

UNIVERSITÉ TOULOUSE III – PAUL SABATIER
FACULTÉ DE MÉDECINE

ANNÉE 2015

2015 TOU3 1565

THÈSE

POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE
MÉDECINE SPÉCIALISÉE CLINIQUE

Présentée et soutenue publiquement

par

Agnès CABRIERES

Le 29 septembre 2015

**Extraction instrumentale par spatules de Thierry chez la primipare :
Impact maternel et néonatal d'une diminution de la pratique de
l'épisiotomie.**

Etude prospective, comparative à propos de 368 patientes.

Directeur de thèse : Monsieur le Professeur Olivier PARANT

JURY

Monsieur le Professeur Christophe VAYSSIERE	Président
Monsieur le Professeur Olivier PARANT	Assesseur
Monsieur le Professeur Guillaume PORTIER	Assesseur
Madame le Docteur Caroline SIMON-TOULZA	Assesseur
Monsieur le Docteur Mickaël ALLOUCHE	Suppléant



TABLEAU du PERSONNEL HU
des Facultés de Médecine de l'Université Paul Sabatier
au 1^{er} septembre 2014

Professeurs Honoraires

Doyen Honoraire	M. ROUGE D.	Professeur Honoraire	M. SALVADOR M.
Doyen Honoraire	M. LAZORTHES Y.	Professeur Honoraire	M. BAYARD
Doyen Honoraire	M. CHAP H.	Professeur Honoraire	M. LEOPHONTE
Doyen Honoraire	M. GUIRAUD-CHAUMEIL B	Professeur Honoraire	M. FABIÉ
Professeur Honoraire	M. COMMANAY	Professeur Honoraire	M. BARTHE
Professeur Honoraire	M. CLAUX	Professeur Honoraire	M. CABARROT
Professeur Honoraire	M. ESCHAPASSE	Professeur Honoraire	M. DUFFAUT
Professeur Honoraire	Mme ENJALBERT	Professeur Honoraire	M. ESCAT
Professeur Honoraire	M. GEDEON	Professeur Honoraire	M. ESCANDE
Professeur Honoraire	M. PASQUIE	Professeur Honoraire	M. PRIS
Professeur Honoraire	M. RIBAUT	Professeur Honoraire	M. CATHALA
Professeur Honoraire	M. ARLET J.	Professeur Honoraire	M. BAZEX
Professeur Honoraire	M. RIBET	Professeur Honoraire	M. VIRENQUE
Professeur Honoraire	M. MONROZIES	Professeur Honoraire	M. CARLES
Professeur Honoraire	M. DALOUS	Professeur Honoraire	M. BONAFÉ
Professeur Honoraire	M. DUPRE	Professeur Honoraire	M. VAYSSE
Professeur Honoraire	M. FABRE J.	Professeur Honoraire	M. ESQUERRE
Professeur Honoraire	M. DUCOS	Professeur Honoraire	M. GUITARD
Professeur Honoraire	M. GALINIER	Professeur Honoraire	M. LAZORTHES F.
Professeur Honoraire	M. LACOMME	Professeur Honoraire	M. ROQUE-LATRILLE
Professeur Honoraire	M. BASTIDE	Professeur Honoraire	M. CERENE
Professeur Honoraire	M. COTONAT	Professeur Honoraire	M. FOURNIAL
Professeur Honoraire	M. DAVID	Professeur Honoraire	M. HOFF
Professeur Honoraire	Mme DIDIER	Professeur Honoraire	M. REME
Professeur Honoraire	M. GAUBERT	Professeur Honoraire	M. FAUVEL
Professeur Honoraire	Mme LARENG M.B.	Professeur Honoraire	M. FREXINOS
Professeur Honoraire	M. BES	Professeur Honoraire	M. CARRIERE
Professeur Honoraire	M. BERNADET	Professeur Honoraire	M. MANSAT M.
Professeur Honoraire	M. GARRIGUES	Professeur Honoraire	M. BARRET
Professeur Honoraire	M. REGNIER	Professeur Honoraire	M. ROLLAND
Professeur Honoraire	M. COMBELLES	Professeur Honoraire	M. THOUVENOT
Professeur Honoraire	M. REGIS	Professeur Honoraire	M. CAHUZAC
Professeur Honoraire	M. ARBUS	Professeur Honoraire	M. DELSOL
Professeur Honoraire	M. PUJOL	Professeur Honoraire	M. ABBAL
Professeur Honoraire	M. ROCHICCIOLI	Professeur Honoraire	M. DURAND
Professeur Honoraire	M. RUMEAU	Professeur Honoraire	M. DALY-SCHWEITZER
Professeur Honoraire	M. BESOMBES	Professeur Honoraire	M. RAILHAC
Professeur Honoraire	M. GUIRAUD	Professeur Honoraire	M. POURRAT
Professeur Honoraire	M. SUC	Professeur Honoraire	M. QUERLEU D.
Professeur Honoraire	M. VALDIGUIE	Professeur Honoraire	M. ARNE JL
Professeur Honoraire	M. BOUNHOURS	Professeur Honoraire	M. ESCOURROU J.
Professeur Honoraire	M. PONTONNIER	Professeur Honoraire	M. FOURTANIER G.
Professeur Honoraire	M. CARTON	Professeur Honoraire	M. LAGARRIGUE J.
Professeur Honoraire	Mme PUEL J.	Professeur Honoraire	M. PESSEY JJ.
Professeur Honoraire	M. GOUZI		
Professeur Honoraire associé	M. DUTAU		
Professeur Honoraire	M. PONTONNIER		
Professeur Honoraire	M. PASCAL		

Professeurs Émérites

Professeur LARROUY	Professeur JL. ADER
Professeur ALBAREDE	Professeur Y. LAZORTHES
Professeur CONTÉ	Professeur L. LARENG
Professeur MURAT	Professeur F. JOFFRE
Professeur MANELFE	Professeur J. CORBERAND
Professeur LOUVET	Professeur B. BONEU
Professeur SARRAMON	Professeur H. DABERNAT
Professeur CARATERO	Professeur M. BOCCALON
Professeur GUIRAUD-CHAUMEIL	Professeur B. MAZIERES
Professeur COSTAGLIOLA	Professeur E. ARLET-SUAU
	Professeur J. SIMON

P.U. - P.H. Classe Exceptionnelle et 1ère classe		P.U. - P.H. 2ème classe	
M. ADOUE D.	Médecine Interne, Gériatrie	Mme BEYNE-RAUZY O.	Médecine Interne
M. AMAR J.	Thérapeutique	M. BIRMES Ph.	Psychiatrie
M. ATTAL M. (C.E)	Hématologie	M. BROUCHET L.	Chirurgie thoracique et cardio-vascul
M. AVET-LOISEAU H	Hématologie, transfusion	M. BUREAU Ch	Hépto-Gastro-Entéro
M. BLANCHER A.	Immunologie (option Biologique)	M. CALVAS P.	Génétique
M. BONNEVIALLE P.	Chirurgie Orthopédique et Traumatologie.	M. CARRERE N.	Chirurgie Générale
M. BOSSAVY J.P.	Chirurgie Vasculaire	Mme CASPER Ch.	Pédiatrie
M. BRASSAT D.	Neurologie	M. CHAIX Y.	Pédiatrie
M. BROUSSET P. (C.E)	Anatomie pathologique	Mme CHARPENTIER S.	Thérapeutique, méd. d'urgence, addict
M. BUGAT R. (C.E)	Cancérologie	M. COGNARD C.	Neuroradiologie
M. CARRIE D.	Cardiologie	M. DE BOISSEZON X.	Médecine Physique et Réadapt Fonct.
M. CHAP H. (C.E)	Biochimie	M. FOURNIE B.	Rhumatologie
M. CHAUVEAU D.	Néphrologie	M. FOURNIÉ P.	Ophthalmologie
M. CHOLLET F. (C.E)	Neurologie	M. GAME X.	Urologie
M. CLANET M. (C.E)	Neurologie	M. GEERAERTS T.	Anesthésiologie et réanimation chir.
M. DAHAN M. (C.E)	Chirurgie Thoracique et Cardiaque	Mme GENESTAL M.	Réanimation Médicale
M. DEGUINE O.	O. R. L.	M. LAROCHE M.	Rhumatologie
M. DUCOMMUN B.	Cancérologie	M. LAUWERS F.	Anatomie
M. FERRIERES J.	Epidémiologie, Santé Publique	M. LEOBON B.	Chirurgie Thoracique et Cardiaque
M. FOURCADE O.	Anesthésiologie	M. MAZIERES J.	Pneumologie
M. FRAYSSE B. (C.E)	O.R.L.	M. MOLINIER L.	Epidémiologie, Santé Publique
M. IZOPET J. (C.E)	Bactériologie-Virologie	M. OLIVOT J-M	Neurologie
Mme LAMANT L.	Anatomie Pathologique	M. PARANT O.	Gynécologie Obstétrique
M. LANG T.	Biostatistique Informatique Médicale	M. PARIENTE J.	Neurologie
M. LANGIN D.	Nutrition	M. PATHAK A.	Pharmacologie
M. LAUQUE D. (C.E)	Médecine Interne	M. PAUL C.	Dermatologie
M. LIBLAU R. (C.E)	Immunologie	M. PAYOUX P.	Biophysique
M. MAGNAVAL J.F.	Parasitologie	M. PAYRASTRE B.	Hématologie
M. MALAUAUD B.	Urologie	M. PORTIER G.	Chirurgie Digestive
M. MANSAT P.	Chirurgie Orthopédique	M. PERON J.M.	Hépto-Gastro-Entérologie
M. MARCHOU B.	Maladies Infectieuses	M. RONCALLI J.	Cardiologie
M. MONROZIES X.	Gynécologie Obstétrique	M. SANS N.	Radiologie
M. MONTASTRUC J.L. (C.E)	Pharmacologie	Mme SAVAGNER F.	Biochimie et biologie moléculaire
M. MOSCOVICI J.	Anatomie et Chirurgie Pédiatrique	Mme SELVES J.	Anatomie et cytologie pathologiques
Mme MOYAL E.	Cancérologie	M. SOL J-Ch.	Neurochirurgie
Mme NOURHASHEMI F.	Gériatrie		
M. OLIVES J.P. (C.E)	Pédiatrie		
M. OSWALD E.	Bactériologie-Virologie		
M. PARINAUD J.	Biol. Du Dévelop. et de la Reprod.		
M. PERRET B (C.E)	Biochimie		
M. PRADERE B. (C.E)	Chirurgie générale		
M. RASCOL O.	Pharmacologie		
M. RECHER Ch.	Hématologie		
M. RISCHMANN P. (C.E)	Urologie		
M. RIVIERE D. (C.E)	Physiologie		
M. SALES DE GAUZY J.	Chirurgie Infantile		
M. SALLES J.P.	Pédiatrie		
M. SERRE G. (C.E)	Biologie Cellulaire		
M. TELMON N.	Médecine Légale		
M. VINEL J.P. (C.E)	Hépto-Gastro-Entérologie		
		P.U.	
		M. OUSTRIC S.	Médecine Générale

P.U. - P.H.
Classe Exceptionnelle et 1ère classe

M. ACAR Ph.	Pédiatrie
M. ALRIC L.	Médecine Interne
M. ARLET Ph. (C.E)	Médecine Interne
M. ARNAL J.F.	Physiologie
Mme BERRY I.	Biophysique
M. BOUTAULT F. (C.E)	Stomatologie et Chirurgie Maxillo-Faciale
M. BUSCAIL L.	Hépto-Gastro-Entérologie
M. CANTAGREL A.	Rhumatologie
M. CARON Ph. (C.E)	Endocrinologie
M. CHAMONTIN B. (C.E)	Thérapeutique
M. CHAVOIN J.P. (C.E)	Chirurgie Plastique et Reconstructive
M. CHIRON Ph.	Chirurgie Orthopédique et Traumatologie
Mme COURTADE SAIDI M.	Histologie Embryologie
M. DELABESSE E.	Hématologie
Mme DELISLE M.B. (C.E)	Anatomie Pathologie
M. DIDIER A.	Pneumologie
M. ELBAZ M.	Cardiologie
M. GALINIER M.	Cardiologie
M. GERAUD G.	Neurologie
M. GLOCK Y.	Chirurgie Cardio-Vasculaire
M. GOURDY P.	Endocrinologie
M. GRAND A. (C.E)	Epidémiol. Eco. de la Santé et Prévention
Mme HANAIRE H. (C.E)	Endocrinologie
M. KAMAR N.	Néphrologie
M. LARRUE V.	Neurologie
M. LAURENT G. (C.E)	Hématologie
M. LEVADE T.	Biochimie
M. MALECAZE F. (C.E)	Ophthalmologie
Mme MARTY N.	Bactériologie Virologie Hygiène
M. MASSIP P.	Maladies Infectieuses
M. PLANTE P.	Urologie
M. RAYNAUD J-Ph.	Psychiatrie Infantile
M. RITZ P.	Nutrition
M. ROCHE H. (C.E)	Cancérologie
M. ROSTAING L (C.E).	Néphrologie
M. ROUGE D. (C.E)	Médecine Légale
M. ROUSSEAU H.	Radiologie
M. SALVAYRE R. (C.E)	Biochimie
M. SCHMITT L. (C.E)	Psychiatrie
M. SENARD J.M.	Pharmacologie
M. SERRANO E. (C.E)	O. R. L.
M. SOULIE M.	Urologie
M. SUC B.	Chirurgie Digestive
Mme TAUBER M.T.	Pédiatrie
M. VELLAS B. (C.E)	Gériatrie

P.U. - P.H.
2ème classe

M. ACCADBLE F.	Chirurgie Infantile
Mme ANDRIEU S.	Epidémiologie
M. ARBUS Ch.	Psychiatrie
M. BERRY A.	Parasitologie
M. BONNEVILLE F.	Radiologie
M. BUJAN L.	Uro-Andrologie
Mme BURA-RIVIERE A.	Médecine Vasculaire
M. CHAYNES P.	Anatomie
M. CHAUFOUR X.	Chirurgie Vasculaire
M. CONSTANTIN A.	Rhumatologie
M. DELOBEL P.	Maladies Infectieuses
Mme DULY-BOUHANICK B.	Thérapeutique
M. COURBON	Biophysique
M. DAMBRIN C.	Chirurgie Thoracique et Cardiovasculaire
M. DECRAMER S.	Pédiatrie
M. DELORD JP.	Cancérologie
M. GALINIER Ph.	Chirurgie Infantile
M. GARRIDO-STÖWHAS I.	Chirurgie Plastique
Mme GOMEZ-BROUCHET A.	Anatomie Pathologique
M. GROLEAU RAOUX J.L.	Chirurgie plastique
Mme GUIMBAUD R.	Cancérologie
M. HUYGHE E.	Urologie
M. LAFOSSE JM.	Chirurgie Orthopédique et Traumatologie
M. LEGUEVAQUE P.	Chirurgie Générale et Gynécologique
M. MARCHEIX B.	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
M. MARQUE Ph.	Médecine Physique et Réadaptation
Mme MAZEREEUW J.	Dermatologie
M. MINVILLE V.	Anesthésiologie Réanimation
M. MUSCARI F.	Chirurgie Digestive
M. OTAL Ph.	Radiologie
M. ROLLAND Y.	Gériatrie
M. ROUX F.E.	Neurochirurgie
M. SAILLER L.	Médecine Interne
M. SOULAT J.M.	Médecine du Travail
M. TACK I.	Physiologie
M. VAYSSIERE Ch.	Gynécologie Obstétrique
M. VERGEZ S.	O.R.L.
Mme URO-COSTE E.	Anatomie Pathologique

M.C.U. - P.H.		M.C.U. - P.H.	
M. APOIL P. A.	Immunologie	Mme ABRAVANEL F.	Bactério. Virologie Hygiène
Mme ARNAUD C.	Epidémiologie	M. BES J.C.	Histologie - Embryologie
M. BIETH E.	Génétique	M. CAMBUS J.P.	Hématologie
Mme BONGARD V.	Epidémiologie	Mme CANTERO A.	Biochimie
Mme CASPAR BAUGUIL S.	Nutrition	Mme CARFAGNA L.	Pédiatrie
Mme CASSAING S.	Parasitologie	Mme CASSOL E.	Biophysique
Mme CONCINA D.	Anesthésie-Réanimation	Mme CAUSSE E.	Biochimie
M. CONGY N.	Immunologie	M. CHASSAING N	Génétique
Mme COURBON	Pharmacologie	Mme CLAVE D.	Bactériologie Virologie
Mme DAMASE C.	Pharmacologie	M. CLAVEL C.	Biologie Cellulaire
Mme de GLISEZENSKY I.	Physiologie	Mme COLLIN L.	Cytologie
Mme DELMAS C.	Bactériologie Virologie Hygiène	M. CORRE J.	Hématologie
Mme DE-MAS V.	Hématologie	M. DEDOUIT F.	Médecine Légale
M. DUBOIS D.	Bactériologie Virologie Hygiène	M. DELPLA P.A.	Médecine Légale
Mme DUGUET A.M.	Médecine Légale	M. DESPAS F.	Pharmacologie
M. DUPUI Ph.	Physiologie	M. EDOUARD T	Pédiatrie
Mme FILLAUX J.	Parasitologie	Mme ESQUIROL Y.	Médecine du travail
M. GANTET P.	Biophysique	Mme ESCOURROU G.	Anatomie Pathologique
Mme GENNERO I.	Biochimie	Mme GALINIER A.	Nutrition
Mme GENOUX A.	Biochimie et biologie moléculaire	Mme GARDETTE V.	Epidémiologie
M. HAMDI S.	Biochimie	M. GASQ D.	Physiologie
Mme HITZEL A.	Biophysique	Mme GRARE M.	Bactériologie Virologie Hygiène
M. IRIART X.	Parasitologie et mycologie	Mme GUILBEAU-FRUGIER C.	Anatomie Pathologique
M. JALBERT F.	Stomato et Maxillo Faciale	Mme GUYONNET S.	Nutrition
M. KIRZIN S	Chirurgie générale	Mme INGUENEAU C.	Biochimie
Mme LAPEYRE-MESTRE M.	Pharmacologie	M. LAHARRAGUE P.	Hématologie
M. LAURENT C.	Anatomie Pathologique	M. LAIREZ O.	Biophysique et médecine nucléaire
Mme LE TINNIER A.	Médecine du Travail	M. LEANDRI R.	Biologie du dével. et de la reproduction
M. LOPEZ R.	Anatomie	M. LEPAGE B.	Biostatistique
M. MONTOYA R.	Physiologie	Mme MAUPAS F.	Biochimie
Mme MOREAU M.	Physiologie	M. MIEUSSET R.	Biologie du dével. et de la reproduction
Mme NOGUEIRA M.L.	Biologie Cellulaire	Mme PERIQUET B.	Nutrition
M. PILLARD F.	Physiologie	Mme NASR N.	Neurologie
Mme PRERE M.F.	Bactériologie Virologie	Mme PRADDAUDE F.	Physiologie
Mme PUISSANT B.	Immunologie	M. RIMAILHO J.	Anatomie et Chirurgie Générale
Mme RAGAB J.	Biochimie	M. RONGIERES M.	Anatomie - Chirurgie orthopédique
Mme RAYMOND S.	Bactériologie Virologie Hygiène	Mme SOMMET A.	Pharmacologie
Mme SABOURDY F.	Biochimie	M. TKACZUK J.	Immunologie
Mme SAUNE K.	Bactériologie Virologie	M. VALLET P.	Physiologie
M. SILVA SIFONTES S.	Réanimation	Mme VEZZOSI D.	Endocrinologie
M. SOLER V.	Ophtalmologie		
M. TAFANI J.A.	Biophysique		
M. TREINER E.	Immunologie		
Mme TREMOLLIÈRES F.	Biologie du développement		
M. TRICOIRE J.L.	Anatomie et Chirurgie Orthopédique		
M. VINCENT C.	Biologie Cellulaire		
		M. BISMUTH S.	M.C.U. Médecine Générale
		Mme ROUGE-BUGAT ME	Médecine Générale
		Mme ESCOURROU B.	Médecine Générale

Maîtres de Conférences Associés de Médecine Générale

Dr STILLMUNKES A.
Dr BRILLAC Th.
Dr ABITTEBOUL Y.
Dr CHICOULAA B.

Dr BISMUTH M
Dr BOYER P.
Dr ANE S.

A notre président de thèse

Monsieur le Professeur Christophe VAYSSIERE

Professeur des universités

Praticien hospitalier

Gynécologue obstétricien

Tu me fais un grand honneur de présider ce jury de thèse.

Merci pour tes connaissances, ton savoir être, ton humour et tes mimiques
(D'accord...d'accord ...d'accord...). Apprendre à tes côtés a été une grande chance et un
privilege.

A notre jury de thèse

Monsieur le Professeur Olivier PARANT

Professeur des universités

Praticien hospitalier

Gynécologue obstétricien

Merci d'avoir encadré ce travail. Merci pour ta disponibilité et tes conseils. Ce fut un plaisir de construire ce travail sous ta responsabilité.

Merci pour ta gentillesse, ta bienveillance et ton respect pour les patientes.

A notre jury de thèse

Monsieur le Professeur Guillaume PORTIER

Professeur des universités

Praticien hospitalier

Chirurgien digestif

Au cours de mon passage dans ton service, tu as su me faire apprécier ta discipline.

Merci d'avoir accepté de siéger à mon jury de thèse.

A notre jury de thèse

Madame le Docteur Caroline SIMON-TOULZA

Praticien hospitalier

Gynécologue obstétricien

Tu es à l'origine d'une grande partie de ce travail. Je te remercie de m'avoir permis d'accéder aux données de ta thèse. La qualité de ton travail a rendu le mien bien plus facile.

Tu es l'un des piliers de notre formation obstétricale. Ton efficacité, tes connaissances et ta bonne humeur sont des qualités qui ont guidé ma formation.

A notre jury de thèse

Monsieur le Docteur Mickael ALLOUCHE

Praticien hospitalier

Gynécologue obstétricien

Monsieur Allouche, tu es à l'origine de mes premiers pas dans l'obstétrique, tu as grandement soutenu les suivants et j'aurai probablement, peut-être à ton grand désespoir besoin de toi pour les prochains. Je pense que tu sais toute l'admiration que j'ai pour toi et pour ton travail.

A Thomas, pour ton soutien et ta patience tous le long de ces années de médecine. Merci d'avoir été à mes côtés et, promis, je respecterai la charte qualité...

A mes parents, mes sœurs et mon frère, BIP BIP !!! à vous 5. Merci de m'avoir épaulée et supportée. Je vous adore.

A Cartoux, c'est Cabri. Nos gouters au relais H, nos débriefings sans fin, nos fous rires, tes textos à pas d'heure, ton coca zéro et mon coca normal sont de grands souvenirs. Je te souhaite plein de bonheurs avec Guilhem et Chachou. Ils ont de la chance les Réunionnais, moi tu vas me manquer.

A Pradelles, ma plus fidèle co-interne, on s'est découvert sur les bancs des suites de couche et on ne s'est plus quitté. Tu as été la force tranquille de mon internat et c'est super de travailler avec toi.

A Marine, ensemble nous avons surmonté les obstacles du monde de la chirurgie digestive. Merci pour ta rigueur, ton sens de l'humour (j'attends une des petites danses dont tu as le secret) et pour nos mythiques débriefings.

A Flora, tu es une épaule solide sur laquelle on peut compter. Je te remercie pour tout ce que tu as fait pour moi et profite à fond des prochains mois...

A ma grande Tiphaine, du petit chiot tout fou des grossesses pathologiques aux grandes lunettes que tu étais à la belle maman que tu es maintenant, tu as fait un sacré bon boulot.

A Louise et à notre semestre à Castres. Merci d'avoir affiché notre numéro de Dect aux urgences pour qu'ils puissent nous appeler toute la nuit... (Les promotions suivantes nous en veulent encore).

A Ghassi, j'entends encore souvent et avec nostalgie ton « cabriiiiiiii » dans les couloirs de Récamier.

A Guerby, l'âme masculine de notre promotion, la plus grande des commères et un sacré compère.

A Bernado, ravie d'avoir enfin partagé un stage avec toi et ... je t'ai trouvé parfaite.

A Julie et cette bonne vieille Sarrau, votre bonne humeur quotidienne (enfin pas toujours pour Carrie...) a fortement embelli mes six derniers mois d'internat.

A Chantal, Cartoux, Pradelles et Ghassi, ma super team EPISPAT, merci de votre aide pour mes inclusions.

A tous les internes plus âgés ou plus jeune avec qui j'ai partagé des gardes, des Bips, des gouters au relais H, des soirées de DES : Morale, Juliette L, Cécile, Oriana, Magali, Donatien, Marie Vogli, Charlotte, Claire, Benoit, les 2 Hélène, Julie C, Jeremy, Ludwig, Mr Gornes, Claire S, Camille, Alexandre, Ma cha, viovio, lucile, Pauline, Anna.....

A mes co-internes de digestif : Jérôme, Sébastien et Antoine. A notre été à Pyrénées, à nos bières à l'internat

Aux chefs qui chacune avec leurs qualités nous donnent de précieux conseils Marie C (une efficacité sans faille), Marie Cha (un rayon de soleil), Christelle (Ma ... ah non Plard), Amanda, Sophie (une très belle rencontre de cette fin d'internat), Anita, Christine, Martin (CABRIERES !!!!).

A tous les PH qui m'auront guidée pendant mon internat : Yann, Gégé, Fabien, Béatrice, Marc, Stéphanie, Emilie, Edith, Laure, Agnès, Marion.

A toutes les sages femmes, vous êtes un pilier centrale de notre formation et je vous en remercie: Laure, Elise, les Christines, Malorie, Eliane, Jessica, Camille, Nathalie, Marie-Françoise, Véro, Sandra, Julien, Marlène, Marie Aude, Céline, Elisa, Kévin, Sandrine, Valérie, Audrey, Anne-Sophie(j'en oublie...), à celles de Castres, de l'hôpital Ducuing et de Tahiti.

Aux stars de l'anesthésie : Adeline, Vinour, Marie et Pierrellée ; l'heure du thé est toujours un plaisir avec vous et ce malgré les dangers...

Aux infirmières, aides soignantes du bloc et des services toulousains, castrais et polynésien que j'ai eu le privilège de rencontrer tous le long de mon internat, merci d'avoir aidé à ma formation.

Aux secrétaires : Elodie, Stéphanie, Framboise, Yolande, Cécile, Carine, Véronique qui m'ont assisté si souvent avec patience et bonne humeur.

A Déborah, La star des statistiques. Merci de m'avoir aidé dans ce travail et d'avoir été aussi disponible.

