

Il était une fois

l'EPP

ou

l'EP...isiotomie

M. Dreyfus, N. Lamendour

Caen

Base Audipog

Taux d'épisiotomies

	96-97	98-99	02-03	2004	2005
n	17267	17640	17218	6987	7647
global	58,9	54,4	47,3	41,1	41,3
primiP	78,4	72,6	67,6	60,4	60,6
multiP	41,4	39,7	30,9	25,3	25,2

Au CNGOF 2004

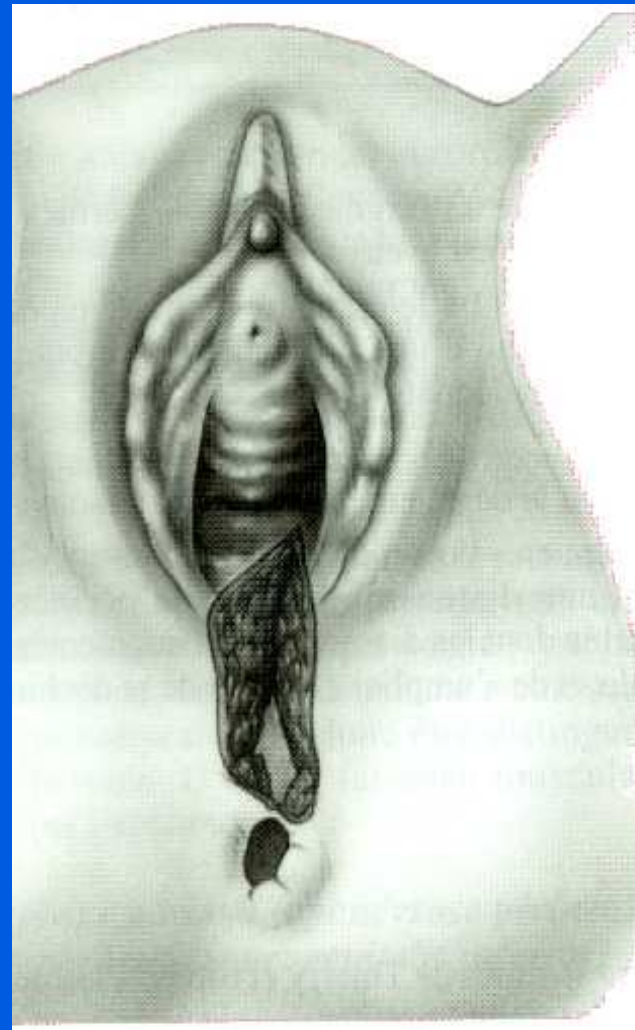
Fait-on trop d'épisiotomie ?

R. Maillet
Besançon

Série bisontine

	87	99	00	01	02	03
Taux épisiotomies	26,9	28,6	26,3	23,6	22,5	19,8
Déchirures graves	0,4	0,8	0	0,18	0,16	0,8

Déchirures périnéales



Mutilation génitale ?

CORRESPONDENCE

Episiotomy: a form of genital mutilation

Sir—In his 'Sketches from *The Lancet*' (April 24, p 1453)¹ Peter Kandela describes how over 130 years ago *The Lancet* played a part in turning support away from one form of female genital mutilation in the UK—clitoridectomy. Hopefully, you can play a part in turning support away from another form of female genital mutilation which is widespread in the UK today—episiotomy.

After their review of scientific evidence, Thacker and Banta² concluded that an episiotomy rate over 20% cannot be justified. On the basis of this and other evidence, WHO published the recommendation: "The systematic use of episiotomy is not justified. The protection of the perineum through alternative methods should be evaluated and adopted".³ More recent research presents further evidence against frequent use of episiotomy.⁴

All this evidence shows that, compared with a natural tear, episiotomy results in more bleeding, more pain, more permanent vaginal deformity, more temporary, and long-lasting difficulty with sexual intercourse. Further, the main benefits claimed by proponents of episiotomy—prevention of third-degree tears, prevention of long-term damage to the pelvic floor, and protection of the baby from the adverse consequences of an extended second stage of labour—are not supported by the evidence.

Despite the evidence, widespread use of episiotomy continues. In US hospitals "rates for primiparous women in excess of 80% are commonplace".⁵ Episiotomy rates for all births in Eastern Europe are essentially 100%.⁶ On the other hand, the national episiotomy rate for the Netherlands is 8%, and the rate for planned out-of-hospital births (home or birth centre) managed by midwives in the USA is between 4% and 20%.⁷

Closing the gap between the evidence for and against episiotomy and the practice of episiotomy is as difficult and painful as closing the episiotomy wound. Can *The Lancet* once more help turn support away from female genital mutilation, in this case its modern form—episiotomy?

Marsden Wagner
2950 Van Ness St NW, 911 Washington,
DC 20028, USA

¹ Kandela P. Sketches from *The Lancet*: clitoridectomy. *Lancet* 1999; 353: 1453.

² Thacker S, Banta D. Benefits and risks of episiotomy: an interpretive review of the

CORRESPONDENCE

Episiotomy: a form of genital mutilation

Sir—Marsden Wagner (June 5, p 1977)¹ deserves to be heartily congratulated for daring to put episiotomy into the category of genital mutilation, and available evidence shows that he is right. At the birth of my children, some 20 years ago, it was difficult to have rational discussions on the subject: the only secure prevention was to be arrogantly demanding with obstetrician colleagues, and I have kept a vivid memory of their mockery, their warning on the risks I was exposing my wife to in order to avoid a procedure which, according to them, was trivial, safe, and painless.

At that time, I was still a medical student, not trained enough in drug research to know that the pain inherent to episiotomy is significant enough to be used as a model in the assessment of analgesics efficacy. Similarly, I had not begun to collect the studies summarised by Wagner and so my attitude was easily made an object of ridicule. However, in our time of evidence-based medicine and of feminism, the persistence of such a barbaric mutilation and lack of public concern about it are simply astonishing.

The current acceptance of episiotomy may partly be related to the strong reluctance of the obstetrician milieu to evidence-based medicine as exemplified by a recent paper by Olatunbosun and colleagues.² Another example is a study by Wallon and colleagues³ that showed that in spite of intensive screening for toxoplasmosis during pregnancy in France and Australia, there is no evidence of the benefits of medical intervention in this regard. Experience, however, shows that the uncertain results of this screening are frequently a cause of disproportionate anxiety and fear in pregnant women. This impressive resistance of obstetricians to evidence reflects a propensity to overestimate the benefit/risk ratio of medical interventions in this specific field and suggests that without pressure, such as that called for by Wagner, it may take a long time to obtain the disappearance of an archaic procedure such as episiotomy.

Marc Girard
Conseil en Pharmacovigilance et
Pharmacopédagogie, 78000 Versailles,
France

¹ Wagner M. Episiotomy: a form of genital mutilation. *Lancet* 1999; 353: 1977.

