

Résultats périnéaux après l'entraînement avec un dilateur périnéal

par Judy Slome Cohain, MSN, CNM

Judy Slome Cohain, CNM, MSN, rédige et examine des recherches. Cette recherche a été entièrement financée par l'auteur. L'auteur n'a pas et n'a jamais eu de relation commerciale avec la société vendant l'article testé ni avec le produit lui-même. L'auteur n'a jamais acheté, possédé ou utilisé de dilateur périnéal.

ABSTRAIT

Il a été démontré que l'utilisation systématique de l'épisiotomie est nocive et doit être interrompue. Sa pratique continue, en particulier pour les premiers accouchements, a obligé les femmes à jouer un rôle actif pour éviter l'épisiotomie et les traumatismes périnéaux. Au cours des 4 dernières années, des centaines de femmes ont fait de l'exercice avec un dilateur périnéal gonflable en silicone pour tenter d'éviter les traumatismes périnéaux à l'accouchement. Le dilateur est utilisé à domicile avant le début du travail. Le dispositif est inséré dans le vagin par la femme enceinte elle-même, gonflé et poussé vers l'extérieur, tous les jours lors d'une séance d'entraînement de 10 minutes pendant la 37^e à la 40^e semaine de grossesse. Le résultat recherché est d'étirer le périnée avant le travail afin de prévenir les traumatismes périnéaux pendant l'accouchement. Cette étude rétrospective descriptive évalue les avantages et les inconvénients du dilateur en interrogeant par téléphone toutes les femmes en Israël qui l'ont acheté avant avril 2002. L'étude compare les résultats périnéaux des femmes primipares qui ont utilisé le dilateur en Israël avec les résultats périnéaux de femmes primipares comparables en Israël, tels que rapportés dans la littérature. L'étude a montré un taux d'épisiotomie plus faible. La majorité des femmes ont déclaré avoir davantage confiance en leur capacité à accoucher, et la plupart des femmes, y compris la majorité des femmes du groupe d'étude qui ont subi une épisiotomie, ont estimé que cela les préparait aux sensations de poussée et d'accouchement.

Ce manuscrit n'a pas été publié dans une autre revue.

INTRODUCTION

La pratique de l'épisiotomie systématique repose sur plusieurs théories proposant des avantages qui ont été réfutées sans équivoque par des études contrôlées randomisées (Thacker, 1983 ; Eason et Labrecque, 2000). Les deux articles de synthèse ci-dessus, ainsi que Carroli et Belizan (2000), concluent que, contrairement aux théories sur lesquelles l'épisiotomie est fondée, l'épisiotomie augmente en réalité les dommages au périnée, prend plus de temps à cicatriser, n'empêche pas les lésions cérébrales du fœtus même chez les plus petits prématurés, n'empêche pas non plus l'étirement à long terme des muscles du plancher pelvien, la cystocèle, la rectocèle, l'incontinence urinaire d'effort ou le prolapsus de l'utérus, et/ou l'insatisfaction sexuelle de l'homme ou de la femme après l'accouchement.

Français En plus de l'absence de preuves étayant l'épisiotomie systématique, la recherche a révélé des inconvénients supplémentaires comme « plus de saignements, plus de douleur, une déformation vaginale plus permanente, des difficultés sexuelles plus temporaires et durables » par rapport à une déchirure naturelle (Wagner 1999). L'épisiotomie est associée à des extensions de troisième et quatrième degré de la coupure dans le tissu et les muscles rectaux. L'épisiotomie médiane favorise clairement les déchirures anales (Klein MC et al 1994, Labrecque et al 1997, Shiono et al 1990, Signorello 2000, Sultan et al 1993). Deux grands essais contrôlés randomisés sur l'utilisation libérale ou restreinte de l'épisiotomie médiale latérale ne montrent aucun effet prophylactique de l'utilisation libérale de l'épisiotomie médiale latérale (Sleep J et al 1984, Argentine 1993).

Martin et al (2001) ont mené une étude de cohorte rétrospective sur 3 769 femmes, et ont constaté que le risque de déchirure lors du deuxième accouchement était plus élevé chez les femmes ayant subi une épisiotomie antérieure (45 %) que chez les femmes ayant subi une déchirure spontanée du deuxième degré lors du premier accouchement (36 %). L'étude conclut qu'éviter l'épisiotomie, en plus d'augmenter le taux de périnée intact, réduit la gravité du traumatisme périnéal lors du prochain accouchement.

