

Utilisation prénatale d'un nouveau dispositif d'entraînement à l'accouchement vaginal par des femmes primipares à terme à Singapour

J Kok, K HTan, S Koh, PS Cheng, WY Lim, M LYew, GS HYeo

ABSTRAIT

Introduction: Étudier l'utilisation, la sécurité et l'efficacité d'un nouveau dispositif de formation à l'accouchement vaginal prénatal (EPI-NO®) chez les femmes primipares.

Méthodes : L'utilisation prénatale du simulateur d'accouchement vaginal EPI-NO® a été étudiée de manière prospective chez 31 patientes primipares ayant été accouchées par des obstétriciens entre juillet et décembre 2002 au KK Women's and Children's Hospital. Cette étude a porté sur le taux d'épisiotomie, les traumatismes périnéaux et les besoins analgésiques pendant la période post-partum. Un questionnaire destiné aux patientes a été utilisé pour évaluer leur perception de la douleur et leur capacité à gérer son utilisation. À titre de comparaison, les traumatismes périnéaux ont également été étudiés de manière rétrospective chez 60 patientes primipares consécutives à terme ayant eu un accouchement vaginal normal (NVD) et n'ayant pas utilisé l'EPI-NO® pendant la même période d'étude.

Résultats: Français La durée moyenne d'utilisation était de 2,1 semaines (écart type [sd] 1,2 semaines). La fréquence moyenne d'utilisation était de 5,3 épisodes par semaine (sd 2,1, plage de 1 à 7). Il n'y a eu aucune lacération ni infection vaginale résultant de son utilisation. Il y a eu un cas de saignement minime après utilisation. Il y a eu 20 (64,5 %) MVN, quatre (12,9 %) accouchements par forceps, cinq accouchements par ventouse (16,1 %) et deux (6,5 %) césariennes. Sur les 29 cas d'accouchement par voie basse, 19 (65,5 %) ont eu une épisiotomie, huit (27,6 %) ont eu des lacérations et deux (6,9 %) n'ont pas eu de lacération soutenue. Les raisons de l'épisiotomie dans les 19 cas étaient neuf cas de déchirure imminente du vagin/périnée, neuf cas d'accouchements par voie basse instrumentale et un cas pour raccourcir la deuxième étape. Il n'y a pas eu de déchirure du troisième degré. 21 (67,7 %) sur 30 ont eu besoin d'un analgésique. La majorité des patientes (17 ; 54,8 %) semblaient à l'aise avec l'utilisation de l'EPI-NO®. Toutes ont bien supporté l'examen vaginal après avoir utilisé l'entraînement périnéal EPI-NO®. En comparant les cas de NVD de primipares à terme avec (valeur n égale à 20) et sans (valeur n égale à 60) EPI-NO®,

Le taux de traumatisme périnéal (90,0 % contre 96,6 %, valeur de p égale à 0,24) était légèrement mais pas significativement plus faible dans le groupe EPI-NO®. Le taux d'épisiotomie était significativement plus faible (50,0 % contre 93,3 %, valeur de p inférieure à 0,0001) et l'étendue du traumatisme périnéal chez la patiente semblait être moins grave dans les cas utilisant EPI-NO®.

Conclusion: L'EPI-NO® semble être sûr et acceptable pour la majorité des utilisatrices. Bien que la préparation à l'accouchement avec l'EPI-NO® diminue significativement le taux d'épisiotomies chez les patientes primipares à terme et que le degré de lésion des tissus périnéaux semble être moindre dans le groupe EPI-NO®, en particulier chez les patientes présentant des lacérations, le taux global de traumatisme périnéal était légèrement mais pas significativement inférieur, compte tenu du taux de lacération spontanée plus élevé dans le groupe EPI-NO®.

