le tableau I représente les caractéristiques générales pré, per et post-natales de l'échantillon de cette étude.

L'IMC pré-gravidique des patientes était de 23 ± 4.64 kg/m², avec une prise de poids moyenne de 13 kilogrammes.

On comptabilise 53 patientes atteintes de diabète gestationnel (10,5%), dont 12 d'entre elles ont été traitées par insuline.

L'âge gestationnel des grossesses à l'accouchement était en moyenne de $39 \pm 1,16$ SA.

On note que 45% des accouchements ont nécessité l'utilisation d'oxytocine et que plus de 96% des patientes ont bénéficié d'une analgésie péridurale durant le travail.

A la suite de l'accouchement, les pertes sanguines étaient en moyenne de 214.23 ± 219.75 millilitres. Il existe une différence significative entre les deux groupes.

Les nouveau-nés de notre échantillon avaient un poids de naissance de 3234 ± 407 grammes et un périmètre crânien de $34 \pm 1,56$ centimètres en moyenne.

Tableau I : Caractéristiques générales de la population.

	Total n = 505	Groupe A n = 322	Groupe B n = 183	p-value
Caractéristiques maternelles				
IMC*	23.13 ± 4.64	23.39 ± 5.00	22.68 ± 3.90	0.08
Prise de poids	13.21 ± 5.60	13.25 ± 5.66	13.16 ± 5.50	0.86
Diabète gestationnel	53 (10.50)	35 (10.87)	18 (9.84)	0.50
Caractéristiques per-partum,				
Age gestationnel	39.85 ± 1.16	39.80 ± 1.17	39.92 ± 1.15	0.26
Oxytocine	230 (45.54)	134 (41.61)	96 (52.46)	0.02
APD**	486 (96.24)	313 (97.20)	173 (94.54)	0.14
Pertes sanguines	214.23 ± 219.75	199.90 ± 224.40	239.34 ± 209.60	<0.001
Nouveau-né				
Poids de naissance	3234 ± 407	3226 ± 400	3249 ± 420	0.55
Périmètre crânien	34.34 ± 1.56	34.23 ± 1.60	34.54 ± 1.53	0.03
Ph artériel	7.22 ± 0.07	7.23 ± 0.07	7.21 ± 0.08	<0.001
Ph veineux	7.29 ± 0.07	7.30 ± 0.06	7.27 ± 0.07	<0.001
Lactates artériel	4.78 ± 1.92	4.38 ± 1.77	5.51 ± 1.97	<0.001
Lactates veineux	4.29 ± 1.69	3.91 ± 1.55	4.95 ± 1.74	<0.001

* Indice de masse corporelle en kg/m²

** Analgésie péridurale

Le tableau II, reprend ensuite les valeurs moyennes retrouvées au sein de la population, pour les facteurs de risque de LOSA utilisés lors du calcul du score.

L'âge moyen des patientes était de 27,2 ± 5,2 ans, la plus jeune patiente avait 13 ans et la plus âgée 43 ans.

On observe que 25% des accouchements ont été déclenchés (avec ou sans maturation), répartis de façon homogène dans chacun des deux groupes.

Le taux d'accouchement par extraction instrumentale s'élevait à presque 31%, la ventouse était l'instrument le plus couramment choisi (91%). On remarque que plus de la moitié des épisiotomies (n=97) étaient associées à une naissance instrumentale.

On relève 12 présentations en variété postérieure à l'expulsion de la tête fœtale (2,4%), dont 9 faisant partie du groupe B.

Enfin la durée moyenne de la dilatation complète à la naissance de l'enfant était d'environ 129 minutes.

Tableau II : Caractéristiques des facteurs de risque de LOSA de la population.

	Total n = 505	Groupe A n = 322	Groupe B n = 183	p-value
Age maternel	27.17 ± 5.18	27.01 ± 5.25	27.43 ± 5.06	0.38
Déclenchement	129 (25.54)	84 (26.09)	45 (24.59)	0.11
Extraction instrumentale				
Total	156 (30.89)	59 (18.32)	97 (53.01)	0.001
Ventouse	142 (28.12)	56 (17.39)	86 (46.99)	0.001
Spatules ou forceps	14 (2.77)	3 (0.93)	11 (6.01)	0.001
Présentation en variété postérieure	12 (2.38)	3 (0.93)	9 (4.92)	0.01
Durée de la dilatation complète au début des efforts expulsifs	107.85 ± 73.57	101.34 ± 70.33	119.29 ± 77.84	0.01
Durée des efforts expulsifs	21.08 ± 14.55	16.96 ± 12.02	28.34 ± 15.77	<0.001

II. Pratique de l'épisiotomie et estimation du risque de LOSA

La première observation réalisée a été la répartition de la population en fonction de l'état périnéal des patientes à la suite de l'accouchement, dans chacun des groupes (tableau III). Dans ce tableau on remarque qu'il n'existe pas de lésion de type 0 ou 1 dans le groupe B, car la pratique d'une épisiotomie entraîne une lésion de type 2.

On observe que 192 patientes, soit 38% de la population, ont eu une lésion de type 0 ou 1, tandis que 60% des patientes présentaient une lésion de type 2, causée pour 59% d'entre elles par une épisiotomie.

On recense 12 LOSA, ce qui représente 2,4% de notre population. Les lésions anales sont réparties de la façon suivante : 11 de type 3 dont sept dans le groupe de patientes n'ayant pas eu d'épisiotomie et le seul type 4 a été retrouvé pour une patiente ayant eu une épisiotomie. Il n'existe pas de différence entre les taux de lésion anale des deux groupes (2,17% et 2,74%).

Tableau III : Répartition de la population en fonction de l'état périnéal.

Lésion périnéale	Total n = 505 n (%)	Groupe A n = 322 n (%)	Groupe B n = 183 n (%)
Type 0	15 (2.97)	15 (4.66)	0 (0.00)
Type 1	177 (35.05)	177 (54.97)	0 (0.00)
Type 2	301 (59.60)	123 (38.20)	178 (97.26)
Type 3	11 (2.18)	7 (2.17)	4 (2.19)
Type 4	1 (0.20)	0 (0.00)	1 (0.55)

Un score de risque de lésions anales a été créé puis calculé pour toutes les patientes incluses dans l'étude, leur attribuant à chacune une note sur 16 points (*annexe VI*).

La population a ensuite été répartie selon le type de lésion périnéale en calculant le score de risque de LOSA obtenu pour chaque patiente. Le score le plus faible correspondait à une note de 3, représentant seulement le facteur de risque de la nulliparité. Le score obtenu le plus élevé était de 13 sur un maximum de 16 points.

D'après le tableau IV, on relève que les 12 LOSA (lésions de type 3 et 4) sont apparues sur des patientes obtenant en moyenne un score de risque égal à 8 points. De plus on peut remarquer que le score est proportionnel à la gravité de la lésion.

