

**COLLÈGE
NATIONAL DES
GYNÉCOLOGUES ET
OBSTÉTRICIENS
FRANÇAIS**

L'ÉPISIOTOMIE

RECOMMANDATIONS POUR LA PRATIQUE CLINIQUE

(Texte court)



2005



L'ÉPISIOTOMIE

Recommandations pour la pratique clinique

Élaborées par le Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français

Promoteur :

CNGOF (Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français
184 rue du Faubourg St Antoine – 75012 PARIS)

Comité d'organisation :

B. Jacquetin, Président (SIFUD, Société Internationale Francophone d'Urodynamique), M. Dreyfus, Coordonnateur (SFMP, Société Française de Médecine Périnatale), F. Goffinet (CNGOF), F. Teurnier (CNSF, Collège National des Sages-Femmes)

Experts du groupe de travail :

Renaud de Tayrac (gynécologue-obstétricien, Nîmes), Hélène Faruel Fosse (sage-femme, Tarbes), Bruno Langer (gynécologue-obstétricien, Strasbourg), Didier Riethmuller (gynécologue-obstétricien, Besançon), Françoise Vendittelli (gynécologue-obstétricien, Clermont-Ferrand), Eric Verspyck (gynécologue-obstétricien, Rouen)

Lecteurs :

P. Balouet (gynécologue-obstétricien, CH St Lo), T. Beillat (gynécologue-obstétricien, CHU Caen), G. Beucher (gynécologue-obstétricien, CHU Caen), G.-F. Blum (gynécologue-obstétricien secteur privé, Mulhouse), F. Bolandard (anesthésiste-réanimateur, CHU Clermont-Ferrand), G. Boog (gynécologue-obstétricien, CHU Nantes), J. Bréhéret (gynécologue-obstétricien, CH Niort), H. Brousse (gynécologue-obstétricien secteur privé, Chambéry), CIANE (Collectif interassociatif autour de la naissance, représentants d'usagers), H. Cohen (gynécologue-obstétricien secteur public, Paris), M. Cosson (gynécologue-obstétricien, CHRU Lille), J. Coudray (gynéco-

logue-obstétricien secteur privé, Caen), J.-L. Delannoy (gynécologue-obstétricien, CH Honfleur), S. Douvier (gynécologue-obstétricien, CHU Dijon), D. Faltin (gynécologue-obstétricien, secteur public Suisse), P. Ferry (gynécologue-obstétricien, CH La Rochelle), R. Gabriel (gynécologue-obstétricien, CHU Reims), A. Gervaise (gynécologue-obstétricien, CHU Paris), C. Gomez (sage-femme, CH Arras), R. Kutnahorsky (gynécologue-obstétricien, CHU Colmar), A. Le Tardif (sage-femme, CHU Caen), G. Magnin (gynécologue-obstétricien, CHU Poitiers), D. Mahieu-Caputo (gynécologue-obstétricien, CHU Paris), P. Marès (gynécologue-obstétricien, CHU Nîmes), F. Masson (sage-femme, CH St Quentin), G. Masson (gynécologue-obstétricien, CHU Nîmes), D. Mirisky (sage-femme, CHRU Strasbourg), M.-A. Morales (gynécologue-obstétricien, secteur public Genève, Suisse), C. Nahmanovici (gynécologue-obstétricien secteur privé, Nice), O. Parant (gynécologue-obstétricien, CHU Toulouse), C. Racinet (gynécologue-obstétricien, Grenoble), J.-P. Schaal (gynécologue-obstétricien, CHU Grenoble), O. Sibony (gynécologue-obstétricien, CHU Paris), V. Tessier (sage-femme, CHU Paris), M. Zanardi-Braillon (directrice école de sages-femmes, Reims).

Nota.

Le « texte long » des présentes recommandations, incluant les rapports *in extenso* des experts et l'ensemble des références bibliographiques, sera publié dans un numéro spécial du *Journal de gynécologie, obstétrique et biologie de la reproduction*, à paraître au premier trimestre 2006.

RPC : L'ÉPISIOTOMIE

LA fréquence de l'épisiotomie a diminué dans la plupart des pays occidentaux, y compris en France mais de façon plus mesurée. Encore faut-il dans ces comparaisons s'assurer que les taux d'épisiotomies ont été exprimés par rapport aux naissances par voie vaginale et non par rapport à l'ensemble des naissances.

