

Facteurs de risques associés à la pratique d'épisiotomie et la survenue des déchirures périnéales chez les mères au niveau de la maternité de l'hôpital Chérif Idrissi dans la région du Gharb Chrarda Bni Hssen (Maroc)

[Risk factors associated with the practice of episiotomy and perineal tears occurred in mothers at the maternity hospital Sharif Idrissi in the region of Gharb Chrarda Bni Hssen (Morocco)]

Mohamed EL Bakkali¹, Younes Azzouzi¹, Abderrazzak Khadmaoui², Nabil Ait Ouaziz², and Amine Arfaoui³

¹Doctorat sciences et techniques CED/ Département de Biologie,
Université IbnTofail, Kenitra, Maroc

²Laboratoire de Génétique et Biométrie,
Faculté des Sciences, Université Ibn Tofail,
Kenitra, Maroc

³Institut Royal de Formation des Cadres Salé, Maroc

Copyright © 2014 ISSR Journals. This is an open access article distributed under the **Creative Commons Attribution License**, which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited.

ABSTRACT: The objective was to study the episiotomy and perineal tears in the service of Gynecology Obstetrics Health Centre Cherif Idrissi Kenitra the Gharb region.

Analytical study on a sample of 327 women delivered. In this section, we have used standard statistical methods such as: chi-square test, calculating the coefficients of bond and to determine the factors that influence directly or indirectly on the practices of episiotomy, we adopted the analysis of logistic regression.

This study has evaluated the rates and risks associated with the use of episiotomy and perineal tears. Respectively, an episiotomy 41.28% and a rate of perineal tears of 3.6%. In univariate analysis, four risk factors were associated with the occurrence of perineal tears; primiparity (8.1% vs 1.9%), the presentation of posterior release (21.4% vs 2.6%), episiotomy (5.9% vs 1.6%) and macrosomia (9 5 vs 2.5). Against by five factors were found as risk factors associated with the use of episiotomy, primiparity (60.5% vs 2% °, age class above the age of 21, the extraction sucker (62.5% vs 36.1%), the presentation of the previous release (42.5% vs 14.3%) and birth interval of less than 5 years (46.4% vs 18.3%) . adjusted during the multivariate analysis only logistic regression primiparity and vacuum extraction were strongly associated with the use of episiotomy.

If we can not recommend good thresholds of episiotomy, could act on these risk factors to the fetus or the mother are preventable, provided they are well taken care of throughout the early period ANC because this action is an element of great importance. But there are circumstances in which a prudent and appropriate clinical judgment dictate the obstetrician performing an episiotomy. It is obvious that preventive episiotomy is performed preferentially in situations of higher risk of tearing (large fetus fragile perineum, instrumental extraction ...).

KEYWORDS: Episiotomy, perineal tears, risk factors, Gharb Chrarda Bni Hssen.

RESUME: L'objectif était d'étudier l'épisiotomie et les déchirures périnéales dans le service de Gynécologie Obstétrique du centre de santé Cherif Idrissi de Kenitra à la région du Gharb.

Etude analytique portant sur un échantillon de 327 femmes accouchées. Dans cette partie, nous avons eu recours à des méthodes statistiques habituelles telle que : le test khi-deux, calcul des coefficients de liaison et afin de déterminer les

facteurs qui influencent directement ou indirectement sur les pratiques de l'épisiotomie, nous avons adoptée l'analyse de la régression logistique.

Ce travail a évaluée le taux et les risques associés à la pratique de l'épisiotomie et les déchirures périnéales. Soit respectivement, un taux d'épisiotomie de 41,28% et un taux de déchirures périnéales de 3,6%. En analyse univariée, quatre facteurs de risque ont été associés à la survenue des déchirures périnéales; la primiparité (8,1% vs 1,9%), la présentation du dégagement postérieur (21,4% vs 2,6%), l'épisiotomie (5,9% vs 1,6%) et la macrosomie (9,5 vs 2,5). Par contre cinq facteurs ont été retrouvés comme facteurs de risque associés au recours à la pratique de l'épisiotomie, la primiparité (60,5% vs 2%, l'âge surtout la classe de moins de 21 ans, l'extraction en ventouse (62,5% vs 36,1%), la présentation du dégagement antérieur (42,5% vs 14,3%) et l'intervalle intergénérisique de moins de 5 ans (46,4% vs 18,3%). Après ajustement, lors des analyses multivariées de régression logistique seuls la primiparité et l'extraction en ventouse ont été fortement associés à la pratique de l'épisiotomie.

Si on n'arrive pas à recommander de bons seuils de pratique de l'épisiotomie, on pourrait agir sur ces facteurs de risque liés au fœtus ou à la mère qui sont évitables pourvu qu'ils soient bien pris en charge précocement pendant toute la période de consultation prénatale parce que cette action constitue un élément de grande importance. Mais il existe des circonstances au cours desquelles un jugement clinique prudent et pertinent dictera à l'obstétricien la réalisation d'une épisiotomie. Il est évident que l'épisiotomie préventive est effectuée préférentiellement dans les situations à plus haut risque de déchirure (gros foetus, périnée fragile, extraction instrumentale. . .).

