



HAL
open science

L'extraction instrumentale est- elle sans conséquences pour le périnée ?

Annelaure Martin

► **To cite this version:**

Annelaure Martin. L'extraction instrumentale est- elle sans conséquences pour le périnée ?. Médecine humaine et pathologie. 2011. hal-01881622

HAL Id: hal-01881622

<https://hal.univ-lorraine.fr/hal-01881622>

Submitted on 26 Sep 2018

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



AVERTISSEMENT

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance et mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt une poursuite pénale.

Contact : ddoc-theses-contact@univ-lorraine.fr

LIENS

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 335.2- L 335.10

http://www.cfcopies.com/V2/leg/leg_droi.php

<http://www.culture.gouv.fr/culture/infos-pratiques/droits/protection.htm>

Université Henri Poincaré, Nancy I

École de Sages-femmes Albert Fruhinsholz

*L'extraction instrumentale est-elle sans
conséquences pour le périnée ?*



Mémoire présenté et soutenu par
Annelaure MARTIN

Promotion 2010

Travail de recherche réalisé sous la direction de Madame Pichon sage-femme cadre enseignante et sous l'expertise du Docteur Muhlstein gynécologue obstétricien à la Maternité Régionale Adolphe Pinard. .

Abréviations :

ARCF : Altération du Rythme Cardiaque Foetal

AVB : Accouchement Voie Basse

CNGOF : Collège National de Gynécologie Obstétrique Français

DC : Dilatation Complète

EI : Efforts Expulsifs Inefficaces

EI : Extraction Instrumentale

EMC : Encyclopédie Médico- Chirurgicale

MRUN : Maternité Régionale Universitaire de Nancy

RPC : Recommandations de la Pratique Clinique

Recommandations de la pratique clinique du Collège National de Gynécologie
Obstétrique Français (2005)

- Grade A, B, C : niveaux de preuve fort, moyen, faible.
- Accord professionnel: c'est le niveau de preuves le plus faible, il s'agit de l'opinion et/ou expérience des rédacteurs.

SOMMAIRE

Sommaire	4
Introduction	7
Partie 1	8
1. LES EXTRACTIONS INSTRUMENTALES	9
1.1. Les conditions d'application	9
1.2. Les indications	11
1.3. La ventouse obstétricale	11
1.3.1. Son concept d'utilisation	11
1.3.2. Ses recommandations d'utilisation	12
1.3.3. Les atteintes maternelles	13
1.4.1. Leur concept d'utilisation	14
1.4.2. Les atteintes maternelles	15
1.5.1. Leur concept d'utilisation	16
1.5.2. Les atteintes maternelles	17
2. LES DÉCHIRURES ET LÉSIONS PERINEALES	18
2.1. Les déchirures vaginales	18
2.2. Les déchirures périnéales (selon la classification anglo saxone)	19
2.2.1. Les déchirures du 1er degré, simples ou incomplètes	19
2.2.2. Les déchirures du 2ème degré	20
2.2.3. Les déchirures du 3ème degré ou déchirure complète	20
2.2.4. Les déchirures du 4ème degré ou déchirure complète compliquée	20
2.3. Les lésions vulvaires	20
2.4. Les déchirures cervicales	20
2.5. Les plaies urinaires	21
2.6. Le thrombus génital	21
2.7. Incidence de l'EI sur le périnée	21
3. LES FACTEURS FAVORISANTS	24
3.1. Les facteurs maternels	24
3.2. Les facteurs fœtaux	25
3.3. Facteurs dépendant de l'opérateur	25
4. LA PLACE DE L'ÉPISIOTOMIE DANS L'EXTRACTION INSTRUMENTALE	27
4.1. Critères de choix de l'épisiotomie	27
4.2. Les recommandations de la pratique de l'épisiotomie lors d'une extraction instrumentale	28
4.3. La pratique de l'épisiotomie lors d'une EI	29
4.4. La pratique de l'épisiotomie renforce t-elle le bilan lésionnel ?	30
PARTIE 2	32
1. PRÉSENTATION DE L'ÉTUDE	33

1.1.	Les objectifs de l'étude	33
1.2.	Population et méthode utilisée	34
1.2.1.	Les caractéristiques de l'étude	34
1.2.2.	Population	34
2.	ANALYSE DES RÉSULTATS	37
2.1.	Les caractéristiques générales de la population	37
2.1.1.	L'âge	37
2.1.2.	Les origines géographiques.....	37
2.1.3.	La parité	38
2.1.4.	La taille.....	38
2.1.5.	L'IMC et la prise de poids pendant la grossesse.....	38
2.1.6.	La présence d'antécédents périnéaux notables ou de condylomes pour la grossesse étudiée	39
2.2.	Concernant la grossesse	40
2.2.1.	L'estimation du poids fœtal	40
2.2.2.	L'évaluation de la perméabilité du bassin.....	41
2.2.3.	Présence d'œdèmes des membres supérieurs et /ou inférieurs	41
2.3.	Travail obstétrical.....	43
2.3.1.	Travail spontané	43
2.3.2.	L'âge gestationnel	43
2.3.3.	L'analgésie maternelle	44
2.3.4.	Durées des phases du travail	44
2.3.5.	L'utilisation d'ocytocine au cours du travail	46
2.4.	Les différentes phases de l'accouchement	47
2.4.1.	L'indication de l'extraction.....	47
2.4.2.	La vidange vésicale	47
2.4.3.	La variété de la présentation	48
2.4.4.	La hauteur de la présentation	49
2.4.5.	Utilisation des différents instruments selon les groupes.....	49
2.4.6.	La pratique de l'épisiotomie.....	50
2.4.7.	Durée des efforts expulsifs.....	51
2.4.8.	Impact de la macrosomie fœtale	52
2.4.9.	Influence des instruments sur les lésions périnéales graves.....	52
2.5.	Corrélation entre plusieurs facteurs	53
2.5.1.	Influence de la pose de l'instrument sur une présentation à risque.....	53
2.5.2.	Succession de plusieurs instruments	54
2.5.3.	Pose de forceps ou de spatules chez une parturiente à la prise de poids excessive	54
2.5.4.	Pose de forceps ou de spatules chez une patiente à l'IMC excessif.....	55
Partie 3	56
1.	CONCLUSIONS DE L'ÉTUDE	57
2.	comparaison des résultats de l'étude avec la littérature.....	59
2.1.	Concernant les caractéristiques des patientes	59
2.2.	Pendant la grossesse.....	59
2.3.	Pendant le travail.....	60
2.4.	Pendant l'accouchement.....	60
2.4.1.	Comparaison de l'utilisation des instruments pour l'EI.....	61
2.4.2.	Durée de l'extraction en fonction des instruments.....	62

2.4.3.	Durée des efforts expulsifs maternels avant l'extraction	62
2.4.4.	Taux d'épisiotomie.....	62
2.4.5.	Taux de déchirures maternelles après l'EI selon l'instrument	63
2.4.6.	Corrélation multifactorielle	64
2.5.	Les limites de l'étude	64
3.	DISCUSSION ET PROPOSITIONS.....	66
3.1.	Discussion	66
3.2.	La prévention	67
3.2.1.	Pendant la grossesse.....	67
3.2.2.	Pendant le travail et l'accouchement.....	69
	Conclusion.....	73
	Bibliographie	75
	TABLE DES MATIERES	85
	Annexe 1.....	I
	Annexe 2.....	II

Introduction

En France, environ 12 % des naissances nécessitent habituellement le recours à des extractions instrumentales (EI) ^[4] ^[31]. Ces extractions sont réalisées par forceps à 5,02 %, ventouse à 3,86 % ou spatules à 2,31 % ^[11].

Tous ces instruments sont posés par le médecin sur indication maternelle et/ ou fœtale, pour permettre une naissance plus rapide du fœtus ou consolider les efforts expulsifs maternels parfois insuffisants. Il est évident qu'il existe un continuum entre l'accouchement normal et l'accouchement instrumental ^[3].

Ainsi, l'accouchement instrumental « idéal » devrait mimer au plus près l'accouchement eutocique. Or, dans bien des cas, l'accouchement par EI génère une sur morbidité tant maternelle que fœtal. Nous avons fait le choix de consacrer ce mémoire au versant maternel, en évaluant les facteurs de risques aggravant les lésions périnéales.

Dans une première partie, nous allons revoir la littérature pour définir les facteurs de risques connus que peut avoir une extraction instrumentale sur le périnée.

Puis, nous étudierons les facteurs de risques retrouvés dans notre établissement, grâce à une étude rétrospective descriptive de cent dossiers de femmes ayant accouché à la MRUN au début de l'année 2010.

Enfin, nous comparerons nos résultats et pratiques aux données rapportées de la littérature et nous suggérerons des propositions de prévention et de prise en charge.

Partie 1

**Revue de la littérature : bilan des déchirures
périnéales après une extraction instrumentale et
de leurs facteurs de risques.**

1. LES EXTRACTIONS INSTRUMENTALES

La ventouse, les forceps et les spatules sont les trois instruments de choix pour la réalisation de l'EI, notamment à la MRUN. L'un d'entre eux sera choisi par l'obstétricien selon les indications à l'EI. Cependant, l'habitude d'utilisation et l'habileté de l'opérateur avec son instrument participent à la décision, tout comme les connaissances qu'il en a. Le choix de l'instrument est souvent affaire d'école, et il est préférable d'utiliser celui que l'on connaît bien.

L'introduction d'un instrument n'est pas anodin ni pour l'enfant ni pour la mère et engendre dans la quasi-totalité des cas, des conséquences de degrés très divers. Les plus minimes peuvent être une déchirure superficielle vaginale chez la mère ou une trace cutanée superficielle chez l'enfant, et pouvant aller jusqu'au thrombus, ou à une rupture de vessie chez la mère ou un hématome sous cutané chez le fœtus.

Dans tous les cas, les Guidelines^[9] éditées par l'Agence de Recherche et Qualité des soins médicaux aux Etats- Unis, prônent un certain nombre de conditions qui doivent être respectées. Voyons alors dans un premier temps tous ces critères.

1.1. Les conditions d'application

Celles-ci sont communes aux trois instruments, que ce soit d'ordre moral, mécanique ou technique. Aucune indication, aucune tentative ne doit être faite si une vérification préalable à la pose n'a pas été effectuée.

Aspects moraux^{[13] [24] [32]} :

- L'intervention doit être expliquée et acceptée par la patiente ;
- La présence d'une indication maternelle et/ ou fœtale est indispensable ;
- La connaissance du dossier médical obstétrical est capitale.

Aspects techniques ^{[13] [18] [24] [32]} :

- Analgésie maternelle adaptée, idéalement une analgésie péridurale voire un bloc des nerfs honteux internes ou une anesthésie générale surtout chez la femme peu coopérante et/ ou primipare ;

- Vessie vidée pour éviter une rupture de vessie s'il y a un globe vésical;
- Asepsie rigoureuse ;
- Enregistrement cardiaque fœtal durant l'extraction ;
- Possibilité de faire une césarienne rapidement.

Aspects mécaniques ^{[13] [14] [18] [24] [32]} :

- Membranes rompues ;

- Positionnement de l'instrument entre les contractions pour faciliter la pose et pour le confort de la patiente ;

- Une présentation céphalique ;

- Une dilatation complète impérative pour éviter une prise du rebord de col entre la cuillère du forceps ou la cupule de la ventouse, ce qui entraînerait une déchirure cervicale certaine et pouvant mener à une réelle hémorragie de la délivrance. Cependant, une dilatation incomplète mais avec un rebord de col, de par sa souplesse peut être acceptée en cas d'urgence, chez la multipare notamment ;

- Vérifier par un toucher vaginal minutieux, la position du mobile fœtal qui doit être engagé et aborder au minimum le plan du détroit moyen. Il faut bien sûr prêter attention à l'appréciation ou non d'une éventuelle bosse séro-sanguine qui fausserait le constat. Aucune extraction ne doit se faire au dessus du plan des épines sciatiques. L'opérateur doit aussi s'assurer du degré de flexion de la tête fœtale et de sa variété. En cas de doute, il se doit de recourir à l'échographie (cf. Riethmuller. D, Besançon), seule valeur sûre de la nature et de l'orientation de la présentation ;

- Vérifier s'il y a une suspicion de disproportion foeto-pelvienne, ce qui contre indiquerait une extraction ;

- Vérifier l'absence d'obstacle solide osseux, ostéo-fibreux, périnéal (releveurs de l'anus hypertonique), ce qui permet d'éviter un accouchement très laborieux et probablement très dommageable au niveau lésionnel du périnée.

Par la revue de ces conditions d'application de l'instrument, on constate que certaines visent directement à la protection maternelle (une dilatation complète, une vessie vide, l'absence de dystocie mécanique et de disproportion foeto-maternelle qui pourraient entraîner par la force exercée, des déchirures importantes).

1.2. Les indications

[13] [18] [23] [32]

Forceps	Ventouse	Spatules
Efforts expulsifs inefficaces supérieurs à 30min avec un rythme foetal satisfaisant ou refus d'expulsion	Arrêt de progression de la présentation	Dystocie et défaut d'expulsion
Contre indication de la participation maternelle, pour maladie	Défaut de flexion d'une présentation	Utérus cicatriciel
Rétention de tête dernière lors d'un accouchement par le siège	Inertie utérine en complément d'ocytociques	Prématurité
Absence de participation ou de non coopération de la femme	Aide à l'expulsion d'un siège décompleté	Anomalie du Rythme foetal
Anoxie fœtale	Fatigue maternelle	Disproportion materno- foetale
	Procidence du cordon chez la multipare	
	Anoxie fœtale	
	Variété postérieure	

1.3. La ventouse obstétricale

1.3.1. Son concept d'utilisation

La ventouse obstétricale ou vacuum extractor est un instrument de choix. LA VENTOUSE Kiwi® est l'une des plus utilisées.

Trois lâchages ou une application supérieure à 20 minutes, correspondent à un échec et doivent faire renoncer (grade C) ^{[13] [32]}. De même que l'absence de progression

du mobile fœtal après six poussées assistées par ventouse, doit faire renoncer (selon les accords professionnels publiés dans le Guidelines)^[13].

À la MRUN, sur les 2722 accouchements voie basse de l'année 2009, 169 ont été assistés d'une ventouse ce qui équivaut à **6,21 %** des AVB ou **4,89 %** des naissances totales annuelles.

La ventouse est reconnue comme étant un excellent moyen d'aide à l'expulsion. Il s'agit d'un instrument de flexion au premier chef, de traction légère et de rotation induite^{[13] [14] [18]}. De part une introduction de la cupule (d'un diamètre de 40 à 60 mm) sur le crâne fœtal, celle-ci n'est que très légèrement en contact avec la muqueuse vaginale. Cependant, son application devant se faire au plus proche de l'occiput pour permettre une flexion satisfaisante, il est impératif que la dilation soit complète ou que la présence d'un bourrelet de col soit éliminée^{[14] [18] [32]}. Les auteurs s'accordent d'ailleurs tous à dire, que la ventouse est moins délétère en terme de lésions vaginales que les forceps^{[12][18][24][27][30]} et pour certains, que celles-ci seraient même comparables à celles associées lors d'un accouchement normal.

1.3.2. Ses recommandations d'utilisation

Avant de commencer la dépression de vide, il faut vérifier avec le doigt, que ni la paroi vaginale, ni le col utérin, ne soient saisis entre la cupule et la tête fœtale. Après un premier temps de dépression à 200mBar, il faudra réitérer le geste.^{[18] [14] [32]}.

Lors du temps de la traction, qui au départ, sera effectué vers la grande fontanelle, la ventouse permet d'accentuer la flexion de la tête, optimise sa position et réduit donc les diamètres céphaliques lors de la descente. On diminue ainsi un des facteurs de risque d'augmentation des lésions périnéales, que représente le grand diamètre céphalique d'une présentation mal fléchie^[32]. Enfin, lors de l'expulsion, entre les contractions utérines, il est préférable d'obtenir une ampliation périnéale par des mouvements limités de flexion extension de la tête fœtale dirigés par la ventouse^{[14][18] [32]}. Or, cette bonne ampliation périnéale permet au périnée de s'adapter

progressivement à la déflexion céphalique, et évite très largement les déchirures dues à une arrivée trop brutale de la tête sur le périnée.

1.3.3. Les atteintes maternelles

Les limites d'utilisation de la ventouse concernant la préservation de l'intégrité des parties génitales, sont de contrôler l'état du col et du vagin sous valves après l'extraction.

Dans la littérature^[21], nous pouvons retrouver que la naissance par ventouse est responsable à 24 % de déchirures du sphincter anal contre 4 % lors d'un accouchement naturel. Effectivement, dans l'analyse des dossiers de 2832 EI réalisées par l'équipe de Combs^[49], le risque de déchirures de 3^{ème} ou 4^{ème} degré est multiplié par 1,9 en cas de forceps par rapport à l'utilisation de la ventouse^{[12] [34]}. Une analyse randomisée comparant forceps et ventouse conclut à une atteinte des parties molles plus faible lors pour l'utilisation de la ventouse. Les seules lésions rencontrées sont celles entraînées par un mauvais contrôle du dégagement ou par une mauvaise vérification de la mise en place de l'instrument.

Selon les RPC de gynécologie obstétrique de 2008^[23], l'extraction par ventouse réduit le nombre d'épisiotomie et le nombre de déchirure du premier degré et du sphincter anal (grade B).

Voyons, les lésions qu'elle engendre^{[12][18]}.

Atteintes fréquentes : Les atteintes vaginales, vulvaires et périnéales.

Atteintes évitables :

- Atteintes de la muqueuse vaginale dues à un repli resté pincé entre la cupule et la présentation.
- Atteintes cervicales (si la ventouse est posée avant la dilatation cervicale complète).

Atteintes exceptionnelles :

- Détachement annulaire du col ;
- Fistule vésico-vaginale.

L'origine de ces deux complications est la même: il s'agit d'une nécrose ischémique provoquée par la pression prolongée de la tête foetale engagée dans la filière pelvienne.

1.4. Les forceps

1. 4. 1. Leur concept d'utilisation

Actuellement en France, il existe une multitude de forceps. Le forceps de Tarnier est le plus utilisé car le plus adapté au niveau fœtal et maternel de part la double courbure des cuillères.

