

Épisiotomie

Comité éditorial pédagogique de l'UVMaF

Comité éditorial pédagogique de l'UVMaF

Date de création du document 01/03/11

Table des matières

SPECIFIQUES :	4
I Les techniques d'épisiotomie.....	6
I.1 Préparation.....	6
I.2 Méthodes analgésiques.....	6
I.3 Technique.....	7
I.3.1 Episiotomie médio-latérale.....	7
I.3.2 Episiotomie médiane.....	9
II La Réfection de l'épisiotomie.....	9
II.1 Préparation.....	9
II.2 matériel et consommables	10
II.3 Technique proprement dite.....	10
II.3.1 La technique classique.....	10
II.3.2 La technique « un fil , un noeud ».....	12
III En suites de couches.....	13
III.1 Les soins locaux apportés.....	13
III.2 Complications.....	13
III.2.1 Complications en salle de naissance.....	13
III.2.2 Complications précoces de l'épisiotomie dans le post-partum.....	13
III.2.2.1 Oedème et douleur.....	13
III.2.2.2 Hématomes et thrombus.....	14
III.2.2.3 Infection et désunion de la cicatrice.....	14
III.3 Conséquences à long terme sur la sexualité.....	15
IV Indications de l'épisiotomie.....	15
IV.1 Indications concernant la prévention des lésions périnéales.....	15

IV.2 Indications concernant le foetus.....	15
V Annexes.....	17

PRÉ-REQUIS

- Anatomie du périnée
- Accouchement normal en présentation du sommet

OBJECTIFS

SPECIFIQUES :

- Savoir pratiquer et suturer une épisiotomie
- Assurer la surveillance de la cicatrisation, reconnaître et éventuellement traiter les complications précoces et secondaires

INTRODUCTION

Considérée depuis la médicalisation de l'accouchement comme un acte chirurgical largement recommandé, la réalisation de l'épisiotomie ou incision périnéale avait comme principaux objectifs de diminuer la morbidité néonatale et maternelle notamment en limitant les risques de lésions sévères du périnée et prévenant la survenue ultérieure de troubles de la statique pelvienne.

Cependant, l'intérêt de l'épisiotomie préventive a été remis en question par des publications soulignant l'augmentation du risque de lésions rectales et du sphincter anal après épisiotomie.

D'une pratique quasi-systématique, elle est devenue depuis les années 90, une pratique plus rare suivant rapidement les recommandations internationales et nationales ; même si les habitudes mondiales vis à vis de ce geste chirurgical présentent de grandes variabilités quant à la technique et l'incidence. Une prévalence inférieure à 30% est recommandée.

En fait depuis 2005, elle est devenue un acte individuel, réalisé en accord avec la patiente après informations nécessaires, conformément aux recommandations de la Haute Autorité de Santé : http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2010-04/symphas-bmj_po011.pdf (HAS) et du Collège National des Gynécologues et Obstétriciens de France : http://www.cngof.asso.fr/D_PAGES/PURPC_14.HTM (CNGOF).

Elle reste cependant dans la population une pratique redoutée par les femmes enceintes.

PREAMBULE

Le code de la santé publique définit la profession de sage-femme dans les termes suivants «comporte la pratique des actes nécessaires ...à la pratique de l'accouchement... »,

Pour l'application de ces dispositions, la sage-femme est donc autoriser à pratiquer conformément à l'article R.4127-378 : <http://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?idArticle=LEGIARTI000019412438&cidTexte=LEGITEXT000006072665&dateTexte=20110528&oldAction=rechCodeArticle> , notamment "l'épisiotomie, la réfection de l'épisiotomie non compliquée et la restauration immédiate des déchirures superficielles du périnée".

I LES TECHNIQUES D'ÉPISIOTOMIE

I.1 PRÉPARATION

Comme tout acte chirurgical, la pratique de l'épisiotomie nécessite une asepsie rigoureuse et l'utilisation d'un matériel stérile conditionné spécifiquement afin de limiter le risque d'infection du site opératoire.

Au moment de l'installation de la parturiente pour l'expulsion, une préparation vulvo-périnéale en quatre temps sera réalisée :

1. nettoyage avec un savon antiseptique,
2. suivi d'un rinçage,
3. puis d'un séchage,
4. et enfin l'application d'un antiseptique de même gamme,
5. si nécessaire, l'ébarbage des poils ou une tonte chirurgicale sera préférée plutôt qu'un rasage.

