

Université d'Angers
UFR de Médecine
Ecole de Sages-Femmes René Rouchy

Diplôme d'Etat de Sage- Femme

Evaluation des techniques de suture d'épisiotomie au CHU d'Angers.

*Etude prospective réalisée sur 231 patientes au Centre Hospitalier
Universitaire d'Angers*

Présenté par Chloé NICOLLE

Sous la direction d'Annaïck Boutin et Brigitte Goichon

Juin 2012

Université d'Angers

UFR de Médecine

Ecole de Sages-Femmes René Rouchy

Diplôme d'Etat de Sage- Femme

Evaluation des techniques de suture d'épisiotomie au CHU d'Angers.

Etude prospective réalisée sur 231 patientes au Centre Hospitalier

Universitaire d'Angers

Présenté par Chloé NICOLLE

Sous la direction d'Annick Boutin et Brigitte Goichon

Juin 2012



Je, soussigné (e)
déclare être pleinement conscient(e) que le plagiat de documents ou d'une partie d'un document publiés sur toutes formes de support, y compris l'internet, constitue une violation des droits d'auteur ainsi qu'une fraude caractérisée. En conséquence, je m'engage à citer toutes les sources que j'ai utilisées pour écrire ce rapport ou mémoire.

Signature :

Cet engagement de non plagiat doit être inséré en première page de tous les rapports, dossiers, mémoires.

Je soussignée, Mlle Chloé NICOLLE déclare être pleinement consciente que le plagiat de documents ou d'une partie d'un document publiés sur toutes formes de support, y compris l'internet, constitue une violation des droits d'auteur ainsi qu'une fraude caractérisée. En conséquence, je m'engage à citer toutes les sources que j'ai utilisées pour écrire ce mémoire.

Signature :

Je remercie,

Madame Brigitte Goichon, monitrice de l'école de sage-femme, pour les pistes qu'elle m'a apportées dans la réalisation de ce projet d'étude.

Madame Annaïck Boutin pour avoir accepté d'encadrer ce mémoire.

Les sages-femmes, obstétriciens, internes et étudiants sage-femme du CHU d'Angers pour l'intérêt qu'ils ont porté à ce sujet et le temps qu'ils ont consacré à remplir mes questionnaires.

Toutes les patientes ayant participé à l'étude, pour leur disponibilité et le temps qu'elles m'ont accordé.

Mes collègues et amies de promotion qui m'ont largement aidé et soutenu durant la réalisation de ce mémoire notamment Sophie, Stéphanie, Solène, Maëlle, Charlène et Anne-Claire.

Mes parents, ma sœur et mes amis pour leur soutien et l'écoute qu'ils ont pu m'apporter.

Enfin, Mathieu qui m'a supportée, soutenue et accompagnée pendant ces 4 années.

Table des matières

Glossaire	1
Introduction.....	2
1^{ère} Partie – Les Généralités	4
1. Généralités	6
1.1. Historique de l'épisiotomie	6
1.2. Epidémiologie	7
2. L'épisiotomie.....	8
2.1. Le périnée	8
2.2. Réalisation de l'épisiotomie	8
2.3. Les indications.....	10
2.4. Les complications de l'épisiotomie.....	11
3. La suture.....	11
3.1. Objectifs	11
3.2. Description	11
3.2.1. La suture en 3 plans séparés.....	12
3.2.2. La technique « un fil, un nœud ».....	13
4. La douleur.....	15
4.1. Définition et physiologie.....	15
4.2. Evaluation de la douleur	17
4.3. Traitements de la douleur	18
4.3.1. L'Anesthésie.....	18
4.3.2. Les Antalgiques	18
4.4. Les Dyspareunies.....	19
2^{ème} Partie – Matériel et Méthode	20
1. Hypothèses.....	22
2. Objectifs de l'étude	22

3.	Méthodologie de l'étude	22
3.1.	Type et durée de l'étude	22
3.1.1.	Critères d'inclusions.....	23
3.1.2.	Critères d'exclusions.....	23
3.2.	Modalités de réalisation et outils de l'étude.....	23
4.	Outils informatiques et statistiques	24
	3^{ème} Partie - Les Résultats	24
1.	Caractéristiques de la population	26
2.	Caractéristique de l'épisiotomie et de la suture	27
2.1.	L'épisiotomie.....	27
2.2.	La technique de suture	28
2.2.1.	Suture en surjet continu	28
2.2.2.	Suture en 3 plans séparés	28
2.2.2.1.	Le plan vaginal.....	29
2.2.2.2.	Le plan musculaire	29
2.2.2.3.	Le plan cutané	30
3.	Evaluation des techniques de suture.....	31
3.1.	L'état du périnée.....	32
3.2.	La douleur	33
3.3.	La consommation d'antalgiques.....	35
3.4.	Les consultations dans le Post-partum	37
3.5.	La satisfaction des patientes.....	37
4.	L'avis des professionnels	38
	4^{ème} Partie La Discussion	38
	Points forts de l'étude.....	40
	Points faibles de l'étude	40
1.	Analyse de la population	41
2.	L'épisiotomie	42
3.	Evaluation des techniques de suture.....	43

Conclusion.....	46
Bibliographie.....	48
Annexes.....	53

Glossaire

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

HAS : Haute Autorité de Santé

CNGOF : Conseil National de Gynécologues Obstétriciens Français

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

CH : Centre Hospitalier

CLIN : Comité de Lutte contre les Infections Nosocomiales

CLUD : Comité de Lutte contre la Douleur

HCSP : Haut Conseil de la Santé Publique

EVS : Echelle Verbale Simple

ENS : Echelle Numérique Simple

EVA : Echelle Visuelle Analogique

AINS : Anti Inflammatoire Non Stéroïdien

SA : Semaines d'Aménorrhée

NR : Non renseigné

OS : Occipito-Sacré

OP : Occipito-Pubien

SB : Si Besoin

Syst : Systématique

Introduction

Introduction

Lorsque l'on parle de douleur en obstétrique, on pense souvent à la souffrance lors de l'accouchement. Ces 10 dernières années, les moyens de prise en charge de cette douleur se sont considérablement développés et améliorés, notamment grâce aux plans d'amélioration de prise en charge douloureuse, institués par le Haut Conseil de la Santé Publique en 2006 et 2010. Mais il ne faut pas oublier la douleur en suites de couches qui passe souvent au second plan alors qu'elle n'est pas négligeable. Entre les tranchées, les douleurs mammaires, parfois les crises hémorroïdaires et surtout les douleurs périnéales, le post-partum est loin d'être en reste. En effet, la douleur post-épisiotomie demeure un problème quotidien et récurrent. Même si des progrès ont été faits dans la réalisation et la prise en charge de ce geste chirurgical, notamment grâce à la publication des recommandations pour la pratique de l'épisiotomie en 2005 par le Collège National des Gynécologues Obstétriciens Français, des progrès restent à faire. La technique de réalisation de ce geste, sa pratique plus restreinte, et l'utilisation de fils résorbables ne sont aujourd'hui plus contestées, toutefois les conseils sur les techniques de réfection laissent le choix aux praticiens, en fonction de leurs formations et de leur appréciation clinique. Lors de mes différents stages, j'ai pu observer de nombreuses façons de suturer. Il me paraît primordial, afin de respecter le serment d'Hippocrate « primum non nocere » et dans un souci de bienfaisance vis-à-vis de nos patientes, de se donner les moyens de réaliser une réfection qui présentera le moins de douleur, d'inconfort et de complication pour les femmes et le couple. Je me suis donc interrogée sur la technique la plus efficace, non seulement pour les patientes et pour les professionnels, mais également sur les raisons de la non harmonisation de ce geste.

L'objet de ce travail est ainsi d'évaluer les techniques de suture d'épisiotomie, comprendre pourquoi les recommandations ne sont pas appliquées et enfin peut-être de faire évoluer les pratiques des professionnels.

1^{ère} Partie

Les Généralités

Le terme d'épisiotomie vient du grec « épiséion » = pubis, et « tomê » = section. Selon l'étymologie l'épisiotomie est donc une section du périnée.

1. Généralités

1.1. Historique de l'épisiotomie [1]

La première incision périnéale a été décrite en 1742 en Irlande, par la sage-femme : Sir Feldings Ould dans « A treatise of midwife in three parts ». Elle réalisait une incision médiane non suturée, permettant de faciliter le passage de la tête fœtale lors de l'accouchement quand l'orifice vaginal était trop étroit. Cette pratique se répand en Allemagne dans les années 1800, puis aux Etats-Unis sous l'influence de Michaelis en 1820 et enfin la France, dans les années 1850.

Au début du 20^{ème} siècle l'épisiotomie se généralise. Différentes techniques et expérimentations apparaissent. On retrouve des épisiotomies bilatérales, ou à multiples incisions radiées. La plupart de ces pratiques ont été abandonnées du fait de leurs caractères mutilants.

Le gynécologue américain J.DeLee [2] recommande en 1920 l'utilisation systématique de forceps ainsi que la pratique d'une épisiotomie médio-latérale pour, accélérer le travail et faciliter la progression du bébé. Cela permettrait d'éviter des traumatismes pour la mère et l'enfant, car selon lui, une fois suturé, le périnée retrouve son état virginal.

Après la seconde guerre mondiale, grâce aux progrès de la médecine on observe une médicalisation de l'accouchement avec une multiplication des indications de l'épisiotomie. On lui attribue un intérêt pour prévenir des déchirures périnéales graves, d'une incontinence urinaire et/ou anale ou encore de la survenue de troubles de la statique pelvienne.

A partir des années 80, la pratique de l'épisiotomie est remise en question. En 1983, Thacker et Banta font une revue de la littérature de 1960 à 1980 [3] et s'aperçoivent qu'aucune étude acceptable n'avait été réalisée sur le sujet. Suite à cela, plusieurs études ont été menées remettant en cause la pratique systématique de l'épisiotomie. En effet, celle-ci ne présenterait pas de bénéfice vis-à-vis des dommages périnéaux et augmenterait le risque de complication dans le post-partum. [4-5-6]

En 1997 et en 2000 la Société Française de Médecine se positionne contre l'utilisation de routine de l'épisiotomie [7-8].

En 2005, suite à l'intervention des usagers rappelant les recommandations de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) [9], le Comité Technique de la Haute Autorité de Santé (HAS) nomme comme un des objectifs prioritaires des recommandations pour la bonne pratique clinique : « La place de l'épisiotomie dans la pratique obstétricale ». Grâce à la méta-analyse de Hartman [10] incluant 5001 patientes de 7 études randomisées, le Collège National des Gynécologues Obstétriciens Français (CNGOF) accompagné du collectif associatif de la naissance ont alors rédigé des recommandations pour la bonne pratique de l'épisiotomie [11] (ces recommandations seront développées plus loin).

En 2009, Cochrane Database [12] fait une nouvelle revue de la littérature et incluent 8 études (soit 5541 patientes). L'étude conclut qu'il n'y a aucune preuve solide qui justifie la pratique de l'épisiotomie en routine.

1.2. Epidémiologie

Le taux d'épisiotomie n'a cessé de croître en France pendant les années 80-90, passant de 38.5% en 1981, à 55.5% en 1995 [13-14] malgré les conclusions douteuses de l'intérêt de l'épisiotomie des études internationales de l'époque. La prise de conscience française n'est intervenue qu'autour des années 90 avec notamment la publication des chiffres de la banque de données du réseau Audipog (Association des utilisateurs de dossier informatisés en périnatalogie, obstétrique et gynécologie) qui révèle un taux à 47% en 2002-2003. Ce taux serait actuellement aux alentours de 33% et se rapproche de plus en plus des recommandations du CNGOF qui conseil un taux de 30%, et de celles de l'OMS qui préconise un taux de 20%.

Les pourcentages d'épisiotomie sont aussi fortement dépendants de la parité, d'après l'étude Audipog de 2002-2003 le taux d'épisiotomie était de 68% pour les primipares et de 31% pour les multipares. Il dépend également des modalités de l'accouchement, de la présentation, du poids de naissance de l'enfant, et enfin de la maternité accueillant la patiente [15].

Depuis la parution des recommandations pour la pratique clinique le CH de Poissy avec Koskas et al., le CH de Besançon avec Eckman et al. et le CH de Caen avec Reinbold et al. ont évalué l'impact des recommandations faites par le CNGOF sur leurs taux d'épisiotomie [16]. Ainsi Poissy passe de 43.48% en 2004 à 32.32% en 2006, Besançon de 18.8% en 2003 à 3.4% en 2007 et Caen passe de 55.7% en 2004 à 13.3% en 2009.

A Angers le taux d'épisiotomie est resté stable aux alentours de 28% entre 2005 et 2011.

2. L'épisiotomie

2.1. Le périnée

Le périnée est un hamac musculotendineux en clé de voûte inversée formant le détroit inférieur de l'excavation pelvienne. Son architecture lui permet d'être solide et de supporter les organes du pelvis malgré la perforation de l'urètre, du vagin et de l'anus. Il se compose de 3 couches musculaires :

1. Le plan profond réunissant l'ischiococcygien et le releveur de l'anus.
2. Le plan moyen avec le transverse profond et le sphincter externe de l'urètre.
3. Le plan superficiel avec le sphincter externe de l'anus, le transverse superficiel, l'ischiocaverneux, et le bulbocaverneux.

L'épisiotomie concerne les muscles superficiels du périnée excepté les muscles du sphincter anal ainsi que la portion élévatrice du releveur de l'anus. Son but étant de protéger la continence anale.

Pendant la grossesse, l'imprégnation hormonale entraîne une hyperlaxité musculoligamentaire permettant la dilatation des muscles périnéaux facilitant le passage du fœtus.