Tableau IV : Valeurs du score de risque de LOSA en fonction du type de lésion.

Lésion périnéale	Population n = 505	Moyenne	Ecart-type	p25	Médiane	p75	Minimum	Maximum
Type 0	15	5.01	2.59	3	4	5	3	11
Type 1	177	4.62	2.11	3	4	5	3	12
Type 2	301	6.35	3.10	4	5	10	3	13
Type 3	11	7.73	2.61	5	9	10	4	10
Type 4	1	8.00	.	8	8	8	8	8

Par la suite, les deux groupes ont été répartis en fonction du score de risque obtenu par chaque patiente (tableau V).

La moyenne du score de risque était de 5,7 points pour la population générale :

- 4,9 points pour les patientes du groupe A
- 7 points pour les patientes du groupe B

A partir du tableau V, on observe que 50% des patientes avec un score de 8 points sur 16 ont eu une épisiotomie. Ce taux est croissant à mesure que le score augmente pour arriver à 100% d'épisiotomie pour les patientes ayant obtenu un score de 13 points. Effectivement, 53% des épisiotomies ont été pratiquées sur des patientes avec un score de risque ≥ 8 alors qu'elles ne représentent que 30,9% de la population totale (n=156). Parmi ces patientes, 97 font partie du groupe B : le taux d'épisiotomie retrouvé est donc de 62,2%.

Tableau V : Répartition de la population en fonction de la valeur du score.

Score de risque sur 16 points	Total n = 505 n (%)	Groupe A n = 322 n (%)	Groupe B n = 183 n (%)
3	147 (29.11)	111 (75.51)	36 (24.49)
4	104 (20.59)	74 (71.15)	30 (28.85)
5	78 (15.44)	63 (80.77)	15 (19.23)
6	14 (2.78)	10 (71.43)	4 (28.57)
7	6 (1.19)	5 (83.33)	1 (16.67)
8	26 (5.15)	13 (50.00)	13 (50.00)
9	36 (7.13)	15 (41.67)	21 (58.33)
10	53 (10.49)	21 (39.62)	32 (60.38)
11	32 (6.34)	9 (28.12)	23 (71.88)
12	6 (1.19)	1 (16.67)	5 (83.33)
13	3 (0.59)	0 (0.00)	3 (100.00)

III. Recherche de valeurs seuils

1. Pour un score ≤ 5 points

Il existe 329 patientes pour lesquelles le score de risque de LOSA était ≤ 5 , ce qui représente 65% de la population générale.

Parmi celles-ci, on note un taux d'épisiotomie de 24,6% (n=81), représentant 44% des épisiotomies pratiquées dans la population générale.

Le taux de LOSA retrouvé pour ces patientes, quelque soit leur groupe, est de 1,2% (lésions anales de type 3).

Le tableau VI, représente l'analyse de l'état périnéal des patientes ayant obtenu un score de maximum 5 points en fonction du groupe auquel elles appartiennent.

Tableau VI : Répartition de la population ayant obtenu un score ≤ 5 points en fonction du type de lésion.

Lésion périnéale	Total n = 329	Groupe A n = 248	Groupe B n = 81
Type 0	12	12	0
Type 1	146	146	0
Type 2	127	87	80
Type 3	4	3	1
Type 4	0	0	0

1.1. Groupe A

Parmi les patientes avec un score de risque de LOSA ≤ 5 points, on en retrouve 248 qui n'ont pas eu d'épisiotomie (75,4%).

Chez presque 64% d'entre elles, il a été relevé une absence de lésion (type 0) ou seulement une lésion cutanéomuqueuse (type 1), et chez 35% une lésion de type 2 c'est-à-dire équivalente à une épisiotomie car impliquant le tissu musculaire périnéal.

Le taux de LOSA pour le groupe A s'élève à 1,2% (n=3), représentant 25% des lésions anales de la population générale.

1.2. Groupe B

Parmi les patientes avec un score de risque de LOSA ≤ 5 points, on en retrouve 81 qui ont eu une épisiotomie.

Le taux de lésions du sphincter anal pour ces patientes est de 1,2% (n=1).

2. Pour un score compris entre 6 et 8 points inclus

Il existe 46 patientes pour lesquelles le score de risque de LOSA était de 6, 7 ou 8 points, ce qui représente 9% de la population générale.

Parmi celles-ci, on note un taux d'épisiotomie de 39% (n=18), représentant un peu moins de 10% des épisiotomies pratiquées dans la population générale.

Le taux de LOSA retrouvé pour ces patientes, quel que soit leur groupe, est de 2,2% : ne comprenant qu'une lésion anale de type 4.

Le tableau VII, représente l'analyse de l'état périnéal des patientes ayant obtenu un score de 6, 7 ou 8 en fonction du groupe auquel elles appartiennent.

Tableau VII : Répartition de la population ayant obtenu un score de 6, 7 ou 8 points en fonction du type de lésion.

Lésion périnéale	Total n = 46	Groupe A n = 28	Groupe B n = 18
Type 0	1	1	0
Type 1	14	14	0
Type 2	30	13	17
Type 3	0	0	0
Type 4	1	0	1

2.1. Groupe A

Parmi les patientes avec un score de risque de LOSA de 6, 7 ou 8 points, on en retrouve 28 qui n'ont pas eu d'épisiotomie (61%). Chez 53,6% d'entre elles, il a été relevé une absence de lésion (type 0) ou seulement une lésion cutanéomuqueuse (type 1), et chez 46% une lésion de type 2 c'est-à-dire équivalente à une épisiotomie.

On ne recense pas de LOSA dans ce groupe de patientes.

2.2. Groupe B

Parmi les patientes avec un score de risque de LOSA de 6, 7 ou 8 points, on en retrouve 18 qui ont eu une épisiotomie.

Le taux de lésions du sphincter anal pour ces patientes est de 5,6% (n=1).

3. Pour un score ≥ 9 points

Il existe 130 patientes pour lesquelles le score de risque de LOSA était ≥ 9 , ce qui représente 26% de la population générale.

Parmi celles-ci, on retrouve un taux d'épisiotomie de 64,6% (n=84), représentant presque 46% des épisiotomies pratiquées sur la population générale.

Le taux de LOSA retrouvé pour ces patientes, quelque soit leur groupe, est de 5,4% (lésions anales de type 3), ce qui représente 58% des lésions anales de la population générale.

La tableau VIII, représente l'analyse de l'état périnéal des patientes ayant obtenu un score de minimum 9 points en fonction du groupe auquel elles appartiennent.

Tableau VIII : Répartition de la population ayant obtenu un score ≥ 9 points en fonction du type de lésion.

