

Alliance Francophone pour l'Accouchement Respecté (AFAR)
Moulin du Pas, F-47800 Roumagne

Compilation « Episiotomie »

Base de données de l'AFAR
<http://www.afar.info>

Etude réalisée le 8 mai 2004
dans le cadre de la *Semaine Mondiale pour l'Accouchement Respecté*

Note : Nous avons sélectionné 93 fiches parmi les 158 contenant le mot-clé « épisiotomie » dans la base de données de l'AFAR début mai 2004. Une version non surlignée peut être fournie à la demande. Contacter <afar@fraternet.org>.

Le forceps,
instrument
pérимé ?

[3] Depuis 10 ans, nous n'avons pas rencontré une seule occasion d'utiliser le forceps. Pourquoi s'agit-il d'un instrument périmé ? Y. Malinas l'a magistralement expliqué en assimilant la mécanique obstétricale à l'étude des conditions du passage d'un œuf à travers un anneau, et en soulignant l'importance du détroit moyen. Lorsqu'il se produit une "panne" après franchissement du détroit supérieur, après engagement, lorsqu'il se produit une "dystocie au détroit moyen", on se trouve en présence d'un défaut de rotation ; il suffit de comprendre que la rotation est liée à la flexion, que seules les têtes bien fléchies tournent. Il faut donc fléchir la tête. Comment fléchir la tête ? Certainement pas avec un forceps : que la prise soit symétrique, malaire, ou asymétrique, mastoidienne et frontale, elle se situe en avant de l'axe flexion-déflexion de la tête, et la force appliquée sur le tracteur tend à défléchir la tête... à moins que la solidarisation de la tête et des cuillers soit parfaite, grâce à une vis de réduction qui permet par la même occasion de diminuer le diamètre transverse...

Naissance sans violence?... Le défaut de flexion pourrait souvent être corrigé à la main. Y. Malinas a parfaitement décrit les modalités de cette correction manuelle qui est précédée par la mise en place d'une perfusion d'ocytociques : attendre la première contraction ; introduire la main à plat sur la tête fœtale, de telle sorte que l'extrémité des doigts exerce une légère pression sur le front tandis que le pouce, à l'opposé, accroche le bord latéral du lambda (main droite si l'occiput est à droite et main gauche dans le cas contraire) ; refouler très doucement le front en demandant à la patiente de pousser une fois et amorcer la rotation à l'aide du pouce sur le bord de la suture lambdoïde. En fait tout est facile lorsqu'on dispose d'une "ventouse", parfait instrument de flexion: aucun recours à la force; il suffit de savoir placer la ventouse au bon endroit et de diriger, et non pas de tirer, dans le bon sens; la coopération maternelle est entière ; il s'agit d'une aide discrète réservée à une minorité de cas particuliers, et non pas d'une "extraction instrumentale".

Odent, Michel. Bien naître. Paris: Seuil, p. 123-124
<http://www.fnac.com/Shelf/article.asp?PRID=219589&SubjectId=0&Origin=CALINDEX&OriginClick=yes>

Plus de saignements pour une épisiotomie que pour une césarienne.	[5] Nous suggérons également, dans la mesure du possible, d'éviter l'épisiotomie lors d'un accouchement, même lorsque celui-ci se fait par forceps. (...) En conclusion, nous pouvons dire qu'il paraît essentiel de faire prendre conscience à la sage-femme et à l'obstétricien qu'un accouchement par voie basse est parfois plus hémorragique qu'on ne l'estime généralement. Contrairement aux idées reçues, nos résultats montrent qu'un accouchement voie basse avec une épisiotomie saigne au moins autant qu'une césarienne. Ils confirment aussi que le forceps agrave l'hémorragie.
	Sarfati, R.; Maréchaud, M.; Magnin, G.. Comparaison des déperditions sanguines lors des césariennes et lors des accouchements par voie basse avec épisiotomie. J Gynecol Obstet Biol Reprod 1999 ; Volume 28 ; 48-54 http://perinatalite.chez.tiscali.fr/episio-deperditionssanguines.htm
Comparaison entre les épisiotomies médiane et médiolatérale.	[8] Un article en anglais sur les deux types d'épisiotomie, médio-latérale (pratiquée en Europe) et médiane (pratiquée aux USA). L'essentiel de l'article, rédigé par le directeur de l'Epidemiology Program Office au Center for Disease Control and Prevention (USA), met l'accent sur l'absence complète d'études scientifiques confirmant les "avantages" déclarés de cette pratique, et sur les risques qu'elle fait courir à la mère. Thacker, SB.. Midline versus mediolateral episiotomy. BMJ 2000;320:1615-1616 (British Medical Journal 17 June) http://bmj.com/cgi/content/full/320/7250/1615
L'épisiotomie augmente le nombre de déchirures graves. (Canada)	[14] Une équipe de recherche dirigée par Dr. Helen Steed à l'Université d'Alberta remet en cause la pratique habituelle de l'épisiotomie lors d'une extraction par forceps. Un article récent dans The Medical Post rapporte que les chercheurs ont examiné les dossiers médicaux de 272 femmes qui avaient eu un accouchement par forceps en 1994 au Grey Nuns Community Health Centre d'Edmonton. Toutes ces femmes avaient donné naissance à un seul bébé en position vertex (tête la première, visage vers le bas). Parmi ces femmes, seulement 45 avaient subi les forceps sans épisiotomie, et parmi elles 15 (soit 32%) avaient eu une déchirure importante. Parmi les 226 femmes qui avaient eu une épisiotomie, 131 (soit 58%) avaient eu une déchirure importante. Même en tenant compte de

facteurs comme l'âge de la mère, le nombre d'enfants, le poids du bébé à sa naissance, et l'utilisation ou non de la péridurale, il s'avère que la pratique de l'épisiotomie lors d'un accouchement par forceps fait plus que doubler le risque d'une déchirure.

Les études ont montré que l'épisiotomie augmente la probabilité d'une déchirure, qu'on utilise ou non les forceps. Le Dr. Steed déclare: "La plupart des médecins qui utilisent les forceps disent que c'est un instrument de grandes dimensions et qu'il faut lui faire de la place, de là la pratique de l'épisiotomie... Mais c'est donner de la place à une déchirure, et si nous essayons d'éviter les épisiotomies dans les accouchements normaux, est-il opportun de faire de même avec les forceps?"

Sur la base de cette recherche, Steed met en question l'épisiotomie systématique dans les accouchements par forceps à cause du risque accru de déchirure, suggérant aux médecins de prendre une décision au cas par cas.

Spicer, Susan. Episiotomy for Forceps Delivery? Studies have shown that episiotomy increases the likelihood of tearing.

<http://www.todaysparent.com/pregnancybirth/labour/article.jsp?content=1015>

Régression de la pratique de l'épisiotomie au Canada (67 à 38% sur 11 ans)

[15] L'épisiotomie était jusqu'à présent une pratique habituelle, censée éviter les déchirures du périnée lors d'un accouchement. Toutefois depuis les années 80, plusieurs études ont démontré qu'il n'y a pas d'avantage et qu'il y a parfois des risques accrus à effectuer une épisiotomie systématique. Selon certaines études, une déchirure guérit mieux et provoque moins de souffrances après la naissance qu'une coupure chirurgicale.

Un article dans Pre & Post Natal News rapporte que des chercheurs du Civic Hospital d'Ottawa (Canada) ont étudié l'influence des recherches récentes sur la pratique obstétrique. Ils ont établi qu'en 11 ans, le taux annuel d'épisiotomies au Canada a diminué de 29% (66.8% en 1981/82 et 37.7% en 1993/94). Ils en ont conclu que, en ce qui concerne l'épisiotomie, la pratique médicale avait changé parallèlement aux résultats de recherche.

La Société des Gynécologues et Obstétriciens (SOGC) ne recommande pas actuellement l'épisiotomie systématique. Elle indique que les facteurs qui permettent les muscles du périnée de se détendre sont l'adoption de la

position verticale, qui permet à la femme de pousser spontanément, une seconde phase d'expulsion sans limite de temps, et une sortie de la tête lente. Dans certains cas, l'épisiotomie est utile, par exemple quand, lors de l'utilisation de forceps, il est important de faire naître le bébé rapidement.

Spicer, Susan. Episiotomy Rates are Dropping. Recent studies question necessity of routine episiotomies <http://www.todaysparent.com/pregnancybirth/labour/article.jsp?content=1065>

Revue de la littérature jusqu'en 1980

[42] Les auteurs ont étudié plus de 350 articles, rapports et chapitres d'ouvrages publiés de 1860 à 1980, et n'ont trouvé aucune preuve substantielle que l'épisiotomie empêcherait les déchirures dans le rectum, les dommages à la paroi pelvienne, les traumatismes à la tête du fœtus, ni que les épisiotomies étaient plus faciles à réparer que les déchirures.

[Résumé tiré de Goer, H. Obstetric Myths Versus Research Realities: A Guide to the Medical Literature. Westport: Bergin & Garvey, 1995: 280-281]

Thacker, SB.; Banta, HD.. Benefits and risks of episiotomy: an interpretive review of the English language literature, 1860-1980. *Obstet. Gynecol. Survey* 1983, 38(6): 322-338

http://www.ncbi.nlm.nih.gov:80/entrez/query.fcgi?cmd=Retrieve&db=PubMed&list_uids=6346168&dopt=Abstract

L'épisiotomie ne protège pas le plancher pelvien.

[43] Cette étude de la littérature se focalise sur deux croyances au sujet de l'épisiotomie: la préservation de l'intégrité du plancher pelvien, et la prévention des lacérations. L'épisiotomie est supposée empêcher l'étirement excessif des muscles, qu'on croit être la cause d'un tonus insuffisant du périnée. Le peu d'arguments en faveur de l'épisiotomie datent de plus de 60 ans et relève d'une méthodologie contestable. Certaines causes du manque de tonicité du plancher pelvien peuvent être iatrogéniques: une mauvaise réparation de l'épisiotomie, ou la traction sur l'utérus pour une inspection. Pour ce qui est d'empêcher les lacérations, au mieux les femmes s'en tirent aussi bien sans épisiotomie, pour ce qui est de la douleur et des lacérations, et certaines études montrent une corrélation entre l'épisiotomie et les déchirures profondes. Les facteurs iatrogéniques contribuant aux lacérations comprennent: l'utilisation de techniques destinées à raccourcir la seconde phase (par exemple "fundal pressure" ou les poussées dirigées), le fait de ne pas attendre la rotation

spontanée des épaules, une réparation incorrecte de l'épisiotomie précédente, et peut-être l'injection d'anesthésiant local sans pratiquer d'épisiotomie.

Il est raisonnable de conclure qu'une épisiotomie médiane n'a pas d'avantage appréciable sur une laceration du premier ou du second degré lorsqu'il n'y a pas d'urgence évidente au niveau du fœtus.
(L'épisiotomie équivaut à une laceration du second degré.)

[Résumé tiré de Goer, H. *Obstetric Myths Versus Research Realities: A Guide to the Medical Literature*. Westport: Bergin & Garvey, 1995: 281]

Bromberg, MH.. Presumptive maternal benefits of routine episiotomy. *Journal of Nurse Midwifery*, 1986, 31(3): 121-127

L'épisiotomie ne remplit pas son contrat.

[44] Cet article résume les études cliniques récentes et conclut que l'épisiotomie n'empêche pas la descente d'organes ni les traumatismes du fœtus, n'est pas plus facile à réparer qu'une déchirure du second degré, ne guérit pas mieux qu'une déchirure, et n'empêche pas les déchirures du troisième degré ni la gêne pendant les rapports sexuels. Les auteurs remarquent que, si l'épisiotomie devait empêcher l'étirement excessif du périnée et protéger la tête du fœtus, elle devrait être faite assez tôt, alors que généralement les épisiotomies sont réalisées au moment où l'étirement maximal a déjà été atteint.

[Résumé tiré de Goer, H. *Obstetric Myths Versus Research Realities: A Guide to the Medical Literature*. Westport: Bergin & Garvey, 1995: 281]

Hofmeyr, GJ.; Sonnedecker, EM.. Elective episiotomy in perspective. *South African Medical Journal*, 1987, 71(6): 357-359

La pratique systématique de l'épisiotomie n'est pas justifiée. Certaines études des années 1920-1930 ont conclu que l'épisiotomie réduisait le relâchement pelvien, mais

[45] Les auteurs ont étudié la littérature en recherchant des justifications des deux principales raisons de l'épisiotomie de routine: la réduction des traumatismes périnéaux et la prévention du relâchement musculaire pelvien. Aucune étude ne prouve que l'épisiotomie médiane ou médio-latérale réduirait l'incidence de déchirures du troisième ou quatrième degré. De nombreuses études indiquent, par contre, une corrélation entre l'épisiotomie médiane et des déchirures profondes.

Certaines études des années 1920-1930 ont conclu que l'épisiotomie réduisait le relâchement pelvien, mais elles étaient méthodologiquement incorrectes. De plus,

elles étaient méthodologiquement incorrectes.

leurs conclusions ne s'appliquaient pas à la pratique actuelle. Par exemple, pour empêcher l'étirement du plancher pelvien, l'épisiotomie aurait dû être réalisée avant l'extension des muscles élévateurs; or les épisiotomies sont actuellement réalisées beaucoup plus tard.

Cette procédure pourrait au contraire augmenter l'incidence des lacerations du troisième et quatrième degré.

[Résumé tiré de Goer, H. Obstetric Myths Versus Research Realities: A Guide to the Medical Literature. Westport: Bergin & Garvey, 1995: 281-282]

Thorp, JM.; Bowes, WA.. Episiotomy: Can its routine use be defended? Am. J. Obstet. Gynecol. 1989, 160(5 Pt 1): 1027-1030

L'épisiotomie ne protège pas le plancher pelvien.

[46] De 1988 à 1990, des femmes ont été placées de manière aléatoire dans deux groupes, le premier "restreint" (essayer d'éviter une épisiotomie) et le second "libéral" (essayer d'éviter une déchirure). La population se limitait à des parturientes à faible risque de plus de 34 semaines de gestation. (N = 1044) La randomisation était effectuée pendant la deuxième phase du travail. Au total, 359 primipares et 344 multipares ont été randomisées. Parmi celles-ci, seulement 32% des primipares et 48% des multipares ont accouché sans ocytocines, péridurale, ni forceps. L'étude avait 90% de chances de détecter une différence de 7% sur les périnées intacts parmi les primipares, et 15% de différences parmi les multipares, avec un dropout de 30%.

Aucun enfant des différents groupes n'a eu besoin de soins particuliers ni n'avait un score Apgar inférieur à 6 au bout de 5 minutes.

Le taux d'épisiotomies a été réduit d'un tiers dans le groupe restreint, aussi bien pour les primipares (57.2% au lieu de 81.4%) que pour les multipares (30.7% au lieu de 47.0%). Les raisons invoquées pour les épisiotomies dans le second groupe étaient l'anticipation d'une déchirure importante (40%), la détresse fœtale (29%) et l'insuffisance d'extension du périnée (23%). Habituer à la pratique de routine de l'épisiotomie, et bien qu'ils aient affaire à une population de parturientes en bonne santé à faible risque, de nombreux médecins avaient des difficultés à ne pas faire d'épisiotomie dans le groupe restreint de cette étude.

Parmi les primipares, 52 (soit 14.5%) ont eu des déchirures dans le prolongement de l'épisiotomie, dont

46 du troisième ou quatrième degré, et 6 des déchirures de la partie supérieure du vagin. Une seule femme a eu une déchirure profonde spontanée. Parmi les multipares, 1.8% ont eu des déchirures de troisième ou quatrième degré dans le prolongement de l'épisiotomie, et aucune n'a eu une déchirure profonde spontanée. Les mesures de périnéométrie électromyographique n'ont révélé aucune différence entre les groupes pour ce qui est du plancher pelvien, trois mois après l'accouchement. Les résultats dépendaient de la parité, de la taille du bébé, et du statut antepartum. L'épisiotomie était sans effet.

Aucune différence n'a été trouvée entre les groupes pour ce qui est d'un traumatisme vaginal antérieur, la douleur et la reprise des rapports sexuels, ni la satisfaction sexuelle des femmes.

L'incontinence urinaire s'est révélée plus fréquente chez les femmes primipares du groupe restreint (21.1% au lieu de 14.5%) et chez les primipares du groupe libéral (12.9% au lieu de 21.5%). [Ces résultats étant établis selon les groupes, que les femmes aient eu ou non une épisiotomie, il n'est pas certain qu'ils aient un rapport avec l'épisiotomie.]

Sur la base de cette étude, les auteurs préconisent l'abandon de la pratique libérale ou de routine de l'épisiotomie. Cette recommandation peut être mise en œuvre seulement là où les accompagnants ont appris comment protéger le périnée. Cet apprentissage devrait être inclus à la formation et à la pratique. Pour commencer, certaines extractions instrumentales pourraient être accomplies sans épisiotomie, et les médecins devraient aussi être formés à de telles pratiques.

[Résumé tiré de Goer, H. *Obstetric Myths Versus Research Realities: A Guide to the Medical Literature*. Westport: Bergin & Garvey, 1995: 283]

Klein, M. et al.. Does episiotomy prevent perineal trauma and pelvic floor relaxation? *Online J. Curr. Clin. Trials* 1992, 1 (document 10).

L'épisiotomie médiane fait plus de mal que de bien.

[48] La relation entre l'épisiotomie et les lacerations graves (du 3e et 4e degré) a été étudiée chez 24114 femmes ayant donné naissance à un bébé unique de plus de 500g en présentation céphalique. Le taux de déchirures graves a été de 8.3% pour les primipares et de 1.5% pour les multipares.

Les femmes ayant subi des épisiotomies médianes avaient 50 fois plus de risque de déchirure grave (odds ratio de 12.5 pour les primipares et 32.3 pour les multipares), et les femmes ayant subi des épisiotomies médico-latérales avaient 8 fois plus de risque de déchirure grave (odds ratio de 1.2 pour les primipares et 5.3 pour les multipares), que les femmes sans épisiotomie. Les forceps multipliaient le risque par 8. Toutes les différences étaient significatives.

Après un ajustement statistique des facteurs, l'épisiotomie médiane multipliait le risque de déchirure grave par 4.2 chez les primipares et 12.8 chez les multipares. L'épisiotomie médico-latérale diminuait le risque de 2.5 fois chez les primipares et l'augmentait de 2.4 fois chez les multipares. Les forceps triplaient la probabilité de déchirures sévères.

Bien que l'épisiotomie médico-latérale [qui se pratique en France, NDRL] offrît une protection contre les déchirures sévères pour les primipares, les études ont montré qu'elles causaient d'autres problèmes, notamment une douleur accrue, une cicatrice plus visible, et plus de dyspareunies.

Comme les fistules recto-vaginales apparaissent après de graves déchirures, ie fait de réduire le taux de déchirures contribuerait à diminuer le nombre de fistules et le taux de morbidité.

[Résumé tiré de Goer, H. Obstetric Myths Versus Research Realities: A Guide to the Medical Literature. Westport: Bergin & Garvey, 1995: 284-285]

Shiono, P.; Klebanoff, MA.; Carey, JC.. Midline episiotomies: more harm than good? *Obstet Gynecol* 1990, 75(5): 765-770

Meilleure récupération du périnée sans épisiotomie.

[49] Cet article commence par un bref survol de la littérature concluant que l'épisiotomie n'empêche pas l'hypotonicité du plancher pelvien, les déchirures, ni ne protège le fœtus. L'épisiotomie augmente les risques d'infections, y compris les infections mortelles, provoque des douleurs à court et long terme, ainsi que des dyspareunies, et elle peut causer des déperditions sanguines "considérables".

On a comparé la récupération du périnée sur une à deux semaines postpartum chez 181 femmes ayant subi des épisiotomies et 186 sans épisiotomie. Toutes ces parturientes étaient à faible risque et ont eu des accouchements spontanés.

Seulement 2% des femmes du groupe sans épisiotomie ont eu des déchirures du troisième ou quatrième degré, contre 15% dans le groupe épisiotomie. Dans le groupe épisiotomie, 7.7% des femmes ont fait l'expérience d'une récupération tardive, contre 2.2% dans le groupe sans épisiotomie ($p < 0.05$). La différence reste significative en excluant les femmes au périnée intact (53% du groupe sans épisiotomie).

Aucune des lésions du quatrième degré qui se sont produites sans épisiotomie n'a causé une récupération tardive, alors que cela a été le cas pour 18.5% des 27 déchirures graves qui se sont produites avec des épisiotomies.

Deux infections se sont produites après des épisiotomies (une médiane avec une extension du premier degré, et une médio-latérale avec une extension du troisième degré).

Les parturientes ayant subi une extraction instrumentale ont été exclues de ces statistiques. Toutefois, dans leur groupe on a observé 35% de prolongations d'épisiotomies par des déchirures du troisième degré, et une récupération tardive chez 17.6% d'entre elles, ce qui confirme que l'extraction instrumentale augmente le traumatisme périnéal.

"L'étude suggère que les femmes qui ne subissent pas d'épisiotomie ont une meilleure récupération du périnée que celles qui en subissent."