Cette préparation périnéale systématique pour chaque accouchement, sera complétée par l'installation d'un champ sous le siège et sur le ventre ainsi que d'un badigeonnage complémentaire juste avant le geste chirurgical.

Concernant le praticien, sage-femme ou obstétricien, les mesures d'hygiène sont celles utilisées pour l'accouchement :

- lavage chirurgical des mains
- blouse ou tablier
- port d'un masque à visière ou lunettes de protection
- utilisation des gants stériles à usage unique.

I.2 MÉTHODES ANALGÉSIQUES

L'**analgésie** est nécessaire. Les méthodes anesthésiques disponibles sont l'anesthésie locale, l'anesthésie des nerfs honteux, et l'anesthésie locorégionale. L'association d'un opiacé lors d'une anesthésie péridurale augmente les performances de l'anesthésie périnéale.

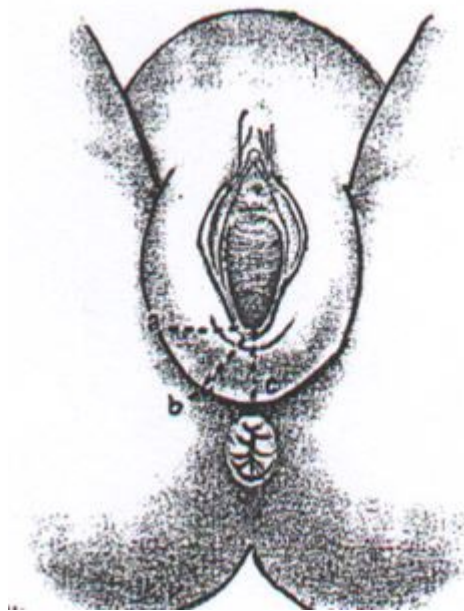
En cas d'utilisation d'anesthésie locale, l'injection est réalisée dans l'épaisseur du périnée au niveau du futur trajet de l'épisiotomie versant cutanée puis vaginale. Le produit habituellement utilisé est la lidocaïne Xylocaïne® à 1 % (dose max 200 mg). Avant

injection, on s'assure de l'absence de passage vasculaire. Des effets indésirables neurologiques et cardiovasculaires sont possibles, liés à un surdosage ou à un passage vasculaire de la lidocaïne.

I.3 TECHNIQUE

En France, les épisiotomies médio-latérales sont les seules recommandées ; dans des situations exceptionnelles et dans d'autres pays, les épisiotomies médianes sont réalisées.

Figure 1 :



I.3.1 Episiotomie médio-latérale

L'épisiotomie médio-latérale est pratiquée aux ciseaux droits avec une lame positionnée entre la présentation et la partie postérieure de la vulve, l'autre lame étant en dehors. La section doit être franche en partant de la partie médiane de la fourchette et en se dirigeant latéralement et en dehors vers la région ischiatique (soit un angle de 45° par rapport à la verticale) sur six centimètres en moyenne. Elle est généralement réalisée à droite, les ciseaux étant tenus par la main droite pour la plupart des opérateurs (droitiers). Sont successivement sectionnés la peau et le vagin, les muscles bulbo-caverneux et transverse superficiel, et le muscle puborectal ou partie élévatrice du releveur de l'anus dans sa totalité (en théorie). Pour que la section du muscle puborectal soit complète, il faut que l'épisiotomie soit suffisamment grande (au moins 6 cm) et oblique sur la verticale (au moins 45°). Pour obtenir un agrandissement suffisant de l'anneau vulvaire (ovoïde) en dehors de son grand axe (cas de l'épisiotomie médio-latérale), il faut mathématiquement augmenter la longueur de l'incision.

L'épisiotomie doit être idéalement réalisée au petit couronnement lorsque l'anus est légèrement dilaté (2 cm) et au moment d'un effort expulsif ou d'une contraction. Une épisiotomie trop précoce serait plus hémorragique et pourrait sectionner incomplètement le muscle puborectal qui ne serait pas encore suffisamment distendu et déporté vers l'avant et le haut.