² Olatunbosun OA, Edouard L, Pierson RA. Physicians' attitudes toward evidence base

- Correspondance du Lancet
- Suite à la métaanalyse de Thacker
- Condamne surtout les conséquences :
 - douleur
 - dyspareunie

Effets indésirables

- **Pertes sanguines** Woolley, R.J., *Benefits and risks of episiotomy: a review of the English-language literature since 1980.* Obstet Gynecol Surv, 1995. **50**(11):
 - 10%perdent en moyenne 300 ml
 - Surtout si épisiotomie médio latérale
- Douleur , dyspareunie
- Conséquences psycho sociales
- Risques foœtaux
- Risques maternels

Effets indésirables

- Pertes sanguines (Woolley)
- Douleur , dyspareunie (Thacker,Carroli)
- Conséquences psycho sociales
- Risques foœtaux
- Risques maternels

Effets indésirables

- Pertes sanguines (Woolley)
- Douleur , dyspareunie (Thacker,Carroli)
- Conséquences psychosociales
 - Facteur d'insatisfaction
 - Associations militantes
 - Facteur culturel (Brésil)
- Risques foœtaux
- Risques maternels

Effets indésirables

- Pertes sanguines (Woolley)
- Douleur , dyspareunie (Thacker,Carroli)
- Conséquences psycho sociales
- Risques foëtaux exceptionnels
 - Plaies cuir chevelu,paupière
 - Castration
 - Fracture mandibule
- Risques maternels

Effets indésirables

- Pertes sanguines (Woolley)
- Douleur , dyspareunie (Thacker,Carroli)
- Conséquences psycho sociales
- Risques foëtaux
- Risques maternels
 - Hématomes vulvaires massifs
 - Gangrène , nécrose , abcès
 - Endométriose
 - Fistules rectovaginales et périnéovaginales

Associations militantes



www.afar.info

Collectif épisiotomie

Alliance Francophone pour l'Accouchement Respecté informe de ce qu'est l'épisiotomie et ses conséquences :

<http://www.fraternet.org/afar/episiotomie>.

Nous envisageons d'engager une procédure

judiciaire collective avec un avocat (Maître Bertrand Bertolas - Paris)

pour faire bouger les choses et que chaque femme puisse être respectée. Nous avons créé pour cela le "Collectif épisiotomie".

<http://fr.groups.yahoo.com/group/soutien-episiotomie/>

RPC l'EPISIOTOMIE

CNGOF

30 novembre 2005

Les recommandations finales

Prof. B. Jacquetin
Maternité Hôtel-Dieu
C.H.U. Clermont-Ferrand

Bénéfices supposés

- Pas de prévention des déchirures graves (grade A), mais plus de déchirures antérieures (grade A)
- Nécessité de formation au diagnostic lésionnel
- Pas de prévention (grade A)
 - De l'incontinence urinaire (IUE)
 - De l'incontinence fécale (accentuation temporaire Gr. C)
 - Des troubles de la statique pelvienne (réduction force musculaire Gr. B)

Politique libérale ou restrictive ?

- Pas de bénéfices pour une politique libérale
 - Sur le plan foetal (grade C)
 - Sur le plan maternel (grade A)

Indications obstétricale spécifiques

- Pratique **systematique** non recommandée chez la primipare (grade B)
- Pratique **systematique** non recommandée dans les extractions instrumentales (grade B), dans les manœuvres obstétricales (Accord professionnel), dans les périnées prêts à se rompre (grade B)
- Même les antécédents de déchirures graves ou de mutilations
- Pratique **systematique** non recommandée dans les indications fœtales (grade C)



Expertise clinique +++

Fréquence et épidémiologie

- Difficile à préciser :
 - Grandes variations entre pays, régions, établissements et professionnels
 - France : taux brut = **47 % (2002-2003)**
Primi : 68% ; multi : 31 %
 - Caractéristiques socio-démographiques
 - Conditions obstétricales
 - Taux ajustés ...
- **Elevé mais en réduction**
- Nombreux facteurs confondants
 - **Difficulté de définir un taux raisonnable : < 30 %
semble réaliste**

Base Audipog

Taux d'épisiotomies

	96-97	98-99	02-03	2004	2005
n	17267	17640	17218	6987	7647
global	58,9	54,4	47,3	41,1	41,3
primiP	78,4	72,6	67,6	60,4	60,6
multiP	41,4	39,7	30,9	25,3	25,2

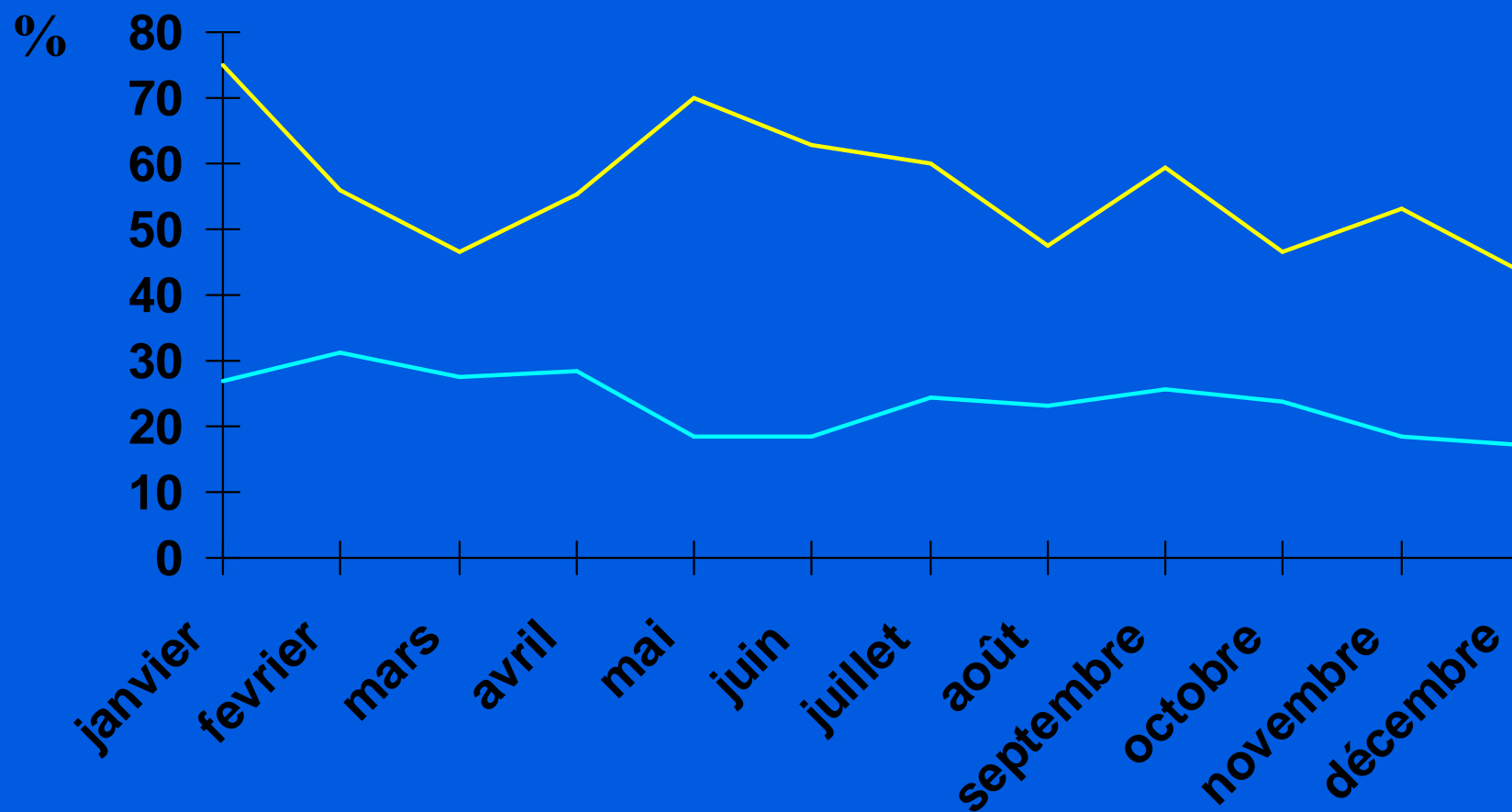
Peut-on réduire les taux ?