[Résumé tiré de Goer, H. *Obstetric Myths Versus Research Realities: A Guide to the Medical Literature*. Westport: Bergin & Garvey, 1995: 285]

McGuiness, M.; Norr, K.; Nacion, K.. Comparison between different perineal outcomes on tissue healing. *Journal of Nurse Midwifery*, 1991, 36(3): 192-198

Mieux vaut une déchirure spontanée qu'une épisiotomie.

[50] La force musculaire du plancher pelvien (en pré- et postpartum) a été évaluée en mesurant la capacité de la mère à retenir des cônes vaginaux de différentes longueurs pendant une minute en position verticale. La population comprenait 87 primipares dont 16 avaient eu des césariennes programmées. Dans le groupe ayant accouché vaginalement, 30% avaient eu une épisiotomie, 36% des déchirures spontanées, et 34% des périnées intacts. Deux femmes avaient eu des déchirures du troisième degré dans le groupe des épisiotomies, contre une dans le groupe des déchirures spontanées.

En comparaison avec les déchirures spontanées et les périnées intacts, la force du plancher pelvien était la plus faible dans le sous-groupe des épisiotomies (diminution moyenne de la force: 30.0 +/- 11.8%). Le groupe des déchirures spontanées était comparable à celui des périnées intacts (18.9 +/- 9.1% et 19.2 +/- 10.2% respectivement). Les femmes ayant eu des césariennes programmées ont eu les meilleurs résultats comparées aux autres sous-groupes (diminution moyenne nulle).

[Résumé tiré de Goer, H. *Obstetric Myths Versus Research Realities: A Guide to the Medical Literature.* Westport: Bergin & Garvey, 1995: 287]

Rockner, G.; Jonasson, A.; Olund, A.. The effect of mediolateral episiotomy at delivery on pelvic floor strength evaluated with vaginal cones. *Acta Obstet. Gynecol. Scand.*, 1991, 70(1): 51-54

L'épisiotomie de routine a peu - sinon aucun - effet sur le résultat néonatal..

[51] L'effet protecteur de l'épisiotomie a été analysé pour 439 naissances spontanées, en présentation céphalique, de bébés singuliers pesant moins de 2500g. Les cas de grossesses avec des complications préexistantes ont été exclus. Comme l'épisiotomie dépend de la parité, les primipares et les multipares ont été étudiées séparément. Les taux de mortalité néonatale se sont révélés semblables pour le groupe épisiotomie et le groupe sans épisiotomie, aussi bien pour les nullipares (6.7% contre 8.6%) que pour les multipares (10.0% contre 9.3%), de même que les scores d'Apgar à 5 minutes.

Un des effets protecteurs supposés de l'épisiotomie est de réduire la pression sur la tête du fœtus. Toutefois, pour obtenir cet effet, il aurait fallu réaliser l'épisiotomie avant que la tête n'étire le périnée. Un autre effet est de réduire la durée de la seconde phase de travail. Toutefois, il n'existe aucune corrélation fiable entre la durée de la seconde phase et le résultat néonatal.

"Les résultats de cette étude suggèrent que l'épisiotomie de routine a peu - sinon aucun - effet sur le résultat néonatal."

[Résumé tiré de Goer, H. *Obstetric Myths Versus Research Realities: A Guide to the Medical Literature.* Westport: Bergin & Garvey, 1995: 287-288]

The, TG.. Is routine episiotomy beneficial in the low birth weight delivery? *Int. J. Gynaecol. Obstet.*, 1990, 31(2): 135-140

Les épisiotomies n'empêchent pas les déchirures vaginales, et sont la cause de douleurs périnéales.

[52] 93 femmes primipares ayant donné naissance par voie vaginale ont fait l'objet d'une étude pour évaluer les facteurs influençant la douleur périnéale. 62% d'entre elles avaient subi une épisiotomie. Les femmes ayant eu des accouchements spontanés (67%) ont eu pour la plupart des épisiotomies médianes. Celles qui ont subi des extractions par forceps ont eu des épisiotomies médico-latérales. Seize pour cent ont eu une épisiotomie prolongée par une déchirure du périnée ou du vagin, et de l'anus pour l'une d'entre elles. Parmi celles qui n'ont pas eu d'épisiotomies, 31% n'ont pas eu besoin de points de suture.

Un mois après l'accouchement, 41% des femmes se plaignaient de douleurs périnéales, 12% au bout de deux mois, 7% à trois mois, 2% à quatre mois, et 0% à six mois.

Pour les femmes primipares ayant subi des épisiotomies, après un mois 91% avaient des douleurs pendant le coït, après deux mois 59%, après trois mois 33%, après quatre mois 18%, après cinq mois 15%. Le pourcentage décroissait pour atteindre, après un an, 1% de dyspareunies.

Le temps moyen de récupération périnéale a été d'un mois, et de trois mois pour des rapports sexuels acceptables. [Les auteurs n'ont pas tenu compte de l'allaitement, alors que c'est un facteur très important pour les dyspareunies, car de faibles niveaux d'œstrogènes peuvent causer une sécheresse vaginale.] Parmi les 20 femmes qui déclaraient ne plus ressentir de douleur après quelques jours, 13 utilisaient des analgésiques.

Les facteurs associés à la douleur périnéale plus longue que la moyenne, ou à la dyspareunie, étaient une déchirure vaginale mais non périnéale, l'usage des forceps [qui peuvent causer des déchirures vaginales], et la pratique d'une épisiotomie médico-latérale plutôt que médiane [bien que les femmes dans ce cas étaient aussi celles avec forceps]. Les femmes qui ont eu des accouchements spontanés avec des épisiotomies ont eu des résultats comparables à celles qui ont subi des épisiotomies. Les épisiotomies n'ont pas empêché les déchirures vaginales.

[Résumé tiré de Goer, H. *Obstetric Myths Versus Research Realities: A Guide to the Medical Literature*. Westport: Bergin & Garvey, 1995: 289. Les remarques entre crochets sont d'Henci Goer.]

Abraham, S. et al.. Recovery after childbirth: a

	<p>preliminary prospective study. Med. J. Aust., 1990, 152(1): 9-12</p>
L'influence des praticiens sur la pratique de l'épisiotomie	<p>[53] Actuellement, 82% des femmes dans cet hôpital américain subissent des épisiotomies. Depuis 1980, le pourcentage de déchirures du troisième et quatrième degré est stable, à raison de 10.7% et 6.4% respectivement. De 1982 à 1985, on a comparé toutes les femmes ayant eu de telles déchirures (N = 743) avec celles qui n'en ont pas eu (N = 3893).</p> <p>Les facteurs associés aux déchirures graves sont: la nulliparité (82% contre 38%, p < 0.0001), l'usage d'ocytocines (47% contre 29%, p < 0.0001), la péridurale (22% contre 7%, p < 0.01) et l'extraction par forceps (34% contre 7%, p < 0.0001).</p> <p>Les déchirures graves ont été plus fréquentes avec des médecins stagiaires qu'avec ceux du personnel (p < 0.001) (l'expérience joue un rôle).</p> <p>Deux facteurs de prédisposition au moins étaient présents dans 91% des cas, et trois ou plus de trois dans 51% des cas. [Ce n'est pas une surprise: par exemple, une femme sous péridurale a plus de chances d'avoir des ocytocines et des forceps.]</p> <p>Un bébé de poids important (plus de 4 kg) n'impliquait pas un plus grand risque de déchirure, probablement parce qu'il avait plus de chances de naître par césarienne. [!]</p> <p>[Résumé tiré de Goer, H. Obstetric Myths Versus Research Realities: A Guide to the Medical Literature. Westport: Bergin & Garvey, 1995: 291-292. Les remarques entre crochets sont d'Henci Goer.]</p> <p>Legino, LJ et al.. Third- and fourth-degree perineal tears. 50 year's experience at a university hospital. J. Reprod. Med., 1988, 33(5): 423-426</p>
La position lithotomique accentuerait l'étirement du périnée.	<p>[54] Le groupe étudié était composé de 241 femmes nullipares ayant eu un accouchement spontané, en vertex, non multiple. Le taux d'épisiotomies a été de 46.1%. Des sages-femmes ont accompagné 65.1% des naissances, les autres ayant été confiées à des obstétriciens. Les médecins ont plus souvent fait appel aux étriers (p < 0.01). Parmi les 174 femmes qui ont accouché dans une position différente, les plus nombreuses étaient en position semi-assise (N = 153).</p> <p>Les taux d'Apgar n'ont eu aucune corrélation avec l'épisiotomie.</p>

Le lacerations "profondes" (du troisième ou quatrième degré) ont été les moins nombreuses (0.9%) chez les femmes qui n'ont pas subi d'épisiotomie et n'étaient pas en position lithotomique, et les plus nombreuses (27.9%) chez celles qui étaient dans les deux cas de figure. Pour celles qui étaient dans un seul des deux cas, les résultats étaient intermédiaires.

L'épisiotomie était fortement corrélée aux déchirures profondes (odd ratio de 22.46, CI 7.81-64.61, p < 0.003) ainsi qu'à la position lithotomique (odd ratio de 14.01, CI 4.18-47.28, p < 0.029). Le rôle joué par l'accompagnant(e) n'a pas été élucidé. Les médecins ont été associés à un taux plus important de déchirures, mais ils pratiquaient plus d'épisiotomies et utilisaient plus souvent les étriers. Cela reflète peut-être le fait qu'ils étaient appelés en cas de problème. Après avoir ajusté les données en fonction des étriers et de l'épisiotomie, l'association des médecins aux déchirures profondes n'était plus visible. [Toutefois, les médecins ont plus tendance à utiliser la position lithotomique et à faire des épisiotomies, y compris en l'absence de complications.]

Une explication possible de la relation entre l'usage des étriers et les déchirures profondes est que la position lithotomique accentue l'étirement du périnée.

[Résumé tiré de Goer, H. *Obstetric Myths Versus Research Realities: A Guide to the Medical Literature*. Westport: Bergin & Garvey, 1995: 292. Les remarques entre crochets sont d'Henci Goer.]

Borgatta, L.; Piening, SL.; Cohen, WR.. Association of episiotomy and delivery position with deep perineal laceration during spontaneous delivery in nulliparous women. *Am. J. Obstet. Gynecol.*, 1989, 160(2): 294-297

[http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?cmd=Retrive&db=PubMed&list_uids=2916609&dopt=Abstract](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?cmd=Retrieve&db=PubMed&list_uids=2916609&dopt=Abstract)

L'usage restrictif de l'épisiotomie est préférable à l'usage habituel .

[55] L'analyse de la littérature montre peu d'avantages à une utilisation large de l'épisiotomie, qui entraîne des interventions périnéales nombreuses, sans diminuer le risque de déchirure sévère et sans procurer de bénéfice à long terme sur le plancher périnéal. Les études randomisées ont montré que l'usage restrictif de l'épisiotomie était préférable à l'usage habituel et qu'un taux supérieur à 30% était injustifié.

Ercole, Claude d'. L'épisiotomie protège-t-elle le périnée ? Article sur le site de la SFMP (Société Française de Médecine Périnatale : www.sfmp.net), 2000.

<http://www.sfmp.net/site/publications/obstetric/episio.htm>

[56] OBJECTIVE: We sought to identify risk factors for anal sphincter injury during vaginal delivery.

STUDY DESIGN: This was a retrospective, case-control study. We reviewed 2078 records of vaginal deliveries within a 2-year period from May 1, 1999, through April 30, 2001. Cases ($n = 91$) during the study period were defined as parturients who had documentation of greater than a second-degree perineal injury. Control subjects ($n = 176$), who were identified with the use of a blinded protocol, included women who were delivered vaginally with less than or equal to a second-degree perineal injury. For each patient, we reviewed medical and obstetrics records for the following characteristics: maternal age, race, weight, gestational age, parity, tobacco use, duration of first and second stages of labor, use of oxytocin, use of forceps or vacuum, infant birth weight, epidural use, and episiotomy use.

RESULTS: Of the 2078 deliveries that were reviewed, we discovered 91 cases (4.4%) of documented anal sphincter injury. The mean maternal age of our sample was 24.9 \pm 5.9 years). Nearly two thirds (63.2%) were white; 26.7% were black, and 10.1% were of other racial backgrounds. Forceps were used in 51.6% of deliveries that resulted in tears (cases), compared to 8.6% of deliveries without significant tears (control subjects, $P < .05$). Using cases and control subjects with complete data (cases, 82; control subjects, 144), delivery with forceps was associated with a 10-fold increased risk of perineal injury (odds ratio, 10.8; 95% CI, 5.2-22.3) compared to noninstrumented deliveries. The association was similar after adjustment for age, race, parity, mode of delivery, tobacco use, episiotomy, duration of labor (stages 1 and 2), infant birth weight, epidural, and oxytocin use (odds ratio, 11.9; 95% CI, 4.7-30.4). Nulliparous women were at increased risk for tears (adjusted odds ratio, 10.0; 95% CI, 3.0-33.3) compared with multiparous patients, but parity did not reduce the association between forceps-assisted deliveries and anal sphincter injuries. Increasing fetal weight was also a risk factor in both unadjusted and adjusted analyses.

The performance of a midline episiotomy was associated with an increased risk of anal sphincter tear compared with delivery without an episiotomy in the univariate analysis (odds ratio, 4.9; 95% CI, 2.5-9.6), but this association was reduced in the adjusted analysis (odds ratio, 2.5; 95% CI, 1.0-6.0). The increased duration of

both the first and second stages of labor increased injury risk in the unadjusted, but not adjusted, analysis. No significant association was observed between case status and the use of oxytocin or epidural anesthesia. Greater, but not significant, increased risk was associated with maternal indications for operative delivery compared with fetal indications.

CONCLUSION: Our results are consistent with recent reports that identify forceps delivery and nulliparity as risk factors for recognized anal sphincter injury at the time of vaginal delivery. Further investigation should focus on the determination of whether the association of injury to instrumentation is causal or, in fact, modifiable. Because of the established association between sphincteric muscular damage and anal incontinence, patients should be counseled about the risk of anal sphincter injury when operative vaginal delivery is contemplated. Such patients should be followed closely in the postpartum setting to assess for the development of potential anorectal complaints.

Christianson LM, Bovbjerg VE, McDavitt EC, Hullfish KL. Risk factors for perineal injury during delivery. American Journal of Obstetrics & Gynecology 2003 Jul, 189(1):255-60

<http://www2.us.elsevierhealth.com/scripts/om.dll/serve?retrieve=/pii/S0002937803005726&nav=full>

Revue de la littérature depuis 1980

[58] La littérature professionnelle sur les bénéfices et risques de l'épisiotomie avait fait l'objet d'une relecture critique, en 1983, couvrant tout ce qui avait été publié jusqu'en 1980. L'objet de cet article est de faire le constat des données factuelles collectées depuis cette date.

La conclusion est que, si l'épisiotomie peut éviter les lacérations antérieures du périnée (auxquelles est associée une morbidité minimale), elle ne présente aucun des bénéfices, sur la mère et l'enfant, qu'on lui attribue traditionnellement, y compris la prévention des dommages du périnée et de leurs séquelles, la prévention de l'affaissement du plancher pelvien, et la protection du nouveau-né contre les hémorragies intercrâniennes ou l'asphyxie intrapartum.

Alors qu'elle ne présente que cet unique avantage de moindre intérêt, l'incision augmente de manière significative les pertes sanguines maternelles, la profondeur moyenne de la blessure périnéale postérieure, le risque de blessure du sphincter anal, avec la morbidité à long terme qui en résulte (du moins pour l'épisiotomie médiane), le risque d'une réparation

incorrecte de la blessure périnéale, et la douleur dans les jours qui suivent l'accouchement.

Woolley RJ. Benefits and risks of the episiotomy: a review of the English-language literature since 1980. *Obstet Gynecol Surv* 1995;50:806-35

<http://www.gentlebirth.org/format/woolley.html>

L'épisiotomie systématique remise en question

[59] Un amendement important a été apporté à cette étude systématique le 4 mai 1999. Les études Cochrane sont régulièrement vérifiées et mises à jour si nécessaire.

Contexte : L'épisiotomie est réalisée pour empêcher les déchirures périnéales sévères, mais sa pratique systématique a été remise en question. Les effets relatifs de l'épisiotomie médiane comparée à l'épisiotomie médiolatérale ne sont pas clairs.

Objectifs : L'objectif de cette étude était d'évaluer les effets de l'épisiotomie selective par rapport aux effets de l'épisiotomie systématique lors de l'accouchement vaginal.

Stratégie de recherche : Nous avons recherché dans les registres de données du « Cochrane Pregnancy » et du « Childbirth group ».

Critères de sélection: Données aléatoires comparant l'utilisation de l'épisiotomie selective par rapport à l'épisiotomie de routine ; utilisation selective de l'épisiotomie médiolatérale par rapport à l'épisiotomie de routine médiolatérale ; utilisation selective de l'épisiotomie médiane par rapport à l'épisiotomie médiane de routine ; et utilisation de l'épisiotomie médiane par rapport à l'épisiotomie médiolatérale.

Collecte des données et analyse : La qualité des données a été évaluée et les données ont été extraite par 2 chercheurs indépendamment.

Principaux résultats : Six études ont été prises en compte. Dans le groupe de l'épisiotomie de routine, 72,7% (1752/2409) des femmes ont eu une épisiotomie, alors que dans le groupe de l'épisiotomie selective le taux était de 27,6% (673/2441). En comparaison avec l'épisiotomie de routine, dans le cas de l'épisiotomie selective il y a moins de traumatismes périnéaux postérieurs (risque 0,88 - intervalle de confiance à 95% 0,84 à 0,92), moins de sutures (risque 0,74 - intervalle de confiance à 95% 0,71 à 0,77) et moins de complications de la cicatrisation (risque 0,69 - intervalle de confiance à 95% 0,56 à 0,85).

L'épisiotomie sélective a été associée avec plus de traumatismes périnéaux antérieurs (risque relatif de 1,79 - 95% 1,55 à 2,07). Il n'a pas de différence concernant les traumatismes vaginaux ou périnéaux sévères (risque 1,11, intervalle de confiance à 95% 0,83 à 1,50) ; la dyspareunie (risque relatif 1,02, intervalle de confiance à 95% 0,90 à 1,16) ; l'incontinence urinaire (risque relatif 0,98 - intervalle de confiance à 95% 0,79 à 1,20) ou plusieurs mesures de la douleur. Les résultats concernant l'épisiotomie sélective par rapport à l'épisiotomie de routine, l'épisiotomie médiolatérale par rapport à l'épisiotomie médiane sont globalement similaires.

Conclusion des chercheurs : Les politiques d'épisiotomie sélective ont un certain nombre d'avantages sur les politiques d'épisiotomie de routine. Il y a moins de traumatismes périnéaux postérieurs, moins de sutures et moins de complications, pas de différence pour la plupart des mesures de douleur et les traumatismes vaginaux ou périnéaux sévères, mais il y a un risque plus important de traumatisme périnéal antérieur avec l'épisiotomie sélective.

Carroli G, Belizan J. Episiotomy for vaginal birth (Cochrane Review)
The Cochrane Library, Issue 1, 2004.

<http://www.cochrane.org/cochrane/revabstr/AB000081.htm>

Revue systématique des techniques de prévention des traumatismes périnéaux

[60] OBJECTIVE: To review systematically techniques proposed to prevent perineal trauma during childbirth and meta-analyze the evidence of their efficacy from randomized controlled trials.

DATA SOURCES: MEDLINE (1966-1999), the Cochrane Library (1999 Issue 1), and the Cochrane Collaboration: Pregnancy and Childbirth Database (1995); and reference lists from articles identified. Search terms included childbirth or pregnancy or delivery, and perineum, episiotomy, perineal massage, obstetric forceps, vacuum extraction, labor stage-second. No language or study-type constraints were imposed.

STUDY SELECTION: Randomized controlled trials (RCTs) of interventions affecting perineal trauma were reviewed. If no RCTs were available, nonrandomized research designs such as cohort studies were included. Studies were selected by examination of titles and abstracts of more than 1,500 articles, followed by analysis of the methods sections of studies that appeared to be RCTs.

INTEGRATION AND RESULTS: Eligible studies used random or quasirandom allocation of an intervention of interest and reported perineal outcomes. Further exclusions were based on failure to report results by intention to treat, or incomplete or internally inconsistent reporting of perineal outcomes. Final selection of studies and data extraction was by consensus of the first two authors. Data from trials that evaluated similar interventions were combined using a random effects model to determine weighted estimate of risk difference and number needed to treat. Effects of sensitivity analysis and quality scoring were examined. Results indicated good evidence that avoiding episiotomy decreased perineal trauma (absolute risk difference -0.23, 95% confidence interval [CI] -0.35, -0.11). In nulliparas, perineal massage during the weeks before giving birth also protected against perineal trauma (risk difference -0.08, CI -0.12, -0.04). Vacuum extraction (risk difference -0.06, CI -0.10, -0.02) and spontaneous birth (-0.11, 95% CI -0.18, -0.04) caused less anal sphincter trauma than forceps delivery. The mother's position during the second stage has little influence on perineal trauma (supported upright versus recumbent: risk difference 0.02, 95% CI -0.05, 0.09).