MOTS-CLEFS: Épisiotomie, déchirures périnéales, facteurs de risques, région Gharb Chrarda Bni Hssen.

1 INTRODUCTION

Le périnée est l'ensemble de la partie molle située au-dessous du diaphragme pelvien, c'est-à-dire la région qui constitue le plancher du petit bassin, où sont situés les organes génitaux externes et l'anus. Le périnée se limite à la région comprise entre l'anus et l'orifice vaginale. La solidité du périnée est assurée par un ensemble de muscles tendus entre le pubis en avant (l'avant de l'os du bassin) et le sacrum (la partie terminale de la colonne vertébrale) ; ces muscles permettent : de soutenir les organes du petit bassin (vessie, utérus, rectum et intestins) et éviter leur descente ; de bien retenir les urines et contrôler les mictions urinaires ; de bien contrôler le fonctionnement de l'anus et éviter les fuites fécales ; de jouer leur rôle dans le bon déroulement des rapports sexuels. Le périnée est la région la plus menacée par des déchirures lors de l'accouchement.

L'épisiotomie est utilisée au moment de l'accouchement pour réduire le risque de déchirure du périnée de la mère en facilitant l'expulsion du bébé. Elle consiste à sectionner proprement une partie du périnée (4 à 6 centimètres en moyenne) pour ouvrir la voie à la tête du bébé quand les tissus sont trop rigides. La section du périnée est effectuée soit de façon verticale, soit selon un angle de 45° (dite section médiolatérale, la plus pratiquée en France), par un mouvement qui en partant de la vulve vers l'anus. On sectionne la partie musculaire, mais aussi la muqueuse vaginale et le tissu de la vulve. Tous les tissus sont recousus immédiatement après l'expulsion du bébé et du placenta, le plus souvent à l'aide d'un fil résorbable [1],[2],[3].

L'épisiotomie et les déchirures périnéales ont été largement décrites dans la littérature, des complications relatives à ces actes sont des natures diverses. Des seuils, des avantages et des inconvénients liés au recours à la pratique de l'épisiotomie demeurent que des résultats divergents d'un pays à l'autre.

Au Maroc, des études de recherche sur cette pratique ne sont pas suffisamment réalisés. Par ailleurs vu l'importance de l'épisiotomie et les déchirures périnéales qu'elles la accompagnent, nous nous sommes proposés d'entamer une étude rétrospective dans la région du Gharb Chrarda Bni Hssen à l'hôpital provincial Cherif Idrissi.

2 RÉSULTATS

Dans cette partie, nous avons eu recours à des méthodes statistiques habituelles telle que : le test khi-deux, calcul des coefficients de liaison et afin de déterminer les facteurs qui influencent directement ou indirectement sur les pratiques de l'épisiotomie, nous avons adoptée l'analyse de la régression logistique.

2.1 CARACTÉRISTIQUES DES FEMMES ACCOUCHÉES

Les 327 femmes ayant accouché dans le service de gynécologie-obstétrique de l'hôpital Chérif Idrissi de Kenitra se répartissent selon le type d'accouchements en 36% accouchement normale, 14% en césarienne, 8% en ventouse, 13% en ventouse-épisiotomie et 29% en épisiotomie. Et toutefois comme a été indiqué ci-dessus 136 femmes ont été accouchées en épisiotomie soit une fréquence de 42% dont presque 31 % avec ventouse. L'âge moyen de ces patientes est de 26,44 ans avec des extrêmes de 16 et 45 ans. Cette pratique représente le mode d'accouchement le plus fréquent que chez celle accouchée en césarienne ou en ventouse figure (1).

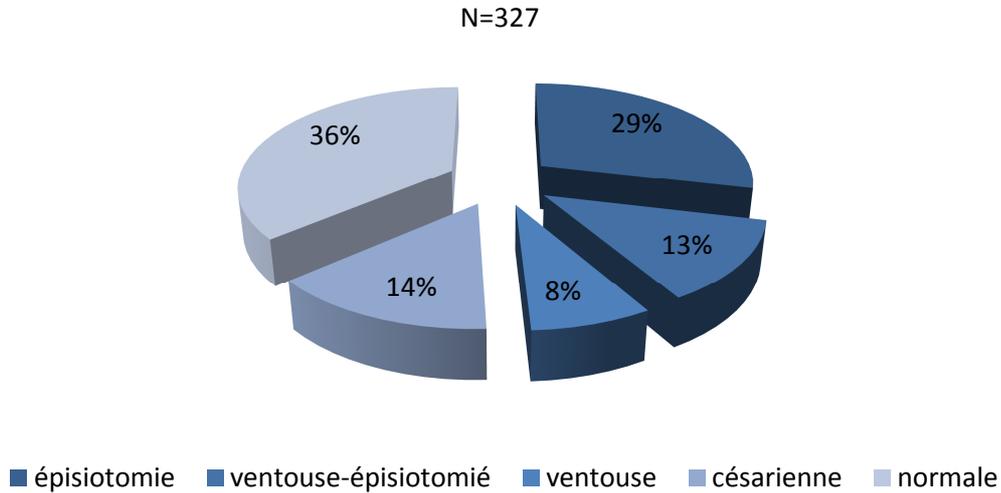


Figure (1) : Répartition des patientes selon le type d'accouchement.