TABLE DES MATIERES

TABLE DES MATIERES	2
INTRODUCTION	5
CONNAISSANCES ACTUELLES.....	7
1. L'ÉPISIOTOMIE	7
1.1. VERS DES RECOMMANDATIONS POUR LA PRATIQUE CLINIQUE EN FAVEUR D'UNE ÉPISIOTOMIE RESTRICTIVE.....	7
1.2. LES RECOMMANDATIONS POUR LA PRATIQUE CLINIQUE (CNGOF, 2005) [3]	9
1.3. LES COMPLICATIONS MATERNELLES IMMÉDIATES ET À LONG TERME DE L'ÉPISIOTOMIE.....	10
1.3.1. Hémorragie du post-partum	10
1.3.2. Douleurs périnéales et cicatrisation.....	11
1.3.3. Dyspareunies.....	12
1.3.4. Incontinence urinaire	12
1.3.5. Incontinence anale	12
1.4. ÉVOLUTION DU TAUX D'ÉPISIOTOMIE	13
1.4.1. Évolution du taux d'épisiotomie en France.....	13
1.4.2. L'épisiotomie à la maternité Paule de Viguier (chu de Toulouse).....	14
2. L'EXTRACTION INSTRUMENTALE.....	18
2.1. L'EXTRACTION INSTRUMENTALE EN FRANCE	18
2.2. COMPLICATIONS MATERNELLES DES ACCOUCHEMENTS INSTRUMENTAUX	18
2.2.1. Lésions du périnée : épisiotomie, déchirures périnéales.....	19
2.2.2. Incontinence anale, incontinence urinaire et prolapsus.....	19
2.2.3. Douleurs périnéales, dyspareunie et bien être psychologique.....	20
2.3. VERS UNE PRATIQUE RESTRICTIVE DE L'ÉPISIOTOMIE EN CAS D'EXTRACTION INSTRUMENTALE ?	20
3. LES SPATULES DE THIERRY	22
3.1. DÉCHIRURES PÉRINEALES SEVERES EN CAS D'EXTRACTION INSTRUMENTALE PAR SPATULES DE THIERRY.....	22
3.2. VERS UNE PRATIQUE RESTRICTIVE DE L'ÉPISIOTOMIE EN CAS D'EXTRACTION INSTRUMENTALE PAR SPATULES DE THIERRY ?.....	23
MATÉRIEL ET MÉTHODE	25
1. DEUX PÉRIODES DISTINCTES QUANT À LEUR POLITIQUE D'ÉPISIOTOMIE.....	25
2. POPULATION DE L'ÉTUDE	25
2.1. CRITÈRES D'INCLUSION	25
2.2. CRITÈRES D'EXCLUSION.....	26
3. L'ACCOUCHEMENT ASSISTÉ DE SPATULES DE THIERRY	26
4. DÉROULEMENT DE L'ÉTUDE.....	29

4.1.	EN SALLE DE NAISSANCE.....	29
4.2.	AVANT LA SORTIE DE LA MATERNITE.....	29
4.3.	A DEUX MOIS DU POST-PARTUM	29
4.4.	COMITE D'ETHIQUE.....	30
5.	LES DONNEES REPERTORIEES	30
5.1.	CARACTERISTIQUES DE LA PATIENTE.....	30
5.2.	CARACTERISTIQUES DE L'ACCOUCHEMENT	30
5.3.	LES LESIONS DE LA FILIERE GENITALE	31
5.4.	CARACTERISTIQUES PEDIATRIQUES.....	31
5.5.	TROUBLES FONCTIONNELS PERINEAUX.....	31
5.5.1.	Au cours de l'hospitalisation	31
5.5.2.	A deux jours du post-partum	31
5.5.3.	A deux mois du post-partum.....	32
6.	CRITERE DE JUGEMENT PRINCIPAL ET CRITERES SECONDAIRES.....	33
7.	ANALYSE STATISTIQUE.....	33
	RESULTATS	34
1.	DESCRIPTION DES POPULATIONS ETUDIEES	34
1.1.	PERIODE 1.....	34
1.2.	PERIODE 2.....	34
2.	DONNEES MATERNELLES, OBSTETRIQUES ET FCETALES	37
2.1.	DONNEES MATERNELLES.....	37
2.2.	DONNEES OBSTETRIQUES	38
2.3.	DONNEES FCETALES.....	39
3.	CONSEQUENCES PERINEALES IMMEDIATES.....	39
4.	DOULEUR PERINEALE EN POST-PARTUM IMMEDIAT.....	41
5.	ETAT NEONATAL	41
6.	CONSEQUENCES FONCTIONNELLES PERINEALES A 2 MOIS DU POST-PARTUM	42
6.1.	TROUBLES FONCTIONNELS ANORECTAUX A DEUX MOIS DU POST-PARTUM	43
6.2.	TROUBLES URINAIRES A DEUX MOIS DU POST-PARTUM.....	45
6.3.	DOULEURS PERINEALES A 2 MOIS	46
6.4.	CONSEQUENCES SUR LES RAPPORTS SEXUELS.....	46
6.5.	BIEN ETRE PSYCHOLOGIQUE EN POST-PARTUM	47
7.	ANALYSE AJUSTEE SUR LES DIFFERENCES IDENTIFIEES ENTRE LA POPULATION DES DEUX PERIODES	47
7.1.	ANALYSE BI VARIEE.	47
7.2.	ANALYSE MULTI VARIEE	48
	DISCUSSION.....	49

1.	LES CARACTERISTIQUES MATERNELLES ET OBSTETRIQUES DE NOTRE ETUDE	50
1.1.	LE PROFIL DES FEMMES DE L'ETUDE	50
1.2.	LES CARACTERISTIQUES OBSTETRIQUES	51
1.2.1.	Durée de présence en salle d'accouchement	51
1.2.2.	L'extraction par spatules	52
2.	L'EPISIOTOMIE	54
2.1.	UNE BAISSSE DU TAUX D'EPISIOTOMIE ET DONNEES DE LA LITTERATURE	54
2.2.	UNE ANALYSE SCIENTIFIQUE DELICATE	58
3.	LES DECHIRURES PERINEALES SEVERES	59
3.1.	UN EVENEMENT RARE	59
3.2.	LES FACTEURS DE RISQUE DE DECHIRURES PERINEALES SEVERES	61
3.2.1.	la macrosomie	61
3.2.2.	Le dégagement en occipito-sacré.....	62
3.2.3.	La durée de la seconde phase de travail	62
3.2.4.	La hauteur de la présentation	63
3.2.5.	L'index de masse corporelle maternelle (IMC)	64
3.2.6.	Les facteurs de confusion potentiels de notre étude.....	64
3.3.	UNE ANALYSE SCIENTIFIQUE DELICATE	64
4.	EXTRACTIONS INSTRUMENTALES, DECHIRURES PERINEALES SEVERES ET EPISIOTOMIE RESTRICTIVE.....	65
4.1.	SPATULES, DECHIRURES PERINEALES SEVERES ET EPISIOTOMIE RESTRICTIVE.....	66
4.2.	VENTOUSES/FORCEPS, DECHIRURES PERINEALES SEVERES ET EPISIOTOMIE RESTRICTIVE	66
4.2.1.	L'épisiotomie médiane	67
4.2.2.	L'épisiotomie médio latérale.....	67
4.2.3.	L'épisiotomie latérale.....	71
4.3.	L'ANGLE DE L'EPISIOTOMIE.....	71
5.	TROUBLES FONCTIONNELS DU POST-PARTUM ET EPISIOTOMIE RESTRICTIVE	72
5.1.	TROUBLES FONCTIONNELS DU POST-PARTUM IMMEDIAT	72
5.1.1.	Hémorragie, désunion et infection de cicatrice	72
5.1.2.	Douleur périnéale.....	73
5.2.	ETAT NEONATAL.....	74
5.3.	TROUBLES FONCTIONNELS A DEUX MOIS DU POST-PARTUM	74
5.3.1.	Troubles urinaires et anorectaux	74
5.3.2.	Douleur périnéales, conséquences sur l'activité sexuelle et bien-être psychologique.....	75
	CONCLUSION	76
	BIBLIOGRAPHIE.....	78
	LES ANNEXES	89

INTRODUCTION

L'épisiotomie est une incision chirurgicale du périnée ayant pour avantages théoriques la prophylaxie de lésions périnéales sévères liées à l'expulsion, la préservation de la statique pelvienne et la protection néonatale dans les contextes de fragilité foetale. Sa pratique a connu un réel essor à partir du début du XX^{ème} siècle, avec l'avènement de l'accouchement médicalisé, au point de devenir quasiment systématique pour l'accouchement de la primipare.

Depuis le début des années 1980, le recours systématique à l'épisiotomie et ses avantages supposés sont fortement remis en question.

L'analyse de la littérature ne montre pas de bénéfice à une politique libérale d'épisiotomie par rapport à une utilisation restrictive tant sur le plan foetal que maternel [1, 2].

Ces constats ont amené le Collège national des gynécologues obstétriciens français à émettre en 2005 des recommandations pour la pratique clinique plaidant pour un recours plus mesuré à l'épisiotomie [3]. Ces recommandations mentionnent que la réalisation d'une épisiotomie ne devrait en aucun cas être systématique mais repose sur l'expertise clinique du praticien responsable de l'accouchement, y compris en cas d'extraction instrumentale.

Le taux global d'épisiotomie a globalement diminué en France, passant de 50,9% en 1998 à 26,8% en 2010 ($p < 0,001$) [4, 5].

Les extractions instrumentales, quel que soit l'instrument utilisé, sont associées à un taux majoré de déchirures périnéales sévères par rapport à l'accouchement par voie basse spontanée. Elles sont fréquemment accompagnées de la réalisation d'une épisiotomie, dans un souci de facilitation du geste et de protection périnéale.

Une approche plus restrictive de l'épisiotomie dans les extractions instrumentales s'est progressivement mise en place depuis quelques années en France et dans notre maternité sans véritable preuve pour soutenir ce changement.

Les données de la littérature sont en effet contradictoires en ce qui concerne le rôle préventif de l'épisiotomie dans cette situation obstétricale. La place de l'épisiotomie est encore largement débattue, notamment chez la primipare.

Au vu des recommandations professionnelles actuelles, nous avons émis l'hypothèse suivante : une diminution de la pratique de l'épisiotomie lors de l'extraction par spatules de Thierry chez la primipare ne devrait pas modifier la prévalence des déchirures périnéales sévères et pourrait améliorer la symptomatologie fonctionnelle maternelle en post-partum.

L'objectif principal de notre étude est d'évaluer les conséquences périnéales d'une politique plus restrictive de recours à l'épisiotomie lors de l'accouchement assisté de spatules de Thierry chez la primipare.

Notre objectif secondaire est d'évaluer dans cette même population la morbidité néonatale immédiate ainsi que la morbidité maternelle à deux jours et à deux mois du post-partum en fonction de la politique d'épisiotomie.

CONNAISSANCES ACTUELLES

1. L'ÉPISIOTOMIE

1.1. VERS DES RECOMMANDATIONS POUR LA PRATIQUE CLINIQUE EN FAVEUR D'UNE ÉPISIOTOMIE RESTRICTIVE.

La description princeps de la pratique de l'épisiotomie est le fait de Sir Fielding Ould dans un ouvrage nommé « *A treatise of midwifery* » en 1742 dans lequel il décrit la « possibilité de couper le périnée maternel à l'aide de ciseaux en passant une lame de ces derniers entre la tête fœtale et le vagin maternel, en direction de l'anus, aussi loin que nécessaire, quand «l'extraordinaire constriction de l'orifice externe vaginal ne peut être levée au doigt» [6].

Au début réservé aux accouchements les plus difficiles, l'épisiotomie a connu un réel engouement et une banalisation à partir du début du XXème siècle, avec l'avènement de l'accouchement médicalisé, au point de devenir quasiment systématique pour l'accouchement de la primipare.

Les bénéfices attendus de cet acte chirurgical était la prévention des lésions périnéales sévères liées à l'expulsion, de la survenue d'une incontinence urinaire, de la survenue d'une incontinence anale, la préservation de la statique pelvienne et la protection néonatale dans les contextes de fragilité fœtale.

Ces indications semblaient incontestables et on pouvait ainsi lire en 1938 dans une revue médicale américaine : « Les indications de l'épisiotomie sont définitivement établies et n'ont pas besoin d'être justifiées » [7].

C'est en 1983 qu'une première étude de Thaker & Banta a tiré une sonnette d'alarme. Selon eux, il n'existait aucune étude scientifique randomisée prouvant l'efficacité de cette pratique devenue aussi courante [8].

Quelques années plus tard en 1995, Woolley affirmait «L'épisiotomie prévient des déchirures périnéales antérieures mais échoue à accomplir les autres bénéfices maternels et fœtaux qui lui étaient traditionnellement attribués à savoir la prévention des déchirures

périnéales et leurs séquelles, la prévention des troubles de la statiques pelvienne et leurs séquelles» [9]. Il donne ainsi un coup d'arrêt à la pratique systématique de l'épisiotomie.

Dans la méta-analyse de Hartmann et al. en 2005, le risque global de déchirures périnéales du 3^{ème} et 4^{ème} degré était de 2,1% (Tableau 1). Ce risque variait de 0 à 8,3% parmi les patientes du groupe «pratique libérale de l'épisiotomie» et de 0 à 7,7% parmi les patientes du groupe «pratique restrictive de l'épisiotomie» [1]. Par conséquent, il était possible de conclure avec un niveau de preuve élevé que l'épisiotomie libérale ne s'est pas révélée efficace dans la prévention des déchirures périnéales du 3^{ème} et 4^{ème} degré (RR=1,13 ; IC95% 0,78-1,65).

Auteurs	Année de publication	n	Groupes	n	Taux d'épisiotomies (%)	Incidence de toutes sutures périnéales (%)	Incidence des déchirures périnéales 3 ^e -4 ^e degré (%)	Incidence des déchirures périnéales antérieures (%)
Sleep <i>et al.</i> [3]	1984	1 000	Libérale	502	51,4	78	0,2	17,3
			Restrictive	498	10,2	69	0,8	26,3 ^a
Harrison <i>et al.</i> [4]	1984	181	Libérale	89	44,9		5,6*	
			Restrictive	92	7,6		0	
House <i>et al.</i> [5]	1986	165	Libérale	71	69		1,4	
			Restrictive	94	18,1		0	
Klein <i>et al.</i> [6]	1992	703	Libérale	350	93,7		7,4	10,6
			Restrictive	353	43,8		7,7	14,9 ^a
Argentine Episiotomy Trial Collaborative Group [7]	1993	2 606	Libérale	1 298	82,6	88,1 ^a	1,5	8,1
			Restrictive	1 308	30,1	63	1,1	19,2 ^a
Eltorkey and Nuaim [8]	1994	200	Libérale	100	83	85	0	18
			Restrictive	100	53	67	0	12
Dannecker <i>et al.</i> [9]	2004	146	Libérale	76	76,7		8,3	41,7
			Restrictive	70	40,8		4,1	55,1 ^a

^a $p < 0,05$.

Tableau 1. Incidence des déchirures périnéales du 3^{ème} et 4^{ème} degré et des déchirures antérieures dans les essais randomisés « épisiotomies libérales versus épisiotomies restrictives ». D'après la méta-analyse de Hartmann et al. (2005) [1].

De son côté, l'Organisation Mondiale de la Santé prônait également pour une politique restrictive d'épisiotomie, en particulier du fait du risque infectieux lié à une telle intervention dans les pays en voie de développement [10].

Ces constats ont amené le Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français (CNGOF) à émettre en décembre 2005 des recommandations pour la pratique clinique (RPC) [3].

Il ne recommande pas la pratique libérale de l'épisiotomie et ce, quelle que soit la situation obstétricale : «L'analyse de la littérature ne montre pas de bénéfices à une politique libérale d'épisiotomies par rapport à une utilisation restrictive, tant sur le versant fœtal (Grade C) que maternel (Grade A). Par conséquent, la pratique libérale de l'épisiotomie n'est pas recommandée».

Les Sociétés des gynécologues et obstétriciens Américains, Britanniques et Canadiens émettent également des recommandations en faveur d'une politique restrictive de l'épisiotomie [11, 12, 13].

1.2. LES RECOMMANDATIONS POUR LA PRATIQUE CLINIQUE (CNGOF, 2005) [3]

Le message principal de ces recommandations, au vu de la littérature, est de ne pas recommander la pratique systématique de l'épisiotomie. Les différentes équipes sont donc incitées à mettre en place une politique de réduction du taux global d'épisiotomie. Même s'il est difficile de définir un taux raisonnable d'épisiotomie, le groupe de travail a estimé à la lumière de la littérature, que le taux global national devrait se situer en dessous de 30% des accouchements par voie basse. Un programme d'amélioration continue de la qualité des soins englobant différentes actions (formations, audits, présence d'un leader, rétro-information pour chaque professionnel de son propre taux d'épisiotomies) devrait réduire le recours aux épisiotomies (Grade B).

Le deuxième message concerne l'absence de bénéfices maternels d'une pratique libérale de l'épisiotomie. Celle-ci ne prévient pas la survenue de déchirure grave du périnée (grade A), d'incontinence anale (grade B), d'incontinence urinaire d'effort (grade A) ou par urgenteries (grade B).

Le troisième message concerne les situations obstétricales spécifiques. Aucune des situations obstétricales où l'épisiotomie était « classiquement » conseillée ne constitue une indication systématique (primiparité, extraction instrumentale, suspicion de macrosomie, variété postérieure persistante, présentation de la face, présentation du siège,

accouchement gémellaire, antécédent de déchirures graves, état foetal non rassurant, foetus prématuré ou atteint de retard de croissance in utero). Dans toutes ces situations obstétricales spécifiques, une épisiotomie peut être judicieuse sur la base de l'expertise clinique de l'accoucheur (Accord professionnel).

Les recommandations apportent également des conseils argumentés sur les techniques (analgésie, épisiotomie médio-latérale, règles d'hygiène et d'asepsie, réparation avec un surjet continu) et les soins à apporter en suites de couches.

1.3. LES COMPLICATIONS MATERNELLES IMMEDIATES ET A LONG TERME DE L'ÉPISIOTOMIE

L'épisiotomie n'est pas un acte dénué de complications maternelles, elle constitue en soi une lésion périnéale avec une morbidité non négligeable.

Les déchirures simples du périnée semblent souvent être moins pourvoyeuses de complications [3]. Les suites opératoires sont souvent moins douloureuses et moins complexes que celles de l'épisiotomie.

L'épisiotomie peut aussi être source d'une souffrance morale et psychologique importante de par ses complications mais aussi de par l'acte en lui-même qui est parfois décrit par les femmes comme un acte de mutilation.

1.3.1. HÉMORRAGIE DU POST-PARTUM

Dans les recommandations de 2004 pour la pratique clinique sur les hémorragies du post-partum, Tessier et Pierre classaient parmi les « facteurs de risque établis » les déchirures du périnée et les épisiotomies [14].

Stones et al. ont montré que l'épisiotomie était un facteur de risque significatif d'hémorragie supérieure à 1000ml (RR=2,06 ; IC95% 1,36-3,11) alors que les déchirures périnéales n'en étaient pas un [15].

Les épisiotomies, en particulier médio-latérales et latérales, semblent être à l'origine de spoliations sanguines plus importantes que les déchirures simples [1].

1.3.2. DOULEURS PERINEALES ET CICATRISATION

Dans le post-partum immédiat, les patientes ayant eu une épisiotomie se plaignent davantage de douleurs périnéales que celles ayant accouché avec un périnée intact ou une déchirure du 1^{er} ou du 2^{ème} degré (grade A). Cette différence n'existe plus à 3 mois [3].

Dans une étude de cohorte prospective de 2004, les douleurs perçues étaient plus importantes au 7^{ème} jour après épisiotomie qu'après déchirure du 1^{er} ou 2^{ème} degré ou lorsque le périnée était resté intact (Tableau 2) [16]. À 6 semaines du post-partum, il n'existait plus de différence significative quant aux douleurs périnéales.

Par contre, dans la méta-analyse des études randomisées réalisée pour la Cochrane Library, une politique restrictive d'épisiotomie n'entraînait pas de modification significative au 3^{ème} ou 10^{ème} jour comme à 3 mois des douleurs périnéales [2].

Type de traumatisme (nombre de patientes)	Fréquence (%) 1 ^{er} jour	Fréquence (%) 7 ^e jour	Fréquence (%) 6 semaines du post-partum	RR ajusté 1 ^{er} jour	RR ajusté 7 ^e jour	RR ajusté 6 semaines du post-partum
Périnée intact (n = 84)	75	38	0	1,0	1,0	1,0
Déchirure du 1 ^{er} ou 2 ^e degré (n = 220)	95	60	4	1,3 (1,2-1,3)	1,5 (1,1-1,8)	2,5 (0,3-17,4)
Episiotomie (n = 96)	97	71	13	1,3 (1,2-1,3)	1,6 (1,3-9,6)	4,7 (0,6-27,9)
Déchirure du 3 ^e ou 4 ^e degré (n = 46)	100	91	20	1,3 (1,2-1,6)	2,1 (1,5-2,5)	5,2 (0,6-32,1)

Tableau 2. Douleurs périnéales selon le type de traumatisme périnéal. McArthur et al.(2004)

Dans une étude de cohorte prospective comparant épisiotomie et déchirure spontanée, il existait après épisiotomie davantage d'infections de cicatrice dans le post-partum (10,2% versus 2,4% ; $p < 0,001$) [17]. Six à douze semaines après l'accouchement, les problèmes de cicatrization étaient significativement plus fréquents dans le groupe épisiotomie.

Dans une méta-analyse de la Cochrane, une politique restrictive de la pratique de l'épisiotomie réduisait de façon significative les problèmes de cicatrization au 7^e jour mais ne modifiait pas le taux d'hématomes ou d'infections périnéales [2].

1.3.3. DYSpareunies

Quelle que soit la politique d'épisiotomie pratiquée, il n'existe pas de différence concernant la reprise des rapports sexuels dans les 3 mois. Si l'épisiotomie semble générer plus de dyspareunies pendant les premières semaines du post-partum, ceci n'est plus vrai à distance de l'accouchement (Grade A) [1, 2, 3].

1.3.4. INCONTINENCE URINAIRE

La pratique libérale de l'épisiotomie ne prévient pas la survenue d'une incontinence urinaire que ce soit l'incontinence urinaire d'effort (grade A) ou l'incontinence urinaire par urgencies (grade B) [3].

Dans une étude épidémiologique publiée par Casey et al. en 2005 et menée dans une cohorte de 3887 primipares en moyenne 7 mois après l'accouchement, l'épisiotomie n'était un facteur de risque, ni d'incontinence urinaire d'effort (OR=1,1; IC95% 0,7-1,6), ni d'incontinence urinaire par urgencies (OR=1,1; IC95% 0,9-2,0) [18].

Dans la méta-analyse d'Hartmann et al., 7 études prospectives, dont deux randomisées ont rapporté des données sur le risque d'incontinence urinaire de 3 mois à 4 ans après l'accouchement [1]. Les chiffres étaient statistiquement non différents chez les patientes ayant eu ou n'ayant pas eu une épisiotomie ainsi qu'en cas d'épisiotomie libérale ou restrictive.

1.3.5. INCONTINENCE ANALE

La pratique libérale de l'épisiotomie ne prévient pas la survenue d'une incontinence anale (grade B), et semble même exposer à ce risque dans les trois premiers mois du post-partum [3].

Dans la méta-analyse d'Hartmann et al., aucune étude n'a retrouvé d'effet protecteur de l'épisiotomie. Au contraire, les deux études ayant évalué la fréquence de l'incontinence anale trois mois après l'accouchement, ont retrouvé une augmentation significative du risque par un facteur 2 dans le groupe épisiotomie [1].

Dans l'étude de cohorte historique de Casey et al., l'épisiotomie était un facteur de risque d'incontinence anale (OR=2,4; IC95% 1,1-2,6) [18]. De la même manière, Parant et al.

rapportent dans une étude prospective observationnelle, l'épisiotomie médio-latérale comme facteur de risque d'incontinence anale à deux mois du post-partum (OR=3,9; IC95% 1,6-9,3) [19]. Cette association n'est plus significative à six mois du post-partum.

Fritel et al. qui comparent les deux politiques d'épisiotomie quatre ans après le premier accouchement rapportent que l'incontinence anale était moins fréquente dans le groupe restrictif [20]. La différence était significative pour l'incontinence aux gaz (8% versus 13% p=0,02) mais pas pour l'incontinence fécale.

1.4. EVOLUTION DU TAUX D'EPISIOTOMIE

1.4.1. EVOLUTION DU TAUX D'EPISIOTOMIE EN FRANCE

Selon les données des enquêtes nationales périnatales et celle de l'association des utilisateurs de dossiers informatisés en pédiatrie, obstétrique et gynécologie (AUDIPOG), le taux global d'épisiotomie a nettement diminué en France passant de 50,9% en 1998 à 26,8% en 2010 (Figure 1) [4, 5].

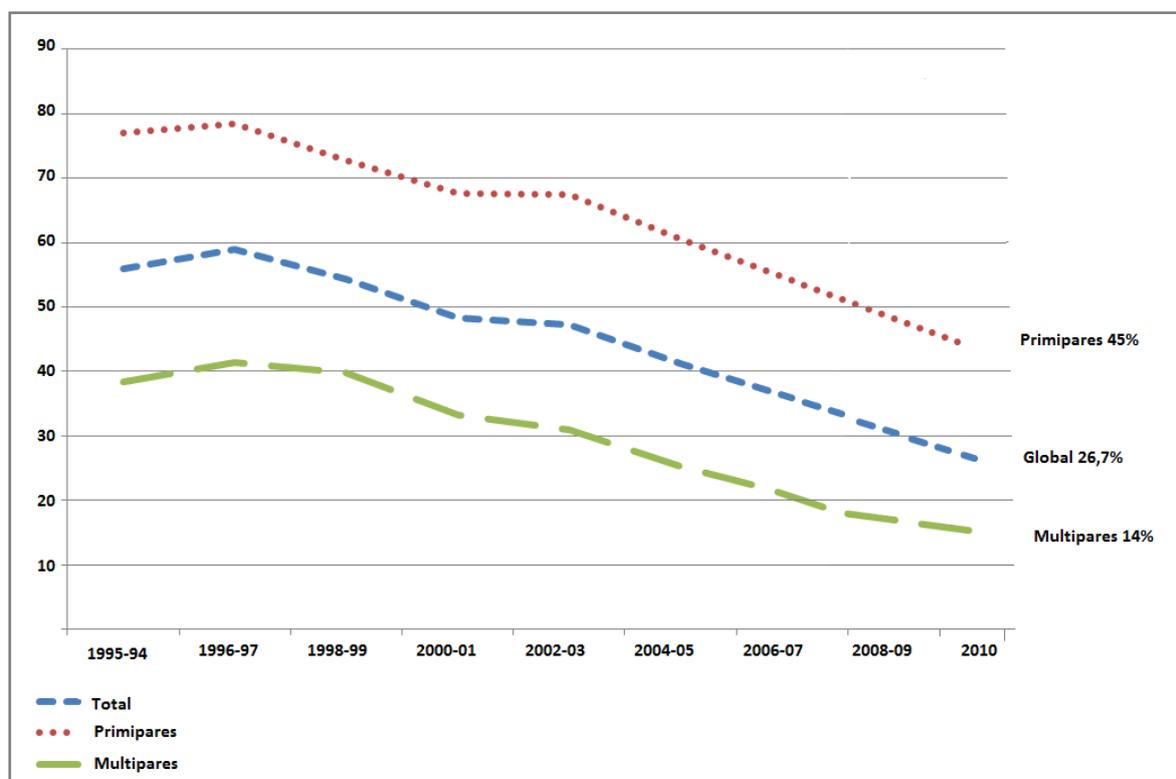


Figure 1. Evolution du taux d'épisiotomies en France (taux rapporté aux accouchements par voie basse).

Des différences ont été observées selon les maternités avec des taux d'épisiotomie significativement supérieurs dans les établissements privés (Tableau 3) [4 ,5].

Caractéristiques de la maternité	N	% épisiotomie (a)	p	aOR(b)	IC95 %	p
Taille de la maternité :						
< 1 000	1 354	19,9	0,03	1		0,18
1 000 à 1 999	2 519	21,0		1,13	0,88-1,44	
2 000 à 2 999	2 022	19,2		0,95	0,72-1,25	
≥ 3 000	1 227	17,0		0,80	0,57-1,12	
Statut de la maternité :						
Public	5 226	18,2	< 0,001	1		< 0,001
Privé	1 896	23,4		1,44	1,17-1,78	
Niveau de soins périnataux :						
I	2 237	19,5	< 0,01	1		0,14
IIA	1 868	21,4		1,20	0,94-1,53	
IIB	1 491	20,6		1,29	0,97-1,70	
III	1 526	16,6		0,96	0,70-1,31	

(a) Le taux d'épisiotomie indiqué est calculé parmi les femmes ayant accouché spontanément sans extraction instrumentale.
(b) Odd Ratio ajustés sur les variables suivantes: âge gestationnel, poids foetal, âge maternel, parité, indice de masse corporelle, origine géographique, niveau d'éducation.

Tableau 3. Pratique de l'épisiotomie chez la femme à bas risque en 2010 en France selon le type de maternité. Source Enquête périnatale 2010 [4].

1.4.2. L'ÉPISIOTOMIE A LA MATERNITE PAULE DE VIGUIER (CHU DE TOULOUSE)

Au CHU de Toulouse (seule maternité de niveau III régionale, réalisant plus de 4600 naissances par an), on observe une baisse continue du taux d'épisiotomie avec une stabilisation autour de 30% et une augmentation en miroir du taux de déchirure bénigne (Figure 2). Les taux de périnée intact et de déchirures sévères sont stables. Ces évolutions se retrouvent quelle que soit la parité (Figures 3 et 4) [21].

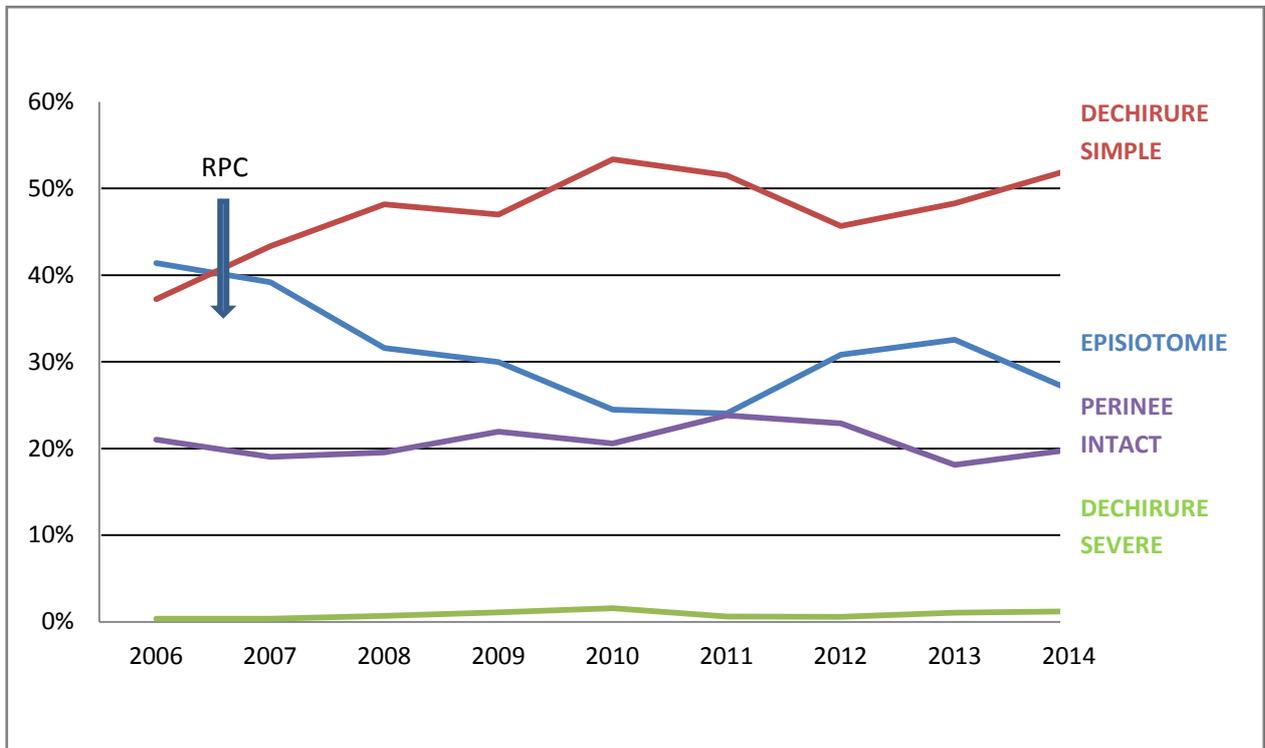


Figure 2. Evolution du taux d'épisiotomies et de déchirures périnéales de 2006 à 2014 à Paule de Viguer. Les données concernent le premier trimestre de chaque année.