CONCLUSION: Factors shown to increase perineal integrity include avoiding episiotomy, spontaneous or vacuum-assisted rather than forceps birth, and in nulliparas, perineal massage during the weeks before childbirth. Second-stage position has little effect. Further information on techniques to protect the perineum during spontaneous delivery is sorely needed.

Eason E, Labrecque M, Wells G, Feldman P. Preventing perineal trauma during childbirth: a systematic review Obstet Gynecol. 2000 Mar;95(3):464-71.

http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?cmd=Retrieve&db=PubMed&dopt=Abstract&list_uids=20174707

Promouvoir la pratique médicale factuelle

[63] Dans les soins en maternité il existe un gouffre reconnu entre les pratiques dont l'efficacité est prouvée et la pratique clinique. En effet, des actes de routine sont trop souvent accomplis sans preuve scientifique, et l'on rencontre une grande résistance pour mettre fin à ces procédures nuisibles ou inutiles.

Comme l'illustrent deux articles dans ce volume, les césariennes ou épisiotomies inutiles sont de bons exemples de cette dissonance entre la pratique et ce qui est scientifiquement prouvé, et de la résistance au changement.

Langer A, Villar A.. Promoting evidence based practice in maternal care (Would keep the knife away) The British Medical Journal 2002;324:928-9. Editorial

<http://bmj.bmjjournals.com/search.dtl>

Il est important de minimiser l'étendue des dommages périnéaux.

[64] OBJECTIF : Notre but était d'évaluer le rapport entre les traumatismes périnéaux et le fonctionnement sexuel post-partum.

PLAN D'EXPERIENCE : Notre étude a été menée rétrospectivement sur un échantillon choisi divisé en 3 groupes de femmes primipares après accouchement vaginal : Le groupe 1 (n=211) avait un périnée intact ou une déchirure du premier degré ; le groupe 2 (n=336) avait un traumatisme périnéal du second degré ; le groupe 3 (n=68) avait un traumatisme périnéal du troisième ou quatrième degré. Ces tailles d'échantillons reflètent un taux de réponse de 70%. Les résultats étaient mesurés par le temps avant de reprendre des rapports sexuels, la dyspareunie, la satisfaction sexuelle, et la probabilité de parvenir à un orgasme.

RESULTATS : A 6 mois post-partum environ un quart des primipares signalent des sensations sexuelles amoindries, une satisfaction sexuelle aggravée, et moins de capacité à parvenir à un orgasme, comparé aux même paramètres avant accouchement. A 3 et 6 mois post-partum 41% et 22% respectivement signalent une dyspareunie.

Comparées aux femmes ayant un périnée intact, les femmes ayant un traumatisme du second degré avaient 80% de chance supplémentaires (intervalle de confiance de 95%, 1,2-2,8) et celles ayant un traumatisme du 3ème ou 4ème degré 270% de chances supplémentaires (intervalle de confiance de 95%, 1,7-7,7) de souffrir d'une dyspareunie à 3 mois post-partum.

A 6 mois post-partum, l'utilisation de ventouse ou de forceps était associée de manière significative avec la dyspareunie (probabilité, 2,5 ; intervalle de confiance de 95%, 1,3-4,8), et les femmes allaitant avaient au moins 4 fois plus de chances de souffrir de dyspareunie que celles n'allaitant pas (probabilité, 4,4 ; intervalle de confiance de 95%, 2,7-7,0). L'épisiotomie conduit au mêmes conséquences sexuelles que les déchirures périnéales spontanées.

CONCLUSIONS : Les femmes ayant accouché avec un périnée intact signalent globalement les meilleurs résultats sur le plan sexuel ; par contre les traumatismes périnéaux et l'utilisation d'instrumentation sont des

facteurs liés à la fréquence et à la sévérité de la dyspareunie post-partum, indiquant qu'il est important de minimiser l'étendue des dommages périnéaux encourus lors de l'accouchement.

Signorello LB, Harlow BL, Chekos AK, Repke JT.. Postpartum sexual functioning and its relationship to perineal trauma: a retrospective cohort study. Am J Obstet Gynecol 2001;184:881-90.

<http://www2.us.elsevierhealth.com/scripts/om.dll/serve?retrieve=/pii/S0002937801557701&>

Les causes des déchirures graves

[65] OBJECTIVE: After childbirth-related third- or fourth-degree perineal lacerations, the estimated incidence of wound disruption, fecal incontinence, or fistula ranges from 1% to 10%. Risk factors associated with severe laceration were analyzed at a single large teaching institution.

STUDY DESIGN: This study consisted of an analysis of data from the delivery database of Jackson Memorial Hospital, University of Miami, from 1989 through 1995. Included were vaginal deliveries for which complete information was available on maternal age, parity, ethnicity (white, black, or Hispanic), birth weight, episiotomy versus no episiotomy, type of episiotomy, and delivery (normal spontaneous, vacuum, or forceps). Multiple gestations, cases of shoulder dystocia, cesarean deliveries, patients with a history of cesarean delivery, and babies weighing <500 g at birth were excluded from this study. Both univariate and multivariate analyses were performed with variables such as maternal age, race, birth weight, type of episiotomy if any, and type of vaginal delivery.

RESULTS: Among the 71,959 women who were delivered at our institution during the 7-year study period, 50,210 met the inclusion criteria. Through time there had been a decline in the use of episiotomy in general and of midline episiotomy in particular. The annual total number of deliveries also decreased. The episiotomy procedure per se and the type of episiotomy as well as birth weight, assisted vaginal delivery, and older maternal age were identified as independent risk factors associated with third- and fourth-degree perineal lacerations.

CONCLUSION: Although episiotomy is an important risk factor for severe lacerations after vaginal delivery, there are other significant independent risk factors, such as maternal age, birth weight, and assisted

vaginal delivery, that should be considered in counseling and making decisions regarding delivery modality. Older patients who are being delivered of a first child are at higher risk for severe laceration. Midline episiotomy and assisted vaginal delivery should therefore be avoided in this population whenever possible, especially in the presence of a large baby.

Angioli R, Gomez-Marin O, Cantuaria G, O'Sullivan MJ.. Severe perineal lacerations during vaginal delivery: The University of Miami experience. Am J Obstet Gynecol 2000;182:1083-5

<http://www2.us.elsevierhealth.com/scripts/om.dll/serve?retrieve=/pii/S0002937800141092&nav=full>

Le taux de 39% d'épisiotomies est encore excessif.
(USA)

[66] OBJECTIFS: Décrire l'usage de l'épisiotomie aux Etats Unis lors des accouchements par voie basse de 1979 à 1997.

METHODES: Nous avons utilisé le Relevé de l'Hôpital National, une banque de données fédérale d'un échantillon national de patients hospitalisés. Nous avons analysé les données de 1979 à 1997 en utilisant la Classification Internationale des Maladies, Neuvième Révision, codes de Modification Clinique des diagnostiques et procédures. Nous avons calculé les taux pour mille en utilisant le recensement de population de 1990 des femmes âgées de 15 à 44 ans. Nous avons calculé les pourcentages d'épisiotomies lors des accouchements par voie basse. Nous avons comparé les taux et pourcentages en utilisant une régression linéaire.

RESULTATS: Le nombre d'épisiotomies est compris entre un maximum de 2,015,000 en 1981, et un minimum de 1,128,000 en 1997. Le taux annuel d'épisiotomies lors d'accouchements vaginaux, corrigé pour l'âge, varie de 32.7 en 1979 à 18.7 en 1997, par 1000 femmes âgées de 15 à 44 ans. Le pourcentage d'épisiotomies lors d'accouchements vaginaux varie de 65.3% en 1979 à 38.6% en 1997 ($P<0.001$). Le nombre d'épisiotomies lors d'accouchements instrumentaux a diminué avec le temps (87.0% à 70.8%, $P<0.001$), de même que le nombre d'épisiotomies lors d'accouchements spontanés (60.1% à 32.8%, $P<0.001$). Les femmes qui subissent une épisiotomie sont légèrement plus jeunes (déviation standard moyenne 25.7 +/- 5.5 ans) que celles qui n'en ont pas (deviation standard moyenne 26.2 +/- 5.7 ans). Les femmes noires (39%) ont moins de chance d'avoir une épisiotomie que les femmes blanches (60%, $P<0.001$). Les femmes ayant une assurance médicale privée (62%) subissent plus d'épisiotomies que celles ayant une assurance gouvernementale (43%, $P<0.001$).

CONCLUSION: Bien que l'usage de l'épisiotomie ait décrû avec le temps, le taux le plus récent de 39 pour 100 accouchements par voie basse demeure plus élevé que les recommandations basée sur des preuves scientifiques pour la meilleure prise en charge des patients.

Weber AM, Meyn L.. Episiotomy use in the United States, 1979-1997.

American Journal of Obstetrics and Gynecology 2002 Dec;100(6):1177-82.

http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?cmd=Retrieve&db=PubMed&list_uids=12861141&dopt=Abstract

Les extensions d'épisiotomies à des déchirures du 3e ou 4e degré sont plus fréquentes avec les praticiens qui font beaucoup d'épisiotomies.

[67] Recent, large, randomized, controlled trials of the effects of episiotomy on perineal damage have confirmed that episiotomy is associated with an increased risk of damage to the perineum. Yet episiotomy remains the most common surgical procedure women undergo. This article examines if clinician experience, rather than scientific evidence, forms the basis for continuing this practice. Perineal outcome data are analyzed for 865 low-risk women who were attended at birth by the staff nurse-midwives or faculty obstetricians at a university-based, tertiary-care hospital. Data were collected under routine, nonexperimental conditions such that the circumstances of the labor and the clinician's preferences were allowed to determine management decisions regarding the use of episiotomy or other techniques of perineal management. Multivariate findings indicate that in the absence of episiotomy, rates of perineal integrity were highest among clinicians who usually had the lowest rate of episiotomy use. When an episiotomy was done, rates of third- and fourth-degree extensions were highest among clinicians who used episiotomy most frequently. This finding challenges the idea that clinicians who were very experienced with the use of episiotomy would avoid complications such as extensions. Future research should explore the use of nonsurgical techniques such as those employed by midwives to promote perineal integrity. Then interdisciplinary research and evidence-based education regarding these techniques can occur to improve perineal outcomes for all women.

Low LK, Seng JS, Murtland TL, Oakley D.. Clinician-specific episiotomy rates: impact on perineal outcomes. J Midwifery Womens Health 2000;45:87-93.

<http://www2.us.elsevierhealth.com/scripts/om.dll/serve?action=searchDB&&searchDBfor=art&artType=abs&id=as15269>

	5230000039&nav=abs
L'épisiotomie de routine n'est pas justifiée.	<p>[68] Les résultats scientifiques actuels montrent que l'épisiotomie de routine n'est pas justifiée : elle n'apporte pas de bénéfice à la mère ou à l'enfant, augmente le besoin de suture perinéale et les complications dans le processus de cicatrisation à 7 jours post-partum, crée une douleur et un inconfort inutiles, et a potentiellement des effets nuisibles à long terme. Nous rapportons les taux d'épisiotomie chez les femmes primipares dans des hôpitaux d'Amérique Latine en fonction des caractéristiques des hôpitaux et des soignants.</p> <p>Althabe F, Belizan J, Bergel A.. Episiotomy rates in primiparous women in Latin America: hospital based descriptive study. The British Medical Journal 2002;324:945-946.</p> <p>http://bmj.bmjjournals.com/cgi/content/full/324/7343/945</p>
Diminution des taux d'épisiotomies de 69.6% en 1983, à 19.4% en 2000, dans un hôpital de Philadelphie (USA).	<p>[70] OBJECTIVE: To determine if practice patterns have been altered by the large body of literature strongly advocating the selective use of episiotomy.</p> <p>METHODS: An electronic audit of the medical procedures database at Thomas Jefferson University Hospital from 1983 to 2000 was completed. Univariate and multivariable models were computed using logistic regression models.</p> <p>RESULTS: Overall episiotomy rates in 34,048 vaginal births showed a significant reduction from 69.6% in 1983 to 19.4% in 2000. Significantly decreased risk of episiotomy was seen based upon year of childbirth (odds ratio [OR] 0.87, 95% confidence interval [CI] 0.86, 0.87), black race (OR 0.29, 95% CI 0.28, 0.31), and spontaneous vaginal delivery (OR 0.40, 95% CI 0.36, 0.45). Increased association with episiotomy was seen in forceps deliveries (OR 4.04, 95% CI 3.46, 4.72), and with third- or fourth-degree lacerations (OR 4.87, 95% CI 4.38, 5.41). In deliveries with known insurance status, having Medicaid insurance was also associated with a decreased episiotomy risk (OR 0.59, 95% CI 0.54, 0.64).</p> <p>CONCLUSION: There was a statistically significant reduction in the overall episiotomy rate between 1983 and 2000. White women consistently underwent episiotomy more frequently than black women even when controlling for age, parity, insurance status, and operative vaginal delivery.</p>

Goldberg J, Holtz D, Hyslop T, Tolosa JE.. Has the use of routine episiotomy decreased? Examination of episiotomy rates from 1983 to 2000.
Obstetrics & Gynecology 2002;99:395-400.

[http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?cmd=Retriever&db=PubMed&list_uids=11864665&dopt=Abstract](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?cmd=Retrieve&db=PubMed&list_uids=11864665&dopt=Abstract)

Le type d'épisiotomie optimal (s'il en existe un) lors des accouchements aux forceps ou à la ventouse est toujours à déterminer.

[71] Cette étude retrace l'utilisation de l'épisiotomie du 18e siècle à nos jours, et explique pourquoi la procédure est aujourd'hui limitée. Les différents types d'épisiotomie sont décrits, et la controverses entourant les séquelles associées à la procédure sont explorées. Les indications modernes de l'épisiotomie, y compris la place de la procédure dans l'accouchement vaginal chirurgical y sont discutés.
Bien que le rôle de l'épisiotomie dans l'obstétrique moderne soit peut-être limité, la procédure est importante dans des situations telles que: état du fœtus en danger, dystocie de l'épaule et peut être l'accouchement vaginal chirurgical. Le type d'épisiotomie optimal (s'il y en a un), lors des accouchements aux forceps ou à la ventouse est toujours à déterminer.

Cleary-Goldman J, Robinson JN.. The role of episiotomy in current obstetric practice. Semin Perinatol. 2003 Feb;27(1):3-12. Review.

http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?cmd=Retriever&db=PubMed&list_uids=12641298&dopt=Abstract

Le principal facteur de décision concernant la pratique de l'épissiomie est l'identité du praticien.

[72] OBJECTIVE: To identify factors associated with the use of episiotomy at spontaneous vaginal delivery.

METHODS: We studied 1576 consecutive term, singleton, spontaneous vaginal deliveries in nulliparas at Brigham & Women's Hospital between December 1, 1994 and July 31, 1995. The association of demographic variables and obstetric factors with the rate of episiotomy use were examined. Adjusted odds ratios (OR) and confidence intervals (CI) were estimated from multiple logistic regression analysis.

RESULTS: The overall rate of episiotomy was 40.6% (640 of 1576). Midwives performed episiotomies at a lower rate (21.4%) than faculty (33.3%) and private providers (55.6%) ($P = .001$). After controlling for confounding factors with logistic regression, private practice provider was the strongest predictor of episiotomy use (OR, 4.1; 95% CI, 3.1, 5.4) followed by faculty provider (OR, 1.7; 95% CI, 1.1, 2.5), prolonged second

stage of labor (OR, 1.8; 95% CI, 1.2, 2.7), fetal macrosomia (OR, 1.6; 95% CI, 1.1, 2.5), and epidural analgesia (OR 1.4, 95% CI, 1.1, 1.8).

CONCLUSION: The strongest factor associated with episiotomy at delivery was the category of obstetric provider. Obstetric and demographic factors evaluated did not readily explain this association.

Robinson JN, Norwitz ER, Cohen AP, Lieberman E.. Predictors of episiotomy use at first spontaneous vaginal delivery. *Obstet Gynecol.* 2000 Aug;96(2):214-8.

http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?cmd=Retrieve&db=PubMed&list_uids=10908765&dopt=Abstract

Ce que croient les médecins peut avoir un effet sur les résultats des patients.

[73] Objectif : Évaluer s'il y a un lien entre ce que les médecins pensent de l'épisiotomie, l'utilisation qu'ils font de l'intervention et les résultats différentiels à la naissance.

Conception : Analyste postérieure de cohortes de médecins et de patientes participant à une étude contrôlée et randomisée sur l'épisiotomie.

Contexte : Deux hôpitaux de soins tertiaires et un hôpital communautaire de Montréal.

Participants : Sur les 703 femmes à faible risque de problèmes médicaux ou obstétriques qui ont participé à l'étude, on a étudié le cas de 447 femmes (226 primipares et 221 multipares) traitées par 43 médecins. Les femmes traitées par des résidents ou des infirmières ont été exclues. Principales mesures des résultats : Patientes : périnée intact c. traumatisme périnéal, durée du travail, interventions pratiquées (accouchement dirigé, accélération du travail à l'ocytocine, césarienne et épisiotomie), position pour la naissance, taux des femmes qui n'ont pas été affectées à un volet de l'étude et motifs de la non-affectation, douleur périnéale après l'accouchement et satisfaction face à l'expérience de la naissance; médecins : ce qu'ils pensent de l'épisiotomie.

Résultats : Les femmes traitées par des médecins très défavorables à l'épisiotomie étaient plus susceptibles que les femmes traitées par les autres médecins d'avoir un périnée intact (23 % c. 11 % à 13 %, $p < 0,05$) et de subir moins de traumatisme périnéal. Le premier stade du travail a duré de 2,3 à 3,5 heures de moins chez les

femmes traitées par un médecin favorable à l'épisiotomie que chez les femmes traitées par un médecin très défavorable à l'épisiotomie ($p < 0,05$ à $< 0,01$). Dans le dernier cas, les médecins étaient plus susceptibles d'accélérer le travail en utilisant de l'oxytocine. Les médecins plus favorables à l'épisiotomie ont évité plus souvent que ceux qui y étaient très défavorables d'affecter les patientes à un volet de l'étude vers la fin du travail (ratio des probabilités [RP] 1,88, $p < 0,05$), à la fois dans l'ensemble et parce qu'ils croyaient qu'il fallait exclure le sujet à cause de la «souffrance fœtale» ou d'une césarienne. Ils ont utilisé la position gynécologique pour la naissance plus souvent (RP 3,94 à 4,55, $p < 0,001$), ont eu de la difficulté à limiter l'épisiotomie au volet d'utilisation limitée de l'étude et diagnostiqué une souffrance fœtale et une insuffisance périnéale plus souvent que dans le cas des groupes de comparaison. Les patientes des médecins très favorables à l'épisiotomie ont eu plus de douleurs périnéales ($p < 0,01$) et celles des médecins favorables et très favorables à l'épisiotomie ont été moins satisfaites de l'expérience de la naissance ($p < 0,01$) que les patientes de ceux qui étaient très défavorables à l'intervention.

Conclusions : Les médecins favorables à l'épisiotomie étaient plus susceptibles d'accélérer le travail et leurs patientes étaient plus susceptibles de subir des traumatismes du périnée et d'être moins satisfaites de l'expérience de la naissance. Cela démontre que ce que croient les médecins peut avoir un effet sur les résultats des patients, ce qui a des répercussions à la fois sur les aspects cliniques et sur la recherche.

M. C. Klein, J. Kaczorowski, J. M. Robbins, R. J. Gauthier, S. H. Jorgensen and A. K. Joshi.. Physicians' beliefs and behaviour during a randomized controlled trial of episiotomy: consequences for women in their care. Can Med Assoc J 1995;153:769-79.

http://collection.nlc-bnc.ca/100/201/300/cdn_medical_association/cmaj/vol-153/issue-6/0769.htm

La pratique systématique de l'épisiotomie devrait être abandonnée.

[74] Episiotomy continues to be a frequently used procedure in obstetrics despite little scientific support for its routine use. Although episiotomy does decrease the occurrence of anterior lacerations, it fails to accomplish the majority of goals stated as reasons for its use. Episiotomy does not decrease damage to the perineum but rather increases it. The midline episiotomy increases the risk for third-degree and fourth-degree lacerations. Episiotomy fails to prevent

the development of pelvic relaxation and its attendant complications. Rather than decreasing maternal morbidity, episiotomy increases blood loss and is related to greater initial postpartum pain and dyspareunia. It has been associated with a more difficult and lengthy repair as measured by the need for suture material and operating room time. The claims of a protective effect on the fetus in shortening the second stage of labor, improving Apgar scores, and preventing perinatal asphyxia have not been borne out. The value of episiotomy use on a routine basis bears scientific examination in prospective, randomized, controlled trials. These types of trials are certainly achievable, ethically correct, and much needed. Until these trials are completed and published, obstetricians should not routinely perform the procedure but rather determine the need for episiotomy on a case-by-case basis.