L'étude scientifique des bénéfices et inconvénients de l'épisiotomie est très délicate, d'autant que les conséquences du traumatisme périnéal de l'accouchement peuvent s'exprimer très tardivement.

L'analyse de la littérature doit tenir compte de certains paramètres :

- L'épisiotomie est très « opérateur dépendante » ; elle peut **varier** dans son orientation, sa longueur, sa profondeur, et plus encore dans la qualité de sa réparation.

- Dans les études comparatives, la réalisation de l'épisiotomie n'est jamais systématique (100 % d'actes) ou totalement absente (0 % d'épisiotomies). Nous avons retenu le terme « usage **libéral** » pour les populations où elle était largement utilisée et « usage **restrictif** » lorsqu'elle était réduite à une utilisation minimale. Malheureusement, ces taux varient du simple au double selon les études, ce qui rend leur comparaison bien délicate.

- Les classifications des lésions périnéales ne sont pas identiques dans la littérature francophone et anglophone. Nous avons retenu **la classification en quatre stades**, les lésions **sévères** concernant les stades III et IV.

- De **nombreux facteurs confondants** interfèrent avec le recours à l'épisiotomie.

Ces difficultés méthodologiques ont orienté le groupe vers des recommandations prudentes :

- Il paraît déraisonnable de définir un taux global brut idéal d'épisiotomies.

- Il faut instituer **une politique incitative** pour faire baisser progressivement le taux moyen d'épisiotomies en France en dessous de 30 %.

- Il faut créer **des formations théoriques et pratiques** sur la prévention du traumatisme périnéal de l'accouchement et sur les techniques de réparation.

- Enfin, il faut insister sur l'information qui doit être délivrée à la patiente conformément aux recommandations de l'HAS en 2005.

Professeur Bernard JACQUETIN
Président

Le taux global d'épisiotomies en France, rapporté aux accouchements par les voies naturelles, bien qu'en décroissance depuis 1996-1997, était en 2002-2003 de 47 % (68 % chez la primipare et 31 % chez la multipare). Ces chiffres sont élevés comparativement à certaines données internationales. De plus, ces dernières années, une réduction d'ampleur variable du recours aux épisiotomies a été constatée dans d'autres pays occidentaux. Il existe de grandes variations entre les régions, les hôpitaux et les différents professionnels. En fait, pour interpréter correctement les différents taux d'épisiotomies, il est nécessaire d'utiliser des taux ajustés sur les facteurs de risque ou d'analyser ces taux sur des groupes de populations homogènes, en particulier les femmes à bas risque en différenciant les primipares des multipares.

Le recours à l'épisiotomie varie selon les caractéristiques socio-démographiques des patientes (âge de la mère, origine ethnique) et les conditions obstétricales (grossesse gémellaire, présentation du siège...). L'analgésie péridurale est associée à un recours plus fréquent à l'épisiotomie, probablement du fait de l'augmentation des extractions instrumentales qu'elle induit. L'extraction par ventouse est associée à un moindre recours à l'épisiotomie que l'extraction par forceps (Grade A)*.

Pour toutes ces raisons, il est difficile de définir un taux raisonnable d'épisiotomies. À la lumière de la littérature, le groupe de travail estime que le taux global national devrait se situer en dessous de 30 % des accouchements par voie basse, pourcentage qui pourrait dans l'avenir continuer à s'abaisser s'il se confirme que cette politique de réduction a des conséquences positives, à l'image d'autres pays qui l'ont adoptée.

Comment pourrait-on réduire le taux global d'épisiotomies dans notre pays ?

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).

* Voir page 12 le tableau des niveaux de preuve et des grades symbolisant la force des recommandations.

RPC : L'ÉPISIOTOMIE

Le massage périnéal antepartum ou la rééducation périnéale anténatale ne permet pas de réduire le taux d'épisiotomies (Grade B). L'effet sur le périnée d'une préparation à l'accouchement reste à évaluer. Le soutien continu des femmes enceintes par un même professionnel pourrait réduire le recours aux épisiotomies mais pas le nombre de sutures périnéales (Grade B).

Les données scientifiques sont insuffisantes pour conseiller le massage périnéal en cours de travail (Grade B). Certaines études ont montré que les positions verticales ou latérales pendant la 2^e phase du travail étaient associées à un moindre recours aux épisiotomies que la position classique en décubitus dorsal, sans diminuer pour autant le nombre de réparations périnéales (Grade B). Les évidences scientifiques sont insuffisantes pour conseiller un type particulier de poussée ou un mode particulier de dégagement de la tête fœtale visant à réduire le taux global d'épisiotomies (Grade B).