À la MRUN, les seuls forceps utilisés sont les forceps de Tarnier et de Pajot. Sur les 2722 accouchements voie basse de l'année 2009, 336 ont été assistés de forceps, soit **12,34 %** des AVB ou **9,74 %** des naissances totales annuelles.

Avant tout, il faut définir les forceps comme des instruments d'extraction en guidant le mobile fœtal par une traction constante lors des contractions utérines. En aucun cas ce ne sont des instruments de flexion ^{[13] [18] [24]}.

L'absence de progression du mobile fœtal au bout de trois tractions doit faire abandonner cette voie d'accouchement (grade C) ^[24].

Il est à noter, que désormais les grandes rotations par forceps sont proscrites ^[13].

Les trois caractéristiques mécaniques des forceps au niveau de la protection maternelle sont :

- L'adéquation entre l'instrument et l'anatomie des voies génitales maternelles : pour s'adapter à la filière pelvienne, les forceps possèdent une « courbure pelvienne » entre les cuillères et les branches.

- L'introduction séparée de chaque cuillère dans les voies génitales avec la possibilité d'une articulation contrôlée.

- L'utilisation de lubrifiant afin d'optimiser la mise en place des cuillères.

Il y a donc un véritable travail de préoccupation maternelle dans la conception et l'utilisation des forceps, pour limiter au mieux tout traumatisme génital.

1. 4. 2. Les atteintes maternelles

Les risques maternels sont ceux d'un accouchement rapide, plus ceux liés aux lésions pouvant être produites par les cuillères (pose et traction). Les applications hautes de forceps n'étant plus de mise à notre époque ^[13], c'est surtout l'inexpérience de l'utilisateur qui peut être à l'origine de complications traumatiques.

Ils sont susceptibles d'entraîner une grande variété de lésions au niveau des voies génitales.

Les forceps à branches parallèles sont souvent responsables de déchirures en rails ^[27] (déchirures parallèles, qui s'étendent du fond vaginal et se dirigent vers la vulve).

1°) Les complications non exceptionnelles ^[18]. Ces complications restent rares mais peuvent se voir dans certains cas difficiles.

- Plaies vaginales ;

- Déchirure périnéale de degré I et II (simple); Plus rarement de degré III (périnée complet non compliqué), exceptionnellement de degré IV (périnée complet compliqué) suivies parfois de fistules obstétricales ;

- Plaies cervicales : déchirure du col ;

- Complications liées à l'épisiotomie (désunion, infection...)

2°) Les complications exceptionnelles ^{[18] [27]}:

- Lésions nerveuses (nerfs honteux) ;
- Lésions vésicales, urétrales exceptionnelles
- Lésions osseuses : fracture coccygienne ;
- Incontinence fonctionnelle urinaire et/ou anale (aux gaz ou fécale).

Les lésions bénignes sont fréquentes. Les lésions graves sont rares si les conditions d'application sont respectées et si la technique est bien exécutée.

1.5. Les Spatules

Actuellement en France, environ 2,3 % des naissances se font par spatules. En revanche, à la MRUN sur les 2722 accouchements voie basse de l'année 2009, 45 ont été assistés par spatules de Thierry, soit **1,65 %** des AVB et **1,30 %** des naissances totales.

1. 5. 1. Leur concept d'utilisation

Les spatules « mains de fer », prolongement naturel des mains ^[18], sont à définir comme des instruments de propulsion et d'orientation, dont le mécanisme d'action et le maniement sont fondamentalement différents de ceux du forceps. En aucun cas ce ne sont des instruments de traction ou flexion ^{[18] [19] [30]}.

Il n'y a pas de courbure pelvienne vraie : le bord antérieur est presque droit et le bord postérieur modérément courbe. La face externe est légèrement convexe et la face interne légèrement concave (courbure faciale) ^[30].

Ce caractère morphologique explique que les spatules ne sont pas des instruments de préhension de la tête foetale.

La manœuvre consiste à écarter ces cuillères de manière à libérer la tête foetale.

L'efficacité des spatules de Thierry ou Teissier est certaine. Elles sont de maniement difficile en cas de variété postérieure ou de présentation élevée et nécessitent

un apprentissage spécifique. Il n'y a pas d'argument pour ou contre les manoeuvres de rotation par spatules, même si elles amènent à une rotation vers l'avant dans environ un tiers des cas. Une tentative de rotation manuelle peut être conseillée au préalable, comme pour les autres moyens d'extraction ^{[13] [36]}.

1. 5. 2. Les atteintes maternelles

L'extraction instrumentale par spatules est une situation périnéale à risque.

C'est l'écartement réalisé durant toute la descente, qui va être source d'un risque important de plaies cervicales et vaginales (déchirures en rails ^[19] sur la paroi postérieure du vagin).

En effet l'écartement va faire fuir les cuillères contre les parois vaginales, qui vont leur servir de levier. Les lésions cervico- vaginales sont alors fréquentes et constituent un frein à une meilleure diffusion de cet instrument. Les lésions périnéales sont elles aussi fréquentes et ne semblent pas mieux respecter le périnée que les forceps ^[18].

Les instruments utilisés pour une EI, nous l'avons vu, ont une utilisation régie par des recommandations afin de limiter les impacts dévastateurs maternels et fœtaux.

L'objectif de mon mémoire étant d'analyser les atteintes maternelles immédiates lors d'un accouchement par EI, observons de quelles manières celles- ci se manifestent.

2. LES DÉCHIRURES ET LÉSIONS PERINEALES

Elles sont observées dans environ 20 à 60 % des accouchements selon l'Encyclopédie Médico- Chirurgicale [27] [55]. Il est certain que l'EI augmente significativement le risque de déchirures périnéales sévères des 3^{ème} et 4^{ème} degrés par rapport à l'accouchement spontané par voie basse (grade B) [4] [13], comme en témoignent les publication du journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction. Les parties les plus touchées sont de manière certaine, le vagin, la vulve et le périnée, plus rarement le col et le sphincter anal [24] [27] [49].

Les facteurs de risques sont nombreux et seront détaillés ultérieurement.

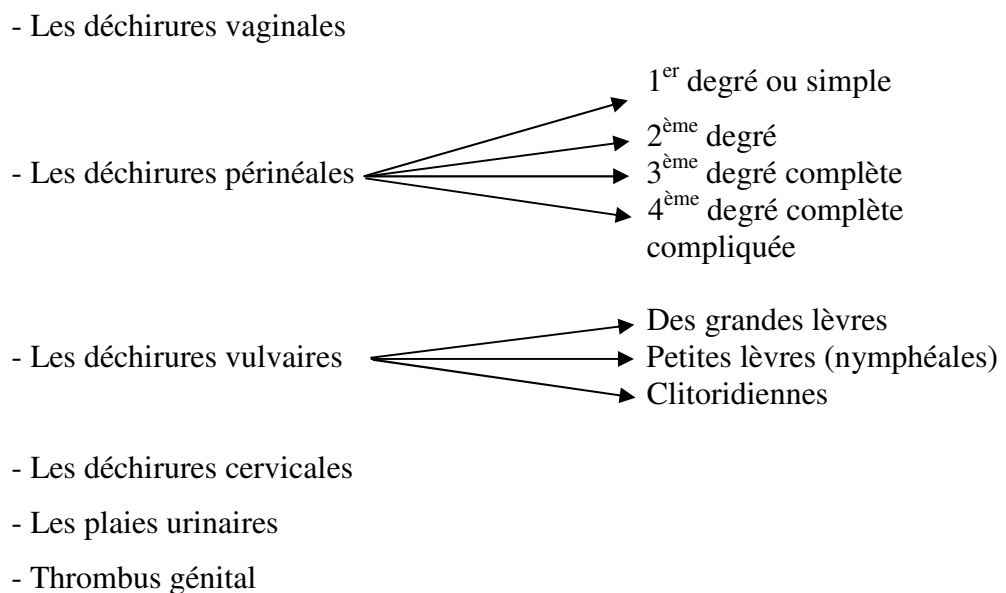


Schéma des différents types de déchirures et lésions possibles

2.1. Les déchirures vaginales

Leur incidence est de 4 à 21 % pour les accouchements par forceps, 1,2 à 10 % pour les spatules et 0,5 à 6 % en cas de ventouse [4].

Elles peuvent être simples. Ce sont alors des plaies qui partent de l'anneau vulvaire et remontent vers l'épine sciatique.

Elles peuvent être parfois compliquées, car associées à des déchirures périnéales ou cervicales ^{[4] [55]}.

Celles-ci sont majorées lors d'une EI par les forceps et les spatules avec des taux variant de 2 à 56 % pour les forceps et de 20 à 43% pour les spatules ^[12].

2.2. Les déchirures périnéales (selon la classification anglo saxone)

[4] [8] [12] [15] [17] [22] [26] [48] [55]

Lésions	Classification française classique	Classification anglo-saxonne
Cutanéo-muqueuse Muscle bulbo-caverneux	Déchirure simple, incomplète (1er degré)	1er degré
Centre tendineux du périnée		2e degré
Sphincter anal	Déchirure complète (2e degré)	3e degré
Muqueuse du canal anal	Déchirure complète compliquée (3e degré)	4e degré

2.2.1. Les déchirures du 1er degré, simples ou incomplètes

C'est la distension extrême des muscles peri-vaginaux et du plancher pelvi-périnéal par le mobile fœtal qui induit leur rupture. L'élargissement de la présentation par les cuillères du forceps ou des spatules, accentue bien cette surdistension.

Elles sont superficielles, intéressent la peau anovulvaire, la muqueuse vaginale et parfois les muscles superficiels du périnée. La plaie est triangulaire, irrégulière et s'étend sur une des parois latérales du vagin, ou les deux ou en direction du sphincter anal ^{[4] [17] [22] [27] [55]}.

2.2.2. Les déchirures du 2ème degré

La lésion est compliquée par une atteinte du noyau fibreux central du périnée.

2.2.3. Les déchirures du 3ème degré ou déchirure complète

Elles sont caractérisées par l'atteinte du sphincter externe de l'anus qui s'ajoute aux lésions précédentes. L'espace pelvirectal est béant avec des lésions vaginales importantes. Elles représentent 1 à 2 % des accouchements.

Un toucher rectal est indispensable pour évaluer cette lésion sphinctérienne nécessitant un traitement spécifique et permettant l'évaluation d'éventuelles lésions concomitantes.

[4] [17] [22] [27] [55]

2.2.4. Les déchirures du 4ème degré ou déchirure complète compliquée

Cette fois, en plus d'une lésion sphinctérienne, la déchirure vulvopérinéovaginale se complique d'une rupture de la paroi anorectale antérieure, créant un cloaque recto vaginal. Il s'agit d'une plaie digestive, à prendre en charge comme telle. [4] [12] [17] [22] [27] [55]

2.3. Les lésions vulvaires

Celles-ci intéressent individuellement ou à la fois, les grandes lèvres, les petites lèvres (déchirures nymphéales), le clitoris (déchirures clitoridiennes) et l'hymen (déchirures hyménéales). Elles peuvent constituer de simples éraillures souvent non suturées, ou de véritables déchirures, sections, qui mériteront une réfection appliquée. [4]

[22] [27] [55]

2.4. Les déchirures cervicales

Elles sont exceptionnelles, souvent associées à des déchirures vaginales hautes voire à une rupture utérine ou parfois isolées. Dans 11 % des cas, celles ci mesurent plus de 3 cm.

Dans une EI elles sont liées à une pose précoce de l'instrument avant une dilatation complète. ^{[4] [22] [27] [55]}

2.5. Les plaies urinaires

Elles surviennent majoritairement après une EI par forceps en l'absence d'une vidange vésicale ou des suites d'une ischémie détrusorienne par une compression de l'organe entre la présentation et le bassin osseux maternel. ^{[4] [15] [27]}

2.6. Le thrombus génital

Il s'agit d'une collection sanguine siégeant dans le vagin ou la vulve, le plus souvent secondaire à une rupture veineuse vulvo-vaginale. L'hémostase ne s'y faisant pas, cela engendre une étendue de l'hématome vers le haut, ou vers la base du ligament large puis dans le rétro péritoine. Sa fréquence est de 1/1000 accouchements ^{[4] [12] [15] [27]}.

Lors de mon étude un cas de thrombus a été retrouvé.
Cependant ce type de lésion est peu rapporté dans la littérature.

2.7. Incidence de l'EI sur le périnée

Il est vrai que tout accouchement est à risque d'induire des lésions périnéales. Mais celles-ci sont majorées par toute EI. On le comprend aisément car le périnée est lourdement exposé lors de l'introduction de l'instrument (notamment les cuillères et les spatules). Sa mise en place dans la filière génitale, puis les forces de traction exercées, peuvent majorer la distension périnéale et favoriser la rupture tissulaire.

De plus, les parties molles maternelles, risquent d'être prises entre l'instrument et la tête fœtale.

En outre, la littérature américaine s'accorde à dire que les antécédents d'EI et d'épisiotomie pour un premier accouchement, majorent significativement les déchirures périnéales sévères lors du deuxième accouchement. Vingt pourcent de ces femmes ont de nouveau les mêmes déchirures que pour le premier accouchement.

Dans les études américaines [36] réalisées sur un grand échantillon 2849 parturientes, il en ressort que la ventouse est moins souvent associée à des lésions traumatiques vaginales et périnéales, que le forceps.

Pour raison, l'étude [50] menée en 2004 aux USA sur un échantillon de plus de trois cent milles patientes, a montré un taux de déchirures du troisième degré de 3,7 % lors d'une voie basse spontanée, 9,6 % lors d'une ventouse et 12,5 % lors de forceps. De même pour les déchirures du quatrième degré avec des taux respectifs de 2 %, 6,2 % et 9,7 %.

En revanche, on ne peut que constater une majoration des déchirures graves lors d'une EI, avec un taux de ces lésions multiplié par 3.

L'usage séquentiel d'instruments et le périnée :

Dans une étude américaine établie sur une période de treize ans ^[51] (de 1993 à 2006), avec un taux de 6,1 % de naissances par EI (par ventouse ou par forceps), il a été constaté un taux d'échec moyen de 8,6 % (plus important lors d'essai par ventouse). De plus, 72,5 % des échecs par ventouse ont été suivi d'une tentative d'extraction par forceps, qui a échoué à son tour dans 3,5 % des cas. On constate donc, une réelle pratique de la succession de plusieurs instruments, mais elle trouve tout de même ses limites. Effectivement, dans cette étude le recours aux forceps après un échec de ventouse est souvent pratiqué, alors que l'inverse est rare. (cf. annexe 1). L'échec de l'extraction par forceps, aboutit toujours dans cette étude à une césarienne.

Les Guidelines de 2008 ^[13] ne recommandent pas l'usage séquentiel d'instruments lors d'un accouchement. Il est certain que les risques de lésions périnéales se surajoutent lors de l'introduction, la manœuvre et le retrait de chaque instrument. Cependant, si la question se pose après un échec de l'instrument utilisé, l'opérateur doit

évaluer la balance des bénéfices/ risques par rapport à une césarienne, surtout après un travail long.

3. LES FACTEURS FAVORISANTS

3.1. Les facteurs maternels

Selon la littérature française ^{[2] [21] [22] [26] [28]} ceux-ci sont clairement listés :

- *La primiparité* : la femme primipare a un périnée moins souple, car il n'a jamais été distendu. 75% des déchirures obstétricales sont observées lors du premier accouchement ;

- *L'âge maternel élevé* : la parturiente âgée a des tissus beaucoup moins élastiques, conséquence d'une disparition du collagène. Par ailleurs, la fatigue maternelle pendant le travail et les efforts expulsifs, sont plus fréquents. Les efforts s'avérant alors parfois inefficaces ;

- *L'origine ethnique* : la lordose constitutionnelle des populations noires contrarie la descente de la présentation dans l'excavation du bassin. Les bassins transversalement rétrécis sont plus retrouvés chez ces types de femmes. Ainsi, Les étapes de la deuxième phase du travail sont altérées ;

- *L'indice de masse corporelle supérieur à 30 kg/m²* : l'obésité provoque une imprégnation graisseuse et une rétention d'eau au niveau périnéal et vaginal empêchant une descente et rotation idéale du mobile fœtal, augmentant la deuxième phase du travail (« dystocie des parties molles ») ;

- *La prise de poids maternelle importante pendant la grossesse supérieure à 18 kg*: celle-ci se faisant rapidement, elle s'accompagne d'œdèmes généralisés. A savoir que plus le BMI de départ est élevé (supérieur à 25 kg/m²), moins la prise de poids tolérée est importante (seulement 6kg environ pour un BMI supérieur à 30 kg/ m²) ;

- *La longueur du travail* : une phase de dilatation jusqu'à dilatation complète qui augmente. Elle est normalement inférieure à 1cm/heure chez la primipare et de 1,5 à 2 cm/heure chez la multipare. D'autre part, la phase d'engagement de la tête fœtale jusqu'à l'expulsion dépassant deux heures, majore le risque d'accouchement par EI.

- *La texture du périnée* : les tissus sont œdématisés par des touchers vaginaux répétés, par un travail prolongé ou sont physiologiquement fragiles. Ils peuvent être aussi trop résistants, notamment les périnées cicatriciels ou celui de la primipare âgée. La distance anovulvaire inférieure à 4 cm est une indication de césarienne.

- *L'anatomie du bassin* : Une ogive pubienne étroite oblige la présentation à occuper la partie postérieure de l'excavation et à distendre le périnée postérieur.
- *L'analgésie péridurale* : est reconnue comme augmentant la durée du travail.

On peut d'autre part noter, que certains des facteurs suscités sont à considérer comme des facteurs confondants: ainsi l'analgésie péridurale entraîne un allongement de la deuxième phase du travail; l'obésité maternelle entraîne un poids foetal plus élevé.

3.2. Les facteurs fœtaux

On peut citer ^{[2] [12] [21] [22] [26] [28]}.

- *La macrosomie* : le foetus macrosome voire l'hypotrope, présente souvent un défaut de flexion et d'engagement de sa présentation à l'origine d'une disproportion fœto-pelvienne. L'introduction de forceps ou spatules ne fait que surdistendre davantage les muqueuses et le périnée, déjà très distendus par une présentation à grands diamètres;
 - *Une présentation haute* lors de l'introduction de l'instrument ;
 - *Une grande rotation de la présentation* effectuée pour le dégagement ;
 - *Une présentation postérieure* lors de l'introduction de l'instrument, car en cas d'échec de rotation manuelle, une rotation vers l'avant par des spatules peut être tentée.