Mots clés : simulateur d'accouchement vaginal EPI-NO, épisiotomie, lésion du tissu périnéal, traumatisme périnéal, accouchement vaginal

Singapour Med J 2004 Vol 45(7):318-323

INTRODUCTION

Le traumatisme périnéal est un aspect important de l'accouchement qui peut affecter les femmes en travail. Le traumatisme périnéal peut survenir à la suite de lacérations spontanées ou d'une épisiotomie. Une lacération spontanée est définie comme une déchirure du tissu périnéal subie pendant l'accouchement, tandis que l'épisiotomie est l'élargissement chirurgical de l'orifice vaginal par une incision du périnée pendant la dernière partie de la deuxième étape du travail ou de l'accouchement. Cette procédure est réalisée avec des ciseaux ou un scalpel et nécessite une réparation par suture. Le but de l'épisiotomie est de faciliter l'accouchement pour la mère et l'enfant, de raccourcir l'accouchement et d'empêcher l'extension des lacérations périnéales. De nombreux accoucheurs ont estimé que l'épisiotomie étant une coupure nette, elle était également plus facile à réparer. L'épisiotomie réduit évidemment le risque de déchirures périnéales antérieures⁽¹⁾.

Le taux d'épisiotomie a considérablement augmenté et elle est désormais classée comme l'opération chirurgicale la plus fréquente

Salle d'accouchement
**KK Femmes &
Hôpital pour enfants**
100 Bukit Timah Road
Singapour 229899

J Kok, sage-femme,
B. Sc., RM
Infirmière clinicienne

PS Cheng, RM, RN
Infirmière en chef

W.Y. Lim, BSN,
IBCLC, RM
Infirmière en chef

ML Yew,
Maîtrise en sciences, IBCLC, RM
Infirmière en chef

**Audit périnatal et
Épidémiologie**
Département de
Maternelle Fœtale
Médecine
Division d'obstétrique
& Gynécologie

K.H. Tan, MRCOG,
MMed, FAMS
Consultante principale

GSY Yeo, MBBS,
FRCOG, FAMS
Chef du service d'obstétrique
et président

**Recherche
Unité administrative**

S. Koh,
B. Sc., RM, RN
Infirmière gestionnaire

Correspondance à :
Dr Kelvin Tan Kok Hian
Tél. : (65) 6394 1323 Fax:
(65) 6394 1017 Courriel :
khtan@
kkh.com.sg

sur les femmes dans le monde entier. Le taux varie d'un pays à l'autre et d'une institution à l'autre.^(2,6) À Singapour, l'épisiotomie semble être presque une pratique courante pour les patientes primipares à terme locales.

Cependant, les données publiées dans la littérature indiquent que l'utilisation libérale ou systématique de l'épisiotomie peut faire plus de mal que de bien.^(1,7) L'utilisation restrictive de l'épisiotomie montre un risque plus faible de traumatisme périnéal postérieur, de nécessité de suturer un traumatisme périnéal et de complications de cicatrisation à sept jours.⁽¹⁾ Les indications d'une épisiotomie systématique ne sont donc pas bien étayées. La connaissance de ces effets négatifs et désagréables pour les patientes justifie la recherche de méthodes permettant de réduire le taux d'épisiotomie et de déchirures du périnée et d'améliorer les résultats de la grossesse chez les femmes. L'objectif était d'étudier l'utilisation prénatale d'EPI-NO® chez les patientes primipares à terme en relation avec le taux d'épisiotomie, le taux de déchirure périnéale, les besoins analgésiques pendant la période post-partum et d'autres résultats obstétricaux.

METHODES

L'utilisation prénatale du simulateur d'accouchement vaginal EPI-NO® a été étudiée de manière prospective chez 32 patientes primipares prises en charge et accouchées par des obstétriciens au KK Women's and Children's Hospital (KKH) de juillet à décembre 2002. Cette étude a été réalisée dans un contexte où l'épisiotomie semblait être pratiquée systématiquement chez les patientes primipares à terme lors d'un accouchement vaginal. Le KKH est la plus grande maternité de Singapour et 14 837 accouchements ont eu lieu en 2002. Les patientes privées prises en charge par des obstétriciens et participant à des cours prénatals au KKH ont été interrogées sur leur intérêt à participer à l'étude. Un consentement écrit éclairé a été obtenu. Elles ont été informées de l'utilisation du dispositif EPI-NO®, généralement à partir de 37 semaines et jusqu'à un maximum de 15 minutes par jour jusqu'à l'accouchement. Des instructions ont été fournies avec une brochure d'information. Les femmes ont été invitées à tenir un journal afin de pouvoir documenter la fréquence et la durée de la pratique de l'EPI-NO®. Il leur a également été demandé de signaler tout problème ou complication lié à son utilisation.

