J Gynecol Obstet Biol Reprod 2006 ; 35 (suppl. au n° 1) : 1S32-1S39.

Recommandations pour la pratique clinique

L'épisiotomie

Pratique libérale *versus* restrictive de l'épisiotomie : existe-t-il des indications obstétricales spécifiques de l'épisiotomie ?

D. Riethmuller, L. Courtois, R. Maillet

Service de Gynécologie-Obstétrique, CHU de Besançon, Hôpital Saint-Jacques, 2, place Saint-Jacques, 25030 Besançon Cedex.

RÉSUMÉ

Objectif. Analyser les données de la littérature sur la comparaison de deux politiques de réalisation de l'épisiotomie : utilisation libérale *versus* restrictive. Rechercher et étudier des indications spécifiques.

Méthodes. La base *Medline* a été consultée pour les références parues entre 1970 et 2005. Les publications ont été sélectionnées en croisant les mots-clés *episiotomy* et *selective* ou *restrictive* et *routine* ou *liberal*. Puis, chaque indication potentielle a été croisée avec *episiotomy*.

Résultats. Une politique libérale de la pratique de l'épisiotomie n'est pas supérieure à une politique restrictive. Bien au contraire, une littérature à fort niveau de preuve plaide en faveur de l'abandon de l'épisiotomie dite de routine dans les accouchements à bas risque. Concernant l'étude des indications spécifiques, l'analyse de la littérature ne permet de retenir qu'une seule indication de l'épisiotomie systématique. Il s'agit d'une longueur périnéale minime ou brièveté périnéale lorsque la distance fourchette-centre de l'anus est inférieure à 3 cm. Toutefois, le sens clinique de l'obstétricien pourra l'amener chaque fois que nécessaire à agrandir l'orifice périnéo-vaginal afin de tenter d'améliorer les conditions d'un accouchement à risque.

Conclusion. L'analyse de la littérature ne montre pas d'avantages à une politique libérale d'épisiotomie par rapport à une utilisation restrictive tant sur le versant fœtal (grade C) que maternel (grade A). De nombreuses situations obstétricales considérées à risques n'indiquent pas systématiquement l'épisiotomie. Mais il existe des circonstances au cours desquelles un jugement clinique prudent et pertinent dictera à l'obstétricien la réalisation d'une épisiotomie.

Mots-clés : *Épisiotomie • Libéral • Restrictif • Indications.*

SUMMARY: Routine *versus* selective episiotomy.

Purpose. To analyze the literature comparing two different policies for episotomy practice: liberal versus restrictive use. To search and discuss specific indications for episiotomy.

Methods. The Medline base was analyzed from 1970 to 2005. The articles where selected by using the key word *episiotomy* and *selective* or *restrictive* and *routine* or *liberal*. Every potential indications was crossed with *episotomy*.

Results. A policy implying a liberal practice of episiotomy is not better compared to a restrictive policy. The evidence-based medical literature favors avoiding routine episiotomy in low risk deliveries.

Data are quite scarce concerning the different specific indications for episiotomy, and finally we can retain only one specific indication which is the short perineum when the distance between the fourchette and the center of the anus is less than 3 cm. Nevertheless, in order to improve delivery conditions obstetricians can advisably use episiotomy in accordance with their clinical assessment.

Conclusion. There is no evidence in the literature favoring a liberal policy over a restrictive policy for the use of episiotomy, both in terms of fetal (Grade C) and maternal (Grade A) indications. A number of obstetrical situations considered as at risk do not systematically indicate an episiotomy. There are however circumstances in which a pertinent and prudent clinical assessment will lead the obstetrician to use an episiotomy.

Key words: *Episiotomy • Liberal • Restrictive • Indications.*

INTRODUCTION ET EXPOSÉ DU PROBLÈME

L'épisiotomie est l'opération qui consiste à sectionner le périnée en partant de la commissure postérieure de la vulve. C'est l'intervention obstétricale la plus pratiquée au niveau mondial sans que ses indications et ses avantages ne soient clairement démontrés. En effet, hormis son caractère supposé protecteur vis-à-vis des lésions périnéales sévères, c'est à partir des années 1970 que s'accumulent les arguments mettant en cause

Tirés à part : D. Riethmuller, à l'adresse ci-dessus.

© MASSON, Paris, 2006.

l'accouchement dans les problèmes de continence et de statique pelvienne de la femme ; c'est donc dans un souci de « soulagement » périnéal que l'épisiotomie a été alors largement proposée. Par ailleurs, l'utilisation quasi systématique de l'enregistrement du rythme cardiaque fœtal depuis plus de 30 ans a montré le grand nombre d'anomalies des tracés d'expulsion, et l'épisiotomie a été mise en avant pour écourter cette phase expulsive. Ces nombreux avantages attribués à l'époque à l'épisiotomie sont actuellement remis en cause. Une base de réflexion sur son utilisation peut consister en la comparaison de 2 politiques opposées qui sont soit une réalisation libérale soit restrictive de l'épisiotomie, ce qui va être fait dans ce travail. Reste ensuite à étudier certaines indications spécifiques au travers de la littérature qui n'est que peu développée.