Le taux d'infection et d'abcès, principalement dû à des épisiotomies qui s'étendent au tissu rectal, est de 0,5 à 3,0 % de toutes les épisiotomies (Thacker SB et Banta HD, 1983).

L'épisiotomie est indiquée dans les dernières minutes de la deuxième phase du travail dans certains cas de détresse fœtale. Il n'existe pas suffisamment de recherches pour déterminer avec précision dans quelle mesure l'accouchement est plus rapide lorsque l'épisiotomie est utilisée. Dans l'étude contrôlée randomisée de Klein de 1992, les mères primipares du groupe d'épisiotomie libérale ont eu une deuxième phase en moyenne de neuf minutes plus courte que les mères primipares du groupe d'épisiotomie restrictive. On ne sait pas dans quelle mesure une épisiotomie raccourcit la deuxième phase en moyenne lors d'un premier accouchement, mais les données ci-dessus suggèrent qu'elle ne dépasse pas 9 minutes.

Le taux d'épisiotomie signalé aux États-Unis était de 39,3 % des accouchements en 1998 (Curtin, 2000).

Israël:

Français La probabilité qu'une femme subisse une épisiotomie est courante en Israël, même si elle a diminué au cours des 10 dernières années. En 1990, le taux d'épisiotomie à l'hôpital Hadassah Ein Kerem de Jérusalem était de 91 % pour les premières naissances et de 51 % en général. En 2000, le taux d'épisiotomie à l'hôpital Hadassah Ein Kerem était de 51 % pour les premières naissances et de 23 % en général (Yoselis, 2001). Le taux de déchirure des sutures était de 18 % en 1990, aucune donnée n'étant disponible pour 2000. L'enquête nationale de 1995 du Brookdale Institute, basée sur un échantillon de patientes en maternité provenant proportionnellement de toutes les régions d'Israël, a trouvé un taux national d'épisiotomie de 81 % pour les premières naissances et un taux global d'épisiotomie de 54 % (Zalberg, 1999).

Actuellement, plus de 99 % des naissances en Israël ont lieu dans des hôpitaux publics. Israël est un pays de 6 000 000 d'habitants qui dispose d'une couverture médicale universelle, comprenant les soins prénatals et les services d'accouchement. Les soins de santé dans un petit pays comme Israël sont assez uniformes, d'autant plus que la majorité des médecins sont diplômés de seulement trois écoles de médecine différentes. Le recensement national périnatal de 1984 a indiqué que 99,7 % de toutes les femmes avaient reçu une forme de soins prénatals (Mor-Yosef, 1989).

Le dilateur :

L'idée d'utiliser un dilateur périnéal intravaginal gonflable a été adaptée d'une pratique similaire en Ouganda. À Mbarara, en Ouganda, les sages-femmes demandent aux futures mères de s'entraîner avec une série de Calebasses, de diamètres croissants, pour étirer le plancher pelvien en préparation à l'accouchement et prévenir les blessures périnéales. En Ouganda, en particulier dans les zones rurales, une déchirure du périnée est considérée comme une blessure grave car les médecins ou les sages-femmes ne sont pas disponibles ou ne sont pas équipés pour les traiter. Après avoir utilisé les Calebasses en bois, celles-ci sont stérilisées dans de l'eau bouillante et suspendues à nouveau au mur pour sécher.

Une version en silicone des gourdes en bois est disponible en Israël pour 100 \$ (US). Ce dilateur périnéal est un ballon gonflable en silicone en forme de saucisse, de 6 pouces de long sur 2 pouces de large, avec le milieu légèrement en retrait. L'utilisatrice l'insère à mi-chemin, jusqu'à l'indentation, de sorte que lorsqu'il est gonflé, le plus grand diamètre se trouve au niveau de l'orifice. Le ballon est attaché à une poire de pompage en caoutchouc et à un manomètre de pression exactement comme la pompe et le compteur sur l'appareil qui est utilisé pour mesurer manuellement la tension artérielle. Après que l'utilisatrice a inséré le ballon en silicone dans le vagin, elle pompe la poire en caoutchouc et le ballon se gonfle lentement. Elle essaie d'augmenter la taille à laquelle elle gonfle le ballon

à chaque séance d'entraînement. Le ballon peut être gonflé jusqu'à 10 centimètres de diamètre, ce qui imite le diamètre de la tête du fœtus à la naissance. À la fin de la séance d'entraînement de 10 minutes, elle pousse le ballon hors de son vagin. Une fois le ballon retiré, l'utilisatrice est invitée à mesurer le diamètre afin de savoir jusqu'à quelle taille son périnée a été étiré.