Les critères d'inclusion étaient les primipares (pas d'accouchement vaginal antérieur) et une grossesse unique. Les critères d'exclusion étaient les multipares, les grossesses multiples, une chirurgie vaginale/périnéale antérieure, des dates incertaines, des complications médicales et un poids fœtal à la naissance estimé par échographie supérieur à 4 000 g. Les critères d'arrêt étaient chaque fois que la femme se sentait mal à l'aise et souhaitait arrêter, toute suspicion d'infection vaginale et tout épisode significatif de saignement post-utilisation. Une allergie au caoutchouc comme effet secondaire possible a été conseillée. Les instructions étaient



Fig. 1 Photographie du simulateur d'accouchement vaginal EPI-NO®.



Fig. 2 Photographie du simulateur d'accouchement vaginal EPI-NO® avec manomètre.

Les patientes ont reçu des instructions sur la façon d'utiliser le dispositif. L'objectif principal de l'utilisation de ce dispositif était d'étirer le muscle périnéal pendant la période prénatale. Cette étude impliquait que la patiente introduise elle-même le dispositif EPI-NO® dans le vagin à environ 37 ans.^{ème} semaine de gestation et de gonfler la pression dans le ballon pour étirer lentement la vulve, le périnée et le muscle vaginal.

Le dispositif d'accouchement EPI-NO® est constitué d'un ballon gonflable en silicone relié à une pompe manuelle. Il existe deux types : avec et sans manomètre (Fig. 1 et 2). L'EPI-NO® est disponible en Allemagne depuis octobre 1999 et semble être le seul dispositif de ce type sur le marché au moment de la rédaction de cet article. Le dispositif d'accouchement est constitué d'un ballon gonflable conçu pour dilater le vagin dans le but d'adapter progressivement le vagin et le périnée à des volumes de pénétration plus importants, d'entraîner une sensation de pression suffisante et, espérons-le, de diminuer le taux d'épisiotomies pendant l'accouchement. Le ballon doit être gonflé pour qu'il devienne ferme et facilite son introduction dans le vagin. Un lubrifiant est utilisé, qui peut être de la vaseline ou un gel lubrifiant. Le ballon est introduit dans le vagin par un mouvement rotatif de sorte qu'il soit toujours visible à environ 2 cm devant le vagin. Le ballon est ensuite maintenu dans cette position

Annexe I. Questionnaire patient pour l'évaluation de la douleur.

Veuillez entourer la réponse qui décrit le mieux vos sentiments.

1) Veuillez évaluer la douleur que vous avez ressentie au niveau du périnée à la fin de l'accouchement

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

(Pas de douleur) (Douleur la plus intense)

2) Veuillez évaluer la douleur que vous avez ressentie au niveau du périnée le premier jour après votre accouchement

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

(Pas de douleur) (Douleur la plus intense)

3) Veuillez évaluer la douleur que vous avez ressentie au niveau du périnée au 3ème jour après votre accouchement

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

(Pas de douleur) (Douleur la plus intense)

4) Veuillez évaluer la douleur que vous avez ressentie au niveau du périnée au 7e jour après votre accouchement

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

(Pas de douleur) (Douleur la plus intense)

5) Avez-vous eu besoin de prendre des analgésiques pour vos douleurs périnéales ?

- Oui

- Non

6) Quand avez-vous arrêté de prendre les analgésiques pour vos douleurs périnéales ?

Jour de livraison _____

Le ballon est gonflé avec la main gauche entre l'index et le majeur, puis gonflé avec la main droite, par paliers. Il est conseillé à la future maman d'arrêter dès qu'elle se sent mal. Une fois le ballon gonflé, la future maman essaie de contrôler le glissement du ballon avec ses muscles vaginaux afin de simuler l'accouchement. Au début, on peut l'aider en faisant sortir doucement le ballon avec la main. Après quelques tentatives, il faut recommencer avec le ballon dégonflé, puis le gonfler à nouveau, tout en continuant l'exercice. On continue l'exercice 15 minutes par jour pendant 14 jours de la 36^e à la 38^e semaine. Le seuil de douleur ne doit en aucun cas être dépassé. Après utilisation, le ballon est lavé à l'eau et au savon, puis séché.