De nouvelles études randomisées sont nécessaires pour évaluer le bien-fondé de ces interventions à visée préventive du recours aux épisiotomies.

Que reste-t-il des bénéfices supposés de l'épisiotomie « libérale » ?

La pratique libérale de l'épisiotomie ne prévient pas la survenue des déchirures périnéales du 3^e et du 4^e degré (Grade A). Elle réduit en revanche le risque de survenue de déchirures périnéales antérieures, de moindre gravité (Grade A).

La pratique libérale de l'épisiotomie ne prévient pas la survenue d'une incontinence urinaire, qu'elle soit d'effort (Grade A) ou par urgenteries (« impériosités mictionnelles ») (Grade B).

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 (Grade C).

Actuellement, il n'est pas possible d'évaluer le rôle préventif d'une politique libérale d'épisiotomies sur le risque de troubles de la statique pelvienne à long terme, en raison du manque de données scientifiques. Le seul élément objectif est la réduction de la force musculaire périnéale trois mois après l'accouchement dans le groupe avec épisiotomie libérale (Grade B).

En conclusion, l'épisiotomie libérale en prévention des troubles de la statique pelvienne et des incontinenances n'a pas atteint ses objectifs.

Quelle politique adopter: libérale ou restrictive ?

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.

Existe-t-il des indications obstétricales spécifiques ?

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

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

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

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

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

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

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

Les Recommandations pour la Pratique Clinique du CNGOF de 1998 sur les modalités de naissance des enfants de faible poids concluaient à l'absence de données en faveur de la pratique

RPC : L'ÉPISIOTOMIE

systématique de l'épisiotomie chez le fœtus prématuré ou atteint de retard de croissance in utero. Depuis cette date, aucun travail n'a modifié ces conclusions.

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

Les techniques d'épisiotomie***Méthodes préparatoires***

Il est recommandé de prendre des précautions d'asepsie et d'utiliser un matériel stérile conditionné spécifiquement afin de limiter le risque d'infection du site opératoire (Grade C). L'ébarbage ou la tonte des poils du périnée n'est pas systématique, mais doit être préféré au rasage (Grade C).

Méthodes analgésiques

La douleur induite par l'épisiotomie et sa réparation est globalement sous-estimée et devrait être mieux évaluée. Il est recommandé de recourir systématiquement à une méthode anesthésique lors de la pratique et de la réparation d'une épisiotomie (Accord professionnel). Les méthodes anesthésiques disponibles sont l'anesthésie des nerfs pudendaux, et l'anesthésie locorégionale. L'association au mélange anesthésique locorégional d'un morphinique liposoluble améliore la qualité de l'analgésie périnéale (Grade B). La rachianesthésie est plus efficace que l'anesthésie des nerfs pudendaux dans la prévention de la douleur induite par l'épisiotomie (Grade B). En cas de recours à l'anesthésie locale, on peut infiltrer le périnée par de la lidocaïne non adrénalinée à 1 % (Accord professionnel).

L'épisiotomie proprement dite

Il existe une préférence pour l'épisiotomie médiolatérale en France. L'épisiotomie médiolatérale doit partir de la fourchette vulvaire, se diriger à 45° au moins vers la région ischiatique sur 6 cm environ et sectionner en théorie le muscle puborectal (Accord professionnel). Cependant, il s'avère que la plupart des épisiotomies médiolatérales sont mal réalisées en pratique clinique (sections plus courtes et surtout plus verticales) (Grade C).

Elle doit être réalisée au petit couronnement lors d'un effort expulsif ou d'une contraction (Accord professionnel).

Techniques de réparation

L'observance des règles générales d'hygiène concerne le matériel utilisé, les locaux, le respect des tenues vestimentaires et des circuits établis. Les précautions d'asepsie comprennent une désinfection vulvo-périnéale et le port d'un masque, d'un calot et de gants stériles après un lavage chirurgical des mains (Accord professionnel).

Les résultats des différentes études plaident pour l'utilisation préférentielle d'un fil synthétique résorbable (Grade A). Il n'existe pas d'étude probante pour privilégier un fil résorbable plutôt qu'un autre. L'utilisation d'un fil résorbable génère moins de douleurs périnéales immédiates que celles d'un fil non résorbable (Grade B). Les fils non résorbables ont également le désavantage de nécessiter leur ablation systématique.

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).

