UNE POLITIQUE RESTRICTIVE D'ÉPISIOTOMIE EN CAS D'ACCOUCHEMENT INSTRUMENTAL EST-ELLE ASSOCIÉE A UNE AUGMENTATION DES LÉSIONS OBSTÉTRICALES DU SPHINCTER ANAL?

Bertrand GACHON[a], Carine FRADET MENARD[a], Fabrice PIERRE[a], Xavier FRITEL [a,b,c]

a – Service de Gynécologie Obstétrique et Médecine de la Reproduction, CHU de Poitiers, France

b - INSERM CIC-P 1402, Centre d'Investigation Clinique Pluri-thématique du CHU de Poitiers

c - CESP UMR INSERM 1018, équipe 7 : genre, santé sexuelle et reproductive, le Kremlin Bicêtre, France

INTRODUCTION

- **LOSA = Lésions Obstétricales du Sphincter Anal**
  - 0,5 à 5% des accouchements ➔ incontinence anale, douleurs, altération sexualité
  - Principaux facteurs de risques: accouchement instrumental, nulliparité, variété postérieure, durée de la deuxième phase du travail etc..

Fritel 2018

- **EPISIOTOMIE**
  - Pas d'effet protecteur sur le risque de LOSA dans l'accouchement NON instrumental (Cochrane)

Carroli 2009

  - Données plus débattues dans l'accouchement instrumental
    - Plusieurs études rapportant un effet protecteur majeur de l'épisiotomie
    - Mais utilisation quasi systématique de l'épisiotomie dans ces équipes
    - LOSA survenant dans les rares cas d'accouchement sans épisiotomie

Van Bavel 2018, De Leeuw 2008

HYPOTHÈSE - OBJECTIFS

- **RPC CNGOF 2005 – Episiotomie**
  - En faveur d'une pratique restrictive de l'épisiotomie pour tous les accouchements, y compris accouchements instrumentaux

- **Depuis 2005 au CHU de Poitiers**
  - Application des RPC ➔ politique restrictive d'épisiotomie dans l'accouchement instrumental

- **Hypothèse**
  - Cette modification dans nos pratiques concernant l'accouchement instrumental pourrait impacter le risque de LOSA dans notre population

- **Objectif**

Mesurer si la mise en place d'une politique restrictive d'utilisation de l'épisiotomie dans l'accouchement instrumental est associée à une augmentation du risque de LOSA

MÉTHODOLOGIE
SCHÉMA GÉNÉRAL

- **Schéma**
  - Etude rétrospective monocentrique, CHU de Poitiers
- **Inclusion**
  - Tous les accouchements instrumentaux à un terme > 34 SA
  - Présentation céphalique, singletons
  - Janvier 2005 à Décembre 2015
- **Données collectées**
  - Caractéristiques maternelles: taille, poids, parité, IMC
  - Caractéristiques générales du travail: durée de la deuxième phase du travail, durée des efforts de poussée, analgésie péridurale
  - Caractéristiques de l'accouchement instrumental: type d'instrument, indication, recours à une épisiotomie
  - Existence d'une LOSA: grade RCOG 3 et 4
  - Données néonatales: poids de naissance

MÉTHODOLOGIE
SPÉCIFICITÉS DU RECUEIL DE DONNÉES

- **Episiotomie**
  - Protocole de service ➔ si une épisiotomie est réalisée elle doit être médio-latérale
- **Accouchement instrumental**
  - Toujours par ou sous la supervision directe d'un obstétricien sénior ➔ diagnostic de LOSA par sénior
  - Si plusieurs instrument, l'instrument permettant le dégagement est celui retenu
- **Diagnostic des LOSA**
  - <u>Avant 2010</u>
    - Lésions classées selon la classification internationale des maladies en lésion du 3ème ou du 4ème degré
    - Pas de distinction en fonction du sous type de lésion et donc de l'importance de l'attente sphinctérienne
  - <u>A partir de 2010</u>
    - Protocole de service imposant une classification selon la Classification RCOG (3a/3b/3c/4)
    - Sensibilisation des équipes au diagnostic des LOSA