3.3. Facteurs dépendant de l'opérateur

Il s'agit ^{[4] [12] [21] [27]} :

- *Non respect des conditions d'utilisation de l'instrument* : notamment une dilatation incomplète ou une absence de vidange de la vessie ;
- *Du type d'instrument choisi* : les spatules et les forceps sont plus délétères que la ventouse qui n'est que très peu en contact direct avec la filière génitale ;
- *De l'expérience de l'opérateur pour l'instrument utilisé* : la pratique par un senior est moins délétère que celle par un interne car l'expérience permet une manipulation de l'instrument choisi, plus sûre. Un dégagement trop brutal ou trop rapide par une ventouse peut être source d'une déchirure périnéale.

À la MRUN, environ 3540 accouchements sont réalisés par an. En supposant que 80% des actes sont menés par les internes ^[3] (une dizaine environ) chaque interne fait donc environ 26 EI par forceps par semestre, 13 par ventouses et 3 par spatules ;

- *De la mauvaise manipulation des instruments.* Même entre des mains expertes, elle peut être responsable de déchirures des culs de sac et / ou du col (exemple : « manœuvre du toboggan » avec les spatules ^[10]) ;

- *Concernant la pose de forceps :* sur une variété postérieure mal fléchie, les grandes rotations (supérieures à 45 °) entraînant plus de lésions fœtales et maternelles, l'extraction en occipito-sacré doit lui être préférée ;

Lorsqu'il s'agit d'une variété transverse, la prise ne pouvant se réaliser sans risque, il ne faudra la réaliser que après une rotation préalable (manuelle ou à la ventouse) ou renoncer ;

- *Concernant la pose des spatules :* leur pose sur une variété postérieure avec un dégagement en occipito-sacré majore significativement les lésions du sphincter anal par majoration du diamètre céphalique au dégagement, la rotation par spatules ne pouvant se faire ;

- *Le retrait tardif de l'instrument,* c'est à dire après l'apparition de la tête fœtale au petit couronnement majore les lésions vaginales et vulvaires surtout pour le forceps et les spatules ;

- *L'usage séquentiel de deux instruments* traduit une extraction difficile et multiplie les risques de lésions par trois, chez la primipare ou déchirures par introductions et manoeuvres répétées des instruments.

4. LA PLACE DE L'ÉPISIOTOMIE DANS L'EXTRACTION INSTRUMENTALE

4.1. Critères de choix de l'épisiotomie

L'épisiotomie est une incision périnéale réalisée au moment de l'accouchement et destinée à agrandir l'orifice vaginal ^[17]. Elle peut se pratiquer par une section médiane ou médio- latérale ^{[6] [7]}. Cette dernière ayant montré le plus de bénéfices et le moins de complications à court et long terme, c'est la méthode de choix enseignée à la Maternité Régionale de Nancy et pratiquée par tous les professionnels de l'établissement.

En France, selon les chiffres du réseau sentinelle français AUDIPOG, une épisiotomie a été réalisée chez 68 % des primipares et 31 % des multipares en 2002-2003 ^{[48] [52]}. Le but principal du Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français (CNGOF) est désormais, de faire passer ces chiffres moyens sous la barre des trente pourcent lors d'accouchements par voie basse. Pourcentages qui pourraient s'abaisser, s'il se confirme que la politique de réduction a des conséquences positives, à l'image d'autres pays qui l'ont adoptée ^{[13] [15]}.

Sa pratique est habituellement justifiée par deux types de bénéfices ^[17] :

Bénéfices fœtaux : cela permet une extraction plus rapide, réduit le traumatisme fœtal et faciliterait l'éventuelle pratique de manœuvres obstétricales, notamment la réalisation d'une EI.

Bénéfices maternels : ils sont largement discutés et controversés. Certains auteurs prônent une protection et prévention périnéale contre les déchirures sévères (du 3^{ème} et 4^{ème} degrés notamment). Tandis que d'autres mettent en avant ses effets secondaires négatifs : d'une part, le risque accru de déchirure périnéale complète ou compliquée par extension de l'incision vers le sphincter de l'anus. D'autre part, de mauvais résultats anatomiques (une cicatrisation plus longue et douloureuse, dyspareunies).

4.2. Les recommandations de la pratique de l'épisiotomie lors d'une extraction instrumentale

Dans la réalité, il n'y a pas de recommandation avérée de sa pratique. Selon le CNGOF, selon les dernières RECOMMANDATIONS POUR LA PRATIQUE CLINIQUE, de 2005 ^{[9] [48]} on ne lui trouve guère de bénéfices. En effet, il est dit qu' :

- Elle ne prévient pas la survenue des déchirures périnéales du 3^{ème} du 4^{ème} degrés.
- Elle réduit en revanche le risque de survenue de déchirures périnéales antérieures, de moindre gravité (Grade A).
- Elle ne prévient pas la survenue d'une incontinence urinaire, qu'elle soit d'effort (Grade A) ou par urgencies (« impériosités mictionnelles ») (Grade B).
- Elle ne prévient pas la survenue d'une incontinence anale (Grade B), et semble même exposer à ce risque dans les trois premiers mois du post-partum (Grade C).
- Elle ne prévient apparemment pas la survenue d'un prolapsus, car le manque d'études relatives à ce sujet entrave à une bonne connaissance de la problématique.

Les RPC ^[9] mentionnent explicitement que :

- La pratique systématique de l'épisiotomie ne se justifie pas en cas d'extraction instrumentale (Grade B).
- Dans toutes ces situations obstétricales spécifiques, une épisiotomie peut être judicieuse sur la base de l'expertise clinique de l'accoucheur (Accord professionnel).

L'objectif fixé par le CNGOF, est une pratique en dessous de 30 % des accouchements par voie basse ne différenciant pas ceux qui nécessitent un recours à l'EI .

En outre, il livre ses recommandations sur la réalisation pratique de l'épisiotomie, qui ne devra alors se faire qu'à la visualisation de la présentation fœtale au petit couronnement, afin d'obtenir une ampliation périnéale suffisante et de la réaliser de la meilleure manière possible. Il dénigre une pratique précoce (faite sur un périnée non amplifié par la présentation), qui engendre des lésions plus conséquentes, et

qui n'a d'autre but que de rassurer l'opérateur, mais en aucun cas de répondre à une nécessité réelle de sa pratique.

4.3. La pratique de l'épisiotomie lors d'une EI

Les recommandations du CNGOF, concluaient en 2006 que la réalisation systématique d'une épisiotomie lors d'une EI, n'était pas justifiée et que le risque de lésions périnéales sévères augmentait en cas d'association EI- épisiotomie.

En effet, une étude publiée en 2005 par Dandolu ^[53], réalisée à partir d'une base de données de 258 507 accouchements par voie basse, montrait que l'association d'une extraction instrumentale par forceps ou ventouse à une épisiotomie, apparaissait comme un facteur de risque important de déchirures périnéales du 3^{ème} et du 4^{ème} degrés.

L'extraction par ventouse nécessite cependant moins d'épisiotomie, et expose moins aux lésions périnéales sévères que le forceps (Grade A) ^[48].

Dans l'étude effectuée en Australie ^[33] en 2010 sur cent parturientes à terme qui ont subi une EI par ventouse, les traumatismes maternels constatés sont intéressants. Seules 62 % des parturientes ont eu une épisiotomie, 33 % ont eu un périnée intact, 5 % ont eu une déchirure du premier ou second degré et 3 % ont eu une déchirure du troisième degré, associées ou non à une épisiotomie. Aucune déchirure complète compliquée n'a été notée.

Dans l'étude rétrospective menée de 2005 à 2007 au CHU de Colombes ^[35], le taux d'épisiotomie était plus élevé dans le groupe des spatules que pour les ventouses (80,3 % versus 54,8 %), contrairement au taux de déchirures périnéales simples (18,8 % versus 35,2 %). Il n'a pas été observé de différence en termes de déchirures périnéales compliquées. Cette étude sera une référence pour l'analyse de notre étude.

Une étude menée en 1997 aux Etats-Unis ^[54], compare les taux d'épisiotomies entre des naissances par forceps et ventouse. Le taux d'épisiotomie est de 66,3% pour trois cent quinze parturientes qui ont accouché par forceps et de 30,1% pour les trois

cent vingt deux parturientes assistées par ventouse. L'EI par forceps semble donc requérir d'avantage la pratique d'une épisiotomie, qu'une naissance par ventouse.

En résumé, il s'agirait donc dans la plupart des cas, de palier à l'inquiétude de l'accoucheur quant à la résistance du périnée, combiné à un maniement délicat de l'instrument.

Ce genre d'accouchement ne présente pas d'avantage d'indication de réalisation d'une épisiotomie, que l'accouchement normal, et sa réalisation doit se faire au cas par cas.

L'obstétricien jugera de la nécessité de l'incision suivant le type d'instrument utilisé, la parité de la parturiente, la texture de son périnée, l'urgence de l'extraction fœtale, son expérience avec l'instrument, etc.

4.4. La pratique de l'épisiotomie renforce t-elle le bilan lésionnel ?

[26] [37]

	Primipares n = 3 137		Multipares n = 5 357	
	Épisiotomie	Pas d'épisiotomie	Épisiotomie	Pas d'épisiotomie
Déchirure : premier degré	25 (1,1 %)	498 (53,8 %)	17 (1,2 %)	1 776 (44,6 %)
deuxième degré	13 (0,6 %)	1 (0,1 %)	2 (0,1 %)	6 (0,1 %)
troisième degré	-	-	-	-
	2 211 (70,5 %)	926 (29,5 %)	1 378 (25,7 %)	3 979 (74,3 %)

Fréquence de l'épisiotomie et des déchirures périnéales dans les accouchements uniques, spontanés et en présentation céphalique au CHU de Toulouse la Grave

Cette étude montre que la pratique d'une épisiotomie n'empêche nullement la survenue d'une autre déchirure périnéale. D'autre part, sa réalisation est nettement majorée chez les primipares, avec un taux atteignant soixante dix pourcent, contre vingt cinq pourcent chez la multipare. Secondairement l'épisiotomie renforce la survenue de déchirures supplémentaires, notamment du 1er 2^{ème} et 3^{ème} degré.

Quatre études se sont intéressées aux conséquences sur le périnée de l'épisiotomie en cas d'extraction instrumentale. Une de 2003, concernait 87 accouchements par forceps avec épisiotomie. L'analyse multivariée ne retrouvait pas de différence significative dans la survenue de déchirures sévères après épisiotomie ou non, et ce quel que soit le type d'épisiotomie.

Un travail rétrospectif datant de 1997 aux USA ^[55], a constaté que le taux d'épisiotomies était passé d'une fréquence de 93 à 36 % ($p = 0,0001$) entre 1984 et 1994 sur plus de deux mille patientes. Dans le même temps, ont été observées :

- Une augmentation significative du taux de déchirures vaginales ;
- Une augmentation du taux de périnées intacts chez les multipares ;
- Une absence de modification significative du taux de déchirures du 3e degré ;
- Une réduction du taux de déchirures du 4e degré chez les primipares.

Il est donc certain que l'absence d'épisiotomie lors d'un accouchement favorise la survenue des déchirures diverses (vaginales, périnéales, vulvaires. etc....). Mais celles-ci sont moins hémorragiques et ont une meilleure cicatrisation que l'épisiotomie. On constate encore une fois, qu'il ne faut pratiquer une épisiotomie qu'en cas de stricte nécessité. Ceci est d'autant plus vrai chez la multipare, chez qui on observe une augmentation de périnée intact en l'absence d'épisiotomie.

À travers cette revue de la littérature, nous avons pu percevoir l'impact relativement négatif de l'extraction instrumentale sur le périnée. Les différentes études divergent parfois selon les cohortes, les années et les pays investigateurs, mais l'on retrouve des conclusions similaires. Toutes s'accordent à dire, que la pratique de l'instrument est affaire de l'opérateur, que l'épisiotomie n'a pas une place justifiée dans toutes les naissances par EI, et que l'association épisiotomie- EI n'annule pas le risque de survenues de lésions supplémentaires ^{[17] [37]}.

Les recommandations nationales et même internationales sont réelles, récentes mais elles ne peuvent que fixer des objectifs visant à l'amélioration de la prise en charge de la parturiente au moment de l'extraction.

PARTIE 2

**Enquête à la Maternité Régionale
Universitaire de Nancy de janvier à avril 2010**

1. PRÉSENTATION DE L'ÉTUDE

1.1. Les objectifs de l'étude

Mon objectif principal est de vérifier les conséquences en terme de lésions périnéales, lors d'une naissance par extraction instrumentale.

La confirmation de la présence de facteurs de risques engendrant des déchirures périnéales majorées lors de l'extraction instrumentale constitue mon objectif secondaire.

Mes différentes hypothèses cliniques sont de supposer que les facteurs de risques cités ci-dessous sont responsables de l'augmentation des déchirures périnéales lors d'une EI :

- *Les facteurs maternels* : la primiparité, l'âge maternel élevé, l'origine ethnique, un indice de masse corporel supérieur à 30 kg/m², une prise de poids maternelle importante pendant la grossesse supérieure à 18 kg, la longueur de la fin de la première phase du travail et deuxième phase, la texture du périnée, les tissus oedématisés et l'analgésie péridurale.

- *Les facteurs fœtaux* : la macrosomie, une présentation haute lors de l'introduction de l'instrument et une grande rotation de la présentation effectuée pour le dégagement.

- *Les facteurs dépendant de l'opérateur* : le type d'instrument choisi (les spatules de Thierry et le forceps sont plus délétères que la ventouse), l'expérience de l'opérateur pour l'instrument utilisé (la pratique par un senior / par un interne) et la pose de forceps sur une présentation haute.

1.2. Population et méthode utilisée

1.2.1. Les caractéristiques de l'étude

Pour notre étude, la méthodologie générale consiste en une étude descriptive rétrospective sur les cent derniers dossiers d'accouchement par extraction instrumentale à la MRUN en 2010 à compter du mois d'avril.

C'est une étude monocentrique, non randomisée.

1.2.2. Population

La population étudiée correspond aux cent dernières femmes ayant subi une extraction instrumentale à plus de 37 SA à la maternité Régionale, à compter de la date du 9 mai 2010. Les dossiers sortis par les secrétaires des archives couvrent une période de janvier à avril 2010.

Le choix de cet établissement s'est fait pour sa proximité avec l'école de sages-femmes. Il s'agit d'une maternité régionale de type III, et de types I et II de proximité. On y trouve donc l'ensemble de la population des femmes enceintes. Son importante activité m'a ainsi permis de recruter les cent dossiers sur une période brève.

Nous avons défini des critères d'inclusion et d'exclusion afin de cibler au mieux notre population recrutée.

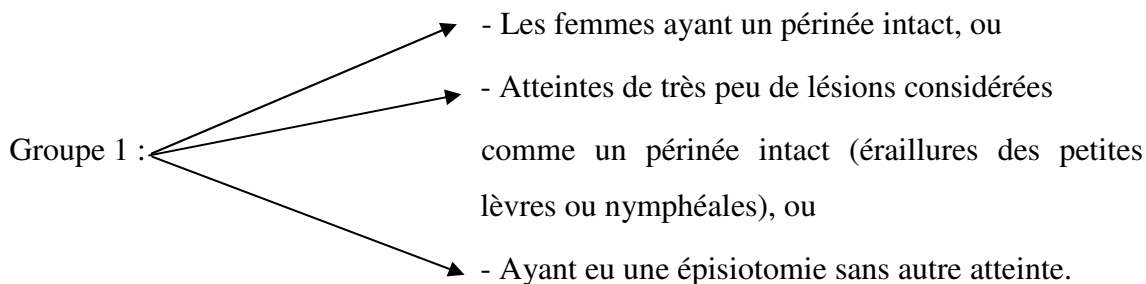
Critères d'inclusion :

- Derniers dossiers d'accouchement par EI quelque soit l'instrument utilisé ;
- Accouchement à plus de 37 SA ;
- Grossesse singleton ;
- Présentation céphalique.

Critères d'exclusion :

- IMG
- MFIU.

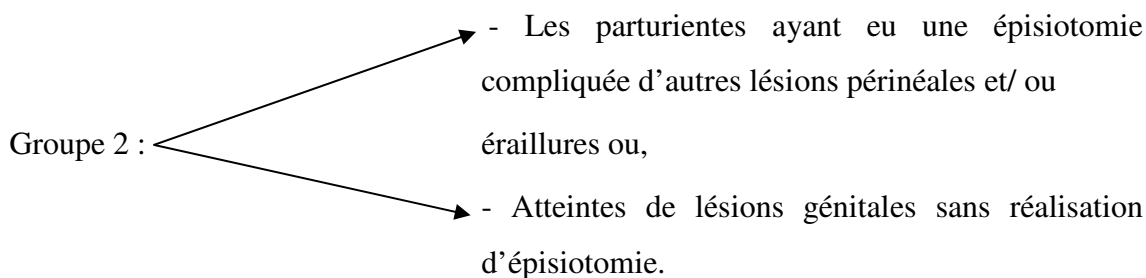
Echantillons : Un scindement en deux groupes distincts a été réalisé afin de pouvoir réaliser des comparaisons et d'extraire les facteurs de risques responsables de lésions périnéales.



Ce groupe sera dénommé au cours de mon étude **GDNC** (Groupe aux Déchirures Non Complexes).

Il traduit un dégagement fœtal « maîtrisé ».

N= 40.



Celui-ci sera appelé **GDC** (Groupe aux Déchirures Complexes).

Il traduit un dégagement fœtal délicat et peut-être « non maîtrisé » au vu de la complication de l'épisiotomie ou de l'importance des lésions et déchirures constatées.

N = 60.

Le recueil des données :

Il a été effectué aux archives de la MRUN durant une période d'un mois et demi (de mi-mai à fin juin 2010), grâce à une grille de recueil de données (Annexe 2).

Cette grille est composée de parties bien distinctes :

La première a permis de relever d'une part, les caractéristiques générales de la patiente en consignnant son morphotype.

La deuxième partie concerne les éléments pertinents de la grossesse qui permettent de suspecter une disproportion fœto- maternelle, potentiel facteur de risques.

La troisième partie cible le déroulement du travail puis de l'accouchement.

La quatrième partie détaille l'extraction en précisant la nature de l'instrument et les conditions d'application.

La cinquième partie établit le bilan lésionnel maternel.