Figure 2 :

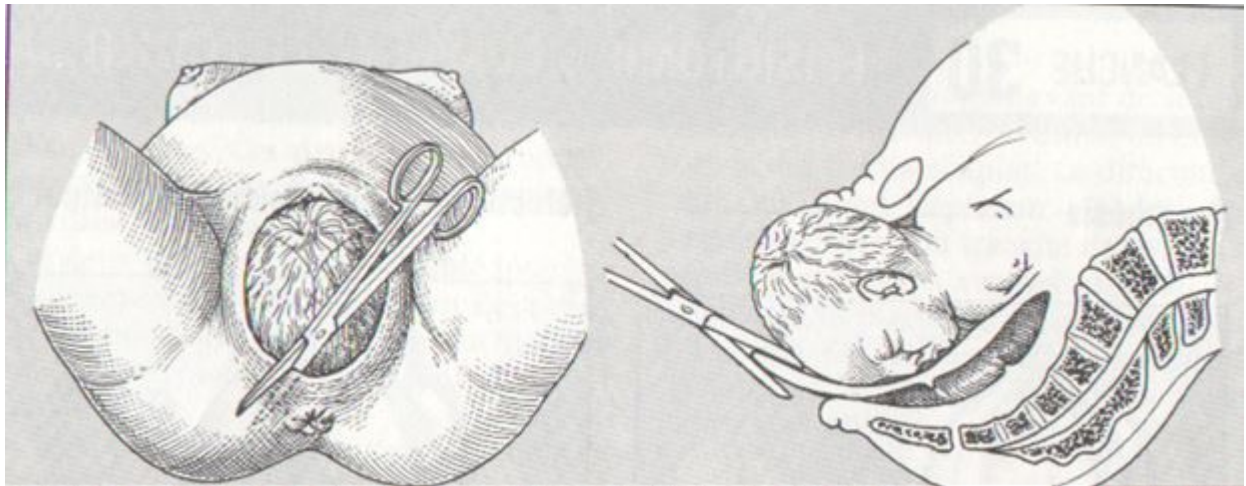


Figure 3 :

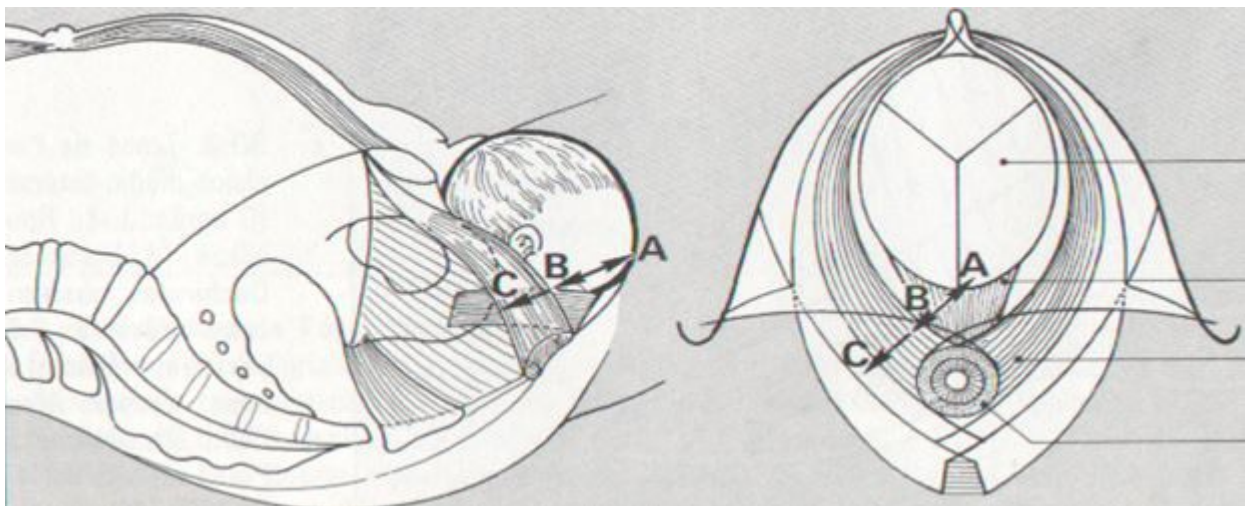
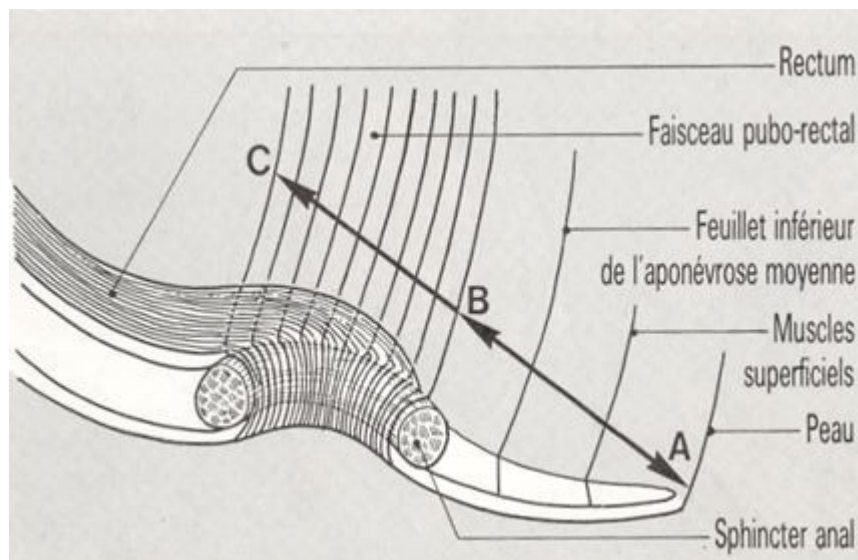