Lésion périnéale	Total n = 130	Groupe A n = 46	Groupe B n = 84
Type 0	2	2	0
Type 1	17	17	0
Type 2	104	23	81
Type 3	7	4	3
Type 4	0	0	0

3.1. Groupe A

Parmi les patientes avec un score de risque de LOSA ≥ 9 points, on en retrouve 46 qui n'ont pas eu d'épisiotomie (35,4%).

Chez 41% d'entre elles, il a été relevé une absence de lésion (type 0) ou seulement une lésion cutanéomuqueuse (type 1), et chez 50% une lésion de type 2 c'est-à-dire équivalente à une épisiotomie.

Le taux de LOSA pour le groupe A s'élève à 8,7% (n=4), représentant 33% des lésions anales de la population générale.

3.2. Groupe B

Parmi les patientes avec un score de risque de LOSA ≥ 9 points, on en retrouve 84 qui ont eu une épisiotomie.

Le taux de lésions du sphincter anal pour ces patientes est de 3,6% (n=3).

DISCUSSION

I. Atteinte des objectifs

1. Caractéristiques de la population

Pour comparer l'étude à la population nationale nous avons utilisé les données relevées par l'INSERM dans son enquête de périnatalité de 2016, sur les naissances vivantes en France métropolitaine, afin d'être au plus proche de notre échantillon (18).

La population d'étude se compose de patientes ayant une moyenne d'âge de $27,2 \pm 5,2$ ans ce qui est légèrement inférieur à l'enquête de périnatalité ($29,3 \pm 5,2$ ans). Cette différence peut s'expliquer par le fait que notre échantillon se compose seulement de femmes accouchant de leur premier enfant alors que la moyenne nationale est calculée sur l'ensemble des parturientes.

Un taux de diabète gestationnel de 10,5% a été observé, ce qui est comparable à l'enquête de périnatalité de 2016 (10,8%).

Pour plusieurs critères essentiels de notre étude, des taux nettement supérieurs à la population nationale ont été retrouvés :

- Le déclenchement du travail : les taux généraux sont quasiment similaires (25,5% et 22%), néanmoins nous relevons un taux de déclenchement avec maturation cervicale de 90% contre 62% pour la population générale.
- Les extractions instrumentales : on observe un taux de 30,8% dans notre étude contre 12,2% pour la population française. De plus 91% de ces extractions ont été faites au moyen d'une ventouse alors que nous observons un taux de 49,8% au niveau national. Cette seconde différence s'explique sûrement par une habitude du service pour ce moyen d'extraction, propre à la maternité d'étude.
- Les LOSA : nous retrouvons un taux de 2,3% alors que l'enquête nationale de 2016 relève un taux de 0,8%.

Ces multiples différences peuvent s'expliquer par un même élément qui est notre critère d'inclusion principale : la primiparité de nos patientes.

D'après l'enquête de périnatalité, 52,5% des accouchements ont nécessité l'utilisation d'oxytocine, ce qui est en cohérence avec notre taux (45,5%).

Cependant nous retrouvons un taux de 96% d'anesthésie péridurale, alors que d'après l'enquête nationale seulement 81,4% des patientes en auraient bénéficié. Cette différence peut s'expliquer par la faiblesse de l'échantillon.

Le taux d'épisiotomie est quasiment identique dans l'échantillon (36%) et dans l'enquête de périnatalité de 2016 (34,9% sur les primipares), ce qui témoigne bien de la représentativité de l'étude.

En ce qui concerne les nouveau-nés, des mensurations de naissances identiques à la population générale ont été retrouvées :

- Poids : 3235 grammes contre 3247 grammes.
- Périmètre crânien : 34,3 centimètres contre 34,2 centimètres.

Des différences entre les caractéristiques de nos patientes et la population nationale ont été relevées. Certainement en rapport avec le fait que notre échantillon se compose exclusivement de patientes primipares alors que la majorité des taux nationaux sont calculés sur l'ensemble des accouchements.

Néanmoins au vu d'autres éléments et malgré ce critère d'inclusion, nous pouvons relever des similitudes avec la population nationale et estimer la représentativité de notre échantillon.

2. Objectif principal

L'objectif principal de cette étude était d'évaluer le lien entre la pratique actuelle de l'épisiotomie chez la primipare et le risque estimé de lésion du sphincter anal. Celui-ci calculé d'après un score tenant compte des facteurs de risque validés dans la littérature. Pour cela nous avons analysé, l'apparition des LOSA et la répartition des épisiotomies, en fonction des résultats du score.

Pour les 11 patientes présentant une lésion du sphincter anal de type 3 à la suite de l'accouchement, la moyenne du score était de 7,73 points. Un score de risque égal à 8 points a été calculé pour la seule patiente présentant une lésion anale de type 4.

Dans notre échantillon, les LOSA apparaissent donc pour un score de risque que nous pouvons estimer élevé, en moyenne de 8 points sur 16.

Parallèlement, à partir d'un score de risque de 8 points, la proportion d'épisiotomies est croissante : 50% à 8 points, 60% à 10 points, 83% à 12 points et 100% à 13 points. Globalement, au-delà de ce seuil, le taux d'épisiotomie est de 62,2% donc presque deux fois supérieur au taux de la population générale (36%).

D'ailleurs, les patientes du groupe B ont obtenu en moyenne 2 points de plus que les patientes du groupe A. Nous pouvons en déduire que les épisiotomies sont pratiquées en majorité sur des patientes obtenant un score de risque élevé. Effectivement, plus de la moitié des épisiotomies de la population générale (53%) ont été pratiquées sur un groupe de patientes représentant à peine 31% de l'échantillon.

Suite à ces deux analyses, la moyenne du score obtenu par les patientes avec une lésion anale correspond au seuil au-delà duquel une pratique de l'épisiotomie devient majoritaire dans le CHU d'intérêt. Les professionnels de santé paraissent sensibilisés aux facteurs de risque de lésion anale car ils orientent l'utilisation de l'épisiotomie sur une population de patientes à risque élevé.

Cela nous permet d'affirmer que l'objectif principal est atteint : en effet la pratique actuelle de l'épisiotomie semble correspondre au risque de LOSA estimé par notre score.

3. Objectif secondaire

Le but était de voir si il était possible d'identifier une population où une baisse du taux d'épisiotomie ne s'accompagnerait pas d'une augmentation de la morbidité périnéale.

Pour répondre à l'objectif secondaire nous avons recherché l'existence de taux seuils du score de risque permettant d'orienter le praticien dans sa prise de décision au moment de la pratique ou de la non pratique de l'épisiotomie.

3.1. Pour un score ≤ 8 points

3.1.1. Score ≤ 5

Etudier d'abord le groupe n'ayant pas eu d'épisiotomie, nous a permis d'observer la fréquence d'apparition des différentes lésions. Nous voulions savoir si il était possible de ne pas pratiquer d'épisiotomie sur les patientes obtenant un score de risque ≤ 5 , sans pour autant augmenter leur risque d'apparition de LOSA.