2.2. Réalisation de l'épisiotomie

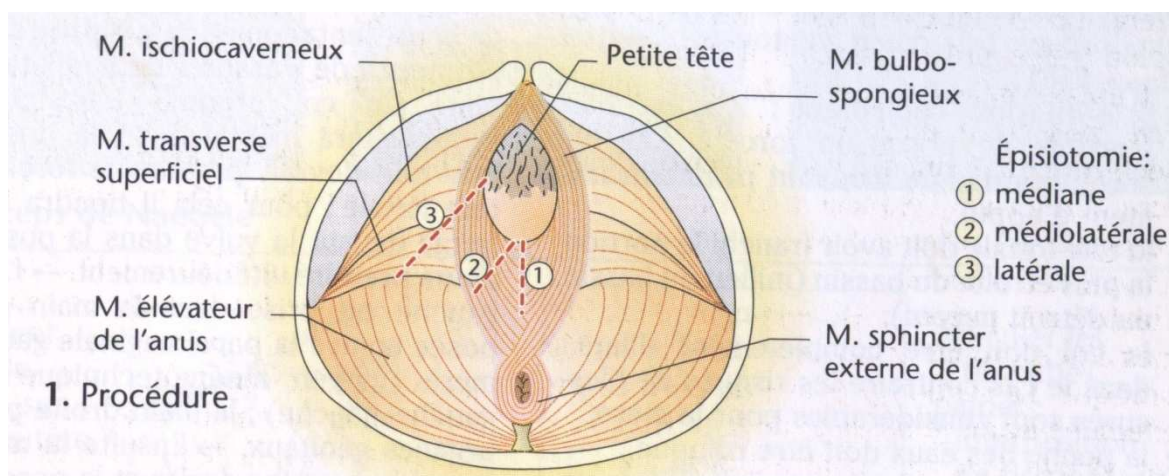
La pratique de l'épisiotomie ainsi que sa réfection nécessite un respect strict des règles d'hygiène et d'asepsie pour prévenir une éventuelle infection. Le Comité de Lutte contre les Infections Nosocomiales (CLIN) estime à 0.2% le risque d'infections nosocomiales liées à l'épisiotomie [17].

Dans la littérature, on retrouve différents types d'épisiotomie :

- **L'épisiotomie médio-latérale** : c'est la plus pratiquée en France et celle que l'on pratique exclusivement au CHU d'Angers. D'après les recommandations de 2005, l'incision part de la fourchette vulvaire et forme un angle de 45° avec la verticale en direction de la tubérosité ischiatique. On réalise une section franche d'environ 6 cm à l'aide de ciseaux droits, en protégeant la présentation par deux doigts. Théoriquement, si l'épisiotomie est suffisamment grande et bien réalisée, sont sectionnés successivement : la peau, la muqueuse vaginale ainsi que les muscles superficiels du périnée en excluant les muscles liés à la continence anale. La réalisation d'une épisiotomie trop courte ne protège pas le périnée et au contraire

l'expose à une déchirure du sphincter anal. En effet, la déchirure suit les fibres musculaires et file physiologiquement vers l'anus.

- **L'épisiotomie médiane** : elle se pratique surtout dans les pays anglo-saxons et consiste à sectionner verticalement le centre tendineux du périnée à l'aide de ciseaux droits sur environ 4 cm. Cette technique a l'avantage d'être peu hémorragique et peu douloureuse car elle suit l'anatomie des fibres et est peu profonde. En revanche elle crée une zone de faiblesse médiane qui peut à tout moment filer vers l'anus entraînant une rupture du sphincter anal dans près de 2% des cas. [18]
- **L'épisiotomie latérale** : n'est quasiment plus pratiquée du fait de son faible intérêt pour l'agrandissement de l'orifice vaginal et de ses nombreuses complications dont la section de la glande de Bartholin et le risque d'asymétrie vulvaire. L'incision débute à la fourchette vulvaire et se dirige horizontalement formant un angle de 90° avec la verticale.



Atlas de poche d'obstétrique – Kay Goerke – Traduit de l'allemand par le professeur Guy Schlaeder Médecine – Science Flammarion 2004 p.215 [19]

- Quand doit-on réaliser l'épisiotomie ?

Le moment idéal pour la réalisation de l'épisiotomie n'est pas clairement défini. En effet, il dépend de chaque situation. Globalement, il faut inciser ni trop tôt, l'épisiotomie risquant d'être hémorragique, ni trop tard car elle ne protégera plus des déchirures ou des lésions musculaires profondes. En effet, une déchirure, intéresse chronologiquement les structures musculaires, puis le vagin et enfin la peau. Il est donc recommandé de réaliser l'épisiotomie lorsque la présentation est au petit couronnement, que le périnée est amplifié et que l'anus est dilaté d'environ 2-3 cm. Elle se fait pendant les efforts expulsifs au moment d'une contraction.

2.3. Les indications

Les indications de l'épisiotomie semblent variées :

- Indications maternelles :
 - La nulliparité
 - Périnée cicatriciel par antécédent d'épisiotomie ou excision
 - Périnée œdématié par un travail prolongé
 - Courte distance ano-vulvaire
 - Périnée tonique ne se laissant pas distendre
 - Périnée fragile pour les femmes rousses par exemple
 - L'antécédent de périnée complet
- Indications fœtales
 - Excès de volume fœtal
 - Prématurité pour protéger le crâne d'un fœtus fragile
 - Souffrance fœtale pour accélérer le dégagement de l'enfant
- Modalité de l'accouchement
 - Les extractions instrumentales et manœuvres d'extractions
 - Les présentations occipito-sacrées, de la face, ou par le siège

L'objectif de l'incision est d'éviter les déchirures périnéales sévères, de protéger le sphincter anal ainsi que des troubles de la statique pelvienne (prolapsus génito-urinaire et incontinences urinaires et anales), d'accélérer le dégagement de l'enfant donc de limiter le risque d'acidose fœtale, de diminuer les traumatismes fœtaux (surtout pour les prématurés), et enfin de faciliter les manœuvres obstétricales. Alors que le bénéfice fœtal n'est pas remis en cause, le bénéfice maternel, surtout à long terme, est actuellement contesté au vu de certaines grandes séries internationales [20-21-22].

En réalité, la majorité de ces indications, ne sont pas justifiées, seules l'excision de type 3 et la distance ano-vulvaire inférieure à 3 cm, sont des indications incontestables de l'épisiotomie. Il est toutefois recommandé d'évaluer au cas par cas les bénéfices et les risques inhérents à l'épisiotomie.

2.4. Les complications de l'épisiotomie

Les complications de l'épisiotomie sont nombreuses, on peut les classer en 3 groupes [23]

- **Les complications immédiates** : douleurs périnéales, une augmentation du risque d'hémorragie du post-partum ainsi qu'un risque de lésions fœtales au moment de l'incision suite à un défaut de protection de l'opérateur.
- **Les complications précoces** : douleurs périnéales liées à un hématome, une infection, une désunion ou à une inflammation avec un œdème.
- **A plus long terme** : conséquences psychosociales, dyspareunies mais aussi complications de la cicatrisation comme un abcès, un granulome, un endométriose ou fistules anales.

3. La suture

3.1. Objectifs

La suture a pour but de rapprocher les berges de l'incision pour faciliter la cicatrisation. Elle doit être la plus anatomique possible, afin de restituer une fonction musculaire normale.

L'asepsie est aussi, voire plus importante, pendant la suture qu'au moment de l'incision.

3.2. Description [24]

La première suture périnéale décrite a été réalisée au XVI^e siècle par le français Guillemeau, disciple d'Ambroise Paré. Il utilisait un fil de soie et réalisait des points entrecoupés.

Au XVIII^e siècle il est successivement pratiqué la suture à points séparés, la suture entortillée, et les points enchevillés (précurseurs des Blair-Donati) respectivement par : Mauriceau Lamotte et Smelli, Noël et Saucerotte, et enfin Dupuytren.

Les techniques de suture des épisiotomies sont encore nombreuses aujourd'hui et diffèrent selon les écoles, les habitudes et l'expérience de chacun. Chaque technique présente des avantages et des inconvénients qu'il convient de connaître afin d'utiliser la technique la plus adaptée à la situation.

3.2.1. La suture en 3 plans séparés

Illustrations tirées de « Petite chirurgie Soins Conduite à tenir et investigations »
Ph DETRIE Masson 1991 [25]

La suture en 3 plans, cette technique consiste à suturer de manière successive le plan vaginal, le plan musculaire et enfin le plan cutané [26-27]

- **Le plan vaginal** est le plus souvent suturé avec un surjet simple ou des points séparés. Cette suture part de l'angle supérieur de l'incision jusqu'aux repères hyménéaux. Le surjet a l'avantage de répartir les tensions sur tout le long de la suture et d'être rapide à réaliser.
- **Le plan musculaire** : La suture de ce plan assure la solidité. Il est suturé à l'aide de points simples séparés ou de points en X. Le point en X ayant l'avantage d'être hémostatique, il est donc préféré en cas de saignements.

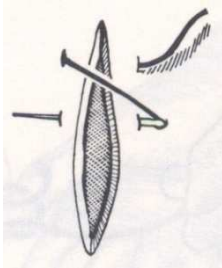
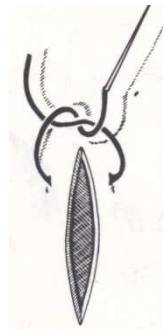


FIG. 24. — Le point de suture en X, à l'aiguille enfilée, terminé par un nœud droit.



- **Le plan cutané.** De nombreuses techniques sont utilisées pour suturer ce plan :

- **Les points séparés** : beaucoup pratiqué avant l'arrivée du surjet. Ils offrent l'avantage de pouvoir être retirés individuellement en cas d'infection ou de douleur localisé sur un point. En revanche les études récentes montrent qu'ils sont plus douloureux moins esthétiques et plus long à réaliser que le surjet.



- **Les Blair-Donati** sont un double passage dans le derme qui permet de supprimer l'espace mort sous-cutané et de réduire ainsi la tension portée au plan cutané. En revanche cette technique ne donne pas toujours de bons résultats esthétiques et peut être ischémiant (source de nécrose de douleurs importantes) si les points sont trop serrés.

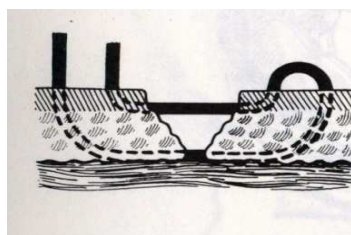
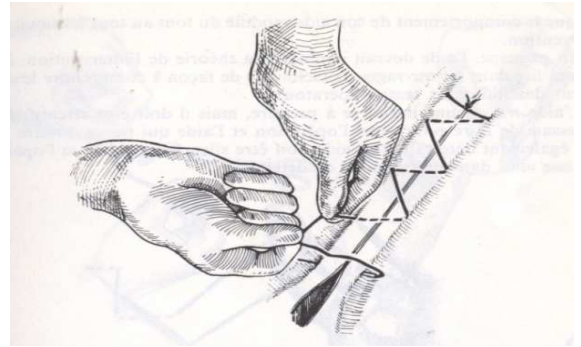
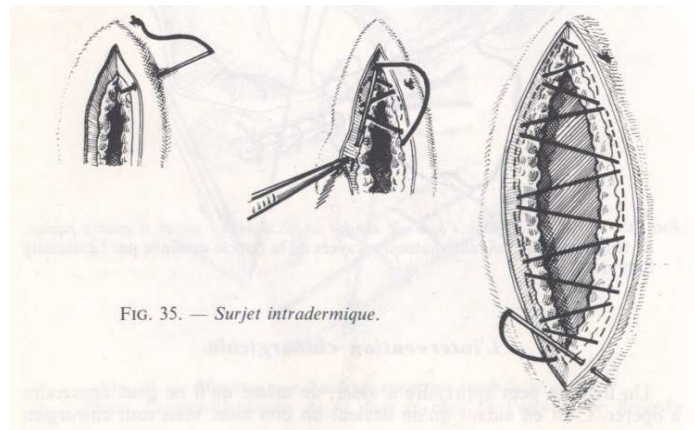


FIG. 28. — Il peut réaliser un point en U vertical (point de BLAIR-DONATI), affrontant très bien la peau.

- Le surjet simple est facile et rapide mais esthétiquement moyen avec un rapprochement des berges de la plaie plus ou moins bon, ce type de suture est plus adapté aux muqueuses.