Figure 4 :



I.3.2 Episiotomie médiane

L'épisiotomie médiane est surtout pratiquée aux États-Unis avec comme principal avantage d'être réparée plus facilement avec de bons résultats anatomiques à distance et peu de dyspareunies secondaires.

Bibliographie : Cleary-Goldman J, Robinson JN. The role of episiotomy in current obstetric practice. *Seminars in Perinatology*. Février 2003 ; 27 (1) : 3-12. : http://www.sciencedirect.com/science?_ob=MIimg&_imagekey=B75KS-4K22336-3-1&_cdi=13186&_user=592857&_pii=S0146000503800101&_origin=gateway&_coverDate=02%2F28%2F2003&_sk=999729998&view=c&wchp=dGLbVlz-zSkWA&md5=5ecf42d231e10dc5d8faed0f9b098bf6&ie=/sdarticle.pdf

Elle consiste à pratiquer aux ciseaux droits une section médiane sur 4 cm qui part de la fourchette vulvaire pour se diriger vers l'anus ; elle sépare ainsi les deux muscles bulbo-caverneux au niveau du raphé médian.

Cependant le risque d'extension vers l'anus est plus important qu'avec l'épisiotomie médiolatérale.

II LA RÉFECTION DE L'ÉPISIOTOMIE

Elle est en général, réalisée immédiatement après la délivrance et comme toute plaie chirurgicale, impose des conditions d'asepsie rigoureuse, une bonne analgésie et une hémostase parfaite.

II.1 PRÉPARATION

En position gynécologique, une préparation vulvo-périnéale en quatre temps devra être renouvelée suivie d'une application d'antiseptique

Tous les champs et draps souillés auront été enlevés.

Les conditions d'asepsie concernant le praticien : sage-femme ou obstétricien sont celles utilisées pour tout acte chirurgical :

- lavage chirurgical des mains
- habillage chirurgical de l'opérateur comportant une casaque stérile, un masque chirurgical à visière ou lunettes et une coiffe
- utilisation des gants stériles à usage unique.

II.2 MATÉRIEL ET CONSOMMABLES

Ils sont disposés sur un champ stérile et comporte :

- une porte aiguille,
- une pince à disséquer à griffes,
- une paire de ciseaux courbes,
- une pince de Kocher,
- des fils de sutures (résorbables le plus souvent),
- doigtier stérile,
- des champs,
- antiseptiques dans une cupule
- grandes compresses stériles (10)+ tampon vaginal
- une seringue 20 cc + 1 aiguille (injection) IntraMusculaire

II.3 TECHNIQUE PROPREMENT DITE

Elle doit être réalisée rapidement après la délivrance.

Une anesthésie est nécessaire soit en ré-injectant dans le cathéter mis en place pour l'analgésie péridurale soit par une anesthésie locale.

Après réalisation d'un bilan lésionnel, on met en place un tampon vaginal afin de limiter le saignement vaginal qui peut gêner la vision permanente des berges de la cicatrice.

Deux grands types de techniques chirurgicales sont pratiquées pour réparer une épisiotomie ou une déchirure du deuxième degré .

II.3.1 La technique classique

La suture s'effectue en 3 plans : vaginal, musculaire et cutané.