Myers-Helfgott MG, Helfgott AW.. Routine use of episiotomy in modern obstetrics. Should it be performed? *bstet Gynecol Clin North Am.* 1999 Jun;26(2):305-25. Review.

http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?cmd=Retrieve&db=PubMed&list_uids=10399764&dopt=Abstract

Lorsqu'on utilise les ventouses, la pratique de l'épisiotomie est un facteur agravant du résultat périnéal.

[76] OBJECTIVES: The aim of this study was to determine whether choice of obstetric instrument at operative vaginal delivery is associated with any differences in the rate of significant perineal trauma and whether this rate is modified by the use of episiotomy.

STUDY DESIGN: The occurrence of significant perineal trauma among 323 consecutive operative vaginal deliveries was evaluated according to type of instrument used and performance of episiotomy. These findings were compared with spontaneous vaginal deliveries during the same period.

RESULTS: Among forceps deliveries the use of episiotomy was not associated with a difference in the occurrence of significant perineal trauma (55% vs 46%; relative risk, 1.2; 95% confidence interval, 0.8-1.9). Among vacuum extraction deliveries an increased rate of such trauma was noted when episiotomy was used (34.9% vs 9.4%; relative risk, 3.7; 95% confidence interval, 1.2-11.2). There was no difference in the rate of significant perineal trauma according to type of forceps used. In a logistic regression analysis forceps delivery with or without episiotomy was associated with an increase of >10-fold in the rate of significant perineal trauma with respect to vacuum extraction

deliveries without episiotomy.

CONCLUSIONS: Our data suggest that in forceps delivery neither the type of forceps nor episiotomy influences the risk of significant perineal trauma. When vacuum extraction delivery is performed, the use of episiotomy is associated with a higher risk of significant perineal trauma.

Robinson JN, Norwitz ER, Cohen AP, McElrath TF, Lieberman ES.. Episiotomy, operative vaginal delivery, and significant perinatal trauma in nulliparous women. Am J Obstet Gynecol. 1999 Nov;181(5 Pt 1):1180-4.

http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?cmd=Retrieve&db=PubMed&list_uids=10561641&dopt=Abstract&itool=ic

La baisse du taux d'épisiotomies a augmenté le nombre de déchirures vaginales, sans changer celui des déchirures de 3^e degré, mais diminué celui des déchirures de 4^e degré.

[78] OBJECTIVE: Our purpose was to examine the association between maternal vaginal and perineal morbidity and episiotomy performed at operative vaginal delivery.

STUDY DESIGN: We obtained data from 2041 consecutive operative vaginal deliveries and compared yearly rates of episiotomy, lacerations, and potential confounders with linear regression and stratified analyses.

RESULTS: Between 1984 and 1994 the use of episiotomy for operative vaginal deliveries fell significantly (93.4% to 35.7%, $R^2 = 0.85$, $p = 0.0001$). This change was associated with a rise in the rate of vaginal lacerations (16.1% to 40.0%, $R^2 = 0.80$, $p = 0.0002$), a decrease in the rate of fourth-degree lacerations (12.2% to 5.4%, $R^2 = 0.62$, $p = 0.004$), but no significant change in the rate of third-degree lacerations. These associations held in separate analyses stratified by parity and type of instrument used for delivery. The prevalence of other previously reported risks for perineal morbidity did not change during the study period.

CONCLUSION: At our institution a statistically and clinically significant reduction in the use of episiotomy for operative vaginal deliveries was not associated with a change in the rate of third-degree lacerations but was associated with an increase in the rate of vaginal lacerations and a decrease in the rate of fourth-degree lacerations.

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

	<p>population. Am J Obstet Gynecol. 1997 Feb;176(2):411-4.</p> <p>http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?cmd=Retrieve&db=PubMed&list_uids=9065190&dopt=Abstract</p>
La pratique systématique de l'épisiotomie devrait être abandonnée lors des accouchements spontanés.	<p>[79] OBJECTIVE: Our purpose was to examine the association between maternal vaginal and perineal morbidity and episiotomy performed at spontaneous vaginal delivery.</p> <p>STUDY DESIGN: We obtained data from 17,483 consecutive spontaneous vaginal deliveries and compared the yearly rates of episiotomy, lacerations, and potential confounders with linear regression and stratified analyses.</p> <p>RESULTS: Between 1976 and 1994 the use of episiotomy fell significantly (86.8% to 10.4%, $R^2 = 0.92$, $p = 0.0001$). This change was associated with a fall in the rate of third- and fourth-degree lacerations (9.0% to 4.2%, $R^2 = 0.59$, $p = 0.0001$) and a rise in the rate of intact perinea (10.3% to 26.5%, $R^2 = 0.68$, $p = 0.0001$) and vaginal lacerations (5.4% to 19.3%, $R^2 = 0.77$, $p = 0.0001$). These associations held in separate analyses stratified by parity and birth weight, except for the subgroup of nulliparous women with macrosomic infants.</p> <p>CONCLUSION: At our institution a large reduction in the use of episiotomy in spontaneous vaginal deliveries was associated with a significant reduction in perineal trauma in all groups of women except for nulliparous women with macrosomic infants.</p> <p>Bansal RK, Tan WM, Ecker JL, Bishop JT, Kilpatrick SJ.. Is there a benefit to episiotomy at spontaneous vaginal delivery? A natural experiment. Am J Obstet Gynecol. 1996 Oct;175(4 Pt 1):897-901.</p> <p>http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?cmd=Retrieve&db=PubMed&list_uids=8885744&dopt=Abstract&itool=icnabstr</p>
L'abandon de l'épisiotomie systématique diminue aussi les coûts.	<p>[80] OBJECTIVE: This article provides the estimates of the cost implications of switching from routine to restrictive episiotomy in 2 provinces in Argentina (Santa Fe and Salta) from the viewpoint of the health provider.</p> <p>STUDY DESIGN: A decision-tree model was constructed that used the probabilities and patient outcomes (the results of a trial in Argentina), resource use, cost, and local epidemiologic data from interviews with obstetricians in the selected provinces and from</p>

literature reviews. Probabilistic sensitivity analysis was conducted, which provided 90% confidence ranges for the cost data.

RESULTS: For each low-risk vaginal delivery, there is a potential reduction in provider cost of \$20.21 (range, \$19.36-\$21.09) with a restrictive policy of episiotomy in Santa Fe province and a reduction of \$11.63 (range, \$10.89-\$12.42) in Salta province.

CONCLUSION: The more effective policy of restrictive episiotomy is also less costly than that of routine episiotomy. The results are robust and consistent in both provinces. Further research is required to confirm the appropriate indications for episiotomy and the impact on outcomes of variations in episiotomy cost rates.

Borghi J, Fox-Rushby J, Bergel E, Abalos E, Hutton G, Carroli G.. The cost-effectiveness of routine versus restrictive episiotomy in Argentina. American Journal of Obstetrics and Gynecology 2002 Feb;186(2):221-8.

http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?cmd=Retrieve&db=PubMed&list_uids=11854639&dopt=Abstract

L'influence des sages-femmes sur la pratique de l'épisiotomie

[82] OBJECTIVES : To evaluate the use of feedback by graphical profiles of rates of episiotomy and the impact on clinical practice and perineal state after spontaneous vaginal deliveries assisted by midwives with different attitudes towards episiotomy.

DESIGN : Observation period in labour ward followed by feedback to midwives about their own and other midwives' use of episiotomies. The periods before and after the intervention were compared.

SUBJECTS - All women (n=3919) delivering during the two periods who had been assisted by one of 30 midwives; each midwife supervised at least 20 deliveries during each period.

MAIN OUTCOME MEASURES : Overall rates of episiotomies and indications, incidence of intact perineums, perineal lacerations, and tears of anal sphincter.

RESULTS : The overall rate of episiotomy during the observation period was 37.1% (615). During the second period the rate was 6.6% lower (95% confidence interval 3.6% to 9.6%), corresponding to a relative decrease of 17.8% (10.1% to 24.7%). Higher rates of episiotomy during the observation period were associated with larger reductions in the second period. The decrease

could be explained by less use of episiotomy in deliveries with rigid perineum or impeding perineal tear. Compared with the observation period, in the second period 3.2% more women (0.3% to 6.3%) had an intact perineum after delivery and 3.4% (0.4% to 6.2%) experienced perineal tears. The overall incidence of tears of the anal sphincter remained unchanged. Women had a slightly reduced incidence of tears of the anal sphincter, however, if they were delivered by midwives who reduced a medium or high initial rate of episiotomy and a tendency towards an increased incidence of tears if they were assisted by midwives who reduced low initial rates (around 20%) of episiotomy.

CONCLUSIONS : Changes in the use of episiotomy induced by awareness of clinical practice among midwives seem to increase the incidence of parturients with intact perineum without a concomitant rise in tears of the anal sphincter. To avoid the increase of such tears these changes should probably be restricted to midwives with rates of episiotomies above 30%.

Henriksen TB, Bek KM, Hedegaard M, Secher NJ.. Methods and consequences of changes in use of episiotomy. Br Med J 1994;309:1255-1258 .

http://bmj.bmjjournals.com/cgi/content/full/309/6964/1255?maxtoshow=&HITS=10&hits=10&RESULTFORMAT=1&author1=Henriksen&searchid=1065535450358_9417&stored_search=&FIRSTINDEX=0&sortspec=relevance&volume=309&resourcetype=1,2,3,4,10

Qui pratique l'épisiotomie?

[83] In a group of 1272 primiparous women, who delivered spontaneously at the University Hospital of Leiden between 1 January 1988 and 31 December 1991, the relationship between the use of an episiotomy and the professional training of the delivery attendant has been studied, using multiple logistic regression (a random effects model to allow for patient-within-physician effects). The following factors were taken into account: birthweight, duration of the second stage of labour, supposed fetal distress, age and race of the mother, gestational age, duration of pregnancy and the year of the delivery. Based on the logistic regression model it is estimated that registrars and gynaecologists are 2.5 and 3.4 times, respectively, more likely than midwives to perform an episiotomy.

Gerrits DD, Brand R, Gravenhorst JB.. The use of an episiotomy in relation to the professional education of the delivery attendant. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol. 1994 Aug;56(2):103-6.

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?cmd=Retri>

	eve&db=PubMed&list_uids=7805959&dopt=Abstract&itool=iconabstr
Disparité des pratiques	<p>[89] OBJECTIVE: To compose obstetric interventions around Europe.</p> <p>STUDY DESIGN: A survey of obstetric practices, logistics and statistical outcomes in nine tertiary referral hospitals in Europe between November 1999 and October 2000.</p> <p>RESULTS: There was wide variation in the management of pre labour rupture of the membranes at term, methods of analgesia, induction of labour, and mode of cephalic and breech delivery. Midwives practised normal deliveries at only three sites. Rates of epidural analgesia varied from 0% in Perugia to 98% in Barcelona, instrumental delivery from 3% in Perugia to 40% in Barcelona, episiotomy from 9.7% in Uppsala to 58% in Perugia, caesarean section before and during labour from 12% in Paris to 32% in Athens, vaginal breech delivery from 15% in Barcelona to 70% in Paris. The percentage of primipara varied from 40% in Uppsala to 65% in Perugia; birth weight under 2500 g from 5% in Uppsala to 23% in Amsterdam, over 4000 g from 3.1% in Athens to 22% in Uppsala and gestational age less than 37 weeks from 6% in Dublin to 26% in Amsterdam.</p> <p>CONCLUSION: There are considerable differences in obstetric practices without any major difference in maternal and perinatal mortality.</p> <p>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. European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology 2002;103:4-13.</p> <p>http://www.sciencedirect.com/science?_ob=ArticleURL&_udi=B6T69-458PF3M-1&_user=10&_handle=W-WA-A-A-WD-MsSAYZW-UUA-AUZCDEUVDE-BUBZZCCY-WD-U&_fmt=summary&_coverDate=06%2F10%2F2002&_rdoc=2&_orig=browse&_srch=%23toc%235025%232002%23998969998%23318099!&_cdi=5025&view=c&_acct=C000050221&_version=1&_urlVersion=0&_userid=10&md5=95a10cd0f35167262d2f32c80f821c15</p>
Les causes des déchirures - étude sur 10 ans. (Canada)	[100] OBJECTIVES: (1) To identify independent risk factors for anal sphincter laceration, (2) to determine the trend in rates of anal sphincter laceration over a 10-year period, and (3) to examine the impact of temporal trends in risk factors on anal sphincter laceration rates.

METHODS: Population-based data were obtained from the Nova Scotia Atlee Perinatal Database, on 91 206 women who had a singleton vaginal live birth > or =500 g for the years 1988 to 1997. Risk factors for anal sphincter laceration were identified using stepwise logistic regression. A multivariate model was used to study temporal changes in laceration rates after controlling for changes in parity, episiotomy rates, operative vaginal deliveries, birth weight, prolonged second stage of labour, and other determinants.

RESULTS: Nulliparity (relative risk [RR] = 6.97), occiput posterior position (RR = 2.44), non-vertex presentations (RR = 2.27), second stage > or =120 min (RR range = 1.47-2.02), delivery by an obstetrician (RR = 1.30), and birth weight > or =3000 g (RR range = 1.43-6.63) increased the risk of laceration. Instrument-assisted delivery involved risks that ranged from a 2-fold increase for a vacuum-assisted delivery (RR = 2.15) to a greater than 5-fold increase for a forceps delivery after an unsuccessful vacuum extraction (RR = 5.69). Episiotomy, particularly midline incisions, increased the risk of laceration (RR = 2.57). The risk of a sphincter laceration increased 2-fold from 1988 to 1997, despite controlling for risk factors.

CONCLUSIONS: Sufficient evidence exists about the risk factors for anal sphincter laceration to permit modification of management of labour and delivery to minimize the risk of anal sphincter laceration. Increased awareness of the clinical importance of recognition and repair of anal sphincter laceration may explain the rising incidence.

McLeod NL, Gilmour DT, Joseph KS, Farrell SA, Luther ER.. Trends in major risk factors for anal sphincter lacerations: a 10-year study.
Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada 2003 Jul;25(7):586-93.

http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?cmd=Retrieve&db=PubMed&list_uids=12851671&dopt=Abstract

Dans le cas d'usage des forceps, l'épisiotomie médiolatérale est plus indiquée. Elle diminue les

[102] OBJECTIVE: To examine the association of the frequency and severity of perineal trauma with episiotomy performed at forceps delivery.

STUDY DESIGN: This retrospective study analyzed all forceps deliveries at the Semmelweis Women's Hospital Vienna between February 1999 and July 1999. Evaluation of a possible association of episiotomy with the

déchirures.

frequency and severity of perineal trauma was the main objective of the study. Episiotomy was not performed routinely and was either midline or mediolateral.

RESULTS: In conjunction with forceps delivery episiotomy, 76/87 women (87%) underwent forceps delivery episiotomy; among those, 49/76 (64%) had a mediolateral episiotomy and 27/76 (36%) a midline episiotomy. The frequency and severity of perineal tears were significantly lower in forceps deliveries when an episiotomy was performed. When analyzing the type of episiotomy, the data revealed a statistically significantly lower frequency of perineal trauma when mediolateral episiotomy was performed as compared to midline episiotomy.

CONCLUSION: If obstetric indications necessitate forceps delivery, performance of an episiotomy decreases the risk of perineal tears of all degrees. When analyzing the type of episiotomy, mediolateral episiotomy seems to be more protective against perineal trauma in women undergoing forceps delivery.

Bodner-Adler B, Bodner K, Kimberger O, Wagenbichler P, Mayerhofer K.. Management of the perineum during forceps delivery. Association of episiotomy with the frequency and severity of perineal trauma in women undergoing forceps delivery.

Journal of Reproductive Medicine 2003 Apr;48(4):239-42.

http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?cmd=Retrieve&db=PubMed&list_uids=12746986&dopt=Abstract

La pratique systématique de l'épisiotomie devrait être abandonnée.

[214] One thousand women were allocated at random to one of two perineal management policies, both intended to minimise trauma during spontaneous vaginal delivery. In one the aim was to restrict episiotomy to fetal indications; in the other the operation was to be used more liberally to prevent perineal tears. The resultant episiotomy rates were 10% and 51% respectively. An intact perineum was more common among those allocated to the restrictive policy. This group experienced more perineal and labial tears, however, and included four of the five cases of severe trauma. There were no significant differences between the two groups either in neonatal state or in maternal pain and urinary symptoms 10 days and three months post partum. Women allocated to the restrictive policy were more likely to have resumed sexual intercourse within a month after delivery. These findings provide little support either for liberal use of episiotomy or for claims that reduced use of the operation decreases postpartum morbidity.

Sleep J, Grant A, Garcia J, Elbourne D, Spencer J and Chalmers I.. West Berkshire perineal management trial. Br Med J (Clin Res Ed) 289(6445), 1984:587-590

<http://www.biomedcentral.com/pubmed/6432201>

[215] Women who had participated in a randomised controlled trial of policies of restricted (10%) versus liberal (51%) episiotomy during spontaneous vaginal delivery were recontacted by postal questionnaire **three years after delivery**. Altogether 674 out of 1000 responded, and there was no evidence of a differential response rate between the two trial groups. Similar numbers of women in the two groups reported further deliveries, almost all of which had been vaginal and spontaneous. Fewer women allocated to restrictive use of episiotomy required perineal suturing after subsequent delivery, but this difference was not significant. Pain during sexual intercourse and incontinence of urine were equally reported in the two groups. The similarity in incontinence rates persisted when severity, type of incontinence, and subsequent deliveries were taken into account. Liberal use of episiotomy does not seem to prevent urinary incontinence or increase long term dyspareunia.

Sleep J, Grant A.. West Berkshire perineal management trial: three year follow up. Br Med J (Clin Res Ed) 295(6601), 1987:749-751

<http://www.biomedcentral.com/pubmed/3119022>

Avec une gestion moins invasive de l'accouchement, dans un hôpital allemand, en 6 ans le taux d'épisiotomies a diminué de plus 80% à moins de 15%.

[407] BACKGROUND: Because of popular demand for more natural childbirth, a new concept was introduced in 1991 in our clinic. It consisted of careful monitoring and birth management, restrictive use of invasive methods, and free choice of different birth methods including waterbirths and other alternative birth methods. Our aim was to determine the influence of our new birth concept on the way women give birth and on the birth management in our clinic.

METHODS: In a total of 9,418 births between 1991 and 1997 [new birth concept KSF (Kantonsspital Frauenfeld)], the changing pattern of birth methods and birth management in our clinic under the influence of the new birth concept were analysed. The results were compared to a historical group in our clinic, a total of 5,602 births from 1986 to 1990, and to data from a contemporary group from Swiss clinics, a total of 344,328 births from 1986 to 1997.

FINDINGS: Our study shows that alternative birth

methods are very popular. The waterbirth rates have risen steadily and stabilized at around 40–50% of the spontaneous births. The Maia-birthing stool births rates reached a peak of popularity in 1993 (23%) 5 years after their introduction, dropping again to 10% of the spontaneous births. The bedbirth rates have stabilized at around 40% of the spontaneous births. Other birth methods such as standing, supported by a rope, on the mat or on all fours are much less popular. The impact of our new birth concept on different aspects of birth management differs greatly from one to another. The episiotomy rate has dropped from a previous rate higher than 80% to a rate lower than 15%. The caesarean section rate in our clinic (around 10%) has remained substantially below the Swiss average (around 15%). The rate of the spinal and epidural analgesia was maintained at a constant level, around 13%, while the Swiss average rates doubled and reached 23% in 1997. The induction and amniotomy rates as well as the use of oxytocin were not influenced by the new birth concept and are comparable to the Swiss average.

CONCLUSION: Alternative birth methods and in particular waterbirths are very sought after. This popular pressure insisting upon less invasive, more natural birth management can be well integrated into the security-oriented way of thinking of classical medicine. In our clinic the general trend towards more invasive measures in birth management could be countered by the introduction of a new birth concept with alternative birth methods.

Eberhard J, Geissbuhler V.. Influence of alternative birth methods on traditional birth management. Fetal Diagn Ther. 2000 Sep-Oct; 15(5): 283-90.

http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?cmd=Retrieve&db=PubMed&list_uids=10971082&dopt=Abstract

La liberté de position devrait être respectée chez les parturientes, et la pratique de l'épisiotomie ne devrait plus être systématique.

[439] **OBJECTIVE:** Evaluate possible advantages or disadvantages of the sitting over the horizontal position during the second stage of labor.
DESIGN AND METHODS: Clinical trial randomly selecting 127 volunteers for the sitting position and 121 for the horizontal position during the second stage of labor. Duration of the second stage and of expulsion of the placenta, vulvo vaginal and perineal lacerations, blood lost and Apgar score were evaluated.
RESULTS: There was a non-significant decrease of 3.4 min in the duration of the second period in the vertical position in comparison with the horizontal position. There was a similar difference in the

duration of delivery of the placenta, but also non-significant. Blood loss was slightly greater among women delivering in vertical position, but the difference did not reach significance. Breastfeeding did not show any influence on blood loss and on the time for delivering the placenta. The incidence of perineal trauma was 44.1% for vertical position and 47% for horizontal position in the whole group and of 47.8% and 71.2% in the group with history of episiotomy. This last difference was statistically significant. The results of this study are in the line of other studies that suggest some advantages and possible disadvantages of the vertical position.