Au cours de la deuxième étape du travail, il a été demandé aux accoucheuses de s'abstenir de pratiquer systématiquement une épisiotomie, à moins que cela ne soit jugé nécessaire, pour les patientes de ce projet d'étude. Après l'accouchement, un formulaire sur les lacerations/épisiotomies, le cas échéant, a été rempli par l'accoucheuse. Ce formulaire servait principalement à noter l'évolution du périnée. Un questionnaire patient a été utilisé pour évaluer la douleur ressentie au niveau du périnée à la fin de l'accouchement et au 1st, 3rd et 7^{eme} jours après le

accouchement. Le formulaire demandait également si la patiente devait prendre des analgésiques pour toute douleur périnéale et le jour où elle arrêterait de prendre les analgésiques pour la douleur périnéale (annexe I). L'une des chercheuses (PSC) a effectué un suivi par des appels téléphoniques si la patiente avait été libérée de l'hôpital pour obtenir le score de douleur. Elle a également demandé aux patientes si elles se sentaient à l'aise avec l'utilisation de l'EPI-NO® et si elles se débrouillaient bien avec l'examen vaginal après avoir utilisé l'EPI-NO® lors du premier appel téléphonique. Sur une échelle subjective relative à la peur d'utiliser l'EPI-NO® (0 pour aucune peur et 10 pour très peur), on a demandé aux patientes de décrire le niveau de peur, le cas échéant, lors de l'utilisation du dispositif. Un score de quatre ou moins était considéré comme souhaitable. Sur une échelle subjective relative au confort d'utilisation de l'EPI-NO® (0 pour très confortable et 10 pour très inconfortable), on leur a également demandé de décrire leur niveau de confort dans l'utilisation du dispositif, un score de quatre ou moins étant considéré comme souhaitable.

Le traumatisme périnéal a également été étudié rétrospectivement chez 60 patientes primipares consécutives à terme prises en charge par des obstétriciens, ayant eu un accouchement vaginal normal et n'ayant pas utilisé d'EPI-NO® au cours de la même période d'étude.

comme groupe témoin par rapport au groupe EPI-NO® qui a eu un accouchement vaginal normal. L'analyse statistique a été réalisée à l'aide du logiciel SPSS version 10. Les analyses statistiques ont été réalisées à l'aide du test du chi carré pour les variables catégorielles et du test t non apparié pour les variables continues.

RÉSULTATS

Au total, 31 patientes primipares à terme ont été recrutées. L'âge moyen était de 31,1 ans (écart type [ET] 3,1, avec une fourchette de 26 à 40 ans). Il y avait 25 (80,6 %) Chinois, deux (6,5 %) Malais, un (3,2) Indien et trois (9,7 %) d'autres races. La majorité (58,1 %, 18 cas) du début d'utilisation a eu lieu à 37 semaines de gestation, suivie de huit (25,8 %) à 36 semaines, trois (9,7 %) à 38 semaines et deux (6,5 %) à 39 semaines. La durée moyenne d'utilisation était de 2,1 semaines (ET 1,2 semaine), allant de moins d'une semaine à quatre semaines maximum. La fréquence moyenne d'utilisation par semaine était de 5,3 épisodes (ET 2,1, avec une fourchette de 1 à 7). Quinze patients (48,4 %) ont utilisé l'EPI-NO® quotidiennement. La durée d'application variait de 1 à 20 minutes, la plupart (neuf cas, 29,0 %) l'utilisant pendant 10 minutes. Aucune lacération ni infection vaginale n'a été observée suite à son utilisation. Un cas de saignement minime a été observé après l'utilisation.

Français Il y a eu 20 (64,5 %) accouchements vaginaux normaux, quatre (12,9 %) accouchements par forceps, cinq accouchements par ventouse (16,1 %) et deux (6,5 %) césariennes. Une césarienne était due à une présentation du siège et l'autre à une disproportion céphalopelvienne pendant le travail. La gestation moyenne à l'accouchement était de 39,0 semaines (écart-type 0,9, avec une plage de 37 à 40 semaines). 16 patientes (51,6 %) étaient uniquement sous anesthésie péridurale, deux (6,5 %) sous péthidine, neuf (29,0 %) sous entonox, deux (6,5 %) sous péthidine et entonox, deux (6,5 %) sous anesthésie péridurale et entonox, et une (3,2 %) sous péthidine, anesthésie péridurale et entonox. Le poids moyen du bébé était de 3 177 g (écart type 416 g), avec une plage allant de 2 470 g à 4 255 g.