- Le vagin est d'abord suturé à l'aide d'un surjet (en prenant bien soin de démarrer à partir de l'angle supérieur de la déchirure vaginale) avec un fil résorbable type vicryl ® 2/0
- puis ceux sont les muscles périnéaux par des points séparés ou en X avec un fil résorbable type vicryl ® 0
- et enfin, la peau à l'aide de points séparés ou d'un surjet (fils résorbable ou non)

Le type de points (séparés ou surjet) et de fils utilisés (résorbables ou non) varie en fonction des écoles et des auteurs, l'essentiel étant que les tissus s'affrontent parfaitement d'une berge à l'autre et que le moins de matériel possible soit utilisé pour éviter un processus inflammatoire néfaste.

Figure 5 :

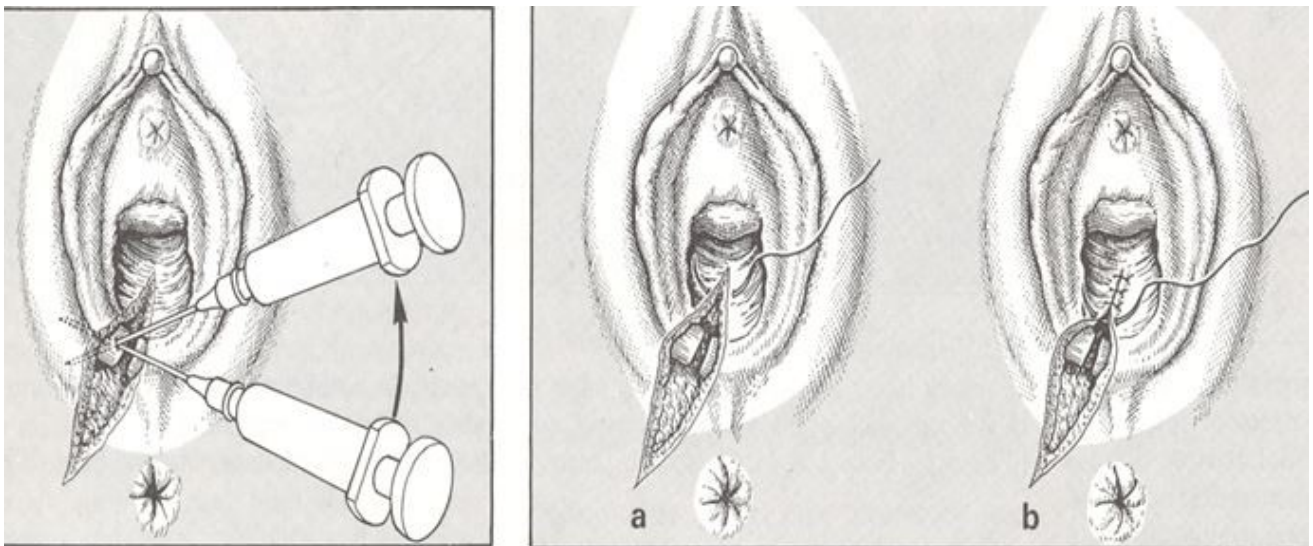


Figure 6 :