2.2 FACTEURS ASSOCIÉS À LA SURVENUE DES DÉCHIRURES PÉRINÉALES

3,36% des patientes de notre échantillon avaient des déchirures périnéales. Le tableau (1), résume en quelque sorte, les indicateurs de risque observés chez les mères. Ces risques sont : les nouveau-nés macrosomes, la présentation du dégagement postérieur (PD), l'épisiotomie et la primiparité. Ces facteurs de risque se sont montrés associés à la survenue des déchirures périnéale et présentent une intensité de liaison allant du fort au très fort tableau (1). L'analyse séparée de ces facteurs de risque, montre que la présentation du dégagement postérieur est à 10 fois plus de risque de participer à la survenue de la déchirure périnéale, ce qui donne une forte liaison adaptée de Yule de 0,82 (p < 0,000). Ainsi les autres facteurs tel que la macrosomie, l'épisiotomie et la parité eux aussi des facteurs de risque à l'apparition éventuelle des déchirures périnéales lors de l'accouchement avec un Odds ratio de 4 fois plus qu'un accouchement normal.

Tableau (1) : caractéristiques épidémiologiques de certains facteurs de risque de déchirures périnéales.

	Déchirure périnéale (N=11)%	Périnée intact (N)%	OR	IC 95%	Coef.Q de Yule	P-valeur (khi- deux)
macrosomie						
oui	(4) 9,5%	(38) 90,50%	4,09	[1,14-14,63]	0,61	0,020
non	(7) 2,5%	(273) 97,5%	Réf.			
Présentation du dégagement						
Antérieure	(8) 2,6%	(300) 97,4%	10,4	[2,42-44,64]	0,82	0,000
Postérieure	(3) 21,4%	(11) 78,60%	Réf.			
Episiotomie						
Oui	(8) 5,9%	(128) 94,10%	3,97	[1,13-13,92]	0,6	0,031
Non	(3) 1,6%	(185) 98,40%	Réf.			
Parité						
Primipare	(14) 8,1%	(159) 91,90%	4,49	[1,27-15,94]	0,64	0,012
Multipare	(3) 1,9%	(153) 98,10%	Réf.			

2.3 CARACTÉRISTIQUES MATÉRNO-FÉTALES

Une nouvelle approche d'analyse a mis au point la durée qui sépare deux grossesses successives (intervalle intergénésiq ue) comme un facteur de risque. Dans notre échantillon 18% des femmes ayant un intervalle intergénésiq ue supérieur à 5 ans sur 321cas étudiés, 82% des femmes ayant moins de cinq ans d'écart entre deux grossesses successives contre 18% uniquement ayant plus de cinq ans d'écart et dont 25,4% des nouveau-nés macrosomes. Le calcul de l'Odds ratio montre que le risque est 3 fois plus. Une forte liaison a été marquée entre l'intervalle intergénésiq ue et la présence ou l'absence de cicatrice en périnée (Coef.de Yule=0,54; $p \leq 0,001$). En effet, chez 82% femmes ayant un intervalle intergénésiq ue inférieur à 5 ans, 9% mères avaient un périnée cicatrisé contre 25% femmes ayant un intervalle intergénésiq ue supérieur à 5 ans.

Tableau (2) : répartition de la macrosomie et le périnée cicatriciel selon l'intervalle intergénésiq ue.

	Macrosomie	Sans macrosomie	Périnée cicatricielle	Périnée normale
Intervalle intergénésiq ue				
< 5 ans	(27) 10,2%	(237) 89,8%	(24) 9%	(243) 91%
≥ 5 ans	(15) 25,4%	(44) 74,6%	(15) 25%	(45) 75%
OR=3;IC : [1,5-5,9] ; Coef.de Yule=0,5; $p=0,002$			OR=3,4;IC : [2-7]; Coef.de Yule=0,54; $p \leq 0,001$	

2.4 FACTEURS DE RISQUE ASSOCIÉ À LA PRATIQUE D'ÉPISIOTOMIE

Le tableau (3), regroupe les résultats d'analyse de khi-deux, le degré de liaison de Yule ainsi que la valeur de l'Odds ratio pour la parité, l'age, l'intervalle intergénésiq ue, la hauteur de la présentation, le périnée, la présentation du dégagement et la ventouse.

La répartition des femmes en fonction de la parité, montre que 53% sont primipares dont 65,5% ont accouchée en épisiotomie. L'analyse du coefficient de liaison Yule montre que ces deux variables sont fortement corrélés et le risque 6 fois plus que le normal (Odds ratio=6,12).

La catégorie de femmes ayant un age compris entre 21 et 35 ans est la plus touchée en épisiotomie, soit 63%. Mais celle ayant un age inférieur à 21 ans court un risque de subir une épisiotomie (Odds ratio=6,9; coeff. Yule=0,75).