RÉSULTATS

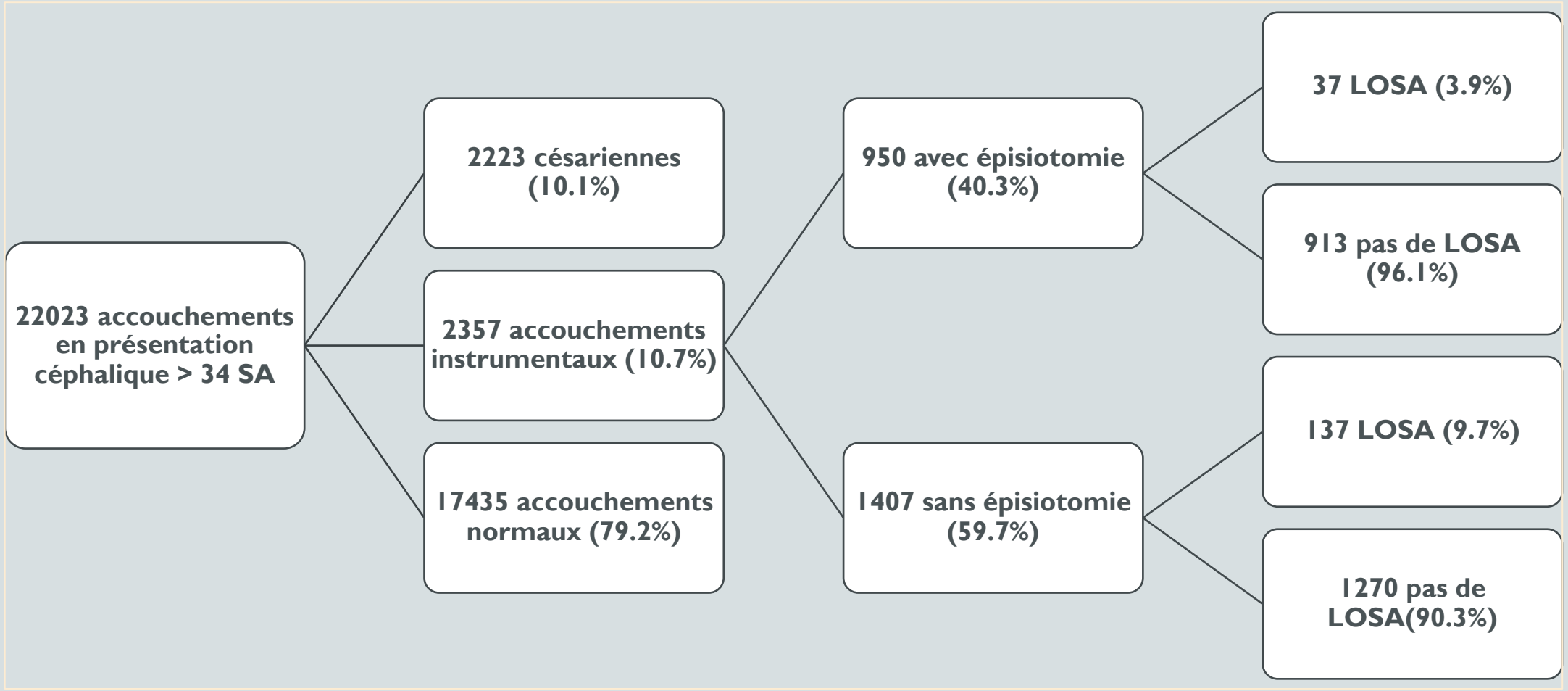