Français La durée de la deuxième étape variait de 7 à 203 minutes pour 30 patientes, avec une moyenne de 83,3 minutes (écart-type 60,7 minutes). La durée de la poussée active variait de 7 à 114 minutes, avec une moyenne de 55,2 minutes (écart-type 34,1 minutes). La position de la tête pendant le travail a été documentée dans 28 cas (huit occipitales antérieures gauches, quatre occipitales antérieures droites, 10 occipitales transversales gauches, quatre occipitales transversales droites, une occipitale postérieure directe et une occipitale postérieure gauche). La position de la tête à l'accouchement a également été documentée dans 28 cas (19 occipitales antérieures gauches et neuf occipitales antérieures droites).

Parmi les 29 cas d'accouchement vaginal, 19 (65,5 %) ont eu une épisiotomie, huit (27,6 %) ont eu des lacérations et

deux (6,9 %) n'ont pas subi de lacération. Les raisons de l'épisiotomie dans les 19 cas étaient neuf cas de « déchirure imminente du vagin/périnée », neuf cas d'accouchement vaginal instrumental et un pour raccourcir la deuxième étape. 14 (73,7 %) des 19 cas d'épisiotomie présentaient des déchirures étendues et tous les 19 étaient des déchirures du deuxième degré. Parmi les 10 cas sans épisiotomie, il n'y avait qu'un seul cas de déchirures multiples qui étaient superficielles et mesuraient 0,5 cm de longueur. Trois des 11 cas sans épisiotomie étaient des déchirures du premier degré et les autres étaient des déchirures du deuxième degré. La longueur moyenne de l'épisiotomie était de 3,4 cm (écart-type 1 cm, intervalle 1,5 cm à 5 cm). La longueur moyenne de la déchirure (pour les huit cas avec lacérations) était de 2,4 cm (écart-type 1,1 cm, intervalle 1 cm à 4 cm). Il n'y avait pas de déchirure du troisième degré. Les neuf cas d'accouchements vaginaux instrumentaux ont tous nécessité une épisiotomie. Six (66,7 %) des neuf cas présentaient des déchirures étendues, et tous les neuf étaient des déchirures du deuxième degré. La longueur moyenne de l'épisiotomie des 10 cas était de 4 cm (écart type 0,9 cm, intervalle 3 cm à 5 cm).

Français En analysant le sous-groupe des 20 cas d'accouchement vaginal normal (à l'exclusion des accouchements instrumentés), 10 (50,0 %) ont eu une épisiotomie, huit (40,0 %) ont eu des lacérations et deux (10,0 %) n'ont subi aucun traumatisme. Huit (80,0 %) des 10 cas d'épisiotomie ont eu des déchirures étendues, et tous les 10 étaient des déchirures du deuxième degré. Parmi les 10 cas sans épisiotomie, il y a eu un cas de déchirures multiples qui étaient superficielles et mesuraient 0,5 cm de longueur. Trois (37,5 %) des huit cas avec lacérations étaient des déchirures du premier degré, et le reste étaient des déchirures du deuxième degré. La longueur moyenne de l'épisiotomie des 10 cas était de 3 cm (écart-type 0,8 cm, intervalle 1,5 cm à 4 cm), et était plus longue que la longueur moyenne de la déchirure (pour les huit cas avec lacérations spontanées) qui était de 2,4 cm (écart-type 1,1 cm, intervalle 1 cm à 4 cm). Cette différence n'était cependant pas statistiquement significative.