CONCLUSIONS: Mothers should be given the choice of the posture to be assumed during parturition. The supine position should not be imposed and episiotomy should not be a routine.

Bomfim-Hyppolito S.. Influence of the position of the mother at delivery over some maternal and neonatal outcomes.

Int J Gynaecol Obstet. 1998 Dec;63 Suppl 1:S67-73.

http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?cmd=Retrieve&db=PubMed&list_uids=10075214&dopt=Abstract

[545] **BACKGROUND:** In the past 2 years, we treated three women with fourth-degree lacerations or episiotomy infections presenting with persistent pain and drainage not responding to standard treatment.

CASES: These women were referred for evaluation 5 weeks, 3.5 months, and 2 years postpartum. After diagnosing fistula-in-ano, we treated them with fistulotomy and curettage, which resolved the problem.

CONCLUSION: When a patient presents with pain or drainage at her episiotomy site, fistula-in-ano should be considered.

Howard D, DeLancey JO, Burney RE.. Fistula-in-ano after episiotomy.

Obstet Gynecol. 1999 May;93(5 Pt 2):800-2.

<http://www.greenjournal.org/cgi/content/abstract/93/5/800>

L'usage restreint de l'épsiotomie est avantageux sur tous les

[547] **Background and objectives:** Episiotomy is done to prevent severe perineal tears, but its routine use has been questioned. The relative effects of midline compared with midlateral episiotomy are unclear. The objective of this review was to assess the effects of

points, sauf
les
traumatismes
péritonéaux
antérieurs.

restrictive use of episiotomy compared with routine episiotomy during vaginal birth.

Search strategy: We searched the Cochrane Pregnancy and Childbirth Group trials register.

Selection criteria: Randomised trials comparing restrictive use of episiotomy with routine use of episiotomy; restrictive use of mediolateral episiotomy versus routine mediolateral episiotomy; restrictive use of midline episiotomy versus routine midline episiotomy; and use of midline episiotomy versus mediolateral episiotomy.

Data collection and analysis: Trial quality was assessed and data were extracted independently by two reviewers.

Main results: Six studies were included. In the routine episiotomy group, 73.4% (1703/2319) of women had episiotomies, while the rate in the restrictive episiotomy group was 26.6% (619/2331). Compared with routine use, restrictive episiotomy involved less posterior perineal trauma (relative risk 0.88, 95% confidence interval 0.84-0.93), less suturing (relative risk 0.74, 95% confidence interval 0.71-0.77), and fewer healing complications (relative risk 0.69, 95% confidence interval 0.56-0.85). Restrictive episiotomy was associated with more anterior perineal trauma (relative risk 1.88, 95% confidence interval 1.62-2.18). There was no difference in severe vaginal or perineal trauma (relative risk 1.11, 95% confidence interval 0.83-1.50); dyspareunia (relative risk 1.02, 95% confidence interval 0.90-1.16); urinary incontinence (relative risk 0.98, 95% confidence interval 0.79-1.20) or several pain measures. Results for restrictive versus routine mediolateral versus midline episiotomy were similar to the overall comparison.

Reviewers' conclusions: Restrictive episiotomy policies appear to have a number of benefits compared to routine episiotomy policies. There was less posterior perineal trauma, less suturing and fewer complications, no difference for most pain measures, and severe vaginal or perineal trauma, but there was an increased risk of anterior perineal trauma with restrictive episiotomy.

Carroli G, Belizan J, Stamp G.. Episiotomy for vaginal birth. SELECTED COCHRANE SYSTEMATIC REVIEWS. Birth. 1999 Dec;26(4):263.

<http://www.blackwell->

	synergy.com/openurl?genre=article&sid=nlm:pubmed&issn=0730-7659&date=1999&volume=26&issue=4&spage=263
Il y a une forte corrélation entre la pratique de l'épisiotomie et la rupture du sphincter anal. (Suède)	<p>[552] OBJECTIVE: To evaluate risk factors for rupture of the anal sphincter during vaginal delivery.</p> <p>MATERIAL AND METHODS: All 292 parturients with rupture of the anal sphincter in four neighbouring central hospitals in southern Sweden between 1988 and 1990 were identified retrospectively. For each case a control was selected, the sole matching criterion being that the control woman was the next to give birth vaginally in the same unit as the case. Only singleton deliveries were included. For comparison of risk factors among cases and controls, McNemar's test was used for bivariate testing; multiple regression analysis was restricted to those variables found to be significant in the bivariate analysis. Odds ratios (OR) were calculated with 95% confidence limits (CL).</p> <p>RESULTS: In all, 292 of 22,653 deliveries (1.3%) had a rupture of the anal sphincter. Of a total of 14 independent variables explored, 8 were found to be significantly associated with rupture of the anal sphincter in the bivariate testing. In the following multivariate analysis, three variables remained significantly associated with rupture of the anal sphincter: birthweight > or = 4000 g (OR 2.6; CL 1.7, 3.9), primiparity (OR 2.2; CL 1.5, 3.3) and episiotomy (OR 1.7; CL 1.1, 2.6).</p> <p>CONCLUSION: Episiotomy appears to be significantly associated with rupture of the anal sphincter. In contrast to primiparity and birthweight, the incidence of episiotomy during vaginal delivery may easily be reduced. However, only a prospective, controlled study will disclose the true negative or positive effects of episiotomy.</p> <p>Buchhave P, Flatow L, Rydhström H, Thorbert G.. Risk factors for rupture of the anal sphincter. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol. 1999 Dec;87(2):129-32.</p> <p>http://www.sciencedirect.com/science?_ob=ArticleURL&_udi=B6T69-3XP0H8C-7&_coverDate=12%2F31%2F1999&_alid=153803503&_rdoc=1&_fmt=&_orig=search&_qd=1&_cdi=5025&_sort=d&view=c&_acct=C00050221&_version=1&_urlVersion=0&_userid=10&md5=83c27d42bcf1albd4e3edf1bf408a66d</p>
L'utilisation de forceps de Leff	[556] OBJECTIVE: Our purpose was to evaluate maternal and neonatal morbidity associated with rotations performed with Leff forceps in comparison with

(rotationnels) est avantageuse, notamment pour ce qui est du taux d'épisiotomies et de déchirures.	<p>nonrotational forceps deliveries.</p> <p>STUDY DESIGN: A review of 267 rotational and nonrotational forceps deliveries from August 1996 through February 1998 was performed. Multiple maternal and neonatal outcome measures were compared and results were analyzed by chi(2) with the Fisher exact test and the Student t test.</p> <p>RESULTS: One hundred sixty-three traditional low-forceps or outlet forceps deliveries were compared with 104 rotational forceps deliveries performed with Leff forceps. There were no significant differences between the 2 groups in maternal age, gestational age, gravidity, parity, total labor duration, birth weight, and Apgar scores. There were significantly lower rates of episiotomy, third- and fourth-degree lacerations, and sulcus lacerations in the rotation group, and the second stage of labor was also shorter. The neonatal intensive care unit admission rate was higher in the rotation group; however, none of the admissions were directly related to the mode of delivery.</p> <p>CONCLUSION: Rotational deliveries performed with Leff forceps are associated with less maternal morbidity and shorter second stage of labor than are deliveries performed with traditional forceps. Leff forceps are a safe option for rotation of the persistent occipitoposterior fetal position.</p> <p>Feldman DM, Borgida AF, Sauer F, Rodis JF.. Rotational versus nonrotational forceps: maternal and neonatal outcomes. Am J Obstet Gynecol. 1999 Nov;181(5 Pt 1):1185-7.</p> <p>http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?cmd=Retri eve&db=PubMed&list_uids=10561642&dopt=Abstract</p>
Qui est interventionniste?	<p>[558] BACKGROUND: Changing Childbirth became policy for the maternity services in England in 1994 and remains policy. One-to-One midwifery was implemented to achieve the targets set. It was the first time such a service had been implemented in the Health Service. An evaluation was undertaken to compare its performance with conventional maternity care.</p> <p>METHODS: This was a prospective comparative study of women receiving One-to-One care and women receiving the system of care that One-to-One replaced (conventional care) to compare achievement of continuity of carer and clinical outcomes. The evaluation took place in The Hammersmith Hospitals NHS Trust, the Queen Charlotte's and Hammersmith Hospitals. This was part of a larger study, which included the evaluation of women's</p>

responses, cost implications, and clinical standards and staff reactions. The participants were all those receiving One-to-One midwifery practice (728 women), which was confined to two postal districts, and all women receiving care in the system that One-to-One replaced, in two adjacent postal districts (675 women), and expecting to give birth between 15 August 1994 and 14 August 1995. Main outcome measures were achievement of continuity of care, rates of interventions in labour, length of labour, maternal and infant morbidity, and breastfeeding rates.

RESULTS: A high degree of continuity was achieved through the whole process of maternity care. One-to-One women saw fewer staff at each stage of their care, knew more of the staff who they did see, and had a high level of constant support in labour. One-to-One practice was associated with a significant reduction in the use of epidural anaesthesia (odds ratio (OR) 95 per cent confidence interval (CI) = 0.59 (0.44, 0.80)), with lower rates of episiotomy and perineal lacerations (OR 95 per cent CI = 0.70 (0.50, 0.98)), and with shorter second stage labour (median 40 min vs 48 min). There were no statistically significant differences in operative and assisted delivery or breastfeeding rates.

CONCLUSIONS: This study confirms that One-to-One midwifery practice can provide a high degree of continuity of carer, and is associated with a reduction in the rate of a number of interventions, without compromising safety of care. It should be extended locally and replicated in other services under continuing evaluation.

Page L, McCourt C, Beake S, Vail A, Hewison J.. Clinical interventions and outcomes of One-to-One midwifery practice.

J Public Health Med. 1999 Sep;21(3):243-8.

<http://jpubhealth.oupjournals.org/cgi/reprint/21/3/243>

Un cas d'infection strepto A et amibes à partir de la blessure d'une épisiotomie.

[560] A healthy 31-year-old woman showed a severe septic shock syndrome a few days after vaginal delivery. In the episiotomy wound were found Group A Streptococci and *E. coli*. Although an antibiotic therapy was instituted immediately, the condition of the patient worsened. Platelet counts fell below 5000/microliter and she developed respiratory, cardiocirculatory and renal insufficiency, so that mechanical ventilation, high-dose-catecholamine therapy and continuous venovenous hemodiafiltration had to be performed. In the course of the disease the patient showed a reversible cardiomegaly with pulmonary hypertension and an extensive desquamation of the skin.

Fever persisted in spite of the fact that in all following clinical and laboratory examinations no septic focus could be revealed any longer. She recovered slowly and could not be weaned from the respirator for four weeks because of a severe critical illness polyneuromyopathy.

Soltész S, Biedler A, Ohlmann P, Molter G.. [Puerperal sepsis due to infected episiotomy wound]. Case report. Zentralbl Gynakol. 1999;121(9):441-3.

http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?cmd=Retrieve&db=PubMed&list_uids=10522377&dopt=Abstract

Régression de la pratique de l'épisiotomie en Suède

[566] OBJECTIVE: To study changes in the use of episiotomy since 1989, controlling for variables such as severe tears, epidural anaesthesia, duration of the second stage of labour, instrumental deliveries, birthweight and maternal position at delivery.

DESIGN: Retrospective study. Data were obtained from original birth records and questionnaires.

SETTING: Huddinge University Hospital and all labour wards ($n = 62$) in Sweden.

POPULATION: 10,661 women who were delivered vaginally (4575 nulliparae, 6086 multiparae) between 1992 and 1994, and 3366 nulliparae delivered in all Swedish hospitals during the month of March 1995.

MAIN OUTCOME MEASURES: Episiotomy rates, severe tears and instrumental deliveries.

RESULTS: The rate of episiotomy was 1% and of severe tears 0.6% among multiparae delivered vaginally (including instrumental deliveries) at Huddinge University Hospital between 1992 and 1994. The rate of episiotomy was 6.6% and of severe tears 2.3% among nulliparae. Vacuum extraction and epidural anaesthesia were more commonly associated with episiotomy. Factors significantly associated with severe tears were infant birthweight $>$ or $=$ 4000 g, vacuum extraction and episiotomy. In all Swedish labour wards in 1995 the mean incidence of episiotomy in nulliparae was 24.5%, a significant decrease from 33.7% in 1989. Wide variations occurred between hospitals (4%-50%).

CONCLUSION: The use of episiotomy was much reduced at Huddinge University Hospital, with a consistently low rate of severe tears. This supports the growing evidence for individualised and restrictive use of episiotomy at childbirth.

	<p>Rockner G, Fianu-Jonasson A.. Changed pattern in the use of episiotomy in Sweden. Br J Obstet Gynaecol. 1999 Feb;106(2):95-101.</p> <p>http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?cmd=Retrieve&db=PubMed&list_uids=10426673&dopt=Abstract</p>
Moins d'interventions dans les "birth centres" que dans les hôpitaux, avec les mêmes résultats périnataux (Berlin).	<p>[567] OBJECTIVE: Our purpose was to compare birth complications and fetal outcome in hospitals and birth centers.</p> <p>METHOD: We retrospectively compared all 801 deliveries between 1992 and 1994 from two free-standing birth centers against 3271 hospital deliveries in Berlin. The hospital collective was selected according to the same risk criteria of the birth centers.</p> <p>RESULTS: The birth center group had significantly fewer medical interventions, with a similar cesarean section rate (3.0% vs. 4.6%, P = 0.057) and occurrence of severe perineal lesions. The episiotomy rate was significantly higher (P < 0.001) in the clinics for first-time and multiple births. The perinatal mortality was not significantly different (< 0.1 per 1000). One-minute Apgar scores less than 7 were found significantly more often in the birth center group.</p> <p>CONCLUSION: When birth centers employ thorough risk selection and significant early referral rates to nearby hospitals, there is no evidence of increased maternal or perinatal risk compared to hospital deliveries.</p>
	<p>David M, von Schwarzenfeld HK, Dimer JA, Kentenich H.. Perinatal outcome in hospital and birth center obstetric care. Int J Gynaecol Obstet. 1999 May;65(2):149-56.</p> <p>http://www.sciencedirect.com/science?_ob=ArticleURL&_udi=B6T7M-3X889XF-7&_coverDate=05%2F01%2F1999&_alid=153844189&_rdoc=1&_fmt=&_orig=search&_qd=1&_cdi=5062&_sort=d&view=c&_acct=C00050221&_version=1&_urlVersion=0&_userid=10&md5=3c5c55b115974fc9800e13c242bcd5a3</p>
Les causes de rupture de sphincter anal	<p>[568] OBJECTIVE: To determine risk factors for obstetric anal sphincter tears and to evaluate symptomatic outcome of primary repair.</p> <p>METHODS: Obstetric-procedure, maternal, and fetal data were registered in 845 consecutive vaginally delivered women. Risk factors for anal sphincter tears were calculated by multiple logistic regression. All 808 Swedish-speaking women who delivered vaginally were</p>

included in a questionnaire study regarding anal incontinence in relation to the delivery. Questionnaires were distributed within the first few days postpartum, and at 5 and 9 months postpartum.

RESULTS: Six percent of the women had a clinically detected sphincter tear at delivery. Sphincter tears were associated with nulliparity (odds ratio [OR] 9.8, 95% confidence interval [CI] 3.6, 26.2), postmaturity (OR 2.5, 95% CI 1.0, 6.2), fundal pressure (OR 4.6 95% CI 2.3, 7.9), midline episiotomy (OR 5.5 95% CI 1.4,18.7), and fetal weight in intervals of 250 g (OR 1.3 95% CI 1.1, 1.6). Fifty-four percent of women with repaired sphincter tears suffered from fecal or gas incontinence or both at 5 months and 41% at 9 months. Most of the symptoms were infrequent and mild.

CONCLUSION: Several risk factors for sphincter tear were identified. Sphincter tear at vaginal delivery is a serious complication, and it is frequently associated with anal incontinence. Special attention should be directed toward risk factors for this complication. Symptoms of anal incontinence should explicitly be sought at follow-up after delivery.

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 Jul;94(1):21-8.

<http://www.greenjournal.org/cgi/content/abstract/94/1/21>

Différences de pratiques public/privé

[569] Episiotomy rates for women experiencing childbirth in New South Wales (NSW) hospitals are another indicator that private insurance may be a risk factor for obstetric intervention. A recent comparison of episiotomy rates in NSW public and private hospitals between 1993 and 1996 revealed that episiotomy rates were 12 to 15 percentage points higher in NSW private hospitals than in public hospitals studied. Rates also appear to be declining in NSW public hospitals, yet this trend is not evident in the NSW private hospitals studied. Although private hospital patients were almost twice as likely to experience forceps or vacuum delivery (often associated with episiotomy), this leaves a 6 to 8 percentage point difference unexplained. Given the potential health-related quality of life issues associated with perineal trauma during childbirth, further analysis of the clinical make-up of privately insured women may help determine the extent to which clinical explanations exist to support the differences in this childbirth intervention.

	<p>Shorten A, Shorten B.. Episotomy in NSW hospitals 1993-1996: towards understanding variations between public and private hospitals. Aust Health Rev. 1999;22(1):18-32.</p> <p>http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?cmd=Retrieve&db=PubMed&list_uids=10387901&dopt=Abstract</p>
L'usage séquentiel des instruments n'augmente pas la mortalité ni la morbidité maternelle néonatale.	<p>[570] OBJECTIVE: Our purpose was to examine maternal and neonatal outcomes in a cohort of women who underwent delivery with the sequential use of instruments.</p> <p>STUDY DESIGN: This retrospective case-control study included deliveries from May 1996 through March 1998. Charts of women who underwent delivery with the sequential use of instruments (vacuum first, then forceps, or vice versa) were identified. Two control groups (1 forceps group, 1 vacuum group) were randomly selected and matched for each case. Maternal and neonatal outcomes were abstracted and compared.</p> <p>RESULTS: There were 34 patients in each group. There were no significant demographic differences. The vacuum group had lower rates of episiotomy ($P = .01$) and deep perineal lacerations ($P = .014$), whereas these outcomes were similar in the sequential and forceps groups. All other maternal outcomes were equivalent. There were no differences in any neonatal parameter except for superficial scalp trauma, which was more common in the vacuum group ($P = .002$).</p> <p>CONCLUSION: We conclude that the prudent use of sequential instruments at operative vaginal delivery did not engender higher rates of maternal or neonatal morbidity.</p> <p>Ezenagu LC, Kakaria R, Bofill JA.. Sequential use of instruments at operative vaginal delivery: is it safe? Am J Obstet Gynecol. 1999 Jun;180(6 Pt 1):1446-9.</p> <p>http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?cmd=Retrieve&db=PubMed&list_uids=10368486&dopt=Abstract</p>
Les femmes qui accouchent pour la deuxième fois avec épisiotomie et/ou extraction instrumentale courrent plus de risques de	<p>[571] OBJECTIVE: To compare the outcome of subsequent delivery in women with a history of a third- or fourth-degree laceration with outcomes in women without such a history.</p> <p>METHODS: This retrospective study used a perinatal database and chart review from 1978 to 1995. Only women whose first delivery was at our institution at more than 36 weeks' gestation, vaginal singleton, vertex presentation, and birth weight greater than 2500 g,</p>

déchirures graves.

with a subsequent delivery were included. The women were grouped by presence or absence of a third- or fourth-degree (severe) perineal laceration in their first delivery. The subsequent delivery was analyzed for maternal age, weight, birth weight, gestational age, method of delivery, use of episiotomy, and occurrence of a severe laceration. Comparison of data was by Fisher exact and t tests.

RESULTS: Four thousand fifteen women met our starting criteria. In their first delivery, the average birth weight, use of instrumentation, and episiotomy rate were significantly higher in those women sustaining a severe laceration. When compared with women without a history of severe perineal laceration, women with such a history were at more than twice the risk for another in their subsequent delivery. The women at highest risk (21.4%) were those sustaining a laceration in their first delivery who underwent instrumental vaginal delivery with episiotomy in their subsequent delivery. When episiotomy or instrumental delivery was performed in the second vaginal birth, 52 (11.6%) of 449 women with a history of a severe perineal laceration sustained another, compared with 98 (6.5%) of 1509 without such a history ($P < .001$, odds ratio 1.9, 95% confidence interval 1.3, 2.7).

CONCLUSION: Women delivering their second baby, and in whom episiotomy or instrumentation is used, are at increased risk of severe perineal laceration compared with women delivery spontaneously.

Peleg D, Kennedy CM, Merrill D, Zlatnik FJ.. Risk of repetition of a severe perineal laceration. Obstet Gynecol. 1999 Jun;93(6):1021-4.

<http://www.greenjournal.org/cgi/content/abstract/93/6/1021>

Les déchirures du rectum ou du vagin sont plus fréquentes après épisiotomie.

[572] **BACKGROUND:** The full extent of genital tract trauma in spontaneous births is not well documented. The purpose of this study was to describe the range and extent of childbirth trauma and related postnatal pain using data from a large randomized clinical trial of perineal management techniques ($n = 5471$).