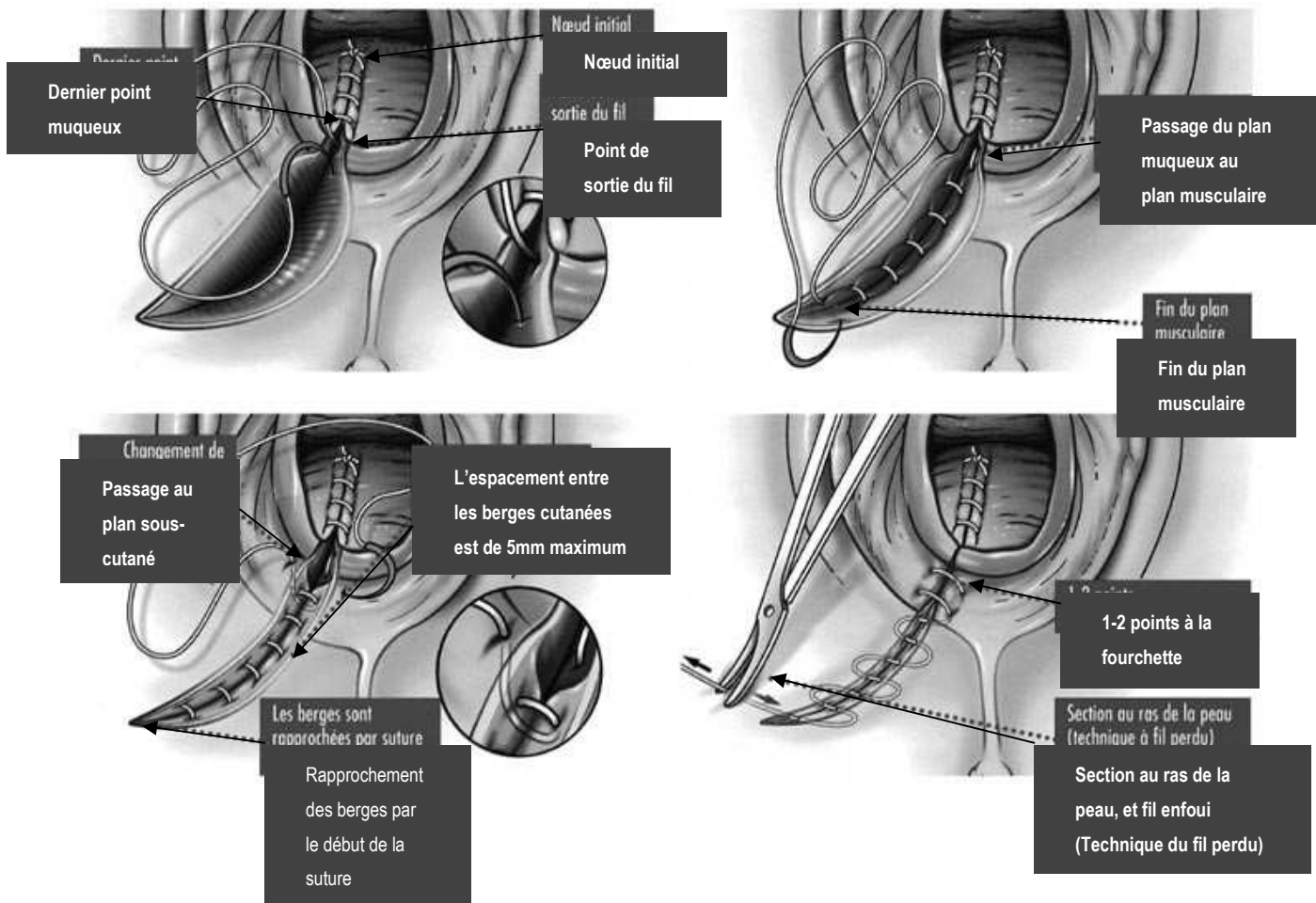
- Le surjet intradermique semble aujourd'hui être la technique recommandée pour la suture cutanée. En effet, cette suture ne traverse pas l'épiderme et se contente de rapprocher les berges, elle évite ainsi la stimulation des terminaisons nerveuses cutanées. Cette technique est rapide et donne des résultats esthétiques quasi parfaits. En revanche, elle est plus difficile à réaliser que les points simples par exemple et peut lâcher sur toute la longueur si les points sont mal assurés.



3.2.2. La technique « un fil, un nœud »

Cette technique a été mise au point dans les années 90 par le Professeur Dally et le Docteur Théry à Bordeaux et Thonon-Les-Bains. On retrouve une technique équivalente en Grande-Bretagne, appelée « continuous suturing technique » décrite en 1920 par Flemming. Le fil recommandé pour pratiquer cette technique est le Vicryl 2/0 rapide. Elle consiste, avec un seul fil, à suturer 4 plans par un surjet continu. Le plan vaginal est initié par un nœud à l'angle supérieur de l'incision sur la muqueuse et se termine en arrière de la cicatrice hyménéale. On débute ensuite le plan musculaire profond (en descendant), puis le plan sous cutané avec un surjet remontant jusqu'à la cicatrice hyménéale. Ce plan supplémentaire par rapport à la technique en 3 plans à l'avantage d'effacer les espaces morts sous cutanés diminuant les tensions exercées sur le plan cutané. Enfin la suture se termine par le plan cutané qui commence par deux points entre la cicatrice hyménéale et

la jonction peau-muqueuse et se poursuit avec un surjet intradermique de la fourchette vulvaire à l'angle inférieur de la peau. On terminera la suture en faisant ressortir l'aiguille à 1-2 cm dans le gras de la fesse. Le fil est alors coupé au ras de la peau et enfoui. Tout au long de la suture on veillera à la tension du fil. Celui-ci devra être tendu après chaque passage, puis relâché afin d'avoir une suture ni trop serrée ni trop lâche.



D'après les recommandations pour la pratique clinique « techniques chirurgicales de l'épisiotomie [28]

Cette technique semble présenter de nombreux avantages, tant pour la patiente que pour l'opérateur. Elle améliore le confort des patientes. En effet, les nœuds sont la principale source de douleurs et d'œdème. Or cette technique n'utilise qu'un seul nœud, de plus, la technique du fil perdu relâche la tension qui aurait pu être excessive. On sait également que les nœuds diminuent la résistance du fil, la suture est donc plus solide. L'absence d'espace mort sous cutané diminue le risque d'hématome, d'infection et de désunion. Et enfin, la réfection est rapide, moins coûteuse en matériel, et la cicatrice est quasi invisible. En revanche, l'impossibilité de retirer un point en cas d'infection ainsi que le risque de rupture totale de la suture sont les inconvénients avancés par les détracteurs de cette technique. [29]

Les études menées pour comparer les différentes techniques de suture retrouvent, moins de complications à court terme, notamment moins de déhiscence, moins de douleur donc moins de demandes d'antalgique dans le post-partum, ainsi qu'une plus grande satisfaction pour les patientes ayant bénéficiées de la suture continue. En revanche à long terme, il n'y a aucune différence significative. [18-29]

En 2005 le CNGOF précise que « sous réserve d'une formation spécifique à sa pratique, le surjet continu est préférable aux points séparés car il réduit significativement la douleur et le risque de déhiscence. » [11]

En conclusion, il n'existe pas de technique idéale, il paraît important de faire le moins de nœuds possible et de les serrer le moins possible puisque qu'ils sont source de douleur, d'ischémie et qu'ils font perdre de la résistance au fil. Mais la technique utilisée doit être maîtrisée pour être rapide, permettre une bonne cicatrisation et limiter les douleurs.

4. La douleur

4.1. Définition et physiologie [30-31]

D'après l'International Association for the Study of Pain (IASP) en 1986 la douleur est : « une expérience sensorielle et émotionnelle désagréable liée à un dommage tissulaire existant ou potentiel ou décrit comme tel »

La douleur constitue une expérience personnelle et subjective. Elle peut être d'origine physique mais aussi influencée par l'éducation, les facteurs socio-culturels, les circonstances de survenue, l'attention qu'on peut lui porter, ainsi que par de nombreux facteurs neuropsychologiques, il est donc important de considérer le patient dans son ensemble.

La douleur peut être aiguë, réaction brève et intense de l'organe face à une agression, perçue comme un signal d'alarme nociceptif mais aussi chronique lorsqu'elle persiste plusieurs semaines et qu'elle résiste aux antalgiques classiques.

La douleur peut être, un excès de nociception neurogène (ayant pour origine une lésion du système nerveux), idiopathique ou, psychogène (sans cause anatomique identifiée).

Le message nerveux douloureux part d'un nocicepteur excité au niveau de la peau, des viscères ou des muscles par les stimuli chimiques, mécaniques, thermiques, ou électriques. Le message est véhiculé par les fibres nerveuses sensitives afférentes vers la moelle épinière, le tronc cérébral, le thalamus puis le cortex. Certaines fibres montent

directement du thalamus vers l'aire somesthétique de l'encéphale et permet de déterminer la cause, la localisation et l'intensité de la douleur. D'autres fibres spino-réticulo-thalamiques se projettent notamment vers les aires limbiques et sont impliquées dans l'apprentissage, la mémorisation et les réactions émotionnelles liées à la douleur. Un contrôle inhibiteur (la modulation) est exercé sur les neurones transmettant l'information à l'encéphale, au niveau de la moelle, avec notamment l'endorphine mais aussi au niveau du tronc cérébral, de la substance périventriculaire et la substance grise périaqueducale.

Lors d'une lésion tissulaire, une réaction inflammatoire se produit et induit la libération de nombreuses substances chimiques par les cellules sanguines notamment. Ces substances (bradykinine, histamine, prostaglandines, et leucotriènes) activent et augmentent la sensibilité des nocicepteurs, qui eux libèrent la substance P capable de réaliser une autostimulation nerveuse qui pérennise la sensation douloureuse au niveau périphérique d'où la possibilité d'une hyperalgésie secondaire.

L'organisme est dans un état d'équilibre où la douleur est corrélée à l'intensité du traumatisme ou à la gravité de la lésion. Cependant, des influx nerveux persistant ou intenses peuvent perturber cet équilibre en provoquant une douleur chronique. Après une stimulation nociceptive le message nerveux est transmis à l'encéphale, lorsqu'une action motrice est inutile et que la stimulation nociceptive persiste, les récepteurs NMDA (Acide N méthyl D Aspartique) sont activés entraînant une augmentation de la sensibilité des neurones aux stimuli extérieurs, donc une diminution du seuil de la douleur et une extension de la zone de sensibilité autour de la lésion. Cette hyperalgésie secondaire peut être évitée si la douleur est traitée.

La douleur après lésion périnéale obstétricale est une douleur aiguë par excès de nociception qui se rapproche d'une douleur post-opératoire. Elle est liée à la technique chirurgicale, à l'anesthésie, à l'anxiété du patient, mais aussi à l'attention qu'on porte à la patiente et à sa douleur ainsi qu'à l'information que l'on peut lui apporter.

La douleur obstétricale pendant le travail d'une parturiente ou la douleur post-opératoire d'une césarienne est aujourd'hui bien prise en charge. En revanche, des progrès restent à faire dans la prise en charge de la douleur après un accouchement par voie basse, le post-partum est en effet loin d'être dénué de douleur. Entre les lésions périnéales spontanées ou par épisiotomie, les hémorroïdes, les tranchées, les douleurs mammaires et les lombalgies, la palette est large.

4.2. Evaluation de la douleur

Même si de nombreux progrès ont été faits dans la considération et la prise en charge de la douleur, ces 30 dernières années, des améliorations restent à apporter. C'est seulement depuis 1995 que la prise en charge de la douleur a été ajoutée au code de la santé publique, et que des recommandations ont été diffusées. Et depuis 1998 notamment grâce aux Comité de Lutte contre la Douleur (CLUD) des formations pour les professionnels et des programmes nationaux ont été mis en place.

En 2002, la loi relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé reconnaît le soulagement de la douleur comme un droit fondamental de toute personne. En 2004, le rapport annexé au projet de loi relative à la santé publique inscrit la lutte contre la douleur parmi les 100 objectifs de santé publique pour les cinq prochaines années.

Le Haut Conseil de la Santé Publique (HCSP) en conclusion du plan d'amélioration de la prise en charge de la douleur de 2006 à 2010 recommande que soit élaboré un quatrième plan douleur [32].

L'auto évaluation par la patiente est la règle. En effet, la douleur ne peut être mesurée par une variable physiologique objective et fiable. L'évaluation par le personnel soignant basée sur l'observation du comportement du malade sous-estime souvent la douleur réellement ressentie. Il est donc indispensable d'établir un contact verbal avec la patiente et de lui demander d'auto-évaluer sa douleur.

Pour cela il existe 3 échelles :

- **L'échelle verbale simple (EVS)** : elle attribue un qualificatif à l'intensité de la douleur (0 : douleur absente, 1 : douleur faible ; 2 douleur modérée ; 3 : douleur intense ; 4 : douleur extrêmement intense). Cette échelle est peu utilisée du fait de son manque de sensibilité. En effet, elle offre un nombre limité de réponse au patient entraînant souvent des réponses extrémistes.
- **L'échelle numérique simple (ENS)** : elle consiste à demander à la patiente de coter sa douleur sur une échelle de 0 à 10 ou 0 à 100 (0 étant «pas de douleur» et 10 ou 100 «douleur maximale imaginable»). C'est la plus utilisée en pratique, elle est souvent appelée EVA par abus de langage.

- **L'échelle Visuelle Analogique (EVA)** : une réglette de 0 à 100 mm est utilisée. L'extrémité gauche représentant l'absence de douleur et l'extrémité droite la douleur maximale imaginable. Le patient bouge le curseur sur la réglette pour indiquer l'intensité de sa douleur. Cela donne un nombre au soignant entre 0 et 10. Cette technique est souvent préférée par les patientes.

L'EVA et l'ENS sont jugées significatives et nécessitent un traitement si elles obtiennent un chiffre supérieur ou égal à 4/10.

4.3. Traitements de la douleur

4.3.1. L'Anesthésie

On compte essentiellement trois analgésies pour soulager la douleur liée à l'incision et à la réfection de l'épisiotomie :

- **La péridurale** 60 à 70% des accouchements en France, autour de 80% au CHU d'Angers.
- **L'anesthésie locale** avec l'injection en étoile sur le trajet de l'épisiotomie de lidocaïne.
- **Le bloc Pudendal** (ou bloc honteux) avec l'injection de lidocaïne ou de naropéine au contact du nerf pudendal interne.

4.3.2. Les Antalgiques :

On retrouve différents antalgiques utilisés en suites de couches classés par palier selon l'intensité de la douleur.

- **Le paracétamol** (*palier 1*) est le médicament de première intention antihyperalgésiant et le plus utilisé dans le post-partum. Il est compatible avec l'allaitement et les Anti Inflammatoires Non Stéroïdiens (AINS).
- **Les AINS** (*palier 1*) sont également fréquemment utilisés. Ce sont les plus efficaces en comparaison au paracétamol, aspirine ou codéine. Mais présentent plus de contre-indications (insuffisance hépatocellulaire ou rénale sévère) et d'effets secondaires. L'ibuprofène et le ketoprofène (Profenid) sont les AINS de référence pour leur efficacité et leur faible passage dans le lait maternel.