L'analyse statistique a été réalisée à l'aide du test du Khi 2, avec un seuil de significativité retenu $p < 0,05$.

2. ANALYSE DES RÉSULTATS

Dans un premier temps, nous allons faire une brève présentation générale de la population étudiée. Puis seront évoquées les différentes relations entre le risque de survenue de lésions périnéales et le déroulement de la grossesse, le déroulement du travail, puis du dégagement.

2.1. Les caractéristiques générales de la population

2.1.1. L'âge

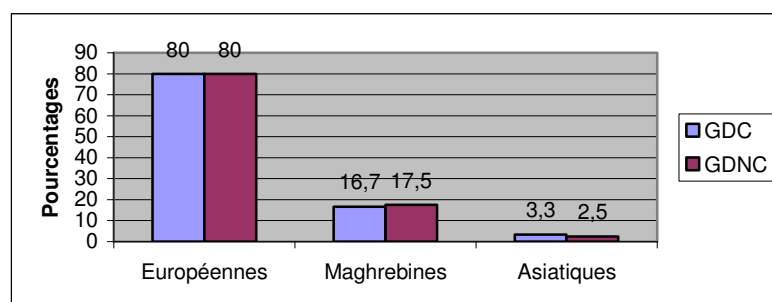
Le groupe GDNC a une moyenne d'âge de **27,0** ans avec un écart- type de 4,55 soit une dispersion correcte des valeurs, et le groupe GDC a une moyenne d'âge de **26,1** ans avec un écart- type de 4,78.

La différence n'est pas significative entre les deux groupes, $p = 0,304$.

2.1.2. Les origines géographiques

Notre population est composée d'origines géographiques variées, qui sont Européennes, Maghrébines (africaines du Nord et turques), et Asiatiques.

Histogramme 1 : Répartition des origines géographiques



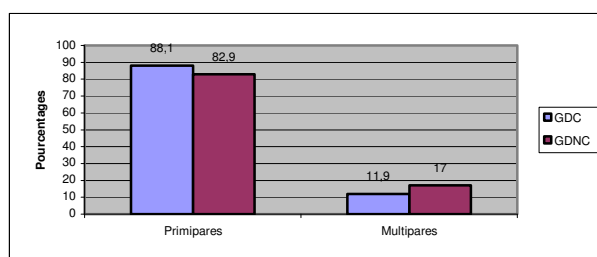
On constate que l'origine principale des femmes dans chacun des deux groupes est Européenne.

La répartition de chaque origine est homogène dans les deux groupes. De plus, d'après les tests statistiques, l'origine n'est pas influente sur les groupes car la différence n'est pas significative $p = 0,96$.

2.1.3. La parité

Dans mon étude, il y a 92% de primipares. Il est donc difficile d'évaluer l'influence de la parité.

Histogramme 2 : Parité des femmes en fonction des groupes



Le constat est immédiat : Il y a autant de primipares atteintes de déchirures complexes que non complexes, la différence est non significative, $p = 0,466$.

2.1.4. La taille

La taille moyenne dans le groupe GDNC est de **163,4 cm** avec un écart-type de 5,4 alors que celle du groupe GDC est de **163,0 cm** avec un écart-type de 5,06. Les tailles sont quasiment similaires, comme nous le constatons avec le calcul la différence significative $p = 0,73 (\geq 0,05)$.

2.1.5. L'IMC et la prise de poids pendant la grossesse

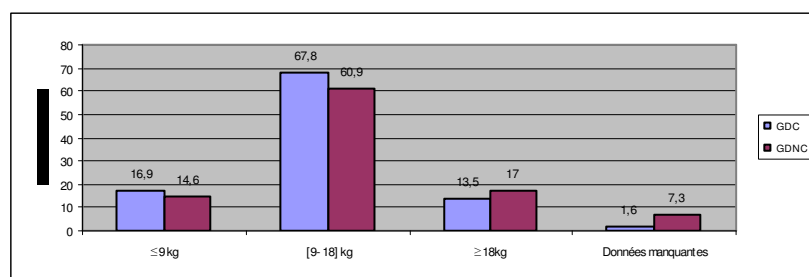
- **L'IMC (Indice de Masse Corporelle)**: pour le GDC, l'IMC moyen est de **22,9 kg/m²** et celui de GDNC est de **22,5 kg/m²**. Le calcul de l'homogénéité des variances par le test statistique de Bartlett donne $p = 0,53$. Ainsi la différence n'est pas significative.

- **La prise de poids** : dans le GDC est de **12,79 kg**, alors que pour le groupe GDNC, la prise de poids moyenne est de **12,56 kg**. La comparaison de moyenne

n'étant pas significative, une classification par bornes a été définie en considérant comme limites :

- Prise de poids
- $\leq 9\text{kg}$: minimale ;
 - [9 et 18kg] : normale, (valeur de 18kg définie d'après les références en diabétologie retenues à la MRUN.) ;
 - $\geq 18\text{kg}$: excessive.

Histogramme 3 : Répartition des prises de poids des parturientes pendant la grossesse dans les deux groupes



Dans les deux groupes, la grande majorité des parturientes a eu une prise de poids normale répartie entre 9 et 18 kg sans différence statistiquement significative, $p = 0,59$.

De surcroît, la prise de poids excessive supérieure à 18 kg, ne majore pas les lésions potentielles puisque GDC n'est que peu retrouvé dans cette classe.

2.1.6. La présence d'antécédents périnéaux notables ou de condylomes pour la grossesse étudiée

Je ne peux faire de tests statistiques pour ces deux items au vu des faibles effectifs de chacun. Cependant, sur les 6 cas de patientes de ma population générale ayant des antécédents notables (telles qu'une épisiotomie ou déchirure pour la ou les grossesses précédentes), 3 appartiennent au GDC. Ceci ne majore donc pas significativement le bilan lésionnel lors d'une EI.

D'autre part seulement deux patientes étaient atteintes de condylomes Elles appartiennent au GDNC (une épisiotomie a été réalisée).

Par ailleurs, quelques femmes étaient affectées de mycoses à répétition durant la grossesse. Les mycoses fragilisent-elles la muqueuse vaginale et/ou le périnée ? Le faible effectif m'empêche d'effectuer des tests statistiques, mais 9 parturientes étaient dans ce cas. Parmi celles-ci, 8 appartiennent au GDC, dont 6 ont présenté des lésions vaginales et/ou périnéales en plus de l'épisiotomie réalisée, soit 75%. On pourrait donc penser que les mycoses récidivantes peuvent avoir un rôle dans la fragilisation des tissus de la filière génitale. Mais cette constatation n'est qu'une hypothèse personnelle qui mériterait d'être évaluée.

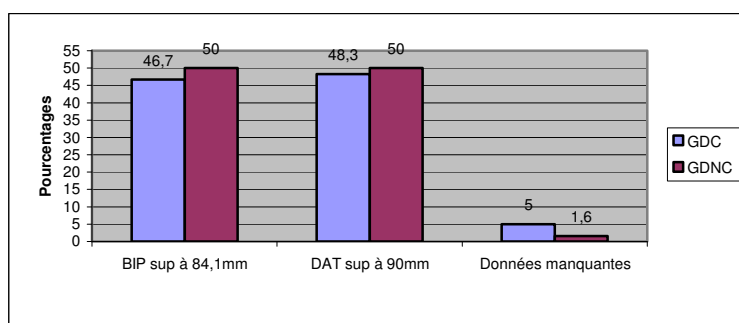
2.2. Concernant la grossesse

2.2.1. L'estimation du poids fœtal

Selon les références du Collège Français d'Echographie Fœtale, les valeurs seuil des mesures du BIP (diamètre bipariétal), du DAT (diamètre abdominal transverse) et de l'estimation de poids fœtal (selon la formule de Hadlock), lors de l'échographie du troisième trimestre, qui atteignent le 90^{ème} percentile, sont :

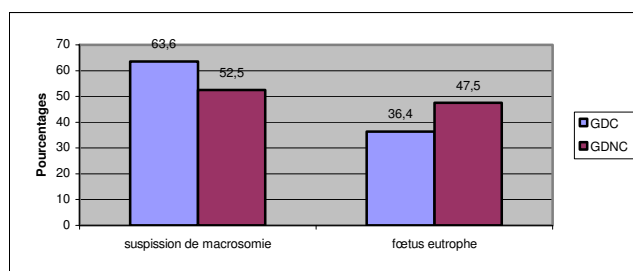
BIP \geq 84,8 mm, DAT \geq 90 mm et une estimation de poids fœtal supérieure à 2200g. Toutes ces valeurs permettent de supposer une macrosomie fœtale.

Histogramme 4 : Biométries fœtales estimées lors de l'échographie du troisième trimestre, en fonction des groupes



Les différences entre les deux sont faibles, la différence n'est pas significative $p=0,72$.

Histogramme 4 bis : Conclusions échographiques sur le gabarit fœtal lors de l'échographie du 3ème trimestre



Il y a une plus grande majorité de suspicion de macrosomie dans le groupe GDC, mais cette différence n'est pas significative ($p = 0,28$).

2.2.2. L'évaluation de la perméabilité du bassin

L'évaluation clinique ou para clinique de la perméabilité du bassin a été considérée comme faite, lorsque celle-ci était mentionnée dans le dossier de suivi de grossesse ou qu'une radio pelvi-métrie a été effectuée. Le critère « favorable » est retenu lorsque « bassin cliniquement favorable » sur le dossier ou que la radiopelvimétrie donnait un indice de Magnin \geq à 23.

Dans le groupe GDC, seulement 32 évaluations cliniques du bassin ont été réalisées, soit dans **53%** avec **96,5 %** bassins favorables.

Dans le groupe GDNC, seulement 26 évaluations cliniques ont été réalisées soit **65%** avec **99 %** bassins favorables.

L'évaluation statistique n'a pas été réalisée, de par le nombre important de données manquantes.

À noter que les quelques cas où l'évaluation clinique ou radiologique du bassin était notée comme « limite » sont des patientes appartenant au GDC

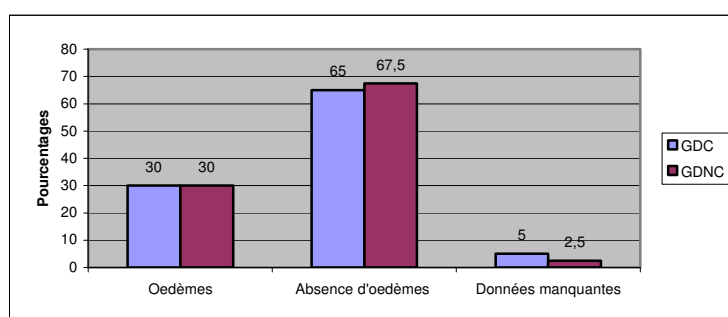
2.2.3. Présence d'œdèmes des membres supérieurs et /ou inférieurs

On peut penser que les œdèmes créant une surcharge des tissus en eau, et en particulier les tissus de la filière génitale, peuvent majorer les lésions lors de la naissance par EI. Le moindre traumatisme (écartement et / ou rotation des spatules,

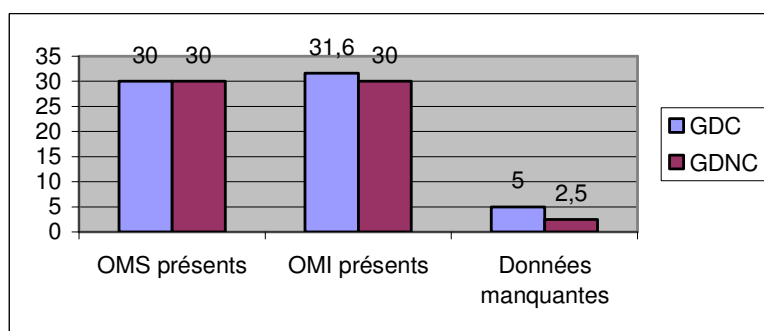
insertion de forceps ...etc.), pourrait créer plus facilement des lésions par pression sur des tissus hypertendus.

Histogramme 5 : Présence d'œdèmes des membres chez les parturientes en fonction des groupes

D'une manière générale, il ne semble pas y avoir plus de patientes atteintes d'œdèmes des membres (supérieurs et/ ou inférieurs) dans le groupe GDC, que dans GDNC. Le test statistique n'a pas été effectué, les pourcentages de femmes atteintes d'œdèmes étant identiques. De plus, les patientes appartenant à GDC n'ont pour la majorité pas d'oedèmes.



Histogramme 5 bis : Présence d'œdèmes des membres supérieurs et/ ou inférieurs chez les parturientes en fonction des groupes



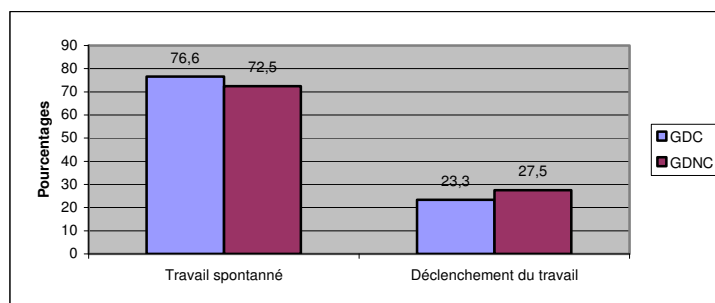
En ce qui concerne l'influence des oedèmes supérieurs et /ou inférieurs sur la survenue de lésions plus délétères, le calcul de p prouve l'indépendance de ces

variables. En effet, $p= 0,82$ pour l'influence des œdèmes des membres supérieurs et $p= 0,79$ pour l'influence des œdèmes inférieurs.

2.3. Travail obstétrical

2.3.1. Travail spontané

Histogramme 6 : Spontanéité du travail des parturientes suivant les groupes



Il est intéressant de voir si la spontanéité du travail influe sur le degré de lésions périnéales. Le calcul de l'Odds Ratio entre les deux groupes, par rapport à la spontanéité du travail donne un résultat de 0,80. Autrement dit, le risque de déchirures complexes est réduit de 20 % lorsque le travail est spontané.

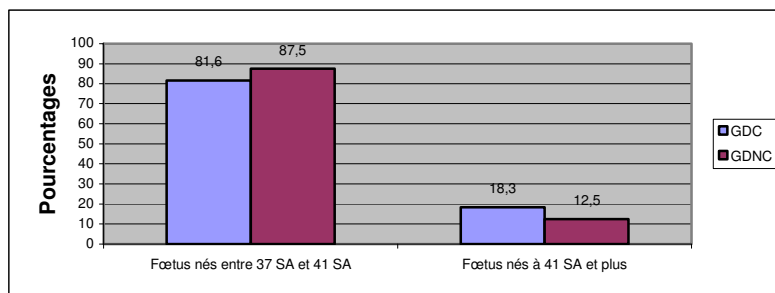
La mise en travail spontanée est plus fréquente dans ma population, quelque soit les groupes étudiés. Les déchirures complexes ne sont pas plus fréquentes chez les parturientes dont le travail a été déclenché, car $p = 0,59$.

2.3.2. L'âge gestationnel

Toutes les patientes sont à plus de 37 semaines d'aménorrhées (critère d'inclusion).

Nous avons décidé de voir si les fœtus nés le jour du terme ou post terme, plaçaient leur mère dans un groupe plus à risque (risque de macrosomie augmenté donc de lésions majorées), que les fœtus nés à un terme situé entre 37 SA et leur date de terme prévue (41 SA).

Histogramme 7 : Répartition du terme de la naissance selon les groupes



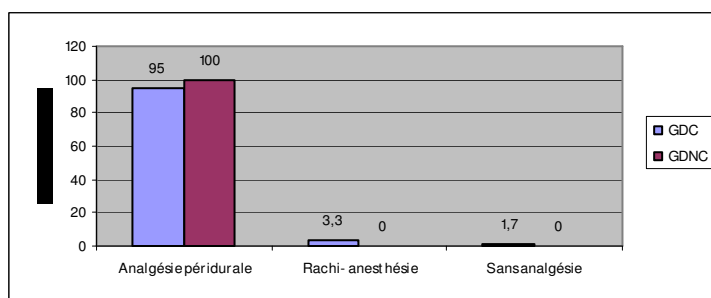
Les enfants nés le jour du terme ou post-terme ne sont pas responsables de lésions périnéales maternelles plus complexes puisque $p = 0,43$.

2.3.3. L'analgésie maternelle

L'analgésie péridurale serait un facteur de risque potentiel de lésions plus importantes, du fait d'efforts expulsifs maternels plus longs.

Dans nos populations, l'influence de ce facteur est incalculable, car les deux populations sont quasiment similaires, notamment en terme d'analgésie.

Histogramme 8 : Type d'analgésie maternelle chez les femmes suivant les deux groupes



D'ailleurs, la différence statistique n'est pas significative, $p = 0,35$.

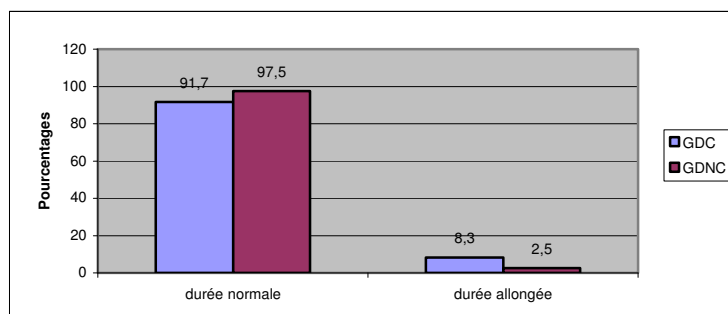
2.3.4. Durées des phases du travail

• **La phase active de la première phase du travail** : est physiologiquement définie par une vitesse de 1cm/h chez la primipare et 1,5- 2 cm/h chez la multipare. L'allongement de cette phase est souvent à l'origine d'un col œdématisé, conséquence d'une éventuelle dystocie mécanique qui est un facteur de risque de lésions périnéales plus sévères.

En tenant compte de ces paramètres, j'ai effectué les calculs pour savoir si la phase active avait une durée d'environ 10h chez les primipares et environ 6h chez les multipares dans mes deux échantillons.

Or, un des effectifs est inférieur à 5, je ne peux donc pas réaliser les tests statistiques.