Pour ces patientes, il a été observé que :

- Presque 5% d'entre elles ont présenté un périnée intact à la suite de l'accouchement.
- Plus de la moitié (58,9%) ont eu une lésion de type 1.
- Dans 35% des cas il a été relevé une lésion de type 2, donc identique à une épisiotomie.
- Enfin le taux de LOSA pour ces patientes est de 1,2%, ce qui est deux fois moins important que pour la population générale (2,4%).

Il ne semble donc pas plus risqué de ne pas pratiquer d'épisiotomie sur les patientes avec un score de risque allant jusqu'à 5 points sur 16. Dans 63,7% des cas, il sera même possible d'obtenir une lésion périnéale moins sévère que celle causée par une épisiotomie. De plus, nous avons pu observer que le taux de LOSA sous ce seuil de 5 points pour les patientes ayant eu une épisiotomie était identique (1,2%).

La pratique de l'épisiotomie dans ce groupe de patientes ne paraît donc finalement pas nécessaire pour diminuer le risque de LOSA.

Le taux d'épisiotomie visé serait donc de 0% pour les patientes avec un score ≤ 5 points alors qu'il était de 25% dans ce groupe. Cela permettrait d'abaisser le taux global de 36% à 20,2% d'épisiotomie sur la population générale, sans augmenter le risque de lésions anales.

3.1.2. Score compris entre 6 et 8 inclus

Ce résultat de score a été retrouvé pour seulement 46 patientes (9% de la population générale). Par manque de puissance, nous n'avons retrouvé qu'une seule lésion anale et celle-ci pour une patiente ayant eu une épisiotomie. C'est pour cela que le calcul du taux de LOSA dans le groupe A (sans épisiotomie), ne peut être considéré.

La prévalence des lésions anales pour les patientes avec un score entre 6 et 8 points est de 2,2%, ce qui est identique à la population générale.

Malgré tout, on observe qu'encre 53,6% des patientes du groupe A obtenant ce score, ont eu une lésion périnéale moindre que le deuxième degré (lésion de type 0 et 1).

Pour ce groupe aussi nous pourrions statuer de ne pas pratiquer d'épisiotomie car cela ne paraît pas non plus nécessaire pour diminuer le risque de LOSA.

Le taux d'épisiotomie visé serait donc de 0% pour les patientes avec un score allant de 6 à 8 points alors qu'il était de 39% pour ce groupe. Cela permettrait d'abaisser le taux de 36% à 32,7% d'épisiotomie sur la population générale, en conservant un taux de lésions anales identique.

Pour conclure, toutes les patientes pour qui nous avons calculé un score de risque ≤ 8 points sur 16, représentent 74% de la population générale (n=375). Actuellement le taux d'épisiotomie pour celles-ci est de 26,4%, représentant 54% des épisiotomies de la population générale.

Nous avons pu remarquer que ne pas faire d'épisiotomie sur ces patientes n'augmenterait pas le risque de LOSA et nous retrouvons même un taux global à 1,3% donc deux fois moins élevé que pour la population générale.

3.2. Pour un score ≥ 9 points

Comme attendu, le taux de LOSA retrouvé pour les patientes n'ayant pas eu d'épisiotomie s'élève à presque 9% des scores ≥ 9 points. Ce taux se trouve être quatre fois plus élevé que le risque de la population générale.

Pour éviter un tel risque de survenue d'une lésion anale, une pratique de l'épisiotomie systématique paraît être la solution. Cependant même dans le groupe B (patientes ayant eu une épisiotomie) et obtenant un score estimé élevé, nous notons un taux de LOSA supérieur à la population générale (3,6% contre 2,2%).

Si on impose une épisiotomie à toutes les patientes ayant un score ≥ 9 , nous obtenons un taux d'épisiotomie de 26%, ce qui est déjà inférieur au taux initial de 36%.

Mais parallèlement, en considérant seulement le groupe A, malgré un score de risque élevé, nous avons pu relever une lésion de type 0 ou 1, chez encore 41% des patientes. Donc moins importante que si une épisiotomie avait été pratiquée. De plus, on observe une lésion naturelle de type 2 dans la moitié des cas.

Il serait donc délétère pour une grande majorité des patientes d'imposer une pratique de l'épisiotomie systématique dès lors que leur score de risque serait jugé élevé.

Les patientes pour qui nous avons calculé un score de risque ≥ 9 points, représentent 26% de la population générale (n=130). Actuellement le taux d'épisiotomie au-dessus de ce score est de 65%, représentant 46% des épisiotomies de la population générale.

Nous avons pu remarquer que ne pas faire d'épisiotomie sur ces patientes augmente considérablement le risque de LOSA et nous retrouvons un taux global à 5,4% donc bien plus élevé que celui de l'échantillon total qui est à 2,2%.

Les patientes obtenant un score ≥ 9 points sur 16, se trouvent dans un groupe à risque élevé de présenter une lésion anale à la suite de leur accouchement.

En conclusion, pour un score ≤ 8 points, l'abstention de l'épisiotomie permettrait d'aboutir à une lésion moindre que le deuxième degré dans près de 2/3 des cas soit 62,7%, sans majoration du risque de lésion anale.

A l'inverse, à partir d'un seuil de 9 points, les chances d'obtenir une lésion périnéale moindre que le deuxième degré s'abaissent à 41,3% avec une majoration du taux de LOSA conséquente.

Ainsi en réservant le recours libéral de l'épisiotomie aux patientes à risque (avec score ≥ 9 points), la prévalence de l'épisiotomie de la population générale pourrait être abaissée à 16,6%.

Nous estimons que l'objectif secondaire est atteint car nous avons trouvé un seuil du score de risque, à 9 points, permettant de diviser par deux le taux actuel d'épisiotomie sans pour autant augmenter le risque de LOSA.

II. Connaissances et pratiques actuelles des sages-femmes

1. Les techniques de protection périnéale

Afin de diminuer l'incidence des traumatismes de l'accouchement, il existe différentes techniques de protection du périnée. Celles-ci sont propres à chaque praticien, fonction de son expérience et de sa pratique professionnelle.

1.1. Le contrôle du dégagement fœtal

L'expulsion de la présentation fœtale représente la période la plus à risque pour le périnée avec un étirement maximal des structures musculaires, nerveuses et cutanées.

Une revue de la Cochrane datant de 2017, incluant 20 études (15 181 femmes), démontre qu'un accouchement sans contrôle du dégagement engendre moins d'épisiotomie mais n'influe pas sur la fréquence d'apparition des déchirures (sans précision entre les différents degrés). Cependant les résultats entre les études montrent des disparités considérables à ce sujet (48).

Le CNGOF, dans ses dernières RPC, recommande le contrôle manuel du dégagement de la présentation et le soutien du périnée postérieur afin de diminuer le taux de LOSA (2)

1.2. Les compresses chaudes et le massage périnéal

Lors de l'ampliation périnéale par la présentation fœtale, certains professionnels appliquent des compresses chaudes sur le noyau fibreux central du périnée.