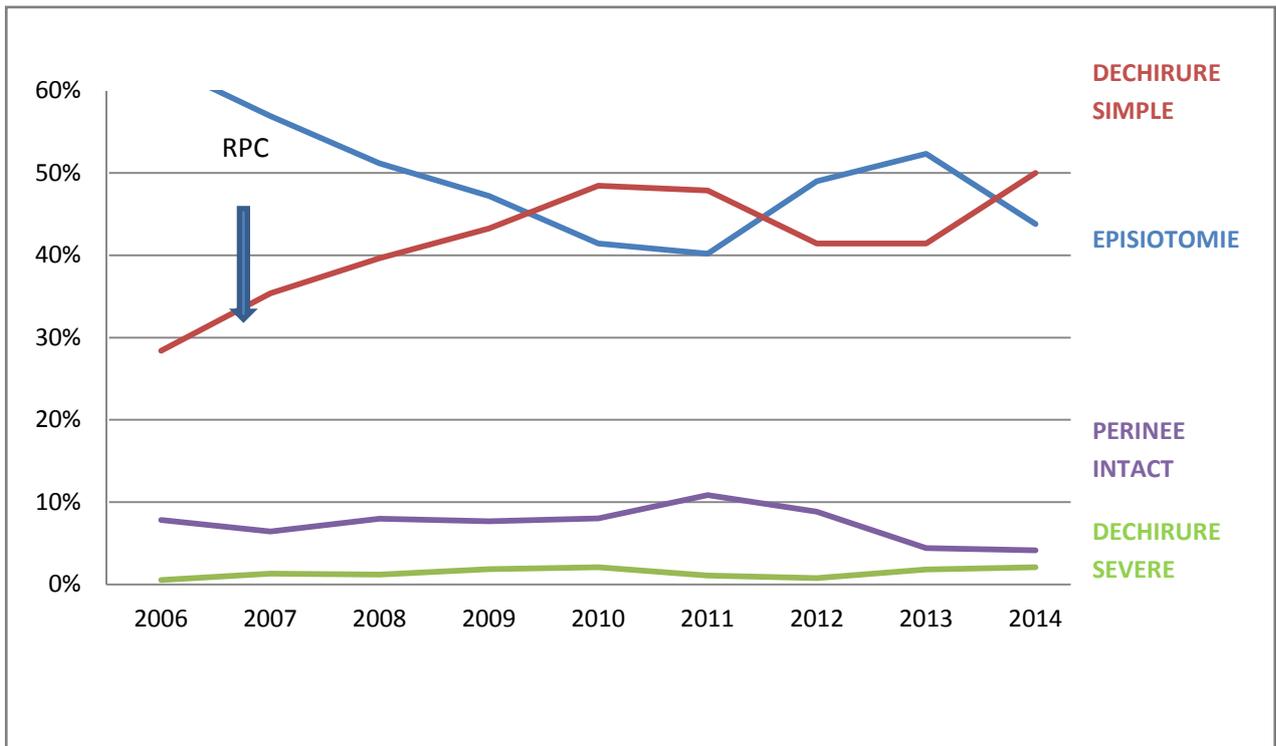


Figure 3. Evolution du taux d'épisiotomies et de déchirures périnéales de 2006 à 2014 à Paule de Viguer chez la primipare. Les données concernent le premier trimestre de chaque année.

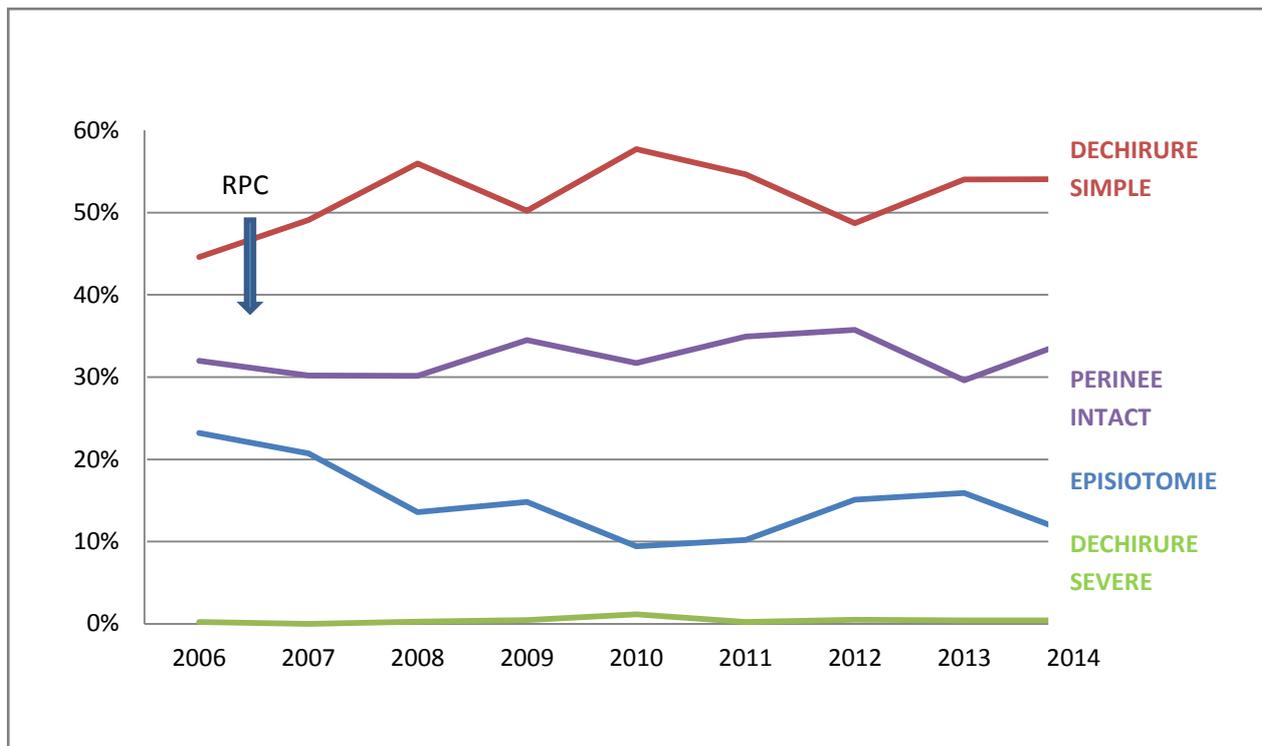


Figure 4. Evolution du taux d'épisiotomies et de déchirures périnéales de 2006 à 2014 à Paule de Viguier chez la multipare. Les données concernent le premier trimestre de chaque année.

Afin de réduire notre taux d'épisiotomies, différentes mesures ont été instaurées dans notre maternité. Ces mesures ont été prises en accord avec le chapitre « Comment pourrait-on réduire le taux global d'épisiotomies dans notre pays ? » des recommandations nationales relatives à l'épisiotomie [3].

Les mesures mises en œuvre ont comporté la diffusion des RPC au niveau institutionnel et régional (via le réseau périnatal), la diffusion au sein du service d'un « protocole » interne de gestion du périnée en salle de naissance disponible via intranet, la diffusion d'affiches rapportant les messages clés des RPC (Figure 5), la modification du dossier d'accouchement avec un chapitre « périnée » plus étoffé (schéma, rappel de la classification des déchirures, nécessité d'inscrire l'indication pour chaque épisiotomie réalisée) et la diffusion globale et régulière du taux d'épisiotomie.

Le taux d'épisiotomie a été utilisé comme indicateur de qualité dans le cadre de l'évaluation des pratiques professionnelles. Un audit interne a été effectué comportant, depuis 2006, une évaluation systématique du taux d'épisiotomie et de déchirures périnéales au cours du premier trimestre de chaque année (incluant l'ensemble des accouchements voie basse).

O. Parant
J. Puygrenier
03/2015

L'épisiotomie à l'Hôpital Paule de Viguier, 8 ans après les RPC !

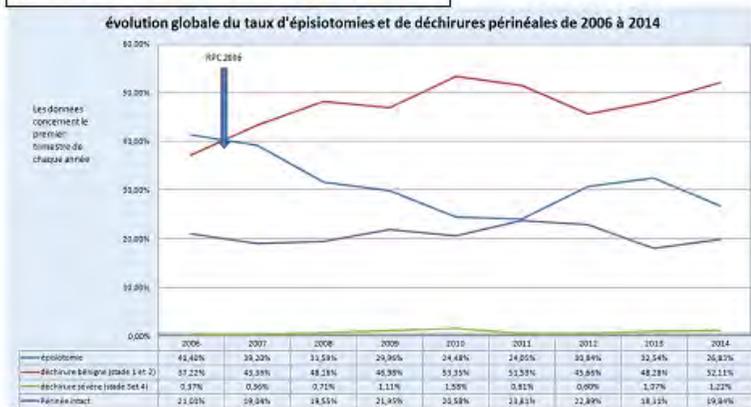
Objectif des recommandations:

- * Faire que le taux global d'épisiotomies devienne < 30%
- * Faire en sorte que le périnée des patientes soit le plus souvent intact !

Recommandations épisiotomie CNGOF 2006 :

- Il n'y a pas de bénéfice tant sur le versant fœtal que sur le versant maternel à une politique « libérale » par rapport à une pratique plus « restrictive »
- Aucune des situations obstétricales où l'épisiotomie était classiquement conseillée ne constitue une indication systématique (primiparité, macrosomie, manœuvre, extraction instrumentale, siège, gémellaire, variétés postérieures, antécédent de déchirure grave, état fœtal non rassurant, enfant de faible poids)
- Dans ces situations, une épisiotomie peut cependant s'avérer judicieuse sur la base de l'expertise clinique du professionnel responsable de l'accouchement

Statistiques à l'Hôpital Paule de Viguier :



Incision :

- . Au petit couronnement,
- . Médiolatérale, en partant de la fourchette vulvaire
- . L'incision doit donner un angle de 45°
- . Horizontaliser l'incision sur un périnée non-amplié (spatules)

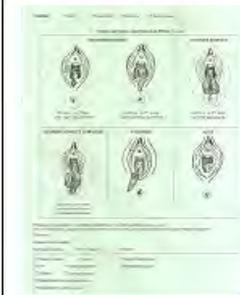


Installation :

- .Analgésie systématique
- .Règles hygiène/asepsie,
- .Port du masque

Dossier :

Pensez à bien décrire et de manière complète la partie lésions périnéales



Technique de suture :

Suture recommandée selon la technique « 1-Fil, 1-nœud » (4 plans, surjet continu, ASSUFIL fast 0, aig. 36.4mm courbe)

(1) **plan muqueux** : Point d'angle supérieur sur la muqueuse vaginale, puis surjet muqueux jusqu'en arrière du vestige hyménéal

(2) **plan musculaire** : Dans la continuité du plan muqueux, le surjet débute par la berge gauche et se termine au point d'angle cutané. En faisant un surjet, il est habituel de faire plus de passages qu'avec des points séparés.

(3) **plan sous-cutané** : Le surjet de ce plan se fait en remontant de l'angle de la peau jusqu'à l'hymen. Ce plan permet de préparer le suivant en effaçant l'espace mort et en absorbant les tensions qui pourraient s'exercer sur le plan cutané.

(4) **plan cutané** : l'aiguille ressort du plan muqueux au niveau de l'hymen. Un ou deux points de surjet sont habituellement nécessaires pour aller jusqu'à la jonction peau muqueuse où débute le surjet intra-dermique qui va fermer la peau jusqu'au point d'angle. On piquera l'aiguille dans l'angle pour ressortir à 1-2 cm. Le fil est coupé au ras de la peau pour être enfoui, sans suture.

En suites de couches :

Education de la patiente (hygiène, soins, massage de la cicatrice, rééducation périnéale)
Analgésiques (Ibuprofène et Kétoprofène per os, sur période courte si allaitement / Paracétamol).



1



2



3



4

Figure 5. Affiche de diffusion des recommandations de la maternité Paule de Viguier.

2. L'EXTRACTION INSTRUMENTALE

L'extraction instrumentale permet d'assister et de réaliser la naissance du nouveau-né à travers les voies génitales maternelles par l'intermédiaire d'un matériel spécifique. Elle est réalisée afin de raccourcir la phase d'expulsion du fœtus en dehors de la filière pelvi-génitale maternelle. Il existe trois types d'instruments obstétricaux : la ventouse, le forceps et les spatules.

2.1. L'EXTRACTION INSTRUMENTALE EN FRANCE

Une étude réalisée en 2007 par Mangin et al. a permis de faire un état des lieux national sur l'extraction instrumentale [22]. Sur les 49 centres interrogés (niveaux I, II et III), le taux d'extraction instrumentale était extrêmement variable d'un centre à l'autre, allant de 5,3 à 34,1 % de l'ensemble des accouchements. La plupart des centres utilisait au moins deux instruments.

L'enquête de périnatalité en 2010, rapporte un taux de 12% d'extraction instrumentale. La ventouse est l'instrument le plus utilisé (5.3% des naissances) [4].

Dans notre maternité, le taux d'extraction instrumentale est actuellement (données 2014) de 13,5% (n=613). La répartition de l'utilisation des différents instruments est la suivante : 96,4% de spatules de Thierry, 1,1% de forceps et 2,5% de ventouses.

Le taux d'extraction instrumentale est bien évidemment majoré chez la primipare (30% des accouchements voies basses).

2.2. COMPLICATIONS MATERNELLES DES ACCOUCHEMENTS INSTRUMENTAUX

Ces complications peuvent être immédiates ou tardives. Elles sont non spécifiques car pouvant survenir après une voie basse non opératoire.

2.2.1. LÉSIONS DU PÉRINÉE : ÉPISIOTOMIE, DÉCHIRURES PÉRINEALES

Les principaux mécanismes majorant le risque de lésions périnéales en cas d'extraction instrumentale sont l'augmentation des dimensions et la distension excessive des parties molles par l'instrument utilisé et l'absence d'ampliation périnéale préalable liée à la rapidité de l'expulsion. La situation clinique de l'extraction instrumentale majore souvent ce risque périnéal (primipare, macrosomie, variété postérieure).

Les accouchements instrumentaux sont significativement associés à un taux d'épisiotomie plus important que les accouchements spontanés. Par rapport aux autres instruments, l'extraction par ventouse semble diminuer le nombre d'épisiotomies (grade B) [23].

L'épisiotomie est plus hémorragique que dans les voies basses spontanées [24]. Ceci s'explique par le fait que les épisiotomies sont plus larges, régulièrement réalisées sur des périnées peu ampliées.

Une analyse de la littérature internationale de 2008, réalisée dans le cadre des recommandations du CNGOF, concluait à une majoration significative du risque de déchirures périnéales sévères en cas d'extraction instrumentale par rapport à la voie basse spontanée [25]. L'analyse des principales études de cohorte rapporte des prévalences variant de 4 à 33% et de 2 à 28 % en cas de forceps et de ventouse pour des OR respectifs de 1,5 à 27 et de 2 à 28 par rapport à la voie basse spontanée.

2.2.2. INCONTINENCE ANALE, INCONTINENCE URINAIRE ET PROLAPSUS

Dans la méta-analyse de Pretlove [26], l'extraction instrumentale majorait les risques d'incontinence anale, entre 6 mois et un an après l'accouchement, par rapport à la voie basse spontanée, mais la différence n'était significative que dans le groupe forceps. La prévalence de l'incontinence anale à distance de l'accouchement semble similaire quel que soit le mode d'accouchement.

L'extraction instrumentale ne semble pas être associée à une augmentation du risque d'incontinence urinaire persistante du post-partum par rapport à la voie vaginale spontanée, ni être un facteur favorisant la survenue d'un prolapsus génital [27,28].

Dans une étude prospective observationnelle réalisée dans notre maternité, il n'a pas été mis en évidence d'effet délétère de l'extraction instrumentale par spatules de Thierry sur les

symptômes urinaires et sur l'incontinence anale à deux et à six mois du post-partum par rapport à la voie basse spontanée chez la primipare [19].

2.2.3. DOULEURS PERINEALES, DYS-PAREUNIE ET BIEN ETRE PSYCHOLOGIQUE

L'extraction instrumentale est un facteur de risque indépendant de douleurs périnéales à deux et à six mois [29]. Elle majore le risque de dyspareunies [29].

Il semble qu'une extraction instrumentale difficile puisse être à l'origine de séquelles psychologiques pouvant faire renoncer à une autre grossesse [30].

2.3. VERS UNE PRATIQUE RESTRICTIVE DE L'ÉPISIOTOMIE EN CAS D'EXTRACTION INSTRUMENTALE ?

L'extraction instrumentale est une situation obstétricale à haut risque périnéal [25].

Pendant longtemps l'épisiotomie était un élément systématique de l'accouchement assisté, son but étant d'éviter les déchirures du sphincter anal en réduisant la tension du périnée et en guidant la déchirure périnéale et de minimiser les risques de traumatisme fœtal.

Une approche restrictive de l'épisiotomie dans les extractions instrumentales s'est progressivement mise en place depuis quelques années sans véritable preuve pour soutenir ce changement [21].

L'analyse de la littérature montre que le rôle de l'épisiotomie est très discuté en cas d'extraction instrumentale. Certains auteurs lui reconnaissent un rôle protecteur sur le périnée et continuent de préconiser la pratique d'une épisiotomie systématique [31-36]. D'autres lui reconnaissent cet effet protecteur uniquement chez la primipare [37-39] ou lors de l'extraction par forceps [40-41]. À l'opposé, certains ne lui reconnaissent aucune efficacité préventive [42-47] ou la considèrent comme un facteur de risque de lésions périnéales [48-51].

En 2006, les recommandations françaises pour la pratique clinique sur l'épisiotomie concluaient, du fait d'un manque de preuve évident, que la pratique systématique de l'épisiotomie ne se justifiait pas en cas d'extraction instrumentale et laisser le bon sens clinique du praticien guider le recours ou non à cette périnéotomie [3]. Selon eux

le taux de déchirures périnéales sévères semble augmenter quand l'extraction instrumentale est associée à une épisiotomie (Grade B) sans que le lien de cause à effet entre ces deux éléments ne soit clairement établi. Il n'est pas possible d'en déduire une causalité car les extractions associées à une épisiotomie pourraient être à plus haut risque de lésions périnéales.

Dans les recommandations concernant les extractions instrumentales, les experts ont une attitude plus réservée sur la question de l'épisiotomie. Selon eux, la réalisation d'une épisiotomie médio latérale réduirait avec un niveau de preuve C le risque de déchirure sphinctérienne en cas de ventouse et de forceps [23]. Elle doit donc être étudiée au cas par cas. Néanmoins, ils ne concluaient pas à l'avantage de l'épisiotomie systématique.

Selon les dernières recommandations Britanniques de 2015, l'épisiotomie médio latérale et c'est un élément nouveau, devrait être envisagée dans les extractions instrumentales [52].

La question d'une pratique restrictive de l'épisiotomie en cas d'extraction instrumentale est encore largement débattue.

3. LES SPATULES DE THIERRY

Les spatules constituent un instrument récent, mis au point il y a une cinquantaine d'années, composé de deux cuillères symétriques, indépendantes et non articulées (Figure 6) [53,54]. Elles sont essentiellement utilisées en France et dans certains pays hispaniques et n'ont que peu été étudiées dans la littérature scientifique.

Les données de l'AUDIPOG montrent que les spatules sont utilisées dans 24% des accouchements instrumentaux [5]. Elle représente 2,9% des accouchements par voie basse en 2010 [4].

A Paule de Viguier, en 2014, 96,4% des extractions instrumentales sont réalisées à l'aide de spatules de Thierry (n=590).



Figure 6. Les spatules de Thierry.

3.1. DECHIRURES PERINEALES SEVERES EN CAS D'EXTRACTION INSTRUMENTALE PAR SPATULES DE THIERRY

Les spatules qui jouissent d'une réputation de faible morbidité foetale sont accusées, malgré une pauvre littérature, de générer de nombreuses lésions périnéo-vaginales.

L'évaluation de la morbidité maternelle après une extraction par spatules de Thierry reste discrète et repose essentiellement sur des séries françaises (Tableau 4) [55-66]. La plupart des études sont rétrospectives et de faible effectif.

L'incidence des déchirures sévères du périnée est plus élevée qu'en cas d'accouchement spontané de façon identique aux autres instruments (60, 61, 64-66).

L'utilisation de spatules est classiquement associée à un taux de lésions périnéales de 3^{ème} degré de 1,8 à 4,3%, les lésions de quatrième degré étant observées dans 0 à 0,6% des cas (Tableau 4) [55-66].

Premier auteur	Année	Effectif	Épisiotomie (%)	Lésions périnéales sévères (%)
De Troyer	2005	166	96	3,6
Maisonnette-Escot	2005	190	84,8	4,8
Mazouni	2005	279	99,3	5,4
Ménard	2008	168	97	4,2
Parant	2009	195	97,9	3,6
Vanlieferinghen	2009	332	80,3	2,1
Boucoiran	2010	1065	87,3	6,2
Courtois	2007	163	91,3	17,4 OS 2,9 OP
Vintejoux	2011	572	41,1	7
Aouar	2009	69	15,9	2,9
Tsoyem Mouafou	2011	40	35,1	2,7
Grisot	2011	126	67,4	4,8

Tableau 4. Épisiotomies et déchirures périnéales sévères dans la littérature en cas d'extraction par spatules de Thierry [55-66].

3.2. VERS UNE PRATIQUE RESTRICTIVE DE L'ÉPISIOTOMIE EN CAS D'EXTRACTION INSTRUMENTALE PAR SPATULES DE THIERRY ?

Les recommandations nationales relatives aux spatules, concluent que le principal inconvénient des spatules est un recours fréquent à l'épisiotomie (Tableau 4), notamment chez la primipare et que ce constat paraît cependant souvent relever d'une pratique systématique qui devrait être remise en cause (avis d'expert) [67].

Certaines équipes rapportent des taux d'épisiotomie plus faibles lors d'extraction par spatules sans majoration des déchirures périnéales sévère [56, 64-66].

Pendant longtemps, l'épisiotomie systématique dans l'extraction par spatules était prônée par l'école toulousaine [53]. Mais depuis quelques années, on constate, en accord avec les recommandations nationales et grâce aux mesures instaurées, que l'accouchement par spatules s'accompagne d'une pratique plus restrictive de l'épisiotomie. On observe, en effet une diminution du taux d'épisiotomie chez la primipare et chez la multipare (Figures 7 et 8) [21].

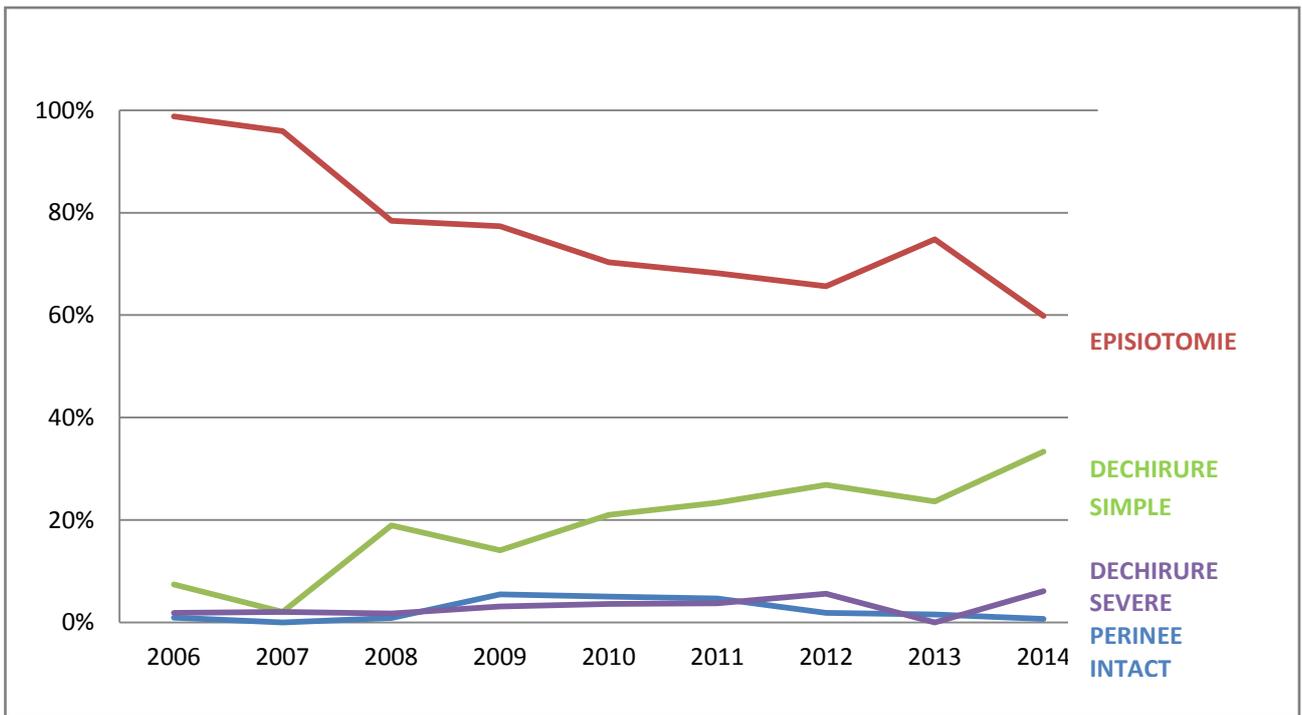


Figure 7. Evolution du taux d'épisiotomies et de déchirures périnéales dans les extractions par spatules chez la primipare de 2006 à 2014 à Paule de Viguié. Les données concernent le premier trimestre de chaque année.

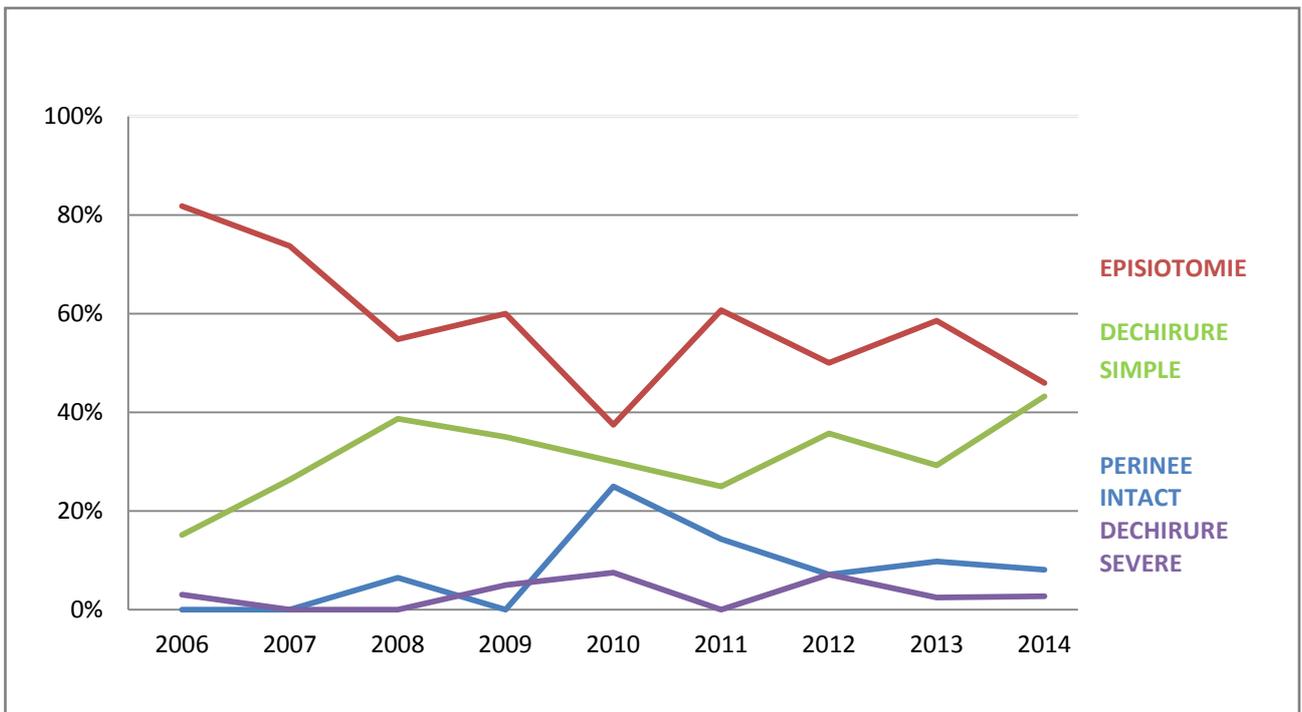


Figure 8. Evolution du taux d'épisiotomies et de déchirures périnéales dans les extractions par spatules chez la multipare de 2006 à 2014 à Paule de Viguié. Les données concernent le premier trimestre de chaque année.

MATERIEL ET METHODE

Il s'agit d'une étude prospective comparative monocentrique menée au sein d'une maternité de niveau III, le CHU de Toulouse. Nous avons comparé deux périodes de recrutement, d'une durée identique d'environ 6 mois (année 2006 et année 2014).