Histogramme 9 : Evaluation de la durée de la phase active de la première phase du travail



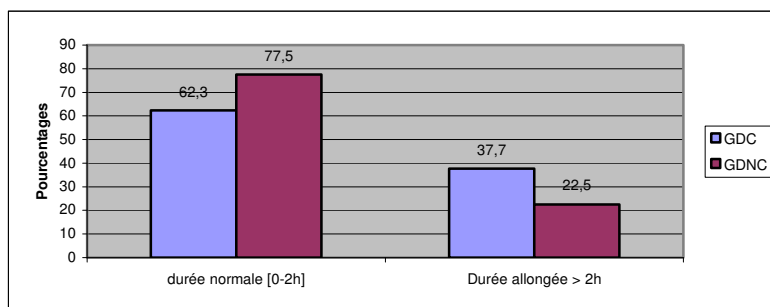
Cependant, en visualisation l'histogramme suivant on perçoit malgré la large majorité de durées normales pour chaque groupe, que le groupe le plus présent lorsque la durée est allongée, est GDC (trois fois plus importante : 6,3% versus 2,5% avec OR=3,55 à IC de 95%).

• **La deuxième phase du travail** débute avec l'engagement de la présentation à dilatation complète jusqu'à la troisième phase du travail (phase expulsive). La durée normale de descente de la présentation fœtale après le début de l'engagement est fixée par la littérature officielle, à 2h. Le dépassement de cette durée peut traduire une dystocie mécanique entraînant une descente prolongée et un probable bilan lésionnel alourdi.

Dans GDC, la durée moyenne de la deuxième phase est de **1h53** comparé à celle de GDNC, qui est de **1h12**. La différence est statistiquement significative puisque $p=0,048$. La durée de la deuxième phase du travail paraît jouer un rôle quant au bilan lésionnel.

Parallèlement, j'ai cherché à observer si le tri en classes : « durée normale [0-2h] » et « durée allongée >à 2h » était plus efficace.

Histogramme 10 : Durée de la deuxième phase du travail selon les deux groupes.

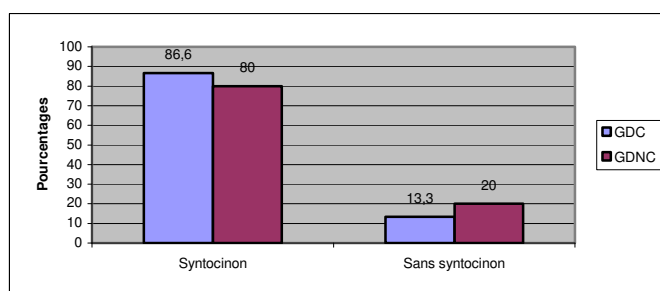


Visuellement, nous voyons qu'en majorité, la durée de cette phase a été normale. Et en effet, la différence statistique entre deux groupes n'est pas significative, $p= 0,15$. Cependant, dans la classe où la durée est allongée, le groupe majoritaire est GDC. On peut donc en conclure que d'une certaine façon la durée de la deuxième phase du travail joue un rôle dans le bilan lésionnel lors d'une EI.

2.3.5. L'utilisation d'ocytocine au cours du travail

L'ocytocine a été employée dans deux usages : comme moyen de déclenchement ou comme traitement d'une dystocie dynamique.

Histogramme 11 : Utilisation d'ocytocine au cours du travail, suivant les deux groupes.



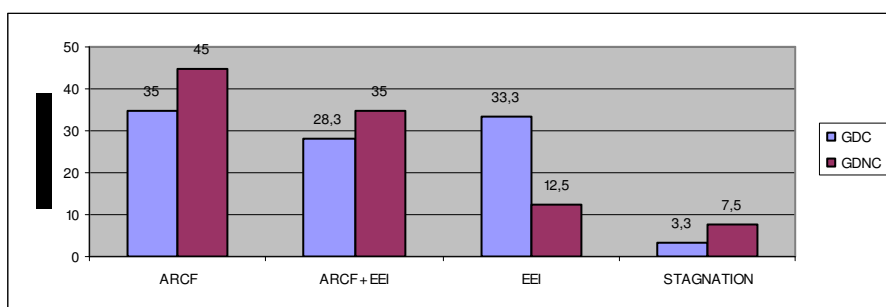
Là encore, l'usage d'ocytocines, semble relativement similaire dans les deux groupes, ce qui est confirmé par les tests, $p= 0,37$.

2.4. Les différentes phases de l'accouchement

2.4.1. L'indication de l'extraction

Au cours de la description de mes populations quatre indications d'EI ont pu être relevées sur celles vues précédemment.

Histogramme 12 : Répartition des différentes indications d'extraction selon les groupes.



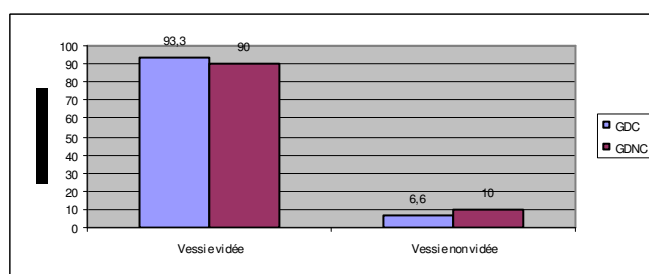
Il semble que pour les femmes dont les efforts expulsifs sont inefficaces, les déchirures compliquées soient presque trois fois plus importantes que dans l'autre groupe ($p= 0,018$).

Les efforts expulsifs inefficaces sont donc significativement plus présents dans le GDC.

L'étude statistique de l'influence de la stagnation de la phase d'engagement sur le bilan lésionnel, ne peut être fait car les effectifs ne sont pas suffisants. $N \leq 5$.

2.4.2. La vidange vésicale

Histogramme 13 : Vidange vésicale lors de la pose de l'instrument en fonction des groupes.



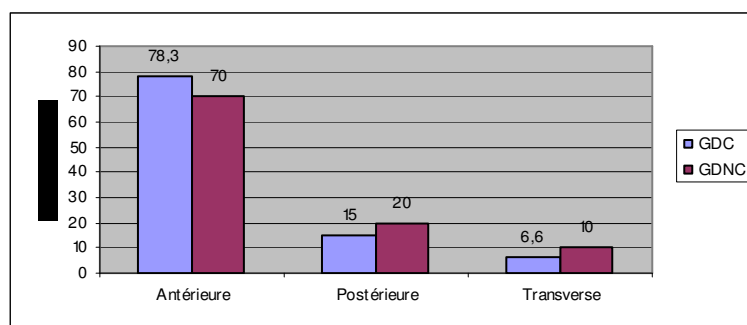
Les tests statistiques n'ont pas été réalisés pour cet item car les proportions sont quasiment similaires. À noter que la vessie a été vidée dans plus de 90 % des cas.

2.4.3. La variété de la présentation

La variété antérieure est une variété facilitant le dégagement de la présentation fœtale, notamment celui en occipito-pubien qui représente 95% des cas.

La variété postérieure est connue comme étant un facteur de risque des lésions maternelles, tout comme la variété transverse.

Histogramme 14 : Variété de la présentation lors de la pose de l'instrument, en fonction des groupes



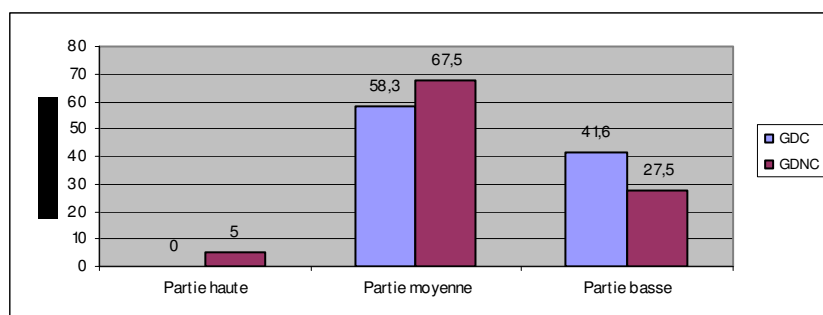
La variété antérieure est très majoritairement la plus fréquente, y compris dans le GDC, contrairement à nos attentes.

La différence retrouvée pour la variété postérieure puis transverse entre les deux groupes, n'est statistiquement pas significative ($p = 0,51$ et $0,58$, respectivement).

La variété ne semble donc pas représenter un facteur déterminant des déchirures maternelles dans l'EI.

2.4.4. La hauteur de la présentation

Histogramme 15 : Hauteur de la présentation fœtale lors de l'introduction de l'instrument



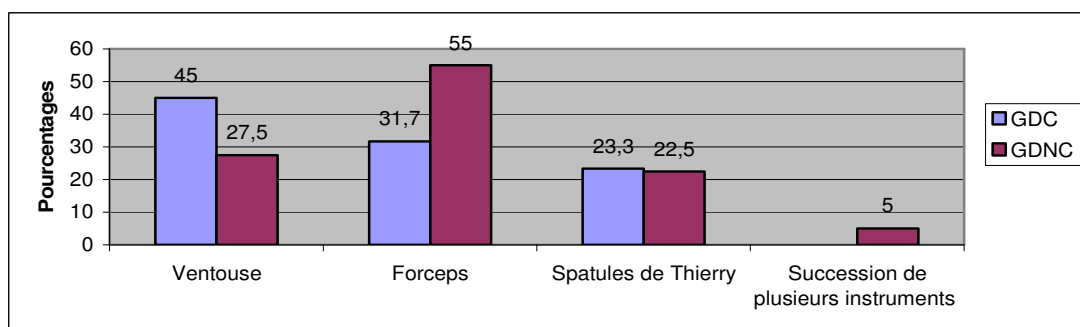
On s'attend à observer dans le GDC, de plus grands pourcentages de pose de l'instrument en partie haute ou moyenne, car celles-ci favorisent les lésions maternelles. Il se trouve que la différence pour le GDC entre la pose en partie moyenne et en partie basse, est statistiquement significative, $p = 0,47$. Les lésions sont donc plus importantes lorsque la pose de l'instrument est en partie moyenne.

Par ailleurs, le fait que la pose en partie basse de l'instrument engendre ici d'avantage de lésions complexes, n'est pas statistiquement significatif, puisque $p = 0,14$.

2.4.5. Utilisation des différents instruments selon les groupes

Dans ma population générale il est à noter que le taux d'utilisation des forceps est de **39%**, **38%** de ventouses et **23%** de spatules de Thierry.

Histogramme 16 : Répartition d'utilisation des différents instruments suivant les groupes



Dans notre étude, les déchirures complexes (GDC) se retrouvent d'avantage dans les EI par ventouse, tandis que les déchirures non complexes (GDNC) se retrouvent d'avantage lors d'une EI par forceps.

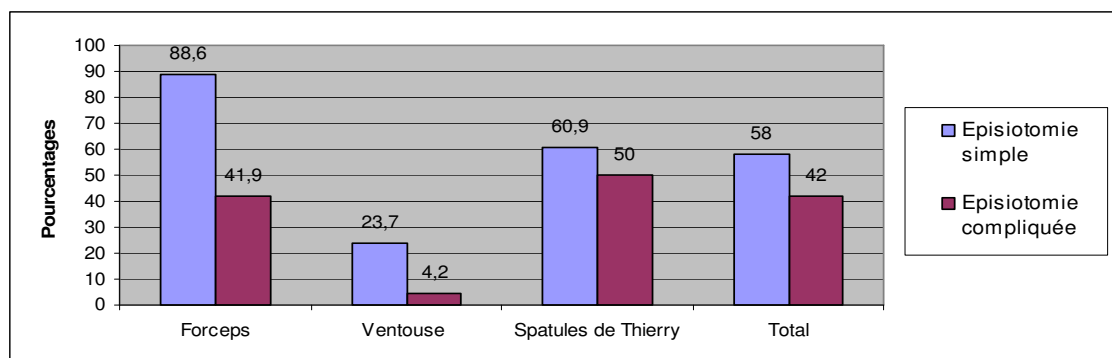
Dans notre étude, les déchirures complexes (GDC) sont plus fréquentes lors d'EI par ventouse ($p = 0,049$) tandis que les déchirures non complexes (GDNC) se retrouvent d'avantage lors d'EI par forceps ($p = 0,02$).

Les EI par les spatules de Thierry ne sont pas un facteur de risque, puisque les proportions des deux groupes sont similaires pour cet instrument $p=0,91$.

Il semble, par ailleurs, y avoir plus de déchirures complexes en cas d'extraction par ventouse que par forceps ($p = 0,02$).

2.4.6. La pratique de l'épisiotomie

Histogramme 17 : Réalisation d'une épisiotomie selon les instruments.



La pratique de l'épisiotomie : dans cette étude, le taux de réalisation de l'épisiotomie dans notre population générale est de **58%**. D'autre part, on constate que sa pratique est beaucoup plus importante dans l'extraction par forceps, plus de 88% alors qu'elle est inférieure à 25% pour l'extraction par ventouse. Dans un peu plus d'une extraction sur deux, l'accouchement par spatules de Thierry est associé à une épisiotomie.

Les complications de l'épisiotomie : Sur ces 58% d'épisiotomie réalisés plus de **40%** sont compliquées d'autres lésions (éraillures, déchirures), d'ailleurs comprises

dans GDC. Le taux de complications paraît donc très important, dans près de 70% des cas.

Dans un cas sur deux, la réalisation de l'épisiotomie lors d'une EI par forceps est compliquée. Cette différence est statistiquement significative par rapport à la ventouse puisque $p=0,007$. En revanche, elle ne l'est pas par rapport à une extraction par des spatules de Thierry, $p= 0.23$.

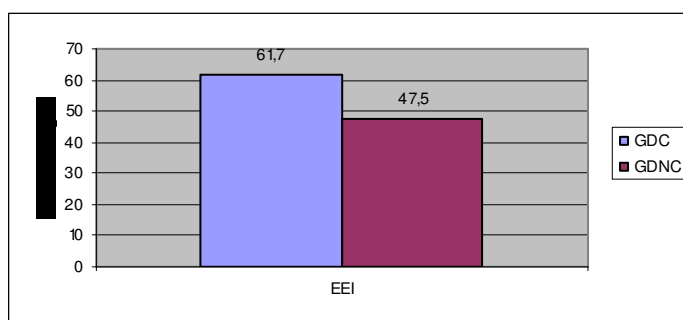
Toutes les épisiotomies sont pratiquées de façon médio-latérales, comme l'impose l'enseignement donné à la MRUN.

2.4.7. Durée des efforts expulsifs

• **Les efforts expulsifs maternels** : Les moyennes des durées des efforts expulsifs maternels avant la pose de l'instrument sont respectivement de **13,3** minutes pour GDC et de **9,7** minutes pour GDNC. Or, d'après les tests statistiques, $p = 0,02$, ce qui permet d'affirmer que plus les efforts expulsifs maternels sont longs, plus le risque de lésions complexes est sévère.

Cependant, les deux moyennes rentrent toutes deux dans les durées moyennes nationales (inférieure à 30 minutes d'efforts expulsifs) ce qui nous semble explicable par des efforts expulsifs maternels raccourcis en cas d'EI.

Histogramme 18 : Impact des efforts expulsifs inefficaces selon les groupes.



L'existence d'efforts expulsifs inefficaces majorent la survenue de déchirures complexes, sans significativité statistique ($p = 0,16$).

- **Les efforts expulsifs maternels avec l'aide de l'instrument** : Les durées moyennes des efforts expulsifs maternels avec l'aide de l'instrument sont respectivement de **7,2 minutes** pour GDC et **8,02 minutes** pour GDNC. La différence entre les deux moyennes n'est pas significative, $p=0,57$.

La durée de pose de l'instrument n'influence pas sur la survenue de la gravité des lésions maternelles.

La durée moyenne des efforts expulsifs maternels avec une ventouse est de **6,7 minutes**, avec des forceps ils sont de **8,8 minutes** et avec des spatules ils sont de **7,8 minutes**. Les tests statistiques rapportent une différence significative entre ces durées moyennes, $p=0,048$. Ainsi, les efforts expulsifs sont allongés en cas d'extraction par forceps, et plus rapides par ventouse.

2.4.8. Impact de la macrosomie fœtale

Poids fœtal : La macrosomie a certainement un rôle prépondérant dans la survenue de lésions maternelles majorées lors d'une EI. Malheureusement l'effectif d'enfants macrosomes dans notre étude est trop faible (5 nouveaux-nés sur notre population générale) pour pouvoir conclure.

Périmètre crânien : le périmètre crânien moyen des nouveaux nés à la naissance, selon les courbes de références Lubchenco est de **35 cm**.

Le calcul des moyennes respectives du périmètre crânien dans le GDC est de **34,5 cm** comparable à celle du GDNC qui est de 34 cm. Le calcul de la différence n'est pas significatif, $p=0,90$.

2.4.9. Influence des instruments sur les lésions périnéales graves

Dans notre population générale, **trois** déchirures périnéales sévères du 3^{ème} degré et deux du 4^{ème} degré ont été retrouvées.

Tableau : répartition des instruments selon le type de déchirures sévères observées

	Déchirures du 3ème degré	Déchirures du 4ème degré	Thrombus
Forceps	2	0	0
Ventouse	1	1	0
Spatules de Thierry	0	1	1
Total	3	2	1

Il ne semble pas vraiment y avoir d'instrument responsable de déchirures périnéales sévères. Les spatules semblent très peu responsables de lésions sévères.

Un seul thrombus a été relevé dans notre étude, après une extraction par spatules de Thierry. Cependant ce faible effectif ne nous permet de conclure sur la nature des instruments à risque de ce genre de lésions.

2.5. Corrélation entre plusieurs facteurs

Il m'a semblé intéressant de corrélérer plusieurs facteurs.

Malheureusement, les effectifs insuffisants, n'a pas toujours permis de faire les tests statistiques.

2.5.1. Influence de la pose de l'instrument sur une présentation à risque

Influence de la pose des spatules de Thierry sur une variété de présentation à risque

Nous avons regardé si la pose des spatules sur une variété postérieure ou transverse, donc à risque de par la manœuvre de rotation à effectuer avec cet instrument, alourdisait les lésions.

Sur les 22 EI par spatules de Thierry, 6 ont été effectuées sur ce type de variété. 5 de ces 6 extractions placent la parturiente dans le groupe GDC.

Il paraît ainsi que cette association entre dans les facteurs de risque des lésions périnéales complexes lors d'une EI.