Pour la Cochrane, leur utilisation entraîne moins de lésions périnéales sévères mais aucune différence n'a été retrouvée pour les déchirures simples ou le taux d'épisiotomie. Concernant le massage du périnée, la revue de la Cochrane a relevé plus de périnées intacts et moins de LOSA lorsque celui-ci était pratiqué lors de la deuxième période du travail (48).

En 2018, le CNGOF conclut que le massage périnéal ou l'application de compresses chaudes semblent diminuer le risque de lésion anale (2).

Malgré le fait que ces différentes techniques de protection périnéale semblent efficaces sur la diminution du taux de LOSA, des recherches supplémentaires paraissent nécessaires pour statuer de leur réel intérêt.

2. La pratique de l'épisiotomie

Selon le CNGOF : « L'indication de l'épisiotomie au cours d'un accouchement est fonction des facteurs de risque individuels et des conditions obstétricales » (2)

Nous avons recherché les facteurs régulièrement associés à la pratique de l'épisiotomie. Une étude américaine de mars 2019 a évalué 832 sages-femmes sur leurs connaissances concernant les LOSA. D'après les sages-femmes interrogées, les facteurs de risque de lésions anales sont principalement : l'extraction par forceps (94%), la pratique d'une épisiotomie médiane (88%), un antécédent de LOSA (87%) et la nulliparité (36%) (49). Les critères énoncés par les sages-femmes sont en accord avec ceux fréquemment retrouvés dans la littérature.

D'après cette même étude, seulement 13% des sages-femmes interrogées disent pratiquer un toucher rectal à visée diagnostic aux patientes à risque de LOSA. Ce taux montre bien qu'il existe un défaut d'intérêt porté à la recherche d'une lésion anale à la suite de l'accouchement par les professionnels de santé.

En conclusion, la formation et l'éducation à la protection périnéale obstétricale des sages-femmes sont recommandées pour prévenir au maximum le risque de lésions du sphincter anal.

III. L'étude

1. Les points forts

Beaucoup d'études traitent du sujet des LOSA, de leurs facteurs de risque et de leurs conséquences. Cependant très peu d'auteurs ont imaginé la création d'un modèle de prédiction du risque de lésion anale afin de diminuer leur prévalence, à ce jour il n'existe d'ailleurs pas d'étude française sur le sujet. De plus, parmi les scores de risque existants, aucun d'entre eux ne fait le lien avec la pratique de l'épisiotomie.

Notre étude possède ce point fort, de rechercher à la fois une baisse du taux d'épisiotomie sans prendre le risque de majorer la prévalence des LOSA.

Malheureusement, au vu de la pauvreté de la littérature, la discussion de nos résultats manque certainement de comparaison.

Au dépit de nombreux facteurs de risque retrouvés dans la littérature, nous savons que le risque de LOSA est aussi tributaire du savoir-faire et de l'expérience du professionnel de santé. Par des techniques de prévention périnéale au moment de la naissance, chaque professionnel a une gestion différente de l'accouchement. L'utilisation de l'épisiotomie est donc opérateur dépendant, certainement influencée par les pratiques et convictions personnelles de la sage-femme.

C'est pour cela que la création de ce score, a pour but d'offrir au praticien un outil d'aide à la décision pour la pratique de l'épisiotomie et en aucun cas de dicter une conduite à tenir systématique. Effectivement notre souhait est uniquement d'informer d'un sur-risque de survenue d'une lésion anale, tout en conservant le sens clinique propre au professionnel au moment de la décision d'épisiotomie. L'estimation faite par le score permet donc simplement d'orienter l'attention de l'accoucheur sur les patientes à risque.

2. Les limites et les biais

La limite principale de cette étude est le manque de puissance. Effectivement malgré le recrutement des accouchements sur une période de six mois, la survenue d'une lésion anale étant un événement rare, nous n'avons pu recueillir que 12 patientes atteintes de LOSA. Cependant, ramené au nombre d'inclusions dans l'étude, ce chiffre correspond bien aux taux nationaux retrouvés dans la littérature.

Une période de recrutement sur plusieurs années aurait sans doute permis de recenser plus de LOSA et d'être donc plus précis dans l'analyse de nos résultats.

De plus cette étude est monocentrique, elle s'est déroulée au sein d'un seul CHU de type III. Nous savons que la formation initiale et les habitudes de services influent fortement sur la pratique professionnelle, cela a donc certainement influencé les résultats. Ainsi, soumettre l'étude à plusieurs établissements aurait permis de pouvoir généraliser le score à l'échelon national.

Afin de créer notre score nous nous sommes basés sur les principaux facteurs de risque reconnus par la littérature. Cependant certains d'entre eux, comme une durée de travail long et un âge maternel élevé, sont mal définis. Ceci nous a obligé à considérer des valeurs seuils pour ces variables, qui ne sont peut-être pas les plus pertinentes afin d'obtenir une estimation optimale du score de risque. Une analyse plus poussée sur une population ciblée permettrait de définir ses différents critères de façon précise.

Durant le recueil, nous nous sommes heurtés à un manque de données parfois conséquent dans les dossiers informatisés des patientes. Ceci nous a d'ailleurs obligé à exclure dès le début 18 patientes dont il manquait des informations essentielles pour calculer leur risque de LOSA. Effectivement certains items ne sont pas toujours complétés et nous avons donc retrouvé un fort taux de données manquantes, notamment pour les biologies fœtales, biaisant leur comparaison entre les deux groupes de patientes.

IV. Projet d'action

L'objectif final de cette étude est de pouvoir permettre la mise à disposition du score de risque à chaque professionnel de santé suivant le travail obstétrical d'une parturiente.

En premier lieu, le score de risque de LOSA créé lors de ce travail, mériterait d'être testé à plus large échelle après avoir été élargi à la population générale (multipares, grossesses multiples, naissances prématurées, etc ...). Une étude multicentrique, proposant une comparaison entre une pratique classique et une pratique orientée par notre score pourrait être intéressante à mener afin d'aboutir à la mise en place d'un outil national, pertinent et accessible à toutes les sages-femmes.

Afin que cet outil soit facilement accessible, intégrer un onglet « Calcul du risque de LOSA » au partogramme numérique du logiciel ICOS, pourrait être intéressant. A la suite de ce travail, un modèle possible de cette page a été créé (*annexe VII*).

De plus au décours de l'étude, nous avons pu observer que le défaut de dépistage des lésions anales était un problème récurrent dans la littérature. A ce jour il existe un item « TV/TR fait » (toucher vaginal / toucher rectal) se trouvant à la suite de la description des lésions périnéales, dans un onglet du dossier informatisé de patientes.