1. DEUX PERIODES DISTINCTES QUANT A LEUR POLITIQUE D'EPISIOTOMIE

La première période s'étend du 19 décembre 2005 au 6 juin 2006. Les données de cette période ont fait l'objet de plusieurs publications [19,55, 68]. La pratique de l'épisiotomie était, dans ce travail, systématique lors de l'accouchement assisté par spatules de Thierry chez la primipare.

La seconde période s'étend du 1 avril 2014 au 22 octobre 2014. Contrairement à la première période, la pratique de l'épisiotomie y est plus restrictive.

2. POPULATION DE L'ETUDE

La cohorte étudiée était constituée de toutes les patientes primipares ayant accouché par voie basse assistée de spatules de Thierry à Paule de Viguié au cours de ces deux périodes après 36 semaines d'aménorrhée.

2.1. CRITERES D'INCLUSION

- Patiente primipare à périnée intact
- Grossesse unique
- Présentation céphalique
- Enfant vivant
- Accouchement par voie basse assisté par les spatules de Thierry
- Après le terme de 36 semaines d'aménorrhée
- Ayant signé le formulaire de consentement éclairé

2.2. CRITERES D'EXCLUSION

- Patiente mineure
- Interruptions médicales de grossesse
- Mauvaise compréhension du français

3. **L'ACCOUCHEMENT ASSISTE DE SPATULES DE THIERRY**

En 2006, les spatules de Thierry étaient le seul instrument utilisé pour les extractions fœtales par voie basse. En 2014, certaines extractions ont été réalisées à l'aide d'une ventouse obstétricale ou d'un forceps mais celles-ci restaient très peu fréquentes, de l'ordre de 3,5% des extractions.

Les accouchements assistés de spatules de Thierry ont été réalisés dans les mêmes conditions protocolaires au cours des deux périodes.

Ils ont été réalisés par un médecin sénior ou par un interne sous la responsabilité et en la présence du médecin senior.

L'indication de l'extraction était portée par le médecin responsable de l'accouchement sur la base des recommandations du CNGOF [23]. La mise en place de champs stériles, d'une poche de recueil et la vidange de la vessie étaient systématiques avant l'extraction.

Les extractions étaient réalisées sur un fœtus engagé en utilisant les petites spatules de Thierry (d'une longueur de 36 cm). L'altitude de la présentation au moment de l'application des spatules était systématiquement notée selon la terminologie rappelée dans la figure 10.

Les rotations de plus de 45° étaient autorisées après vérification échographique de l'orientation de la présentation (selon la manœuvre du toboggan décrite par Thierry en 1953) [54].

L'accouchement assisté était réalisé avec le consentement oral de la patiente.

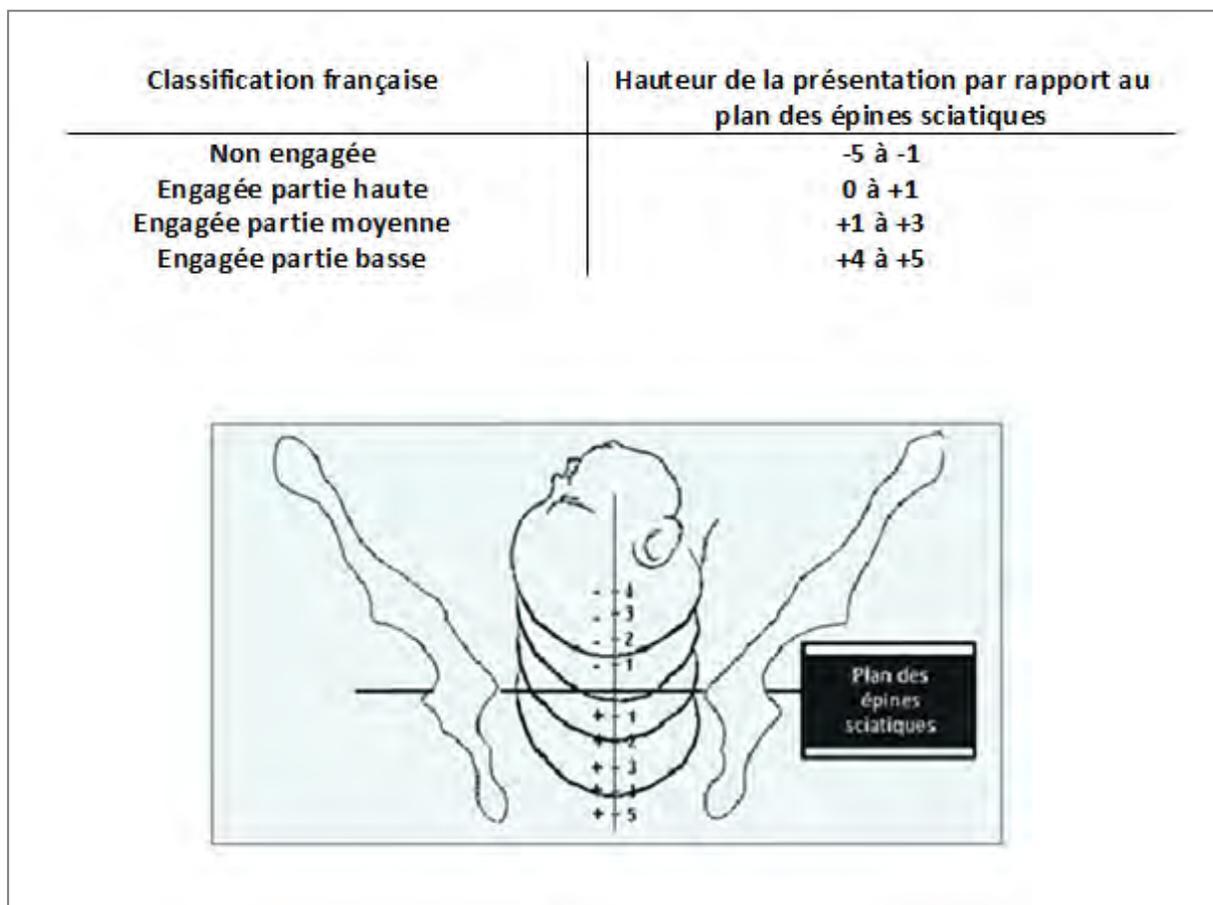


Figure 9. Définition de la hauteur de la présentation fœtale dans l'excavation pelvienne.

Toutes les épisiotomies étaient médio latérales. Dans la seconde période, la pratique ou non d'une épisiotomie était laissée à l'appréciation de l'opérateur principal.

Un examen clinique périnéal soigneux le plus souvent à l'aide de valves était réalisé immédiatement après la délivrance et avant la suture d'une éventuelle déchirure et/ou d'une épisiotomie.

Lorsqu'elles étaient constatées, les lésions périnéales étaient classées en quatre degrés de sévérité croissante selon les critères de la classification anglo-saxonne (Figure 10). Premier degré : atteinte de la muqueuse vaginale ou de la peau uniquement ; deuxième degré : atteinte des muscles périnéaux respectant le sphincter anal ; troisième degré : atteinte des muscles du sphincter anal ; quatrième degré : lésion du sphincter et de la muqueuse anale [69]. Les déchirures du 3^e et 4^e degré correspondent aux déchirures périnéales sévères. Nous avons comptabilisé les déchirures sphinctériennes partielles comme des lésions périnéales sévères par souci d'application stricte de la définition.

Lorsque l'épisiotomie s'étendait vers le périnée, les déchirures étaient décrites avec la même classification que celle des déchirures seules.

Après l'accouchement, un examen pédiatrique du nouveau-né était systématiquement réalisé.

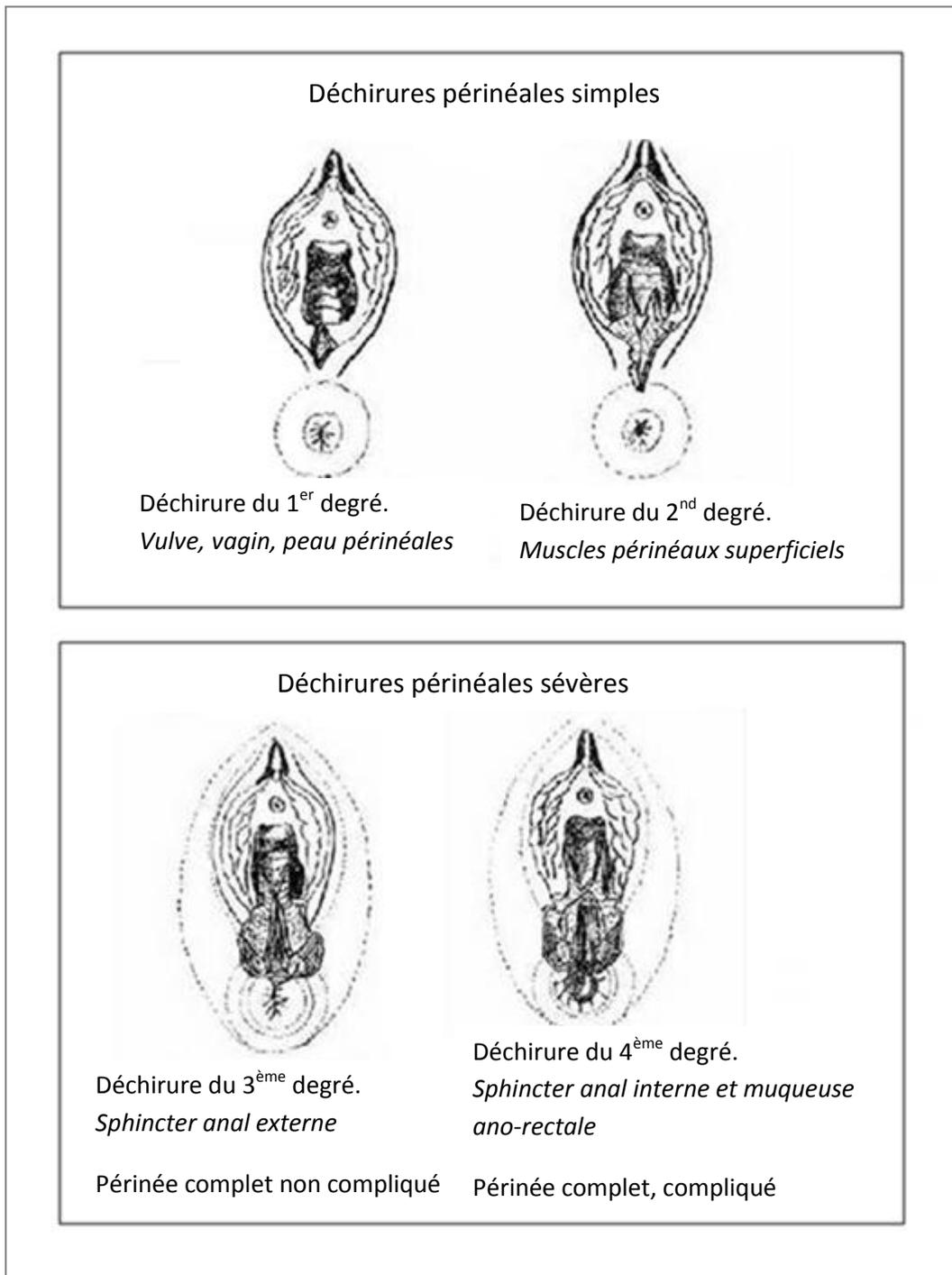


Figure 10. Classification anglo-saxonne des déchirures périnéales.

4. DEROULEMENT DE L'ETUDE

Le schéma de l'étude a été similaire au cours des deux périodes.

4.1. EN SALLE DE NAISSANCE

Nous avons présélectionné toute patiente primipare accouchant après 36 SA par voie basse d'un fœtus vivant en présentation céphalique assisté de spatules de Thierry et noté son identité sur un registre spécifique comportant le numéro d'anonymat correspondant. Ce registre est resté en salle d'accouchement pendant la durée de l'inclusion.

Les données concernant le déroulement du travail, de l'accouchement et du post-partum immédiat ainsi que les données cliniques sur le nouveau-né ont été recueillies dans un cahier d'observation individuel et anonyme (cf. annexe 1).

4.2. AVANT LA SORTIE DE LA MATERNITE

Au 2^{ème} jour du post-partum, nous avons informé la patiente présélectionnée au moment de l'accouchement (notice d'information, cf. annexe 4), puis recueilli son consentement éclairé (cf. annexe 5), confirmant ainsi son inclusion dans l'étude. L'adresse de la patiente (électronique ou postale) a été consignée en vue de l'envoi des auto-questionnaires.

Le questionnaire A (cf. annexe 2) a été renseigné par la patiente.

Tout refus de la patiente de participer à l'étude, a été noté sur le cahier d'observation.

4.3. A DEUX MOIS DU POST-PARTUM

Les données maternelles à deux mois du post-partum ont été recueillies à l'aide d'un questionnaire auto administré (cf. questionnaire B en annexe 3) adressé par courrier postal ou électronique (selon le choix de la patiente) aux patientes incluses dans l'étude. Le questionnaire a été envoyé avec un courrier explicatif et une enveloppe timbrée pour le retour du courrier en cas d'envoi postal.

4.4. COMITE D'ETHIQUE

Cette étude a reçu l'approbation du comité d'éthique de la recherche en gynécologie-obstétrique en 2005.

5. **LES DONNEES REPERTORIEES**

L'ensemble de ces données ont été répertoriées dans un cahier d'observation individuel et anonyme (cf. annexe 1).

5.1. CARACTERISTIQUES DE LA PATIENTE

Nous avons relevé l'index de masse corporelle de la patiente en prégestationnel, la prise de poids pendant la grossesse, son âge, son origine géographique, ses antécédents et les complications éventuelles de la grossesse.

5.2. CARACTERISTIQUES DE L'ACCOUCHEMENT

Nous avons noté l'âge gestationnel au moment de l'accouchement et le mode d'analgésie utilisé.

Certaines données du partogramme ont été consignées : durée entre l'admission de la patiente en salle de naissance et la dilatation cervicale complète, durée entre la dilatation cervicale complète et le début des efforts expulsifs, durée des efforts expulsifs eux-mêmes mais aussi le mode de dégagement de la tête (occipito-pubien ou occipito-sacré), la survenue d'une dystocie des épaules.

Dans le cadre de l'extraction par spatules de Thierry, nous avons relevé l'indication de l'extraction (défaut de progression de la présentation, troubles du rythme cardiaque fœtal, indication mixte, contre indication aux efforts expulsifs), l'altitude de la présentation au moment de l'application des spatules (partie haute, moyenne ou basse de l'excavation) et l'éventuelle rotation instrumentale de la présentation.

5.3. LES LESIONS DE LA FILIERE GENITALE

Les lésions de la filière génitale ont été répertoriées : la réalisation d'une épisiotomie, la survenue d'une déchirure périnéale associée ou non à une épisiotomie, sa sévérité (Figure 10), ou d'une autre atteinte génitale (col, vagin, périnée antérieur), mais aussi les complications périnéales immédiates (thrombus, hémorragie).

Le type de suture de l'épisiotomie (classique en 3 plans distincts ou selon la technique « 1 fil-1 noeud ») était également relevé.

5.4. CARACTERISTIQUES PEDIATRIQUES

Il a été noté les mensurations de l'enfant (poids et périmètre céphalique), son sexe, le score d'apgar à 1 et 5 minutes de vie, les pH à l'artère et à la veine ombilicale.

Nous avons également relevé la présence éventuelle de lésions traumatiques céphaliques (simples excoriations ou ecchymoses, plaies profondes, hématomes, fractures, embarrures) et l'éventuelle nécessité d'un transfert en néonatalogie ou en réanimation infantile.

5.5. TROUBLES FONCTIONNELS PERINEAUX

5.5.1. AU COURS DE L'HOSPITALISATION

Nous avons consigné les complications périnéales survenues au cours de l'hospitalisation (hématome simple, hématome compliqué avec reprise chirurgicale, désunion de la cicatrice, surinfection de la cicatrice). La durée du séjour dans le secteur des suites de couche a été notée.

5.5.2. A DEUX JOURS DU POST-PARTUM

Nous avons également essayé d'apprécier (à l'aide de l'échelle numérique standardisée [ENS]) la douleur ressentie au niveau du périnée au 2^{ème} jour du post-partum ainsi que la douleur maximale perçue au cours des deux jours qui ont suivi l'accouchement.

L'ENS est comprise entre 0 et 10, et il est donc demandé aux patientes de « donner une note » entre 0 et 10 à la douleur ressentie, en précisant que 0 signifie « pas de douleur » et 10 signifie « douleur maximale imaginable ».

5.5.3. A DEUX MOIS DU POST-PARTUM

Cinq grands domaines ont été explorés : la douleur périnéale, les troubles mictionnels, les symptômes ano-rectaux, l'activité sexuelle et le ressenti psychologique.

La douleur a été évaluée selon l'échelle numérique standardisée, de même que son retentissement sur les activités quotidiennes.

Nous avons recherché si la cicatrisation du périnée ou la douleur du périnée a amené la patiente à consulter ou à avoir des soins locaux par une sage femme ou une infirmière.

En ce qui concerne les troubles mictionnels, nous avons répertorié les symptômes tels que : incontinence urinaire d'effort, mictions involontaires, incontinence urinaire par urgences, dysurie, nécessité de port de garniture pour raison urinaire.

Comme symptômes ano-rectaux, nous avons étudié l'incontinence anale, les urgences défécatoires et les suintements anaux. Pour définir l'incontinence anale, nous avons utilisé le score de Wexner (Tableau 5). Ce score varie de 0 (continence parfaite) à 20 (incontinence complète). On considère que la patiente présente une incontinence anale lorsque le score de Wexner est supérieur ou égal à 5 et que l'incontinence est sévère lorsque le score est au moins égal à 10.

<i>Type of incontinence</i>	<i>Frequency</i>				
	<i>Never</i>	<i>Rarely</i>	<i>Sometimes</i>	<i>Usually</i>	<i>Always</i>
Solid	0	1	2	3	4
Liquid	0	1	2	3	4
Gas	0	1	2	3	4
Wears pad	0	1	2	3	4
Lifestyle alteration	0	1	2	3	4

Never, 0; rarely, <1/month; sometimes, <1/week, ≥1/month; usually, <1/day, ≥1/week; always, ≥1/day.
0, perfect; 20, complete incontinence.

Tableau 5. Score de Wexner. Chaque item est coté de 0 à 4 et le score est obtenu en ajoutant les différentes valeurs

Sur le plan sexuel, nous avons voulu déterminer le délai de reprise des rapports sexuels et la présence éventuelle de dyspareunies. Si l'activité sexuelle n'avait pas été reprise, nous avons essayé d'en faire préciser la raison.

Au niveau du ressenti psychologique nous avons recherché des symptômes de dépression et étudié leurs liens avec les troubles fonctionnels périnéaux.

6. CRITERE DE JUGEMENT PRINCIPAL ET CRITERES SECONDAIRES

Le critère de jugement principal de notre étude est la survenue d'une déchirure périnéale sévère (degré 3 ou degré 4) (Figure 10).

Les critères secondaires sont les troubles fonctionnels périnéaux au 2^{ème} jour et à deux mois du post-partum ainsi que les complications périnéales et l'état néonatal immédiats

7. ANALYSE STATISTIQUE

Nous avons réalisé une analyse descriptive de nos données. Les variables quantitatives telles que l'âge, le terme, le poids du nouveau-né ont été décrites par la moyenne et l'écart-type. Les variables qualitatives ont été décrites par les effectifs et les pourcentages.

Nous avons réalisé, pour les variables quantitatives, des tests de comparaison de moyenne (test t de Student) ou des rangs (Mann-Whitney) selon la normalité de la variable. Nous avons utilisé pour la comparaison des variables qualitatives le test statistique du Chi2 ou le test exact de Fisher lorsque le Chi2 n'était pas applicable (effectifs théoriques inférieurs à cinq).

Pour ajuster sur des variables de confusion potentielles, une régression logistique a été réalisée, prenant comme variable à expliquer les déchirures périnéales sévères et comme variables explicatives la période et les variables de confusion potentielles.

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

Le logiciel de statistiques utilisé a été Stata version 11.

RESULTATS

1. DESCRIPTION DES POPULATIONS ETUDIEES

1.1. PERIODE 1

Entre le 19 décembre 2005 et le 6 juin 2006, 2026 femmes ont accouché à l'hôpital Paule de Viguier. Il s'agissait pour 44,9% de primipares (n=909) et pour 55,1% de multipares (n=1117).

Durant cette période, en excluant les jumeaux et les présentations du siège, 786 primipares ont accouché après 36 semaines d'aménorrhée. Les taux de césarienne et d'accouchement par voie basse étaient respectivement dans cette population de 21,3% (n=167) et de 78,8% (n= 619).

La répartition selon le mode d'accouchement en cas de voie basse était de 198 extractions instrumentales par spatules de Thierry (32%), et 421 accouchements par voie basse spontanée (68%).

Dix neuf patientes ont été exclues (9,5%). Les motifs d'exclusions sont rapportés dans la figure 11. Le nombre de patientes finalement incluses a été de 179. La population étudiée est décrite dans la figure 11.

1.2. PERIODE 2

Entre le 1 avril 2014 et le 22 octobre 2015, 2506 femmes ont accouché d'un enfant unique en présentation céphalique. Il s'agissait pour 45,2% de primipares (n=1133) et pour 54,8% de multipares (n=1373).

Durant cette période, en excluant les jumeaux et les présentations du siège, 965 primipares ont accouché après 36 semaines d'aménorrhée. Les taux de césarienne et d'accouchement par voie basse ont été respectivement de 20,3% (n= 196) et 79,7% (n=769) chez la primipare.

La répartition selon le mode d'accouchement en cas de voie basse était de 230 extractions instrumentales (29,9%) et 539 accouchements par voie basse spontanée (70%).

Parmi les extractions instrumentales, 217 patientes ont accouché par spatules de Thierry (94,3%) et 13 ont accouché avec un autre instrument (ventouse ou forceps).

Vingt huit patientes ont été exclues (12,9%). Les motifs d'exclusions sont rapportés dans la figure 11. Le nombre de patientes finalement incluses a été de 189. La population étudiée est décrite dans la figure 11.

Le taux d'extraction instrumentale chez la primipare après 36 SA était comparable au cours des deux périodes, de l'ordre de 30% ($p=0,40$).

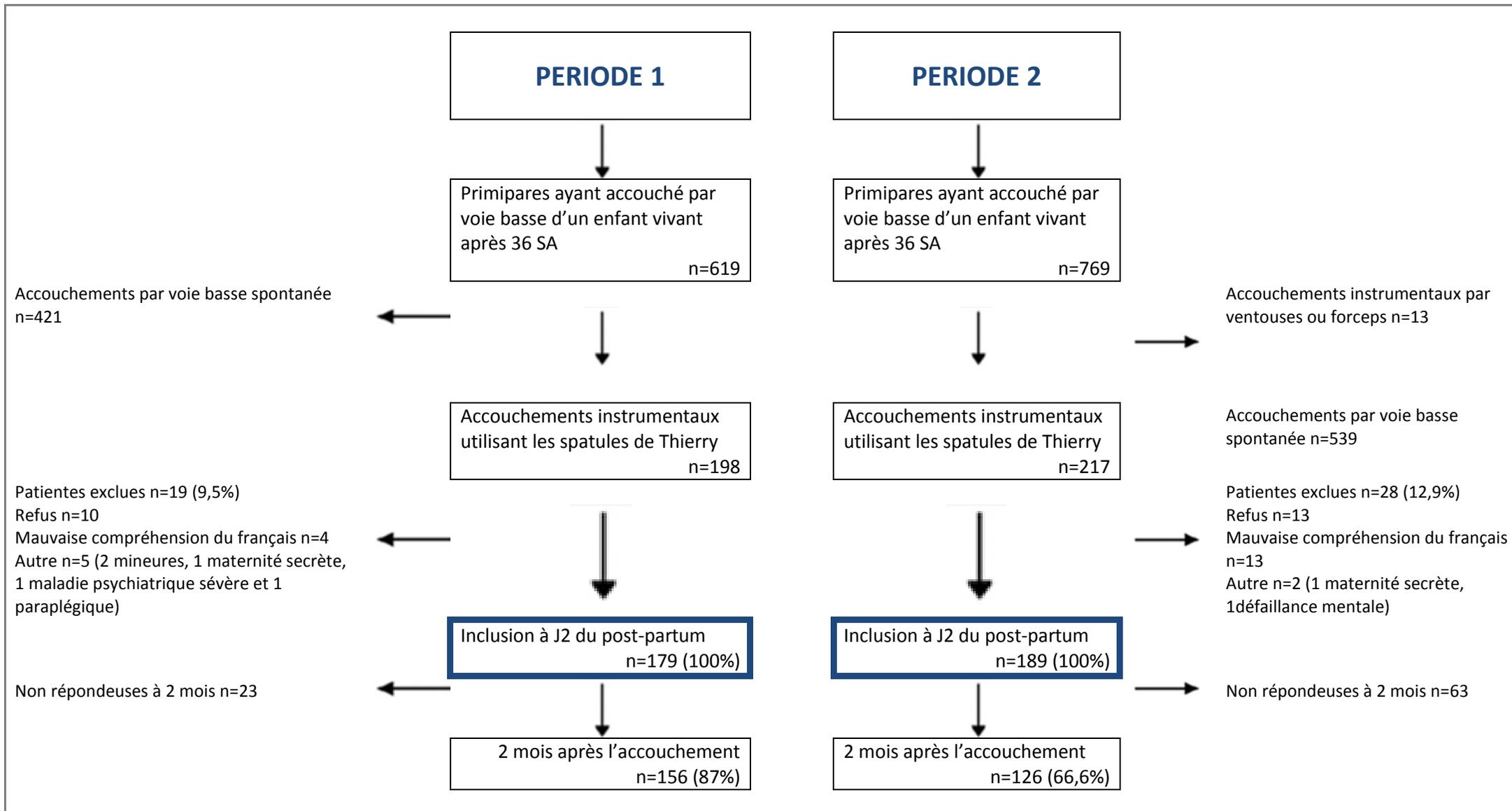


Figure 11. Description de la population selon la période

2. DONNEES MATERNELLES, OBSTETRIQUES ET FŒTALES

2.1. DONNEES MATERNELLES

Au total 368 patientes ont participé à l'étude. Si on analyse notre population en fonction de la période (période 1 versus période 2), les deux groupes étaient comparables (âge, prise de poids pendant la grossesse, antécédents maternels pouvant influencer sur la qualité des tissus et la cicatrisation, complications de la grossesse) à l'exception de l'index de masse corporelle prégestationnel et de l'origine géographique (Tableau 6).

On observe une augmentation significative de l'index de masse corporelle prégestationnel moyen et du nombre de femme obèses.

Les patientes originaires d'Afrique du nord sont plus représentées dans la 2^{ème} période.

	Période 1 N = 179	Période 2 N = 189	<i>p</i>
Age maternel (années):			
Moyenne	29,22 (+/-4,71)	29,35 (+/-5,13)	0,85
>35 ans	22 (12,3%)	32 (16,8%)	0,216
IMC prégestationnel (kg/m²):			
Moyenne	22,06 (+/-3,56)	23,53 (+/-4,50)	0,006
≥ 25 kg/m ² <30 kg/m ²	21 (11,73%)	27 (14,21%)	0,479
≥ 30 kg/m ²	6 (3,4%)	21 (11%)	0,05
Prise de poids (kg) :	14,3 (+/-4,72)	13,2 (+/-5,47)	0,1391
Origine géographique:			
Europe	163 (91,06%)	146 (77,25%)	0,04
Afrique du nord	12 (6,7%)	31 (16,4%)	
Afrique noire et Antilles	2 (1,12%)	10 (5,3%)	
Asie	2 (1,12%)	2 (1,06%)	
Antécédents:	12 (6,70%)	14 (7,37%)	0,803
Complications de la grossesse:			
Non	163 (91,06%)	164 (86,32%)	0,376
Diabète gestationnel.	11 (6,15%)	17 (8,95%)	
Pré éclampsie	2 (1,12%)	5 (2,63%)	
HTA gravidique	3 (1,68%)	2 (1,05%)	
HTA + Diabète gestationnel	0 (0%)	2 (1,05%)	

Tableau 6. Caractéristiques maternelles en fonction de la période.

2.2. DONNEES OBSTETRIQUES

Le tableau 7 permet de comparer les données obstétricales entre les deux périodes.

La quasi-totalité des accouchements ont eu lieu sous anesthésie locorégionale.

Le défaut de progression de la présentation est la principale indication des spatules dans les deux périodes.

	Période 1 N = 179	Période 2 N = 189	p
Age gestationnel (SA)	39,59 (+/-1,36)	39,68 (+/-1,17)	0,7335
Analgésie			
Anesthésie locorégionale	176 (98,32%)	189 (99,47%)	0,359
Bloc honteux seul	3 (1,68%)	1 (0,53%)	
Durée du travail (minutes)			
Première phase du travail	280 (+/-151)	351 (+/-150)	0,0001
Seconde phase du travail :			
-Dilatation complète au début des efforts expulsifs	63 (+/-50)	90,2 (+/-48)	<0,0001
-Efforts expulsifs	22,4 (+/-12,8)	22,35 (+/-11,1)	0,9154
-Total	90 (+/-57)	130 (53)	<0,0001
Seconde phase > 120minutes	53 (29,6%)	112 (58,9%)	<0,0001
Seconde phase > 180minutes	6 (3,35%)	11 (5,79%)	0,264
Indication des spatules			
Défaut de progression	96 (53,6%)	83 (43,7%)	<0,0001
Trouble sévère du RCF ou acidose fœtale	65 (36,3%)	59 (31,1%)	
Mixte	17 (9,5%)	48 (25,3%)	
Contre-indication aux efforts expulsifs	1 (0,56%)	0 (0%)	
Niveau d'engagement			
Partie haute	4 (2,23%)	8 (4,21%)	0,030
Partie moyenne	142 (79,3%)	164 (86,3%)	
Partie basse	33 (18,4%)	18 (9,5%)	
Rotation instrumentale	16 (8,9%)	14 (7,4%)	0,581
Dégagement en occipito-sacré	23 (12,9%)	9 (4,7%)	0,006

Tableau 7. Caractéristiques obstétricales en fonction de la période.