METHODS: Descriptive analysis was conducted on trial participants who delivered spontaneously at term and were examined by their midwife after birth ($n = 5404$). Data are reported for sites of trauma, and the relation to episiotomy, suturing, and maternal reports of pain at 2 days, 10 days, and 3 months after birth.

RESULTS: Eighty-five percent of all women experienced

some form of trauma, with first- or second-degree perineal lacerations occurring in two-thirds of women and outer vaginal tears occurring in one-half. Tears to the rectum and vaginal vault were more common with episiotomy. Nearly all unsutured trauma was restricted to perineal first- or second-degree, outer vaginal, and labial sites. Pain declined over time, and a gradient in pain was observed according to the site and complexity of trauma.

CONCLUSIONS: Genital tract trauma is extremely common with spontaneous vaginal birth. Effective measures to prevent or reduce its occurrence would benefit many new mothers.

Albers L, Garcia J, Renfrew M, McCandlish R, Elbourne D.. Distribution of genital tract trauma in childbirth and related postnatal pain.
Birth. 1999 Mar;26(1):11-7.

<http://www.blackwell-synergy.com/openurl?genre=article&sid=nlm:pubmed&issn=0730-7659&date=1999&volume=26&issue=1&spage=11>

Les principaux facteurs de risque de l'incontinence anale postpartum sont les longues première et deuxième phases du travail, l'extraction instrumentale et l'usage de l'épisiotomie. (Tel Aviv)

[574] **BACKGROUND:** Anal incontinence in young women may be the result of injury to the pelvic floor during vaginal delivery. This study was conducted to evaluate the relationship between obstetric risk factors and the prevalence of anal incontinence 3 months and 1 year after delivery.

METHODS: Three hundred consecutive women who delivered in the obstetric ward of the Lis Maternity Hospital, Tel Aviv Sourasky Medical Center, were prospectively interviewed 3 months postpartum with regard to the symptom of anal incontinence. Patients with anal incontinence that started after delivery were questioned about the type, frequency, and severity of the problem, concomitant stress urinary incontinence (SUI), previous colorectal assessment, and wish for further evaluation and treatment. Obstetric data were collected from the women's medical charts. Symptomatic patients were followed-up 1 year postpartum.

RESULTS: Anal incontinence was reported by 21 patients: 19 were incontinent to gas, whereas only 2 patients were incontinent to solid feces (6.3% and 0.7% of the study population, respectively). Five patients (24% of the anal-incontinent patients) also had concomitant SUI. The length of the first and second stages of labor, operative vaginal delivery, and episiotomy were found to be associated ($P < 0.05$) with the development of anal incontinence at 3 months postpartum. At 1 year postpartum all patients with combined anal incontinence

and SUI had persistent symptoms.

CONCLUSION: The major obstetric risk factors for postpartum anal incontinence are prolonged first and second stages of labor, operative vaginal delivery, and the use of episiotomy.

Groutz A, Fait G, Lessing JB, David MP, Wolman I, Jaffa A, Gordon D.. Incidence and obstetric risk factors of postpartum anal incontinence.
Scand J Gastrøenterol. 1999 Mar;34(3):315-8.

http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?cmd=Retrieve&db=PubMed&list_uids=10232879&dopt=Abstract

Pourquoi les médecins continuent-ils à pratiquer des épisiotomies si cette intervention accroît les problèmes qu'elle est sensée prévenir?

[687] Cette pratique médicale courante favoriserait, dans certains cas, les problèmes qu'elle devrait prévenir.

Une étude réalisée par des chercheurs de la Faculté de médecine de l'Université Laval montre que l'épisiotomie, une intervention chirurgicale très fréquemment pratiquée chez les patientes au moment de l'accouchement dans le but de faciliter la sortie du bébé et de prévenir les déchirures du périnée chez la mère, multiplie par trois les risques de déchirures sévères du périnée. L'épisiotomie est réalisée en pratiquant une incision entre la vulve et l'anus et, encore aujourd'hui, cette intervention est pratiquée de façon routinière dans les salles d'accouchement. L'étude réalisée par Michel Dallaire, Annie Tremblay, Lucie Baillargeon, Michel Labrecque, Jean-Jacques Pinault et Suzanne Gingras, a porté sur 6522 femmes ayant accouché pour la première fois à l'Hôpital du Saint-Sacrement de Québec entre janvier 1985 et mai 1993.

Parmi les femmes sujettes à l'étude, 4390 (67,3%) ont subi une épisiotomie médiane, ce qui démontre bien le recours encore très fréquent à cette intervention. Les médecins ont diagnostiqué des déchirures sévères du périnée chez 1 002 (15,4%) des 6522 patientes. Parmi les femmes qui ont subi une épisiotomie au moment de l'accouchement, cette proportion est de 20,6% alors qu'elle n'est que de 4,5% chez celles qui n'ont pas subi cette intervention. Une fois tous les autres facteurs pris en considération, notamment l'usage des forceps et des ventouses, le poids du bébé et l'expérience du médecin, le risque de connaître des déchirures graves du périnée à la suite d'un accouchement est approximativement trois fois plus élevé pour les femmes qui ont eu une épisiotomie que pour celles qui n'ont pas eu d'épisiotomie.

À l'Hôpital du Saint-Sacrement, on a observé, au cours des dernières années, une réduction importante des interventions médicales (épisiotomie, forceps) lors des accouchements par voie vaginale et la fréquence des déchirures graves du périnée a également diminué. En 1985- 1987, 78% des femmes qui accouchaient d'un premier enfant à cet hôpital subissaient une épisiotomie alors qu'en 1991-1993, il n'y en avait plus que 56%. Pendant la même période, la fréquence des déchirures graves passait de 17,2% à 12,6%. Les chercheurs concluent que si l'épisiotomie est restreinte aux cas où elle est vraiment justifiée, il y a réduction de l'incidence des déchirures du périnée.

Ces résultats ont été présentés dans le cadre de la 6e Journée québécoise de la recherche en médecine familiale qui se déroulait le 27 mai à Sainte -Foy. Organisé par le Département de médecine familiale de l'Université Laval, avec la collaboration de la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec et le Groupe québécois de la recherche en médecine familiale, cet événement avait pour thème « Favoriser la recherche interdisciplinaire ».

Pourquoi les médecins continuent-ils à pratiquer des épisiotomies si cette intervention accroît les problèmes qu'elle est sensée prévenir?

« L'épisiotomie n'est pas à proscrire totalement, a précisé le professeur Michel Labrecque, lui-même un médecin de famille qui pratique des accouchements. Lorsque la vie du bébé est en danger et qu'il faut le sortir rapidement, l'épisiotomie est justifiée. C'est plutôt l'épisiotomie de routine qu'il faut remettre en question mais la pratique médicale est prudente face aux changements. Il y a trente ans, les médecins endormaient encore les femmes au moment où elles donnaient naissance à leur enfant. Il y a dix ans à peine, les médecins croyaient qu'une femme qui avait eu une césarienne devait forcément avoir des césariennes pour tous ses accouchements successifs: césarienne un jour, césarienne toujours. Heureusement, la pratique se remet en question ce qui amène des changements. C'est par la présentation de résultats de recherche dans des rencontres scientifiques comme celle-ci et en diffusant de l'information dans la population que les choses évoluent. »

Hamann J.. L'épisiotomie remise en question.
Publication électronique de l'Université de Laval,
Canada, 9 juin 1994.

<http://www.ulaval.ca/scom/Au.fil.des.evenements/1994/21>

	/007.html
On réalise aujourd'hui que des microdéchirures pourraient être préférables à l'épisiotomie. (France)	<p>[692] L'obstétrique est une science relative. N'attendez pas le dernier moment pour vous renseigner sur l'art et les méthodes...</p> <p>« J'ai appris après cinq ans de métier qu'un accouchement ne saignait pas », lance une sage-femme en direction des médecins. Aux états généraux de la naissance le 6 juin dernier, elles sont quelques-unes à militer en faveur d'une autre manière d'accoucher. « On nous a toujours appris à pratiquer des épisiotomies [incision du périnée] pour faciliter l'extraction du bébé », déplore une sage-femme. L'épisiotomie est très douloureuse pour les mamans, qui mettent des mois à s'en remettre. Au point d'être dégoûtées de l'accouchement. « La prochaine fois, je préfère avoir une césarienne plutôt que de subir à nouveau un accouchement par voie basse », avoue Marielle. Pourtant d'autres solutions sont possibles. « On réalise aujourd'hui que des microdéchirures pourraient être préférables à l'épisiotomie. Il faudra du temps avant que les habitudes changent », admet le professeur Carbonne.</p> <p>Autre point sensible dans les revendications des sages-femmes et des mamans: le traitement de la douleur. « 70% des femmes enceintes demandent une péridurale, parce qu'on ne leur propose que cela, martèle Anne Dusart, porte-parole du Collectif interassociatif pour la naissance. Si elles avaient le choix, beaucoup pourraient décider de changer de position ou d'accoucher dans l'eau par exemple. » On éviterait ainsi quelques péridurales. Son dosage empirique, qui peut nécessiter plusieurs piqûres, donne souvent l'impression aux femmes d'avoir été « ratées ».</p> <p>La péridurale est cependant fortement appréciée des médecins parce qu'elle facilite les gestes médicaux, comme les extractions instrumentales. Mais y aurait-il besoin de forceps (actuellement utilisé dans 14% des cas), si les conditions d'accouchement étaient meilleures? Enfermée dans une pensée unique, la médecine obstétrique française peine à se transformer.</p> <p>Balland K. . Episiotomie et péridurale : attention aux dogmes. Le nouvel Observateur, supplément Paris-Ile-de-France.</p> <p>http://obsdeparis.nouvelobs.com/articles/p124/a201996.htm</p>
Faut-il continuer à	[693] Des publications récentes remettent en cause la pratique de l'épisiotomie pour prévenir les déchirures

prévenir les déchirures périnéales ? (France)

périnéales. Les arguments apportés sont l'inefficacité de l'épisiotomie à prévenir les déchirures graves du périnée et des sphincters (1,2), une absence d'augmentation des taux de déchirures du 3e degré malgré une pratique restrictive de l'épisiotomie (3-7), une augmentation des douleurs périnéales en post-partum (4), une diminution de la force musculaire du périnée (4,8).

...

En conclusion, on peut affirmer que l'épisiotomie médio-latérale protège du périnée complet, qu'il n'est pas prouvé qu'une utilisation restrictive n'augmente pas les taux de déchirures du 3e degré, que les déchirures périnéales antérieures augmentent en cas de politique restrictive, qu'il n'a pas été montré de différence à distance de l'accouchement sur les douleurs, les rapports sexuels, et la force musculaire du périnée.

Fritel X, Pigne A, Madelenat P.. La controverse sur l'épisiotomie, ou faut-il continuer à prévenir les déchirures périnéales ?

Publication électronique de Journées de Techniques Avancées en obstétrique et gynécologie (<http://www.lesjta.com>).

http://www.lesjta.com/article.php?ar_id=406

Toutes les études concordent pour prôner, aujourd'hui, une pratique restreinte de l'épisiotomie. (France)

[694] Le traumatisme de l'accouchement est un pourvoyeur classique et probablement sous-estimé de l'ensemble des désordres pelvipérinéaux de la femme. Qu'il s'agisse des troubles de la statique pelvienne ou de l'incontinence urinaire assez régulièrement recherchés, ou des douleurs périnéales et de l'incontinence anale plus volontiers méconnues, les conséquences directes et indirectes de l'accouchement par voie vaginale sont nombreuses et lourdes d'implications (qualité de vie, retentissement psychosocial, coût financier). Si l'accouchement normal, mais surtout dystocique, a fortiori accompagné d'une extraction instrumentale, traduit classiquement des modifications délétères pour l'avenir "uropérinéal" de la femme, d'autres facteurs interfèrent (génétiques, ethniques, socio-économiques ...) gênant l'évaluation de ce qui revient précisément à l'accouchement par voie vaginale. L'autre difficulté dans l'appréciation du risque est la décompensation souvent tardive, classiquement sous l'effet conjoint de la carence hormonale et du vieillissement tissulaire, ce qui oblige à la réalisation d'études prospectives, lourdes et complexes. Le rôle du premier accouchement est

primordial, les accouchements suivants ne faisant qu'aggraver des lésions déjà constituées. Si les données purement obstétricales ne sont accessibles qu'au spécialiste, le médecin généraliste peut influer sur la prise en charge postnatale; il dispose pour cela d'une occasion privilégiée : la visite postnatale à la 8e semaine, période idéale pour dresser un inventaire lésionnel, définir une stratégie de surveillance et envisager une conduite de prévention ou de traitement.

...

L'épisiotomie ne prévient pas les déchirures graves du périnée et en accroît la fréquence de manière indubitable en cas d'épisiotomie médiane (11-14). Il ne semble plus y avoir d'espoir que la statique pelvienne globale ou l'incontinence urinaire et fécale en bénéficient; pis, la force musculaire pelvienne serait amoindrie par l'épisiotomie. Toutes les études concordent donc pour prôner, aujourd'hui, une pratique restreinte de l'épisiotomie (14).

Fatton B, Jacquetin B, Madelenat P.. Conséquences pelvi-périnéales de l'accouchement.

Publication électronique des Journées Françaises de Colo-Proctologie (26/11/99), Université de Rennes 1.

http://www.med.univ-rennes1.fr/uv/snfcp/enseignement/formation/consequences_pelvi-perineales.htm

Les obstétriciens peuvent réduire les blessures du plancher pelvien en minimisant les accouchements avec forceps et épisiotomies, en laissant faire la progression dans la deuxième phase du travail, et en utilisant la césarienne de manière sélective.

[703] OBJECTIVES: To review the literature regarding the effects of childbirth on the muscles, nerves, and connective tissue of the pelvic floor, review the evidence to support an association between childbirth and anal incontinence, urinary incontinence, and pelvic organ prolapse; and present recommendations for the prevention of these sequelae.

DATA SOURCES: Sources were identified from a MEDLINE search of English-language articles published from 1984 to 1995. Additional sources were identified from references cited in relevant research articles.

METHODS OF STUDY

SELECTION: We studied articles on the following topics: anatomy of the pelvic floor association of childbirth with neuromuscular injury, biomechanical and morphologic alterations in muscle function, and connective tissue structure and function; the long-term effects of childbirth on continence and pelvic organ support; and the effects of obstetric interventions on

the pelvic floor.

TABULATION, INTEGRATION, AND RESULTS: Articles were reviewed and summarized. An overview of the structure and function of the pelvic floor was developed to provide a context for subsequent data. Childbirth was found to be associated with a variety of muscular and neuromuscular injuries of the pelvic floor that are linked to the development of anal incontinence, urinary incontinence, and pelvic organ prolapse. Risk factors for pelvic floor injury include forceps delivery, episiotomy, prolonged second-stage of labor, and increased fetal size. Cesarean delivery appears to be protective, especially if the patient does not labor before delivery.

CONCLUSION: The pelvic floor plays an important role in continence and pelvic organ support. Obstetricians may be able to reduce pelvic floor injuries by minimizing forceps deliveries and episiotomies, by allowing passive descent in the second stage, and by selectively recommending elective cesarean delivery.

Handa VL, Harris TA, Ostergard DR.. Protecting the pelvic floor: obstetric management to prevent incontinence and pelvic organ prolapse. Review. *Obstet Gynecol.* 1996 Sep;88(3):470-8.

[http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?cmd=Retri
eve&db=pubmed&dopt=Abstract&list_uids=8752261](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?cmd=Retrieve&db=pubmed&dopt=Abstract&list_uids=8752261)

L'exercice physique diminue les risques de traumatismes sévères induits par l'épisiotomie.

[704] **OBJECTIVES:** Our purpose was to evaluate risk factors for severe vaginal-perineal trauma and to ascertain determinants of pelvic floor strength.
STUDY DESIGN: Secondary analysis of 459 nulliparous women enrolled in a randomized controlled trial of episiotomy was carried out. In a multivariate analysis we examined the association between (1) sulcus tears, (2) third- or fourth-degree tears, and (3) pelvic floor strength and selected demographic, physiologic, pregnancy-related, and intrapartum factors.
RESULTS: Unemployment and shorter second stage of labor were significant predictors of sulcus tears. Episiotomy, forceps use, and birth weight were important predictors of third- and fourth-degree tears. Whereas perineal intactness (use of episiotomy and spontaneous tears) was not influenced by exercise, a strong exercise profile was associated with fewer third- and fourth-degree tears in the presence of episiotomy. Exercise did not influence the rate of sulcus tears. A total of 35% of the variability in postpartum pelvic floor strength was explained by

antepartum strength; however, we were only able to identify 5% of the factors contributing to antepartum pelvic floor strength.

CONCLUSIONS: Determinants of sulcus tears appear to be present before pregnancy; third- and fourth-degree tears are related to physician management. Exercise mitigates the potential for severe trauma induced by episiotomy.

Klein MC, Janssen PA, MacWilliam L, Kaczorowski J, Johnson B.. Determinants of vaginal-perineal integrity and pelvic floor functioning in childbirth. Am J Obstet Gynecol. 1997 Feb;176(2):403-10.

http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?cmd=Retrieve&db=pubmed&dopt=Abstract&list_uids=9065189

Il n'y a pas de sérieuses conséquences à long terme des déchirures complexes et complètes suite à une épisiotomie prophylactique, à condition que la réparation ait été faite avec grand soin.
(Grenoble, étude de 33 cas)

[705] A retrospective study of case controls was carried out by postal enquiry to find out the risk factors for complete complicated tears (DCC) of the perineum occurring after prophylactic episiotomy. There were 33 such cases of DCC out of 8,039 vaginal deliveries which means 0.41% in the University Centre in Grenoble in the years 1985-1986-1987. A control group of 66 cases was paired according to parity and episiotomy. The risk factors were identified as large fetal weight, instrumental deliveries, mid-line episiotomy or perineotomy. The questionnaires could be analysed for faults after delivery in 26 cases and 52 controls (response rate of 90%). The sole significant problem of the cases was perineal and rectal pain lasting more than a month longer than in the control cases. There was no greater dyspareunia, stress incontinence with urine, nor anal incontinence which contradicts previous reports in the literature. The authors conclude there are no serious complications of DCC following perineotomy providing repair is carried out very carefully. The patients in this group show that it was acceptable because no more in this group than in the controls were frightened of a repeat pregnancy.