- Amélioration continue de la qualité des soins et politique incitative (grade B)
 - **Formations, audit, leader, rétro-information**
- Préparation à l'accouchement ?
- Soutien continu des femmes enceintes (grade B)
- Données scientifiques insuffisantes pour recommander certaines postures , un mode de poussée ou de dégagement (grade B)
- Organisation moins directive de l'accouchement

Caen 2ème semestre 2005 1619 accts
1667 NN

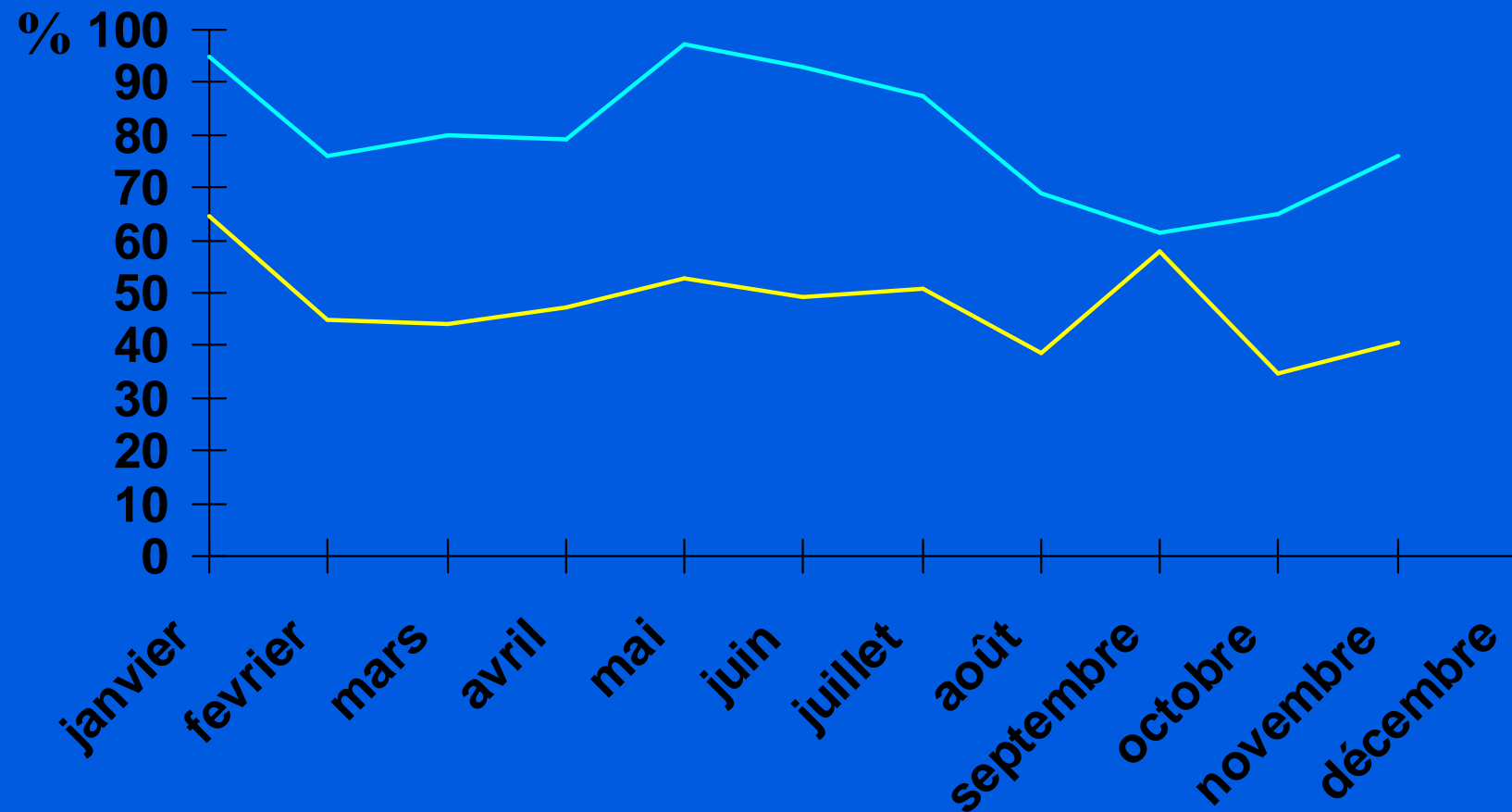
	Nbe	%	% corrig	2004
utérus cicatriciels	153	9,5		10
monocicatriciels voie basse	74/144	51,4		50,4
péridurales	912	56,3		56,8
césariennes sous AG	38	12,9		12,1
Episio primi voie basse	290	51,8		77,7
Episio multi voie basse	168	22		40,6
DA voie basse	94	7,1		7,7
Hémorragie voie basse	80	6		5,4