Lors du recueil de données nous avons pu observer que cet item n'était pas toujours rempli. Suite au calcul du score de risque, un message d'alerte automatique pour les patientes considérées à risque, pourrait permettre à la sage-femme d'être plus attentive au dépistage des lésions anales.

Pour finir, il existe différentes techniques de prévention périnéale possibles au cours d'un accouchement voie basse. Malgré le manque de preuves sur leur efficacité, il semblerait que celles-ci permettent une diminution de la survenue des LOSA. Une évaluation des pratiques professionnelles lors de la réalisation de l'expulsion fœtale pourrait être intéressante à mener afin d'observer les mesures mises en place par les sages-femmes afin de protéger leur patiente d'une éventuelle lésion anale.

CONCLUSION

Notre étude avait pour objectif principal d'observer le lien entre la pratique de l'épisiotomie chez la primipare et le risque estimé de lésion du sphincter anal. Elle a permis de montrer qu'au sein du CHU d'intérêt, les épisiotomies sont majoritairement pratiquées sur des patientes obtenant un score de risque élevé, donc pour lesquelles la prévalence du taux de LOSA est augmentée. Les sages-femmes exerçant au sein de cet établissement ont donc une utilisation de l'épisiotomie correspondante aux facteurs de risque de lésions anales connus dans la littérature.

Dans un second temps, notre travail avait pour objectif d'identifier une population pour laquelle une baisse du taux d'épisiotomie ne s'accompagnerait pas d'une augmentation de la morbidité périnéale. Cela a permis de mettre en évidence une population à risque élevé de lésion anale. En effet nous avons pu remarquer qu'à partir d'un score de risque de 9 points sur 16, la prévalence des LOSA devient supérieure à celle de la population générale. De plus, nous avons démontré que l'abstention de l'épisiotomie en-dessous de ce seuil permet d'abaisser considérablement le taux d'épisiotomie sans exposer les patientes à un risque plus élevé.

A la suite de cette étude, la création de réunions à visée informative semble nécessaire pour que les professionnels de santé prennent conscience de l'impact de l'épisiotomie et des LOSA sur la vie des patientes. Il paraît essentiel de sensibiliser les praticiens à l'importance de la prévention et du dépistage des lésions anales, pour lesquels un score d'estimation du risque pourrait être une aide précieuse.

La prévention des lésions obstétricales du sphincter de l'anوس fait partie intégrante de la profession de sage-femme. A défaut d'une définition précise sur les conditions d'utilisation de l'épisiotomie, un outil efficace d'aide à la décision serait pertinent pour permettre à la sage-femme d'adapter sa prise en charge en étant consciente du niveau de risque de lésion anale de sa patiente.

BIBLIOGRAPHIE

1. **Tessier V, Venditelli F.** AUDIPOG : Impact des recommandations pour la pratique clinique. 2008.
2. **Jacquetin B, Ducarme G, Pizzoferrato AC, et al.** Prévention et protection périnéale en obstétrique. 2018.
3. **Blondel B, Alexander S, Bjarnadóttir R, et al.** Variations in rates of severe perineal tears and episiotomies in 20 European countries : a study based on routine national data in Euro-Peristat Project. Acta obstet gynecol scand. 2016;95(7):746-754.
4. **Pergialiotis V, Vlachos D, Protopapas A, et al.** Risk factors for severe perineal lacerations during childbirth. Int j gynecol obstet. 2014;125(1):6-14.
5. **Webb SS, Hemming K, Khalfaoui MY, et al.** An obstetric sphincter injury risk identification system (OSIRIS): is this a clinically useful tool ? Int urogynecology J. 2017;28(3):367-374.
6. **McPherson KC, Beggs AD, Sultan AH, et al.** Can the risk of obstetric anal sphincter injuries (OASIs) be predicted using a risk-scoring system? BMC res notes. 2014;7:471.
7. **Meister MRL, Cahill AG, Conner SN, et al.** Predicting obstetric anal sphincter injuries in a modern obstetric population. Am j obstet gynecol. 2016;215(3):310.
8. **Smith LA, Price N, Simonite V, et al.** Incidence of and risk factors for perineal trauma : a prospective observational study. BMC Pregnancy Childbirth. 2013;13:59.
9. **Lesieur E, Blanc J, Loundou A, et al.** Peut-on encore diminuer le taux d'épisiotomie? État des lieux en région PACA. Gynecol obstet fertil senol. 2017;45(3):146.
10. **De Tayrac R, Schantz C.** Lésions pelvipérinéales obstétricales : anatomie, physiologie, physiopathologie et situations particulières. RPC prévention et protection périnéale en obstétrique CNGOF. 2018.
11. **Chantry A, Coatleven F, Debord MP, et al.** Recommandations pour la pratique clinique : grossesse prolongée et terme dépassée. Journal de gynécologie obstétrique et biologie de la Reproduction. 2011;818-822.
12. **Chantry AA.** Epidémiologie de la grossesse prolongée : incidence et mortalité marternelle. Journal de gynécologie obstétrique et biologie de la reproduction. 2011;709-716.
13. **Caughey A, Stotland N, Washington A, et al.** Maternal complications of pregnancy increase beyond 40 weeks' gestation. Am j obstet gynecol. 2007;196(2):155.

14. **Barbier A, Poujade O, Fay R, et al.** La primiparité est-elle le seul facteur de risque des lésions du sphincter anal en cours d'accouchement? *Gynécologie obstétrique fertil.* 2007;35(2):101-106.
15. **HAS.** Accouchement normal : accompagnement de la physiologie et interventions médicales. 2017.
16. **Stedenfeldt M, Øian P, Gissler M, et al.** Risk factors for obstetric anal sphincter injury after a successful multicentre interventional programme. *BJOG int j obstet gynaecol.* 2014;121(1):83-91.
17. **Jango H, Langhoff-Roos J, Rosthøj S, et al.** Modifiable risk factors of OASIs in primiparous women. *Am j obstet.* 2014;(59):1-6.
18. **INSERM, DREES.** Enquête nationale périnatale 2016. Les naissances et les établissements, situation et évolution depuis 2010. 2017.
19. **Guzmán Rojas RA, Shek KL, Langer SM, et al.** Prevalence of anal sphincter injury in primiparous women. *Ultrasound obstet gynecol.* 2013;42(4):461-466.
20. **Deneux-Tharaux C, Bonnet MP, Tort J.** Épidémiologie de l'hémorragie du post-partum. *J gynécologie obstétrique biol reprod.* 2014;43(10):936-950.
21. **Vardon D, Reinbold D, Dreyfus M.** Épisiotomie et déchirures obstétricales récentes. 2012.
22. **Snooks SJ, Swash M, Setchell M, et al.** Injury to innervation of pelvic floor sphincter musculature in childbirth. *The lancet.* 1982;324:546-550.
23. **Viktrup L.** The risk of lower urinary tract symptoms five years after the first delivery. *Neurourol urodyn.* 2002;21(1):2-29.
24. **Altman D, Ekström Å, Forsgren C, et al.** Symptoms of anal and urinary incontinence following cesarean section or spontaneous vaginal delivery. *Am j obstet gynecol.* 2007;197(5):512.
25. **Chaliha C, Kalia V, Stuart L.** Antenatal prediction of postpartum urinary and fecal incontinence. *Obstet gynecol.* 1999;94:689-694.
26. **Le Ray C, Audibert F.** Durée des efforts expulsifs : données de la littérature. 2008.
27. **Fritel X, Gachon B, Desseuve D, et al.** Incontinence anale et lésions obstétricales du sphincter anal, épidémiologie et prévention. *Gynécologie obstétrique fertil sénologie.* 2018;46(4):419-426.
28. **Mous M, Muller SA, Leeuw JW.** Long-term effects of anal sphincter rupture during vaginal delivery : faecal incontinence and sexual complaints. *BJOG int j obstet gynaecol.* 2007;115(2):234-238.
29. **Fritel X, Varnoux N, Zins M, et al.** Symptomatic pelvic organ prolapse at midlife, quality of life, and risk factors. *Obstet gynecol.* 2009;113(3):609-616.