La répartition des femmes de notre échantillon en fonction de l'intervalle intergénésiq ue et la survenue de l'épisiotomie montre que 18,3 % des femmes ayant plus de cinq ans d'écart ont développé une épisiotomie contre 46,4% ayant moins de cinq ans (OR=3,86).

D'autres facteurs ont été testés pour un éventuel risque tels que : la hauteur de la présentation et périnée; aucune liaison significative n'est détectée entre ces facteurs et la survenue de l'épisiotomie.

Concernant les caractéristiques obstétricales, deux facteurs ont été trouvés significativement associés à la survenue de l'épisiotomie :

* être de présentation antérieure à l'accouchement pour le nouveau-né; seuls 14,3% de présentation postérieure, contre 42,5% de ceux en présentation antérieure (OR=4,43 ; IC : 1,68-5,19; $p \leq 0,05$) et avec une intensité de liaison fort (Q.de Yule=0,63).

* être accouchée en ventouse ; seuls 36,1% des accouchements sans ventouse, contre 62,5% de ceux ayant accouchées en ventouse (OR=2,95 ; IC : 1,68-5,19; $p \leq 0,001$), avec une intensité de liaison forte (Q.de Yule=0,59).

Concernant la macrosomie 29% d'issue macrosome contre 40% non macrosome. La différence tend vers la significativité ($p=0,058$).

Tableau (3) : caractéristiques épidémiologiques de certains facteurs de risque de l'épisiotomie

Effectif (N=327)	Episiotomie	Sans épisiotomie	Odds ratio	IC pour 95%	Coff.de Yule	p-valeur (khi-deux)
L'parité						
Multipare	(31) 2%	(124) 80%	6,12	[3,72-10,07]	0,72	0,001
Primipare	(104) 60,5%	(68) 39,5%				
L'age						
< 21 ans	(47) 62,7%	(28) 37,3%	6,9	[2,9-16,4]	0,75	0,001
[21-35 ans]	(79) 38,3%	(127) 61,7%	2,56	[1,17-5,59]	0,44	0,02
> 35 ans	(9) 19,6%	(37) 80,4%	Réf.	-	-	-
Intervalle intergénésiq						
< 5 ans (%) (46,4%)	(124) 46,4%	(143) 53,6%	3,86	[1,92-7,75]	0,59	0,001
≥ 5 ans (%) (18,3%)	(11) 18,3%	(49) 81,7%				
La hauteur de la présentation						
mobile	(51) 42,9%	(68) 57,1%	-	-	-	NS
fixée	(83) 40,7%	(121) 59,3%	-	-	-	NS
engagée	(1) 25%	(3) 75%	-	-	-	NS
Le périnée						
R.A.S	(122) 42,4%	(166) 57,6%	-	-	-	NS
Cicatriciel	(13) 33,3%	(26) 66,7%	-	-	-	NS
La présentation du dégagement						
antérieure	(133) 42,5%	(180) 57,5%	4,43	[0,05-1,04]	0,63	0,05
postérieure	(2) 14,3%	(12) 85,7%	Réf.			
La ventouse						
oui	(40) 62,5%	(24) 37,5%	2,95	[1,68-5,19]	0,49	0,001
non	(95) 36,1%	(168) 63,9%	Réf.			
La macrosomie						
oui	(12) 28,6%	(30) 71,4%	0,51	[0,25-1,04]	-0,33	0,058
non	(123) 43,8%	(158) 56,2%	Réf.			

NS : non significative

2.5 L'ANALYSE GLOBALE DES FACTEURS DE RISQUE DE L'ÉPISIOTOMIE

Afin de chercher toutes les liaisons combinatoires entre les variables choisies, nous avons eu recours à une analyse de régression logistique. Pour cela nous avons fixé comme variable dépendante « la survenue de l'épisiotomie » et les autres comme explicatives.

La régression logistique est une méthode d'analyse multivariée permet de prendre en compte toutes les variables en même temps et d'obtenir une quantification de l'association entre la survenue de l'épisiotomie et chacun des facteurs l'influençant, tout en tenant compte de l'effet simultané des autres facteurs. Elle permet ainsi de contrôler de possibles biais de confusion. La statistique Odds-ratio présentée au Tableau (5), permet d'identifier la force de la relation unissant les facteurs à la survenue de l'épisiotomie. En l'absence d'association, il tend vers 1, et à l'inverse, lorsque les variables sont fortement liées il tend vers zéro ou vers l'infini.

L'emploi d'un modèle de régression logistique nous permet de confirmer ou d'infirmer le constat initial et de le quantifier en prenant en compte les éventuels facteurs de confusion et on ajustant sur chacune des variables présentes parmi ces variables susceptibles d'être intégrés.

Le tableau annexe(4), montre les valeurs de la statistique score pour chaque variable prédictrice hors de l'équation qui s'apparente aux valeurs de corrélation partielle dans la regression multiple. Comme la tranche d'age entre 21 et 35 ans, le périnée cicatriciel, la hauteur de la présentation et la tension artérielle ne sont pas significatives. Elles ne contribueraient donc probablement à l'amélioration du modèle.