— episodio primi — episodio multi



PRIMIPARES

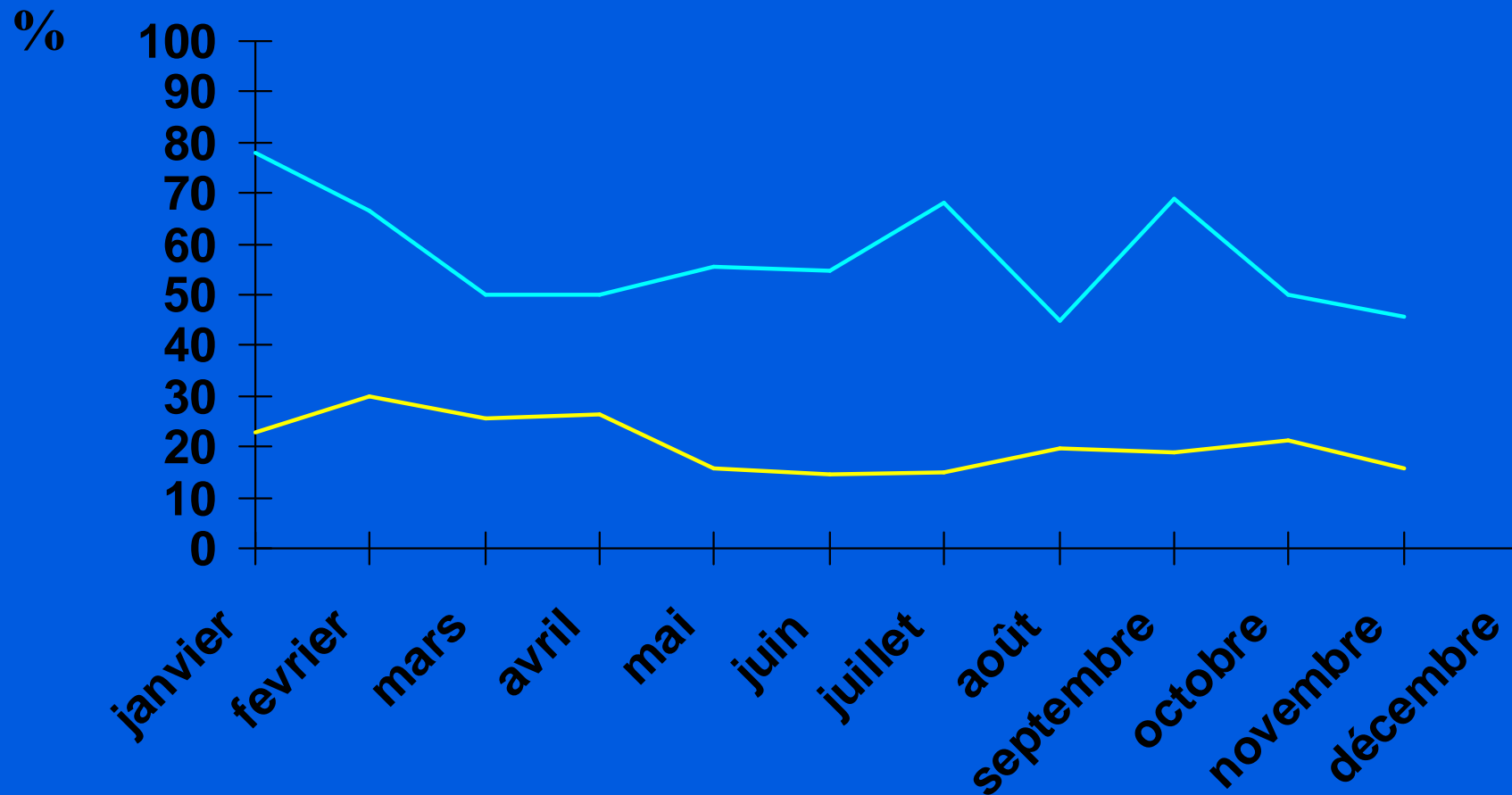
— episo /VBS
— episo / extractions



MULTIPARES

— episodio / VBS

— episodio / extractions



1er semestre 2007

1557 accts

1606 NN

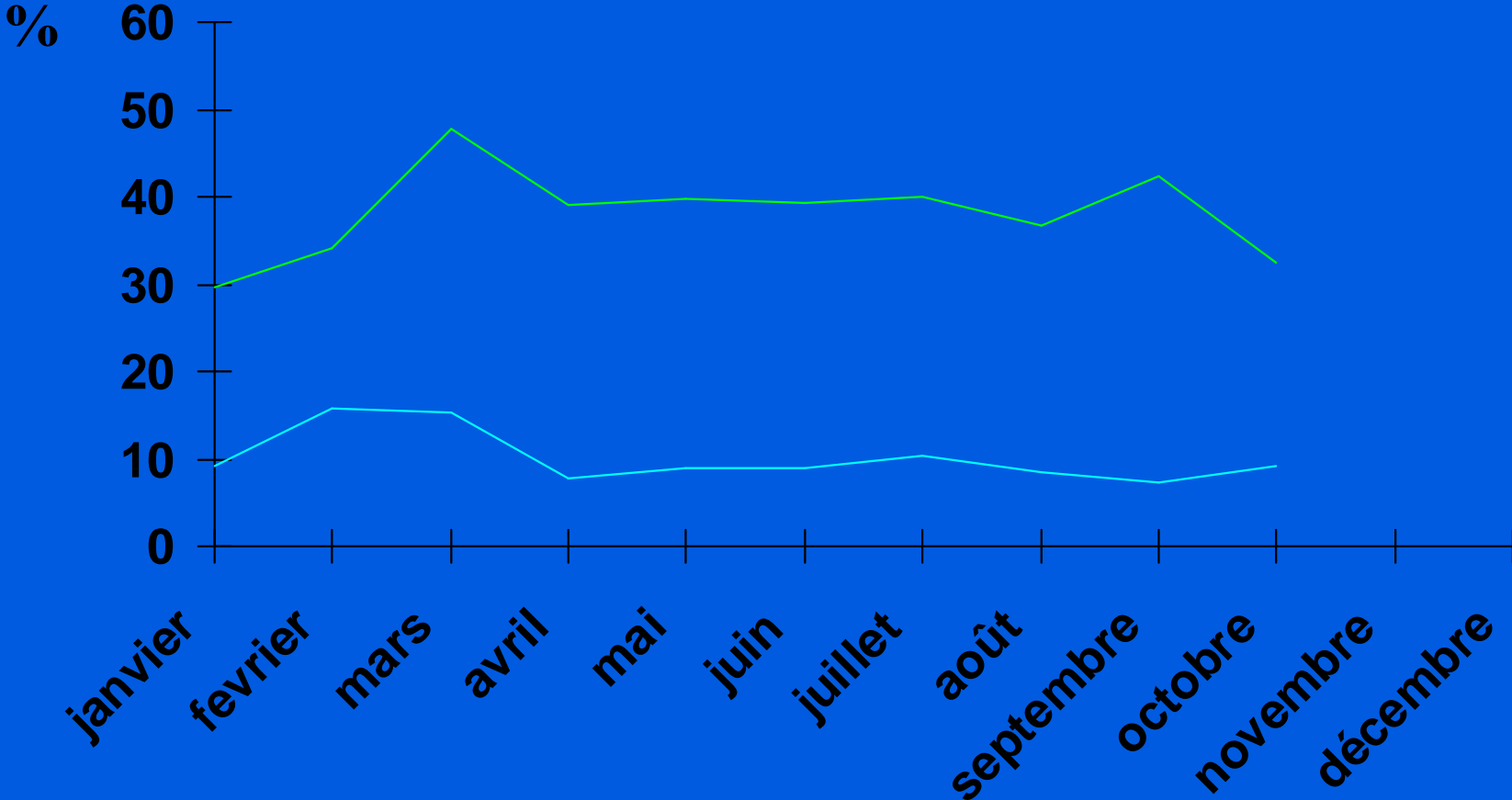
	Nbe	%	% corrigé	2006
utérus cicatriciels	150	9,6		10,3
monocicatriciels voie basse	63/130	48,5		50,3
péridurales	895	57,5		57,4
césariennes sous AG	34	12		14
Episio primi voie basse	215	38,2		40,2
Episio multi voie basse	77	10,8		12,2
DA voie basse	98	7,7		8,6
Hémorragie voie basse	75	5,9		6,7