- **La codéine** (*palier 2*) est une molécule se transformant en morphine lors de sa métabolisation dans l'organisme. Son efficacité est démontrée pour les douleurs périnéales du post partum en association avec le paracétamol ou un AINS. **L'Acupan** (*palier 2*) rarement utilisé après un accouchement par voie basse, il peut être une alternative en cas de douleur résistante.
- **L'infiltration locale de ropivacaïne**, une étude de 2008 de S. Sillou [33] a montré que cette infiltration dans les épisiotomies et /ou les déchirures périnéales réduit les douleurs périnéales du post-partum pendant les 24 premières heures.

La Société Française d'Hygiène Hospitalière déconseille l'application de pommade avec une action d'anesthésie locale car elles favorisent la macération et donc la survenue d'infection.

Les moyens non médicaux (application de glace, massage périnéaux...) n'ont montré aucune efficacité d'après les Recommandations de 2005 du CNGOF sur la pratique clinique de l'épisiotomie. Elles mentionnent cependant que les études sur le sujet sont peu nombreuses et peu puissantes.

En conclusion la prise en charge de la douleur passe par l'écoute, l'évaluation, la prévention et le traitement.

4.4. Les Dyspareunies [34]

On définit les dyspareunies comme des douleurs génitales déclenchées par le coït, à la pénétration vaginale et/ou aux mouvements coïtaux, rendant le rapport sexuel difficile.

Le post-partum est une période de nombreux bouleversements anatomiques, hormonaux et psychologiques. En effet, sur le plan anatomique, on observe une béance vulvaire avec une hyperlaxité et une diminution de la sensibilité vaginale liée au passage du fœtus. La présence de lochies pendant 2 à 3 semaines, la prise de poids, les vergetures, les douleurs (de tranchées ou périnéales), sont autant de facteurs qui rendent difficile la reprise d'une sexualité normale et satisfaisante pour les jeunes parents. De plus, la chute des œstrogènes et de la progestérone entraîne une atrophie vaginale, une diminution de l'excitation sexuelle, de la lubrification, de l'élasticité vaginale, et une augmentation de la sensibilité à la douleur. Enfin, en plus d'intégrer et de composer avec tous ces changements, la femme et l'homme doivent aussi se créer une nouvelle identité de mère

et de père en plus de leur identité de femme et d'homme et recréer une vie de couple au sein d'une vie familiale. L'attitude de l'équipe soignante peut avoir un impact sur tous ces changements il est donc important d'en tenir compte.

On retrouve différents types de dyspareunies :

- **Les dyspareunies superficielles** : le plus souvent elles sont liées à des lésions périnéales (déchirures ou épisiotomie) couplées à la sécheresse vaginale.
- **Les dyspareunies profondes** liées à des accouchements difficiles et traumatiques et parfois à la déchirure du ligament large. Elles peuvent être primaires, elles apparaissent alors lors des premiers rapports sexuels, ou secondaires après une période d'activité sexuelle satisfaisante.
- **Les dyspareunies psychologiques** liées notamment aux dépressions. La femme se pose des questions sur sa capacité à être une bonne mère et une bonne épouse tout en gardant sa féminité. Elle est souvent très fatiguée par la fin de la grossesse et par les nuits agitées de son bébé. Elle se dévalorise, se concentre sur elle et son bébé en laissant peu de place au père de l'enfant et encore moins à la sexualité.

La sexualité est perçue pour certains comme ayant l'unique but de reproduction, donc pour certaines femmes ou certains couples, après un accouchement la sexualité est inutile. Pour certaines femmes, la zone génitale après l'accouchement est associée à la douleur qu'elles ont ressentie et pour les hommes à la vision du vagin déformé par la tête du bébé. On comprend alors aisément que la reprise de la sexualité soit difficile. Notre rôle est donc d'informer et de rassurer la femme et l'homme sur le déroulement des suites de couches, en abordant la durée des saignements, de la cicatrisation, des douleurs, et la possibilité de sécheresse vaginale. Mais aussi rassurer la patiente sur l'intégrité de son corps, sur la solidité de la suture en lui proposant de toucher ou de regarder sa cicatrice par exemple.

2^{ème} Partie

Matériel et Méthode

Matériel et Méthode

1. Hypothèses :

1. Les recommandations du CNGOF ne sont pas pratiquées par manque de formation.
2. La douleur est surtout dépendante du plan cutané.
3. Le surjet améliore les douleurs du post-partum en comparaison aux points simples et aux Blair Donati.
4. La technique Blair Donati est la technique la plus douloureuse pour les patientes.
5. La technique utilisée par les professionnels est celle habituelle et maîtrisée.
6. La technique « un fil, un nœud » est la technique la moins douloureuse pour les patientes.

2. Objectifs de l'étude :

Le but de notre étude est de comparer et d'évaluer les différentes techniques de suture par, l'évaluation de la douleur périnéale, la cicatrisation dans le post-partum et la satisfaction des patientes. Pour dans un deuxième temps, proposer la mise en place d'une formation si cela est nécessaire.

3. Méthodologie de l'étude

3.1. Type et durée de l'étude

Nous avons réalisé une étude monocentrique prospective comparative à l'aide de questionnaires distribués au CHU d'Angers. Nous avons donc rencontré toutes les patientes ayant subi une épisiotomie après un accouchement par voie basse, en salle d'accouchement et pendant leur séjour à la maternité afin de les informer sur l'étude en cours et de recueillir leur consentement, pour l'étude dans le service, ainsi que pour pouvoir les recontacter par téléphone 2 mois après leur accouchement.

Le recrutement des patientes s'est déroulé du 1^{er} juillet au 30 septembre 2011.

3.1.1. Critères d'inclusions :

Nous avons retenu toutes les patientes majeures ayant accouchées par voie basse et subit une épisiotomie. Nous avons volontairement choisi de limiter l'étude aux épisiotomies afin d'assurer une plus grande homogénéité des lésions périnéales.

3.1.2. Critères d'exclusions :

Ont été exclus de notre étude, les patientes mineures, les grossesses gémellaires, les morts fœtales in utéro, les interruptions médicales de grossesse, et les patientes ayant eu une épisiotomie associée à un périnée complet.

3.2. Modalités de réalisation et outils de l'étude

Nous avons utilisé pour réaliser notre enquête :

- Une lettre d'information pour les professionnels les sensibilisant et les informant des modalités de l'étude.
- Une lettre d'information pour les patientes les informant de l'étude en cours.
- Un recueil de données qui nous a permis de récolter des informations générales sur la grossesse et l'accouchement à partir du dossier obstétrical.
- Un questionnaire de salle d'accouchement. Ce questionnaire anonyme à destination de tous les professionnels réalisant des épisiotomies, nous a permis de récolter des informations sur l'épisiotomie en elle-même, sur la technique de suture utilisée, sur les raisons d'utilisation de cette technique, et sur la connaissance de la technique « 1 fil, 1 nœud ».
- Le questionnaire de suites de couches. Il nous a permis d'évaluer chaque jour, la cicatrisation, la douleur et la prise d'antalgique des patientes.
- Le questionnaire téléphonique réalisé 2 mois après l'accouchement. Ce dernier nous a permis de relever les complications à moyen terme comme les complications de cicatrisation, les douleurs ou les dyspareunies.

231 patientes ont été recrutées.

- 196 Questionnaires sur 231 ont été remplis en suites de couches.
 - 8 patientes ont été exclues, n'étant pas francophones il n'a pas été possible de poursuivre l'étude pour elles, ni en suites de couches, ni 2 mois après l'accouchement.
 - Pour 27 patientes les questionnaires n'ont pas été remplis.
- 191 patientes sur 231 ont été recontactées par téléphone
 - 12 patientes ont refusé d'être rappelées.
 - Pour 15 patientes le consentement n'a pu être récupéré en suites de couches.
 - Pour 5 patientes le numéro de téléphone était erroné, elles n'ont donc pas pu être recontactées.
 - Les 8 patientes non francophones citées précédemment n'ont pas été recontactées.

Pour des raisons d'effectif concernant les techniques « 1 fil, 1 nœud » et Blair Donati, nous avons été obligés de regrouper les techniques en deux groupes :

- Le groupe « Surjet » se compose de 140 patientes ayant bénéficiées d'une réfection par surjet continu, ou par surjet intradermique après une suture en 3 plans séparés.
- Le groupe « Points Séparés » se compose de 91 patientes ayant bénéficiées d'une réfection par des points simples ou par des Blair Donati après une suture en 3 plans.

4. Outils informatiques et statistiques

Nous avons réalisé la saisie informatique à partir du logiciel Excel.

L'analyse statistique a été réalisée en ligne à partir du logiciel OpenEpi version 2.3.1.

Pour comparer les valeurs qualitatives des deux groupes nous avons utilisé le test de Chi 2 non corrigé, le corrigé de Yates lorsqu'une population était inférieure à 30 et le test exact de Fisher lorsqu'une valeur attendue était inférieure à 5.

Les différences étaient considérées comme statistiquement significatives lorsque la valeur de p était inférieure à 0,05.

3^{ème} Partie

Les Résultats

Les Résultats

Durant ces 3 mois, il y a eu 1015 accouchements et, 289 épisiotomies soit un taux d'épisiotomie de 28.5%.

Les patientes ont été recontactées entre 61 et 82 jours soit en moyenne 66 jours (+/- 4 jours) après leur accouchement. Médiane à 65 jours.

Caractéristiques de la population :

Tableau I Caractéristique de notre population

	Effectifs n=231	Pourcentage (%)
Nullipare	152	65,8%
Femmes en couple	203	91,8%
IMC > 25	48	20,8%
Cours de préparation à l'accouchement	179	77,5%
Déclenchement	29	12,6%
Grossesses prolongées	69	30,0%
Accouchement sans péridurale	37	16,0%
Extraction instrumentale	65	28,1%
Extraction par spatules	42	18,2%
Extraction par forceps	11	4,8%
Extraction par ventouse	12	5,2%
Présentation en OS	10	4,3%
Présentation du siège	1	0.4%
Enfant de plus de 4000g	13	5,6%

Dans notre étude les patientes ont entre 18 et 39 ans, soit un **âge** moyen à **27.7 ans** (+/- 4.7ans), la médiane est à 28 ans.

Sur les 231 patientes, 66 avaient déjà subi une d'épisiotomie, soit 28.7%.

L'**âge gestationnel** moyen à l'accouchement va de 35 à 42 Semaines d'Aménorrhée (SA) soit une moyenne à **39SA+5j** (+/- 1 semaine et 1 jour) avec une médiane à 40SA. 30% des patientes ont accouchées après 41SA.

La **durée du travail** va de 1 à 14 heures soit en moyenne 6 heures (+/- 2 heures et 36 min) avec une médiane également à 6 heures.

La **durée des efforts expulsifs** va de 2 min à 55 min avec une moyenne à 17.2 min (+/- 11 min) la médiane étant à 15 min.

83.8% des patientes ont bénéficié d'une **péridurale** et pour 3% d'entre elles une anesthésie locale supplémentaire a été nécessaire. 14.4% ont bénéficié d'une anesthésie locale ou locorégionale (bloc pudendal)

1. Caractéristique de l'épisiotomie et de la suture

1.1. L'épisiotomie

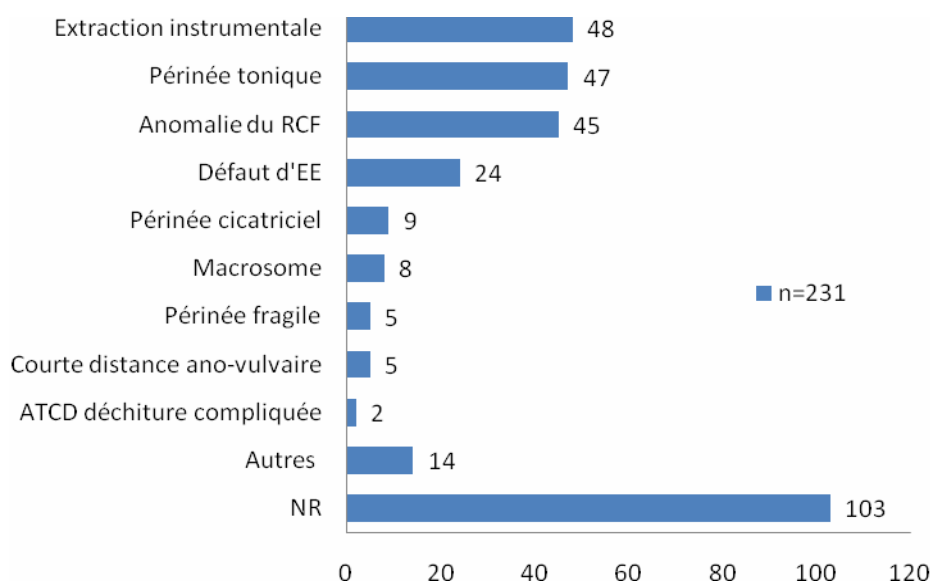


Figure 1 Répartition de la population en fonction de l'indication de l'épisiotomie

Pour **68%** des patientes aucun consentement n'a été recherché.