Tableau (4) : Variables hors de l'équation

variable	Score	p-valeur
primiparité	55,590	0,000
multiparité	55,590	0,000
macrosomie	3,606	0,058
Age < 21	15,997	0,000
Age entre 21 et 35 ans	1,195	0,274
Age > 35 ans	9,122	0,003
ventouse	13,710	0,000
Périnée cicatricielle	1,386	0,239
Hauteur de la présentation	0,213	0,645
La présentation du dégagement	3,955	0,047
Tension artérielle	0,059	0,808
Intervalle inter gestationnelle	16,259	0,000

Si l'on compare les *Odds-ratios* ajustés aux *Odds-ratios* bruts calculés lors des analyses univariées, on constate une nette augmentation du recours à la pratique d'épisiotomie lié à la parité (la primiparité) (OR brut=6,12, OR ajusté=7,723). Par contre les *Odds-ratios* ajustés et *Odds-ratios* bruts pour la ventouse sont légèrement différents (OR brut=2,95, OR ajusté=2,643) et le facteur périnée cicatricielle a été éliminé du modèle logistique. Ceci nous permet d'affirmer l'effet de confusion ou d'interaction entre les facteurs explicatifs.

Le modèle final prédit donc 17,20 % de la variance de la probabilité d'accoucher en épisiotomie ($R^2_{\text{logit}} = 17,20\%$).

Tableau (5) : Facteurs associés à la survenue de l'épisiotomie : modèle final de la régression logistique pas à pas, ascendante (n = 327).

Facteur associés	Episiotomie				
	coeff.β	Wald	P-valeur	OR ajustés	IC pour OR ajustés 95%
Etape 8 ^a					
primiparité	2,044	47,4	0,000	7,723	[4,315- 13,82]
Ventouse	0,97	9,12	0,003	2,643	[1,406-4,966]
Périnée cicatricielle	0,73	2,87	0,091	2,078	[0,891- 4,84]
Présentation du dégagement	-1,326	2,6	0,105	0,266	[0,054- 1,31]
Macrosomie	0,30	0,48	0,5	1,34	[0,58-3,16]
Constante	-0,41	0,22	0,642	0,666	

La formule de régression logistique donc peut s'écrire sous la forme :

$$\log \left(\frac{\text{probabilité du recours à l'épisiotomie}}{\text{probabilité de non recours à l'épisiotomie}} \right) = -0,41 + 2 \text{ primiparité} + 0,98 \text{ ventouse}$$

Ou

$$\frac{\text{probabilité du recours à l'épisiotomie}}{\text{probabilité de non recours à l'épisiotomie}} = e^{2,606} \approx 14$$

3 DISCUSSION

Cette étude n'incluait que les grossesses à bas risque et uniques. Elle a évaluée le taux et les risques associés à la pratique de l'épisiotomie, et des déchirures périnéales au sein de la maternité du centre hospitalier Chérif Idrissi.

Le taux de déchirures périnéales était de 3,6% et celui d'épisiotomie dans notre série était de 41,28%, selon les données épidémiologiques concernant l'épisiotomie dans la littérature il existe une grande variation géographique du pourcentage inter pays, intra pays ou régionales, selon les caractéristiques des maternités et des variations inter-professionnelles, ainsi

une étude suédoise réalisée à partir d'une enquête portant sur les accouchements normaux à terme sur un mois de tous les hôpitaux du pays retrouvait un taux d'épisiotomie de 29,9 % [4]. Une enquête dans 9 pays européens a été réalisée par Alran et al [5]. Le taux global d'épisiotomies le plus bas était retrouvé dans un hôpital d'Upsalla et le plus haut dans un hôpital à Perugia (9,7 % *versus* 58 %). D'autres études américains ont confirmé un taux d'épisiotomie de 32,7% en 2000 [6],[7]. Des publications australiennes ont trouvé 33,9% en 1997 [8]. A partir de la banque de données périnatales de Philadelphie, entre 1994 et 1998, parmi les plus grosses maternités de la région [9]. Le pourcentage global d'épisiotomie a varié selon les hôpitaux de 23% à 73%. Dans une étude britannique de quatre-vingt-dix-huit hôpitaux. Il a été retrouvé une variation régionale de 26 à 67% [10].

Tincello et al. [11] ont réalisé une enquête par questionnaire qui retrouvait une différence dans la technique d'épisiotomie selon le statut médecin/sage-femme. Il faut cependant garder à l'esprit qu'au sein même des sages-femmes comme au sein de chaque classe de professionnels, il existe des variations de pratiques. Ainsi, dans l'étude de Konstantiniuk et al. [12] le taux d'épisiotomies variait de 31,6 à 76,9 % parmi les sages-femmes (n = 5 384 accouchements).