Les dilateurs périnéaux sont actuellement vendus principalement comme un dispositif permettant d'étirer le périnée avant l'accouchement afin d'éviter un traumatisme périnéal. Ils sont également commercialisés comme un dispositif permettant de renforcer les muscles de Kegel afin d'améliorer l'incontinence urinaire chez les femmes non enceintes. Cette étude vise à vérifier si la pratique d'un dilateur périnéal affecte le traumatisme périnéal pendant l'accouchement. Cette étude examine également l'évaluation de l'appareil par les femmes.

Recherche sur l'utilisation du dilateur périnéal

METHODES

Pour cette étude, toutes les femmes qui ont acheté un dilateur périnéal intravaginal en Israël entre octobre 2000 et avril 2002 et qui ont donné un numéro de téléphone lisible et fonctionnel au moment de l'achat ont été interrogées par téléphone. Il n'y a qu'un seul distributeur de l'appareil en Israël. Le distributeur est tenu par la loi de remettre à chaque acheteur un reçu d'achat. Ce reçu doit obligatoirement comporter un numéro de téléphone. Le distributeur a donné à l'auteur des copies des 269 reçus pour tous les achats effectués entre octobre 2000 et avril 2002. Sur 36 des reçus, le numéro de téléphone était soit trop illisible pour être lu, soit un numéro qui ne fonctionnait pas. Sur 233 reçus, le numéro de téléphone était correct. Après avoir appelé les femmes, j'ai donné mon nom et dit que j'étais une sage-femme infirmière qui recherchait les résultats après l'utilisation du dilateur. J'ai dit que je n'étais affiliée à aucune institution ou organisation, mais que je voulais plutôt que les femmes aient à l'avenir des données objectives sur les résultats de l'utilisation de l'appareil. J'ai demandé à la femme si, pour des raisons de recherche, je pouvais lui poser 10 questions sur l'appareil et sa naissance. Je lui ai dit que son nom ne serait pas inclus dans les résultats et que l'entretien pouvait être terminé en une minute. Personne n'a refusé d'être interviewé. J'ai posé les questions suivantes :

1. L'avez-vous utilisé plus de 3 fois ? (Critères d'inclusion de l'étude précédente (Hillebrenner, 2000)).
2. Était-ce votre première, deuxième, troisième naissance ?
3. Dans quel hôpital avez-vous accouché ?
4. S'agissait-il d'un accouchement spontané, instrumental ou d'une césarienne ?
5. Avez-vous eu une péridurale ?
6. Âge de gestation en semaines à l'accouchement ?
7. Poids du bébé à la naissance ?
8. Avez-vous eu une épisiotomie ? / une déchirure ? / des points de suture ?
9. Avez-vous eu une infection vaginale au moment de l'accouchement ?
10. Avez-vous quelque chose à ajouter sur votre expérience d'utilisation de l'appareil ?

Quatre femmes ont été exclues parce qu'elles ont pratiqué moins de 3 fois, une femme a été exclue parce qu'elle avait des jumeaux et une était ménopausée, mais l'utilisait pour renforcer les muscles de son sphincter urétral, laissant un groupe d'étude de 227. Dix-huit femmes ont accouché à domicile avec une sage-femme privée, et elles sont éliminées des résultats qui comparent le groupe d'étude à la population israélienne accouchant à l'hôpital.

RÉSULTATS

Étant donné qu'un corps humain sain est programmé pour éviter la douleur, le groupe d'étude et le groupe témoin sont tous deux constitués de femmes qui, comme toutes les femmes, préfèrent éviter un traumatisme périnéal inutile. Toutes les femmes enceintes en Israël bénéficient des mêmes soins prénatals gratuits et facilement accessibles, ainsi que d'une hospitalisation gratuite grâce à la médecine socialisée. Le groupe d'étude a été motivé à

dépenser 100 \$ pour un appareil commercialisé pour prévenir les traumatismes périnéaux. Aucune donnée sociodémographique ou socioéconomique n'a été recueillie sur les femmes puisqu'il n'existe pas de lien établi entre l'épisiotomie et le statut sociodémographique ou socioéconomique. Elles peuvent ou non différer de la population générale en termes de motivation. On ne sait pas combien de femmes dans la population générale ont utilisé des techniques telles que le massage du périnée avec des compresses chaudes ou de l'huile pure ou de l'huile de romarin, la méditation, les herbes, la prière et/ou d'autres techniques pour éviter les traumatismes périnéaux.