Tableau II Répartition de la population en fonction du professionnel ayant réalisé l'épisiotomie

Réalisation de l'épisiotomie	n	%
Sage-femme	144	62,6
Interne	43	18,7
Médecin	15	6,5
Etudiant sage-femme	23	10,0
NR	5	2,2

1.2. La technique de suture

Tableau III Répartition de la population en fonction du professionnel ayant suturé l'épisiotomie

Suture	n	%
Sage femme	143	62,2
Interne	63	27,4
Médecin	18	7,8
Etudiant sage-femme	15	6,5

1.2.1. Suture en surjet continu

Concernant la technique de suture 5.7% des praticiens ont choisi la technique « 1 fil, 1 nœud » soit 13 cas. Parmi eux 1 cas a été repris en plans séparés suite à un point transfixant. Dans tous les cas, cette suture a été réalisée par une sage-femme avec le fil 2-0 rapide.

1.2.2. Suture en 3 plans séparés

94.8% des praticiens ont choisi la technique des plans séparés.

1.2.2.1. Le plan vaginal

Tableau IV *Technique de suture utilisée pour le plan vaginal*

Technique vagin	n	%
Surjet	209	91,3
Points simples	8	3,5
Points en X	5	2,2
NR	16	7,0

90% des praticiens ont utilisé le fil 2-0 rapide, 3.5% le 0, et 0.4% le fil 1 soit 1 seul professionnel.

1.2.2.2. Le plan musculaire

Tableau V *Technique de suture utilisée pour le plan musculaire*

Technique muscle	n	%
Points simples	172	75,1
Points en X	38	16,6
Surjet	5	2,2
NR	20	8,7

88.6% a été suturé en 1 plan.

Tableau VI *Fils utilisés pour la suture du plan musculaire*

Fils muscle	n	%
1	53	23,1
0	128	55,9
2-0	27	11,8
3-0	1	0,4
NR	9	3,9

1.2.2.3. Le plan cutané

Tableau VII *Technique de suture utilisée pour le plan cutané*

Technique peau	n	%
Surjet	128	55,4
Points Simples	67	29,0
Blair Donati	24	10,4

75.5% des patientes ont bénéficié d'une suture en 1 plan, et 17.5% d'une suture en 2 plans. Il n'existe pas de différence significative concernant la douleur ressentie par les patientes ayant été suturée en 1 ou 2 plans.

Le fil 3-0 rapide a été utilisé dans 89.1% des sutures cutanées, le 2-0 rapide dans 3.9% des cas, 2 praticiens ont respectivement utilisé le 1 et le 0. Dans 1.7% des cas nous ne disposons pas de l'information.

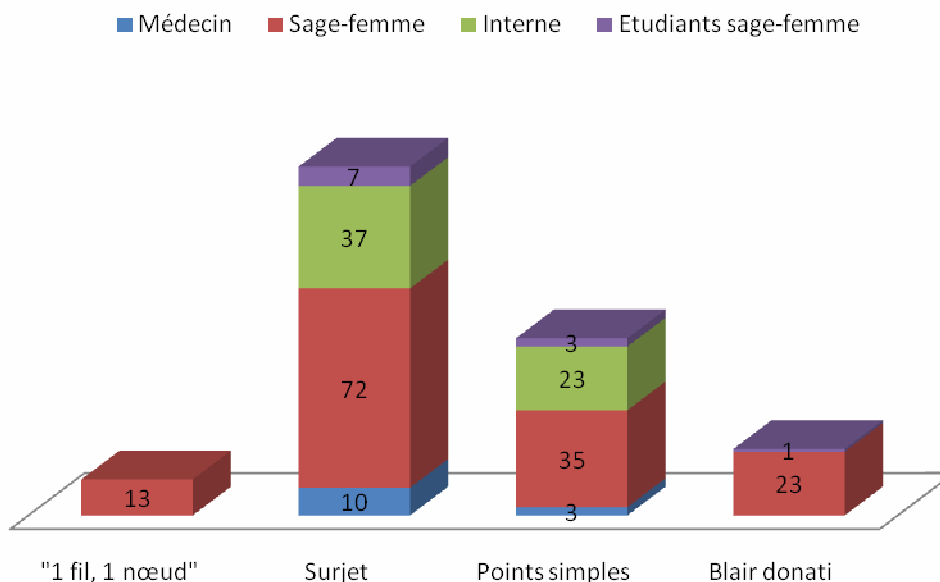


Figure 2 Répartition des praticiens en fonction de la technique de suture utilisée

2. Evaluation des techniques de suture

Les techniques de suture ont été évalué par :

- L'état du périnée pendant le séjour en suites de couches.
- L'évaluation de la douleur par les patientes (ENS).
- La prise d'antalgiques.
- Le nombre de consultations après le retour à domicile pour des complications de la cicatrisation.
- La satisfaction des patientes.

Nous n'avons pas trouvé de différence significative entre les groupes sur les facteurs pouvant influencer la cicatrisation et la douleur. Il n'y a pas de différence concernant :

- Le type de professionnel ayant pratiqué l'épisiotomie et l'ayant suturé
- La consommation de tabac des patientes
- Le nombre de patiente ayant un IMC supérieur à 25
- Le nombre d'extraction instrumentale
- Le nombre de bébé pesant plus de 4000g
- Le nombre de travail de plus de 10 heures
- La quantité d'efforts expulsifs de plus de 30 minutes
- La présence d'une déchirure simple en plus de l'épisiotomie
- Le nombre de patientes qui allaitent
- Le nombre de patiente ayant un antécédent d'épisiotomie
- Le suivi de cours de préparation à l'accouchement
- L'utilisation de moyens locaux tels que l'homéopathie ou l'application de crème cicatrisante

Compte tenu des différences importantes d'effectifs il ne nous a pas été possible de comparer et donc d'évaluer la technique « 1 fil, 1noeud ». Pour les mêmes raisons il n'a pas été possible de comparer la technique des Blair Donati et le surjet après une suture en plans séparés.

2.1. L'état du périnée

Tableau VIII *Comparaison de l'état du périnée durant le séjour à la maternité*

Etat du périnée	Groupe Surjet		Groupe Points Séparés		p
	n=140	%	n=91	%	
J1					
Bon	86	61,4	58	63,7	NS
Hématome	10	7,1	5	5,5	NS
Œdème	8	5,7	4	4,4	NS
Rougeur	4	2,9	2	2,2	NS
Ecoulement	1	0,7	0	0,0	NS
Ecchymose	2	1,4	0	0,0	NS
J2					
Bon	88	62,9	59	64,8	NS
Hématome	9	6,4	5	5,5	NS
Œdème	5	3,6	2	2,2	NS
Rougeur	3	2,1	4	4,4	NS
Ecoulement	2	1,4	0	0,0	NS
Ecchymose	3	2,1	2	2,2	NS
J3					
Bon	76	54,3	55	60,4	NS
Hématome	5	3,6	2	2,2	NS
Œdème	2	1,4	1	1,1	NS
Rougeur	1	0,7	0	0,0	NS
Ecoulement	2	1,4	0	0,0	NS
Ecchymose	2	1,4	2	2,2	NS
Sortie					
Bon	96	68,6	70	76,9	NS
Hématome	2	1,4	2	2,2	NS
Œdème	4	2,9	2	2,2	NS
Rougeur	1	0,7	2	2,2	NS
Ecoulement	1	0,7	1	1,1	NS
Ecchymose	6	4,3	1	1,1	NS
Désunion	6	4,3	1	1,1	NS

2.2. La douleur

Tableau IX Comparaison de la douleur à l'aide de l'ENS par les patientes

Douleur (ENS)	Groupe Surjet		Groupe Points Séparés		p	p
	n = 140	%	n = 91	%		
J1						
< à 4	52	37,1	40	44,0	NS	
De 4 à 7	43	30,7	20	22,0	NS	NS
> à 7	5	3,6	5	5,5	NS	
NR	40	28,6	26	28,6		
J2						
< à 4	84	60,0	53	58,2	NS	
De 4 à 7	19	13,6	16	17,6	NS	NS
> à 7	1	0,7	0	0,0	NS	
NR	36	25,7	22	24,2		
J3						
< à 4	78	55,7	53	58,2	NS	
De 4 à 7	5	3,6	6	6,6	NS	NS
> à 7	3	2,1	0	0,0	NS	
NR	54	38,6	32	35,2		
1er Rapport						
0	40	28,6	29	31,9	NS	
< à 4	27	19,3	18	19,8	NS	NS
De 4 à 7	14	10,0	8	8,8	NS	
> à 7	12	8,6	4	4,4	NS	
NR	47	33,6	32	35,2		
A 2 mois						
0	103	73,6	68	74,7	NS	
< à 4	11	7,9	6	6,6	NS	NS
De 4 à 7	2	1,4	1	1,1	NS	
> à 7	0	0,0	0	0,0	NS	
NR	24	17,1	16	17,6		
A 2 mois pd Rapports						
0	42	30,0	46	50,5	<u>0,0016</u>	
< à 4	25	17,9	6	6,6	<u>0,014</u>	
De 4 à 7	14	10,0	4	4,4	0,12	<u>0.00008</u>
> à 7	12	8,6	0	0,0	<u>0,004</u>	
NR	47	33,6	35	38,5		

77% des patientes ressentent une douleur superficielle, 14.4% une douleur profonde et, 8.9% une douleur diffuse pendant le séjour en suites de couches. Les douleurs superficielles représentent 79.3% à la reprise des rapports.

Tableau X Comparaison de la douleur à l'aide de l'ENS par les patientes au sein du groupe « Points Séparés »

Douleur (ENS)	Groupe Points Simples		Groupe Blair-Donati		p
	n = 67	%	n = 24	%	
EVA à J1					
< à 4	33	49,3	7	29,2	0,09
De 4 à 7	10	14,9	10	41,7	0,006
> à 7	4	6,0	1	4,2	NS
NR	20	29,9	6	25,0	
EVA à J2					
< à 4	40	59,7	13	54,2	NS
De 4 à 7	10	14,9	6	25,0	NS
> à 7	0	0,0	0	0,0	NS
NR	17	25,4	5	20,8	
EVA à J3					
< à 4	39	58,2	14	58,3	NS
De 4 à 7	3	4,5	3	12,5	NS
> à 7	0	0,0	0	0,0	NS
NR	25	37,3	7	29,2	
Douleur 1er Rapport					
0	24	35,8	5	20,8	NS
< à 4	9	13,4	9	37,5	0,011
De 4 à 7	6	9,0	2	8,3	NS
> à 7	3	4,5	1	4,2	NS
NR	25	37,3	7	29,2	
Douleur à 2 mois					
0	49	73,1	19	79,2	NS
< à 4	5	7,5	1	4,2	NS
De 4 à 7	1	1,5	0	0,0	NS
> à 7	0	0,0	0	0,0	NS
NR	12	17,9	4	16,7	
Douleur à 2 mois pd R					
0	34	50,7	12	50,0	NS
< à 4	3	4,5	3	12,5	NS
De 4 à 7	3	4,5	1	4,2	NS
> à 7	0	0,0	0	0,0	NS
NR	27	40,3	8	33,3	

2.3. La consommation d'antalgiques

Tableau XI *Comparaison de la consommation d'antalgiques*

Antalgiques	Groupe Surjet		Groupe Points Séparés		p
	n=140	%	n=91	%	
J1					
Aucun	2	1,4	4	4,4	NS
Paracétamol SB	1	0,7	0	0,0	NS
Paracétamol syst	91	65,0	58	63,7	NS
Ains	25	17,9	14	15,4	NS
Acupan	0	0,0	2	2,2	NS
J2					
Aucun	8	5,7	9	9,9	NS
Paracétamol SB	55	39,3	30	33,0	NS
Paracétamol syst	38	27,1	27	29,7	NS
Ains	13	9,3	9	9,9	NS
Acupan	1	0,7	0	0,0	
J3					
Aucun	9	6,4	12	13,2	0,08
Paracétamol syst	7	5,0	4	4,4	NS
Paracétamol SB	62	44,3	41	45,1	NS
Ains	7	5,0	2	2,2	NS
Acupan	1	0,7	0	0,0	NS
Sortie					
Aucun	21	15,0	24	26,4	0,03
Paracétamol	94	67,1	54	59,3	0,22
Autre	2	1,4	2	2,2	NS
Retour à domicile					
Aucun	59	42,1	40	44,0	NS
Paracétamol	53	37,9	32	35,2	NS
Ains	4	2,9	1	1,1	NS
Traitement > à 1 semaine					
Paracétamol	29	20,7	17	18,7	NS
Ains	3	2,1	1	1,1	NS

Tableau XII Comparaison de la consommation d'antalgiques au sein du groupe « Points Séparés »

Antalgiques	Groupe Points Simples		Groupe Blair Donati		p
	n=67	%	n=24	%	
J1					
Aucun	4	6,0	0	0	NS
Paracetamol syst	39	58,2	19	79,2	0,07
Paracetamol SB	0	0,0	0	0	NS
Ains	9	13,4	5	20,8	NS
Acupan	0	0,0	2	8,3	NS
J2					
Aucun	7	10,4	2	8,3	NS
Paracetamol SB	19	28,4	8	33,3	NS
Paracetamol syst	22	32,8	8	33,3	NS
Ains	6	9,0	3	12,5	NS
Acupan	0	0,0	0	0	NS
J3					
Aucun	9	13,4	3	12,5	NS
Paracetamol syst	1	1,5	3	12,5	NS
Paracetamol SB	29	43,3	12	50	NS
Ains	0	0,0	2	8,3	NS
Acupan	0	0,0	0	0	NS
Sortie					
Aucun	13	19,4	11	45,8	<u>0,01169</u>
Paracetamol	42	62,7	12	50	NS
Autre	0	0,0	2	8,3	NS
Retour à domicile					
Aucun	30	44,8	10	41,7	NS
Paracetamol	22	32,8	10	41,7	NS
Ains	0	0,0	1	4,2	NS
Traitement > à 1 semaine					
Paracetamol	12	17,9	5	20,8	NS
Ains	0	0,0	1	4,2	NS

Sur l'utilisation de moyens locaux pour soulager la douleur et faciliter la cicatrisation pendant le séjour à la maternité, les résultats n'ont pu être interprétés, compte tenu des faibles réponses.