30. **Crookall R, Fowler G, Wood C, et al.** A systematic mixed studies review of women's experiences of perineal trauma sustained during childbirth. *J adv nurs.* 2018;74(9):2038-2052.
31. **Larousse Éditions.** Définitions : épisiotomie.
32. **AFAR.** Définition de l'épisiotomie. *Episio.info.*
33. **Peter MD.** Bartholomew Mosse (1712-59), Sir Fielding Ould (1710-89), and the rotunda hospital, Dublin. *arc child fetal neonatal.* 1999;(81):F74-76.
34. **Wagner M.** Episiotomy: a form of genital mutilation. *The lancet.* 1999;353:1977-1978.
35. **Thacker SB, Banta HD.** Benefits and risks of episiotomy: an interpretative review of the english language literature, 1860-1980. *Obstet gynecol surv.* 1983;38(6):322-338.
36. **Woolley RJ.** Benefits and risks of episiotomy: a review of the English-language literature since 1980. *Obstet gynecol surv.* 1995;Part II(50):821-835.
37. **Carroli G, Mignini L.** Episiotomy for vaginal birth. *Cochrane library.* 2000.
38. **CNGOF.** Épisiotomie : recommandations du CNGOF pour la pratique clinique. *Gynécologie obstétrique fertil.* 2005;34:275-279.
39. **Vendittelli F, Gallot D.** L'épisiotomie - Quelles sont les données épidémiologiques concernant l'épisiotomie ? *AUDIPOG.* 2008.
40. **Laine K, Gissler M, Pirhonen J.** Changing incidence of anal sphincter tears in four Nordic countries through the last decades. *Eur j obstet gynecol reprod biol.* 2009;146:71-75.
41. **Tempest N, Hart A, Walkinshaw S, et al.** Authors' reply: a re-evaluation of the role of rotational forceps: retrospective comparison of maternal and perinatal outcomes following different methods of birth for malposition in the second stage of labour. *BJOG Int j obstet gynaecol.* 2014;121(5):644-646.
42. **Article R4127-318** du Code de la santé publique relatif aux devoirs généraux des sages-femmes. *Legifrance.* 2012.
43. **CIANE.** Episiotomie : état des lieux et vécu des femmes. 2013. Report No.: 6.
44. **Thubert T, Cardailiac C, Fritel X, et al.** Définitions, épidémiologie et facteurs de risque des lésions périnéales du 3e et 4e degrés. *RPC Prévention et protection périnéale en obstétrique CNGOF. Gynecol obstet fertil senol.* 2018;46(12):913-921.
45. **Article R5121-3** du Code de la santé publique relative au nom du médicament. *Legifrance.* 2004.

46. **Article 226-13** du Code pénal relatif à l'atteinte du secret professionnel. Legifrance. 2002.
47. **Article 226-14** du Code pénal relatif à l'atteinte du secret professionnel. Legifrance. 2015.
48. **Aasheim V, Nilsen A, Reinar L, et al.** Les techniques périnéales, au cours de la deuxième phase du travail, pour réduire les traumatismes périnéaux. 2017.
49. **Diko S, Guiahi M, Nacht A, et al.** Prevention and management of severe obstetric anal sphincter injuries (OASIs) : a national survey of nurse- midwives. Int urogynecology j. 2019.

ANNEXES

Annexe I : Classification des déchirures périnéales (2).

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

Annexe II : Évolution du taux d'épisiotomie en France (taux global selon la parité, rapporté aux accouchements par voie basse) (39).

Taux d'épisiotomies ^a	1994-95	1996-97	1998-99	2000-01	2002-03
	%	%	%	%	%
	(n)	(n)	(n)	(n)	(n)
Taux global	55,56 (6 719)	58,39 (3 379)	54,48 (11 004)	48,33 (12 653)	46,82 (10 721)
Taux selon la parité					
— Primipares	77,16 (2 963)	78,91 (1 526)	72,73 (4 831)	67,86 (5 522)	67,67 (4 716)
— Multipares	38,45 (3 756)	41,54 (1 853)	39,81 (6 173)	33,23 (7 131)	30,96 (6 005)

^a Les estimations sont fournies en appliquant une technique de standardisation des taux basée sur la distribution conjointe des accouchements en France selon la zone géographique et le type d'établissement (CHU, CHG et établissements privés).

Annexe III : Modèle multivarié des variables significatives en tant que facteur de risque de lésions du sphincter anal (6).

p-value	95% CI	OR	Subgroup	Variable
< 0.001	1.61-3.75	2.45	Yes	Shoulder dystocia
				Mode of delivery
< 0.001	2.25-4.35	3.13	Forceps	
0.001	1.18-1.99	1.54	Ventouse	
				Epidural
0.014	0.56-0.94	0.73	Yes	(Baseline = no)
				Place of delivery
0.039	0.13-0.95	0.35	Home	Other analgesia
< 0.001	2.78-6.49	4.24	Spinal	Smoking status
0.008	0.38-0.87	0.58	Smoker	
0.002	1.22-2.32	1.68	Yes	Water immersion
< 0.001	0.30-0.41	0.35		Multiparity
< 0.001	1.03-1.06	1.04		Mothers age in years
				Ethnicity
< 0.001	2.30-3.66	2.90	South Asian	
0.049	1.01-3.63	1.91	East Asian	
0.006	1.10-1.73	1.38	Other	
< 0.001	1.000634-1.001007	1.000821		Birth weight in g

Annexe IV : Données recueillies dans le dossier obstétrical informatisé des patientes.