Quatre facteurs de risque ont été associés à la survenue des déchirures périnéales; la parité, la présentation du dévancement postérieurs, l'épisiotomie et la macrosomie. Par contre cinq facteurs ont été retrouvés comme facteurs de risque associés au recours à la pratique de l'épisiotomie, la parité (la primiparité), l'âge, l'extraction en ventouse, la présentation du dévancement antérieur et l'intervalle intergénéral.

La primiparité est pour la plupart des auteurs un facteur de risque indépendant de déchirures périnéales [13]. Dans notre série, il y avait 82,36 % de déchirures chez les primipares contre 17,64 % chez les multipares. Pour Handa [14], Zetterstrom [15] et Eason., [16], il s'agit même du facteur le plus pourvoyeur. Hudelist et al., ne retrouvent pas ce paramètre, après analyse de 5377 accouchements par voie basse dont 46 avec rupture sphinctérienne. Seuls le poids de naissance et l'utilisation de forceps ont été retrouvés facteurs de risque indépendants [17]. La macrosomie dans notre cas a été retrouvée comme un facteur de risque des déchirures périnéales. Par contre nous avons constaté que l'association entre la macrosomie et l'épisiotomie n'était pas significative. Un autre travail de Scheiner et al. [18] confirmait que la macrosomie en période néonatale apparaissait comme un facteur de risque de lésions périnéales sévères. Notre résultat s'expliquerait par une disproportion fœto-maternelle qui est due à une disproportion entre le bassin maternel et le volume supposé de l'enfant. Toutefois, une épisiotomie préventive en cas de suspicion de macrosomie ne peut être systématiquement recommandée, car le diagnostic de macrosomie est difficile en pratique clinique et paraclinique avec des sensibilités relativement faibles [19]. Aucun travail ne fait la preuve de l'avantage d'une épisiotomie dans le cas de la macrosomie avérée rétrospectivement. Aucune interaction statistiquement significative n'a été constatée entre la ventouse et la macrosomie au cours des analyses multivariées de régression logistique. En revanche l'utilisation de forceps était absente lors de notre série, seule l'extraction instrumentale en ventouse était bien indiquée au recours à l'épisiotomie, 62,5 % d'épisiotomie avec ventouse contre 36,1% épisiotomie sans ventouse. Cette dernière n'était pas un facteur de risque associé à la survenue des déchirures périnéales dans notre série. Notre travail confirme donc la plupart des travaux de littérature sur l'effet protecteur de l'emploi de ventouse contre les déchirures périnéales. En effet, l'extraction instrumentale est, dans de nombreuses publications, un facteur de risque de lésion périnéale. La plupart des auteurs s'accorde à dire que les ruptures sphinctériennes (degré de déchirures périnéales sévères) surviennent plus fréquemment lors de l'utilisation de forceps que lors de l'utilisation d'une ventouse. L'extraction instrumentale par forceps est le premier facteur de risque dans les études de Fenner [20], Goldberg [21], Benifla [22], Hudelist [17] et Christianson [23]. Seuls Handa et al., [14] montrent une supériorité du facteur ventouse en comparaison au facteur forceps (OR= 2,30 *versus* 1,45). D'autres auteurs ne mettent pas en évidence la responsabilité de la ventouse dans la survenue de lésions sévères Zetterstrom [16], Mac Arthur [24] et Sultan [25].

Si l'extraction instrumentale en tant que telle n'est pas à remettre en cause et nécessite donc une précaution toute particulière lors de la pose de l'indication et lors de sa réalisation, ces dernières données doivent être discutées en fonction des habitudes de chaque équipe. En effet, il n'est pas toujours précisé dans les publications quel instrument est préférentiellement utilisé, chaque école d'obstétrique ayant ses habitudes, ce qui peut induire un biais dans l'interprétation des résultats.

Différentes publications rapportent un risque accru avec un âge maternel élevé [24-26]. Nos résultats concernant les différentes tranches d'âge n'ont montré aucunes associations de risque avec la survenue des lésions périnéales. Mais constituent un facteur de risque de recours à la pratique d'épisiotomie, probablement du fait de recueil d'un nombre si élevé des patientes au cours de cette période d'âge où l'activité de procréation est importante, et parce que ces accouchements sont faits le jour d'accueil à l'hôpital en majorité. Et les femmes sont de grossesse non suivie de provenance éloignée, pourraient avoir des présentations ou autres caractéristiques fœtales ou d'autres anomalies liés à la mère anormales reconnus comme facteurs de risque de difficultés d'accouchement.

Nous avons aussi retrouvé dans notre travail que les présentations postérieures constituent d'autres facteurs de risque des déchirures périnéales, même résultat a été confirmé dans un autre travail [27]. Par contre la présentation de dégagement antérieur a été rapportée dans notre série comme facteur de risque de recours à la pratique de l'épisiotomie. Nous n'avons constaté aucune différence significative entre les présentations de dégagement antérieur chez les macrosomes et ceux en présentation de dégagement postérieur, ni chez les femmes primipares ayant des nouveau-nés macrosomes et celles multipares qui avaient des nouveau-nés macrosomes. Ces résultats s'expliqueraient par une présentation céphalique anormale. Dans ce cas la rotation manuelle peut être tenté et éviter l'indication de l'épisiotomie.