Influence de la pose des forceps de Tarnier sur une variété à risque

Il est reconnu que la pose de forceps sur une variété de présentation postérieure ou transverse est à risque et doit être précédée d'une tentative de rotation manuelle. Sur les 9 cas de notre population globale présents, seuls 4 placent la parturiente dans GDC. Ce qui ne place pas cette pratique comme à risque dans ma population.

Sur les 31 cas de pose des forceps de Tarnier sur une présentation haute ou moyenne, 13 placent la parturiente dans GDC. On ne peut pas dire que l'ajout de ces deux facteurs majore les lésions.

2.5.2. Succession de plusieurs instruments

Dans ma population générale, deux naissances ont eu lieu après succès de deux instruments, où la pose de forceps succédait à la pose d'une ventouse.

Sur cette conduite fortement à risque de lésions traumatiques maternelles, aucune n'a généré de lésions importantes. Une simple épisiotomie a été réalisée.

Nous ne concluons pas quant à l'impact de la succession d'instruments sur le bilan lésionnel au vu de notre faible effectif.

2.5.3. Pose de forceps ou de spatules chez une parturiente à la prise de poids excessive

On l'a vu, la prise de poids excessive définie précédemment entraîne souvent des œdèmes. Parallèlement, la pose de forceps ou spatules étant plus traumatique que la

pose d'une ventouse, d'autant plus sur un périnée œdématié, nous avons observé si cette association avait une influence.

Sur les **12** cas observés, **6** placent la parturiente dans GDC. Cette observation ne semble pas significative.

2.5.4. Pose de forceps ou de spatules chez une patiente à l'IMC excessif

La pose de ces instruments potentiellement traumatique chez une parturiente à l'IMC supérieur à 25 kg/m² (surpoids), la place dans une population à risque important de lésions aggravées.

Sur **14** cas relevés, **8** placent la parturiente dans le groupe GDC. Cette association a une influence dans **57 %** des cas. On ne peut pas conclure à un vrai facteur favorisant.

Partie 3

Synthèse générale et discussion

1. CONCLUSIONS DE L'ÉTUDE

Cette étude nous apporte des résultats significatifs et d'autres qui permettent de dégager des tendances.

- Les résultats statistiquement significatifs sont présentés ci dessous :

Pendant le travail :

- Lorsque la durée de la deuxième phase du travail est allongée, les femmes bénéficiant d'une EI sont plus à risque de lésions complexes

Pendant l'accouchement :

Le bilan lésionnel maternel est alourdi lorsque :

- L'indication de l'EI est l'existence d'efforts expulsifs maternels inefficaces;
- La pose de l'instrument se fait en partie moyenne;
- La ventouse obstétricale est employée (comparativement au forceps et aux spatules).

L'extraction par forceps est plus souvent utilisée lorsque les efforts expulsifs maternels sont prolongés.

L'épisiotomie :

- Est quatre fois plus souvent réalisée lors d'une extraction par forceps et plus de deux fois plus que lors d'une extraction par spatules de Thierry, que par ventouse ;
- Est plus rarement nécessaire en cas de ventouse obstétricale, et lorsqu'elle est réalisée dans cette situation, elle est rarement compliquée;
- Se complique fréquemment lors d'extractions instrumentales (plus de 70% des cas) surtout lorsque des spatules de Thierry sont utilisées.

- Voici les tendances non statistiquement significatives relevées par comparaison de nos échantillons (malgré des effectifs insuffisants pour les évaluer statistiquement) :

Concernant les caractéristiques des patientes : L'observation occasionnelle de mycoses récidivantes chez des femmes dont les lésions périnéales ont été importantes, peut laisser présager d'une éventuelle influence de cette pathologie sur la fragilité des tissus et prédisposition à des déchirures complexes. Mais cette hypothèse doit faire l'objet d'études plus spécifiques pour conclure ou non, à un rôle majeur des mycoses dans l'aggravation des lésions maternelles.

Pendant le travail :

- L'allongement de la phase active de la première phase du travail paraît majorer les lésions, même si cela n'est pas significatif.

Pendant l'accouchement :

- Plus les efforts expulsifs maternels sont prolongés avant le recours à l'instrument, plus le risque de lésions maternelles à l'accouchement est important (multiplié par 3).

- La pose des spatules sur une variété postérieure ou transverse aggrave les lésions dans 90% des cas.

2. COMPARAISON DES RESULTATS DE L'ETUDE AVEC LA LITTERATURE

La comparaison de nos résultats avec la littérature sera partielle étant donné que de nombreux critères primordiaux diffèrent :

- Les populations ne sont pas les mêmes : les études sont souvent nord-américaines ou anglaises et donc limitent les comparaisons au vu de la différence des pratiques professionnelles.

- Les effectifs ne sont pas comparables aux nôtres. Les études se font à des échelles plus grande ampleur, sur plusieurs années et avec des effectifs d'au moins 200 patientes.

- Peu d'études évaluent les facteurs de risques des lésions périnéales lors d'une EI, auxquels nous nous sommes attachés.

Toutefois, quelques travaux permettent de comparer les pratiques à la MRUN aux pratiques extérieures.

Les études de référence sont trois études françaises menées après 2005 (après les RCP sur l'épisiotomie) sur les EI à Besançon en 2007 ^[43], Paris en 2010 ^[44] et à Colombes en 2005- 2007 ^[35].

2.1. Concernant les caractéristiques des patientes

Dans notre étude nous n'avons pas retrouvé les facteurs de risque cités dans la littérature, que sont la primiparité, l'âge maternel élevé, l'origine ethnique et un Indice de Masse Corporelle supérieur à 30 kg/m² ^{[22] [27] [29]}.

2.2. Pendant la grossesse

Dans notre travail nous n'avons pas retrouvé les facteurs de risque cités dans la littérature, que sont : une prise de poids maternelle importante, une anatomie du bassin

défavorable détectée par l'évaluation clinique ou para-clinique, des œdèmes des membres supérieurs et/ou inférieurs ^{[22] [29]}.

Cependant, en étayant les dossiers, nous avons remarqué que plusieurs patientes souffraient de mycoses à répétition pendant la grossesse. En analysant l'impact de ce facteur non cité dans la littérature, je me suis aperçue que celles-ci se retrouvent chez 90 % des femmes dont les lésions périnéales sont plus graves. Mais cette hypothèse ne peut être prise en compte comme preuve scientifique et doit faire l'objet d'études plus spécifiques et étendues, pour conclure ou non à un rôle majeur dans la survenue de lésions maternelles aggravées.

2.3. Pendant le travail

Dans notre étude, nous avons retrouvé un facteur de risque cité par la littérature qui est une durée allongée de la deuxième phase du travail, même si elle respecte les deux heures tolérées.

Les autres facteurs évoqués par la littérature ^{[22] [27]} que sont la longueur de la première phase du travail, la pose d'une analgésie péridurale et la texture du périnée pendant le travail, ne sont ici pas retrouvés.

Par ailleurs, nous avons étudié d'autres facteurs que estimés susceptibles d'intervenir dans l'alourdissement du bilan lésionnel maternel lors de l'EI. Ceux-ci sont : le dépassement du terme théorique et l'absence de recours à l'ocytocine pendant le travail. Mais les résultats n'ont pas été significatifs.

2.4. Pendant l'accouchement

Dans notre étude, les épisiotomies sont beaucoup plus présentes lors de l'extraction par forceps ou par spatules. Les lésions sont plus importantes lors d'une pose de l'instrument en partie moyenne. Tous ces points sont confirmés par la littérature ^{[4] [12] [13] [21] [27] [30]}.

Les autres facteurs de la littérature que sont la macrosomie, la hauteur de présentation lors de la pose de l'instrument, la réalisation d'une grande rotation de la présentation, la réalisation du geste par un interne, la mauvaise manipulation de l'instrument et l'usage séquentiel de deux instruments ne sont pas retrouvés ici ^[22] ^[27].

En revanche nous avons retrouvé d'autres facteurs de risques non cités par la littérature. Plus la durée des efforts expulsifs maternels précédant la pose de l'instrument est longue, plus les lésions, sont importantes.

Comparons désormais des caractéristiques plus générales qui n'ont pas nécessité de tests statistiques.

2.4.1. Comparaison de l'utilisation des instruments pour l'EI

Dans notre analyse, l'instrument le plus utilisé est le forceps de Tarnier. Par ailleurs, les spatules de Thierry ont largement trouvé leur place à la MRUN, contrairement à certains centres. Les spatules nécessitant un maniement particulier qu'il convient de maîtriser pour en faire l'usage. Le pourcentage annuel d'extraction instrumentale par rapport aux accouchements est le suivant :

Types d'instruments	Etude à la MRUN résultats exprimés en pourcentages %	Les 3 études référentes résultats exprimés en pourcentages %
Forceps	9,74	4,5 à 6,3
Ventouse	4,89	3 à 22
Spatules de Thierry	1,3	2,30 à 4,8

L'usage des différents instruments à la MRUN semble relativement comparable à la pratique nationale (même si le recours à la ventouse est moins important qu'à Besançon qui revendique l'extrême supériorité de cet instrument (22%)).

2.4.2. Durée de l'extraction en fonction des instruments

Au cours de notre étude, les durées moyennes sont inférieures à 10 minutes quelque soit l'instrument. La comparaison de la durée de pose est la suivante :

Types d'instruments	Étude à la MRUN	Les 3 études référentes
	résultats exprimés en minutes	résultats exprimés en minutes
Forceps	8,8	4 à 14,8
Ventouse	6,7	2,78 à 6
Spatules de Thierry	7,8	3,4

Le forceps nécessite une durée de pose plus longue pour extraire le fœtus, ce qui se retrouve dans les études prises pour référence. Mais globalement le temps d'extraction dans notre étude est court, et comparable à la littérature sauf pour les spatules où le temps d'extraction semble allongé.

2.4.3. Durée des efforts expulsifs maternels avant l'extraction

Nos résultats n'ont pu être comparés avec la littérature par manque d'études relatives à ce sujet.

2.4.4. Taux d'épisiotomie

Dans la population générale

Le taux général d'épisiotomie dans notre population étudiée de femmes ayant accouché par voie basse assistée d'une EI est de 58%, alors que les taux nationaux moyens observés sont compris entre 3,6 et plus de 60 %^{[6] [9] [35] [42] [44] [45]}.

La pratique des professionnels de la MRUN est donc cohérente et homogène avec les pratiques extérieures. Il demeure cependant l'objectif de 30% d'épisiotomie recommandé par les RPC de 2005^[47]. Mais ces dernières ne différencient pas le mode d'accouchement. Il sera donc difficilement interprétable puisque nous ne jugeons ici que les épisiotomies faites lors d'une EI.

Selon les extractions instrumentales

Malgré les recommandations du CNGOF quant à la pratique relative de l'épisiotomie lors d'une EI, celle-ci reste importante notamment lors d'une EI par forceps et par spatules.

Les taux sont les suivants :

Types d'instruments	Étude à la MRUN	Les 3 études référentes
	résultats exprimés en pourcentages %	résultats exprimés en pourcentages %
Forceps	88,6	66,3
Ventouse	23,7	30,1 à 73
Spatules de Thierry	60,9	80,3 à 96

À la MRUN, l'épisiotomie est plus pratiquée lors d'une extraction par forceps que dans les autres études. En revanche, celle-ci est largement minorée lors d'une extraction par ventouse et par spatules.

2.4.5. Taux de déchirures maternelles après l'EI selon l'instrument

Types de lésions	Types d'instruments	Étude à la MRUN	Les 3 études référentes
		résultats exprimés en pourcentages %	résultats exprimés en pourcentages %
Déchirures périnéales sauf 3^{ème} et 4^{ème} degré	Forceps	38	58
	Ventouse	47,3	28 à 35,2
	Spatules de Thierry	66,7	18
Déchirures périnéales compliquées	Forceps	5,12	7,3
	Ventouse	5,26	0,7 à 3,2
	Spatules de Thierry	4,34	2,1 à 4,2
Thrombus génital	Forceps	0	pas de résultats publiés
	Ventouse	0	pas de résultats publiés
	Spatules de Thierry	4,34	pas de résultats publiés

2.4.6. Corrélation multifactorielle

Notre analyse nous a permis de retrouver un facteur cité dans la littérature comme étant potentiellement responsable de lésions plus importantes. La pose de spatules de Thierry sur une présentation à risque telle que transverse ou postérieure semble même en l'absence de tests statistiques, majorer les lésions.

En revanche, la pose de forceps sur une présentation à risque et la succession de plusieurs instruments n'ont pas été retrouvées comme favorisants.

Nous avons cherché à évaluer d'autres impacts multifactoriels supposés potentiellement à risque de lésions. Or, la pose de forceps ou de spatules chez une parturiente à la prise de poids excessive ou dont l'IMC est excessif n'a pas été évalué comme favorisant.

2.5. Les limites de l'étude

- Certains items n'ont pu être étudiés par l'insuffisance des effectifs relevés, notamment pour les critères « évaluation clinique du bassin » (relevée dans 50% des cas), « Moment de retrait de l'instrument » (3 cas), « Texture du périnée » et « Distance ano-vulvaire » (aucune mention relevée), ou jugés à posteriori inutiles telle que la gestité.

- Pour d'autres items, nous avons dû regrouper plusieurs catégories de parturientes pour pouvoir effectuer des tests : les deuxième, troisième et quatrième parité ont été regroupées sous le terme de « multipares ». Ce qui n'a pas permis d'évaluer l'impact des différentes parités et notamment celle de la grande multiparité.

- Certaines données ne sont pas retranscrites dans les dossiers et donc ne peuvent être considérées. Exemple : la vidange vésicale à l'accouchement ou l'auteur de l'extraction : le nom du binôme étant inscrit, sans mention particulière pour l'opérateur.

- Le manque de données malheureusement non évaluées alors qu'elles auraient dû l'être, telles que le poids en fin de grossesse ou la présence d'œdèmes lors des dernières consultations ou de l'admission en salle de naissances.

- Des données sont ininterprétables pour certains items, car une quasi totalité de ma population générale est concernée. Nous citons en particulier la primiparité : 86% de ma population générale, la présence de l'analgésie péridurale : 97 %, l'usage d'ocytocine : 83 %.

- La comparaison des résultats de notre étude avec ceux de la littérature a été difficile. En effet, nous ne retrouvons que des études scientifiques menées à très grande échelle sur des périodes de recueil de plusieurs années, ce qui leur a permis d'évaluer chaque critère à grande échelle et de trouver davantage de résultats significatifs. Notre effectif total semble être insuffisant mais correspond à la durée limitée de notre recueil.

3. DISCUSSION ET PROPOSITIONS

3.1. Discussion

Tout au long de ce travail, nous avons pu prendre conscience de la difficulté d'élaborer de façon précise et individuelle, les facteurs de risque de lésions maternelles aggravées lors d'une extraction. Réellement, nous avons dû faire face à une imbrication de facteurs, dont certains implicitement liés les uns avec les autres. Le problème s'est posé par exemple pour l'impact de la macrosomie, qui ne paraît pas à lui seul favorisant au terme de notre travail. Or, la macrosomie allonge le temps du travail et des efforts expulsifs. Justement, l'allongement du temps de travail (deuxième phase) et l'allongement des efforts expulsifs ont ici été retrouvés comme facteur de risque.

Ainsi, même si certains éléments n'ont pas été retrouvés comme déterminants dans l'aggravation des lésions, ils peuvent permettre d'alerter le professionnel, d'un travail qui va éventuellement devenir à risque de lésions importantes si une extraction est réalisée.

Ce travail a montré qu'il existait d'importantes variations d'utilisation des instruments dans les centres hospitaliers universitaires. Malgré tout, la pratique de la MRUN semble globalement concorder aux pratiques nationales, même si dans certains cas, elles sont loin d'être uniformes. Aucun « mauvais résultats », ni « mauvaises pratiques » n'ont été relevées à la MRUN sur cette étude durant trois mois.

Il est à noter, que nous avons inclus une étude du CHU de Besançon. Besançon est une école d'obstétrique reconnue à part entière, qui mène de nombreuses études afin d'évaluer ses points faibles. Les taux de déchirures compliquées et d'épisiotomies y sont peu élevés et l'usage de la ventouse est majoritaire. Ce qui fait d'elle un centre en constante progression et qui se détache quelque peu des pratiques nationales.

Les comparaisons effectuées précédemment sont ainsi à considérer avec du recul.

Bien qu'étant relativement bien placée dans les pratiques françaises, la MRUN est un centre où des efforts de prévention des déchirures lors d'une EI, peuvent être faits.

Voyons alors quelques idées de prévention possible.

3.2. La prévention

3.2.1. Pendant la grossesse

La prévention de la survenue de mycoses

Les mycoses à répétition paraissant favoriser les lésions maternelles lourdes, il pourrait être judicieux de prévenir leur répétition. L'éviction de toute mycose gestationnelle passe par un traitement immédiat et des recommandations de prévention sur l'hygiène.

Parallèlement, dès la survenue d'une première mycose, son traitement immédiat puis une prévention de récurrence doit être fait.

Le massage périnéal

Deux études américaines ^[45] ^[46] ont évalué le bénéfice du massage périnéal antépartum sur la prévention des déchirures lors d'un accouchement voisi basse.

Celles ci préconisent une distension du périnée postérieur mobilisant un ou deux doigts dans le vagin sur 3 à 5 cm. Le mouvement est rotatif sur 180° contre le périnée postérieur ou en exerçant une pression postérieure et latérale de chaque côté de la fourchette vulvaire. Ceci est à répéter plusieurs fois par semaine, durant les dernières semaines de la grossesse, et réalisable par la patiente elle-même. ^[16] ^[40]

Dans le travail de Labrecque ^[45], qui comporte un massage de 10 minutes par jour à partir de 34 SA, on constate une réduction significative des déchirures du périnée (épisiotomie incluse) chez les primipares (OR= 0,56) et une augmentation des périnées intacts chez ces femmes OR = 1,79 (IC 95 % 1,27-2,52).

D'autres travaux ^[46] mentionnent une augmentation des périnées intacts uniquement chez les femmes de plus de 30 ans en cas de massages OR = 1,93 (IC 95 % 1,08-3,48)

et une réduction des épisiotomies et des déchirures périnéales graves en cas de massages du périnée ($p = 0,02$) en tenant compte de l'âge de la mère et du poids de naissance de l'enfant.