Français Pour le groupe de 60 accouchements vaginaux normaux consécutifs sans utilisation d'EPI-NO® au cours de la même période d'étude appariés pour le terme et la primiparité, rétrospectivement, et qui ont été programmés et accouchés par des obstétriciens, 56 (93,3 %) ont eu une épisiotomie, deux (3,3 %) ont eu une lacération et deux (3,3 %) n'ont subi aucun traumatisme. Il y a eu un cas de déchirure du troisième degré impliquant le sphincter anal, et les autres étaient des déchirures du deuxième degré. Un cas a eu des déchirures multiples importantes enregistrées. En comparant les cas d'accouchements vaginaux normaux de primipares à terme avec (n = 20) et sans (n = 60) EPI-NO®, bien que le taux d'épisiotomie soit significativement plus faible (50,0 %, contre 93,3 %, $p < 0,0001$), le taux de traumatisme périnéal (90,0 %, contre 96,6 %, $p = 0,24$) était légèrement mais pas significativement plus faible.

21 patients (67,7 %) sur 30 ont eu besoin d'un analgésique. Sur une échelle subjective de la douleur (0 pour l'absence de douleur et 10

pour la douleur la plus intense), les scores moyens de douleur à la fin de l'accouchement, 1^sjour, 3^ejour et 7^{me} Français étaient respectivement de 2,2 (écart-type 1,9), 3,5 (écart-type 1,9), 3,1 (écart-type 2,1) et 1,6 (écart-type 1,9). Le nombre moyen de jours après lesquels les analgésiques ont été arrêtés était de 4,6 (2,2) jours. Sur une échelle subjective relative à la peur d'utiliser EPI-NO® (0 pour aucune peur et 10 pour très peur), 21 (67,7 %) avaient un score de 4 ou moins. Sur une échelle subjective relative au confort d'utilisation d'EPI-NO® (0 pour très confortable et 10 pour très inconfortable), 17 (54,8 %) avaient un score de 4 ou moins. Toutes (100 %) ont déclaré avoir bien supporté l'examen vaginal après un entraînement périnéal avec EPI-NO®.

DISCUSSION

Plusieurs mesures prénatales ont été mises au point pour réduire les épisiotomies et améliorer les résultats périnéaux lors d'accouchements par voie basse. Cela comprend le massage périnéal⁽⁸⁻¹⁰⁾ et récemment, l'utilisation d'un dispositif d'entraînement à l'accouchement vaginal⁽¹¹⁾. Shipman et al.⁽⁸⁾ ont montré que le massage périnéal prénatal semblait avoir un certain effet bénéfique dans la réduction des déchirures du deuxième ou du troisième degré ou des épisiotomies et des accouchements instrumentaux, tandis que Labrecque et al.⁽⁹⁾ ont rapporté que le massage périnéal prénatal était une approche efficace pour augmenter les chances d'accouchement avec un périnée intact chez les femmes ayant eu un premier accouchement vaginal, mais pas chez les femmes ayant eu un accouchement vaginal antérieur. Cependant, Stamp et al.⁽¹⁰⁾ ont montré que le massage périnéal au deuxième stade du travail (intrapartum) n'avait aucun effet sur la probabilité d'un périnée intact, d'un traumatisme périnéal, de douleurs ou d'issues sexuelles, urinaires ou fécales ultérieures, mais n'était pas nocif.

Au moment de la rédaction du présent document, une seule étude allemande, menée par Hillebrenner et al.⁽¹¹⁾ Des études sur l'utilisation du simulateur d'accouchement vaginal prénatal ont été publiées. Hillebrenner et al ont montré, dans la comparaison de 45 paires appariées de primipares à terme, que les taux d'épisiotomie des femmes du groupe témoin qui ont accouché avec épisiotomie étaient de 82 % contre seulement 49 % dans le groupe du simulateur d'accouchement EPI-NO®. Ce chiffre était statistiquement significatif. Les déchirures périnéales du premier et du deuxième degré étaient également plus faibles mais pas statistiquement significatives dans le groupe EPI-NO® (2 %), contre 4 % dans le groupe témoin

Il s'agit de la première étude sur l'utilisation prénatale d'un dispositif d'entraînement à l'accouchement vaginal à Singapour et en Asie. Les femmes asiatiques, étant plus petites, peuvent avoir des résultats différents, en particulier si elles vivent dans des villes riches où les tendances croissantes à l'obésité et au diabète peuvent conduire à des bébés plus gros. Comme il s'agit d'insérer un dispositif dans le vagin, on pourrait s'attendre à ce que de nombreuses patientes asiatiques locales en prénatal aient des réserves. Cependant, cette étude a montré que cela semblait acceptable et sûr pour nos patientes locales. Un avantage serait qu'il aiderait la patiente en travail à faire face aux examens vaginaux. Toutes les patientes de cette étude

ont indiqué qu'elles avaient bien résisté à l'examen vaginal après un entraînement périnéal utilisant EPI-NO®.