92 % (209) des femmes ont accouché dans 15 hôpitaux différents répartis dans tout Israël en tant que patientes publiques. 8 % (18) ont accouché avec une sage-femme privée à domicile.

Après avoir pratiqué avec un dilateur, les femmes primipares et les femmes secondipares VBAC (ayant eu une césarienne antérieure), qui ont accouché à termes spontané Les accouchements par voie basse à l'hôpital ont été caractérisés par un taux d'épisiotomie de 23 % (38/163 femmes). Aucune des 15 primipares ayant accouché à domicile n'a eu d'épisiotomie, 3 ont eu des déchirures suturées.

TABLEAU 1:

Résultats périnéaux des accouchements spontanés et instrumentaux de primipare dans les hôpitaux publics :

| | |
|--|--|
| Pas d'utilisation de dilateur périnéal : | 51 %, 81 % (Yoselis, Zalcborg) 29 % |
| Dilatateur périnéal utilisé : | taux d'épisiotomie (54/185) |
| | 15 % (27) ont signalé des déchirures suturées. 14 % (25) ont signalé une déchirure mineure réparée |

avec « un point » ou « un ou deux points ».

43 % (79) n'ont signalé aucune déchirure à

tous.

Le poids à la naissance variait entre 2 400 et 4 650 grammes. Le poids moyen à la naissance des primipares était de 3 320 grammes. Le poids moyen à la naissance signalé pour les primipares dans un hôpital est de 3 180 grammes (Yoselis, 2001).

Le taux de ventouse était de 11,7 % (23 femmes). Le taux national de ventouse rapporté en Israël est de 11 % (Zalcborg, 1999). Les résultats périnéaux pour les femmes ayant accouché par ventouse après l'utilisation d'un dilateur périnéal étaient les suivants : 68 % (16 femmes) ont eu une épisiotomie, 27 % (6 femmes) ont eu des déchirures du deuxième degré (pas d'épisiotomie) et 5 % (1 femme) ont eu une ventouse réalisée sur un périnée intact.

Le taux de césarienne était de 6 % (11/196).

Toutes les femmes multipares (15 femmes) qui l'ont utilisé pour leur deuxième ou troisième accouchement ont accouché avec un périnée intact. Elles ont toutes choisi de l'utiliser en raison d'expériences « traumatisantes » liées aux épisiotomies subies lors de leur accouchement précédent ou de leurs deux accouchements précédents.

L'anesthésie péridurale a été utilisée par 44 % (72/163) des femmes ayant accouché pour la première fois à l'hôpital. Le taux national d'anesthésie péridurale est de 54 % (Zalcborg, 1999).

Une femme a signalé une infection à levures au moment de la pratique avec le dilateur périnéal intravaginal gonflable, a traité l'infection et a arrêté d'utiliser l'appareil mais elle avait déjà pratiqué plus de 3 fois.

Plusieurs primipares ont rapporté un temps de poussée de 15 minutes. Beaucoup ont parlé d'une heure et demie de poussée.

98 % des femmes recommandent l'utilisation d'un dilateur périnéal intravaginal gonflable après leur expérience. Cinq femmes ont eu un avis négatif à ce sujet. Elles ont dit que cela faisait très mal de l'utiliser et que cela n'aidait pas et elles ne le recommandaient pas. Les autres, y compris les femmes qui ont eu des épisiotomies, ont dit des choses comme :

« Cela m'a donné confiance. » «

Cela m'a appris à me dépasser. »

« On voit des progrès, on apprend à exercer les muscles » «

Merveilleux, je suis sûr que cela m'a beaucoup aidé »

« Cela valait tous les efforts » « Désolé, je ne l'ai pas

assez utilisé ! » « Cela a aidé à la récupération après

l'accouchement. »

« J'ai eu deux mauvais points de suture et aucun lors de cet accouchement !