En France, depuis quelques années, le massage périnéal ante partum est tout de même enseigné par certaines sages-femmes au cours des séances de préparation à l'accouchement. Il serait encore plus intéressant lors des consultations de suivi de grossesse, d'informer les patientes de ce type de pratiques et de les encourager dans ce sens ^[40]. En effet, la localisation de ces massages implique un minimum de connaissances et d'aisance. Par exemple, lors du toucher vaginal mensuel de consultation, la sage-femme ou l'obstétricien pourrait mimer le mouvement à réaliser afin de transmettre à la patiente les sensations voulues et de l'initier à le faire. Un bilan pourrait être fait par la patiente, aux consultations suivantes quant à la facilité et à l'assiduité de cette gestuelle.

Toutefois, ces études évaluent les bénéfices du massage en terme de lésions gynécologiques lors d'un accouchement voie basse et non spécifiquement d'une EI. Les résultats sont donc à considérer avec prudence, et ne peuvent faire penser que ces méthodes soient des solutions préventives pour une EI.

Effectivement, l'extension musculaire lors de l'accouchement par EI (avec un étirement supplémentaire) a ses limites. Certaines lésions ne pourront être évitées au vu de la rapidité de l'expulsion entraînant une quasi absence d'ampliation périnéale progressive.

La rééducation périnéale anténatale

On retrouve une étude norvégienne ^[41] qui a étudié les effets de la rééducation par biofeedback de la 20^{ème} à 36^{ème} semaine d'aménorrhée chez la nullipare, pour prévenir l'incontinence urinaire. Cependant, les résultats ont seulement montré une tendance à une diminution d'épisiotomies réalisées lors de l'accouchement de ces femmes. Il peut donc malgré tout sembler intéressant, d'exploiter ces résultats et de mener ainsi des projets de campagne lors des premières consultations anténatales, pour la pratique de cette technique.

3.2.2. Pendant le travail et l'accouchement

La prévention auprès des professionnels

La prévention découle des facteurs de risque déjà décrits et reste primordiale.

Pendant le travail

L'identification de patientes à risque (avec des antécédents d'extraction instrumentale et/ou de lésions graves) avant le début du travail, est essentielle.

Elle passe, par une bonne conduite de l'accouchement ^{[11] [27]}. Il faut éviter un travail prolongé, qui œdématise et fragilise les tissus. Toute thérapeutique (telle que du phloroglucinol : spasfon®, calcium gluconate : gluconate de calcium® et magnésium carbonate : mag 2® en intraveineux), pourra être utilisé dès la survenue d'une dyscinésie cervicale débutante.

À l'extraction

D'une part, les applications instrumentales doivent être effectuées en respectant les recommandations actuelles : dilatation complète, vessie vidée, présentation parfaitement connue, pas d'extraction sur un fœtus engagé en partie haute, pas de grande rotation avec un forceps ^[27].

Le recours à l'échographie en salle de naissance avant l'extraction se veut indispensable en cas de doute sur la variété, l'orientation et la hauteur de la présentation. Celle-ci permettra d'éviter une pose non appropriée et éviter ainsi des traumatismes materno-fœtaux évitables.

L'absence de protection maternelle prédispose à des lésions vaginales et vulvaires. Or, elles peuvent être en partie évitées par :

- L'utilisation systématique de gel ;
- L'utilisation d'une protection maternelle systématique lors de la mise en place des cuillères par les deux ou trois doigts de la main opposée de celle qui tient le forceps.

Les doigts devant alors être introduits suffisamment profondément pour protéger le plus possible.

D'autre part, il faudrait davantage évaluer l'apport de la ventouse, qui peut être moins traumatique que le forceps ou les spatules (si son usage est approprié) et ne pas pratiquer systématiquement un instrument par habitude. D'après notre étude, elle semble moins nécessiter la pratique de l'épisiotomie, elle a donc un vrai rôle à jouer quant à la préservation du périnée.

Enfin, la prévention des déchirures passe par un élément décisif que nous n'avons malheureusement pas pu étudier dans notre étude, qui est le moment de retrait de l'instrument. N'étant jamais mentionné dans les dossiers, nous n'avons pu étudier l'impact de ce facteur. Mais la prévention, et limitation des déchirures passe par un retrait de l'instrument assez précis. Il ne doit être enlevé ni trop tôt ni trop tard. Son retrait sera délicat, dès que le menton est accessible à travers le périnée postérieur. L'aide d'un tiers peut s'avérer judicieuse pour le retrait des cuillers du forceps ou des spatules, afin de maîtriser dans un même temps le dégagement fœtal.

Une pratique expérimentée

- Afin de minimiser les dégâts lésionnels maternels, la pratique systématique par le senior et non par l'interne, d'une extraction potentiellement « à risque » serait plus favorable.

- Faire effectuer la réparation chirurgicale des déchirures périnéales du 3^{ème} et du 4^{ème} degré par un praticien senior expérimenté.

- Envisager éventuellement une césarienne programmée en cas de situation à grands risques, sachant qu'il faut mettre en balance la morbidité spécifique de la césarienne.

L'épisiotomie

L'épisiotomie médio-latérale peut être la solution, lorsque ces instruments sont utilisés chez une parturiente dont le périnée est à risque de lésions importantes.

Cependant son rôle préventif des lésions graves est tellement controversé que sa réalisation restera à apprécier au cas par cas.

La formation des professionnels

Une enquête réalisée aux États-Unis en 2004 ^[48] confirme qu'en fin de cursus, beaucoup d'internes ne se sentent pas aptes à réaliser en toute maîtrise une extraction. Ainsi après 3 années de formation, 80 % des internes ont réalisé moins de 40 forceps et moins de 40 ventouses, et à peine 50 % se sentent compétents pour réaliser un forceps. La plupart souhaiteraient en réaliser au moins 20 de plus. Voici quelques solutions pour pallier à ce manque de pratique.

- **Les simulateurs**

L'apprentissage initial de l'accouchement et des techniques obstétricales des internes passe par l'initiation sur des simulateurs anatomiques passifs classiques ^[23].

Toutefois, pour améliorer les techniques obstétricales et simuler de manière plus réaliste les sensations à avoir lors d'une EI, un simulateur le BirthSIM 06 a été conçu et breveté à l'occasion d'une thèse de docteur en médecine en 2004-2005 ^[3].

Il faudrait par ailleurs, réaliser régulièrement cet apprentissage même après le début de la pratique réelle en salle de naissances. C'est la formation continue qui permettra une maîtrise de l'utilisation de l'instrument et ainsi l'éviction de lésions maternelles évitables.

- **L'évaluation de la pratique professionnelle**

Elle concerne à la fois les étudiants et les formateurs. Des séances d'évaluation des pratiques professionnelles, au niveau des services, devraient être réalisées et comprendre des critères qualité liés aux extractions.

La formation à l'EI doit être à la fois initiale et permanente. La formation continue doit s'assurer du maintien et de l'acquisition des nouvelles compétences. Le praticien serait donc incité à réaliser régulièrement des bilans de compétence.

Il est prôné par le Collège Européen d'Obstétrique et de Gynécologie, qu'au moins une évaluation annuelle de la procédure de formation soit réalisée. (EBCOG Training Assessment Edit 18/03/2008).

- **L'accompagnement permanent de l'interne par le senior de garde**

Lorsque l'extraction ne se fait pas dans l'urgence, il est important que l'interne la réalise en binôme avec le senior. Ce compagnonnage est l'essence même de la bonne formation de l'interne.

Conclusion

L'extraction instrumentale a des conséquences périnéales de degrés divers, non négligeables. Des facteurs de risques existent et aggravent le bilan lésionnel.

Au terme de notre travail rétrospectif, les objectifs de notre étude ont été atteints : plusieurs facteurs de risques ont pu être confirmés.

Le bilan lésionnel maternel apparait alourdi lorsque :

- l'indication de l'EI est l'existence d'efforts expulsifs maternels inefficaces;
- la pose de l'instrument se fait en partie moyenne;

L'extraction par forceps est plus souvent utilisée lorsque les efforts expulsifs maternels sont prolongés.

L'épisiotomie est beaucoup plus souvent réalisée lors d'une extraction par forceps et par spatules de Thierry, que par ventouse. D'autres lésions se surajoutent fréquemment lors de l'utilisation des spatules de Thierry. Par contre, elle est plus rarement nécessaire en cas de ventouse obstétricale, et lorsqu'elle est réalisée dans cette situation, elle est rarement compliquée.

Des tendances ont aussi pu être dégagées. Les lésions semblent majorées lorsque : la phase active de la première phase du travail est allongée, les efforts expulsifs maternels sont prolongés avant le recours à l'instrument, la pose des spatules est réalisée sur une variété postérieure ou transverse.

Les pratiques nancéennes sont par ailleurs homogènes à la pratique nationale et répondent aux dernières recommandations officielles.

En outre, un éventail de mesures préventives tant du côté de la patiente et de sa prise en charge, que du côté des professionnels a ainsi pu être élaboré.

La sage-femme a toute sa place dans cette prévention. Il lui incombe de repérer les femmes à risque, tant pendant la grossesse qu'en salle d'accouchements, et d'agir en étroite collaboration avec le médecin.

Dans un souci d'amélioration de la qualité, ne serait-il pas intéressant d'instaurer dans les services de salle de naissances, des grilles d'auto évaluation de la pratique de l'extraction réalisée ?

BIBLIOGRAPHIE

Mémoires

1 LEREBOURS- BARBIER, A. *Lésions périnéales sévères post-obstétricales : étude des facteurs de risque et de la continence urinaire et anale à long terme*. Mémoire pour l'obtention de diplôme d'Etudes Spécialisées de Gynécologie- obstétrique. 2007. Nancy.

2 KUEHN MOHAMMADI, F. *Déchirures périnéales des 3 et 4^e degrés : évaluation des pratiques professionnelles à la maternité régionale de nancy*. Mémoire pour l'obtention de diplôme d'Etudes Spécialisées de Gynécologie obstétrique. 2009. Nancy.

3 SILVEIRA, R. *Modélisation et conception d'un nouveau simulateur d'accouchement pour l'entraînement et l'enseignement des jeunes obstétriciens et sages-femmes*. Thèse pour l'obtention du grade de Médecin INSA. 2004. Lyon.

Ouvrages

4 SCHALL, JP. RIETHMULLER, D. « *déchirures et incision des voies génitales basses* », « *extraction instrumentale du fœtus* », « *forceps* », « *ventouse* », « *spatules de Thierry* ». Mécanismes et Techniques Obstétricales. Sauramps Médical. 2007. ISBN : 9782840234715.

5 BERTHET, J. ROSIER, P. « *La place des extractions instrumentales en 1987* ». Collège National des gynécologues et obstétriciens français : Mises à jour en gynécologie et obstétrique. Paris: éd Vigot. 1987. p257-86.

6 CARROLI, G. MIGNINI, L. The Cochrane Library. « *Episiotomy for vaginal birth* ». John Wiley and Sons. Ed The Cochrane Collaboration. 2008. ISSN. 1464-780 X.

7 GOLDBERG, MD. FAGAN, M. *Episiotomy: Indications and Repair*. Philadelphia. 2008.

8 PARANT, O. REME, JM. MONRZIES, X. Encyclopédie médico-chirurgicale. *Déchirures obstétricales récentes*. Ed Masson. 1994. p1-7. ISSN 0246-0335.

9 DE TAYRAC, R. Recommandations pour la pratique clinique. Épisiotomie et prévention des lésions pelvi-périnéales. *Journal de gynécologie Obstétrique et Reproduction*. éd Elsevier Masson. 2006. vol 35, n°1, p. 24-31.

Revues

10 SCHALL, JP. Extraction instrumentale par spatules de Thierry : étude de la morbidité materno-fœtale..n°8 .*Journal de gynécologie obstétrique et biologie de la reproduction*, 2005, vol 35, n°2.

11 VANLIEFERINGHEN, S. GIRARD,G et MANDELBROT,L. Étude comparative de la morbidité materno-fœtale immédiate des extractions par spatules de Thierry et par ventouse obstétricale. *Journal de gynécologie obstétrique et biologie de la reproduction*, 2009, vol 38, n° 8, ISSN 0368-2315.

12 BEUCHER, G. Complications maternelles des extractions instrumentales. *Journal de gynécologie obstétrique et biologie de la reproduction*, 2008, vol 37, p170-186.

- 13 GUIDELINES. Texte de recommandations des extractions instrumentales. *Journal de gynécologie obstétrique et biologie de la reproduction*, 2008, vol 35, n° S1.
- 14 SEGUY, B. Opinion : La ventouse obstétricale. Bonne pratique et prévention du risque médico-légal. *Revue du praticien Gynécologie Obstétrique*, 2006, n° 98. p13-14.
- 15 DUCHATEL, F.C. Les déchirures périnéales et l'épisiotomie. *Réalités en Gynécologie- Obstétrique*, 2000, n° 51.p 40- 41.
- 16 PHILIPPE. H-J. Peut-on prévenir les lésions périnéales obstétricales » extrait des Journées de la Société française de médecine périnatale. *Profession sage-femme*, 2003, n°102. p 31-33.
- 17 D' ERCOLE, C. L'épisiotomie protège t-elle le périnée ? *La lettre du Gynécologue, dossier autour de l'accouchement*, 2000, n° 257, p 31-34.
- 18 MILLET, R. SCHAAL,JP. Ventouse ou Forceps, que choisir ? *La lettre du Gynécologue, dossier autour de l'accouchement*, 2000, n° 257, p 37- 45.
- 19 SIMON-TOULZA, C. PARANT, O. Spatules de Thierry, complications. *Journal de gynécologie obstétrique et biologie de la reproduction*, 2008, vol 37, n° 8S1, p.222-230.
- 20 SIMON-TOULZA, C. PARANT, O. Indication de l'épisiotomie avec Spatules. *Journal de gynécologie obstétrique et biologie de la reproduction*, 2007, vol 37, n°8S1, p 230-231.

21 JULIEN, V. RAUDRANT, D. Savoir renoncer à la voie basse. *La lettre du gynécologue*, 2000, n° 257, p 48-49.

Sites Internet d'ouvrages en ligne

22 Complications traumatiques de l'accouchement. [en ligne]. cours power point donné à l'école de sage- femme. Metz. [consulté le 15 mars 2010].

<esf-metz.ifrance.com/Cours/3A/complicationstrauma.ppt>

23 OURY, F. VAYSSIERE, C. FOURNIE. A. CGNOF. Recommandation pour la pratique clinique : extractions instrumentales. [en ligne]. Paris. 2008 [consulté le 20 juin 2010]

<http://www.cngof.asso.fr/D_PAGES/PURPC_21.HTM>

24 O'GRADY,JP. TAIGHER, C. Vacuum extraction, forceps delivery. California. [en ligne]. 2008. [Consulté le 14 avril 2010].

<<http://emedicine.medscape.com/article/27115-overview> >

25 *Une méthode d'amélioration de la qualité : AUDIT CLINIQUE*. Évaluation des pratiques par comparaison à un référentiel HAS. [en ligne]. 2004. [consulté le 17 mars 2010].

<http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2009-10/audit_clinique_cible_2006_4pages.pdf >

26 DUPUY, M. MAISONNEUVE, H. TERRA, JL. *Bases méthodologiques de l'évaluation des pratiques professionnelles : L'AUDIT CLINIQUE*. Évaluation en établissements de santé. [en ligne]. 1999. Disponible sur le site :

<http://www.unaformec.org/CDRMG/cederom_01/recos/anaes/audi_99.pdf >

27 PARANT, O. REME, JM. MONROZIES, X. *Déchirures obstétricales récentes du périnée et épisiotomie*. [en ligne]. Paris. Ed Masson. 1999. [Consulté le 16 mars 2010].

<<http://www.em-consulte.com/article/7969> >

28 DUPUIS, O. MADELENAT, P. RUDIGOZ, R. Incontinences urinaires et anales post-obstétricales : facteurs de risque et prévention. *Gynécologie Obstétrique & Fertilité*, [en ligne], 2004, vol32. [consulté le 16 mars 2010] .p 540-548.

<<http://www.em-consulte.com/article/25833> >

29 THIEBAUGEORGES, O. BARBIER, A. La primiparité est-elle le seul facteur de risque des lésions du sphincter anal en cours d'accouchement ? *Gynécologie obstétrique & fertilité*, [en ligne], 2000, vol. 35, n°2.Paris. éd Masson. p. 101-106. ISSN 1297-9589. [consulté le 16 mars 2010].

<<http://cat.inist.fr/?aModele=afficheN&cpsidt=18555168> >

30 BENIFLA, J-L. MADELENAT, P. BATALLAN, A. L'extraction instrumentale provoque-t-elle des lésions spécifiques en fonction de l'instrument (forceps, ventouse, spatules). *Les JTA*. [en ligne] 2006. Consulté le 16 mars 2010.

<http://www.lesjta.com/article.php?ar_id=849 >

31 RIETHMULLER, D. *Comparaison de la morbidité materno-fœtale après extraction par spatule de Teissier et par ventouse obstétricale*. [en ligne]. 2010. [Consulté le 10 mai 2010].

<<http://www.chu-besancon.fr/smf/sep2008/08-09-05.pdf>>

32 ABBARA, A. *La ventouse obstétricale* [en ligne]. 2009. Paris. [Consulté le 18 avril 2010].

<http://www.alyabbara.com/museum/medecine/pages_01/instruments_mediciaux/ventouse_obstetricale.html>

33 LAKSHMIDEVI, V. PUTTA, M.D. Assisted Vaginal Delivery Using the Vacuum Extractor. *American Family Physician*. [en ligne]. 2000. [Consulté le 27 avril 2010].

<<http://www.aafp.org/afp/20000915/1316.html>>

34 MOLA, D. KUK, M. A randomised controlled trial of two instruments for vacuum-assisted delivery (Vacca Re-Usable OmniCup and the Bird anterior and posterior cups) to compare failure rates, safety and use effectiveness. *The Royal Australian and New Zealand College of Obstetricians and Gynaecologists* [en ligne], 2010, [Consulté le 4 août 2010].

<<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20618242>>

35 VANLIEFERINGHEN, S. GIRARD, G. Étude comparative de la morbidité maternofoetale immédiate des extractions par spatules de Thierry et par ventouses. *Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction*, vol 38, n° 8, [en ligne], 2009, [Consulté le 3 octobre 2010].

<<http://www.em-consulte.com/article/232112>>

36 MRCOG, B. STRACHAN, K. BRISTOL, M. Operative vaginal delivery. Guidelines. *Royal College of Obstetricians and Gynaecologists*. [en ligne], 2008, [Consulté le 10 Août 2010].