Il est recommandé de mettre en place une formation théorique et pratique à l'épisiotomie, de manière à améliorer l'apprentissage et la performance des opérateurs (Accord professionnel).

Les soins apportés en suites de couches

Les soins locaux

Un soin, non stérile, est effectué avant que l'accouchée ne retourne dans sa chambre (Accord professionnel). Durant le séjour en maternité, la sage-femme explique la technique et le rythme des soins ainsi que les règles d'hygiène.

La nécessité d'utiliser des antiseptiques sur l'épisiotomie n'a pas été prouvée. L'emploi d'un sèche-cheveux semble inutile pour favoriser la cicatrisation.

Traitement de la douleur

Les moyens non médicaux n'ont montré aucune efficacité pour soulager les douleurs post-épisiotomie. Cependant, les données sont peu nombreuses et les études de faible puissance (Grade C).

L'application d'anesthésiques locaux n'améliore pas la douleur post-épisiotomie. (Grade C). Selon la Société Française d'Hygiène Hospitalière, l'application de pommade sur la cicatrice favorise la macération et l'infection.

Le paracétamol, classiquement utilisé, semble peu efficace mais a été très peu étudié. Les anti-inflammatoires non stéroïdiens par voie générale ou par voie rectale sont efficaces sur les douleurs post-épisiotomie (Grade A). Kétoprofène et ibuprofène ont été les plus étudiés sans toutefois que l'on puisse donner un protocole précis de prise en charge. Les anti-inflammatoires non stéroïdiens peuvent être utilisés sur une période courte chez la femme qui allaite et qui a besoin d'un traitement antalgique (Grade C).

Complications immédiates et à long terme de l'épisiotomie

Complications en salle de naissance

L'épisiotomie semble augmenter le risque d'hémorragie du post-partum (Grade B). Un certain nombre de traumatismes fœtaux ont également été décrits lors de la réalisation de l'épisiotomie.

Il ne semble pas que la réalisation d'une épisiotomie augmente le risque de déchirure sévère (3^e ou 4^e degré) du périnée puisqu'il n'existe pas de différence sur ce critère entre une politique restrictive et une politique libérale (Grade B). Par contre, l'épisiotomie médiane est associée à plus de déchirures du 3^e ou du 4^e degré que l'épisiotomie médiolatérale (Grade B); de ce fait, il est recommandé de ne plus effectuer d'épisiotomies médianes (Grade A).

Complications précoces de l'épisiotomie dans le post-partum

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

Une politique de pratique restrictive des épisiotomies réduit de façon significative les problèmes de cicatrisation au 7^e jour, mais ne modifie pas le taux d'infections ou d'hématomes périnéaux (Grade B).

Conséquences à long terme sur la sexualité

Quelle que soit la politique d'épisiotomie pratiquée (libérale ou restrictive), il n'existe pas de différence concernant les taux de reprise des rapports sexuels dans les trois 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).

D'autres complications locales telles que les granulomes ou l'endométriase de la cicatrice ont été décrites.

Rappel. Tableau des niveaux de preuve et du grade des recommandations selon l'ANAES, par ordre de force décroissante.

Niveau de preuve scientifique fourni par la littérature (études thérapeutiques)	Grade des recommandations
<p>Niveau 1 (NP1)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Essais comparatifs randomisés de forte puissance • Méta-analyse d'essais comparatifs randomisés • Analyse de décision basée sur des études bien menées 	<p>Preuve scientifique établie</p> <p style="text-align: center;">A</p>
<p>Niveau 2 (NP2)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Essais comparatifs randomisés de faible puissance • Études comparatives non randomisées bien menées • Études de cohorte 	<p>Présomption scientifique</p> <p style="text-align: center;">B</p>
<p>Niveau 3 (NP3)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Études cas-témoins <p>Niveau 4 (NP4)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Études comparatives comportant des biais importants • Études rétrospectives • Séries de cas 	<p>Faible niveau de preuve</p> <p style="text-align: center;">C</p>
<p>Chaque article sélectionné a été analysé selon les principes de lecture critique de la littérature. Sur la base de cette analyse de la littérature, le groupe de travail a proposé, chaque fois que possible, des recommandations. Selon le niveau de preuve des études sur lesquelles elles sont fondées, les recommandations ont un grade variable, coté de A à C selon l'échelle proposée par l'ANAES.</p> <p>En l'absence d'études, les recommandations sont fondées sur un ACCORD PROFESSIONNEL.</p>	