Le nombre de présentations engagées partie haute au moment de l'application des spatules n'était pas différent entre les deux périodes (2,23% versus 4,21% p = 0.285).

Le dégagement en occipito-sacré était statistiquement plus fréquent au cours de la période 1 (12,9% versus 4,7% p= 0,006).

Aucune vraie dystocie des épaules n'a été observée au cours des deux périodes.

2.3. DONNEES FCETALES

Les enfants nés au cours de la période 1 ne sont pas significativement différents des enfants nés au cours de la période 2 en ce qui concerne le poids de naissance (3265g versus 3295g, p=0,487), la proportion d'enfant de plus de 4000g (2,8% versus 4,2%, p=0,461) et le périmètre crânien à la naissance (33,9cm versus 33,7 cm p=0,194). On remarque en revanche une plus grande proportion de filles nées au cours de la période 2 (49% versus 37,4% en période 1, p=0,026).

3. CONSEQUENCES PERINEALES IMMEDIATES

Le taux d'épisiotomie était statistiquement plus faible au cours de la période 2 (98,3% versus 71,6% p<0,0001). Toutes les épisiotomies étaient médio latérales. Le taux de déchirures périnéales simples a parallèlement augmenté (Figure 12 et Tableau 8).

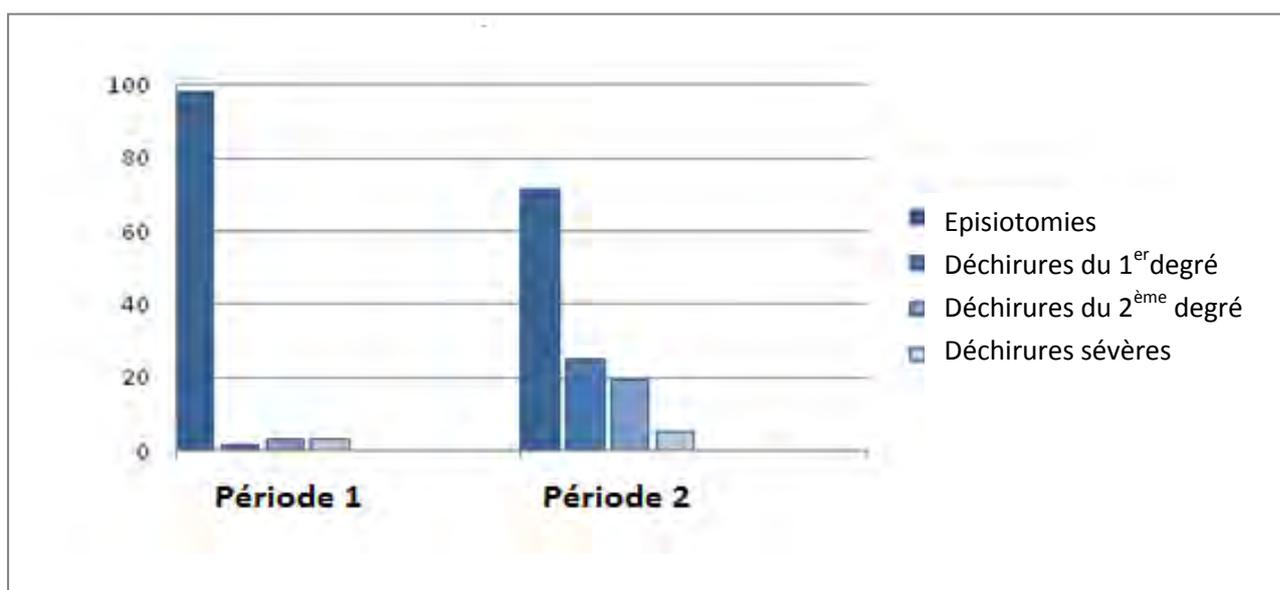


Figure 12. Répartition des lésions périnéales en fonction de la période.

Nous n'avons pas observé de différences statistiquement significatives en ce qui concerne le critère de jugement principal, à savoir le taux de déchirures périnéales sévères entre les deux périodes (OR=1,60; IC95% 0,57-4,50).

Aucune déchirure périnéale du 4^{ème} degré n'est survenue sur les deux périodes.

Le tableau 8 rapporte les lésions périnéales en fonction des deux périodes. Il n'a pas été rapporté, au cours des deux périodes, de déchirures sévères du périnée antérieur. Quant aux déchirures non sévères, souvent des éraillures, leur étude était difficile car elles n'étaient pas systématiquement rapportées par l'opérateur.

Le taux des hémorragies des parties molles n'était pas différent en fonction de la période (3,9% en 2006 versus 4,7% en 2014, p=0,697).

	Période 1 N = 179	Période 2 N = 189	<i>p</i>
Épisiotomie	176 (98,3%)	136 (71,6%)	<0,0001
Périnée intact	0 (0%)	3 (1,6%)	0,249
Déchirure périnéale simple :			
Déchirure du 1 ^{er} degré,	3 (1,7%)	48 (25,3%)	<0,0001
Déchirure du 2 nd degré	6 (3,35%)	37 (19,5%)	<0,0001
Déchirure périnéale sévère :			
Déchirure du 3 ^{ème} degré	6 (3,35%)	10 (5,26%)	0,368
Déchirure du 4 ^{ème} degré,	0	0	
Autre atteinte génitale :			
Plaie du col	1 (7,82 %)	1 (3,16%)	0,14
Plaie vaginale	14 (0,56%)	6 (0,53%)	

Tableau 8. Les lésions périnéales en fonction de la période

Le type de suture de l'épisiotomie était différent selon la période. La technique classique en 3 plans a été plus fréquente au cours de la période 1 (94,3% versus 49,3%) et celle d' « 1 fil 1

nœud » a été plus souvent réalisé au cours de la période 2 (50,7 % versus 5,7% lors de la période 1, $p < 0,001$).

4. DOULEUR PERINEALE EN POST-PARTUM IMMEDIAT

La douleur périnéale ressentie au deuxième jour du post-partum et la douleur maximale perçue au cours des deux premiers jours qui ont suivi l'accouchement en fonction de la période est décrite dans le tableau 9.

La durée d'hospitalisation moyenne était statistiquement plus longue au cours de la période 2 (4,16 jours versus 3,74 jours $p = 0,0006$). Mais le nombre de séjours strictement supérieurs à 3 jours n'était pas différent entre les deux groupes (61,2% versus 68,4% $p = 0,138$)

	Période 1 N = 179	Période 2 N = 189	<i>p</i>
Douleur moyenne au repos à J2 (ENS)	3,2 (+/-2,25)	3,14 (+/-2,42)	0,6196
Douleur > 3/10 au repos (N)	79 (44,1%)	79 (41,6%)	0,620
Douleur maximale au cours des deux premiers jours (ENS)	6,69 (+/-2,17)	6,61 (+/-2,51)	0,1738
Douleur maximale > 3/10 au cours des deux premiers jours (N)	161(92%)	171(90%)	0,506

Tableau 9. Les Douleurs ressenties et évaluées par l'ENS en cours d'hospitalisation en fonction de la période.

5. ETAT NEONATAL

L'état néonatal était comparable dans les 2 groupes à l'exception du pH artériel qui était significativement plus bas au cours de la période 2 (Tableau 10). Par contre lorsque l'on

regarde l'acidose sévère (pH<7,10), la différence n'est plus significative. Aucun pH <7,00 n'est relevé sur les deux périodes.

	Période 1 N = 179	Période 2 N = 189	p
Apgar 1min			
Valeur moyenne	9,42 (+/-1,61)	9,49 (+/- 1,26)	0,424
Apgar<7	12 (6,70%)	8 (4,21%)	
Apgar 5min			
Valeur moyenne	9,91 (+/-0,38)	9,84 (+/-0,51)	0,290
Apgar<7	0	0	
pHAo au cordon	N=169	N=187	
Valeur moyenne	7,22 (+/-0,07)	7,20 (+/-0,07)	0,017
pHAo <7.10	12 (7,10%)	15 (8,02 %)	0,743
pHVo au cordon	N=171	N=182	
Valeur moyenne	7,30 (+/-0,07)	7,29 (+/-0,06)	0,0798
pHVo <7.20	11 (6,4%)	10 (5,5%)	0,710
Transfert en néonatalogie	6 (3,35%)	1 (0,53%)	0,061
Lésions céphaliques			
Superficielles	17 (9,5%)	20 (10,5%)	0,864
Profondes	1 (0,56%)	1 (0,53%)	

Tableau 10. L'Etat néonatal en fonction de la période.

6. CONSEQUENCES FONCTIONNELLES PERINEALES A 2 MOIS DU POST-PARTUM

Au cours de la période 1,87% des patientes ont répondu au questionnaire B à 2 mois. Un taux moins élevé de patientes ont répondu au cours de la seconde période (66,6%).

Les taux d'obésité, d'épisiotomie, de déchirure périnéale, de dégagement en occipito-sacrée et le poids de naissance sont comparables entre les répondeuses et les non répondeuses de la période 2 (Tableau 11).

	Non répondeuses N=63	Répondeuses N=126	p
Obésité (IMC>30)	7 (10,9%)	14 (11,1%)	0,971
Episiotomies	44 (68,8%)	92 (73,0%)	0,538
Déchirures périnéales sévère	2 (3,1%)	8(6,4%)	0,499
Dégagement en occipito-sacré	4 (6,3%)	5 (4 %)	0,488
Poids de naissance	3313 (+ /- 394)	3286 (+ /- 414)	0,669

Tableau 11. Caractéristiques des répondeuses et des non répondeuses au questionnaire B de la période 2.

6.1. TROUBLES FONCTIONNELS ANORECTAUX A DEUX MOIS DU POST-PARTUM

Nous avons décrit les différents symptômes anorectaux en fonction de leur présence ou non et en fonction de leur sévérité, en considérant une forme modérée (correspond à la fréquence « *rarement* » et « *parfois* » soit moins d'une fois par semaine) et une forme sévère (correspondant à la fréquence « *souvent* » et « *très souvent* » soit plus d'une fois par semaine).

Ces troubles fonctionnels et leur sévérité ont aussi été décrits à l'aide du score de Wexner (Tableau 5). (un score ≥ 5 signifiait présence d'une incontinence anale et ≥ 10 présence d'une incontinence anale sévère).

Il n'existait pas de différence statistiquement significative entre les deux périodes en ce qui concerne les troubles fonctionnels anorectaux à deux mois du post-partum. Le tableau 12 rapporte les différents troubles étudiés.

Le score de Wexner était équivalent dans les deux groupes. La prévalence de l'incontinence anale était de 14,1% (22/156) chez les femmes de la période 1 versus 20,6% (26/126) chez celles de la période 2 ($p=0,147$).

	Période 1 N = 156	Période 2 N = 126	p
Sans trouble ano-rectaux	38 (24,4%)	41 (32,5%)	0,128
IA aux gaz			
Modérée	67 (43,0%)	42 (33,3%)	0,243
Sévère	35 (22,4%)	31 (24,6%)	
Total	102 (65,4%)	73 (57,9%)	
IA aux selles liquides			
Modérée	33 (21,2%)	20 (15,9%)	0,489
Sévère	5 (3,2%)	5 (4%)	
Total	38 (24,4%)	25 (19,9%)	
IA aux selles solides			
Modérée	16 (10,3%)	15 (11,9%)	0,853
Sévère	1 (0,6%)	1 (0,8%)	
Total	17 (10,9%)	16 (12,7%)	
Port de garniture			
Modérée	5 (3,2%)	4 (3,2%)	0,233
Sévère	2 (1,3%)	6 (4,8%)	
Total	7 (4,5%)	10 (8,0%)	
Altération de la qualité de vie			
Modérée	9 (5,8%)	15 (11,9%)	0,092
Sévère	2 (1,3%)	4 (3,2%)	
Total	11 (7,1%)	19 (15,1%)	
Score de Wexner			
≥5	22 (14,1%)	26 (20,63%)	0,147
≥10	2 (1,28%)	7 (5,56%)	0,083
Moyen	2,20 (+/-2,45)	2,42 (+/-3,36)	0,472
Urgences fécales			
Modérée	54 (34,6%)	31 (24,6%)	0,090
Sévère	12 (7,7%)	17 (13,5%)	
Total	66 (42,3%)	48 (38,1%)	
Suintement anaux			
Modérée	22 (14,1%)	18 (14,3%)	0,640
Sévère	4 (2,6%)	6 (4,8%)	
Total	26 (16,7%)	25 (19,1%)	

Tableau 12. Troubles fonctionnels ano-rectaux à 2 mois du post-partum en fonction de la période.

6.2. TROUBLES URINAIRES A DEUX MOIS DU POST-PARTUM

Pour décrire les symptômes urinaires nous avons adopté le même procédé que celui employé pour les symptômes anorectaux : nous avons considéré comme modérés les troubles se produisant « *rarement* » ou « *parfois* » (soit moins d'une fois par semaine) et sévères ceux répertoriés comme se produisant « *souvent* » ou « *très souvent* » (soit plus d'une fois par semaine).

L'incontinence urinaire à l'effort, les mictions involontaires, la dysurie et le port de garniture urinaire étaient statistiquement plus fréquentes chez les femmes de la période 2 (Tableau 13).

L'incontinence urinaire par urgenturie par contre n'était pas différente entre les deux périodes.

	Période 1 N = 156	Période 2 N = 126	p
Sans troubles mictionnel	29 (18,6%)	34 (27%)	0,092
IU d'effort			
Modérée	66 (42,3%)	42 (33,3%)	0,019
Sévère	11 (7,1%)	22 (17,5%)	
Total	77 (49,4%)	64 (50,8%)	
Mictions involontaires			
Modérée	31 (19,9%)	30 (24%)	0,025
Sévère	5 (3,2%)	13 (10,4%)	
Total	36 (23,1%)	43 (34,4%)	
IU par urgenturies			
Modérée	76 (48,7%)	52 (41,3%)	0,40
Sévère	28 (18%)	23 (18,3%)	
Total	104 (66,7%)	75 (59,6%)	
Dysurie			
Modérée	19 (12,2%)	24 (19,1%)	0,013
Sévère	4 (10,6%)	11 (8,7%)	
Total	23 (22,8%)	35 (27,8%)	
Port de garnitures			
Modérée	25 (16,0%)	15 (12,0%)	0,024
Sévère	8 (5,1%)	18 (14,4%)	
Total	33 (21,1%)	33 (26,4%)	

Tableau 13. Troubles urinaire à 2 mois du post-partum en fonction de la période.

A l'exception de la dysurie, pour chaque trouble fonctionnel urinaire, les formes sévères étaient plus fréquentes au cours de la période 2.

6.3. DOULEURS PERINEALES A 2 MOIS

La douleur maximale ressentie à 2 mois du post-partum ainsi que son retentissement sur les activités quotidiennes ont été évalués grâce à l'échelle numérique simple et ont été décrits en fonction de la période dans le tableau 14. Il n'existait pas de différence entre les deux périodes au niveau de la douleur périnéale ressentie à deux mois du post-partum ($p=0,311$).

La cicatrisation du périnée ou la douleur du périnée a conduit 39,1% (61/156) des femmes de la période 1 à consulter ou à avoir des soins locaux par une sage-femme ou une infirmière et 48,4% (61/126) des femmes de la période 2 ($p=0,117$).

	Période 1 N = 156	Période 2 N = 126	p
Douleur moyenne au repos	0,63 (+/-1,27)	0,98 (+/-1,90)	0,311
Douleur au repos >3/10	8 (5,1%)	11 (8,7 %)	0,147
Douleur moyenne à la toux	0,80 (+/-1,63)	1,28 (+/-2,65)	0,126
Gêne moyenne à l'activité	0,66 (+/-1,31)	0,89 (+/-1,63)	0,645

Tableau 14. Douleur et gêne périnéale ressenties (évaluée par ENS) à 2 mois du post-partum en fonction de la période.

6.4. CONSEQUENCES SUR LES RAPPORTS SEXUELS

Il n'existait pas de différences statistiquement significatives entre les deux groupes en ce qui concerne les taux de reprise des rapports sexuels et de dyspareunie (Tableau 15).

La douleur périnéale serait plus souvent responsable de la non reprise des rapports sexuels pour les femmes de la période 2 (61,4% versus 34,6% $p=0,009$).

	Période 1 N = 156	Période 2 N = 126	p
Reprise des rapports à deux mois	104 (66,7%)	82 (65,1%)	0,780
Délai de reprise (jours)	39,0 (+/-13,3)	40,5 (+/-16,4)	0,493
Dyspareunie au premier rapport	77 (74,8%)	67(81,7%)	0,258
Dyspareunie aux rapports suivants	47 (51,1%)	46 (56,1%)	0,50
Non reprise des rapports pour	N=52	N=45	
Baisse de la libido	18 (34,6%)	16 (36,4 %)	0,858
Appréhension par rapport au périnée	39 (75%)	34 (77,3%)	0,795
Douleur	18 (34,6%)	27 (61,4%)	0,009
Autre (asthénie, métrorragie)	17 (32,7%)	16 (37,2 %)	0,645

Tableau 15. Conséquences sur les rapports sexuels à 2 mois du post-partum en fonction de la période.

6.5. BIEN ETRE PSYCHOLOGIQUE EN POST-PARTUM

Respectivement 77,42% (120/156) et 81,60% (102/126) des femmes des périodes 1 et 2 ont ressenti depuis leur accouchement un ou plusieurs épisodes de tristesse, de grande fatigue ou de dépression (p=0,391).

Les troubles périnéaux seraient plus souvent responsables de symptômes dépressifs pour les femmes de la période 2 (31,9% versus 46,1% p=0,031).

7. ANALYSE AJUSTEE SUR LES DIFFERENCES IDENTIFIEES ENTRE LA POPULATION DES DEUX PERIODES

Nous avons ensuite réalisé une analyse ajustée sur les différences identifiées entre les deux populations (obésité, dégagement en occipito-sacré et durée de la seconde phase de travail supérieure à deux heures).

7.1. ANALYSE BI VARIEE.

Il existait une relation statistiquement significative entre le dégagement en OS et le taux de déchirures périnéales sévères (OR=3,86; IC95% 1,17-12,78).

Le taux de déchirures périnéales sévères, était supérieur en cas d'obésité mais de manière non significative (OR=1,87; IC95% 0,40-8,71).

Enfin la durée de la seconde phase de travail avait peu d'influence sur le taux de déchirures périnéales sévères (OR=0,96; IC95% 0,35-2,63).

Aucune déchirure périnéale sévère n'était rapportée en cas de macrosomie ou d'extraction sur un fœtus engagé partie haute. Nous n'avons donc pas pu réaliser de modèle avec ces deux facteurs.

7.2. ANALYSE MULTI VARIEE

L'analyse, ajustée sur les différences réellement identifiées entre la population des deux périodes, n'a pas montré de différences statistiquement significatives entre les deux groupes en ce qui concerne le taux de déchirures périnéales sévères mais on observait une augmentation de l'odds ratio dans la période 2 (usage plus restrictif de l'épisiotomie): OR ajusté est de 2,14 (IC95% 0,67-6,87). Avant ajustement, l'OR entre les 2 périodes était à 1,60 (IC95% 0,57-4,50).

DISCUSSION

Les différentes méthodes mises en œuvre ont permis de diminuer l'incidence de l'épisiotomie. On observe entre les deux périodes de l'étude une baisse statistiquement significative du taux d'épisiotomie lors de l'extraction par spatules chez la primipare (98,3% versus 71,6% $p < 0,0001$).

La comparaison de deux périodes distinctes quant à leur politique d'épisiotomie lors de l'accouchement assisté de spatules de Thierry chez la primipare à terme, ne montre aucune différence quant à la survenue de déchirures périnéales sévères. Que ce soit avant ajustement (OR=1,60; IC95% 0,57-4,50) ou après ajustement sur les différences identifiées entre la population des deux périodes notamment le taux de dégagements en OS (ORa=2,14; IC95% 0,67-6,87). Il existe cependant une tendance en faveur de la pratique systématique de l'épisiotomie sur le taux de déchirures sphinctériennes. La puissance de l'étude est peut être trop faible pour montrer cette différence.

A deux mois du post-partum, les troubles mictionnels (incontinence urinaire d'effort, mictions involontaires, dysurie, port de garnitures urinaires) sont significativement plus fréquents dans le groupe épisiotomie restrictive.

La douleur périnéale serait plus souvent responsable de la non reprise des rapports sexuels pour les femmes du groupe épisiotomie restrictive.

Les troubles périnéaux seraient plus souvent responsables de symptômes dépressifs pour les femmes de la période 2

La fréquence des troubles anorectaux, des douleurs périnéales et de l'incontinence urinaire par urgenteries n'est pas différente en fonction de la période.

1. LES CARACTERISTIQUES MATERNELLES ET OBSTETRIQUES DE NOTRE ETUDE

1.1. LE PROFIL DES FEMMES DE L'ETUDE

Nous avons choisi de n'inclure dans notre étude que des primipares sans antécédent périnéal. Ce choix a deux intérêts majeurs. D'une part il permet d'étudier la population la plus à risque de déchirures périnéales sévères et d'épisiotomie ce qui renforce la pertinence de notre étude et d'autre part il permet d'éliminer les biais que pourraient entraîner les antécédents obstétricaux sur la survenue de déchirures périnéales et sur la survenue de troubles fonctionnels périnéaux.

La comparaison des femmes de nos périodes a montré certaines différences significatives qui sont le reflet de l'évolution de la population au sein de notre maternité mais aussi de la population française en général.

Entre 2006 et 2014, les caractéristiques morphologiques des femmes ont changé. On observe une augmentation significative de l'index de masse corporelle avant la grossesse (22,06kg/m² versus 23,53 kg/m² p=0,06) ainsi que du nombre de patientes obèses. Dans notre population, le taux d'obésité a plus que triplé entre 2006 et 2014 (passant de 3,3% en 2006 à 11% en 2014).

Une étude rétrospective réalisée sur cinq ans dans notre maternité confirme cette augmentation [70]. L'enquête nationale de périnatalité de 2010 montre qu'entre 2003 et 2010, les femmes ont un poids plus élevé. Le pourcentage de femmes de 60 kg et plus est passé de 48,8 à 54,7 %. Si on analyse l'indice de masse corporelle, 17,3 % ont un surpoids et 9,9 % sont obèses. Les pourcentages étaient respectivement de 15,4 % et 7,5 % en 2003 [4].

L'obésité est un facteur de risque de diabète gestationnel et de macrosomie. Malgré une forte augmentation de l'index de masse corporelle et de l'incidence de l'obésité au sein de notre population, on ne rapporte pas d'augmentation du taux de diabète gestationnel et de macrosomie fœtale.

Le profil de l'origine géographique des femmes a également changé entre les 2 périodes de l'étude. On observe une augmentation du nombre de femmes d'origine d'Afrique du nord et d'Afrique noire.

1.2. LES CARACTERISTIQUES OBSTETRIQUES

On observe des différences entre les deux périodes étudiées qui sont le reflet d'une évolution de nos pratiques.

1.2.1. DUREE DE PRESENCE EN SALLE D'ACCOUCHEMENT

On observe entre les deux périodes, un allongement du temps en salle de naissance.

La première phase de travail est plus longue en 2014 par rapport à 2006. Ce terme désigne dans notre étude la durée entre l'admission de la patiente en salle de travail et la dilatation cervicale complète. Cet allongement pourrait s'expliquer d'une part par une tolérance qui s'est accrue vis-à-vis de la durée de la phase de latence afin de permettre une mise en travail plus fréquente et de diminuer notre taux de césarienne pour échec de mise en travail et d'autre part par une installation plus précoce des patientes en salle d'accouchement.

Le taux de déclenchement global de notre maternité n'a pas évolué depuis 2006. Il était de 22% en 2006 et de 22,2% en 2014.

De la même manière en 2014, on observe une augmentation de la durée de la seconde phase de travail (de la dilatation complète à la naissance). Elle est statistiquement plus longue dans le groupe 2 (90 minutes versus 130 minutes $p < 0,001$). Elle est de plus de 120 minutes chez 58,9% des femmes de ce groupe contre 29,6% des femmes du groupe 1 ($p < 0,001$). Au-delà de 150 minutes, il n'existe plus de différence entre les deux groupes.

La durée des efforts expulsifs restant identique dans les deux groupes, c'est donc la partie « passive » (avant le début des efforts expulsifs) qui est augmentée. Ceci témoigne à nouveau d'une plus grande tolérance dans les délais. L'objectif de cet allongement est de permettre une meilleure descente spontanée du fœtus et de réduire le nombre d'extractions instrumentales difficiles.

Un essai randomisé, multicentrique a montré en effet qu'une poussée retardée est significativement associée à une réduction du nombre d'accouchements difficiles (RR=0,79 ; IC95% 0,66-0,95) [71]. Les recommandations du CNGOF sur les extractions instrumentales ont les mêmes conclusions [23].

1.2.2. L'EXTRACTION PAR SPATULES

Il n'y a pas de différence entre les deux périodes sur le taux d'extractions instrumentales chez la primipare qui représente environ 30% des accouchements par voie basse.

L'indication des spatules est significativement différente entre les deux groupes, on note une diminution des extractions instrumentales pour troubles du rythme cardiaque fœtal et défaut de progression et une augmentation des indications mixtes.

Nous utilisons au cours des efforts expulsifs la classification de Melchior afin de juger du rythme cardiaque fœtal. En l'absence d'anomalie du rythme cardiaque fœtal, une extraction instrumentale est réalisée après un délai de trente minutes environ. L'augmentation des indications mixtes ne peut être interprétée comme un changement significatif dans les indications des extractions instrumentales. En effet l'utilisation de cette indication ne repose pas sur une définition objective comme c'est le cas pour le défaut de progression ou le trouble du rythme cardiaque fœtal.

Le niveau d'engagement de la présentation dans l'excavation pelvienne est aussi statistiquement différent dans nos deux populations avec une augmentation des présentations engagées partie moyenne au moment de l'extraction instrumentale et une diminution des présentations engagées partie basse. Le nombre de présentations engagées partie haute est faible et est identique dans les deux groupes.

L'évaluation du niveau d'engagement repose sur la distance entre au plan des épines sciatiques et le sommet de la présentation (Figure 9). Comme pour le diagnostic d'engagement, la subjectivité du toucher vaginal et sa variabilité inter et intra opérateur peut être source d'erreur dans l'évaluation de la hauteur de la présentation. Buchmann et al. dans une étude prospective, publiée en 2008, ont montré que l'évaluation de la hauteur de la présentation par le toucher vaginal était imprécise et peu reproductible [72]. En effet sur 508 femmes examinées par un examinateur et par des cliniciens, l'examen était concordant dans 37% des cas et discordant de 1 cm dans 47% des cas. Ainsi du fait de cette variabilité, il est difficile de réellement conclure à une différence réelle entre les deux groupes.

Par ailleurs l'utilisation de l'échographie comme aide au diagnostic d'engagement et de la hauteur de la présentation n'était pas aussi répandue en 2006 qu'aujourd'hui [73]. Ceci explique peut-être les différences relevées dans le niveau d'engagement.

Le dégagement en occipito-sacré (OS) représente de 2 à 4,5% des accouchements par voie basse en présentation céphalique [74,75]. Il est établi dans la littérature que les présentations en OS entraînent plus de recours à l'extraction instrumentale [74-76].

Ce taux est statistiquement différent entre les deux périodes de notre étude. En 2006, le taux d'extraction en OS était de 13%. Il était inférieur à ceux rapportés par d'autres équipes dans l'extraction par spatules (22,8% pour Maisonnette-Escot et 24,5% pour de Troyer). Ce taux plus faible avait été expliqué par la réalisation en routine dans notre maternité des rotations instrumentales. Il avait été montré à cette période que la rotation instrumentale par spatules de Thierry paraissait moins préjudiciable pour le périnée maternel que l'extraction en OS, sans pour autant majorer les complications néonatales [76].

En 2014, notre taux de dégagement en OS était de 4,7%, très inférieur à l'ensemble de la littérature concernant les spatules (Tableau 16). Dans l'étude de de Leeuw et al. étudiant 21254 extractions par ventouse, l'incidence des dégagements en OS était de 7,6% [32].

Dans notre étude, le nombre de rotations instrumentales de plus de 45° n'est pas différent entre les deux périodes.

Ainsi cette diminution du taux de dégagement en OS pourrait être expliquée par un meilleur diagnostic de la variété de la présentation foetale avec une utilisation plus fréquente de l'échographie en salle de travail, et un recours plus fréquent à la rotation manuelle.

Cette diminution souligne notre volonté de réduire le plus possible le nombre de dégagements en variété postérieure qui constitue un facteur de risque indépendant de déchirures périnéales sévères et d'extractions instrumentales difficiles.