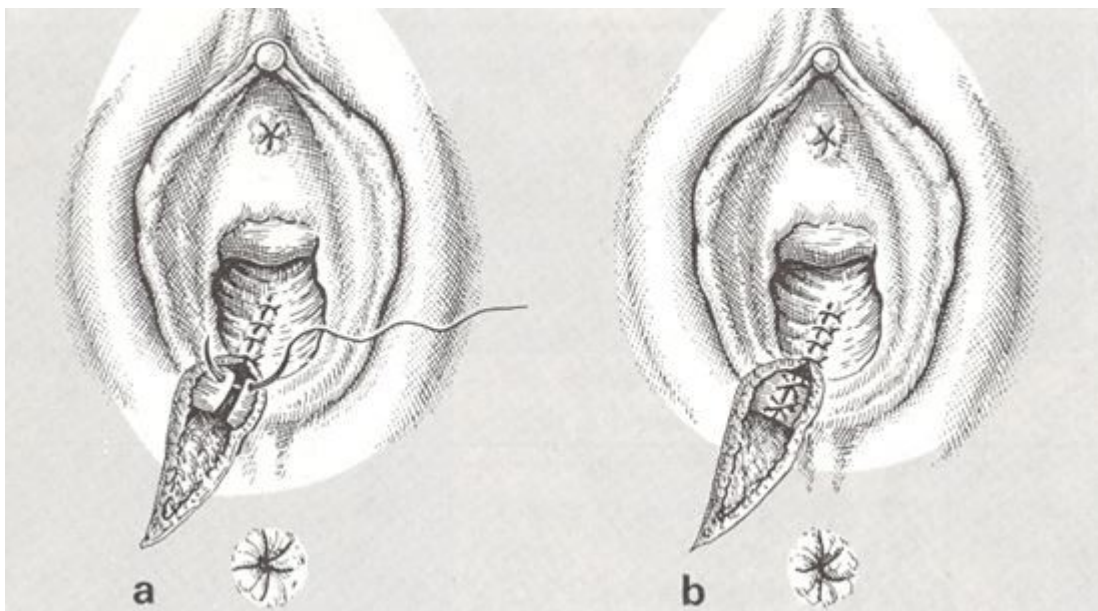
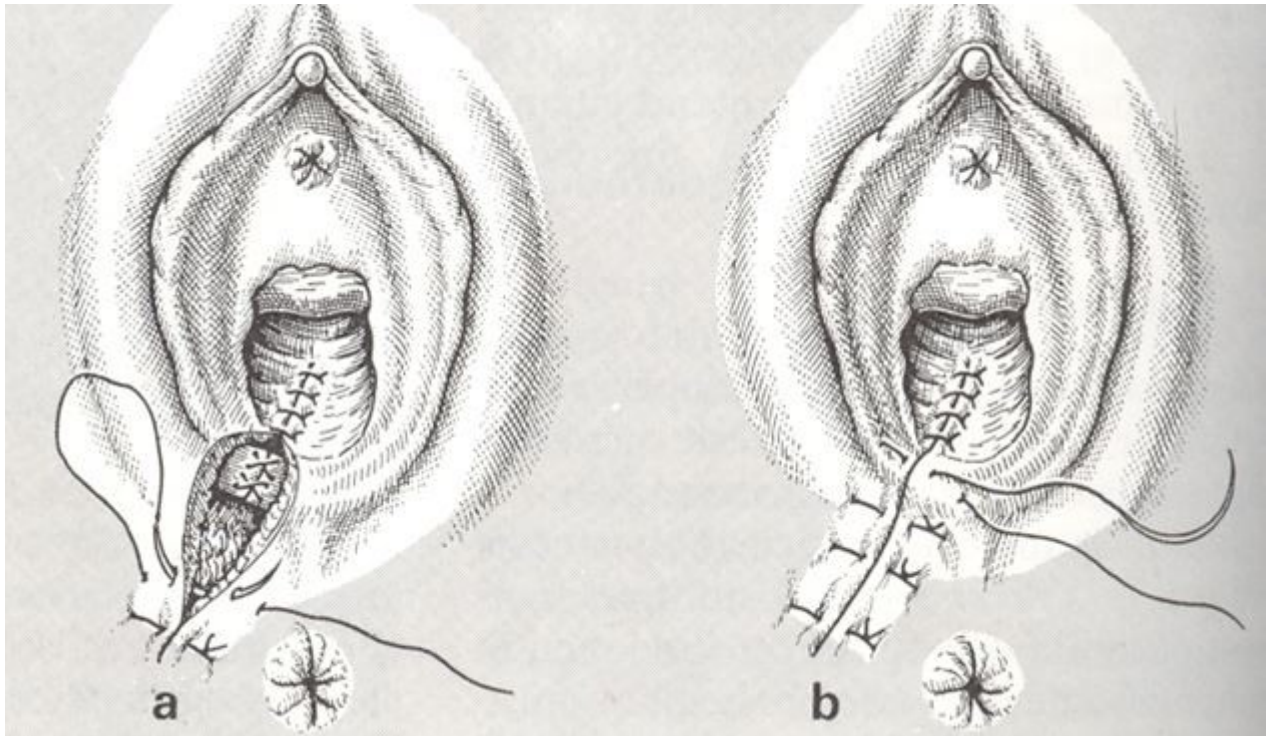


Figure 7 :



II.3.2 La technique « un fil , un noeud »

Les différents plans sont suturés par un surjet continu avec successivement le vagin, les muscles, puis la peau (surjet intradermique) avec un seul fil (un fil, un noeud) synthétique résorbable tel que le polyglactin 910 ou acide polyglycolique .

Cette technique réduit significativement la douleur, le risque de déhiscence et apporte une plus grande satisfaction chez les patientes.