MÉTHODOLOGIE DE RECHERCHE

Pour les références parues entre 1970 et 2005, la base *Medline* a été consultée. Les publications ont été sélectionnées en croisant *episiotomy* et *selective* ou *restrictive* et *routine* ou *liberal*. Puis, chaque indication potentielle a été croisée avec *episiotomy*.

Chaque fois que possible, n'ont été retenues que les études à fort niveau de preuve.

COMPARAISON DE DEUX POLITIQUES DE LA PRATIQUE DE L'ÉPISIOTOMIE : RESTRICTIVE *VERSUS* LIBÉRALE

Plusieurs méta-analyses sont à notre disposition permettant une sélection des articles à bon niveau de preuve en particulier des études randomisées (au nombre de 7).

La plupart de la littérature qui s'intéresse à cette comparaison de politique considère qu'il faut limiter l'épisiotomie aux indications fœtales dans le bras restrictif et que dans le bras libéral, les indications tiennent compte au sens large de la prévention des lésions périnéales.

Entre 1984 et 2004, sept essais randomisés sur la comparaison politique libérale *versus* restrictive de l'épisiotomie [1- 7] *(tableau I)* ont été publiés regroupant 5 001 patientes et ont fait l'objet d'une méta-analyse en 2005 [8]. Six de ces essais concernaient l'épisiotomie médio-latérale correspondant à la pratique usuelle française, et un seul traitait de l'épisiotomie médiane. La fréquence de l'épisiotomie libérale variait selon les séries de 44,9 à 93,7 % et celle de l'épisiotomie sélective de 7,6 à 53 %. L'étalement de ces fréquences et le recoupement entre les deux politiques représentent des biais notables.

C'est en Angleterre en 1984, qu'une équipe de l'hôpital royal du Berkshire [1] (NP 2) s'est posé la question de la politique de gestion du périnée durant la phase d'expulsion : fallait-il ou non faire des épisiotomies ? Une étude randomisant 1 000 patientes a été réalisée avec dans un bras une politique restrictive (10 % d'épisiotomies) et dans l'autre une politique libérale (51 %). Les résultats à court terme ont montré plus de périnées intacts dans le premier groupe, mais 4 des 5 lésions périnéales sévères étaient dans ce même groupe. Il n'existait aucune différence dans les résultats néonatals. Les résultats à plus long terme [9] concluaient en l'absence de prévention de l'incontinence urinaire à court (3 mois) et à long terme (3 ans) par la réalisation libérale de l'épisiotomie qui, à l'inverse, augmentait le taux de dyspareunies à long terme.

Une étude hollandaise [10] réalisée à partir du registre national sur plus de 43 000 accouchements spontanés en occipito-pubien a fait une comparaison entre hôpitaux restrictifs (< 11 % d'épisiotomies) et libéraux (> 50 %). Les auteurs concluaient que malgré le caractère protecteur de l'épisiotomie médio-latérale vis-à-vis des lésions périnéales de haut degré, en régression logistique multiple la pratique d'une politique libérale n'était pas associée à une fréquence diminuée de lésions périnéales de haut degré et devait donc être abandonnée (NP 2).

Une importante étude randomisée menée en Argentine [5] (NP 1) sur 2 606 patientes (1 555 nullipares et 1 051 primipares) a comparé un groupe restrictif (30,1 %) à un groupe libéral (82,6 %). Les lésions sévères du périnée étaient légèrement moins fréquentes dans le groupe restrictif (1,1 % *versus* 1,5 %) alors que les lésions du périnée antérieur étaient plus communément retrouvées dans ce groupe. En revanche, les sutures, les douleurs et les complications cicatricielles étaient moins fréquentes lorsque la politique était restrictive. Les auteurs concluaient que l'épisiotomie de routine devait être abandonnée.

Schlomer *et al.* [11] (NP 2), en 2003, dans leur revue de la littérature, ne retrouvaient lors de la comparaison de la pratique libérale de l'épisiotomie (60 %) *versus* restrictive (27 %), aucune différence concernant l'incontinence urinaire. Seules 2 études de cohorte rapportaient le taux d'incontinence anale. Le groupe libéral était associé à plus de 3 fois plus d'incontinence anale (OR = 3,63 ; IC 95 % : 2,15-6,14).

Download English Version:

https://daneshyari.com/en/article/3273991

Download Persian Version:

https://daneshyari.com/article/3273991

Daneshyari.com