	Année	Effectifs	Taux d'extraction en OS
De Troyer et al.	2005	166	24,5
Maisonnette-Escot et al.	2005	190	22,8
Mazouni et al.	2005	279	13,3
Menard et al.	2008	168	13,1
Parant et al.	2009	195	12,9
Vanlieferinghen et al.	2009	332	23
Boucoiran et al.	2010	1065	14
Courtois et al.	2007	163	14,1
Vintejoux et al.	2011	572	11,7
Aouar et al.	2009	69	7,2
Tsoyem Mouafou et al.	2011	40	9
Grisot et al.	2011	126	13

Tableau 16. Taux d'extraction en OS dans la littérature lors de l'accouchement assisté de spatules de Thierry.

2. L'ÉPISIOTOMIE

2.1. UNE BAISSÉ DU TAUX D'ÉPISIOTOMIE ET DONNÉES DE LA LITTÉRATURE

On observe entre les deux périodes de l'étude une baisse statistiquement significative du taux d'épisiotomie lors de l'extraction par spatules chez la primipare (98,3% versus 71,6% $p < 0,0001$).

Les différentes méthodes mises en œuvre pour réduire notre taux d'épisiotomie ont permis de diminuer l'incidence de l'épisiotomie de près de 30% dans les extractions instrumentales chez la primipare.

Dans la littérature s'intéressant aux spatules, ce taux fait partie des plus bas (Tableau 4). En effet on retrouve des taux en général au dessus de 80-90%.

Certaines études [56,64-67] rapportent des taux d'épisiotomie au dessous de 70%, mais la comparaison avec ces études est délicate car elles étudient toutes les parités. Le pourcentage de primipares y est souvent faible ou non rapporté.

Lorsque l'on s'intéresse à la littérature ayant pour objet les forceps, on observe des taux d'épisiotomie variant de 75,5% à 100% (Tableau 17).

Les extractions par ventouse semblent au vu des données de la littérature moins pourvoyeuses d'épisiotomie que le forceps (grade A) [3]. La prévalence varie de façon importante de 28,7% à 85,5% selon les études (Tableau 18).

La pratique de l'épisiotomie dans l'extraction instrumentale est probablement corrélée à l'expérience du praticien. Macleod et al rapportent que plus l'opérateur est expérimenté, plus il adopte une approche restrictive de l'épisiotomie dans les extractions instrumentales [77]. Boucoiran et al. comparent des accouchements par spatules réalisés par des internes à ceux réalisés par un médecin sénior et rapportent un taux d'épisiotomie supérieur dans le groupe extraction par un interne (89,2% versus 83,3 % $p=0,049$) [78].

Les extractions instrumentales sont dans notre maternité en majorité réalisées par des internes supervisés par un médecin sénior.

Premier auteur	Pays	Période	Effectif	Schéma de l'étude	Episiotomie (%)	Primipares (%)	Lésions périnéales sévères (%)
Youssef	UK	1998-2002	1534	Rétrospective	95.8, ML	53,4*	8.7
Kudish	Canada	1996-2003	1702	Rétrospective	38.3, M	55.1	23.2
De Leeuw	PB	1994-1995	7478	Rétrospective	90.1, ML	85.6	4.7
Macleod	Angl et Ecosse	2004 - 2006	904	Prospective	89.6, ML	100	11.6
De Vogel	Pays Bas	2001-2009	316	Rétrospective	93.3, ML	85.4	3.2
Baghurst	Australie	2002-2008	3266	Rétrospective	75.5, ML	80.7	11.8
			2637		78.4, ML	100	13.3
Ampt	Australie	2001-2009	25251	Rétrospective	76.1, ML	83.1	10.4
			20996		79.3, ML	100	11.2

Tableau 17. Résultats des principales études s'intéressant à l'extraction par forceps et aux déchirures périnéales sévères [49, 50, 32, 42, 31, 40, 44]

*Taux global de primipares de l'étude et pas seulement du sous groupe extraction instrumentale.

Premier auteur	Pays	Période	Effectif	Schéma de l'étude	Episiotomie (%) Et type	Primipares (%)	Déchirures périnéales sévères (%)
Robinson	USA	1994-1995	161	Rétrospective	80.1, M	-	29.8
Youssef	UK	1998-2002	616	Rétrospective	71.2, ML	53,4*	2.1
Kudish	Canada	1996-2003	802	Rétrospective	42.5, M	64.7	17.5
Aukee	Finlande	1997-2001	529	Rétrospective	86.0, ML	36,6*	5.4
De Leeuw	PB	1994-1995	21 254	Rétrospective	79.5, ML	81.2	3.0
Macleod	Angl et Ecosse	2004-2006	456	Prospective	56.1, ML	100	4.8
Vanlieferinghen	France	2005-2007	385	Rétrospective	54.8, ML	1 (1-8)	0.7
Koskas	France	2006	444	Rétrospective	76.2, ML	45,07*	0.68
Reinbold	France	2004-2009	2697	Rétrospective	55.95, ML	45,8*	3.02
Rognant	France	2001-2005	1961	Rétrospective	85.9, ML	74.3	1.9
Räisänen	Finlande	2004-2007	16802 12 985	Rétrospective	78.5, L 84.9, L	77.2 100	3,1 3.4
Jangö	Danemark	2000-2010	38988	Rétrospective	28.7, ML	100	13.6
De Vogel	Pays Bas	2001-2009	2520	Rétrospective	79.2, ML	84.7	5.9
Baghurst	Australie	2002-2008	6338 4636	Rétrospective	44.4, ML 51.3, ML	73,1 100	5.3 6.2
Ampt	Australie	2001-2009	51801 36076	Rétrospective	55.3, ML 54.5, ML	69.6 100	5.6 6.9
Surol-Urganci	UK	2000-2012	164 605	Rétrospective	70.4, ML	100	3.5

Tableau 18. Résultats des principales études s'intéressant à l'extraction par ventouse et aux déchirures périnéales sévères [48, 49, 50, 36, 32, 42, 62, 46, 47, 38, 33, 40, 41, 35). *Taux globale de primipares de l'étude et pas seulement du sous groupe extraction instrumentale.

2.2. UNE ANALYSE SCIENTIFIQUE DELICATE

L'épisiotomie est un acte chirurgical, très « opérateur dépendant ».

Il n'y a pas de standardisation de cette technique opératoire. Les traités d'obstétrique décrivent principalement deux grands types d'épisiotomie, l'épisiotomie médiane largement utilisée aux Etats-Unis et au Canada et l'épisiotomie médio-latérale pratiquée en Europe. Il existe en fait dans la littérature 7 types d'épisiotomie décrits (Figure 13) [79].

Par ailleurs au sein d'un même type d'épisiotomie, d'autres éléments, impossibles à intégrer dans une étude randomisée, peuvent constituer des biais : l'angle, la longueur, la profondeur de l'incision, le point d'incision, le moment de réalisation ainsi que la qualité de la réparation, la fragilité individuelle du périnée féminin, la fréquence des facteurs confondants.

Aucune étude ne peut prendre en compte tous ces paramètres. Et pourtant ces derniers pourraient jouer un rôle important dans les bénéfices et les risques de l'épisiotomie.

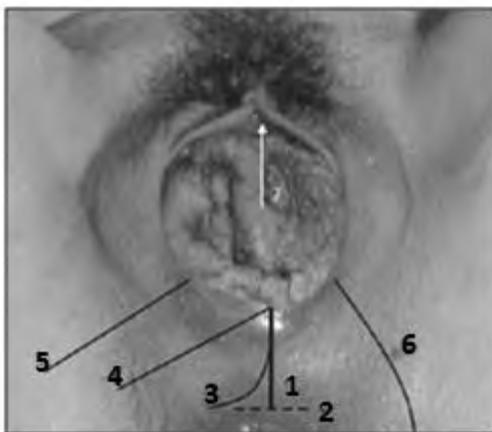


Figure 13. Types d'épisiotomie : 1 : épisiotomie médiane ; 2 : épisiotomie médiane modifiée ; 3 : épisiotomie en forme de J ; 4 : épisiotomie médio-latérale ; 5 : épisiotomie latérale ; 6 : épisiotomie latérale radicale.

Il n'existe aucune étude randomisée comparant un bras « sans épisiotomie quoi qu'il advienne » et un bras « épisiotomie systématique ». Les données scientifiques de bon niveau de preuve ne comparent que le recours « libéral » à l'épisiotomie (indications larges) à la

pratique restrictive, dont le taux est très variable selon les études, parfois du simple au double.

3. LES DECHIRURES PERINEALES SEVERES

3.1. UN EVENEMENT RARE

Les lésions du sphincter anal ou déchirures périnéales sévères du per partum sont rares. Dans les grandes séries, elles surviennent globalement dans environ 1 à 6% des accouchements par voie basse [39, 40, 50, 51, 80, 81]. Dans sa méta-analyse, Hartmann retrouve un taux de 2.1% [1]. Les taux paraissent plus importants dans les centres qui pratiquent l'épisiotomie médiane [51].

Auteur	Pays	Période	Effectif	Primipares (%)	Lésions périnéales sévères (%)
Räisänen	Finlande	1987-2007	514 741	42,3	0,6
Baghestan	Norvège	1967-2004	1 673 442	48,8	1,8
Handa	Etats unis	1992-1997	2 101 843	35,8	5,85
De Leeuw	Pays Bas	1994-1995	321 726	38,8	1,94
Baghurst	Australie	2002-2008	65 598	39,4	2,4
Kudish	Canada	1996-2003	33 842	35,5	3,6

Tableau 19. Incidence des déchirures périnéales sévères dans les grandes séries rapportée au nombre d'accouchements par voie basse [80, 39, 51, 81, 40, 50].

Dans notre maternité, si l'on s'intéresse à l'ensemble des accouchements par voie basse, l'incidence des déchirures sévères est environ de 1% (Figure 2).

En cas d'extraction instrumentale, les taux de déchirures périnéales sévères rapportées dans la littérature sont de 0,7 à 29,8% (Tableaux 17, 18 et 20). Dans les études s'intéressant aux spatules, les taux varient de 2,1 à 7% toutes parités confondues [55-66] (Tableau 20). Nous retrouvons au cours des périodes 1 et 2 des taux de 3,35% et 5,26% respectivement.

	Année	Effectif	Schéma de l'étude	Épisiotomie (%) ML	Primipares (%)	Dégagement en OS (%)	Lésions périnéales sévères (%)
De Troyer et al.	2005	166	Rétrospective	96	80	24,5	3,6
Maisonnette-Escot et al.	2005	190	Rétrospective	84,8	85,3	22,8	4,8
Mazouni et al.	2005	279	Rétrospective	99,3	100	13,3	5,4
Menard et al.	2008	168	Rétrospective	97	98,8	13,1	4,2
Parant et al.	2009	195	Observationnelle prospective	97,9	100	12,9	3,6
Vanlieferinghen et al.	2009	332	Rétrospective	80,3	1 (1-6)*	23	2,1
Boucoiran et al.	2010	1065	Rétrospective	87,3	82,4	14	6,2
Courtois et al.	2007	163	Rétrospective	91,3	85,8	14,1	17,4 OS 2,9 OP
Vintejoux et al.	2011	572	Rétrospective	41,1	78,4	11,7	7
Aouar et al.	2009	69	Rétrospective	15,9	17,3	7,2	2,9
Tsoyem Mouafou et al.	2011	40	Rétrospective	35,5	1,8 (1-7)*	9	2,7
Grisot et al.	2011	126	Observationnelle prospective	40	0,27 (0-8) **	13	4,8

Tableau 20. Résultats des principales études s'intéressant à l'extraction par spatules et aux déchirures périnéales sévères [55-66].

*Parité moyenne avant l'accouchement ; **Parité moyenne après l'accouchement

La primiparité et l'extraction instrumentale sont deux facteurs de risque connus de rupture sphinctérienne [39, 51]. Le poids de naissance [39, 51] et le dégagement en occipito-sacré sont aussi souvent rapportés [82-85].

La prévention de ces lésions est depuis toujours une préoccupation majeure des obstétriciens et sages femmes. En effet de telles déchirures ont des conséquences néfastes à court et à long terme, tant en terme de douleurs périnéales que sur le plan de la continence urinaire et anale ultérieure [86,87]. Une incontinence anale est rapportée par 21% des femmes ayant eu une déchirure sphinctérienne, 10 mois après leur accouchement [86].

Cela sous-entend une parfaite connaissance des facteurs de risque, pouvant conduire à la survenue de telles lésions, et des situations, parmi l'étendue des pratiques obstétricales actuelles, pouvant y amener.

3.2. LES FACTEURS DE RISQUE DE DECHIRURES PERINEALES SEVERES

La survenue de déchirures périnéales sévères était le critère de jugement principal de notre étude. Afin de pouvoir étudier son association avec la politique d'épisiotomie, il était nécessaire que nos deux groupes soient comparables sur l'ensemble des facteurs de risque de déchirures sphinctériennes à l'exception de la politique d'épisiotomie.

Malgré le caractère prospectif de notre étude et une inclusion identique au cours de chacune des périodes, un certain nombre de données obstétricales pouvant avoir un impact sur nos résultats sont différentes entre les deux périodes. Ces différences sont liées à des évolutions dans nos pratiques obstétricales au cours des dernières années.

3.2.1. LA MACROSOMIE

Le taux d'enfant de plus de 4000g était comparable entre nos deux périodes, respectivement 2,8 et 4,2% (p=0,46)

Nous n'avons pas pu réaliser d'ajustement sur la macrosomie car aucune déchirure périnéale sévère n'était rapportée en cas de naissance d'un enfant de plus de 4000 g. Cela s'explique très probablement par la faible prévalence de la macrosomie au cours des deux périodes.

3.2.2. LE DEGAGEMENT EN OCCIPITO-SACRE

Le taux de dégagement de la présentation en variété postérieure était significativement plus important au cours de la période 1.

Dans les grandes séries, les dégagements en variété postérieure sont rapportés comme facteur de risque de déchirures périnéales sévères dans les accouchements spontanés comme dans les accouchements instrumentaux [82-85].

La diminution de notre taux de dégagement postérieur montre la volonté de l'équipe de contrôler les facteurs de risque de déchirures sévères.

Dans notre étude, en accord avec la littérature, il existe une relation statistiquement significative entre le dégagement en OS et le taux de déchirures périnéales sévères (OR=3,86; IC95% 1,17-12,78).

3.2.3. LA DUREE DE LA SECONDE PHASE DE TRAVAIL

La seconde phase de travail est statistiquement plus longue dans le groupe 2. Plusieurs études ont étudié le lien entre la durée de cette seconde phase et la morbidité périnéale maternelle [35, 81, 88, 89].

Les résultats des grandes séries sont contrastés.

Une équipe néerlandaise rapporte une association statistiquement significative avec un OR de 1,12 (IC95% 1,10-1,14) [81]. Ils l'expliquent par le fait que l'étirement prolongé du périnée pourrait conduire à des lésions ischémiques qui pourraient augmenter le risque de déchirure du périnée. Mais ils ne concluent pas à la nécessité de fixer un seuil limite supérieur dans la durée de cette seconde phase car cela pourrait être à l'origine d'une augmentation du nombre d'extractions instrumentales. Une étude prospective observationnelle a montré également qu'une seconde phase de travail de plus de 60 minutes était associée à une augmentation du risque de lésions sphinctériennes (OR=1,7 ; IC95% 1,14 -2,48) [88].

Plus récemment Gurol-Urganci et al. [35] sur une large cohorte de plus d'un million de femmes n'ont pas mis en évidence cette association (OR=0,99; IC95% 0,94-1,04). De la même manière une méta analyse des essais prospectifs randomisés étudiant poussée

immédiate versus poussée retardée n'a pas mis en évidence de différence au niveau de la morbidité périnéale [89]

Nous ne retrouvons pas dans notre étude une association significative entre déchirure périnéale sévère et seconde phase de travail supérieure à deux heures (OR=0,96; IC95% 0,35-2,63).

Plusieurs essais randomisés, la plupart réalisés dans des pays anglo-saxons, ont porté sur le moment optimal pour débiter les efforts expulsifs. En revanche, aucun essai randomisé à ce jour n'a évalué la durée et la gestion optimale des efforts expulsifs. Un projet de recherche clinique hospitalier est en cours d'élaboration visant à étudier l'effet d'une gestion moins intensive des efforts expulsifs (des poussées moins fréquentes, sans durée limitée fixée arbitrairement et avec des périodes de contractions sans poussées). Leur hypothèse principale est qu'une gestion moins intensive des efforts expulsifs sans limitation de leur durée n'augmente pas la morbidité néonatale. De plus, une telle pratique pourrait permettre de diminuer le risque d'extraction instrumentale et les complications associées.

3.2.4. LA HAUTEUR DE LA PRESENTATION

La hauteur de la présentation lors de l'extraction instrumentale est différente entre les deux groupes. Le risque de traumatisme sphinctérien augmente significativement lorsque l'instrument est appliqué à la partie haute de l'excavation pelvienne [90]. Dans notre étude une extraction sur une présentation engagée partie haute est exceptionnelle et leur taux n'est pas différent entre les deux périodes (2,23% en 2006 versus 4,21% en 2014 p=0,285).

Il n'existe pas d'étude qui montre une différence entre les extractions instrumentales réalisées sur une présentation engagée partie moyenne ou partie basse de l'excavation.

Aucune déchirure périnéale sévère n'est rapportée dans notre étude en cas d'extraction instrumentale sur une présentation engagée partie haute du fait de la faible prévalence de cet événement. Aussi nous n'avons pas pu réaliser d'ajustement sur ce facteur de confusion.

3.2.5. L'INDEX DE MASSE CORPORELLE MATERNELLE (IMC)

Concernant la question de l'obésité maternelle et des déchirures périnéales sévères, les résultats sont contradictoires.

Dans certaines études, le poids maternel et l'IMC se sont avérés significativement plus élevés chez les femmes ayant des lésions périnéales sévères par rapport aux femmes non affectées [91]. Mais dans les grandes études de registre, aucune association entre l'obésité maternelle et les déchirures sphinctériennes n'a été trouvée [92, 93]. Dans certaines études, l'obésité semble au contraire avoir un effet protecteur [94,95].

Dans l'analyse bi variée de notre étude concernant l'obésité, l'OR n'est pas significatif mais il est supérieur en cas d'obésité (OR=1,87; IC95% 0,40-8,71).

3.2.6. LES FACTEURS DE CONFUSION POTENTIELS DE NOTRE ETUDE

Le dégagement en OS, l'extraction instrumentale sur une présentation engagée partie haute, la macrosomie, une seconde phase de travail supérieure à deux heures et l'obésité peuvent ainsi représenter des facteurs de confusion.

Du faite de la faible prévalence de l'extraction instrumentale sur une présentation engagée partie haute et de la macrosomie foetale, aucune déchirure périnéale sévère n'était rapportée dans ces deux sous groupes. Nous n'avons donc pas pu intégrer ces facteurs dans notre analyse multi variée.

3.3. UNE ANALYSE SCIENTIFIQUE DELICATE

L'étude des déchirures périnéales sévères est un sujet délicat. D'une part, le diagnostic de ces lésions est difficile et il est peut être sous-estimé et d'autre part, de nombreux facteurs de risques peuvent interférer dans l'association étudiée.

Un certain nombre de lésions cliniquement visibles peuvent ne pas être diagnostiquées.

Groom and Paterson-Brown ont démontré qu'un certain nombre de déchirures sphinctériennes étaient manquées par les accoucheurs [96]. Les patientes incluses dans l'étude, ont été examinées par deux personnes différentes : la sage femme ou le médecin qui a réalisé l'accouchement puis un expert indépendant. Seulement 11 des 18 déchirures

périnéales ont été diagnostiquées par la personne ayant réalisé l'accouchement. Ces chiffres suggèrent que près de 40% des déchirures sévères de ce groupe auraient été manquées. Cette étude montre également qu'il est possible d'améliorer le diagnostic clinique des déchirures périnéales du 3^e degré en étant plus vigilant. En effet au cours de l'étude et dans les six mois qui ont suivi, la sensibilisation de l'équipe sur le sujet a fait que l'incidence globale des déchirures périnéales du 3^e degré diagnostiquées a triplé par rapport à celle des six mois avant l'étude (7,5% versus 2,5%).

De la même manière, une étude anglaise plus récente, a rapporté que 56% des déchirures sphinctériennes étaient manquées par l'accoucheur [97].

Au vu de la littérature, il est peut-être nécessaire pour l'ensemble des maternités de remettre en question l'examen périnéal et son enseignement et d'accroître notre vigilance afin de ne pas sous-diagnostiquer ces déchirures.

Dans notre étude, même si la majorité des extractions instrumentales sont réalisés par un interne, le périnée est systématiquement vérifié par obstétricien sénior qui supervise l'accouchement

Le problème de classification des déchirures périnéales a souvent fait débat. Dans certaines études, les déchirures sphinctériennes partielles ne sont pas considérées comme des déchirures sévères mais il n'existe pas de preuve que ces dernières soient moins pourvoyeuses de troubles fonctionnels. Aussi dans notre étude par souci d'application stricte de la définition, nous les classons comme des lésions périnéales sévères.

4. EXTRACTIONS INSTRUMENTALES, DECHIRURES PERINEALES SEVERES ET EPISIOTOMIE RESTRICTIVE

Nous n'avons pas mis en évidence de différences statistiquement significatives en ce qui concerne les déchirures périnéales sévères (OR=1,60; IC95% 0,57-4,50).

Après ajustement sur les facteurs confondants, cette différence est toujours non significative (ORa=2,14; IC95% 0,67-6,87).

Dans la mesure où la survenue d'une telle déchirure est un événement rare peut-être que nous ne sommes pas parvenus à mettre en évidence une différence du fait d'un manque de

puissance. Un effectif plus important de femmes serait nécessaire afin de pouvoir répondre avec plus de précision à cette question.

Conformément aux études étudiant l'épisiotomie restrictive lors des accouchements spontanés, nous avons mis en évidence une augmentation des périnées intacts et des déchirures périnéales simples.

Par contre contrairement à elles, nous n'avons pas mis en évidence d'augmentation des déchirures du périnée antérieur. Il n'a pas été rapporté de déchirures sévères du périnée antérieur sur les deux périodes. Quant aux déchirures non sévères, souvent des éraillures, leur étude est difficile car elles ne sont pas systématiquement rapportées par l'opérateur.

4.1. SPATULES, DECHIRURES PERINEALES SEVERES ET EPISIOTOMIE RESTRICTIVE

Dans la plupart des études s'intéressant aux spatules, pratiquement toutes les patientes ont eu une épisiotomie ce qui ne permet donc pas de répondre sur le caractère préventif ou non de l'épisiotomie dans l'extraction par spatules [55-62].

Une étude rétrospective menée sur un an dans une maternité de niveau III, portant sur 572 extractions par spatules dont 78,4% de primipares, rapporte un taux d'épisiotomie de 41,1%. Le taux de déchirures périnéales sévères est de 7%. L'analyse statistique n'a pas mis en évidence de relation statistiquement significative entre les lésions périnéales sévères et l'absence de réalisation d'épisiotomie ($p=0,85$) [56].

Notre étude est innovante car il n'existe aucune étude qui étudie le retentissement d'une diminution du taux d'épisiotomie dans l'extraction par spatules sur les déchirures sévères du périnée et sur les troubles fonctionnels du post-partum.

4.2. VENTOUSES/FORCEPS, DECHIRURES PERINEALES SEVERES ET EPISIOTOMIE RESTRICTIVE

La littérature concernant l'extraction par ventouse et par forceps est plus riche. L'angle de l'épisiotomie semble jouer un rôle important dans l'association épisiotomie et extraction instrumentale. Nous exposerons par conséquent les résultats de la littérature concernant successivement l'épisiotomie médiane puis l'épisiotomie médio-latérale et enfin l'épisiotomie latérale.

Très peu d'études comparent la pratique libérale de l'épisiotomie à sa pratique restrictive dans l'extraction instrumentale. La plupart des études, dans une même cohorte souvent rétrospective, comparent les conséquences de la pratique de l'épisiotomie à celles de l'absence d'épisiotomie.

4.2.1. L'ÉPISIOTOMIE MÉDIANE

Dans l'accouchement spontané, l'épisiotomie médiane semble associée à davantage de déchirures périnéales sévères lorsqu'on la compare à l'épisiotomie médio-latérale (grade B). Elle réduit moins la tension du périnée et semble guider davantage les déchirures vers le sphincter de l'anus.

Ce risque semble retrouvé dans les extractions instrumentales.

Robinson et al. ont étudié 323 extractions instrumentales. Ils rapportent une augmentation du taux de traumatisme périnéal lorsqu'une épisiotomie est associée à une extraction par ventouse (RR=3,7; IC95% 1,2-11,2) [48]. Par contre en cas d'extraction par forceps, l'épisiotomie n'influence pas le risque de traumatisme périnéal.

Dans une étude plus récente, cette association à risque pour le périnée est retrouvée avec la ventouse mais aussi le forceps quelle que soit la parité [50]. Chez les primipares et multipares, l'utilisation conjointe du forceps et de l'épisiotomie augmente respectivement d'un facteur 20 et 77 le risque de déchirures sévères par rapport aux accouchements spontanés. Celui-ci est augmenté d'un facteur 14 dans l'association ventouse et épisiotomie chez la primipare.

Enfin le travail d'Ecker et al. en 1997 a porté sur une série continue de 2041 extractions instrumentales par forceps ou par ventouse réalisées entre 1984 et 1994 [44]. Au fil des ans, le taux d'épisiotomie est passé d'une fréquence de 93 à 36%. Dans le même temps, ont été observées : une absence de modification significative du taux de déchirures du 3^e degré et une réduction du taux de déchirures du 4^e degré chez les primipares (15 à 6% p<0,008).

4.2.2. L'ÉPISIOTOMIE MÉDIO LATÉRALE

Les résultats dans la littérature sont plus contradictoires pour ce type d'épisiotomie. A ce jour, l'effet protecteur de l'épisiotomie reste très discuté. Certains lui reconnaissent un rôle

protecteur sur le périnée. D'autres ne lui reconnaissent aucune efficacité préventive alors qu'à l'opposé, certains la considèrent comme un facteur de risque.

A. Etudes rétrospectives de cohorte

De grandes séries rétrospectives sur registre rapportent un effet protecteur de l'épisiotomie lors des extractions instrumentales par ventouse ou forceps [31-36].

L'étude Néerlandaise de De Leeuw et al.[32] a notamment fait du bruit car elle rapporte un impact très fort de l'épisiotomie. 21 254 extractions par ventouse et 7478 par forceps ont été étudiées. Ils retrouvaient un fort effet protecteur de l'épisiotomie durant l'extraction par ventouse (OR=0,11; IC95 0,09-0,13) et par forceps (OR=0,08; IC95% 0,07-0,11). Le problème majeur de ce travail, soulevé par de nombreuses publications, tient à l'usage quasi systématique de l'épisiotomie au cours d'une extraction instrumentale dans cette étude. En effet les taux d'épisiotomie rapportés sont de 79,6% en cas de ventouse et de 90,1% en cas de forceps. Cette utilisation très libérale laisse à penser que les opérateurs ne sont peut-être pas entraînés à réaliser des extractions instrumentales sans épisiotomie et que les 10 à 20% des femmes qui n'ont pas eu d'épisiotomie ne l'ont pas eu du fait d'une pratique restrictive mais plutôt du fait d'un manque de temps ou parce que les lésions étaient déjà constituées ne justifiant plus l'épisiotomie.

Une étude rétrospective danoise publiée en 2013 a étudié 38988 extractions par ventouse [33]. Le taux d'épisiotomie est de 28,7%. Ils rapportent également un effet protecteur de l'épisiotomie (ORa=0,60; IC95% 0,56-0,65).

Certaines études retrouvent cet effet protecteur pour l'extraction par forceps mais pas par ventouse [40, 41] ou chez la primipare mais pas chez la multipare [39, 40]. Dans l'étude de Barghurst, il est même mis en évidence dans cette étude une augmentation du risque en cas d'association épisiotomie et extraction instrumentale chez la multipare (OR=2,1; IC95% 1,4-3,2) [40].

A l'opposé, une étude rétrospective écossaise rapportant 2153 extractions instrumentales dans une population comprenant 53,4% de primipares, montre que les déchirures du 3^e et du 4^e degré sont plus fréquentes avec l'utilisation de l'épisiotomie que sans épisiotomie et ce même après avoir ajusté sur les facteurs confondants (ORa=2,92; IC95% 1,27-6,72) [49]. Le taux d'épisiotomie est de 71,2%.

B. Etudes rétrospectives comparant la pratique libérale et restrictive de l'épisiotomie

En France, Koskas et Reinbold ont étudié de façon rétrospective l'impact des recommandations du CNGOF [46, 47].

Reinbold et al. rapportent une série continue de 2041 extractions instrumentales par ventouses réalisées entre 2004 et 2009. Au fil des ans, le taux d'épisiotomie est passé de 87 % à 33,5%. Dans le même temps, une absence de modification significative du taux de déchirures du 3^e degré et du 4^e a été observée [47].

Koskas et al. ont comparé deux périodes distinctes quant à leur politique d'épisiotomie. Le tableau 20 rapporte leurs résultats en cas de recours à la ventouse obstétricale [46]. Dans cette étude, le taux de primipares était d'environ 45% pour les deux périodes. Le taux de déchirures sévères était similaire quelque soit la période. Le taux d'épisiotomie, dans l'extraction par forceps, ne change pas au cours des deux périodes.

	2004	2006	p
Ventouses	361	444	0,400
Episiotomies (%)	87,53	73,20	<0,001
Déchirures périnéales sévères (%)	0,83	0,68	1

Tableau 21. Résultats sur l'extraction par ventouse de l'étude de Koskas et al. [46].