Berthet J, Buchet A, Favier M, Racinet C.. La déchirure complète et compliquée du périnée malgré incision prophylactique. Étude des facteurs de risque et des conséquences à court terme. [Complete and complicated tears of the perineum in spite of preventive incision. A study of the risk factors and the short-term consequences, article in French] J Gynecol Obstet Biol Reprod 1993;22:419-23.

http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?cmd=Retrieve&db=pubmed&dopt=Abstract&list_uids=9065189

	eve&db=pubmed&dopt=Abstract&list_uids=8360445
Dans 101 hôpitaux du Royaume-Uni, les femmes d'origine indienne et les asiatiques subissaient entre 2 et 5 fois plus d'épisiotomies, ce qui ne correspond pas aux pratiques d'autres pays.	<p>[708] BACKGROUND: The aim of the study was to determine the rates and to describe the risk factors for episiotomy and perineal tears in low-risk primigravidae.</p> <p>METHOD: A cross-sectional survey of 101 randomly selected NHS hospitals in the UK was carried out between February 1993 and January 1994. Subjects were 40 consecutive low-risk primigravidae in each hospital. The main outcome measures were number and reasons for episiotomy, and number and degree of perineal tears.</p> <p>RESULTS: A large proportion of women (83 per cent) experienced some form of perineal trauma. Forty per cent of the women had an episiotomy only, 6 per cent an episiotomy and perineal tear, and 37 per cent perineal or other tears without episiotomy. The main reasons for performing an episiotomy were foetal distress (27 per cent), impending tear (25 per cent) and delay of the second stage of labour (21 per cent). Fifty-nine per cent of women with a delayed second stage had a spontaneous vaginal delivery and 41 per cent required instrumental assistance. The likelihood of having an episiotomy increased with the duration of the second stage of labour, irrespective of type of delivery. Episiotomy rates varied appreciably throughout regions and hospitals in the United Kingdom, ranging from 26 to 67 per cent. There was also a large regional variation in the rates of perineal trauma; generally, high rates of one outcome were associated with low rates of the other. Compared with white women, women from the Indian sub-continent were almost twice as likely and those from the Orient almost five times as likely to have an episiotomy.</p> <p>CONCLUSIONS: The magnitude of the geographical variation suggests a lack of uniformity in indications for performing episiotomies and that guidelines for performing episiotomies may need to be reviewed. The rates of episiotomy in women from the Indian sub-continent and Orient were very high compared with those for white women, and this requires clarification and explanation, as they are contrary to rates experienced in these ethnic groups in other countries.</p> <p>Williams FL, Florey CV, Mires GJ, Ogston SA.. Episiotomy and perineal tears in low-risk UK primigravidae. J Public Health Med. 1998 Dec;20(4):422-7.</p> <p>http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?cmd=Retri</p>

	eve&db=pubmed&dopt=Abstract&list_uids=9923949
Accouchement à domicile : plus de périnées intacts. Noter aussi l'influence négative du massage périnéal.	<p>[709] CONTEXTE: Les déchirures périnéales sont une source importante de désagréments pour beaucoup de femmes. Dans cette étude descriptive, nous examinons l'état du périnée dans une population de femmes ayant accouché à domicile, et donnons une description préliminaire des facteurs associés aux déchirures périnéales et à l'épisiotomie.</p> <p>METHODES: Etude de cohorte prospective de 1404 accouchements à domicile planifiés. Les analyses sont concentrées sur 1068 femmes ayant accouché à domicile avec une sage-femme, et 28 cabinets de sages-femmes. Les traumatismes périnéaux incluent l'épisiotomie et les déchirures. Les écorchures mineures et déchirures superficielles qui n'ont pas nécessité de suture sont incluses dans le groupe des périnées intacts. Les liens entre les traumatismes périnéaux et les variables de l'étude ont été examinés globalement, et séparément pour les femmes multipares et primipares.</p> <p>RESULTATS: Dans cet échantillon, 69.6% des femmes avaient un périné intact, 15 (1.4%) ont eu une épisiotomie, 28.9% avaient une déchirure du premier ou deuxième degré, et 7 femmes (0.7%) des déchirures du troisième ou quatrième degré. Des analyses basées sur des régressions logistiques montrent que les périnées intacts sont associés à la multiparité, à un niveau socio-économique faible, et à une parité élevée, alors que les traumatismes périnéaux sont associés à un âge avancé (> ou = à 40 ans), à une épisiotomie précédente, à un gain de poids de plus de 9 kilos, à un second stade du travail prolongé, et à l'utilisation d'huiles ou de lubrifiants. Parmi les primipares, les périnés intacts sont associés à un niveau socio-économique faible, à une position d'accouchement à genoux ou à quatre pattes, et à un maintien manuel du périnée, alors que les traumatismes du périné sont associés aux massages de celui-ci pendant l'accouchement.</p> <p>CONCLUSIONS: Ces résultats suggèrent qu'il est possible que les sages-femmes parviennent à obtenir un taux élevé de périnées intacts dans un lieu choisi et avec une population sélectionnée.</p> <p>Aikins Murphy P, Feinland JB.. Perineal outcomes in a home birth setting. Birth. 1998 Dec;25(4):226-34.</p> <p>http://www.blackwell-synergy.com/openurl?genre=article&sid=nlm:pubmed&issn=0</p>

	730-7659&date=1998&volume=25&issue=4&spage=226
Facteurs de risques des déchirures du 3e degré du sphincter anal	<p>[710] The aim of this retrospective study was to determine the incidence, risk factors and anal symptoms related to third degree tears after vaginal delivery. There were 9,631 vaginal deliveries during the 5-year period studied, with 116 (1.2%) having a third degree tear. Statistically significant risk factors for a third degree tear were primiparity, forceps delivery, episiotomy, fetal birth-weight greater than 4,000 g and increased duration of the second stage of labour.</p> <p>Eighty four of the 116 women were able to be interviewed, and 21 (25%) had anal symptoms related to the tear. Only 3 women had sought help for their symptoms. Twelve women experienced anal incontinence and 2 more required delayed repair of the anal sphincter for incontinence. Third degree tears are a major cause of perinatal and postnatal morbidity. Attention needs to be directed to the prevention of such tears by awareness of the women at risk and to better follow-up and counselling of the women sustaining a tear.</p> <p>Wood J, Amos L, Rieger N.. Third degree anal sphincter tears: risk factors and outcome. Aust N Z J Obstet Gynaecol. 1998 Nov;38(4):414-7.</p> <p>http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?cmd=Retrieve&db=pubmed&dopt=Abstract&list_uids=9890222</p>
Les taux d'interventions étaient trop élevés pour ce groupe à faible risque de nullipares.	<p>[715] STUDY OBJECTIVE: To determine the extent of intrapartum intervention received by primigravidae.</p> <p>DESIGN: Cross sectional survey of NHS hospitals in the UK.</p> <p>SETTING: One hundred and one randomly selected hospital maternity units.</p> <p>PARTICIPANTS: Forty consecutive primigravid women, judged to be at low risk at the start of labour, in each hospital.</p> <p>MAIN OUTCOME MEASURES: Seven groups of interventions or monitoring procedures were identified from the first, second, and third stages of labour: fetal monitoring, vaginal examinations, artificial rupture of membranes, augmentation of labour, pain relief, type of delivery, and episiotomy. Data were collected during 1993.</p> <p>MAIN RESULTS: Ninety eight hospitals took part in the study and data were collected on 3160 low risk primigravidae. Seventy four per cent of these women had continuous cardiotocography. The proportion of women having restrictive or invasive fetal monitoring showed</p>

appreciable geographical variation for both the first and second stages of labour. Using the criterion of a vaginal examination every four hours and allowing for the length of each woman's labour, 72% had more vaginal examinations than expected; there was a significant geographical variation in the number of women receiving more than five examinations. Fifty three per cent had artificial rupture of membranes; the procedure was performed over a wide range of cervical dilatations (0 cm-10 cm). Thirty eight per cent of labours were augmented, most commonly by intravenous syntocinon; the procedure showed significant geographical variation. Twenty eight per cent had a spinal block or epidural analgesia for the relief of pain; this intervention varied by geographical region only for the second stage of labour. Over one quarter of the women required instrumental delivery. Forty six per cent had an episiotomy; the frequency of this intervention varied substantially by region. There were no infant deaths. Twelve babies were recorded at birth as having a congenital anomaly.

CONCLUSIONS: The rates of several interventions seem high for this low risk group and there was substantial geographical variation in the use of six interventions. Clinical trials are needed to evaluate the optimum criteria for using these interventions from which guidelines should be drawn up by local groups and the Royal College.

Williams FL, Florey CV, Ogston SA, Patel NB, Howie PW, Tindall VR.. UK study of intrapartum care for low risk primigravidae: a survey of interventions. J Epidemiol Community Health. 1998 Aug;52(8):494-500.

<http://jech.bmjjournals.com/cgi/content/abstract/52/8/494>

L'accompagnement global réduit le nombre des interventions.

[718] **OBJECTIVE:** To review randomised controlled trials of alternative maternity services characterised by continuity of midwifery care.

METHODS: A systematic review of randomised controlled trials, analysed on an intention to treat basis, in which the study intervention was characterised by a midwife or small group of midwives providing care from early pregnancy to the postnatal period (defined as that provided on the postnatal ward); and the controls by standard maternity care as practised in the place where the trial was conducted. The seven trials identified included 9148 women. Main outcome measures were interventions during labour, maternal outcomes and infant outcomes.

RESULTS: The alternative models with continuity of midwifery care were associated with less use of obstetric interventions during labour (eg, induction, augmentation of labour, electronic fetal monitoring, obstetric analgesia, instrumental vaginal delivery and episiotomy). However, the caesarean section rate did not differ statistically between the trial groups (OR 0.91; 95% CI 0.78 to 1.05). The lower episiotomy rate in the alternative models of care (OR 0.69; 95% CI 0.61 to 0.77) was associated with a significantly higher rate of perineal tears in the pooled alternative groups (OR 1.15; 95% CI 1.05 to 1.26). The percentage of intact perineums was very similar for the two groups (OR 1.11; 95% CI 1.00 to 1.24). There was no maternal death, and rates of maternal complications based on unpooled estimates did not show any statistically significant differences. The proportion of babies with an Apgar score < 7 at five minutes after the birth was approximately the same in the pooled alternative groups as in the control groups (OR 1.13 95% CI 0.69 to 1.84). Admission to intensive care or special care baby unit was similar (OR 0.86; 95% CI 0.71 to 1.04). The difference in perinatal deaths was bordering on statistical significance (OR 1.60; 95% CI 0.99 to 2.59).

CONCLUSION: Continuity of midwifery care is associated with lower intervention rates than standard maternity care. No statistically significant differences were observed in maternal and infant outcomes. However, more research is necessary to make definite conclusions about safety, for the infant as well as for the mother. This review illustrates the variation in the different models of alternative and standard maternity care, and thus the problems associated with pooling data from different trials.

Waldenstrom U, Turnbull D.. A systematic review comparing continuity of midwifery care with standard maternity services.
Br J Obstet Gynaecol. 1998 Nov;105(11):1160-70.

http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?cmd=Retrieve&db=pubmed&dopt=Abstract&list_uids=9853764

La pratique de l'épisiotomie a régressé en Suède au cours des 20 dernières années.

[719] L'étude de la littérature scientifique des partisans et opposants à l'épisiotomie montre que cette pratique devrait être utilisée avec parcimonie. Bien que l'on admette que l'épisiotomie protège des déchirures périnéales antérieures, il n'y a aucune donnée factuelle à l'appui de la croyance qu'elle protège des déchirures du sphincter anal, des lésions du muscle pelvien, de l'incontinence urinaire de la parturiente, ni de l'hémorragie intercrânienne ou de

l'asphyxie intrapartum chez le nouveau-né.

Les femmes qui subissent des épisiotomies perdent plus de sang pendant l'accouchement, et l'épisiotomie comporte un risque de mauvaise cicatrisation et d'augmentation de la douleur postpartum à court terme. La pratique de l'épisiotomie a régressé en Suède au cours des 20 dernières années, pour se situer aujourd'hui [1998] à environ 5% pour les multipares et 15% pour les primipares.

Haadem K.. [Review of the literature on advantages and disadvantages: episiotomy: only limited protection against ruptures--time for a revision?] [Article in Swedish]
Lakartidningen. 1998 Sep 30;95(40):4354-8.

http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?cmd=Retrieve&db=pubmed&dopt=Abstract&list_uids=9800455

L'étude systématique de la littérature scientifique plaide en faveur d'un usage restreint de cette intervention.

[720] BACKGROUND: Trauma to the genital tract commonly occurs at birth, and can cause short- and long-term morbidity. Clinical measures to reduce its occurrence have not been fully identified.

METHODS: A systematic review of the English language literature was conducted to describe the current state of knowledge on reduction of genital tract trauma before planning a large randomized controlled trial of ways to prevent such trauma. Randomized trials and other published reports were identified from relevant databases and hand searches. Studies were reviewed and assessed using a structured format.

RESULTS: A total of 77 papers and chapters were identified and placed into 5 categories after critical review: 25 randomized trials, 4 meta-analyses, 4 prospective studies, 36 retrospective studies, and 8 descriptions of practice from textbooks. The available evidence is conclusive in favor of restricted use of episiotomy. The contribution of maternal characteristics and attitudes to intact perineum has not been investigated. Several other topics warrant further study, including maternal position, style of pushing, and antenatal perineal massage. Strong opinions and sparse data exist regarding the role of hand maneuvers by the birth attendant for perineal management and birth of the baby. This became the topic of the planned randomized controlled trial, which was completed; results will be published soon.

CONCLUSIONS: The case for restricting the use of episiotomy is conclusive. Several other clinical factors warrant investigation, including the role of

hand maneuvers by the birth attendant in preventing birth trauma. A large randomized controlled trial will report on this topic.

Renfrew MJ, Hannah W, Albers L, Floyd E.. Practices that minimize trauma to the genital tract in childbirth: a systematic review of the literature. Birth. 1998 Sep;25(3):143-60.

http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?cmd=Retrieve&db=pubmed&dopt=Abstract&list_uids=9767217

Les maternités de la province de Neuquen (Argentine) ont des critères fortement divergents pour ce qui est de la pratique de l'épisiotomie.

[721] Indications for performing episiotomy during vaginal births are a controversial topic requiring worldwide review. In Neuquen Province, Argentina, when standards for low-risk childbirth were developed in 1995, they included the provision to limit episiotomies to cases at high risk for spontaneous laceration. The present retrospective cohort study was designed for comparing the criteria applied in 1996 as indications for episiotomy in public maternity services of Neuquen Province, as well as the effect of parity and other variables on its frequency.

The Perinatal Data System yielded 7,513 medical records for review, which represented 70% of all the institutional births during the year. Of these records, 830 dealing with cesarean sections did not qualify for the study. The remaining 6,683 records were divided into eight groups according to hospital location.

Episiotomy incidence rates were estimated for those eight groups and the Poisson regression was applied in order to adjust for birthweight, number of siblings, mother's age, and type of birth presentation and outcome. Taking the Neuquen Hospital data as baseline because of its higher complexity and large number of births taking place there, two hospitals had episiotomy incidence rates equal to 70% (95% CI: 62%-79%) and 67% (95% CI: 57%-78%) of the Neuquen Hospital rates. Two other hospitals had incidence rates which were higher by 28% (95% CI: 13%-45%) and 17% (95% CI: 2-35%), while the remaining hospitals showed no significant differences. Stratified regression by number of previous vaginal births showed parity to be the strongest influencing variable on indications for episiotomy. Rates for nulliparous women showed no differences by hospital, but rates for primiparous women did, with even stronger differences shown for multiparous women.

The authors concluded that all institutions included in the study performed episiotomies as a virtually routine procedure on nulliparous women, that there are

significant differences in their indications for primiparous women, and that those differences increase along with parity. These differences seem to show that maternity clinics in the Province of Neuquen vary widely in their criteria for episiotomy indications.

Cravchik S, Munoz DM, Bortman M.. [Indications for episiotomy at public maternity clinics in Nequen, Argentina]

Rev Panam Salud Publica. 1998 Jul;4(1):26-31.

<http://hermia.ingentaselect.com/vl=4581285/cl=24/nw=1/rpsv/cgi-bin/cgi?body=linker&ini=nlm&reqidx=issn=1020-4989vl=4is=lyr=1998mn=Julpg=26>

Réparation
inutile des
épisiotomies et
déchirures ?

[723] OBJECTIVE: To evaluate a policy of two stage postpartum perineal repair leaving the skin unsutured.

DESIGN: A stratified randomised controlled trial using a 2 x 2 factorial design.

SETTING: The maternity unit at Ipswich Hospital NHS Trust, a district general hospital, between 1992 and 1994.

SAMPLE: 1780 women requiring surgical repair of episiotomy or first or second degree tear following a spontaneous or simple instrumental delivery.

METHODS: A policy of two-stage perineal repair leaving skin unsutured was compared with a policy of three stage repair including skin closure with interrupted or subcuticular sutures. Both groups were assessed by a research midwife, blind to the allocation, completing questionnaires at 24 to 48 hours and 10 days postpartum, and by self-completed questionnaires at three months after birth.

MAIN OUTCOME MEASURES: 1. 24 to 48 hours postpartum: perineal pain; healing; 2. 10 days postpartum: perineal pain, healing and removal of sutures; 3. three months postpartum: perineal pain, removal of sutures, resuturing, dyspareunia, and failure to resume pain-free intercourse.

RESULTS: Completed questionnaires were returned for 99% of women at both 24 to 48 hours and ten days and by 93% of women three months postpartum. No differences were detected in perineal pain at 24 to 48 hours (62% vs 64%; RR 0.96, 95% CI 0.90-1.03; 2P = 0.3) and 10 days (25% vs 28%; RR 0.90, 95% CI 0.77-1.06; 2P = 0.2). Significantly fewer women allocated to two-stage repair reported tight stitches at ten days (14% vs 18%; RR 0.77, 95% CI 0.62-0.96, 2P = 0.02); similar numbers of

repairs were judged to be breaking down (five compared with seven women). At three months postpartum fewer women allocated to the two-stage repair reported perineal pain and more had resumed pain-free intercourse. Amongst women who had resumed intercourse there was a significant difference in dyspareunia (15% vs 19%; RR 0.80, 95% CI 0.65-0.99; 2P = 0.04). Significantly fewer women in the two-stage repair group (7% vs 12%; RR 0.61, 95% CI 0.45-0.83; 2P = < 0.01) reported removal of suture material. Four women in the two-stage repair group had required resuturing, compared with nine allocated to the three-stage repair.

CONCLUSIONS: Two-stage repair of perineal trauma leaving the skin unsutured appears to reduce pain and dyspareunia three months postpartum. There are no apparent disadvantages, in particular no evidence of an increased risk of breakdown of the repair and resuturing.

Gordon B, Mackrodt C, Fern E, Truesdale A, Ayers S, Grant A.. The Ipswich Childbirth Study: 1. A randomised evaluation of two stage postpartum perineal repair leaving the skin unsutured.
Br J Obstet Gynaecol. 1998 Apr;105(4):435-40.

[http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?cmd=Retri
eve&db=pubmed&dopt=Abstract&list_uids=9609272](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?cmd=Retrieve&db=pubmed&dopt=Abstract&list_uids=9609272)

Les obstétriciens et sages-femmes du Burkina Faso devraient considérer l'abandon de l'épisiotomie prophylactique.

[724] Episiotomy is a common obstetric intervention in many countries of the world, although little is known about rates in African countries. In recent years, the effectiveness of routine episiotomy to prevent severe tears and neonatal asphyxia has been questioned, and evidence shows that the procedure results in considerable maternal morbidity. This study estimates episiotomy rates in Burkina Faso.

A high proportion of primigravidae (46%) received an episiotomy when trained midwives attended the delivery; a level which indicates the procedure has to be regarded as routine practice. The episiotomy rate was lower (26%) in primigravidae delivered by auxillary midwives. This proportion is closer to recommended selective approaches derived from good research summaries. The tear rate in women assisted by midwife and auxillary staff was similar, suggesting that women tear even when the procedure is performed.

These results indicate that obstetricians and midwives in Burkina Faso should critically appraise whether routine episiotomy should be abandoned. The introduction of a labour chart is a good vehicle to introduce a policy on avoiding episiotomies.

Lorenz N, Nougara A, Garner P.. Episiotomy in Burkina Faso.

Trop Doct. 1998 Apr;28(2):83-5.

http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?cmd=Retrieve&db=pubmed&dopt=Abstract&list_uids=9594674

Une lésion obstétricale du sphincter anal peut conduire au handicap d'incontinence anale.

[725] Obstetric damage of the anorectal continence organ can lead to impaired anal continence. To assess the effect of birth, either with or without direct injury of the anal sphincter, 123 primiparae were studied. 41 patients with a midline episiotomy and 82 patients with an additional injury of the anal sphincter were assessed at a median of 21 weeks postpartum and compared with 18 healthy volunteers. Anorectal manometry as well as a standardized questionnaire were employed. Patients with an additional injury of the anal sphincter reported persistent flatus incontinence significantly more often ($p = 0.0069$) than patients with a midline episiotomy only. Incontinence of solid or liquid stool occurred only transiently.

Compared to nulliparae in all primiparae a significant shortening of anal canal and a decreased squeeze pressure were observed. In addition, a significantly reduced resting pressure was seen in patients with an anal sphincter injury. The rectoanal inhibitory reflex was absent significantly more often following anal sphincter tear ($p = 0.0023$). Vaginal delivery, both with and without anal sphincter injury, leads to early detectable changes in anorectal sphincter function.

Franz HB, Benda N, Gonser M, Backert IT, Jehle EC.. [Clinical effects of childbirth with median episiotomy and anal sphincter injury on fecal incontinence of primiparous women] Zentralbl Chir. 1998;123(3):218-22; discussion 222-3.

http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?cmd=Retrieve&db=pubmed&dopt=Abstract&list_uids=9586179

Les sages-femmes devraient comprendre ce que l'épisiotomie représente pour les femmes.

[726] Les auteurs s'intéressent à la signification de l'épisiotomie. Une étude de la littérature met en question la définition, la procédure, les perceptions et les conséquences de l'épisiotomie, afin de susciter une meilleure compréhension chez ceux qui en exercent ou subissent la pratique. L'article souligne que l'épisiotomie signifie plus qu'une simple coupure du périnée. L'épisiotomie a des significations différentes selon les individus et les groupes, significations qui sont construites socialement selon l'environnement social, professionnel, et l'expérience

individuelle.

On conclut que les sages-femmes devraient comprendre ce que l'épisiotomie représente pour les femmes, et par le biais de la recherche elles devraient aussi développer une connaissance de la naissance prenant en compte les points de vue de celles/ceux qui en font vraiment l'expérience.

Way S.. Social construction of episiotomy.
J Clin Nurs. 1998 Mar;7(2):113-7.

<http://www.blackwell-synergy.com/openurl?genre=article&sid=nlm:pubmed&issn=0962-1067&date=1998&volume=7&issue=2&spage=113>

La réparation
de
l'épisiotomie

[727] The use of an episiotomy for vaginal delivery is a controversial topic in modern obstetrics. If one is done, however, correct technique of perineal trauma repair is important. The usual episiotomy has traditionally been closed with interrupted suture. The use of a less reactive material, e.g. polyglycolic acid (Dexon), seem to be suitable for subcutaneous skin closure and beneficial in terms of acute postpartum discomfort and healing.