Quelle que soit la technique utilisée, la réparation se termine par trois gestes essentiels :

1. tampon vaginal ôté
2. vérification de l'absence de points transfixiants par un toucher rectal
3. compte des compresses

III EN SUITES DE COUCHES

III.1 LES SOINS LOCAUX APPORTÉS

Durant le séjour en maternité, la sage-femme explique la technique et le rythme des soins ainsi que les règles d'hygiène (douche possible dès que les conditions générales et anesthésiques le permettent). Un nettoyage régulier, renouvelé après toute miction, suivi d'un séchage est recommandé.

Si des fils non résorbables sont utilisés, ils seront ôtés au 5^{ème} jour.

Une évaluation régulière, pluriquotidienne de la douleur est nécessaire pouvant justifier la prescription d'antalgiques.

Le paracétamol, classiquement utilisé, semble peu efficace. Les anti-inflammatoires non stéroïdiens par voie générale ou par voie rectale sont efficaces sur les douleurs post-épisiotomie. Ils peuvent être utilisés sur une période courte chez la femme qui allaite et qui a besoin d'un traitement antalgique.

III.2 COMPLICATIONS

III.2.1 Complications en salle de naissance

- L'hémorragie liée soit à une hémostase insuffisante soit à un retard de réparation chirurgical source de troubles de l'hémostase. En effet, le périnée est une zone particulièrement vascularisée d'où l'importance de pratiquer une hémostase correcte notamment des vaisseaux qui saignent en jet même avant la délivrance ;
 - Déchirure sévère par extension vers le sphincter anal et le rectum Il ne semble pas que la réalisation d'une épisiotomie augmente le risque de déchirure du 3^{ème} ou 4^{ème} degré du périnée puisqu'il n'existe pas de différence sur ce critère entre une politique restrictive et une politique libérale de réalisation de l'épisiotomie. Par contre, l'épisiotomie médiane est associée à plus de déchirures du 3^{ème} ou 4^{ème} degré que l'épisiotomie médiolatérale ; de ce fait, il est recommandé de ne plus effectuer d'épisiotomies médianes.
 - Un certain nombre de traumatismes foetaux ont également été décrits lors de la réalisation de l'épisiotomie.

III.2.2 Complications précoces de l'épisiotomie dans le post-partum

III.2.2.1 Oedème et douleur

La vulve est pourvue d'une innervation riche, somatique et végétative qui assure l'harmonisation du comportement sexuel et de la fonction endocrine de la femme et qui en fait un endroit particulièrement sensible et réactif, notamment aux traumatismes dont fait partie l'épisiotomie.

De plus, elle est très riche en neurorécepteurs, ce qui donne une très grande sensibilité au toucher, à la pression, à la chaleur et à la douleur.

Des études ont montré clairement que la douleur post-épisiotomie était significative pendant les trois premiers jours après l'accouchement et que les scores d'échelle visuelle analogique pouvaient atteindre fréquemment des valeurs supérieures à 6 (pour un maximum à 10) surtout lors de la mobilisation et de la miction

Une évaluation régulière, pluriquotidienne de la douleur est nécessaire pouvant justifier la prescription d'antalgiques.

Le paracétamol, classiquement utilisé, semble peu efficace. Les anti-inflammatoires non stéroïdiens par voie générale ou par voie rectale sont efficaces sur les douleurs post-épisiotomie. Ils peuvent être utilisés sur une période courte chez la femme qui allaite et qui a besoin d'un traitement antalgique.

III.2.2.2 Hématomes et thrombus

- Relativement fréquents, les hématomes entraînent douleur et induration mais régressent en quelques jours sous traitement anti-inflammatoires.
- En revanche, la survenue d'un thrombus vaginal qui peut s'étendre sur toute la paroi vaginale voire en sus-aponévrotique est plus rare. Le tableau clinique associe trois signes : douleurs périnéales survenant quelques heures après un accouchement, sensation de ténésme et apparition d'une masse vulvaire ou vulvo-vaginale. le traitement chirurgical urgent associe drainage et compression par une ou plusieurs mèches vaginales.

III.2.2.3 Infection et désunion de la cicatrice

Après une phase d'inflammation puis une phase de suppuration et de bourgeonnement, la plaie finit par se refermer en laissant une cicatrice de mauvaise qualité.

Durant le séjour en maternité, la sage-femme explique la technique et le rythme des soins ainsi que les règles d'hygiène (douche possible dès que les conditions générales et anesthésiques le permettent). Un nettoyage régulier, renouvelé après toute miction, suivi d'un séchage est recommandé.

Si des fils non résorbables sont utilisés, ils seront ôtés au 5ème jour.