Zafran et al., dans une étude publiée en 2012, ont, de la même manière comparé deux périodes distinctes quant à leur politique d'épisiotomie. Leurs résultats sont en accord avec l'étude précédente (Tableau 22) [37].

	Période 1	Période 2	p
Ventouses	211	314	0,05
Episiotomies (%)	89,6	78,7	<0,001
Déchirures périnéales sévères (%)	0,5	3,2	0,25

Tableau 22. Résultats sur l'extraction par ventouse chez la primipare de l'étude de Zafran et al. [37].

C. Etude prospective, observationnelle

Macleod et al. ont inclus 1360 primipares de manière prospective, non randomisé. Leur objectif principal était de comparer la pratique de l'épisiotomie à l'absence d'épisiotomie au cours d'extractions instrumentales (ventouse ou forceps) [42]. Leur taux d'épisiotomie est de 78,4%. Le taux de déchirures sphinctériennes n'est pas différent avec l'utilisation de l'épisiotomie comparé à l'absence d'épisiotomie (9,9% versus 7,1% ; ORa=1,11; IC95% 0,56-0,65) et ce quel que soit l'instrument.

D. Etude contrôlée, randomisée

Une seule étude randomisée étudie la pratique restrictive de l'épisiotomie dans l'extraction instrumentale [43].

200 patientes ont été incluses en ante natale puis randomisées si un accouchement instrumental était requis : épisiotomie systématique ou épisiotomie restrictive (*only if a tearing apparent*).

Ils rapportent une très faible différence non significative sur le taux de déchirures sphinctériennes (8,1% dans le groupe systématique et 10,9% dans le groupe restrictif OR=0,72; IC95% 0,28-1,87). Ils concluent que la pratique systématique n'apparaît ni augmenter, ni vraiment réduire les déchirures périnéales sévères comparé à une pratique restrictive. Mais leur effectif est faible et par conséquent leur étude manque de puissance.

Pour eux, l'effet protecteur de l'épisiotomie n'est pas aussi important que le décrit De Leeuw [32] car sinon ils auraient pu le mettre en évidence facilement.

E. Méta analyse

La méta-analyse de Sagi-Dain [98] rapporte que l'épisiotomie médio latérale chez les multipares, est associée à une légère augmentation du risque de déchirures sévères (OR=1,27; IC95% 1,05-1,53) tandis que chez la nullipare cette relation tend à une réduction de risques mais sans signification statistique (OR=0,68; IC95% 0,43-1,07).

4.2.3. L'ÉPISIOTOMIE LATÉRALE

L'épisiotomie latérale est peu utilisée en obstétrique car elle est responsable de plus fortes douleurs, et de davantage de dyspareunies et de troubles de la cicatrisation que les autres types d'épisiotomie.

Une étude finlandaise rétrospective [38] l'étudie dans l'extraction par ventouse. Chez les femmes accouchant pour la première fois par voie basse, l'épisiotomie est associée à une diminution de l'incidence des déchirures périnéales sévères (ORa=0,54; IC95% 0,42-0,70) tandis que chez la multipare cette association n'est pas statistiquement significative (ORa=2,17; IC95% 1,00-4,70).

4.3. L'ANGLE DE L'ÉPISIOTOMIE

Il existe des preuves solides contre l'épisiotomie médiane montrant une association évidente avec une augmentation du risque de déchirures périnéales sévères. Comme nous venons de le voir précédemment un consensus fait défaut en ce qui concerne l'épisiotomie médio-latérale. Du fait de ces résultats, des questions sur la technique spécifique ainsi que sur la définition de l'épisiotomie médio-latérale ont été soulevées. Tincello et al. ont été les premiers à se poser cette question en 2003 [99].

Kalis et al. rapportent que la définition de l'épisiotomie médio-latérale est très différentes selon les hôpitaux européens et qu'il existe une large gamme d'interprétations individuelles [100].

Tincello et Andrews ont démontré que les épisiotomies médio-latérales paraissent plus médianes que médio-latérales [99, 101]. Dans l'étude prospective d'Andrews et al. aucune sage-femme et seulement 22% des médecins ont réalisé une véritable épisiotomie médio latérale avec un angle compris entre 40 et 60° [101].

Cette difficulté de réalisation vient du faite qu'en post-partum l'ampliation du périnée est différente de celle existant au moment de l'incision. Kalis et al. ont montré que l'angle d'incision est significativement différent de l'angle de suture (40° versus 22,5° p<0.01) [102]. Ils montrent également qu'un angle d'incision de 60° aboutit à un angle de suture de 45° [103]. Il semble donc nécessaire d'augmenter l'angle au moment de l'incision.

Cette différence d'angle de l'épisiotomie avant l'accouchement et après réparation semble encore plus importante lors de l'extraction par spatule car l'épisiotomie est souvent réalisée tôt, sur un périnée non amplié. Mais aucune étude n'existe pour étayer cette impression.

Les études étudiant les caractéristiques de l'épisiotomie rapportent que l'angle de l'épisiotomie avec le milieu du périnée est significativement associé avec les déchirures périnéales sévères [104,105]. Ce type de déchirures semble se produire plus souvent quand l'angle de l'épisiotomie est faible. La théorie des investigateurs est que lorsque l'angle fait 30° ou moins, l'épisiotomie médio latérale fonctionnerait comme une incision médiane et ne déchargerait pas suffisamment le périnée. Une étude cas témoin récente a montré que de même que l'angle, le point d'incision, la longueur et la profondeur de l'épisiotomie sont des paramètres associés à la survenue de déchirures sévères [104]. Une incision très proche de la fourchette postérieure, une faible longueur et une faible profondeur sont des facteurs qui augmentent selon eux, le risque de déchirures sévères.

L'importance de ces propriétés trigonométriques semble se retrouver aussi dans les extractions instrumentales [106].

Au vue de ces données, il aurait été intéressant d'étudier l'angle de nos épisiotomies. Ce dernier peut en effet être un facteur confondant.

5. TROUBLES FONCTIONNELS DU POST-PARTUM ET EPISIOTOMIE RESTRICTIVE

La littérature concernant les troubles fonctionnels du post-partum après un accouchement instrumentale en fonction de la politique d'épisiotomie est pauvre [42, 43, 107] et ne concerne que l'extraction par ventouses ou forceps.

5.1. TROUBLES FONCTIONNELS DU POST-PARTUM IMMEDIAT

5.1.1. HEMORRAGIE, DESUNION ET INFECTION DE CICATRICE

En post-partum immédiat, nous ne mettons pas en évidence de différence en ce qui concerne le taux d'hémorragie du post-partum, de désunion ou d'infection de la cicatrice.

L'étude prospective de Macleod [42] où un groupe épisiotomie est comparé à un groupe absence d'épisiotomie dans l'extraction instrumentale retrouve des différences statistiquement significatives en faveur de l'absence d'épisiotomie en ce qui concerne : l'hémorragie du post-partum (ORa=1,72; IC95% 1,21-2,45) et l'infection périnéale (ORa=4,04; IC95% 1,44-11,37). Dans l'essai randomisé [43] (systématique versus restrictif) de cette même équipe, ces différences ne sont pas statistiquement significatives.

5.1.2. DOULEUR PERINEALE

Macleod rapporte une utilisation plus importante d'antalgiques de niveau modéré ou fort dans le groupe épisiotomie par rapport au groupe absence d'épisiotomie (ORA=3,35; IC95% 2,49-4,51) [42].

Dans l'essai randomisé, la douleur périnéale en post-partum immédiat est rapportée comme plus fréquente dans le groupe restrictif (RR=1,10; IC95% 1,01-1,21) [43].

Dans notre étude, le type de suture de l'épisiotomie est différent en fonction de la période. Alors qu'en 2006, la quasi-totalité des épisiotomies étaient suturées selon la technique en 3 plans distincts, en 2014, 51% des épisiotomies sont suturées selon la technique «1 fil-1 noeud » ou surjet continu.

Selon les recommandations du CNGOF relative à l'épisiotomie, 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) [3].

Une méta-analyse publiée en 2007 montrait que les techniques de suture continues pour la fermeture du périnée, par rapport aux méthodes interrompues, étaient associés à moins de douleur et ce jusqu'à dix jours du post-partum (RR=0,70; IC95% 0,64-0,76) [108].

Dans notre étude, malgré un changement dans la technique de suture et une baisse du taux d'épisiotomie, l'évaluation de la douleur périnéale au deuxième jour du post-partum n'est pas différente entre les deux groupes.

5.2. ÉTAT NEONATAL

Nous rapportons un pH artériel moyen à la naissance au cours de la période épisiotomie restrictive statistiquement plus bas. Mais cette différence disparaît lorsque l'on s'intéresse aux pH inférieurs à 7,10. Ce taux plus bas pourrait être expliqué par le retrait plus fréquent des spatules lorsque la présentation parvient au petit couronnement afin d'éviter l'épisiotomie et de protéger le périnée mais qui pourrait augmenter le délai de l'extraction.

Dans l'étude prospective [42], il n'existe pas de différence en ce qui concerne le score d'apgar ou le pH artériel, ou l'admission en réanimation. Par contre, on note que l'utilisation de l'épisiotomie est associée à un taux plus élevé de traumatisme néonatal (ORa=1,65; IC95% 1,20-2,27) mais cette association n'est plus significative si l'on exclut les ecchymoses et abrasions cutanées. Ce risque est retrouvé de la même manière dans l'étude rétrospective de Youssef et al. [49].

Dans l'essai randomisé, aucune différence n'est rapportée en ce qui concerne les données néonatales [43].

5.3. TROUBLES FONCTIONNELS A DEUX MOIS DU POST-PARTUM

Le taux de réponse à deux mois est plus faible au cours de la seconde période. L'envoi préférentiel par courrier électronique, les relances moins fréquentes et la période estivale pourraient expliquer cette différence. Les caractéristiques femmes qui répondent par rapport à celles qui ne répondent au cours de cette période ne sont pas statistiquement différentes. Mais cette différence de taux pourrait constituer une limite à l'interprétation de nos résultats.

5.3.1. **TROUBLES URINAIRES ET ANORECTAUX**

Nous rapportons dans notre étude une augmentation de la plupart des troubles mictionnels dans le groupe épisiotomie restrictive à l'exception de l'incontinence urinaire par urgenterie.

Cette observation est en accord avec l'essai randomisé de Macleod et al. qui rapporte une incontinence urinaire d'effort plus fréquente dans le groupe restrictif à six semaines du post-partum (OR=1,63; IC95% 0,62-4,27) [107]. Cette différence disparaît à 1an. Il n'existe pas de différence en ce qui concerne l'incontinence urinaire par urgenteries ou la dysurie.

L'interprétation de ces résultats doit se faire avec prudence. Le taux des réponduses est plus faible au cours de la période restrictive. L'obésité et une seconde phase de travail prolongée pourraient être des facteurs de risque de trouble mictionnel du post-partum [106, 110]. Et enfin, nous n'avons pas recueilli de données relatives à la continence des femmes de notre étude pendant la grossesse. Or, la continence pendant la grossesse semble être un élément prédictif important de la continence en post-partum. Une étude norvégienne rapporte que l'incontinence est plus fréquente six mois après l'accouchement parmi les femmes qui ont expérimenté l'incontinence pendant la grossesse (ORa=2,23 IC95% 2,2-2,4) [111].

Une réduction du taux d'épisiotomie n'améliore pas les troubles fonctionnels anorectaux. Dans l'essai randomisé de Macleod [107], l'incontinence anale est aussi étudiée avec le score de Wexner et n'est pas différente en fonction de la pratique de l'épisiotomie.

5.3.2. DOULEUR PERINEALES, CONSEQUENCES SUR L'ACTIVITE SEXUELLE ET BIEN-ETRE PSYCHOLOGIQUE

Nous ne rapportons pas de différence en ce qui concerne les douleurs périnéales, la reprise des rapports sexuels, les dyspareunies ou le bien être psychologique.

La douleur périnéale serait plus souvent responsable de la non reprise des rapports sexuels et les troubles périnéaux seraient plus souvent responsables de symptômes dépressifs pour les femmes du groupe épisiotomie restrictive.

Dans l'essai écossais, il n'existe plus de différence à six semaines en ce qui concerne les douleurs périnéales et le bien-être psychologique (évalué avec l'échelle EPDS). Il n'existe pas de différence en ce qui concerne les dyspareunies modérées ou sévères [107].

CONCLUSION

Cette étude prospective, comparative, unicentrique, réalisée à la maternité Paule de Viguier, a mis en évidence, à 8 ans d'intervalle, une modification des caractéristiques de nos patientes (notamment concernant le taux d'obésité pré gestationnelle) et une évolution de nos pratiques obstétricales chez la primipare (meilleure acceptation d'une prolongation de la phase de latence et de la 2^{ème} phase du travail, installation plus précoce des patientes en salle d'accouchement, diminution des extractions en variété postérieure).

Une diminution significative du recours à l'épisiotomie a également été observée dans la population des primipares ayant nécessité une extraction instrumentale par spatules de Thierry (98,3% vs. 71,6% $p < 0,001$).

Notre travail a montré qu'une diminution de la pratique de l'épisiotomie lors de l'extraction instrumentale chez la primipare ne modifiait pas de manière significative le taux de déchirures périnéales sévères et n'améliorait pas la symptomatologie maternelle du post-partum.

Nous avons observé au contraire, une tendance à l'augmentation du taux de déchirures périnéales sévères, en accord avec d'autres auteurs et une augmentation significative des troubles mictionnels dans le groupe usage limité de l'épisiotomie. Les troubles périnéaux seraient plus souvent responsables de non reprise des rapports sexuels et de symptômes dépressifs pour les femmes de ce groupe.

La question de l'intérêt de l'épisiotomie dans l'extraction instrumentale reste débattue dans la littérature récente. Les caractéristiques de l'épisiotomie (qualité de sa réalisation et de sa réparation), difficiles à systématiser, semblent également jouer un rôle important.

Nos résultats ne permettent pas de soutenir le recours systématique à l'épisiotomie, mais incitent à être prudent dans la mise en œuvre de politiques trop restrictives en cas d'extraction instrumentale par spatules de Thierry chez la primipare.

Ces données mériteraient d'être validées par une étude de plus grande ampleur, idéalement randomisée, prenant en compte les caractéristiques des épisiotomies.

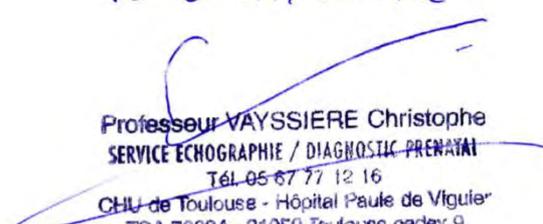
Vu permis d'imprimer
Le Doyen de la Faculté
De Médecine Rangueil

E. SERRANO



Dr C. VAYSSIERE

Professeur VAYSSIERE Christophe
SERVICE ECHOGRAPHIE / DIAGNOSTIC PRENATAL
TÉL. 05 67 77 12 16
CHU de Toulouse - Hôpital Paule de Viguier
TSA 70034 - 31059 Toulouse cedex 9



BIBLIOGRAPHIE

- [1]Hartmann K, Viswanathan M, Palmieri R, et al. Outcome of routine episiotomy, a systematic review. *Jama*. 2005; 293 (17):2141-8.
- [2]Carroli G, Belizan J. Episiotomy for vaginal birth. *Cochrane Database Syst Rev*. 2009; 1:CD000081.
- [3]Episiotomie : recommandations du Collège national des gynécologues et obstétriciens français (CNGOF) pour la pratique clinique (décembre 2005). *Gynecol Obstet Fertil*. 2006; 34:275-9.
- [4]Blondel B, Lelong N, Kermarrec M, Goffinet F. La coordination nationale des enquêtes nationales périnatales. La santé périnatale en France métropolitaine de 1995 à 2010. Résultats des enquêtes nationales périnatales. *Gyn Obstet Biol Reprod*. 2012 ; 41:151-66.
- [5]Vendittelli F, Riviere O, Crenn-Hebert C et al. Réseau sentinelle Audipog 2004-2005. Partie 2: évaluation des pratiques professionnelles. *Gynecol Obstet Fertil*. 2008; 36 (12):1202-10.
- [6]Ould F (1742) *Treatise of midwifery*. Dublin: Nelson and Connor.
- [7]Diethelm MW. Episiotomy: technique of repair. *Ohio Med J* 1938; 34:1107
- [8]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):322-38.
- [9]Woolley RJ. Benefits and risks of episiotomy: a review of the English-language literature since 1980. *Obstet Gynecol Surv*. 1995 ; 50 (11):806-35.
- [10]OMS. Rapport WHO/FRH/MSM/96.24. Soins liés à un accouchement normal : guide pratique. Edition OMS. 1996.
- [11]American congress of Obstetricians and Gynaecologists (ACOG). Practice Bulletin. Episiotomy. Clinical Management Guidelines for Obstetrician-Gynecologists. *Obstet Gynecol*. 2006;107: 957-62.

- [12]Royal College of Obstetricians and Gynaecologists (RCOG). The management of third- and fourth-degree perineal tears. Green-top guideline 29. London: RCOG, 2007.
- [13]Cargill Y, MacKinnon CJ, La société des obstétriciens et des gynécologues du Canada. Guidelines for operative vaginal birth. J Obstet Gynaecol. 2004; 26(8):747-53.
- [14]Tessier V, Pierre F. Facteurs de risque au cours du travail et prévention clinique et pharmacologique de l'hémorragie du post-partum. J Gynecol Obstet Biol Reprod. 2004 ; 33 (sup 8) : 29-56.
- [15]Stones RW, Paterson CM, Sauders NJ. Risk factors for major obstetric haemorrhage. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol. 1993; 48:15-8.
- [16]Larsson PG, Platz-Christensen JJ, Bergman B, Wallsterson G. Advantage or disadvantage of episiotomy compared with spontaneous perineal laceration. Gynecol Obstet Invest. 1991; 31:213-6.
- [17]McArthur AJ, Macarthur C. Incidence, severity, and determinants of perineal pain after vaginal delivery: a prospective cohort study. Am J Obstet Gynecol. 2004; 191:1199-204.
- [18]Casey BM, Schaffer JI, Bloom SL et al. Obstetric antecedents for postpartum pelvic floor dysfunction. Am J Obstet Gynecol. 2005; 192:1655-62.
- [19]Fritel X, Schaal JP, Fauconnier A et al. Troubles périnéaux quatre ans après le premier accouchement : comparaison entre épisiotomie restrictive et systématique. Gynecol Obstet Fertil. 2008 ; 36(10):991-7.
- [20]Parant O, Simon-Toulza C, Cristini C et al. Faecal incontinence after first instrumental vaginal delivery using Thierry's spatulas. Int Urogynecol J. 2010; 21(10):1195-203.
- [21]Parant O, Ménadier C, Puygrenier J. L'épisiotomie en France sept ans après les recommandations 42^{es} Journées nationales de la Société Française de Médecine Périnatale 2013, pp 189-199.
- [22]Mangin M, Ramanah R, Aouar Z et al. Données 2007 de l'extraction instrumentale en France : résultats d'une enquête nationale auprès de l'ensemble des centres hospitalo-universitaires. J Gynécologie Obstétrique Biol Reprod. 2010; 39(2):121-32.

- [23]CNGOF. Recommandations pour la pratique clinique : extractions instrumentales. Texte des recommandations. J Gynecol Obstet Biol Reprod. 2008; 37 (Suppl. 1) :297-300.
- [24]Sheiner E, Said L, Levy A et al. Obstetric risk factors and outcome of pregnancies complicated with early postpartum haemorrhage: a population-based study. J Matern Fetal Neonatal Med. 2005; 18:149-54
- [25]Beucher G. Complications maternelles des extractions instrumentales. J Gynecol Obstet Biol Reprod. 2008; 37: 244-59.
- [26]Pretlove SJ, Thompson PJ, Tooze-Hobson PM et al. Does the mode of delivery predispose women to anal incontinence in the first year postpartum? A comparative systematic review. BJOG 2008; 115:421-34.
- [27]Arya LA, Jackson ND, Myers DL et al. Risk of new-onset urinary incontinence after forceps and vacuum delivery in primiparous women. J Obstet Gynecol. 2001; 185:1318-24
- [28]Provansal M, Bretelle F, Bannier M et al. Symptômes urinaires après extraction instrumentale par spatules de Thierry au cours du premier accouchement. Gynecol Obstet Fertil. 2007; 35:1111-6.
- [29]Thompson JF, Roberts CL, Currie M, Ellwood DA. Prevalence and persistence of healthy problems after childbirth: association with parity and method of birth. Birth. 2002; 29:83-94.
- [30]Murphy DJ, Liebling RE. Cohort study of maternal views on future mode of delivery after operative delivery in the second stage of labor. Am J Obstet Gynecol. 2003; 188:542-8.
- [31]de Vogel J, van der Leeuw-van Beek A, Gietelink D et al. The effect of a mediolateral episiotomy during operative vaginal delivery on the risk of developing obstetrical anal sphincter injuries. Am J Obstet Gynecol. 2012; 206(5):404.e1-5.
- [32]de Leeuw JW, de Wit C, Kuijken JP, Bruinse HW. Mediolateral episiotomy reduces the risk for anal sphincter injury during operative vaginal delivery. BJOG. 2008; 115(1):104-8.
- [33]Jangö H, Langhoff-Roos J, Rosthøj S, Sakse A. Modifiable risk factors of obstetric anal sphincter injury in primiparous women: a population-based cohort study. Am J Obstet Gynecol. 2014; 210(1):59.e1-6.

- [34]Bodner-Adler B, Bodner K, Kimberger O et al. Management of the perineum during forceps delivery. Association of episiotomy with the frequency and severity of perineal trauma in women undergoing forceps delivery. *J Reprod Med*. 2003; 48(4):239-42.
- [35]Gurol-Urganci I, Cromwell DA, Edozien LC, Mahmood TA et al. Third- and fourth-degree perineal tears among primiparous women in England between 2000 and 2012: time trends and risk factors. *BJOG*. 2013; 120(12):1516-25.
- [36]Aukee P, Sundström H, Kairaluoma MV. The role of mediolateral episiotomy during labour: analysis of risk factors for obstetric anal sphincter tears. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 2006; 85(7):856-60.
- [37]Zafran N, Salim R. Impact of liberal use of mediolateral episiotomy and the incidence of obstetric anal sphincter tear. *Arch Gynecol Obstet*. 2012; 286(3):591-7.
- [38]Räisänen S, Vehviläinen-Julkunen K, Cartwright R et al. Vacuum-assisted deliveries and the risk of obstetric anal sphincter injuries-a retrospective register-based study in Finland. *BJOG*. 2012; 119(11):1370-8.
- [39]Baghestan E, Irgens LM, Børdahl PE, Rasmussen S. Trends in risk factors for obstetric anal sphincter injuries in Norway. *Obstet Gynecol*. 2010; 116(1):25-34.
- [40]Baghurst PA, Antoniou G. Risk models for benchmarking severe perineal tears during vaginal childbirth: a cross-sectional study of public hospitals in South Australia, 2002-08. *Paediatr Perinat Epidemiol*. 2012; 26(5):430-7.
- [41]Ampt AJ, Ford JB, Roberts CL, Morris JM. Trend in obstetric anal sphincter injuries and associated risk factors for vaginal singleton term births in New South Wales 2001-2009. *Aust N Z J Obstet Gynaecol*. 2013; 53(1):9-16.
- [42]MacLeod M, Strachan B, Bahl R et al. A prospective cohort study of maternal and neonatal morbidity in relation to use of episiotomy at operative vaginal delivery. *Br J Obstet Gynaecol* 2008; 115:1688-94.
- [43]Murphy DJ, Macleod M, Bahl R et al. A randomised controlled trial of routine versus restrictive use of episiotomy at operative vaginal delivery: a multicentre pilot study. *Br J Obstet Gynaecol* 2008; 115:1695-703.

- [44]Ecker JL, Tan WM, Bansal RK, Bishop JT, Kilpatrick SJ. Is there a benefit to episiotomy at operative vaginal delivery? Observations over ten years in a stable population. *Am J Obstet Gynecol.* 1997; 176(2):411-4.
- [45]Rognant. Obstetrical situations with a high risk of anal sphincter laceration in vacuum assisted deliveries. *Acta Obstet Gynecol Scand.* 2012; 91(7):862-8
- [46]Koskas M, Caillod AL, Fauconnier A, Bader G. Impact maternel et néonatal des Recommandations pour la pratique clinique du CNGOF relatives à l'épisiotomie. Étude unicentrique à propos de 5409 accouchements par voie vaginale. *Gynecol Obstet Fertil.* 2009 ; 697-702.
- [47]Reinbold D, Éboue C , Morello R et al. De l'impact des RPC pour réduire le taux d'épisiotomie. *J Gynecol Obstet Biol Reprod.* 2012; 41: 62-8.
- [48]Robinson JN, Norwitz ER, Cohen AP et al. Episiotomy, operative vaginal delivery, and significant perineal trauma in nulliparous women. *Am J Obstet Gynecol.* 1999; 181: 1180-4.
- [49]Youssef R, Ramalingam U, Macleod M, Murphy DJ. Cohort study of maternal and neonatal morbidity in relation to use of episiotomy at instrumental vaginal delivery. *Br J Obstet Gynaecol.* 2005; 112:941-5.
- [50]Kudish B, Blackwell S, Mcneeley SG et al. Operative vaginal delivery and midline episiotomy: A bad combination for the perineum. *Am J Obstet Gynecol.* 2006; 195(3):749-54.
- [51]Handa VL, Danielsen BH, Gilbert WM. Obstetric anal sphincter lacerations. *Obstet Gynecol* 2001; 98:225-30.
- [52]Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. Third- and Fourth-degree Perineal Tears, Management. 2015, Green-top Guideline No. 29.
- [53]Fournié A, Parant O. Spatules de Thierry. *Encycl Med Chir, Elsevier, Paris, Obstétrique*, 5-095-A-20, 2003, 8 p.
- [54]Thierry E, editor. *Les spatules.* Paris : Maloine; 1954.
- [55]Parant O, Simon-Toulza C, Capdet J et al. Morbidité maternofoetale immédiate de l'accouchement assisté par spatules de Thierry chez la primipare. A propos d'une série prospective continue de 195 extractions. *Gynecol Obstet Fertil.* 2009; 37 :780-6.

- [56]Vintejoux E, Flandrin A, Clarivet B et al. Lésions périnéales sévères liées à une extraction foetale par spatules. Quels facteurs de risques ? J Gynecol Obstet Biol Reprod. 2012; 41(1):69-75.
- [57]De Troyer J, Bouvenot J, D'ercole C, Boubli L. Extraction instrumentale par spatules de Thierry. A propos de 166 cas. J Gynecol Obstet Biol Reprod. 2005; 34 :795-801.
- [58]Maisonnette-Escot Y, Riethmuller D, Chevrière S et al. L'extraction par spatules de Thierry : étude de la morbidité maternofoetale. Gynecol Obstet Fertil. 2005; 33:208-12.
- [59]Mazouni C, Bretelle F, Colette E et al. Maternal and neonatal morbidity after first vaginal delivery using Thierry's spatulas. Aust N Z J Obstet Gynaecol. 2005; 45: 405-9.
- [60]Menard JP, Provansal M, Heckenroth H et al. Morbidité maternelle immédiate après extraction par spatules de Thierry et par ventouse obstétricale. Gynecol Obstet Fertil. 2008; 36 :623-7.
- [61]Vanlieferinghen S, Girard G, Mandelbrot L. Etude comparative de la morbidité materno-foetale immédiate des extractions par spatules de Thierry et par ventouse. J Gynecol Obstet Biol Reprod. 2009; 38: 648-54.
- [62]Boucoiran I, Valerio L, Bafghi A et al. Spatulas-assisted deliveries: a large cohort of 1065 cases. J Obstet Gynecol Reprod Biol. 2010; 151(1):46-51.
- [63]Courtois L, Becher P, Maticot-Bastista D et al. Extraction instrumentale par spatules de Thierry : évaluation du risque périnéal en fonction du dégagement. J Gynecol Obstet Biol Reprod. 2008; 37: 276-82.
- [64]Grisot C, Mancini J, De Troyer J et al. Morbidité périnéale des extractions instrumentales par spatules et ventouses : qu'en est-il réellement ? J Gynecol Obstet Biol Reprod. 2011; 40: 248-58.
- [65]Azouar Z, Ramanah R, Mangin M et al. Morbidité materno-foetale liée à l'extraction instrumentale par spatules de Teissier. Etude comparative à la ventouse obstétricale de type Minicup®. J Gynecol Obstet Biol Reprod. 2009; 38: 642-47.