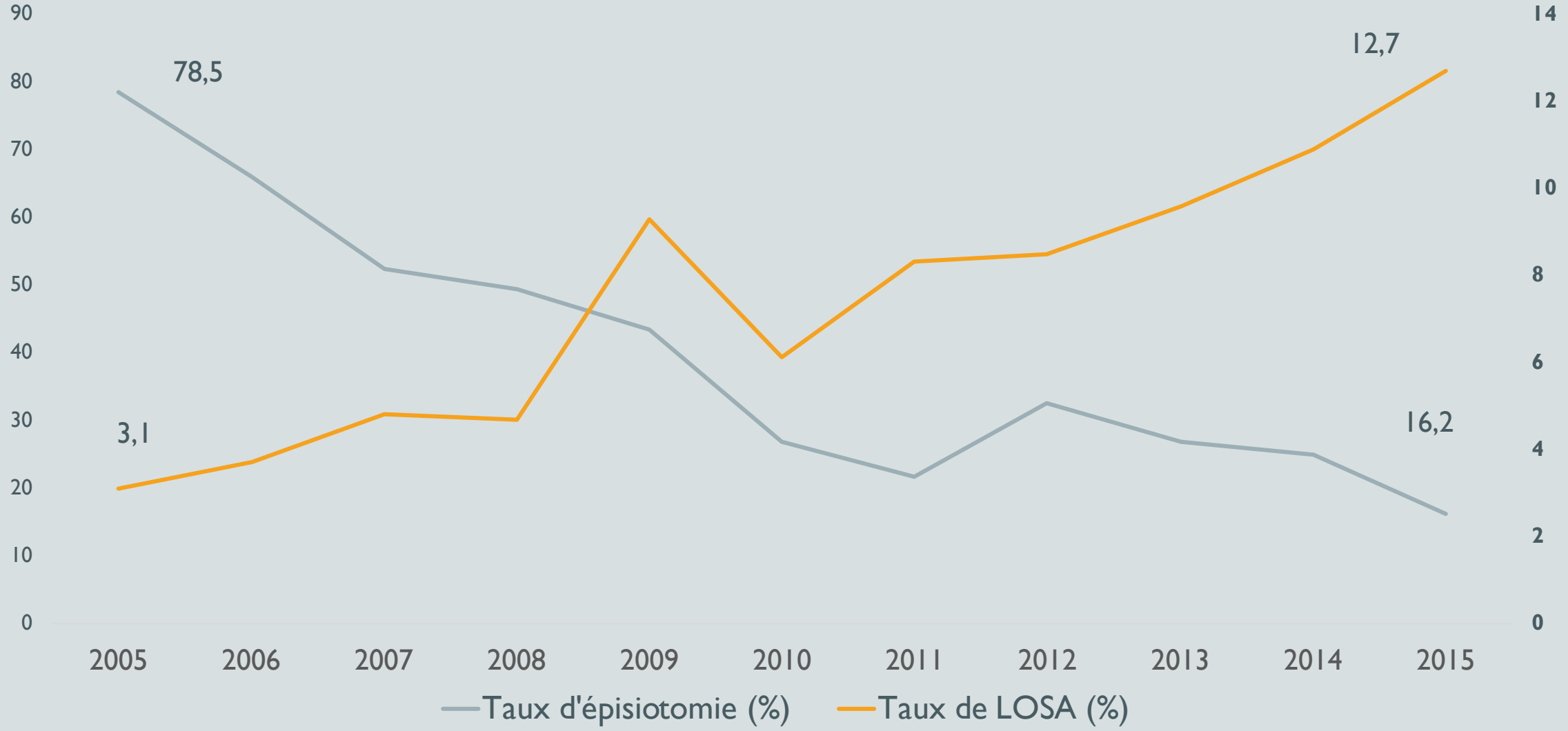