Après ajustement, les facteurs associés lors des analyses multivariées de régression logistique seuls la primiparité et l'extraction en ventouse ont été associés à la pratique de l'épisiotomie. Ceci pourrait être expliqué d'une vigilance préalable des professionnelles des prédispositions des primipares aux déchirures périnéales et l'effet protecteur d'utilisation d'extraction instrumentale en ventouse ou l'expérience des obstétriciens. Mais dans notre analyse univariée l'extraction en ventouse n'a pas été démontré comme facteur protecteur contre la survenue des déchirures périnéales (donnée non rapportée). En effet comparativement à d'autres littératures, les recommandations pour la pratique clinique sur l'épisiotomie concluaient que la pratique systématique de l'épisiotomie ne se justifiait pas en cas d'extraction instrumentale et qu'elle pouvait dans ce cas augmenter le risque de lésions périnéales [28]. En 2008, une étude observationnelle néerlandaise réalisée par De Leeuw et al, [29] montrait cependant que la réalisation d'une épisiotomie médiolatérale réduisait le risque de déchirure sphinctérienne en cas de ventouse (OR 0,11 ; IC 95 % 0,09-0,13) et de forceps (OR 0,08 ; IC 95 % 0,07-0,11). Les taux d'épisiotomie élevés dans cette étude (respectivement 80 et 90 % après une ventouse et un forceps) ne permettent pas de tirer de conclusion sur le bénéfice d'une épisiotomie médiolatérale lors d'une extraction instrumentale. Par ailleurs, la pratique d'une « petite épisiotomie » ou d'une épisiotomie faite dans un axe peu incliné ne constitue pas non plus une solution intermédiaire puisque ce type d'épisiotomie risque d'entraîner une déchirure perpendiculaire à son axe pouvant léser le sphincter anal [16]. Ces discordances traduisent certaines difficultés dans l'interprétation des résultats. Il paraît difficile en réalité de conclure sur l'impact réel de l'épisiotomie tant sa réalisation pratique peut varier d'un opérateur à l'autre. Ces résultats illustrent eux aussi la difficulté des recommandations à porter leurs effets et à modifier des pratiques acquises et utilisées depuis plusieurs années.

Notre étude rejoint celle de l'école française sur le mode de pratique l'épisiotomie, et diffère ainsi de celle de l'Amérique du nord. Mais soit qu'il s'agit de l'une ou de l'autre, aucune n'a prouvé sa prévention vis-à-vis les déchirures périnéales.

4 CONCLUSION

Le recours aux épisiotomies est très fréquent dans le monde. Le taux d'épisiotomies cache des variations de pratiques professionnelles, mais est aussi lié à d'autres interventions et/ou facteurs médicaux entourant l'accouchement. Il est cependant difficile de définir quel est le bon taux « universel » d'épisiotomies. En effet, à coté de ces résultats discordants de littérature et vu la nature rétrospective de notre étude qui manque de puissance. D'autres études sont sollicitées. Mais ce travail même il reste une étude élémentaire comparativement à d'autres travaux menés sur l'épisiotomie et déchirures périnéales, elle a abordé un acte obstétrical, de conséquences non encore bien éclaircie sur l'issue périnéale chez la mère et identifié quelques facteurs de risque liées au nouveau-né et la mère responsables d'épisiotomie et des déchirures périnéales.

Si on n'arrive pas à recommander de bons seuils du recours à la pratique de l'épisiotomie on pourrait agir sur ces facteurs de risque liés au fœtus ou à la mère qui sont évitables pourvu qu'ils soient bien pris en charge précocement pendant toute la période de consultation prénatale parce que cette action constitue un élément de grande importance. Mais il existe des circonstances au cours desquelles un jugement clinique prudent et pertinent dictera à l'obstétricien la réalisation d'une épisiotomie. Il est évident que l'épisiotomie préventive est effectuée préférentiellement dans les situations à plus haut risque de déchirure (gros fœtus, périnée fragile, extraction instrumentale. . .).

REFERENCES

- [1] Jacobs W, Adams BD. Midline episiotomy and extension through the rectal sphincter. *Surg Gynecol Obszer* 1960;111:245-246.
- [2] Coats PM, Chan KK, Wilkins M, Beard RI. A comparison between median and mediolateral episiotomy. *Br J Obstet Gynaecol* 1980;87:408-412.
- [3] Wilcox LS, Strobino DM, Baniffi G, Dellinger WS. Episiotomy and its role in the incidence of perineal lacerations in a maternity center and a tertiary hospital obstetric service. *Am J Obsrer Gynecol* 1989;16&1047-1052.
- [4] Röckner G, Ölund A. The use of episiotomy in primiparas in Sweden. A descriptive study with particular focus on two hospitals. *Acta Obstet Gynecol Scand* 1991; 70: 325-30.