2.4. Les consultations dans le post-partum

Tableau XIII *Répartition des patientes ayant consulté en fonction de la technique de suture utilisée.*

Consultation n=34	n	%	n	%	p
« 1 fil, 1 nœud »	1	8,3	23	16,4	NS
Surjet	22	17,2			
Points Simples	7	10,4	11	12,1	
Blair Donati	4	16,7			

2.5. La satisfaction des patientes

Tableau XIV *Satisfaction des patientes en fonction de la technique de suture utilisée*

Satisfaction	Oui Effectif	%	Non Effectif	%	Non Effectif	%	p
« 1 fil, 1 nœud »	11	91,7	1	8,3	19	13,6	NS
Surjet	87	68	18	14,1			
Points Simples	46	71,9	6	9,4	9	9,9	
Blair Donati	17	70,8	3	12,5			

3. L'avis des professionnels

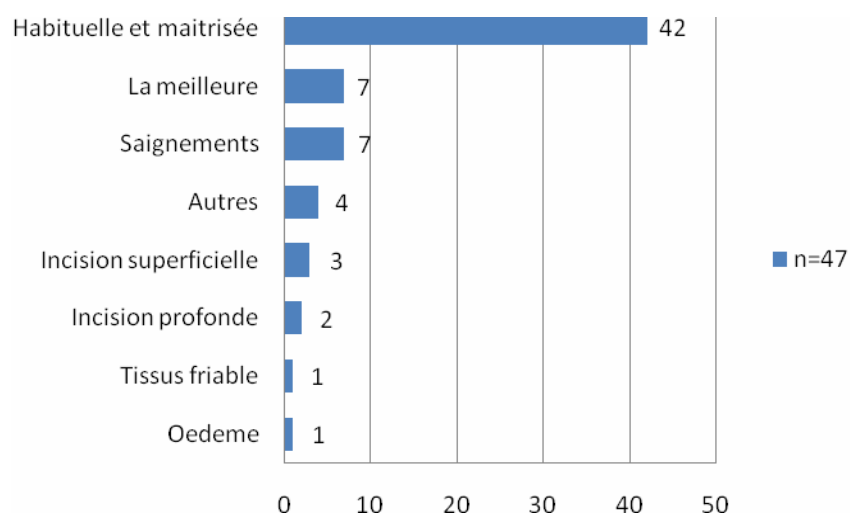


Figure 3 Indications de la technique de suture utilisée selon les professionnels

Tableau XV Raisons indiquées par les professionnels pour ne pas pratiquer la technique « 1 fil, 1 nœud »

Raisons de non pratique du « 1 fil, 1 nœud »	n=47	%
Manque de formation	27	57,4
Doute sur la qualité de la suture	11	23,4
Suture difficile à réaliser	4	8,5
Autres	8	17

Sur 46 réponses, 33 soit **71,7%** sont favorables à la mise en place d'une formation. Parmi ces 71.7% on retrouve 29 sages-femmes et 4 internes.

4^{ème} Partie

La Discussion

La Discussion

Malgré les recommandations du CNGOF pour la pratique clinique de l'épisiotomie sortie il y a 7 ans [11], les pratiques de suture restent très variées. Cette étude permet de rappeler les dernières recommandations sur la pratique et la réfection de l'épisiotomie afin d'améliorer la douleur et donc le confort des patientes en suites de couches.

Points forts de l'étude :

- Etude prospective.
- Toutes les patientes ont été rencontrées par une même personne en suites de couches pour le recueil des consentements et la poursuite de l'étude.
- Toutes les patientes ont été interrogées par la même personne 2 mois après leur accouchement.
- Bénéfice pour les patientes : elles ont pu poser leurs questions et nous avons pu leur apporter quelques conseils.
- Bénéfice pour les professionnels : ce mémoire a permis aux professionnels d'échanger sur leurs pratiques et de les faire évoluer.

Points faibles de l'étude :

- La faible population et l'obligation de regrouper les techniques 2 à 2.
- Manque de réponse des questionnaires surtout en salle d'accouchement. Ils ont dû être complétés à posteriori à partir des informations consignées dans le dossier obstétrical.
- Les sutures ont été réalisées par différents professionnels or, elle est dépendante de l'appropriation personnelle des différentes techniques apprises par chacun, et n'est donc pas strictement identique. De plus lors d'une extraction instrumentale l'incision périnéale est souvent plus large et peut par conséquent influencer la suture.
- Le recueil des données en suites de couches a été fait par différentes sages-femmes. Elles ont donc pu suggérer ou influencer les réponses des patientes de manière différente.

- Les ENS en suites de couches ont été demandées assise, coucher et debout. Afin de faciliter l'analyse et la lisibilité des résultats des moyennes ont été réalisées et des groupes effectués.
- Il aurait été judicieux de demander aux patientes si elles avaient déjà subi une césarienne ou une intervention chirurgicale lourde. En effet l'expérience d'une douleur importante permet de relativiser les événements douloureux ultérieurs.
- Compte tenu des faibles réponses sur l'utilisation de moyens locaux pour soulager la douleur et faciliter la cicatrisation pendant le séjour à la maternité, les résultats n'ont pu être interprétés cela pouvant constituer un biais dans la cotation de la douleur.
- La prise de poids pendant la grossesse et l'IMC au moment de l'accouchement est un paramètre pouvant influencer la cicatrisation, il aurait été intéressant de relever ces informations.

1. Analyse de la population :

Le taux d'épisiotomie observé pendant l'étude (28.5%) est comparable à celui observé en 2011 au CHU d'Angers (28.3%), l'échantillon est donc représentatif.

Les caractéristiques de la population ont été sélectionnées du fait de leur implication dans le risque de lésions périnéales.

Lorsque nous comparons notre population à celle de l'enquête nationale périnatale de 2010 [35] représentative de la population générale, on constate que les facteurs de risque de l'épisiotomie développés dans notre première partie influencent notre échantillon :

Il se compose de plus de nullipares 65.8% contre 43.3% dans l'enquête de 2010. En effet, ces femmes ont souvent un périnée plus tonique que les multipares. Cela influence notre moyenne d'âge qui est par conséquent moins importante (en moyenne 27.7 ans contre 29.9 ans), en revanche la proportion de femmes en couple est comparable. Le nombre d'enfant pesant plus de 4000g, 5.6% dans notre étude, possédant une plus grosse tête et donc plus de risque de lésion périnéale, est très légèrement supérieur à la population générale (5.2%). Les extractions instrumentales constituent elles aussi un risque d'épisiotomie. Cela se retrouve dans notre étude avec 28.1% d'extraction contre 15.3% dans la population générale. La différence se retrouve surtout pour les extractions par spatules qui représentent 18.2% des patientes de notre étude contre seulement 3.6% des patientes de l'enquête nationale. En effet, lors d'une extraction instrumentale les

obstétriciens angevins préfèrent souvent ce type d'instrument. La proportion de forceps est elle, comparable à l'enquête nationale (4.8% versus 5.0%), et celle de ventouse est légèrement inférieure (5.2% contre 6.7% dans l'enquête nationale).

Le taux de déclenchement est de 22.7% au niveau national et près de moitié moins important dans notre étude (12.6%), cela paraît étonnant. Peut être qu'une différence de définition et donc d'inclusion peut expliquer ce chiffre.

Les grossesses prolongées représentent un facteur de risque de déclenchement, d'excès de volume fœtal et d'extraction instrumentale donc une multiplication du risque d'épisiotomie. Il n'est donc pas étonnant de retrouver cette population en plus grand nombre dans notre étude (30.0% contre 18.0% au niveau national).

Par ailleurs, les femmes avec un IMC supérieur à 25 sont moins importantes dans notre étude (20.8%) que dans la population de l'enquête nationale (27.2%), cela peut s'expliquer par une incidence moins grande de l'obésité en Pays de Loire. La proportion de présentations en OS ou par le siège est légèrement plus faible dans notre étude, 4.3% et 0.4% contre 5.0% et 4.7% dans l'enquête de 2010. En effet, les accouchements par le siège sont rares à Angers.

Enfin, le nombre de femme ayant suivi des cours de préparation à l'accouchement est nettement supérieur à la moyenne nationale (77.5% versus 48.0%), on peut donc supposer que l'information de nos patientes concernant l'épisiotomie est satisfaisante.

On constate que le taux de patientes ayant un antécédent d'épisiotomie est comparable au taux d'épisiotomie pratiqué au CHU d'Angers. Mais aussi, que la durée moyenne du travail de nos patientes semble faible. En effet la majorité d'entre elles sont nullipares, on s'attendrait donc à avoir une durée moyenne du travail avoisinant les 10 heures et non 6 heures. Cela peut s'expliquer par une différence de définition du début du travail. En effet le début du travail relevé coïncide avec le début du partogramme, ce qui n'est pas toujours le début réel du travail. Quant à la durée moyenne des efforts expulsifs elle semble en accord avec la moyenne nationale.

2. L'épisiotomie

Concernant les indications de la réalisation des épisiotomies, seulement 105 réponses ont été récoltées sur les 191 questionnaires. On remarque cependant que dans la majorité des cas, l'épisiotomie a été pratiquée pour faciliter une extraction instrumentale, accélérer

le temps de l'expulsion dans un contexte d'anomalies du rythme cardiaque fœtal, ou à cause d'un périnée tonique empêchant la progression de la tête fœtale (Figure 1). Ce sont aujourd'hui les arguments principaux justifiant la réalisation d'une épisiotomie.

Dans 68% des cas aucun consentement n'a été recherché auprès de la patiente avant la réalisation du geste. On conçoit qu'il est difficile de prévoir si la réalisation d'une épisiotomie sera nécessaire ou non lors de l'expulsion et, que le moment de l'accouchement n'est pas adéquat pour aborder le sujet. En revanche il me semble important d'aborder ce thème au cours du travail, en expliquant les indications et les bénéfices de l'épisiotomie aux parents afin qu'ils comprennent le geste pratiqué et ne se sentent pas dépossédés de leur corps.

62.6% des épisiotomies et 62.2% des sutures ont été réalisés par des sages-femmes. En effet, au CHU d'Angers, la majorité des accouchements donc des épisiotomies sont pratiqués par les sages-femmes.

3. Evaluation des techniques de suture

Seulement 5.7% des professionnels pratiquent la technique du surjet continu conformément aux recommandations du CNGOF de 2005 [11] et aux données de la littérature. Gant en 1989 fait une première méta-analyse [18] comparant les points séparés au surjet continu, incluant 1748 patientes, Kettle prend la suite en 2002 [29] dans une étude regroupant 3642 patientes ayant accouchées spontanément. Dans ces 2 études, on retrouve une diminution de la douleur à court terme et une augmentation de la satisfaction des patientes avec la technique du surjet continu. Kettle qui avait mis en place un programme d'initiation à la technique du surjet continu avec des séances d'ateliers pratiques afin de former au préalable l'ensemble des professionnels du centre à cette procédure précise que, ce bénéfice est indépendant de l'opérateur (sage-femme *versus* obstétricien), de l'expérience de l'opérateur, et du type du matériel utilisé. La mise en place d'une formation commune permet certainement d'expliquer cette harmonisation, ce qui n'est pas le cas dans notre étude. Mais on peut se demander pourquoi avec ces données et 7 ans après la publication des recommandations les pratiques ont si peu évoluées ? Tout d'abord, on constate dans notre étude que 55.9% des praticiens utilisent le surjet pour suturer la peau contre 29.3% de points simples et 10.5% de Blair Donati. Cette proportion était sans doute différente il y a quelques années. Il semblerait que les professionnels soient sensibles au fait que le surjet diminue les douleurs par l'absence de

stimulation des terminaisons nerveuses épidermiques, mais encore réticent à une pratique continue peut-être par manque d'information des dernières recommandations, ou par manque de formation. C'est le cas pour 57.4% des professionnels de notre étude (Tableau XV). Cela confirme notre **première hypothèse**, que les recommandations ne sont pas pratiquées par manque de formation. Vingt-neuf (29) sages-femmes sur 32 et 4 internes sur 14 souhaiteraient d'ailleurs pouvoir bénéficier d'une formation soit 71.7% des professionnels. Cela nous montre que les professionnels sont prêts à se former. On peut donc se demander pourquoi n'ont-ils pas pris l'initiative de se former auparavant ? Tout d'abord, il est toujours difficile de remettre en cause des pratiques que l'on maîtrise, qui nécessite souvent un élan et une volonté de toute une équipe. D'autre part, le doute sur la qualité de la suture continue paraît être un frein surtout par peur de la désunion complète des 3 plans (23.4%). Dans notre étude, la technique « 1 fil, 1 nœud » est exclusivement pratiquée par des sages-femmes qui se sont formés seuls grâce à des vidéos regardées sur internet, par la formation continue ou par compagnonnage. C'est ce que retrouve Maud Melioni étudiante sage-femme à Dijon dans son mémoire « Face à la technique de suture d'une épisiotomie : que choisissent des sages-femmes ? »[24]. La suture continue n'est pas enseignée en formation initiale et nécessite une action volontaire du professionnel ou du service pour s'informer et se former. La majorité des praticiens du CHU d'Angers pratique donc toujours la technique en 3 plans (94.3%).