22023 accouchements en présentation céphalique > 34 SA
2223 césariennes (10.1%)
2357 accouchements instrumentaux (10.7%)
17435 accouchements normaux (79.2%)
950 avec épisiotomie (40.3%)
1407 sans épisiotomie (59.7%)
37 LOSA (3.9%)
913 pas de LOSA (96.1%)
137 LOSA (9.7%)
1270 pas de LOSA(90.3%)

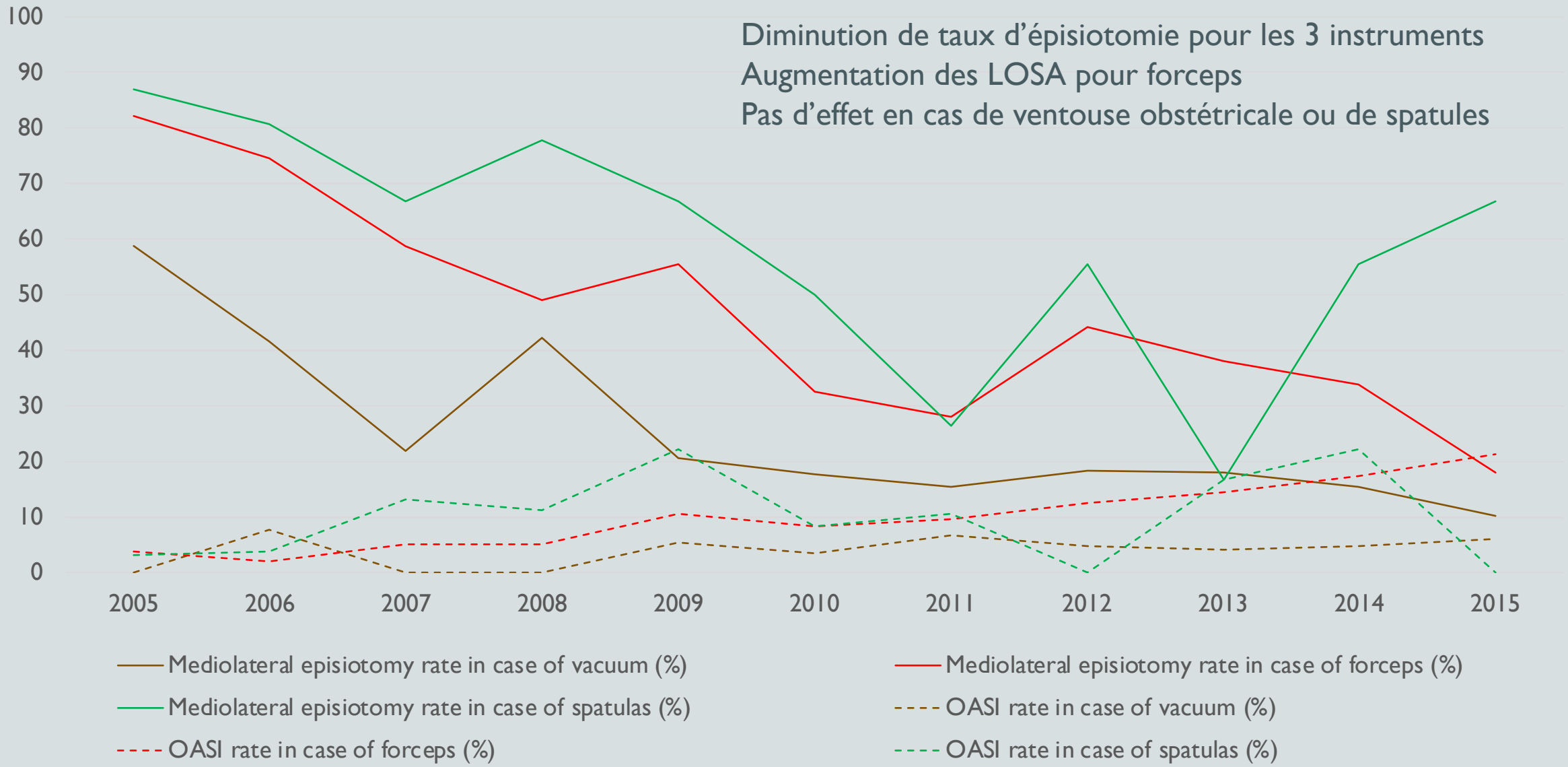
Tableau 1: description de la population

N = 2357 accouchements instrumentaux	Moyenne (écart-type) ou N (%)
Caractéristiques des femmes	
Age (années)	29 (5)
Indice de masse corporelle ($kg.m^{-2}$)	22.7 (4,6)
Femmes primipares	1870 (79,3%)
Caractéristiques de l'accouchement	
Terme (semaines d'aménorrhée)	40 (1,3)
Analgésie péridurale	2048 (86,9%)
Durée de la deuxième phase du travail (min)	119 (68)
Durée des efforts expulsifs (min)	23 (12)
Forceps	1350 (57.3%)
Ventouse Obstétricale	847 (35.9%)
Spatules	160 (6.8%)
Poids de naissance (g)	3337 (465)

Evolution croisée du taux de LOSA et du taux d'épisiotomie en cas d'accouchement instrumental de 2005 à 2015



Evolution croisée du taux de LOSA et du taux d'épisiotomie en fonction du type d'instrument de 2005 à 2015



RÉSULTATS
ÉVOLUTION DES PRATIQUES OBSTÉTRICALES

- Stabilité du taux d'accouchement instrumental: 10,1 à 10,5% (p<0,005)
- Augmentation du taux de césarienne: 9,2 à 12,6% (p<0,005)
- Diminution du taux de forceps: 66 à 45% (p<0,005)
- Augmentation du taux de ventouse: 17,5 à 50% (p<0,005)