The comparison of healing and patient comfort parameters between interrupted and subcutis polyglycolic acid suture used for episiotomy repair after delivery was done. Patients had follow-up during hospital stay, and two months after delivery a self administered questionnaire was sent to all women who participated, enquiring about perineal pain, resumption of sexual intercourse and cosmetics of suture line. Of 52 patients who had repair with interrupted suture, 21 were lost to follow-up. Of 65 gravidas who had repair with subcutis suture, 23 were lost to follow-up. At the 3rd day postpartum examination, patients with subcutis sutures had significantly better healing. An inflammatory process was present in 2 of 52 patients with interrupted sutures comparable with 1 of 65 in the subcutis group, and a gaping wound in 0 of 52 and 1 of 65, respectively. Recovery of function, measured by resumption of sexual activity by 8 weeks, was demonstrated in 5 of 31 patients with interrupted sutures versus 24 of 42 patients who had subcutis sutures.

Episiotomy repair with subcutis polyglycolic acid (Dexon) offers significant advantages over traditional interrupted suture, both in terms of wound healing and resumption of sexual activity.

Graczyk S, Limanowski M, Wyduba M.. [Suture of the

	<p>episiotomy wound--comparison of two techniques from clinical and cosmetic aspects]. [Article in Polish]. Ginekol Pol. 1998 Jan;69(1):6-11.</p> <p>http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?cmd=Retrieve&db=pubmed&dopt=Abstract&list_uids=9553315</p>
Pratique de routine versus pratique factuelle (Canada)	<p>[728] BACKGROUND: The objective of this national survey was to describe the routine use of procedures and technologies in Canadian hospitals providing maternity care, and to determine the extent to which current use was consistent with the existing evidence and recommended guidelines for maternal and newborn care.</p> <p>METHODS: Representatives of 572 hospitals providing maternity care across Canada were sent questionnaires in the spring and summer of 1993; 523 (91.4%) responded. The primary outcome measures consisted of the self-reported use of obstetric procedures and technologies (perineal shaves, enemas/suppositories, intravenous infusions, initial and continuous electronic fetal heart monitoring, episiotomy rates). Hospitals were grouped according to location, size (number of live births per year), and university affiliation status.</p> <p>RESULTS: The hospitals in the Prairie provinces, in Quebec, and in the Atlantic provinces were significantly less likely than those in Ontario to restrict their use of perineal shaves and enemas to women on admission in labor. Small hospitals were significantly more likely than large hospitals (> 1000 live births) to restrict their use of intravenous infusions, and initial and continuous electronic fetal monitoring. The university-affiliated and nonteaching hospitals were significantly less likely than the university teaching hospitals to have episiotomy rates of less than 40 percent for primiparous women. Small hospitals were more likely than large hospitals to report episiotomy rates of less than 20 percent for multiparous women.</p> <p>CONCLUSIONS: Considerable variations occur in the routine use of obstetric procedures and technologies in Canadian hospitals providing maternity care, according to hospital location, size, and university affiliation status. Despite the existing evidence suggesting that the routine use of these practices and procedures is both unnecessary and potentially harmful, a significant number of Canadian hospitals continued to use them routinely in 1993.</p>

Kaczorowski J, Levitt C, Hanvey L, Avard D, Chance G..

	<p>A national survey of use of obstetric procedures and technologies in Canadian hospitals: routine or based on existing evidence? Birth. 1998 Mar;25(1):11-8.</p> <p>http://www.blackwell-synergy.com/openurl?genre=article&sid=nlm:pubmed&issn=730-7659&date=1998&volume=25&issue=1&spage=11</p>
La liberté de position et le massage périnéal pendant le 3 ^e trimestre contribuent à l'accouchement avec un périnée intact.	<p>[733] OBJECTIVE: To learn which factors influencing perineal integrity were modifiable by physicians and pregnant women.</p> <p>DATA SOURCES: Medical, nursing, and midwifery literature was searched mainly for randomized controlled trials.</p> <p>STUDY SELECTION: We chose articles on perineal trauma pattern, sexual dysfunction or satisfaction, urinary incontinence, and pelvic floor function. We identified 80 papers and studied 16 in detail.</p> <p>SYNTHESIS: Five factors affected perineal integrity: episiotomy, third-trimester perineal massage, mother's position in second-stage labour, method of pushing, and administration of epidural analgesia. Episiotomy does not improve perineal outcomes when used routinely. Third-trimester perineal massage was discussed only in inadequate studies. Studies comparing position in birth chairs and recumbent versus upright positions were inadequate for making firm recommendations. Studies of methods of pushing and use of epidural analgesia were limited and uncontrolled; no recommendations were possible.</p> <p>CONCLUSION: Only limiting episiotomy can be strongly recommended. In the absence of strong data to the contrary, women should be encouraged to engage in perineal massage if they wish and to adopt the birth positions of their choice. Caretakers should be aware of the possibility of interfering with placental function when women hold their breath for a long time when pushing.</p>
	<p>Flynn P, Franiek J, Janssen P, Hannah WJ, Klein MC.. How can second-stage management prevent perineal trauma? Critical review. Can Fam Physician. 1997 Jan;43:73-84.</p> <p>http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?cmd=Retrieve&db=pubmed&dopt=Abstract&list_uids=9626426</p>
Comparaison de 2 techniques de	[734] AIMS: The study aimed to highlight any differences between the sequelae of episiorrhaphy

suture de l'épisiotomie	<p>performed using the Blair-Donatti and Guilmen-Pontonnier techniques.</p> <p>METHODS: A total of 202 pregnant women were recruited in the Obstetrics Ward of Codogno Civic Hospital in 1994 and 1995. Subjects were randomly divided into two groups matched for socio-economic status, age and parity (group A: Guilmen-Pontonnier suture, group B: Blair-Donatti suture). The following parameters were evaluated: pain twenty-four hours, sixty-six hours and one, two and three months after labour, pain during sexual relations, the onset of infection, hematoma, dehiscence of the wound, and lastly the cosmetic results.</p> <p>RESULTS: No significant differences were found between the parameters examined in both groups, barring the improved cosmetic result in group A.</p> <p>Croce P, Signorelli P, Dede A, Galli D.. [Selective episiotomy. Comparison of two suture technics] Minerva Ginecol. 1997 Oct;49(10):449-53.</p> <p>http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?cmd=Retrieve&db=pubmed&dopt=Abstract&list_uids=9463178</p>
Les complications de l'épisiotomie	<p>[736] 1. Many benefits claimed for episiotomy are not sufficiently proven. In recent literature, some of them are questioned and some have been disproven.</p> <p>2. Episiotomy, especially median episiotomy, has a higher risk of third-degree lacerations. Mediolateral episiotomy is more often followed by postpartum pain and impaired wound-healing.</p> <p>3. Typical, albeit rare complications of episiotomy and third-degree lacerations are incontinence for stool and flatus, and-very seldom-fistula formation.</p> <p>4. Complications of episiotomy as well as the failure to perform an episiotomy have had forensic consequences.</p> <p>5. For good healing of an episiotomy or a perineal laceration suturing with an adequate technique and the use of non-reactive suture material is mandatory.</p> <p>Hirsch HA.. [Episiotomy and its complications]. Revue Z Geburtshilfe Neonatol. 1997;201 Suppl 1:55-62.</p> <p>http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?cmd=Retrieve&db=pubmed&dopt=Abstract&list_uids=9410530</p>
En 13 ans le	[748] BACKGROUND: The purpose of this study was to

taux d'épisiotomies a baissé de 29% au Canada, soit deux fois plus qu'aux USA dans la même période.

produce a minimum estimate of the prevalence of episiotomy use in Canada, and to investigate the trend in its use between 1981/1982 and 1993/1994.

METHOD: A retrospective population case series study was conducted using hospital discharge abstracts. Outcome measures were the count of episiotomies performed during a 12-month period and the episiotomy rate per 100 vaginal births.

RESULTS: For more than a decade, official statistics have significantly underreported episiotomy use by as much as 50 percent. In 1993/1994 at least 37.7 percent of women giving birth vaginally in Canada are known to have received an episiotomy. Between 1981/1982 and 1993/1994 its prevalence declined 29.1 percent, with the greatest decline occurring during the 1990s. This decline did not result from changes in parity in the population. The decrease in episiotomy use during this 13-year period is more than twice that found in the United States (a decline of only 13.6%).

CONCLUSIONS: The reporting of official statistics on obstetric procedures in Canada should be modified to include all known cases of episiotomy. The observed downward trend in the rate of this procedure is encouraging, and is in the direction of evidence-based recommendations advocating its restrictive use.

Graham ID, Graham DF.. Episiotomy counts: trends and prevalence in Canada, 1981/1982 to 1993/1994. Birth. 1997 Sep;24(3):141-7.

http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?cmd=Retrieve&db=pubmed&dopt=Abstract&list_uids=9355272

Un objectif important pour l'amélioration de la qualité des services sera l'usage restreint de l'extraction instrumentale et de l'épisiotomie. (Canton de Zurich)

[749] OBJECTIVE: To assess maternal and neonatal clinical short-term outcomes and women's experiences with singleton low-risk in-hospital deliveries in a routine care setting.

METHODS: In 13 community hospitals in the Cantons of Zurich (10), St. Gallen (2) and Schwyz (1), participating in the "Canton of Zurich Outcomes Project", trained hospital staff recorded clinical outcome data. Patients completed a questionnaire at the end of the hospital stay. Over two measurement cycles, 3395 eligible women entered the study and 2079 (61%) returned the questionnaire.

RESULTS: Sixty-seven percent of women had spontaneous and 11% had assisted vaginal deliveries, 12% delivered by emergency, and 10% by elective Caesarean section. The episiotomy rate in vaginal deliveries was 46% (95%

CI 44-48%). Ten percent of neonates had umbilical cord artery pH < or =7.15 (95% CI 9-11%) and Apgar scores at five minutes were < or = 7 in 3% (95% CI 2.5-3.6%). Reporting negative experiences with hospital care and an insufficient state of knowledge at discharge were strongly associated with mode of delivery. The top three issues new mothers were most likely to report about feeling little or not informed about were postpartum pelvic floor exercises (22%), management of vaginal bleedings (12%), and alternatives of infant feeding (10%).

CONCLUSION: In a setting of routine care poor short-term outcomes were rare in women giving birth in hospitals, and neonates and most mothers were discharged with a level of information that at least ensured a smooth transition to follow-up maternal care. Poor clinical results and patient-reported negative experiences concentrate in few individuals. **Restrictive approaches that reduce the frequency of instrumental vaginal delivery, and routine episiotomy remain an important objective for quality improvement.**

Schwappach DL, Blaudszun A, Conen D, Eichler K, Hochreutener MA, Kœck CM.. Women's experiences with low-risk singleton in-hospital delivery in Switzerland. Swiss Med Wkly. 2004 Feb 21;134(7-8):103-9.

http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?cmd=Retrieve&db=pubmed&dopt=Abstract&list_uids=15106027

Le taux de 54% d'épisiotomies chez les nullipares est plus élevé que nécessaire. (Zimbabwe rural)

[750] **BACKGROUND:** To assess the influence of parity, mode of birth, place of birth, a history of birth by only cesarean section and birthweight on episiotomy rates. **METHODS:** Retrospective study of 3589 women giving birth vaginally from October 1997 to October 1998 in the **Gutu district in Zimbabwe**, to obtain the rate of episiotomy and its determinants.

RESULTS: The overall episiotomy rate was 27%; 54% in nulliparous and 6% in multiparous women. Perineal tears varied between 5 and 11% in the different places of birth.

DISCUSSION: An episiotomy rate of 54% in nulliparous women is higher than necessary. Medical and midwifery training should be adapted to facilitate a more restrictive use of episiotomy.

van den Bergh JE, Sueters M, Segaa M, van Roosmalen J.. Determinants of episiotomy in rural Zimbabwe. Acta Obstet Gynecol Scand. 2003 Oct;82(10):966-8.

http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?cmd=Retrieve&db=pubmed&dopt=Abstract&list_uids=15106027

	eve&db=pubmed&dopt=Abstract&list_uids=12956849
Taux d'épisiotomies et facteurs décisionnels dans un hôpital éthiopien	<p>[751] Episiotomy is one of the most commonly performed obstetric interventions. The practice has been on the rise since hospital confinement became the tradition of childbirth. Unlike the rising cesarean section rate the rise in episiotomy rate has not been challenged. There is evidence that episiotomy rate of over 30% is not acceptable and it should be done on selective basis than routinely.</p> <p>A retrospective review of all deliveries that took place at Jimma teaching Hospital from Sept 23, 1998 to Sept 23, 2001 was done to determine the episiotomy rate and factors influencing the practice. The overall incidence of episiotomy among 2861 vaginal deliveries was 25%. The incidence of episiotomy by specific procedure was: 6 out of 21 forceps deliveries (29%), 30 out of 101(30%) vacuum deliveries and 8 out of 71(11%) destructive deliveries. 47% of nulliparas and 5% of multiparas needed episiotomy.</p> <p>The mean ages of parturients delivering by episiotomy and spontaneous vertex delivery were 22 +/- 4 and 26 +/- 6 years respectively. The difference was significant ($p < 0.0001$). There was not statistically significant difference in mean birth weight, head circumference and gestational age between the two groups.</p> <p>The incidence of episiotomy in this study was low compared to the findings of other studies from both developing and developed countries. Similar studies are warranted in other hospitals of the country to address the practice pattern. Prospective studies should be done to establish indications and outcomes of episiotomy.</p> <p>Marai W.. A two years retrospective review of episiotomy at Jimma Teaching Hospital, southwestern Ethiopia. <i>Ethiop Med J.</i> 2002 Apr;40(2):141-8.</p> <p>http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?cmd=Retriev eve&db=pubmed&dopt=Abstract&list_uids=12240575</p>
Environ 50% d'épisiotomies dans un hôpital de Lagos (Niger)	<p>[752] Episiotomy continues to be a frequently used procedure in obstetrics despite little scientific support for its routine use. The incidence of episiotomy and perineal tears and also the indications for episiotomy were therefore investigated in 1007 singleton deliveries between January 1, 1997 and December 31, 1997 at the Lagos University Teaching Hospital.</p>

The incidence of episiotomy was 54.9% of all deliveries. Episiotomy was more frequently performed in primipara (90.4%). Perineal tears occurred in only 18.8% of all deliveries, with majority in the multipara (93.6%). Most of the team were of first degree (98.4%). No third degree tear was recorded. The commonest indication for episiotomy was that of protecting the perineum from possible tears (80.7%). All the episiotomies were mediolateral. Episiotomy rate was higher among deliveries conducted by doctors.

Performance of episiotomy had a positive correlation with increasing foetal weight. No major complication or maternal death attributable to episiotomy was recorded.

The results of our study suggest that the use of episiotomy can be restricted to specified indications like instrumental and big babies delivery. It is also useful for the prevention of maternal morbidity through perineal laceration. Randomized control trials will however be necessary to clarify the controversies relating to restrictive episiotomy.

Ola ER, Bello O, Abudu OO, Anorlu RI.. Episiotomies in Nigeria--should their use be restricted?
Niger Postgrad Med J. 2002 Mar;9(1):13-6.

[http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?cmd=Retri
eve&db=pubmed&dopt=Abstract&list_uids=11932755](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?cmd=Retrieve&db=pubmed&dopt=Abstract&list_uids=11932755)

En réduisant le taux d'épisiotomies de 55% en 1986 à 19% en 1992, on n'a observé aucune réduction des scores d'Apgar des nouveau-nés.

[753] OBJECTIVE: to determine whether the incidence of perineal outcomes, including episiotomy, at the Royal Women's Hospital (RWH) Brisbane reflected trends reported in the literature.

DESIGN: retrospective record review.

SETTING: RWH Brisbane.

PARTICIPANTS: 953 women who delivered vaginally at the RWH in 1986 and 1992.

MEASUREMENTS AND FINDINGS: there was a decline in the episiotomy rate from 65% in 1986 to 36% in 1992. This was accompanied by an increase in the incidence of intact perinea and spontaneous perineal tears. There was no difference in the incidence of spontaneous third degree tears. The decline in the incidence of episiotomy was found when other factors, such as parity, were considered, with the exception of operative vaginal delivery, where no difference in the use of episiotomy was found. There was no significant increase in the number of babies with an Apgar score of < 7 at one minute of age, despite a significant

reduction in the use of episiotomy when delivering these babies (55% in 1986 and 19% in 1992; P < 0.001). The second stage was significantly longer in 1992 (P < 0.01).

KEY CONCLUSIONS: the findings reflect the decline in the incidence of episiotomy reported in the literature. This decline in rate was accompanied by an increase in the length of second stage and in the incidence of both intact perinea and perineal tears. Lowering the incidence of episiotomy did not result in a rise in the rate of babies with an Apgar score of < 7 at one minute.

East C, Webster J.. Episiotomy at the Royal Women's Hospital, Brisbane: a comparison of practices in 1986 and 1992.

Midwifery. 1995 Dec;11(4):195-200.

http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?cmd=Retrieve&db=pubmed&dopt=Abstract&list_uids=8569520

[754] Le 28 avril 2004

Objet : Réponse au dossier FMC "Bilan du post-partum, le prix de la maternité", paru dans Le Généraliste numéro 2287, pour publication.

Titre : L'épisiotomie ne prévient pas les déchirures sévères du périnée

De : Alliance Francophone pour l'Accouchement Respecté
Association loi 1901, <http://www.afar.info>, afar@fraternet.org

A : Mr. Gérard Bardy, Directeur general - directeur des rédactions

Dr. Catherine Hovan, rédactrice en chef de la rubrique FMC

Dr. Linda Sitruk, rédactrice en chef adjointe de la rubrique FMC

Copie : Pr. G. Mellier, Hôpital Edouard Herriot, Lyon

Nous avons lu avec beaucoup d'intérêt le dossier "Bilan du postpartum, le prix de la maternité" http://www.legeneraliste.fr/archives/view_article.php?cle=G2287R04SR01D01A01. Dans le paragraphe "Déchirures périnéales", notre attention a été attirée tout particulièrement par la phrase d'introduction :

"L'épisiotomie prévient les déchirures périnéales sévères avec rupture du sphincter risquant d'entrainer une incontinence anale.",

puis par la recommandation du Pr. Mellier :

"Un taux raisonnable se situerait, d'après le Pr Mellier entre 50 et 60%."

Auriez-vous à votre disposition des études randomisées récentes qui ne seraient pas encore publiées ? Votre phrase paraît en effet en contradiction avec la grande revue de Woolley sur le sujet (1995), et avec la revue Cochrane de Carroli et Belizan dont la dernière remise à jour date de cette année. A notre connaissance, les études scientifiques publiées montrent que l'épisiotomie médiane fait partie des facteurs de risque associés aux déchirures du troisième et quatrième degré. Le fait qu'elle soit une variable indépendante d'autres facteurs de risque reste débattu. L'épisiotomie médio-latérale n'a elle aucun effet sur ces déchirures graves, mais elle est très hémorragique (au moins autant qu'une césarienne). L'abandon de la pratique de l'épisiotomie prophylactique conduit naturellement à une augmentation des déchirures du premier et second degré, mais une épisiotomie est équivalente à une déchirure du deuxième degré (voir note). Il est démontré que l'épisiotomie prévient les déchirures du périnée antérieur. Néanmoins, celles-ci sont en général peu profondes, et les déchirures spontanées du premier et second degré cicatrisent au moins aussi bien qu'une épisiotomie.

En France, les taux d'épisiotomies sur les primipares et les multipares étaient de 71% et 36% en 1998. Parue la même année, l'une des rares études existantes sur l'accouchement à domicile trouvait des taux de périnées intacts ou avec déchirure du premier degré de 66% et 89%. L'OMS quant à elle parle de dérive culturelle lorsque le taux d'épisiotomies est supérieur à 20%. Les taux d'épisiotomies en Angleterre étaient inférieurs à 20% en 2002, inférieurs à 10% en Suède, sans incidence sur les taux de déchirures graves par rapport à la France ou aux pays latins. Si vous avez eu connaissance d'études plus récentes aboutissant à des résultats contradictoires nous vous serions très reconnaissants de bien vouloir nous en communiquer les références.

C. Loup, B. Bel, A-M. Bosems, B. Poitel, B. Strandman.

Note : Une épisiotomie atteint la muqueuse du vagin, les petites lèvres (coupure à partir de la fourche), et les fibres musculaires du périnée, ce qui correspond à la nomenclature internationale pour la définition des déchirures du deuxième degré.

Références :

Woolley RJ.

Benefits and risks of the episiotomy: a review of the English-language literature since 1980.

Obstet Gynecol Surv 1995;50:806-35.

<http://www.gentlebirth.org/format/woolley.html>

Carroli G, Belizan J.

Episiotomy for vaginal birth.

The Cochrane Library, Issue 1, 2004.

<http://www.cochrane.org/cochrane/revabstr/AB000081.htm>

Enquête Nationale Périnatale, 1998.

<http://www.sante.gouv.fr/htm/dossiers/perinat/somm2.htm>

Aikins Murphy P, Feinland JB.

Perineal outcomes in a home birth setting.

Birth. 1998 Dec;25(4):226-34.

<http://www.blackwell-synergy.com/servlet/useragent?func=showIssues&code=bir>

C. Loup, B. Bel, A-M. Bosems, B. Poitel, B. Strandman.
L'épisiotomie ne prévient pas les déchirures sévères du périnée

<http://naissance.ws/docs/episio-ne-previent-pas.htm>