Les pratiques du plan vaginal et musculaire sont relativement homogènes et conforment aux recommandations (la réalisation d'un surjet vaginal au 2-0 rapide puis la réalisation de points simples musculaires ou de points en X en cas de saignements à l'aide d'un fil solide 0 ou 1 et d'une grande aiguille) (Tableaux IV-V-VI). Ces 2 plans sont moins impliqués dans les douleurs périnéales du post-partum que le plan cutané. Cela est confirmé par nos résultats 77% des patientes ressentent une douleur superficielle lors du séjour à la maternité, ce chiffre s'élève à 79.3% pendant les rapports sexuels, ce qui valide notre **deuxième hypothèse** qui affirmait que la douleur était surtout dépendante du plan cutané. Certains auteurs notamment Kindberg et Oboro [36-37] ont vérifié cette théorie. Ils ont comparé la douleur des patientes ayant bénéficiées d'une suture en 3 plans et celle des patientes ayant bénéficiées d'une suture en 2 plans (sans suture cutanée). Les résultats de ces études montrent une diminution des douleurs immédiates, et des dyspareunies à 3 mois dans le groupe de suture en 2 plans avec toutefois une augmentation des déhiscences.

Dans tous les cas et pour tous les plans, le matériel de suture utilisé est résorbable conformément aux recommandations et aux études de Grant en 1989 et de Kettle et Johanson en 1999 [14-38] qui révèlent que le matériel résorbable entraîne moins de douleur, moins de consommation d'antalgique, et moins de reprises de suture.

On ne retrouve pas de différence significative entre la douleur des patientes ayant bénéficiées d'une suture en 1 ou 2 plans cutanés après une suture en plans séparés. Même si la réalisation d'un plan sous cutané paraît faciliter la réalisation et diminuer les tensions portées au plan cutané, donc diminuer la douleur, cela ne se retrouve pas dans notre étude.

Concernant la comparaison des différentes techniques on ne retrouve pas de différence significative entre les 2 groupes concernant les facteurs pouvant influencer la douleur ou la cicatrisation, les groupes sont donc comparables. La figure 2 nous montre que la proportion des différents professionnels est respectée dans les groupes « Surjet » et « Points Simples », mais que seule les sages-femmes ou les étudiants sages-femmes pratiquent les Blair Donati et le surjet continu. Certainement parce que les Blair Donati est une technique ancienne encore enseignée dans les écoles de sages-femmes mais abandonnée par les médecins dans ce type de lésion et par conséquent non conseillée aux internes. A contrario, le surjet continu est une technique récente qui a intéressée quelques sages-femmes au CHU d'Angers mais reste une pratique rare pour les médecins. En effet, cette technique est moins recommandée pour les épisiotomies d'extraction instrumentale nécessitant une incision plus grande du périnée. Par ailleurs ils peuvent être influencés de manière négative lorsqu'ils sont confrontés à la reprise de ce type de suture après un point transfixant ou une infection. En effet, ils sont dans ce cas obligés de reprendre la totalité des plans ce qui n'est pas le cas après une suture en 3 plans.

Notre étude se montre en faveur de la technique des points séparés et surtout les points simples plutôt que les Blair Donati. Dans le groupe « Points Séparés » on retrouve une tendance à l'amélioration de l'état du périnée en fin de séjour (résultats non significatifs)(Tableau VIII), moins de dyspareunies 2 mois après l'accouchement (Tableau IX), moins de consommation d'antalgique en fin de séjour (Tableau XI), moins de consultations pour des complications dans le post-partum (Tableau XIII) et une plus grande satisfaction des patientes 90.1% contre 86.4% dans le groupe surjet (Tableau XIV), ce qui infirme notre **troisième hypothèse** : le surjet n'améliore pas les douleurs du post-partum en comparaison aux points simples et aux Blair Donati. Il faut noter qu'au sein du groupe « Points Séparés » les patientes ayant bénéficiées de la technique Blair

Donati présentent plus de douleurs modérées (ENS de 4 à 7) à J1 et lors du premier rapport (Tableau X), elles ont tendance à consommer plus de traitements antalgiques et surtout plus d'AINS et d'Acupan à J1 et J3. Même si elles sortent plus rarement avec un traitement elles sont plus nombreuses à consommer du paracétamol et des AINS au retour à domicile (Tableau XII). Ces patientes sont également plus insatisfaites, 12.5% contre 9.4% pour les points simples et vont plus fréquemment consulter dans le post-partum (Tableau XIII et XIV), même si nous n'avons pas pu comparer cette technique au surjet après une suture en plans séparés, ces chiffres sont en faveur de notre **quatrième hypothèse** : la technique des Blair Donati est la technique la plus douloureuse pour les patientes. Enfin même si les résultats sont difficilement interprétables compte tenu du faible effectif, au sein du groupe « Surjet » les patientes ayant bénéficiées du surjet continu semblent être plus satisfaites (91.7%) et ont moins consulté en suites de couches (Tableau XIII et XIV).

Comme le précisait Grant [17] la technique des points simples est plus facile à réaliser de manière satisfaisante et accessible à tous. En effet, elle présente les avantages d'être enseigné dans les écoles, d'avoir la possibilité de retirer un point en cas de douleurs et de pouvoir laisser s'écouler les suintements entre les points lorsque cela est nécessaire. D'ailleurs la quasi-totalité des praticiens ayant répondu déclarent utiliser une technique de suture non pas pour des indications particulières mais par habitude et maîtrise (Figure 4), confirmant la **cinquième hypothèse** (la technique utilisée est celle habituelle et maîtrisée). Le manque d'information sur les recommandations du CNGOF, le manque de retour en terme de qualité de suture et de satisfaction des patientes, le manque d'évaluation des pratiques au sein du CHU d'Angers et le manque de formation a freiné l'évolution des techniques de réfection de l'épisiotomie, d'après les professionnels rencontrés.

Ce mémoire ne nous a pas permis d'interpréter les résultats ni de répondre à la **sixième hypothèse** concernant la technique du surjet continu compte tenu de l'effectif très restreint de 12 patientes. Mais la littérature et les recommandations préconisant cette pratique, il paraîtrait intéressant de refaire cette étude après que les professionnels aient bénéficié d'une formation. Nos chiffres sont loin d'être décourageants avec 85.3% de patientes satisfaites mais peut-être pouvons-nous encore nous améliorer. La mise en place d'une formation permettra au moins à chaque professionnel d'avoir les cartes en mains pour faire au mieux pour ses patientes.

Conclusion

Conclusion

L'épisiotomie est un acte dont la pratique tend à diminuer, mais la maîtrise de sa pratique et de sa réfection en accord avec les recommandations paraît indispensable. Si l'amélioration de la prise en charge des patientes lors du travail et de l'accouchement semble incontestable durant ces 10 dernières années, des progrès restent à faire dans la douleur du post-partum. Cela doit passer par des traitements antalgiques adaptés à chaque patiente en fonction de l'évaluation de sa douleur, par l'information aux patientes et au couple des soins à réaliser et de la durée normale des douleurs, mais aussi par la réalisation, en amont, d'une technique de réfection des épisiotomies moins douloureuse et présentant le moins de complications.

Notre étude a permis de mettre en évidence le manque d'information des patientes sur l'épisiotomie en salle de naissance ainsi que le manque d'harmonisation des techniques de suture du plan cutané loin des recommandations faites par le CNGOF. La **recherche du consentement et l'information des patientes** est non seulement indispensable dans notre pratique professionnelle, conformément au code de déontologie, mais la prise en compte du souhait de la patiente influence aussi sa satisfaction.

D'autre part, l'évaluation des différentes techniques de ce travail privilégie **l'utilisation des points simples** au détriment du surjet et des Blair Donati. La technique des Blair Donati semble être la plus douloureuse et présenter plus d'insatisfaction chez les patientes. Au contraire, la simplicité de la pratique de points simples séparés, prioritairement enseignés dans les écoles de sage-femme, semble dans notre étude améliorer le confort des patientes.

A noter : la littérature et le CNGOF semblent montrer que la pratique du surjet continu améliorerait la douleur et donc le confort à court terme des patientes, à condition d'une formation satisfaisante des professionnels. L'évaluation de cette technique n'a pu être réalisée dans ce mémoire par manque d'effectif, mais les professionnels angevins semblent favorables à la mise en place d'une formation au sein du CHU. Cela pourrait alors mener à un nouveau travail visant à prouver l'amélioration de la prise en charge de l'épisiotomie au sein du CHU d'Angers.

Bibliographie

Bibliographie

- 1 Morin C. *Evolution des Pratiques 39^{ème} Assises Nationales des Sages-Femmes 22^{ème} session européenne, Nantes 18, 19, 20 mai 2011, Compte rendu scientifique, p 101-9*
- 2 DeLee JB. *The prophylactic forceps operatio, Am J Obstet Gynecol, 1920, 1:34*
- 3 Thacker SB. Banta HD. *Benefits and risks of episiotomy: an interpretative review of the English language litterature, 1860-1980. Obstet Gynecol Survey 1983; 38 : 22–38*
- 4 Röckner G. Henningsson A, Wahlberg V, Ölund, A. *Evaluation of episiotomy and spontaneous tears of perineum during childbirth. Scand J Caring Sci 1988; 2 : 19-24*
- 5 Larsson PG. Platz-Christensen JJ, Bergman B, Wallstersson G. *Advantage or disadvantage of episiotomy compared with spontaneous perineal laceration. Gynecol Obstet Invest 1991; 31 : 213-6*
- 6 Woolley RJ. *Benefits and risks of episiotomy: a review of the English-language literature since 1980. Part 1&2. Obstet Gynecol Survey 1995; 50 : 806–35*
- 7 Jacquetin B. *Episiotomie : contre une utilisation de routine. Société Française de Medecine Périnatale. Paris, Edition Arnette, 1997, p. 215-31*
- 8 d'Ercole C. *L'épisiotomie protège t-elle le périnée ? Société Française de Medecine Périnatale. Marseille, 2000 [consulté le 17/03/12] disponible a partir de l'URL : <http://www.sfmp.net/index.php#1>*
- 9 Abbara A. *Episiotomie [consulté le 17/03/12] disponible a partir de l'URL : http://www.aly-abbara.com/livre_gyn_obs/termes/episiotomie.html*
- 10 Hartmann K, Viswanathan M, Palmieri R, et al. *Outcomes of routine episiotomy : a systematic review. JAMA 2005 ; 293 (17) : 2141-8*
- 11 CNGOF. *Recommandation pour la pratique clinique de l'épisiotomie en 2005 [consulté le 17/03/12] disponible à partir de l'URL : http://www.cngof.asso.fr/D_PAGES/PURPC_14.HTM*
- 12 Carroli G, Mignini L. *Episiotomy for vaginal birth. Cochrane Database Syst Rev. 2009*

- 13 Rumeau-Rouette C. *Naitre en France. 10 ans d'évolution 1972-1981* INSERM ed. *épidemiologie Geespe*, édition 1982
- 14 Blondel. Norton. du Mazaubrun C, Bréart G. *Évolution des principaux indicateurs de santé périnatale en France métropolitaine entre 1995 et 1998.* *J Gynecol Obstet Biol Reprod* 2001 ; 30 : 552-64
- 15 Vendittelli F. Gallot D. *Quelles sont les données épidémiologiques concernant l'épisiotomie,* *Journal de gynécologie obstétrique et biologie de la reproduction* L'épisiotomie février 2006 Vol 35 - N°S1 P. 12-23
- 16 Eckman A. Ramanah R. Gannard E. Clement M.C. Collet G. Courtois L. Martin A. Cossa S. Maillet R. Riethmuller D. *Évaluation d'une politique restrictive d'épisiotomie avant et après les recommandations du Collège national des gynécologues obstétriciens français,* *Journal de gynécologie obstétrique et biologie de la reproduction*, février 2010, Vol 39 - N°1 P. 37-42
- 17 Société française d'hygiène hospitalière. *Guide pour la surveillance de la prévention des infections nosocomiales en maternité juin 2009*, [consulté le 17/03/12] disponible a partir de l'URL : http://www.sf2h.net/publications-SF2H/SF2H_surveillance-et-prevention-des-IN-en-maternite-2009.pdf consulté le 17/03/12
- 18 Grant A. *The choice of suture materials and techniques for repair of perineal trauma: an overview of the evidence from controlled trials.* *Br J Obstet Gynaecol* 1989; 96 : 1281-9
- 19 Goerke K. *Atlas de poche d'obstétrique*, Traduit de l'allemand par le professeur Schlaeder G. *Médecine, Science Flammarion* 2004. p.215
- 20 Riethmuller D. Courtois L. Maille R. *Pratique libérale versus restrictive de l'épisiotomie : existe-t-il des indications obstétricales spécifiques de l'épisiotomie ?* *Journal de gynécologie obstétrique et biologie de la reproduction* p 32-9
- 21 De Leeuw. Struijk. Vierhout. Wallenburg. *Risk factors for third degree perineal ruptures during delivery*, *obstet gynecol* 2001, 108:383-7
- 22 Sleep. Grant. Garcia. *West Berkshire perineal management trial* *Br Med J* 1984, 289 : 587-90
- 23 Langer B. Minetti A. *L'épisiotomie - Complications immédiates et à long terme de l'épisiotomie* *Journal de gynécologie obstétrique et biologie de la reproduction*, février 2006 Vol 35 - N°S1 P. 59-67