» « J'ai eu un AVAC sans épisiotomie ! Je suis très heureuse ! »

Plusieurs femmes qui ont eu recours à l'épisiotomie ont déclaré : « Je sais que cela m'a aidée. Je n'avais pas vraiment besoin de l'épisiotomie. La sage-femme ne connaissait pas d'autre moyen. » ou « C'était la fin de la garde et les sages-femmes voulaient juste que le bébé sorte » (en Israël, les sages-femmes ne font pas de réparations périnéales.) ou « Le médecin a pratiqué une épisiotomie mais il a dit que c'était une épisiotomie plus petite que si je ne l'avais pas utilisée. » Une femme, qui avait eu des jumeaux, l'a utilisée et a été exclue, pensait que cela l'avait aidée. Elle a dit qu'ils avaient pratiqué une très petite épisiotomie.

Plusieurs utilisatrices de premier accouchement ont déclaré que leurs sages-femmes avaient remarqué que « leur périnée semblait être comme celui d'une femme qui a déjà accouché d'un bébé par voie vaginale ». Une femme primipare a accouché d'un bébé de 3100 grammes culasse bébé sur un intact périnée malgré le protocole d'accouchement vaginal par le siège qui prévoit une épisiotomie systématique pour les premiers accouchements sur la base du principe qu'il n'y a pas de tête pour étirer lentement le périnée et que les manœuvres de siège sont effectuées très rapidement. Cette femme s'est montrée très assertive et a insisté pour que le médecin inscrive dans son dossier qu'elle refusait l'épisiotomie. Elle est convaincue que c'est pour cette raison qu'il ne l'a pas excisée.

Plusieurs femmes ont dit qu'il était difficile de le maintenir en place pendant l'entraînement.

L'une d'elles a donné le conseil suivant : ne pas trop lubrifier le ballon et s'allonger sur le côté, les jambes jointes, pour aider à le maintenir en place avant de le gonfler.

DISCUSSION

Le facteur parturientiel dans les taux d'épisiotomie a été à peine exploré. Aucune étude n'a encore examiné si l'affirmation de soi ou la conformité et quelle combinaison des deux fonctionne le mieux pour assurer une médecine fondée sur des preuves à la naissance. Les études examinant l'auto-massage périnéal pendant la grossesse ont divergé dans leurs conclusions quant à l'influence sur les résultats périnéaux (Shipman 1997, Labrecque 1999). Personne n'a examiné scientifiquement ce qui se passe lorsqu'une femme demande directement au praticien de ne pas couper une épisiotomie. Le dilateur dans cette étude a eu une influence positive sur les résultats périnéaux. Peut-être que l'appareil a donné à la femme la confiance nécessaire pour demander de telle manière qu'elle a parfois réussi à ne pas être coupée. Certaines femmes primipares ont mentionné des deuxième étapes très courtes. Peut-être que la pratique pré-travail a raccourci la deuxième étape. Il a été démontré que le taux d'épisiotomie augmente directement proportionnellement à la durée de la deuxième étape (deLeeuw et al 2001). Raccourcir la deuxième étape de 15 minutes a diminué progressivement les risques d'épisiotomie d'un pourcentage proportionnel. La deuxième étape pourrait être raccourcie soit parce que les tissus se sont étirés plus facilement, soit parce que la femme a poussé plus efficacement, soit parce que les deux ou aucun des deux. Les poids à la naissance étaient légèrement supérieurs à la moyenne des poids de naissance des primipares, ce n'était donc pas dû à des bébés plus petits. Plusieurs femmes ont rapporté des bébés postérieurs, dont un pesant 3700, accouchés sur des périnée intacts. Une troisième hypothèse est que la pratique étire en fait le périnée, peut-être de la même manière qu'une multipare est étirée, de manière à ce qu'il s'étire plus facilement à la naissance. Il s'agit d'un dispositif très difficile à étudier objectivement car il n'existe aucun moyen d'étudier ce dispositif sans biais de sélection. Il n'existe aucun moyen d'assigner au hasard l'utilisation d'un dispositif qui nécessite qu'une femme insère un ballon en silicone de 2 pouces de large dans son vagin, le gonfle jusqu'à 10 centimètres de large et le pousse vers l'extérieur plus de 3 fois. Dès qu'elle exécute réellement cette tâche, elle n'est plus une femme choisie au hasard, mais une femme très motivée et sélectionnée. Vous ne pouvez pas payer la plupart des femmes pour faire cela, en particulier la plupart des femmes enceintes de 9 mois.