Français II est intéressant de noter que le groupe témoin (n=60) de cette étude a révélé un taux élevé d'épisiotomie (93,3 %) chez les patientes primipares à terme privées de notre population de Singapour. Cela reflète le fait que la plupart des obstétriciens de Singapour préféreraient pratiquer une épisiotomie plutôt que de permettre une lacération spontanée au cours du processus d'accouchement vaginal d'une patiente primipare à terme. Cela confirme également l'impression qu'à Singapour, l'épisiotomie est presque une routine pour les patientes primipares à terme en général. Ce taux élevé pourrait être dû à de nombreux facteurs possibles, notamment les différences relatives de taille mère-enfant à Singapour, les différences dans la capacité d'étirement du tissu périnéal et la préparation à l'accouchement, les différences dans les pratiques intrapartum, les préférences et l'attitude des femmes locales envers la préparation périnéale et l'épisiotomie ainsi que les attitudes, la formation et les pratiques des obstétriciens locaux en matière d'épisiotomie et de traumatisme périnéal.

Certains des facteurs évidents ici pourraient expliquer les taux d'épisiotomie plus élevés comme dans d'autres études⁽¹²⁻¹⁵⁾ comprennent la primiparité, le statut de patiente privée, l'accouchement par des obstétriciens, le recours à l'anesthésie péridurale et l'origine ethnique indienne et chinoise. Dans une étude britannique⁽¹³⁾ qui a étudié les facteurs d'épisiotomie et de déchirures périnéales chez les primipares à faible risque, les femmes du sous-continent indien étaient presque deux fois plus susceptibles et celles d'Orient presque cinq fois plus susceptibles de subir une épisiotomie, par rapport aux femmes blanches ; tandis que l'étude américaine⁽¹⁴⁾ ont montré que les femmes noires étaient moins susceptibles de subir une épisiotomie que les femmes blanches. L'ethnicité est une considération importante dans toutes les études portant sur les résultats liés à l'épisiotomie.

Il est également important de mesurer le taux global de traumatisme périnéal. Dans notre étude, bien que le taux d'épisiotomie ait été significativement réduit dans les cas utilisant EPI-NO®, comme dans l'étude de Hillebrenner, le taux global de traumatisme périnéal n'était que légèrement inférieur en raison du taux de lacération spontanée plus élevé dans le groupe EPI-NO®. Ainsi, l'aspect bénéfique d'un taux d'épisiotomie plus faible dans notre étude semble être annulé par l'augmentation du taux de lacération spontanée dans notre population. Cet aspect était en contraste avec l'étude de Hillebrenner et al qui a montré une lacération spontanée périnéale plus faible⁽¹¹⁾. Les facteurs postulés qui peuvent expliquer l'augmentation du taux de lacération spontanée dans cette étude comprennent les différences raciales dans l'élasticité et les propriétés tissulaires du périnée et du vagin, les différences subtiles de technique et de fréquence d'utilisation, les différences dans les techniques d'accouchement et de soutien, les différences de taille relative céphalo-pelvienne, ainsi que les erreurs statistiques aléatoires.

Dans notre étude, le degré de lésion du tissu périnéal semblait être moindre dans le groupe EPI-NO®, en particulier

ceux avec des lacérations. Dans le groupe EPI-NO®, la longueur moyenne des lacérations spontanées était plus courte que celle des cas d'épisiotomie, et trois des 10 cas de lacérations spontanées n'étaient que des déchirures du premier degré. Il n'y a eu aucune déchirure du troisième degré ni déchirures multiples significatives dans le groupe EPI-NO®. Bien que les résultats suggèrent que le groupe EPI-NO® avait un taux d'épisiotomie plus faible, le résultat périnéal global n'était pas significativement meilleur dans le groupe EPI-NO® dans notre population asiatique. D'autres études, y compris des essais contrôlés randomisés, sont nécessaires. Il est pertinent de continuer à explorer les modalités qui peuvent réduire le traumatisme périnéal, tout en maintenant un bon résultat périnatal et la satisfaction maternelle.