- [5] Alran S, Sibony O, Oury JF, Luton D, Blot P. Differences in management and results in term-delivery in nine European referral hospitals: descriptive study. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 2002; 103: 4-13.
- [6] Weeks JD, Kozak LJ. Trends in the use of episiotomy in the United States: 1980-1998. *Birth* 2001; 28: 152-60.
- [7] Kozak LJ, Weeks JD. US Trends in obstetric procedures, 1990-2000. *Birth* 2002; 29: 157-61.
- [8] Roberts CL, Algert CS, Douglas I, Tracy SK, Peat B. Trends in labour and birth interventions among low-risk women in New south Wales. *Aust N Z J Obstet Gynaecol* 2002; 42: 176- 81.
- [9] Webb DA, Culhane J. Hospital variation in episiotomy use and the risk of perineal trauma during childbirth. *Birth* 2002; 29: 132-6.
- [10] Williams FLR, Florey C du V, Mires GJ, Ogston SA. Episiotomy and perineal tears in low-risk UK primigravidae. *J Public Health Med* 1998; 20: 422-7.
- [11] Tincello DG, Williams A, Fowler GE, Adams EJ, Richmond DH, Alfirevic Z. Differences in episiotomy technique between midwives and doctors. *Br J Obstet Gynaecol* 2003; 110: 1041-4.
- [12] Konstantiniuk P, Kern I, Giuliani A, Kainer F. The midwife factor in obstetric procedures and neonatal outcome. *J Perinat Med* 2002; 30: 242-9.
- [13] Dupuis O, Madelenat P, Rudigoz RC. [Fecal and urinary incontinence after delivery: risk factors and prevention]. *Gynecol Obstet Fertil* 2004; 32(6):540-8.
- [14] Handa VL, Danielsen BH, Gilbert WM. Obstetric anal sphincter lacerations. *Obstet Gynecol* 2001; 98 (2):225-30.
- [15] Zetterstrom J, Lopez A, Anzen B, Norman M, Holmstrom B, Mellgren A. Anal sphincter tears at vaginal delivery: risk factors and clinical outcome of primary repair. *Obstet Gynecol* 1999; 94 (1):21-8.
- [16] Eason E, Labrecque M, Marcoux S, Mondor M. Anal incontinence after childbirth. *CMAJ* 2002; 166(3):326-30.
- [17] Hudelist G, Gelle'n J, Singer C, Ruecklinger E, Czerwenka K, Kandolf O, et al. Factors predicting severe perineal trauma during childbirth: role of forceps delivery routinely combined with mediolateral episiotomy. *Am J Obstet Gynecol* 2005;192(3):875-81.
- [18] Sheiner E, Levy A, Walfisch A, Hallak M, Mazor M. Third degree perineal tears in a university medical center where midline episiotomies are not performed. *Arch Gynecol Obstet* 2005; 271: 307-10.
- [19] Weiner Z, Ben-Shlomo I, Beck-Fruchter R, Goldberg Y, Shalev E. Clinical and ultrasonographic weight estimation in large for gestational age fetus. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 2002; 105: 20-4.
- [20] Fenner DE, Genberg B, Brahma P, Marek L, DeLancey JO. 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 (discussion 9-50).
- [21] Goldberg J, Hyslop T, Tolosa JE, Sultana C. Racial differences in severe perineal lacerations after vaginal delivery. *Am J Obstet Gynecol* 2003; 188(4):1063-7.
- [22] Benifla JL, Abramowitz L, Sobhani I, Ganansia R, Darai E, Mignon M, et al. [Postpartum sphincter rupture and anal incontinence: prospective study with 259 patients]. *Gynecol Obstet Fertil* 2000; 28(1):15-22.
- [23] Christianson LM, Bovbjerg VE, McDavitt EC, Hullfish KL. Risk factors for perineal injury during delivery. *Am J Obstet Gynecol* 2003; 189(1): 255-60.
- [24] MacArthur C, Glazener CM, Wilson PD, Herbison GP, Gee H, Lang GD, et al. Obstetric practice and faecal incontinence three months after delivery. *BJOG* 2001; 108(7):678-83.
- [25] Sultan AH, Kamm MA, Hudson CN, Thomas JM, Bartram CI. Analsphincter disruption during vaginal delivery. *N Engl J Med* 1993; 329 (26):1905-11.
- [26] Angioli R, Gomez-Marin O, Cantuarria G, O'Sullivan MJ. Severe perineal lacerations during vaginal delivery: the University of Miami experience. *Am J Obstet Gynecol* 2000;182(5):1083-5.
- [27] Parant O, Reme JM, Monrozies X. Déchirures obstétricales récentes du périnée et épisiotomie. *Encycl Med Chir, Obstetrique* 1999; 5-078-A-10.
- [28] Riethmuller D, Courtois L, Maillet R. Pratique libérale versus restrictive de l'épisiotomie : existe-t-il des indications obstétricales spécifiques de l'épisiotomie ? *J Gynecol Obstet Biol Reprod* 2006; 35 (suppl 1):1S32-1S39.
- [29] De Leeuw JW, De Wit C, Kuijken JPJA, Bruinse HW. Mediolateral episiotomy reduces the risk for anal sphincter injury during operative vaginal delivery. *BJOG* 2008;115:104-8.