Octobre 2007

311 accts

320 NN

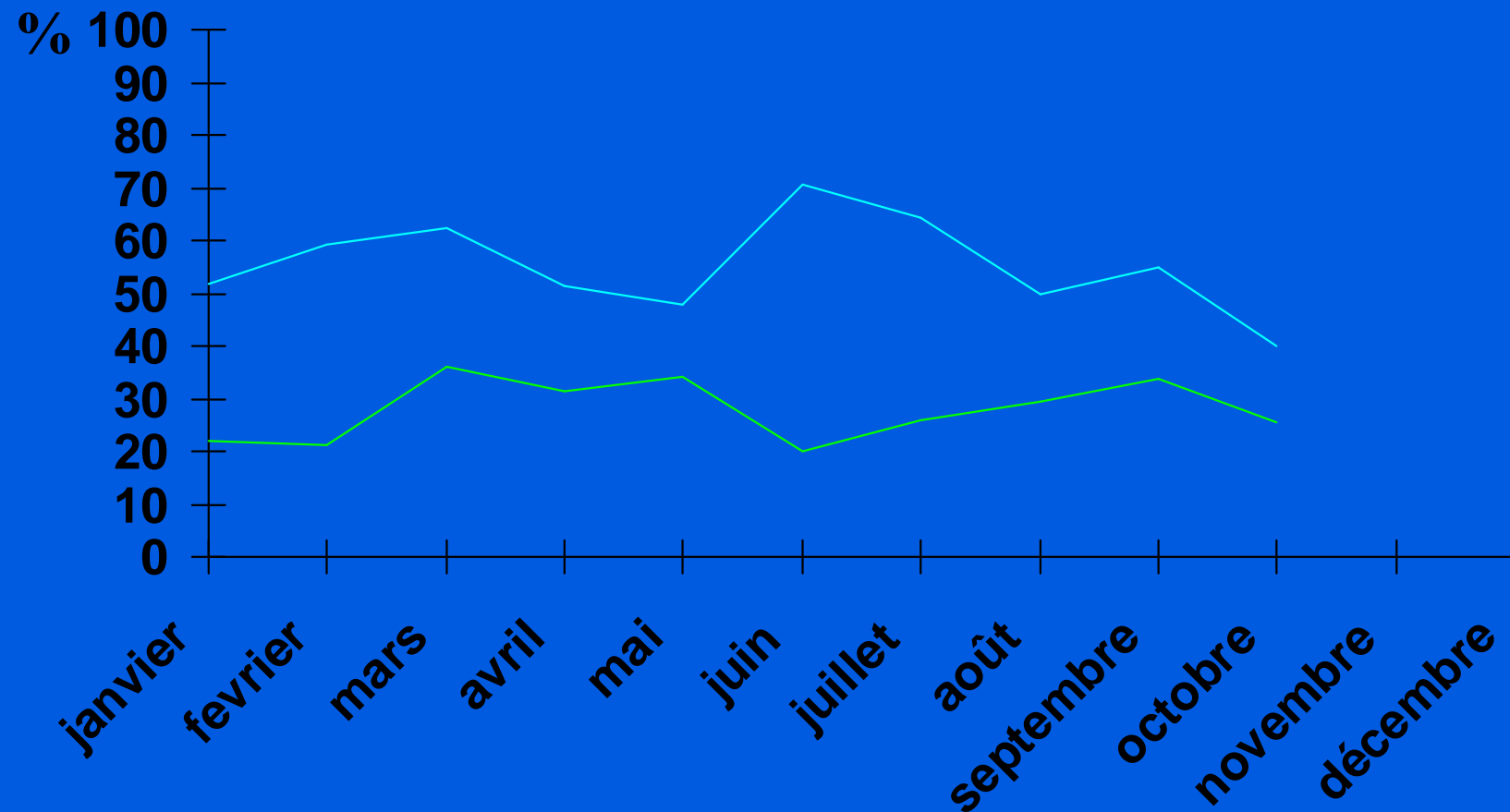
	Nbe	%	% corrigé	2006
utérus cicatriciels	35	11,3		10,3
monocicatriciels voie basse	8/29	27,6		50,3
péridurales	177	56,9		57,4
césariennes sous AG	4	6,1		14
Episio primi voie basse	34	32,4		40,2
Episio multi voie basse	13	9,2		12,2
DA voie basse	31	12,6		8,6
Hémorragie voie basse	14	5,7		6,7