Une politique de pratique restrictive des épisiotomies réduit de façon significative les problèmes de cicatrisation au 7ème jour, mais ne modifie pas le taux d'infections ou d'hématomes périnéaux.

III.3 CONSÉQUENCES À LONG TERME SUR LA SEXUALITÉ

Quelle que soit la politique d'épisiotomie pratiquée (libérale ou restrictive), il n'existe pas de différence concernant la reprise des rapports sexuels dans les trois premiers mois du postpartum.

Si l'épisiotomie semble générer plus de dyspareunies pendant les premières semaines du post-partum, ceci n'est plus vrai à distance de l'accouchement.

D'autres complications locales telles que les granulomes ou l'endométriose de la cicatrice ont été décrites.

IV INDICATIONS DE L'ÉPISIOTOMIE

IV.1 INDICATIONS CONCERNANT LA PRÉVENTION DES LÉSIONS PÉRINÉALES

Suite aux publications de 2005 du collège national des gynécologues et obstétriciens français, les seules indications retenues sont la distance anovulvaire inférieure à 3 cm et l'anomalie du rythme cardiaque fœtale pour réduire des efforts expulsifs.

Toutes les indications que l'on retrouve classiquement dans certains précis d'obstétrique, concernant les indications maternelles et l'effet protecteur sur la prévention des lésions périnéales ont été remises en cause ; Ainsi, Il n'est pas recommandé de réaliser systématiquement une épisiotomie chez la primipare.

Lorsque le périnée semble sur le point de se rompre au moment de l'expulsion, une pratique systématique de l'épisiotomie n'est pas nécessaire ; en effet dans cette situation, une politique restrictive de l'épisiotomie permet de multiplier par trois le taux de périnées intacts sans pour autant augmenter le risque de déchirures du troisième degré.

Les antécédents de lésions périnéales du 3ème et du 4ème degré et les mutilations sexuelles féminines (excision) ne justifient pas une pratique systématique de l'épisiotomie.

L'épisiotomie doit être impérativement réalisée lorsque le périnée est sur le point de rompre pour éviter une déchirure quasi certaine parfois compliquée d'une lésion du sphincter anal, c'est-à-dire lorsque la peau blanchit et commence à se déchirer.

IV.2 INDICATIONS CONCERNANT LE FOETUS

il n'a pas été démontré que l'épisiotomie systématique améliorerait l'état néonatal. en cas de rythme cardiaque « non rassurant » pendant l'expulsion

En cas de foetus prématuré ou atteint de retard de croissance in utero, il n'a pas non plus été démontré que l'épisiotomie systématique améliorerait l'état néonatal.

Toutefois, dans toutes ces situations obstétricales spécifiques, une épisiotomie peut être judicieuse sur la base de l'expertise clinique de l'accoucheur.

CONCLUSION

Comme tout acte chirurgical, le rapport bénéfices / risques doit être pris en compte et toutes les études récentes concourent à montrer que l'usage restrictif de l'épisiotomie est préférable à un usage habituel et qu'un taux supérieur à 30% est injustifié.

Mais Au-delà du geste de petite chirurgie, il est fondamental de s'intéresser au vécu des patientes, à leur propre représentation de l'épisiotomie ;

Certaines femmes la décrivent comme une mutilation sexuelle, un acte de violence pouvant avoir des répercussions sur leur sexualité, leur vie de femme et de mère.

Apporter une écoute attentive à leur angoisse et/ou répondre à leur interrogation, donner une information, la plus claire, loyale et complète possible, pour obtenir le consentement de la femme avant la réalisation de l'épisiotomie, , s'interroger avant chaque épisiotomie sur le bien fondé de sa réalisation devrait être l'objectif à atteindre pour tous les praticiens.

En résumé : maîtriser la technique du dégagement du mobile fœtal, savoir pratiquer l'épisiotomie à bon escient, connaître les techniques de sutures, prendre en compte les résultats des études cliniques et mettre régulièrement à jour ses connaissances., afin d'améliorer la qualité, la sécurité des soins et la prise en charge de la santé des femmes.

V ANNEXES

BIBLIOGRAPHIE

- Cleary-Goldman J, Robinson JN. : The role of episiotomy in current obstetric practice. Seminars in Perinatology. Février 2003 ; 27 (1) : 3-12.

ABRÉVIATIONS

- CNGOF : Collège National des Gynécologues et Obstétriciens de France
- HAS : Haute Autorité de Santé
- IM : (injection) IntraMusculaire