- [66]Tsoyem Mouafou AC, Morel O, Lamy C et al. Morbidité materno-fœtale des extractions instrumentales : forceps versus spatules. A propos d'une série de 77 cas. *Gynecol Obstet Fertil*. 2014; 42: 144-48.
- [67] Simon-Toulza C, Parant O. Spatules : description, mécanique, indications et contre-indications. *J Gynecol Obstet Biol Reprod*. 2008; 37 :222-30.
- [68]Simon Toulza Caroline. Conséquences fonctionnelles ano-rectales du premier accouchement par voie vaginale, Impact des spatules de Thierry, Etude prospective à propos de 643 patientes. Th: Méd: Toulouse 2007.
- [69]Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. Methods and materials used in perineal repair. RCOG Guideline No.23. London: RCOG Press ; 2004.
- [70] Plard C. Obésité et grossesse : prévalence et morbidité maternofoetale au CHU de Toulouse sur 5 ans : élaboration d'un nomogramme prédictif d'échec de voie basse à terme. Th : Méd. : Toulouse 2014.
- [71]Fraser WD, Marcoux S, Krauss I et al. Multicenter, randomized, controlled trial of delayed pushing for nulliparous women in the second stage of labor with continuous epidural analgesia. The PEOPLE (Pushing Early or Pushing Late with Epidural) Study Group. *Am J Obstet Gynecol*. 2000; 182(5):1165-72.
- [72]Buchmann E, Libhaber E. Interobserver agreement in intrapartum estimation of fetal head station. *J Gynaecol Obstet*. 2008; 101(3):285-9.
- [73] Maticot-Baptista D, Ramanah R, Collin A et al. Diagnostic échographique d'engagement de la présentation fœtale. A propos d'une série prospective préliminaire française. *J Gynecol Obstet Biol Reprod*. 2009; 38(6):474-80.
- [74]Ponkey SE, Cohen AP, Heffner LJ, Lieberman E. Persistent fetal occiput posterior position: obstetric outcomes. *Obstet Gynecol*. 2003; 101(5 Pt 1):915-20.
- [75]Fitzpatrick M, McQuillan K, O'Herlihy C. Influence of persistent occiput posterior position on delivery outcome. *Obstet Gynecol*. 2001; 98(6):1027-31.

- [76]Vidal F, Simon C, Cristini C, Arnaud C, Parant O. Instrumental rotation for persistent fetal occiput posterior position: a way to decrease maternal and neonatal injury? PLoS One. 2013; 18; 8(10).
- [77]Macleod M, Murphy DJ. Operative vaginal delivery and the use of episiotomy-a survey of practice in the United Kingdom and Ireland. J Obstet Gynecol Reprod Biol. 2008; 136(2): 178-83.
- [78] Boucoiran I, Bafghi A, Delotte J, Valerio L, Bongain A. Risques néonataux et périnéaux liés à l'apprentissage des spatules. J Gynecol Obstet Biol Reprod 2010; 37: 276-82.
- [79]Kalis V, Laine K, de Leeuw JW et al. Classification of episiotomy: towards a standardisation of terminology. BJOG. 2012; 119:522-26.
- [80]Räisänen S, Vehviläinen-Julkunen K, Gissler M, Heinonen S. Latéral episiotomy protects primiparous but not multiparous women from obstetric anal sphincter rupture. Acta Obstetrica et Gynecologica. 2009; 88:1365-72.
- [81]de Leeuw JW, Struijk PC, Vierhout ME, Wallenburg HC. Risk factors for third degree perineal ruptures during delivery. BJOG. 2001; 108(4):383-7.
- [82]Fitzpatrick M, McQuillan K, O'Herlihy C. Influence of persistent occiput posterior position on delivery outcome. Obstet Gynecol. 2001; 98(6):1027-31.
- [83]Ponkey SE, Cohen AP, Heffner LJ, Lieberman E. Persistent fetal occiput posterior position: obstetric outcomes. Obstet Gynecol. 2003; 101(5 Pt 1):915-20.
- [84]Wu JM, Williams KS, Hundley AF et al. Occiput posterior fetal head position increases the risk of anal sphincter injury in vacuum-assisted deliveries. Am J Obstet Gynecol. 2005; 193(2):525-8.
- [85]Benavides L, Wu JM, Hundley AF et al. The impact of occiput posterior fetal head position on the risk of anal sphincter injury in forceps-assisted vaginal deliveries. Am J Obstet Gynecol. 2005; 192(5):1702-6.
- [86]Fenner DE, Genberg B, Brahma P et al. Fecal and urinary incontinence after vaginal delivery with anal sphincter disruption in an obstetrics unit in the United States. Am J Obstet Gynecol. 2003; 189(6):1543-9.

- [87]Laine K, Skjeldestad FE, Sanda B, Horne H, Spydslaug A, Staff ACA. Acta Obstet Gynecol Scand. Prevalence and risk factors for anal incontinence after obstetric anal sphincter rupture. 2011; 90(4):319-24.
- [88]Donnelly V, Fynes M, Campbell D, et al. Obstetric events leading to anal sphincter damage. Obstet Gynecol. 1998; 92(6):955-61.
- [89]Menez-Orieux C, Linet T, Philippe HJ, Boog G. Delayed versus immediate pushing in the second stage of labor for nulliparous parturients with epidural analgesia: a meta-analysis of randomized trials. J Gynecol Obstet Biol Reprod. 2005; 34(5):440-7.
- [90]Richter HE, Brumfield CG, Cliver SP et al. Risk factors associated with anal sphincter tear: a comparison of primiparous patients, vaginal births after cesarean deliveries, and patients with previous vaginal delivery. Am J Obstet Gynecol. 2002; 187(5):1194-8.
- [91]Barbier A, Poujade O, Fay R et al. Is primiparity, the only risk factor for type 3 and 4 perineal injury, during delivery? Gynecol Obstet Fertil. 2007; 35(2):101-6.
- [92]Heslehurst N, Simpson H, Ells LJ et al. The impact of maternal BMI status on pregnancy outcomes with immediate short-term obstetric resource implications: a meta-analysis. Obes Rev. 2008; 9(6):635-83.
- [93]Usha Kiran TS, Hemmadi S, Bethel J, Evans J Outcome of pregnancy in a woman with an increased body mass index. BJOG. 2005; 112(6):768-72.
- [94]Lindholm ES, Altman D Risk of obstetric anal sphincter lacerations among obese women. BJOG. 2013; 120(9):1110-5.
- [95]Blomberg M. Maternal body mass index and risk of obstetric anal sphincter injury. Biomed Res Int. 2014; 2014:395803.
- [96]Groom KM, Paterson-Brown S. Can we improve on the diagnosis of third degree tears? Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol. 2002; 101(1):19-21.
- [97]Andrews V, Sultan AH, Thakar R, Jones PW. Risk factors for obstetric anal sphincter injury: a prospective study. Birth. 2006; 33(2):117-22.
- [98]Sagi-Dain L, Sagi S. Morbidity associated with episiotomy in vacuum delivery: a systematic review and meta-analysis. BJOG. 2015; 122(8):1073-81.

- [99]Tincello DG, Williams A, Fowler GE et al. Differences in episiotomy technique between midwives and doctors. *BJOG*. 2003; 110(12):1041-4.
- [100]Kalis V, Stepan J Jr, Horak M et al. Definitions of mediolateral episiotomy in Europe. *Int J Gynaecol Obstet*. 2008; 100(2):188-9.
- [101]Andrews V, Thakar R, Sultan AH, Jones PW. Are mediolateral episiotomies actually mediolateral? *BJOG*. 2005; 112(8):1156-8.
- [102]Kalis V, Karbanova J, Horak M et al. The incision angle of mediolateral episiotomy before delivery and after repair. *Int J Gynaecol Obstet*. 2008;103(1):5-8.
- [103]Kalis V, Landsmanova J, Bednarova B et al. Evaluation of the incision angle of mediolateral episiotomy at 60 degrees.*Int J Gynaecol Obstet*. 2011 Mar;112(3):220-4.
- [104]Stedenfeldt M, Pirhonen J, Blix E et al. Episiotomy characteristics and risks for obstetric anal sphincter injuries: a case-control study. *BJOG*. 2012; 119(6):724-30.
- [105]Eogan M, Daly L, O'Connell PR, O'Herlihy C. Does the angle of episiotomy affect the incidence of anal sphincter injury? *BJOG*. 2006; 113(2):190-4.
- [106]Gonzalez-Díaz E, Moreno Cea L, Fernández Corona A. Trigonometric characteristics of episiotomy and risks for obstetric anal sphincter injuries in operative vaginal delivery. *Int Urogynecol J*. 2015; 26(2):235-42.
- [107]Macleod M, Goyder K, Howarth L et al. Morbidity experienced by women before and after operative vaginal delivery: prospective cohort study nested within a two-centre randomised controlled trial of restrictive versus routine use of episiotomy. *BJOG*. 2013; 120(8):1020-6.
- [108]Kettle C, Hills RK, Ismail KM. Continuous versus interrupted sutures for repair of episiotomy or second degree tears. *Cochrane Database Syst Rev*. 2007; (4):CD000947.
- [109]Connolly TJ, Litman HJ, Tennstedt SL, Link CL, McKinlay JB. The effect of mode of delivery, parity, and birth weight on risk of urinary incontinence. *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct*. 2007; 18(9):1033-42.

[110]Brown SJ, Gartland D, Donath S, MacArthur C. Effects of prolonged second stage, method of birth, timing of caesarean section and other obstetric risk factors on postnatal urinary incontinence: an Australian nulliparous cohort study. BJOG. 2011; 118(8):991-1000.

[111]Wesnes SL, Hunskaar S, Bo K, Rortveit G. The effect of urinary incontinence status during pregnancy and delivery mode on incontinence postpartum. A cohort study. BJOG. 2009; 116(5):700-7.

LES ANNEXES

1. Cahier d'observation p 90 à 97
2. Questionnaire A p 98
3. Questionnaire B p 99 à 103
4. Lettre d'information p 104 à 105
5. Formulaire de consentement p 106 à 107

CAHIER D'OBSERVATION : « ETUDE EPISPAT »

N° D'ANONYMAT = [_____]

En salle de naissance (pré-inclusion):

Critères de pré-inclusion :

- Majeure
- Primipare
- Singleton
- Présentation céphalique
- Bonne compréhension du français
- Extraction par spatules
- Après 36sa

Consentement de la patiente OUI

NON

Critères d'exclusion :

- 1 refus
- 2 mauvaise compréhension du française
- 3 autres (mineures, maternité secrète)

A- Les caractéristiques de la patiente :

1-Poids initial = |__|__|__| kg

2-Poids final = |__|__|__| kg

3-IMC = |__|__|

4-Taille = |__|__|__| cm

5-Prise de poids = |__|__|

6-Age= |__|__| ans

7-Origine géographique :

1 Europe (peau claire)

2 Europe (peau halée)

3 Afrique du nord

4 Afrique noire

5 Asie

6 Autre :

8-Antécédents :

1 connectivite (sclérodémie, lupus, dermato myosite,)

2 dermatose

3 diabète prégestationnel

4 corticothérapie au long cours

5 autres :

9-Complication de la grossesse :

1 Toxémie gravidique

2 HTA gravidique

3 Diabète gestationnel

4 HTA + Diabète gestationnel

B- Accouchement :

10-Date accouchement= |__|__|__|

10 bis. Heure accouchement =|__|__|

11 -Age gestationnel (en SA)= |__|__|

12-Anesthésie au cours de l'accouchement :

1 Aucune

2 Bloc honteux

3 Locorégionale 4 Intraveineuse

13-Opérateur principal : 1 Interne 2 Obstétricien senior

14- Durée de Admission à Dilatation complète = |__|_|_| min

15- Durée de Dilatation complète à Début des Efforts expulsifs = |__|_|_| min

16- Durée de Début des Efforts expulsifs à Naissance = |__|_|_| min

17-Mode de dégagement : 1 OP 2 OS

18-Indication des spatules :

- 1 défaut d'expulsion ou de progression
- 2 troubles sévères du RCF ou acidose fœtale
- 3 troubles du RCF et défaut de progression (mixte)
- 4 CI aux efforts expulsifs

19-Degré de difficulté : 1 facile
2 difficile (tractions soutenues)
3 très difficile

20-Rotation instrumentale ($\geq 45^\circ$) : 0 Non 1 Oui

21-Niveau d'engagement 1 Partie haute +1
2 Partie moyenne +2 / +3
3 Partie basse +4 / +5 / vulve

22. Dystocie des épaules : 0 Non 1 Oui

C- Lésions périnéales immédiates :

23- Périnée intact : 0 non

1 oui

24- Épisiotomie : 0 pas d'épisiotomie

1 épisiotomie

25- Déchirure périnéale associée :

0 Non = périnée intact ou épisiotomie non compliquée

1 Degré 1 = déchirure superficielle (fourchette ...)

2 Degré 2 = déchirure périnéale plus importante mais sans atteinte sphinctérienne

(Lésion des muscles périnéaux superficiels, le sphincter peut être exposé)

3 Degré 3 = déchirure périnéale avec atteinte sphinctérienne, même partielle

4 Degré 4 = déchirure périnéale avec lésion sphinctérienne et muqueuse rectale

26- Autres lésions périnéales associées

0 Aucune

1 Plaie du col

2 Plaie vaginale

3 Plaie du périnée antérieur (péri-méatiques), supérieure à une simple éraillure

27- Technique de suture de l'épisiotomie

0 Pas d'épisiotomie

1 Suture classique en 3 plans distincts

2 Suture 1 fil – 1 nœud

28- Complication périnéale immédiate en salle de naissance :

1 Thrombus,

2 Hémorragie des parties molles

29- Complications périnéales spécifiques durant le séjour à la maternité

0 aucune

- 1 hématome simple (traitement médical)
- 2 hématomes compliqués avec reprise opératoire
- 3 surinfection, désunion de la déchirure ou de l'épisiotomie
- 4 association

30- Durée du séjour à la maternité : |__|__| jours

D- Caractéristiques de l'enfant :

31-Poids de naissance (en g)= |__|__|__|__| g

32-Sexe : 1 M 2 F

33-Apgar1 = |__|__|

34-Apgar5 = |__|__|

35-pHAo = |__|__|__|

36-pHVo =|__|__|__|

37-Périmètre céphalique (en cm)= |__|__|

38-Lésions traumatiques céphaliques :

0 non

1 superficielles

2 profondes, plaie

39-Enfant Transféré 1 oui 0 non

E- Post-partum Questionnaire A « 2 jours »:

40- Douleur périnéale au repos = |__|__|

41-Douleur périnéale maximale = |__|__|

F- Post-partum : questionnaire B « 2 mois »

42-Douleur périnéale, AU REPOS = |__|__|

43-Douleur périnéale, LORS D'UN EFFORT DE TOUX = |__|__|

44-Gêne dans les activités quotidiennes = |__|__|

45- La cicatrisation du périnée ou la douleur périnéale ont-elles conduit à consulter ou à avoir des soins locaux. 1 oui 0 non

	<i>Jamais</i>	<i>Rarement</i> (- 1 fois / mois)	<i>Parfois</i> (+ 1 fois / mois)	<i>Souvent</i> (+ 1 fois / sem)	<i>Tous les jours</i>
46- Incontinence urinaire d'effort	0	1	2	3	4
47- Mictions involontaires	0	1	2	3	4
48- Impériosités mictionnelles	0	1	2	3	4
49- Difficulté pour uriner	0	1	2	3	4
50- Port de garniture « urinaire »	0	1	2	3	4

	<i>Jamais</i>	<i>Rarement</i> (- 1 fois / mois)	<i>Parfois</i> (+ 1 fois / mois)	<i>Souvent</i> (+ 1 fois / sem)	<i>Tous les jours</i>
51- Incontinence aux gaz	0	1	2	3	4
52- Incontinence aux selles liquides	0	1	2	3	4
53- Incontinence aux selles solides	0	1	2	3	4
54- Urgences défécatoires	0	1	2	3	4
55- Suintements (Soiling)	0	1	2	3	4
56- Altération de la qualité de vie	0	1	2	3	4
57- Port de garniture « anale »	0	1	2	3	4

58- Reprise des rapports sexuels ? 1 oui 0 non

59- Si oui, combien de temps après l'accouchement ? |__| |__| Jours

(Noter 0 si pas de reprise des rapports)

60- Douleur périnéale au moment du premier rapport ? 1 oui 0 non

61- Douleurs lors des rapports récents? 1 oui 0 non

En cas de non reprise des rapports sexuels, pouvez-vous préciser la raison

62- Manque d'envie 1 oui 0 non

63- Appréhension par rapport au périnée 1 oui 0 non

64- Douleur périnéale 1 oui 0 non

65- Autre raison 1 oui 0 non

- précisions :

62- Episodes de tristesse, de grande fatigue ou des moments plus ou moins de
dépression depuis l'accouchement :

1 oui 0 non

63- Si oui, est ce que les troubles du périnée peuvent y être pour quelque chose :

1 oui 0 non

64- Commentaires libres :

(En clair) : ✎.....

QUESTIONNAIRE A

Veillez précisez le jour et l'heure à laquelle vous répondez aux questions suivantes :

DATE : ___/___/_____ HEURE _____

A propos de la DOULEUR PERINEALE ce jour :

La douleur périnéale est définie comme la douleur au niveau du périnée. Le périnée est la zone entre la vulve et l'anus, donc l'endroit où est passé votre bébé. **Vous ne devez donc pas tenir compte des autres douleurs comme les douleurs au niveau du ventre, des seins, des hémorroïdes.**

1- Considérant votre douleur du périnée quand vous êtes AU REPOS, pouvez-vous donner une note entre 0 et 10 ?

La note 0 correspond à « pas de douleur »

La note 10 correspond à la « douleur maximale imaginable»

Donner une seule note de 0 à 10 pour la douleur au moment présent →

2-Considérant votre douleur périnéale maximale depuis que vous avez accouché, pouvez-vous donner une note entre 0 et 10 ?

La note 0 correspond à « pas de douleur »

La note 10 correspond à la « douleur maximale imaginable»

Donner une seule note de 0 à 10 →

QUESTIONNAIRE B

A propos de la DOULEUR PERINEALE :

La douleur périnéale est définie comme la douleur au niveau du périnée. Le périnée est la zone entre la vulve et l'anus, donc l'endroit où est passé votre bébé. **Vous ne devez donc pas tenir compte des autres douleurs comme les douleurs au niveau du ventre, des seins, des hémorroïdes.**

1-Considérant votre douleur du périnée quand vous êtes **AU REPOS**, pouvez-vous donner une note entre 0 et 10 ?

La note 0 correspond à « pas de douleur »

La note 10 correspond à la « douleur maximale imaginable»

Donner une seule note de 0 à 10 pour la douleur au moment présent →

2-Considérant votre douleur du périnée quand vous **TOUSSEZ**, pouvez-vous donner une note entre 0 et 10 ?

La note 0 correspond à « pas de douleur »

La note 10 correspond à la « douleur maximale imaginable»

Donner une seule note de 0 à 10 pour la douleur au moment présent →

3-Est-ce que la douleur du périnée vous gêne actuellement dans vos activités quotidiennes (marcher, soins du bébé, ...)? Pouvez-vous donner une note entre 0 et 10 ?

La note 0 correspond à « pas de gêne »

La note 10 correspond à la « gêne maximale»

Donner une seule note de 0 à 10 pour la gêne au moment présent →

4-La cicatrisation du périnée (épisiotomie ou déchirures éventuelle) ou la douleur du périnée vous a-t-elle amené à consulter ou à avoir des soins locaux par une sage-femme ou une infirmière : Surlignez votre réponse. Oui Non

A propos des TROUBLES URINAIRES :

Dans les 2 mois qui viennent de s'écouler, avez-vous présenté les signes suivants ?

Pour vous aider à répondre :

Jamais : Jamais de fuites

Rarement : Moins d'une fois par mois

Parfois : 1 ou plusieurs fois par mois

Souvent : 1 ou plusieurs fois par semaine

Très souvent : 1 ou plusieurs fois par jour

5-Pertes d'urine « à l'effort » (toux, éternuement, rire...) :

jamais rarement parfois souvent très souvent

6-Pertes d'urines involontaires, sans effort déclenchant :

jamais rarement parfois souvent très souvent

7-« Urgences », envies pressantes :

jamais rarement parfois souvent très souvent

8-Difficultés pour uriner (nécessité de pousser, de forcer...) :

jamais rarement parfois souvent très souvent

9-Devez vous porter des garnitures (serviettes hygiéniques) en raison de fuites urinaires ?

jamais rarement parfois souvent très souvent

A propos des TROUBLES ANAUX :

Dans les 2 mois qui viennent de s'écouler, avez-vous présenté les troubles suivants ?

Pour vous aider à répondre :

Jamais : Jamais de fuites

Rarement : Moins d'une fois par mois

Parfois : 1 ou plusieurs fois par mois

Souvent : 1 ou plusieurs fois par semaine

Très souvent : 1 ou plusieurs fois par jour

10-Impossibilité de retenir les gaz (fuites de gaz) :

jamais rarement parfois souvent très souvent

11-Impossibilité de retenir les matières fécales molles (fuites de selles molles/ diarrhée)

jamais rarement parfois souvent très souvent

12-Impossibilité de retenir les matières fécales solides (fuites de selles solides) :

jamais rarement parfois souvent très souvent

13-« Urgences fécales » (impossibilités de retarder la défécation de plus de 5 minutes) :

jamais rarement parfois souvent très souvent

14-Suintements de l'anus :

jamais rarement parfois souvent très souvent

15-Avez-vous été gênée par ces problèmes dans votre vie de tous les jours ? Est-ce que ces « fuites anales » que vous présentez vous empêchent de sortir, de recevoir des amis, d'aménager l'emploi de votre temps... ?

jamais rarement parfois souvent très souvent

16-Devez vous porter des garnitures (serviettes hygiéniques) en raison de fuites anales ?

jamais rarement parfois souvent très souvent

A propos de la reprise de l'ACTIVITE SEXUELLE :

17-Avez-vous repris les rapports sexuels ? Surlignez votre réponse.

Oui Non

18-Si oui, combien de temps après l'accouchement (en jours) ? _____ jours

19-Avez-vous ressenti une douleur périnéale au moment du premier rapport ? Surlignez votre réponse.

Oui Non

20-Ressentez vous actuellement des douleurs lors des rapports récents ? Surlignez votre réponse.

Oui Non

21-En cas de non reprise des rapports sexuels, pouvez-vous préciser la raison ? Surlignez vos réponses.

-Manque d'envie Oui Non

-Appréhension par rapport au périnée Oui Non

(Épisiotomie, déchirures...)

-Douleur

Oui

Non

-Autre raison

Oui

Non

Précisions éventuelles :

D'une manière générale :

22-. Avez-vous ressenti depuis votre accouchement un ou plusieurs épisodes de tristesse, de grande fatigue ou de dépression : Surlignez votre réponse.

Oui

Non

23-Si oui, pensez vous que les troubles du périnée peuvent y être pour quelque chose ?

Surlignez votre réponse.

Oui

Non

24-N'hésitez pas à faire les commentaires que vous sous souhaitez :

Merci de votre participation.

LETTRE D'INFORMATION

« Etude EPISPAT »

Impact d'une politique restrictive de l'épisiotomie lors du premier l'accouchement par voie basse assisté de spatule.

Madame, mademoiselle,

Vous venez d'accoucher à l'aide de spatules de votre premier enfant à la maternité de l'hôpital de Paule de Viguier et nous vous en félicitons.

Le premier accouchement par voie basse et la naissance instrumentale (naissance par spatules, forceps ou ventouse) sont des situations à risque de déchirure du périnée.

L'épisiotomie est une incision chirurgicale du périnée ayant pour avantage théorique la prévention des déchirures périnéales sévères. De ce fait elle est fréquemment réalisée en cas d'un premier accouchement par spatules.

Depuis quelques années cependant, cet avantage est remis en question et le collège national des gynécologues obstétriciens français a émis des recommandations en 2005 remettant en cause la pratique systématique de l'épisiotomie et privilégiant une réalisation au cas par cas de cette dernière.

A Paule de Viguier, la réalisation d'une épisiotomie lors d'un accouchement par spatules n'est plus systématique (même si elle reste fréquemment réalisée lors d'un premier accouchement). Nous essayons de pratiquer une épisiotomie ajustée aux besoins de chaque patiente et n'avons pas constaté d'augmentation des déchirures sévères.

Mais ce qui est important lors d'un changement dans les pratiques médicales est le retentissement sur la qualité de vie des patients.

C'est dans le but d'évaluer la qualité de vie et les troubles fonctionnels du périnée dans les suites de l'accouchement par spatules, que nous réalisons une enquête prospective à laquelle nous vous proposons de participer.

Cette enquête n'impose aucun examen ni aucun traitement supplémentaire. Les modalités de l'étude se résument à remplir 2 questionnaires simples :

- 1^{er} Questionnaire : au 2^{ème} jour, avant la sortie de la maternité
- 2^{ème} Questionnaire : au 2^{ème} mois après l'accouchement
(envoi du questionnaire par la poste avec enveloppe timbrée pour le retour)

Les données enregistrées à l'occasion de cette recherche, feront l'objet d'un traitement informatique par les investigateurs. Votre identité restera confidentielle et les renseignements vous concernant seront rendus anonymes. Elles ne pourront être consultées que par les investigateurs de l'étude ou leurs représentants ainsi que par des membres des autorités de Santé.

Vous êtes bien sûr libre de refuser de participer à cette étude. Même après avoir accepté de participer vous resterez libre de vous retirer à tous moment, quelle qu'en soit la raison et sans avoir besoin de vous en justifier.

La loi qui protège les personnes se prêtant à des recherches cliniques demande que vous donniez après lecture de ce document votre accord signé de participation qui sera également signé par le médecin investigateur.

FORMULAIRE DE CONSENTEMENT

Nom : _____ Prénom _____

Date de naissance : ___/___/___

Adresse* : _____

Téléphone : _____

Le Docteur _____ m'a proposé de participer à une recherche clinique organisée par le service de Gynécologie Obstétrique de l'hôpital de Paule de Viguier sur les conséquences périnéales de l'accouchement par spatules.

Les modalités de l'étude se résument à remplir 2 questionnaires simples, dont un me sera envoyés par la poste au 2^{ème} mois après l'accouchement (éventuellement avec une relance postale ou téléphonique). Je m'engage à m'y contraindre dans la mesure de mes possibilités.

J'ai pu poser toutes les questions qui me semblaient utiles pour la bonne compréhension du déroulement de l'étude.

J'accepte que les données enregistrées à l'occasion de cette recherche, puissent faire l'objet d'un traitement informatique par les investigateurs. Mon identité restera confidentielle et les données me concernant seront anonymes. Elles pourront être consultées que par les investigateurs de l'étude ou leurs représentants ainsi que par des membres des autorités de Santé.

Conformément à la loi « informatique et Liberté » (loi78-17 ; article 40), je pourrai exercer mon droit de regard et de rectification sur les données me concernant par l'intermédiaire du Pr PARANT ou de mon médecin traitant.

Sachant que je suis libre de refuser sans que cela ait de conséquence sur la qualité de ma prise en charge,

J'accepte librement et volontairement de participer à cette recherche dans les conditions décrites

Fait à Toulouse, le ___/___/___

Signature de l'investigateur :

Signature du patient :

Extraction instrumentale par spatules de Thierry chez la primipare : Impact maternel et néonatal d'une diminution de la pratique de l'épisiotomie.

Etude prospective, comparative à propos de 368 patientes.

Contexte : En accord avec les recommandations nationales, une réduction progressive du taux d'épisiotomie s'est progressivement mise en place en cas d'extraction instrumentale.

Objectif : Evaluer l'impact materno-fœtal d'une politique plus restrictive de recours à l'épisiotomie lors de spatules de Thierry chez la primipare.

Matériel et méthode : Dans une étude observationnelle prospective menée au CHU de Toulouse (maternité type III), nous avons comparé le taux de déchirures périnéales, l'état néonatal et la morbidité maternelle en post-partum au cours de deux périodes caractérisées par une fréquence différente d'épisiotomie.

Résultats : 368 primipares : 179 (période 1) ; 189 (période 2) ont été incluses. Le taux d'épisiotomie était respectivement de 98,3% et de 71,6% ($p < 0,001$). Le taux de déchirures périnéales sévères était comparable ; respectivement 3,35% et 5,26% (ORa=2,14; IC95% 0,67-6,87). Au cours de la période 2, les troubles mictionnels et la non reprise des rapports sexuels pour douleur périnéale étaient plus fréquents.

Conclusion : Nos résultats suggèrent qu'une réduction du taux d'épisiotomie en cas de spatules chez la primipare n'améliore pas la symptomatologie périnéale.

TITRE EN ANGLAIS: Instrumental extraction using Thierry's spatulas among primiparas: Maternal and neonatal consequences of a restrictive use of episiotomy.

Background: In line with national recommendations, a gradual reduction in the episiotomy rate has been gradually implemented in instrumental deliveries,.

Objective: To evaluate maternal and neonatal outcome of a more restrictive policy of episiotomy when using Thierry spatulas among primiparas.

Material and Method: In a prospective observational study conducted at the hospital at Toulouse (maternity type III), we compared the rate of perineal tears and neonatal and maternal morbidity during two periods with a different frequency episiotomy.

Results: 368 primiparas: 179 (Period 1); 189 (period 2) were included. The episiotomy rate was 98.3 and 71.6% respectively ($p < 0.001$). The rate of severe perineal tears was similar; 3.35% and 5.26% respectively (ORa 2.14; 95% CI 0.67 to 6.87). During the period 2, urinary disorders and non-resumption of sex for perineal pain were more frequent.

Conclusion: Our results suggest that reducing the episiotomy rate in case of spatulas among primiparas does not improve perineal symptoms.

DISCIPLINE ADMINISTRATIVE : Médecine spécialisée clinique

MOTS-CLÉS : spatules de Thierry, épisiotomie systématique, épisiotomie restrictive, déchirures périnéales sévères, post-partum, accouchement instrumental

INTITULÉ ET ADRESSE DE L'UFR OU DU LABORATOIRE :

Université Toulouse III-Paul Sabatier
Faculté de médecine Toulouse-Purpan,
37 Allées Jules Guesde 31000 Toulouse

Directeur de thèse : Professeur Olivier PARANT