PRIMIPARES

Episio / VBS

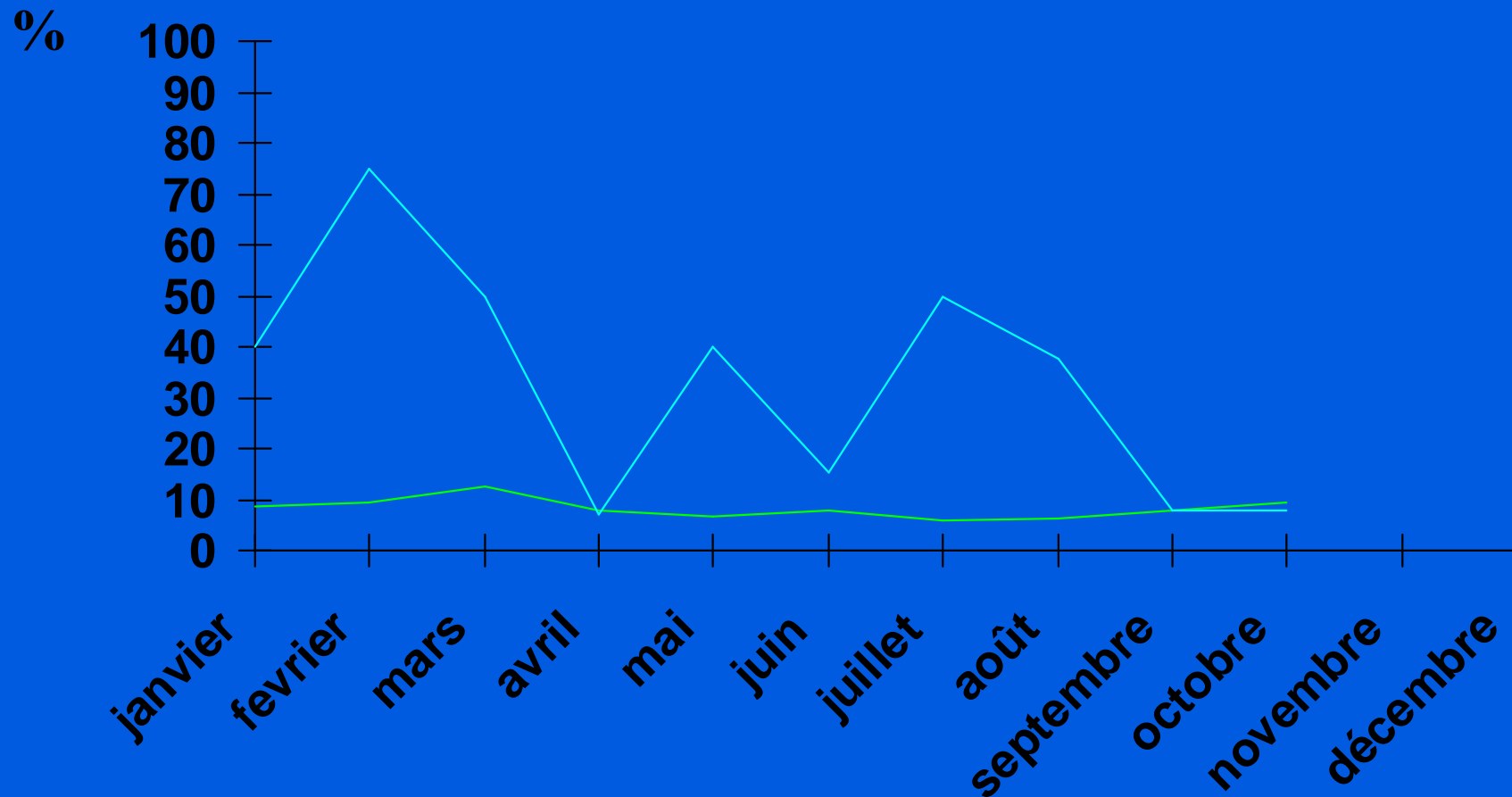
Episio / extractions



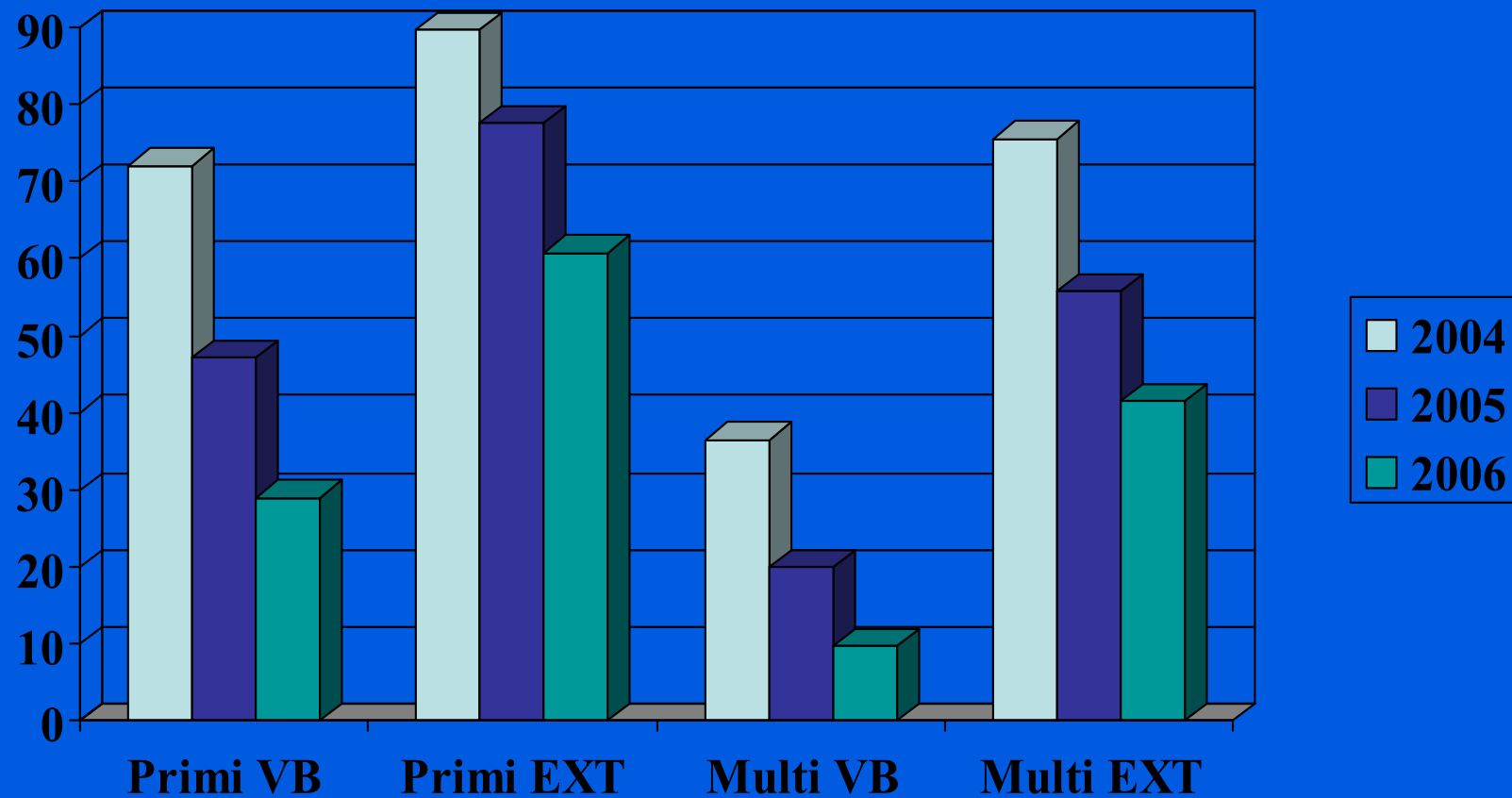
MULTIPARES

Episio / VBS

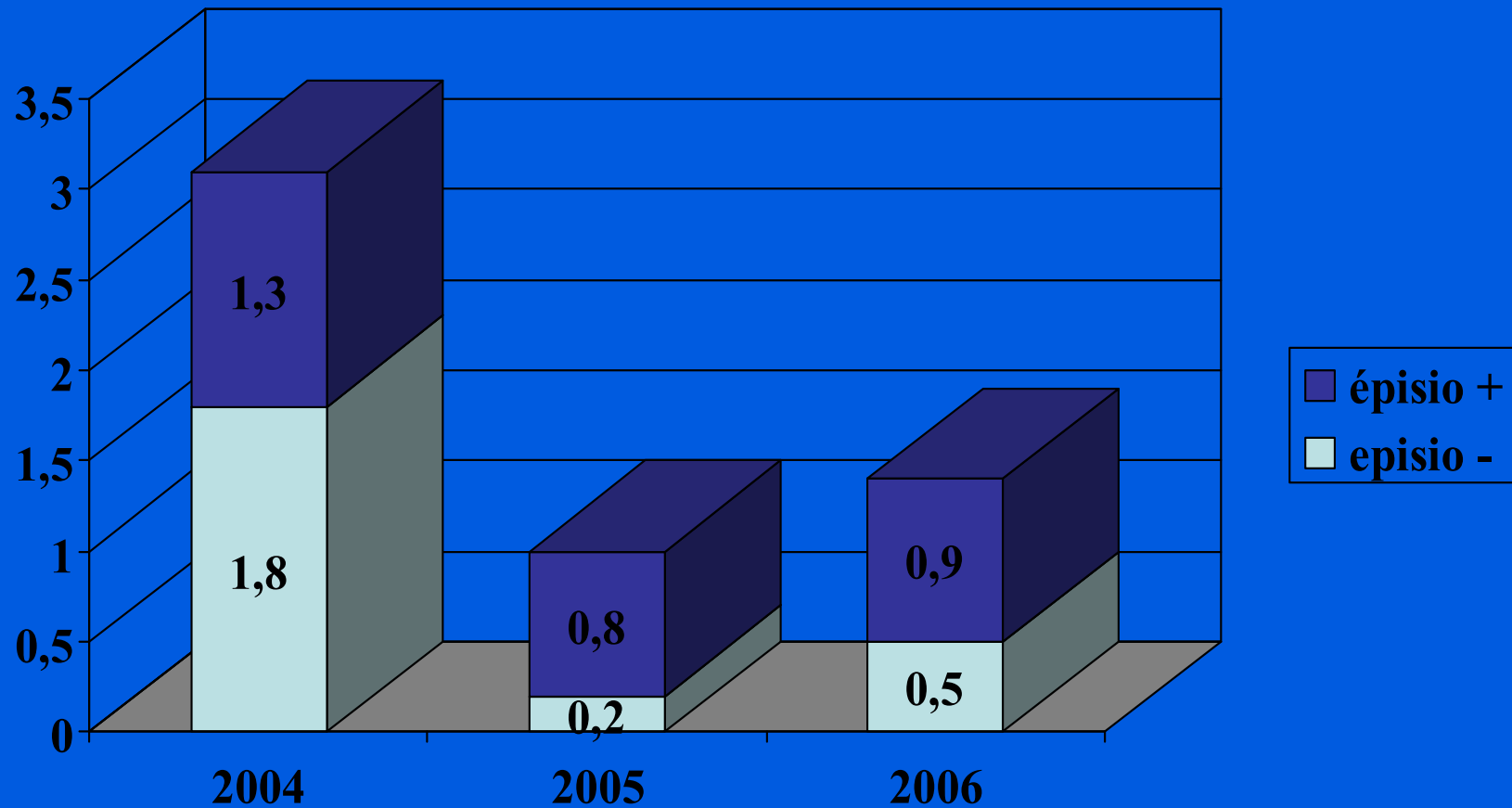
Episio / extractions