Données maternelles générales :

- Âge (en années)
- IMC = indice de masse corporelle pré-gravidique (en kg/m²)
- Taille (en centimètres)

Données cliniques :

- Prise de poids pendant la grossesse (en kilogrammes)
- Hauteur utérine (en centimètres)
- Diabète gestationnel : insuliné ou non

Accouchement :

- Âge gestationnel à l'accouchement (en semaines d'aménorrhée)
- Orientation de la tête fœtale à l'expulsion
- Déclenchement : mode et motif
- Durée de dilatation complète au début des efforts expulsifs (en minutes)
- Durée des efforts expulsifs (en minutes)
- Extraction instrumentale : orientation à la pose de l'instrument, instrument utilisé et motif.
- Pertes sanguines (en millilitres)
- Épisiotomie
- Degrés de lésion périnéale

Nouveau-né :

- Apgar à 1, 5 et 10 minutes de vie (noté sur 10 points)
- Ph au cordon : artériel et veineux
- Lactates au cordon : artériel et veineux
- Poids de naissance (en grammes)
- Périmètre crânien (en centimètres)
- Mode de sortie de la salle de naissance et motif si transfert

Annexe V : Les facteurs de risque de LOSA (44)

Facteur de risque	OR (IC 95%)	Significatif
Un accouchement instrumental	5,10 (3,33-7,83)	oui
La nulliparité	3,24 (2,20-4,76)	oui
Un travail long	1,95 (1,56-2,44)	oui
La présentation postérieure	3,09 (1,81-5,29)	oui
Une épisiotomie médiane	3,82 (1,96-7,42)	oui

Facteur de risque	Auteur	Etude	population	Prévalence LOSA	OR (IC 95%)
Macrosomie	Brown 2017	Cohorte rétrospective	10 750	5,7%	2,31 (1,68-3,17)
	Jangö 2014	Registre	214 256	6,5%	2,76 (2,62-2,90)
	GuroI-Urganci 2013	Registre	1 035 523	1,8 à 5,9%	2,27(2,18–2,36)
Age maternel élevé (35 à 40 ans)	Baghestan 2012	Registre	828 864	2,8%	1,8 (1,0-3,4)
	GuroI-Urganci 2013	Registre	1 035 523	1,8 à 5,9%	1,07 (1,04-1,11))
Antécédents de LOSA	Elfaghi 2004	Registre	832 950	1%	4,2 (3,8-4,6)
	Jangö 2012	Registre	159 446	4,6%	5,9 (5,3-6,5)
	Edozien 2014	Registre	639 402	3,8%	5,5 (5,2-5,9)
	Spydslaug 2005	Registre	486 463	0,6%	4,3 (3,8-4,8)

Annexe VI : Score utilisé pour estimer le risque de lésion anale.

- **Parité :**
 - nullipare = 3 points
- **Âge maternel :**
 - < 35 ans = 0 point
 - ≥ 35 ans = 1 point
- **Déclenchement :**
 - non = 0 point
 - oui = 1 point
- **Extraction instrumentale :**
 - non = 0 point
 - oui par ventouse = 5 points
 - oui par forceps ou spatules = 6 points
- **Présentation fœtale à l'expulsion :**
 - occipito-pubienne = 0 point
 - occipito-sacrée = 3 points
- **Durée de la dilatation complète à la naissance :**
 - < 125 minutes = 0 point
 - entre 125 et 193 minutes = 1 point
 - ≥ 193 minutes = 2 points

Score noté sur 16 points, disponible au professionnel au moment de l'expulsion fœtale.

Annexe VII: Exemple du logiciel de calcul de risque de LOSA.

RISQUE DE LOSA

1. Age maternel

2. Parité actuelle

 0 ≥ 1

3. Déclenchement du travail

 NON OUI

4. Extraction instrumentale

 NON
 OUI par ventouse
 OUI par spatules ou forceps

5. Présentation foetale à l'expulsion

 OP OS

6. Durée de la dilatation complète à la naissance

CALCULER

Score de risque estimé à : / 16 points

si $\geq 9 \Rightarrow$ patiente appartenant à un groupe à risque élevé de LOSA

RESUME

Introduction : La lésion anale est une complication obstétricale sévère ayant des conséquences importantes sur la vie d'une femme. L'épisiotomie, longtemps considérée comme protectrice, est devenue l'intervention chirurgicale la plus pratiquée. Pourtant ses bénéfices sont remis en cause et une pratique restrictive est prônée.

Objectifs : L'objectif principal était d'observer le lien entre la pratique actuelle de l'épisiotomie et le niveau de risque estimé de lésion anale. L'objectif secondaire consistait à rechercher des valeurs seuils du score permettant une diminution du taux d'épisiotomie sans augmenter la prévalence des LOSA.

Matériel et méthode : Etude épidémiologique de type cas / témoins, réalisée via les dossiers obstétricaux informatisés de 505 primipares au sein d'un CHU de type III.

Résultats : Les épisiotomies sont majoritairement pratiquées sur des patientes obtenant un score de risque élevé, donc pour lesquelles la prévalence des LOSA est augmentée. De plus, une abstention de l'épisiotomie pour un score ≤ 8 points, permet de passer d'un taux d'épisiotomie de 36% à 16,6% sans augmenter le risque de LOSA.

Discussion : Le score de risque créé pourrait être testé à plus large échelle afin d'aboutir à la mise en place d'un outil national, accessible à toutes les sages-femmes durant le travail obstétrical des parturientes.

Conclusion : Il paraît essentiel de sensibiliser les professionnels de santé à l'importance de la prévention et du dépistage des lésions anales, pour lesquels un score d'estimation du risque pourrait être une aide précieuse.

Mots clés : facteurs de risque, LOSA, épisiotomie, estimation du risque de lésion anale.

ABSTRACT

Introduction : Anal trauma is a severe obstetrical complication with lots of consequences in a woman's life. The episiotomy, long considered as protective, has become the most practiced surgical procedure. However its profits are being called into question and a restrictive practice is advocated.

Objectives : The main objective was to observe the link between the current practice of episiotomy and the estimated level of anal sphincter injuries. The secondary objective was to search for threshold values of the score allowing a decrease of the rate episiotomy without increasing the prevalence of OASI.

Material and method : case/control epidemiological study, carried out with a computerized obstetric records of 505 primiparous within a Type III Hospital Centre.

Results : Episiotomies are mostly performed on patients with a high risk score, in which the prevalence of OASI is increased. In addition, an abstention of the episiotomy for a score below 8 points, allows to pass an episiotomy rate of 36% to 16.6% without increasing the risk of OASI.

Discussion : The risk score created could be tested on a larger scale in order to establish a national tool, accessible to all midwives during the obstetrical work of the parturients.

Conclusion : It seems necessary to raise awareness among health care professionals about the importance of preventing and screening anal injuries, for which a score risk assessment could be a valuable help.

Key-words : risk factors, OASI, episiotomy, prediction of anal sphincter injury.