- **Avant 2010:**
  - Diminution épisiotomie de 78,5% à 43,5% (p<0,005)
  - Pas d'augmentation statistiquement significative du taux de LOSA: 3,1% à 9,3% (p=0,08)
- **Apres 2010**
  - Stabilité du taux d'épisiotomie: 26,9 à 16,2% (p=0,35)
  - Augmentation du taux de LOSA de 6,1 à 12,7% (p<0,005)

Tableau 2: Facteurs associés au risque de LOSA au cours d'un accouchement instrumental

	Effectif (% de la population)	LOSA n (%)	Crude OR [95% CI]	Adjusted OR [95% CI]
Episiotomie				
Absence	1407 (59.7)	137 (9.7)	Ref.	
Réalisation d'une épisiotomie	950 (40.3	37 (3.9)	0.32 [0.22-0.47]	0.29 [0.20-0.43]
Parité				
Multipare	472 (21.2)	27 (5.7)	Ref.	
Nullipare	1870 (79.8)	146 (7.8)	1.39 [0.91-2.22]	1.53 [0.99-2.38]
Analgésie péridurale				
Absence	309 (13.1)	23 (7.4)	Ref.	
Utilisation d'une péridurale	2048 (86.9)	151 (7.4)	1.72 [1,22-2.45]	1.10 [0.68-1.78]
Durée des efforts expulsifs				
< 30 minutes	1483 (64.5)	120 (8.1)	Ref.	
30 minutes ou plus	817 (35.5)	50 (6.1)	0.74 [0.51-1.05]	0.71 [0.50-1.01]
Type d'instrument				
Ventouse	847 (35.9)	40 (4.7)	Ref.	
Forceps	1350 (57.3)	120 (8.9)	1.97 [1.35-2.92]	2.48 [1.69-3.64]
Spatules	160 (6.8)	14 (8.7)	1.94 [0.96-3.74]	2.97 [1.53-5.70]
Poids de naissance				
< 3500g	1521 (64.6)	97 (6.4)	Ref.	
3500 à 4000g	651 (27.6)	52 (8)	1.27 [0.88-1.83]	-
4000g ou plus	184 (7.8)	25 (13.5)	2.31 [1.38-3.74]	2.19 [1.36-3.53]

DISCUSSION

- **Impact de la classification RCOG?**
  - Probable meilleure sensibilisation des équipes
  - Augmentation des LOSA avant 2010: 3,1 à 9, 3% même si p=0,08
- **Pour les spatules?**
  - Instrument minoritaire dans notre pratique ➔ difficile de conclure
  - Traumatisme périnéal comparable au forceps (augmentation du diamètre du pôle céphalique)
- **Perspectives**
  - Nécessité étude prospective de grande ampleur pour évaluer l'effet protecteur de l'épisiotomie
  - Essai randomisé difficile; information, randomisation anticipée…
  - Large registre ? (AUDIPOG?)
  - Large enquête prospective nationale ?

CONCLUSION

- Politique restrictive d'épisiotomie ➔ augmentation LOSA pour accouchements par forceps
- Politique restrictive d'épisiotomie ➔ pas d'augmentation du risque de LOSA si ventouse
- Episiotomie au cours d'un accouchement instrumental ➔ Diminution d'un facteur 3 du risque de LOSA

- Le recours a l'épisiotomie pour éviter une LOSA doit être envisagé par l'obstétricien au cours d'un accouchement instrumental. Son utilisation devrait être décidée en tenant compte de la présence du ou des facteurs de risque de LOSA (forceps, variété postérieure, nullipare…etc)

- Des études prospectives évaluant spécifiquement l'effet de l'épisiotomie dans l'accouchement instrumental sur le risque de LOSA sont nécessaires

UNE POLITIQUE RESTRICTIVE D'ÉPISIOTOMIE EN CAS D'ACCOUCHEMENT INSTRUMENTAL EST-ELLE ASSOCIÉE A UNE AUGMENTATION DES LÉSIONS OBSTÉTRICALES DU SPHINCTER ANAL?

Merci de votre attention.

Questions?

CHU de Poitiers

Université de Poitiers