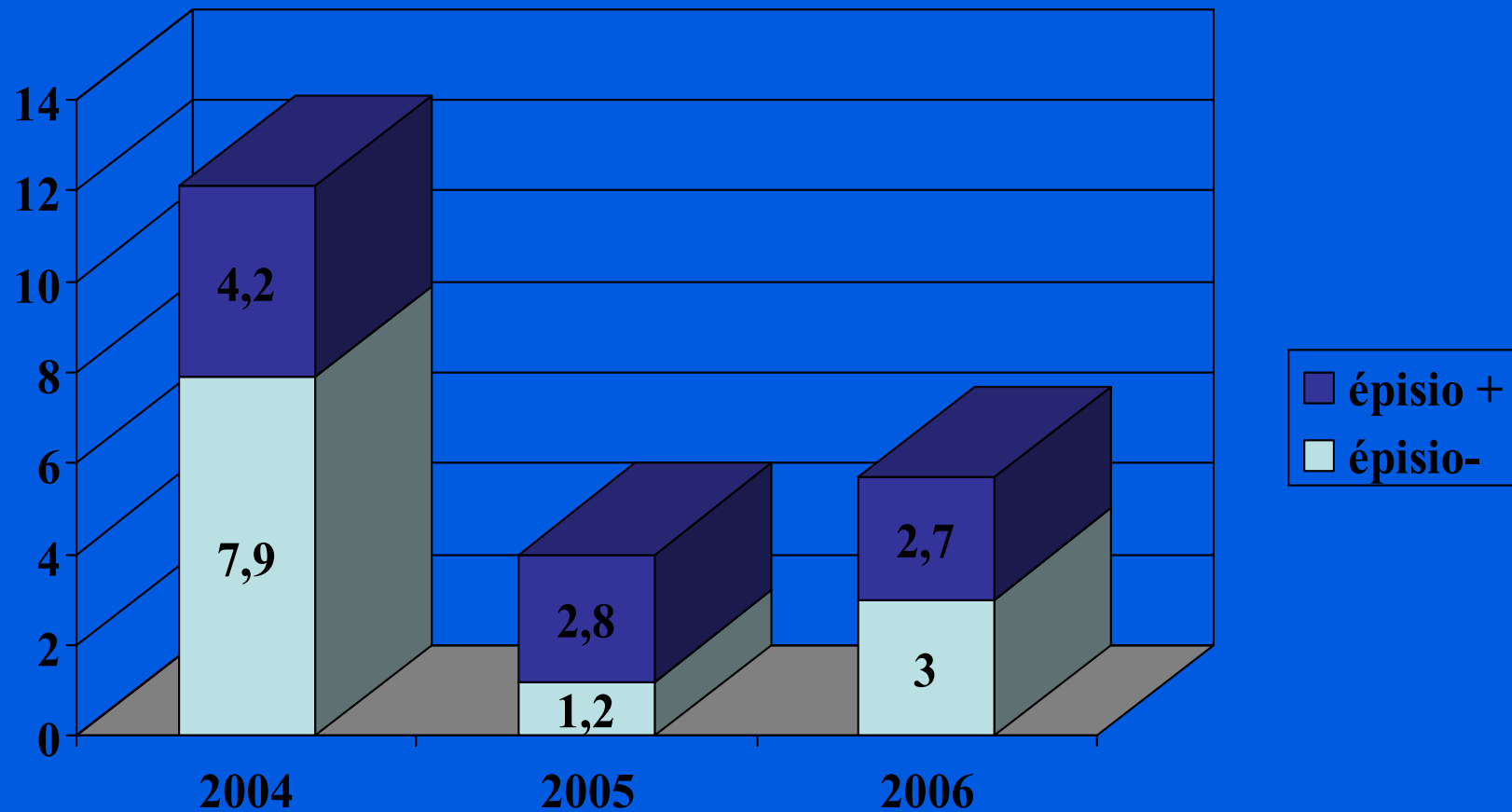
Evolution des taux d'épisiotomies en 3 ans selon le type de voie basse et la parité



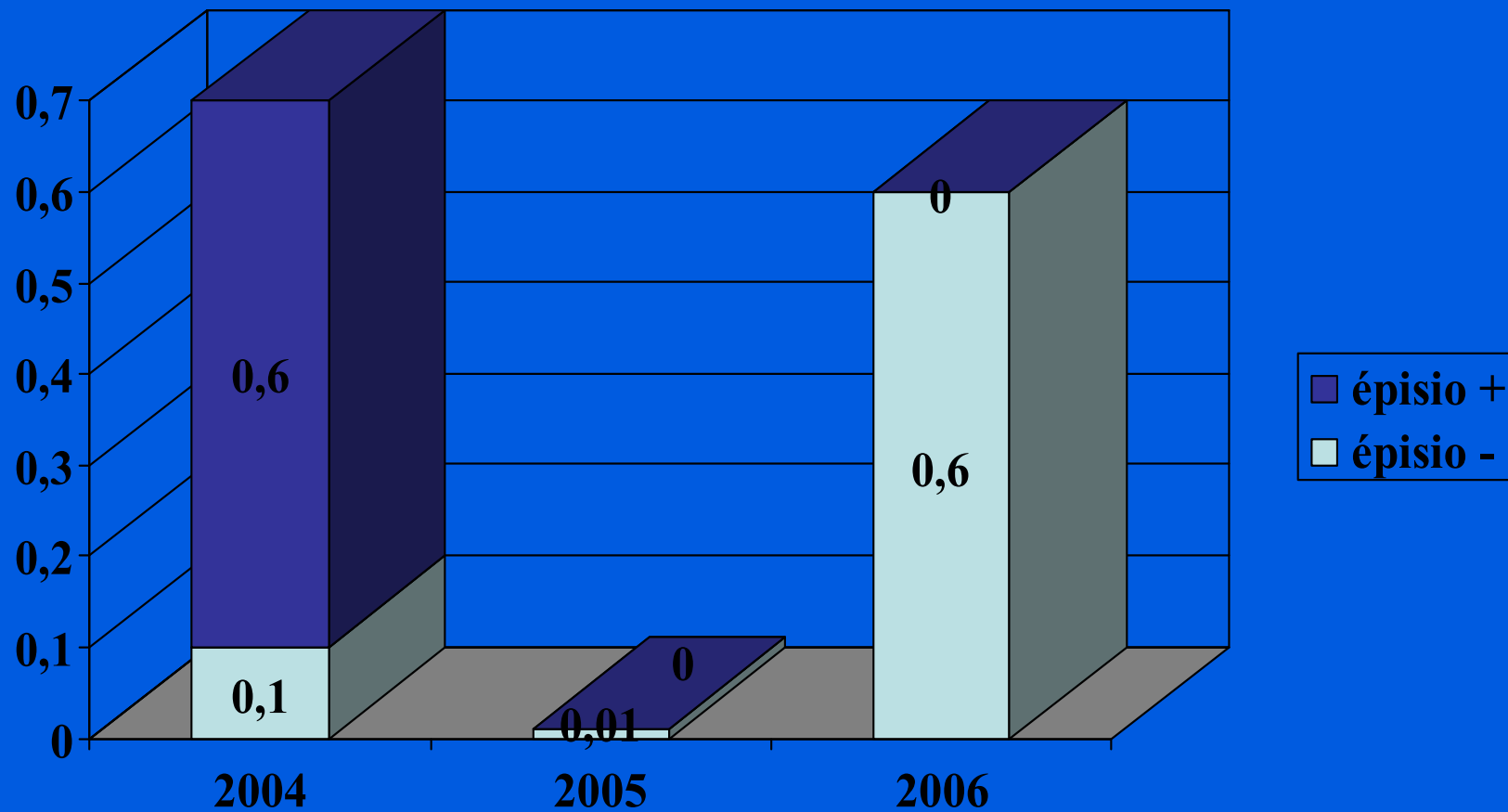
Taux de périnées sévères chez les primipares VBS