- 32 Meloni M. Face à la technique de suture d'une épisiotomie : que choisissent les sages-femmes ? Mémoire : maïeutique : Université de Dijon. 2011
- 25 DETRIE Ph. *Petite chirurgie Soins Conduite à tenir et investigations* Paris Masson 1991
- 26 Dubrana F. Weiguo Hu. Pasquier P. LeNen D. Lefèvre C. Springer Verlag, *Ligatures et sutures chirurgicales* France 2011 p.15-33
- 27 *Les techniques de sutures cutanées* [consulté le 17/03/12] disponible a partir de l'URL : <http://home.nordnet.fr/~acapon/index.shtml>
- 28 Verspyck E. Sentilhes L. Roman H. Sergent F. Marpeau L. *L'épisiotomie - Techniques chirurgicales de l'épisiotomie, Journal de gynécologie obstétrique et biologie de la reproduction* L'épisiotomie février 2006 Vol 35 - N° S1 P. 40-51
- 29 Kettle C, Johanson RB. *Continuous versus interrupted sutures for perineal repair* (Cochrane Review), *Cochrane Library*, issue 3. Oxford: Update Software, 2005
- 30 Riou JF. *Physiologie de la douleur* [consulté le 17/03/12] disponible a partir de l'URL : <http://jeanfrancois.riou.free.fr/Physiologie%20de%20la%20Douleur.pdf>
- 31 Sauleau P. *Physiologie de la douleur douleur* [consulté le 17/03/12] disponible a partir de l'URL : <http://storage.canalblog.com/80/41/693505/50427838.pdf>
- 32 Ministère de la santé, *Plan d'amélioration de la prise en charge de la douleur 2006-2010*, [consulté le 17/03/12] disponible a partir de l'URL : http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Plan_d_amelioration_de_la_prise_en_charge_de_la_douleur_2006-2010_.pdf
- 33 Sillou S. Carbonnel. N'Doko. Dhonneur. Uzan. Poncelet. *Douleur périnéale du post-partum : intérêt de l'infiltration locale de ropivacaïne*, *journal de gynécologie obstétrique et biologie de la reproduction* Vol 38 - N°6 P. 510-515 - octobre 2009
- 34 Paquereau A. *Les dyspareunies du post partum* Mémoire : maïeutique : Université d'Angers. 2010
- 35 Blondel B. Kermarrec M. *Enquête nationale périnatale 2010 Les naissances en 2010 et leur évolution depuis 2003*, Inserm, Paris 2011 [consulté le 17/03/12] disponible a partir de l'URL : http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Les_naissances_en_2010_et_leur_evolution_depuis_2003.pdf

- 36 Oboro VO, Tabowei TO, Lotto OM, Bossah JO. A multicentre evaluation of the two-layered repair of postpartum perineal trauma. *J Obstet Gynaecol* 2003; 23 : 5-8
- 37 Kindberg, stehouwer, Hvidman et al. Postpartum perineal repair performed by midwives : a randomized trial comparing tow suture techniques leaving the skin unsutured *BJOG* 2008 115: 472-9
- 38 Kettle C, Johanson RB. Absorbable synthetic versus catgut suture material for perineal repair (Cochrane Review). In: *Cochrane Library, issue 3. Oxford: Update Software, 2005*
- 39 Cabrol D. Pons SC. Goffinet F. *Traité d'Obstétrique Medecine-Scineces Flammarion* 2003 p 809-11
- 40 Schaal JP *Mécanique et Techniques Obstétricales MTO* 2007 p 617-26
- 41 Mercier M. *Evaluation de la douleur et de la cicatrisation de l'épisiotomie Mémoire : maïeutique : Université de Tours. 2011*
- 42 Vasquez M. *Evaluation de l'influence des sutures sur les dyspareunies Mémoire : maïeutique : Université de Nancy. 2008*
- 43 Chiesa C. *Evaluation de la douleur et de sa prise en charge après épisiotomie en post-partum Mémoire : maïeutique : Université de Poitiers. 2004*

Annexes

Annexe 1

Madame, Mademoiselle, Monsieur,

Actuellement étudiante sage-femme en 4^{ème} année, je réalise mon mémoire de fin d'étude sur «L'évaluation des techniques de suture de l'épisiotomie au CHU d'Angers» avec l'aide d'Annaïck BOUTIN et de Brigitte GOICHON.

L'objectif de ma démarche est d'évaluer la douleur ressentie par les patientes, et la cicatrisation selon les techniques de suture d'épisiotomie réalisées.

Cette étude prospective se déroulera du 1er juillet au 30 septembre 2011 et inclura toutes les patientes ayant bénéficiées d'une épisiotomie y compris celle associée à une déchirure ou à une extraction instrumentale. Les grossesses gémellaires, les morts fœtales in utero, les interruptions médicales de grossesse, les épisiotomies associées à un périnée complet et les patientes mineures seront exclues de cette étude.

Deux questionnaires seront mis en place dans les services :

- Un en salle d'accouchement sur le type d'épisiotomie et la technique de réfection
- L'autre en suites de couches (qui sera à remplir quotidiennement) sur la douleur et les complications éventuelles de l'incision.

Enfin je recontacterai les patientes 2 mois après leur accouchement avec leur consentement afin d'évaluer leur douleur ainsi que la cicatrisation à moyen terme.

Des livrets rouges regroupant l'ensemble des informations et des questionnaires de mon étude sont à votre disposition en salle d'accouchement ainsi qu'au 3^{ème} et 4^{ème} étage des suites de couches.

Je vous remercie par avance de votre aide et de votre participation, et me tiens à votre disposition pour toutes informations ou suggestions que vous souhaiteriez me faire parvenir.

Cordialement,

Chloé NICOLLE
Mail : chloenicolle@hotmail.fr
Tél : 06.33.07.34.32

Annexe 2



Ecole de Sages-Femmes RENE ROUCHY

Madame, Mademoiselle,

Actuellement étudiante sage-femme en 4^{ème} année, je réalise mon mémoire de fin d'étude sur « L'évaluation des techniques de suture d'épisiotomie au CHU d'Angers ». Cette démarche a pour but d'évaluer la douleur ressentie par les patientes après l'accouchement selon la technique de suture utilisée, afin d'améliorer nos pratiques.

Deux questionnaires seront remplis par les sages-femmes ou les médecins qui se sont occupés de vous. Un en salle d'accouchement et l'autre en suites de couches. Ils me permettront de savoir quelle technique a été utilisée et d'évaluer la douleur que vous avez ressentie pendant votre hospitalisation.

Je souhaiterai également réaliser une enquête téléphonique pour évaluer la douleur et la cicatrisation de votre épisiotomie 2 mois après votre accouchement. Pour cela, je vous rencontrerai pendant votre séjour en suites de couches afin de recueillir votre consentement.

Vous n'êtes en rien obligée de participer, cela n'aura aucune incidence sur les soins qui vous seront apportés et vous pourrez à tout moment quitter cette étude.

En vous remerciant par avance de votre participation.

Cordialement

Chloé NICOLLE

Annexe 3

Recueil de données obstétricales

Renseignements généraux :

- Age de la mère.....
- Situation familiale célibataire en couple mariée
- Profession
- Tabagisme avant la grossesse non <10 cig >10cig
 Pendant la grossesse non <10 cig >10cig
- Alcool oui non
- Drogue oui non

Caractéristiques de la grossesse :

- Gestité (y compris la grossesse actuelle).....
- Parité (y compris la grossesse actuelle).....
- Taille
- IMC Maigre normal surpoids obésité obésité morbide
- ATCD d'épisiotomie oui non combien ?.....
- Nombre d'enfant(s) vivant(s) au foyer.....
- Préparation à l'accouchement oui non

Accouchement :

- Date :.....
- Age gestationnel.....SA
- Travail spontané déclenché
- Durée du travail.....heures
- Durée de l'expulsion.....minutes
- Présentation OIGA OIDP OIGP OIDA SIEGE
- Mode d'accouchement
 - Voie basse simple
 - Forceps
 - Spatules
 - Ventouse

- Poids de naissance.....gramme

Annexe 6

Questionnaire téléphonique

Nom de la patiente :

Date d'appel :

Date d'accouchement :

Allaitement :

1/ Avez-vous suivi des cours de préparation à l'accouchement ? oui non

2/ Saviez-vous ce qu'était une épisiotomie avant votre accouchement ? oui non

Si oui, parce que

- Vous en aviez déjà eu une.
- Vous en aviez entendu parler, où ?.....

3/ Selon vous pourquoi une épisiotomie a été réalisée lors de votre accouchement ?

.....

4/ As-t-on recueilli votre consentement ? oui non

5/ Depuis votre retour à domicile la cicatrisation de votre épisiotomie vous a-t-elle amenée à consulter ou à effectuer des soins? oui non

Si oui, pourquoi ?

- Douleur
- hématome
- désunion
- infection

Qui avez-vous consulté ?

- Médecin traitant
- Gynécologue
- Sage femme libérale

Quels types de soins ?

- Désinfection
- Massage
- Acupuncture
- Homéopathie
- Autre :.....

Qui a fait les soins ?

- Sage femme libérale
- Infirmière libérale
- Vous-même

Combien de temps ?.....

6/ Avez-vous surveillé la cicatrisation de votre épisiotomie ? oui non

Si oui,

- Avec un miroir
- En touchant
- En demandant à un proche de regarder

A quelle fréquence ?.....

7/ Selon vous la cicatrisation de votre épisiotomie a-t-elle été satisfaisante ? oui non

8/ Pendant la grossesse aviez vous pris des traitements ou effectué des massages pour éviter la réalisation d'une épisiotomie ? oui non

Lesquels.....

9/ Après votre retour à domicile et jusqu'à aujourd'hui avez-vous pris des traitements uniquement pour votre épisiotomie ? oui non

Lesquels.....

10/ Ressentez- vous une douleur périnéale dans certaine position dans la vie de tout les jours ?
oui non Douleur/10

Position douloureuses :

11/ Avez-vous repris les rapports sexuels ? oui non

Si oui

Depuis combien de temps ?.....

Avez-vous ressentie une douleur périnéale lors du premier rapport ?/10

Localisation :

Ressentez vous toujours une douleur lors des rapports?...../10

Avez-vous utilisé un lubrifiant ? oui non sur conseil ? oui non

Si non

- Parce que vous n'en n'avez pas envie ?
- Parce que vous appréhendez à cause de votre épisiotomie ?
- Parce que votre épisiotomie est toujours douloureuse ?
- Autres :

11 bis Vous a-t-on donné des conseils pour la reprise des rapports ? oui non

Qui ?.....

Quels conseils ?.....

12/ Avez vous débuté la rééducation périnéale ? oui non

Avez-vous ressentie une douleur pendant les séances ?...../10

13/ Avez vous présentez pendant votre grossesse une incontinence urinaire ? oui non

Et depuis votre accouchement ? oui non

14/ Présentez vous une incontinence anale aux gaz selles ? oui non

15/ Avez-vous ressenti depuis votre accouchement un ou plusieurs épisodes de tristesse, de grande fatigue, ou des moments plus ou moins dépressifs ? oui non

Si oui -à quel moment ?.....

-Avez-vous consulté pour cela ? oui non

-La douleur de l'épisiotomie y est elle pour quelque chose ? oui non

16/ Continuez- vous l'allaitement ? oui non

Si non -Quand avez-vous arrêté ?.....

-La douleur de l'épisiotomie y est elle pour quelque chose ? oui non

17/ Avez vous les questions ou des commentaires à faire sur notre entretien ?

RESUME

Objectif : Comparer et évaluer les différentes techniques de suture d'épisiotomie, par l'évaluation de la douleur périnéale, la cicatrisation dans le post-partum et la satisfaction des patientes. Et proposer la mise en place d'une formation des professionnels si cela est nécessaire.

Matériel et méthode : Nous avons réalisé une étude prospective monocentrique du 1^{er} juillet 2011 au 30 septembre 2011. L'enquête fut réalisée à l'aide de questionnaires complétés en salle d'accouchement, en suites de couches et 2 mois après l'accouchement, ce qui nous a permis de recruter 231 patientes ayant subi une épisiotomie.

Résultats : Les techniques de suture d'épisiotomie restent encore très hétérogènes malgré les recommandations du CNGOF. Selon notre étude, la pratique de la technique des points simples cutanés après une suture en 3 plans paraît améliorer la douleur, le confort et la satisfaction des patientes au détriment du surjet et des Blair Donati. La pratique du surjet continu (recommandé par le CNGOF) n'a pu être évaluée dans ce travail par manque de cas. Le manque de formation semble être le principal argument des professionnels pour expliquer cela. Enfin, de nombreux progrès restent à faire dans la recherche du consentement des patientes avant la réalisation du geste.

Conclusion : Ce travail a permis de rappeler les dernières recommandations du CNGOF et prouve qu'il reste des progrès à faire dans la prise en charge des douleurs du post-partum et notamment des douleurs post-épisiotomie, par exemple en harmonisant les techniques de réfection. Afin que le professionnel ait tous les atouts pour utiliser la technique la moins douloureuse, la plus satisfaisante pour les patientes, et qu'il se sente techniquement à l'aise, la mise en place d'une formation semble nécessaire.

Mots clés : Episiotomie, suture, douleur, recommandations

ABSTRACT

Objective : The aim is to compare and estimate different episiotomy suture techniques through the assessment of perineal pain, healing during the post-partum period and patients' satisfaction rate. Then, intends to propose to set up a professional training if necessary.

Methods : We conducted prospective study from July 1, 2011 to September 31, 2011 in the Obstetrics Department of the Angers hospital. The survey was realized by means of questionnaires completed during hospitalization up to 2 months after delivery, which allowed us to recruit 230 patients.

Results : Episiotomy suture techniques are still very heterogeneous despite the French recommendations. According to our study, the practice of the simple stitch after a suture in 3 plans seems to reduce the pain, and improve the patients' comfort and satisfy them better than oversewing and Blair Donati. Continuous oversewing couldn't be valued in this work for lack of cases. The lack of training seems to be the main argument for professionals that explain that fact. Finally there is still much progress to be done to get the patients' agreement before the execution of the operation.

Conclusion : This work enabled us to remind the latest French recommendations, and shows that management of post-partum pain can still be improved, for instance by coordinating repairing techniques. It seems necessary to implement more training, so that professionals hold all the aces to use the least painful and the most satisfactory technique and with which they are most satisfied with.

Key words : episiotomy, suture, pain, recommendations