<<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed>>

37 BODNER, A. BODNER, B. KIMBERG, A . Management of the perineum during forceps delivery. Association of episiotomy with the frequency and

severity of perineal trauma in women undergoing forceps delivery. *The journal of reproductive medicine*. [en ligne], 2003, [Disponible sur le site].

<<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12746986>>

38 LANGER, B. Complications immédiates et à long terme de l'épisiotomie. *Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie et de la Reproduction*. [en ligne], 2006, vol 35, n° S1. [Consulté le 6 août 2010].

<<http://www.em-consulte.com/article/118010/resultatrecherche/5>>

39 RIETHMULLER, D. DREYFUS, M. L'épisiotomie libérale devrait avoir vécue ! Extraction instrumentale par spatules de Thierry . *Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction*, [en ligne], 2005, vol 35, n° 2, p 197-199. [Consulté le 20 octobre 2010].

<<http://www.em-consulte.com/article/117880>>

40 VENDITTTELI, F. TABASTE, J-L. Le massage périnéal ante-partum : revue des essais randomisés. *Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction*, [en ligne], 2001, vol 30, n° 6, [Consulté le 3 novembre 2010].

<<http://www.em-consulte.com/article/114223>>

41 SALVENSEN, K. MORKVED, S .Randomised controlled trial of pelvic floor muscle training during pregnancy. *BMJ*, [en ligne], 2004, [Consulté le 2 novembre 2010].

<<http://www.bmj.com/content/329/7462/378.abstract>>

42 VANLIEFERINGHEN, S. GIRARD, G. Étude comparative de la morbidité maternofoetale immédiate des extractions par spatules de Thierry et par ventouses. *Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction*, [en ligne], 2009, vol 38, n° 8. p 648-654. [Consulté le 10 octobre 2010].

<<http://www.em-consulte.com/article/232112>>

43. SCHAAL, J-P. EQUY, V. Comparaison ventouse forceps. *Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction*, [en ligne], 2008, vol 37, n° 8, p 231-243. [Consulté le 10 octobre 2010].

<<http://www.em-consulte.com/article/194987>>

44. WERKOFF, G. MOREL, O. Ventouse Kiwi® versus forceps et spatules : évaluation de la morbidité maternelle et fœtale. À propos de 169 cas. *Gynécologie Obstétrique & Fertilité*, [en ligne], 2010, vol 38, n° 11, p 653-659. [Consulté le 10 octobre 2010].

<<http://www.em-consulte.com/article/272638>>

45 SHIPMAN, MK, BONIFACE, D. Antenatal perineal massage and subsequent perineal outcomes : a randomized controlled trial. *British Journal of Obstetrics and Gynaecology*, [en ligne], 1997, vol 104, p 787-91, [Consulté le 3 Novembre 2010].

<https://www.cebp.nl/vault_public/filesystem/?ID=2438>

46 LABRECQUE, M, MARCOUX, S. *Prevention of perineal trauma by perineal massage during pregnancy: A pilot study*. [en ligne]. 1994. [Consulté le 3 Novembre 2010].

<<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8155220>>

47 DUPUIS, O. Formation et apprentissage des extractions. *Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction*, [en ligne], 2008, vol 37, n° 8, p. 288-296. [Consulté le 22 Octobre 2010].

<<http://www.em-consulte.com/article/194992>>

48 CNGOF. *L'épisiotomie. Recommandations pour la pratique clinique*. [en ligne]. 2005. [Consulté le 20 Octobre 2010].

<http://www.cngof.asso.fr/D_PAGES/PURPC_14.HTM>

49 COMBS, C. ROBERTSON P. Risk factors for third-degree and fourth-degree perineal lacerations in forceps and vacuum deliveries. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*. [en ligne]. 1990. [Consulté le 20 Mai 2010].

<<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/2375331>>

50 DEMISSIE, K. RHOADS, G. Operative vaginal delivery and neonatal and infant adverse outcomes : population based retrospective analysis. *BMJ*. [En ligne]. 2005. [Consulté le 20 Mai 2010].

<<http://www.bmj.com/content/329/7456/24.full>>

51 BEN HAROUSH, A. MELAMED, N. Predictors of failed operative vaginal delivery: a single-center experience. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*. [en ligne]. 2007. [Consulté le 30 juin 2010].

<<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17826432>>

52 VENDITELLI, F. GALLOT, D. L'épisiotomie. Quelles sont les données épidémiologiques concernant l'épisiotomie ? *Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction*, [en ligne], 2006, vol 35, n° 1, p. 12-23, [Consulté le 3 Novembre 2010].

<<http://www.em-consulte.com/article/118005>>

53 DANDOLU, V. CHATWANI, A. Risk factors for obstetrical anal sphincter lacerations. *International urogynecology journal and pelvic floor dysfunction*. 2005. [Consulté le 3 Juillet 2010].

<<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15809773>>

54 BOFILL, JA. RUST, O. A randomized prospective trial of the obstetric forceps versus the M-cup vacuum extractor. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, [en ligne], 1997, [Consulté le 3 Juillet 2010].

<<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8942509>>

55 ECKER, JL. TAN,V. Is there a benefit to episiotomy at operative vaginal delivery? Observations over ten years in a stable population. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, [en ligne], 1997, p 411-414, [Consulté le 3 Juillet 2010].

<<http://cat.inist.fr/?aModele=afficheN&cpsidt=2581656>>

Cours

56 BOUIN, T. Déchirures des voies génitales basses. Cours de 3ème année de l'école de sage-femme. 2010. MRUN.

TABLE DES MATIERES

Sommaire	4
Introduction	7
Partie 1	8
1. LES EXTRACTIONS INSTRUMENTALES	9
1.1. Les conditions d'application	9
1.2. Les indications	11
1.3. La ventouse obstétricale	11
1.3.1. Son concept d'utilisation	11
1.3.2. Ses recommandations d'utilisation	12
1.3.3. Les atteintes maternelles	13
1. 4. 1. Leur concept d'utilisation	14
1. 4. 2. Les atteintes maternelles	15
1. 5. 1. Leur concept d'utilisation	16
1. 5. 2. Les atteintes maternelles	17
2. LES DÉCHIRURES ET LÉSIONS PERINEALES	18
2.1. Les déchirures vaginales	18
2.2. Les déchirures périnéales (selon la classification anglo saxone)	19
2.2.1. Les déchirures du 1er degré, simples ou incomplètes	19
2.2.2. Les déchirures du 2ème degré	20
2.2.3. Les déchirures du 3ème degré ou déchirure complète	20
2.2.4. Les déchirures du 4ème degré ou déchirure complète compliquée	20
2.3. Les lésions vulvaires	20
2.4. Les déchirures cervicales	20
2.5. Les plaies urinaires	21
2.6. Le thrombus génital	21
2.7. Incidence de l'EI sur le périnée	21
3. LES FACTEURS FAVORISANTS	24
3.1. Les facteurs maternels	24
3.2. Les facteurs fœtaux	25
3.3. Facteurs dépendant de l'opérateur	25
4. LA PLACE DE L'ÉPISIOTOMIE DANS L'EXTRACTION INSTRUMENTALE	27
4.1. Critères de choix de l'épisiotomie	27
4.2. Les recommandations de la pratique de l'épisiotomie lors d'une extraction instrumentale	28
4.3. La pratique de l'épisiotomie lors d'une EI	29
4.4. La pratique de l'épisiotomie renforce t-elle le bilan lésionnel ?	30
PARTIE 2	32
1. PRÉSENTATION DE L'ÉTUDE	33

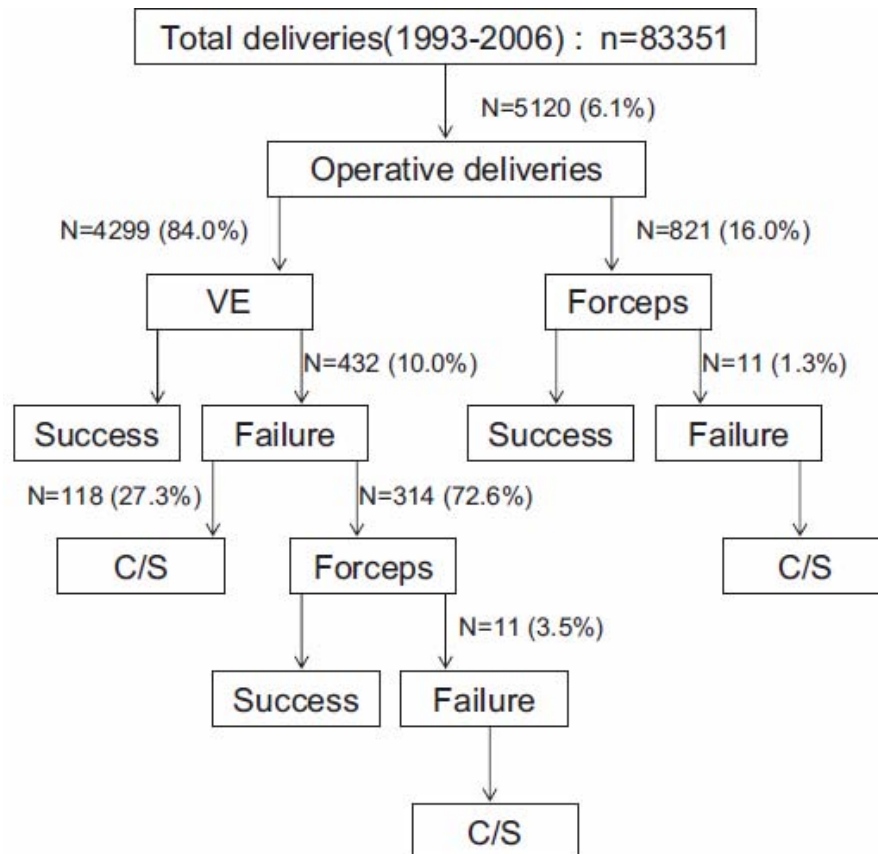
1.1.	Les objectifs de l'étude	33
1.2.	Population et méthode utilisée	34
1.2.1.	Les caractéristiques de l'étude	34
1.2.2.	Population	34
2.	ANALYSE DES RÉSULTATS	37
2.1.	Les caractéristiques générales de la population	37
2.1.1.	L'âge	37
2.1.2.	Les origines géographiques.....	37
2.1.3.	La parité	38
2.1.4.	La taille.....	38
2.1.5.	L'IMC et la prise de poids pendant la grossesse.....	38
2.1.6.	La présence d'antécédents périnéaux notables ou de condylomes pour la grossesse étudiée	39
2.2.	Concernant la grossesse	40
2.2.1.	L'estimation du poids fœtal	40
2.2.2.	L'évaluation de la perméabilité du bassin.....	41
2.2.3.	Présence d'œdèmes des membres supérieurs et /ou inférieurs	41
2.3.	Travail obstétrical.....	43
2.3.1.	Travail spontané	43
2.3.2.	L'âge gestationnel	43
2.3.3.	L'analgésie maternelle	44
2.3.4.	Durées des phases du travail	44
2.3.5.	L'utilisation d'ocytocine au cours du travail	46
2.4.	Les différentes phases de l'accouchement	47
2.4.1.	L'indication de l'extraction.....	47
2.4.2.	La vidange vésicale	47
2.4.3.	La variété de la présentation	48
2.4.4.	La hauteur de la présentation	49
2.4.5.	Utilisation des différents instruments selon les groupes.....	49
2.4.6.	La pratique de l'épisiotomie.....	50
2.4.7.	Durée des efforts expulsifs.....	51
2.4.8.	Impact de la macrosomie fœtale	52
2.4.9.	Influence des instruments sur les lésions périnéales graves.....	52
2.5.	Corrélation entre plusieurs facteurs	53
2.5.1.	Influence de la pose de l'instrument sur une présentation à risque.....	53
	Influence de la pose des spatules de Thierry sur une variété de présentation à risque	53
	Influence de la pose des forceps de Tarnier sur une variété à risque.....	54
2.5.2.	Succession de plusieurs instruments	54
2.5.3.	Pose de forceps ou de spatules chez une parturiente à la prise de poids excessive	54
2.5.4.	Pose de forceps ou de spatules chez une patiente à l'IMC excessif.....	55
Partie 3	56
1.	CONCLUSIONS DE L'ÉTUDE	57
2.	comparaison des résultats de l'étude avec la littérature.....	59
2.1.	Concernant les caractéristiques des patientes	59
2.2.	Pendant la grossesse.....	59
2.3.	Pendant le travail.....	60

2.4.	Pendant l'accouchement.....	60
2.4.1.	Comparaison de l'utilisation des instruments pour l'EI.....	61
2.4.2.	Durée de l'extraction en fonction des instruments.....	62
2.4.3.	Durée des efforts expulsifs maternels avant l'extraction.....	62
2.4.4.	Taux d'épisiotomie.....	62
	Dans la population générale.....	62
	Selon les extractions instrumentales.....	63
2.4.5.	Taux de déchirures maternelles après l'EI selon l'instrument.....	63
2.4.6.	Corrélation multifactorielle.....	64
2.5.	Les limites de l'étude.....	64
3.	DISCUSSION ET PROPOSITIONS.....	66
3.1.	Discussion.....	66
3.2.	La prévention.....	67
3.2.1.	Pendant la grossesse.....	67
	La prévention de la survenue de mycoses.....	67
	Le massage périnéal.....	67
	La rééducation périnéale anténatale.....	68
3.2.2.	Pendant le travail et l'accouchement.....	69
	La prévention auprès des professionnels.....	69
	Pendant le travail.....	69
	À l'extraction.....	69
	Une pratique expérimentée.....	70
	L'épisiotomie.....	70
	La formation des professionnels.....	71
	Conclusion.....	73
	Bibliographie.....	75
	TABLE DES MATIERES.....	85
	Annexe 1.....	I
	Annexe 2.....	II

ANNEXE 1

Predictors of failed operative vaginal delivery: a single-center experience.

Etude américaine de 2007 menée par l' American Journal of Obstetrics & Gynecology



C/S, cesarean section; VE, vacuum extraction.
 Ben-Haroush. Predictors of failed operative vaginal delivery. AJOG 2007.

Résultats des extractions instrumentales entre les années 1993 et 2006

ANNEXE 2

Grille de recueil de données

Patiente :

Age lors de l'accouchement :

Origine géographique :

Gestité y compris grossesse actuelle :, Parité y compris accouchement actuel :

Taille :, Poids :, IMC en début de grossesse :

Prise de poids totale : +kg

Antécédents de lésions périnéales sévères : oui- non , lesquelles :

Présence de condylomes vulvaires ou autres lésions cutanées :

Grossesse : dernier examen prénatal à SA

Hauteur utérine :

Echographie de 32 34 SA : BIP..... (..... percentile) , DAT (.... percentile)

Estimation de poids fœtal à l'échographie :

Examen clinique du bassin effectué : oui- non , favorable : oui- non

Présence OMI : oui- non - non renseigné

Présence OMS : oui- non- non renseigné

Travail :

Spontané : oui- non , Déclenchement : oui- non
Age gestationnel à l'entrée en SDN : SA

Hauteur utérine à l'entrée en SDN : cm

Analgésie :

Durée du travail : phase active :, deuxième phase :

Syntocinon : oui- non , indication :

Accouchement :

Indication de l'extraction :

Vessie vidée : oui- non

Lors de l'introduction de l'instrument :

- Nature de la présentation :
- Orientation de la présentation : OIDA, OIDP, OIGA, OIGP, TD, TG, OS, OP
- Hauteur de la présentation: partie haute- partie moyenne- partie basse

Quel instrument :

Succession de plusieurs instruments : oui- non

Lesquels :

Moment de retrait de l'instrument :

Épisiotomie ? oui- non , type : médiane, médio-latérale

Durée des EE avant la pose des instruments :

Durée de l'extraction :

.....

Périnée :

- Texture du périnée : normal- friable- oedematié- non renseigné
- Distance ano-vulvaire : courte (inf à 4 cm)- non renseigné

Existence d'une dystocie aux épaules : oui -non

Poids du bébé :, Macrosomie : oui- non

PC à la naissance :

Bilan périnéal :

Lésions présentes en plus de l'éventuelle épisiotomie : oui- non

Atteintes: Déchirures - éraillures :

Vulvaires : grandes lèvres, petites lèvres
(nymphéales), clitoridiennes ;

Déchirures - éraillures :

Vaginales ;

Périnéales : du 1^{er} degré- 2^{ème} degré- 3^{ème} Degré- 4^{ème} degré ;

Plaies urinaires ;

Autres : thrombus... etc

RESUME

En France, l'extraction instrumentale a toute sa place dans une politique favorisant l'accouchement par voie basse. Elle génère toutefois une aggravation des lésions maternelles. C'est ce que ce mémoire a essayé d'analyser d'après une étude rétrospective à la Maternité de Nancy, au début de l'année 2010, en identifiant des facteurs de risque.

Ainsi, le bilan lésionnel maternel apparaît alourdi lorsque l'indication de l'EI est l'effort expulsif maternel inefficace et que la pose de l'instrument se fait en partie moyenne. L'extraction par forceps est plus souvent utilisée lorsque les efforts expulsifs maternels sont prolongés.

L'épisiotomie est beaucoup plus souvent réalisée et se complique davantage lors d'une extraction par forceps et par spatules de Thierry, que par ventouse. D'autres lésions s'y associent fréquemment lors de l'utilisation des spatules de Thierry.

Mots clés: lésions périnéales, extraction instrumentale, recommandations de l'épisiotomie

In France, the instrumental extraction has his place in a politic favouring the delivery by vaginal approach. But, in lot of cases, this generates among other things an increase of maternal lacerations. That is what, my memory will try to study thanks to a retrospective analysis in the Regional Maternity of Nancy at the beginning of the year 2010 by identifying risks factors.

Like this, the maternal lacerations are more extensive when the inefficients pushings of labor are the indication of the instrumental delivery and that the application of the instrument is in medium part. The forceps delivery is more frequent used when the maternel pushing of labor are increased.

The episiotomy is more frequent and more complicate for a forceps and Thierry's spatulas delivery than for a vacuum extractor. But the episiotomy is oftently complicate during a Thierry's spatulas delivery.

Key words : vaginal lacerations, instrumentale extraction, recommendations of episiotomy.