RECONNAISSANCE

Nous tenons à remercier JDH Medical Systems d'avoir fourni le simulateur d'accouchement EPI-NO® pour cette étude.

RÉFÉRENCES

1. Carroli G, Belizan J. Episiotomy for vaginal birth (revue Cochrane). Dans : The Cochrane Library, numéro 2. Oxford : Update Software, 2003.
2. Buekens P, Lagasse R, Dramaix M, Wollast E. Episiotomie et déchirures du troisième degré. Br J Obstet Gynaecol 1985; 92:820-3.
3. Lede R, Moreno M, Belizan JM. [Réflexions sur l'indication routinaire de l'épisiotomie]. Synopsis Obstet Ginecol 1991 ; 38 : 161-6.
4. Lede R, Belizan JM, Carroli G. Le recours systématique à l'épisiotomie est-il justifié ? Am J Obstet Gynecol 1996 ; 174 : 1399-402.
5. Mascarenhas T, Eliot BW, Mackenzie IZ. Comparaison des résultats périnatals, des soins prénatals et intrapartum entre l'Angleterre et le Pays de Galles et la France. Br J Obstet Gynaecol 1992 ; 99 : 955-8.
6. Thacker SB, Banta HD. Avantages et risques de l'épisiotomie : une revue interprétative de la littérature de langue anglaise, 1860-1980. Obstet Gynecol Surv 1983; 38:322-38.
7. Argentine Episiotomy Trial Collaborative Group. Épisiotomie systématique ou sélective : un essai contrôlé randomisé. Lancet 1993 ; 342 : 1517-8.
8. Shipman MK, Boniface DR, Tefft ME, McCloghry F. Massage périnéal prénatal et résultats périnéaux ultérieurs : un essai contrôlé randomisé. Br J Obstet Gynaecol. 1997 ; 104 : 787-91.
9. Labrecque M, Eason E, Marcoux S, Lemieux F, Pinault JJ, Feldman P, et al. Essai contrôlé randomisé de prévention des traumatismes périnéaux par massage périnéal pendant la grossesse. Am J Obstet Gynecol 1999; 180:593-600.
10. Stamp G, Kruzins G, Crowther C. Massage périnéal pendant le travail et prévention des traumatismes périnéaux : essai contrôlé randomisé. Br Med J 2001 ; 322 : 1277-80.
11. Hillebrenner J, Wagenpfeil S, Schuchardt R, Schelling M, Schneider KT. Premières expériences avec des femmes primipares utilisant un nouveau type d'entraîneur de travail EPI-NO®. Z Geburtshilfe Neonatol 2001 ; 205 : 12-9.
12. Robinson JN, Norwitz ER, Cohen AP, Lieberman E. Prédicteurs du recours à l'épisiotomie lors du premier accouchement vaginal spontané. Obstet Gynecol 2000 ; 96 : 214-8.
13. Williams FL, du V Florey C, Mires GJ, Ogston SA. Épisiotomie et déchirures périnéales chez les primipares à faible risque au Royaume-Uni. J Public Health Med 1998 ; 20 : 422-7.
14. Weber AM, Meyn L. Utilisation de l'épisiotomie aux États-Unis, 1979-1997. Obstet Gynecol 2002; 100:1177-82.
15. Newman MG, Lindsay MK, Graves W. L'effet de l'analgésie péridurale sur les taux d'utilisation et d'extension de l'épisiotomie dans un hôpital du centre-ville. J Matern Fetal Med 2001; 10:97-101.



**Singapore Medical Association
35th National Medical Convention
25 July 2004, 2.00pm to 5.30pm**

presents a Professional Symposium on
"Seamless Healthcare with EMRX"

Electronic Medical Records EXchange, or EMRX, is an initiative by the Ministry of Health and the two public healthcare clusters (SingHealth and NHG) to share electronic medical records across all public hospitals and polyclinics in Singapore. Should the private sectors be involved as well? Will a nationwide scheme follow next?

To find out how EMRX affects you as a caregiver, be sure to join us at the SMA 35th National Medical Convention, on 25 July (Sunday), at 2.00pm to 5.30pm (venue to be confirmed). For updates, visit the SMA Website at www.sma.org.sg.