Taux de périnées sévères chez les primipares avec extraction



Taux de périnées sévères chez les multipares VBS



Taux de périnées sévères chez les multipares avec extraction

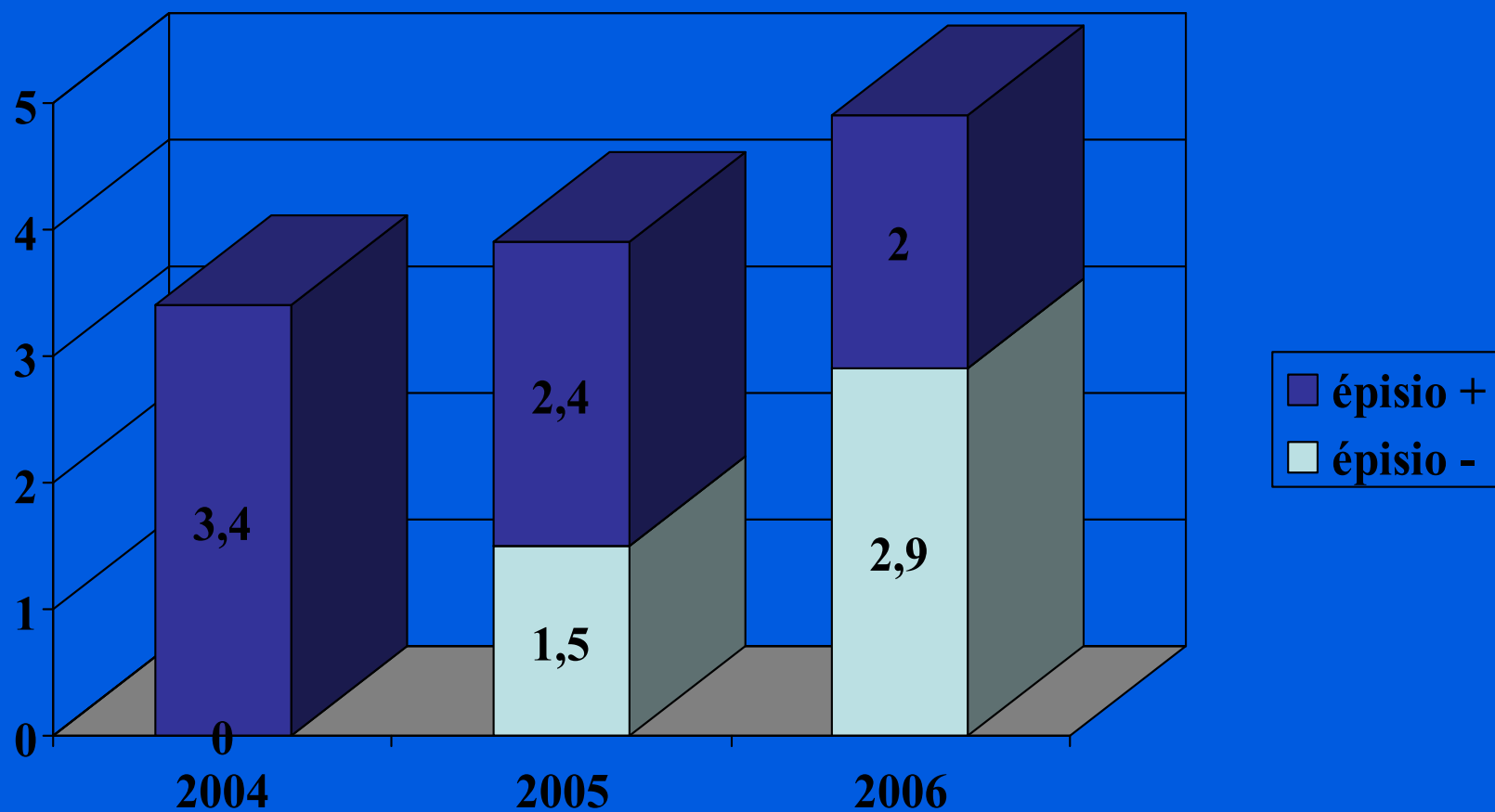


Tableau de bord Caen - Audipog

	Caen 2006	Audipog 2005	Niveau III 2005
Tx d'épisio			
Global	25	41,3	31,7
Primi	40,4	60,6	45,3
Multi	12,3	25,2	19
VBS	16,8	34,8	25,5
Extraction	56,6	79,4	68
Tx de déchirures			
Simple	21,8	36	35,6
Complètes	0,9	0,7	0,7
Complicquées	0,2	0,2	0,1

Conclusions

- L'épisiotomie reste un acte individuel, en accord avec la patiente (HAS 2005)
- Dimension psychologique ++ ; ce n'est pas une « banale » incision chirurgicale
- Décision réfléchie et acceptée par la patiente d'un praticien conscient qu'elle ne peut être réalisée que de façon électorale
- Application des RPC grâce à un tableau de bord permettant un **audit interne permanent** ou **EPP !**



	Description des lésions traumatiques obstétricales	Anglophone (WILLIAMS)	Modification SULTAN	
	VULVE, VAGIN PEAU PERINEALE CENTRE TENDINEUX du PERINEE MUSCLES PERINEAUX SUPERFICIELS	I II	I II	BENIGNES
	SPHINCTER ANAL EXTERNE (S.A.E.) : - PARTIEL - TOTAL	III	III a : < 50% du S.A.E. III b : > 50% du S.A.E.	SEVERES
	SPHINCTER ANAL INTERNE (S.A.I.) MUQUEUSE ANO-RECTALE	IV	III c : S.A.I. IV : muqueuse ano-rectale	SEVERES