Autres biais de sélection possibles : peut-être que les femmes du groupe d'étude ont été motivées à utiliser l'appareil parce qu'elles présentaient un risque plus élevé que la population générale

population devant subir une épisiotomie (par exemple, antécédents familiaux, épisiotomie antérieure). De plus, on ne sait pas quelles méthodes le groupe témoin a utilisées pour éviter l'épisiotomie, ce qui constitue une limitation de l'étude.

Cette étude a utilisé les mêmes praticiens pour les groupes d'étude et de contrôle, à savoir des sages-femmes assignées au hasard et travaillant dans presque tous les hôpitaux d'Israël. Le pourcentage élevé de femmes ayant utilisé une péridurale (44 %) et le taux de ventouse de 11 %, identique à la moyenne nationale, étayent l'hypothèse selon laquelle cet échantillon est comparable à la population israélienne dans son ensemble. Le faible taux de césarienne de 6 %, comparé au taux national de césarienne de 20 % pour les primipares, peut s'expliquer par le fait que les femmes n'achètent le dispositif qu'en fin de grossesse, ce qui élimine certaines des femmes qui présentent un risque élevé pendant la grossesse, ou peut encore refléter un biais de sélection.

Cependant, sans aucune preuve scientifique, les médecins de l'hôpital Assafe Rofe en Israël ont déjà dit à leurs patientes que le dilatateur périnéal intravaginal est très dangereux car il provoque « des saignements dangereux et une rupture prématurée des membranes ». Aucun problème de ce type n'a été constaté dans cette étude ou dans la précédente étude Hillebrenner. Depuis la fin de cette étude, le distributeur m'a informé que 552 autres dispositifs ont été vendus en Israël entre le 12 avril 2002 et le 12 janvier 2003, ce qui porte le total à 821 ventes à ce jour. Six mois après la fin de l'étude, une seule femme qui avait récemment acheté un dispositif est venue voir le distributeur pour se faire rembourser en signalant que l'utilisation du dispositif lui avait causé une déchirure vaginale pour laquelle elle s'était rendue aux urgences, mais n'avait pas nécessité de suture.

Bien que l'appareil ait nécessité des dépenses importantes, du temps et de l'inconfort, 98 % des utilisatrices se sont montrées très enthousiastes à propos de l'appareil lors de l'entretien téléphonique et ont recommandé aux femmes de l'utiliser. Étant donné que le protocole de tous les hôpitaux israéliens prévoit une épisiotomie lors des accouchements instrumentaux, les résultats périnéaux après l'utilisation d'un dilatateur périnéal ont été une amélioration par rapport au protocole actuel.

L'utilisation du dilatateur périnéal intravaginal a montré un taux d'épisiotomie chez les primipares de 29 %. Le taux d'épisiotomie est une amélioration par rapport aux statistiques nationales actuelles en Israël, mais il est plus du double de la recommandation de l'Organisation mondiale de la santé pour un taux d'épisiotomie de 10 % basé sur l'article de 1984 sur le sommeil (OMS 1996). Des taux d'épisiotomie exceptionnels de 0,5 % (accouchements à domicile) / 1 % (accouchements à l'hôpital) (Slome 2002), 1,4 % (Aikins Murphy 1998), 3,8 % (Janssen 2002) et 4 % (Wagner 1994) ont été documentés par des pratiques de sages-femmes motivées et pourraient être un objectif à atteindre. Le taux national d'épisiotomie pour les Pays-Bas est de 8 % (Wagner, 1999).

Bien que les dix dernières années aient montré une tendance générale à la baisse du taux d'épisiotomie, cette tendance pourrait ou non perdurer. À Rosario, en Argentine, dans l'hôpital où l'essai contrôlé randomisé sur l'épisiotomie systématique a été réalisé et a clairement montré que « l'épisiotomie systématique devrait être abandonnée » (Argentine 1993), le taux d'épisiotomie chez les femmes primipares est passé de 40 % pendant l'essai à 82 % l'année suivant l'essai et en 1995 il était encore de 71 % (Belizan et Carroli 1998). Les protocoles non fondés sur des données probantes peuvent fluctuer de manière imprévisible.

Dans leurs entretiens téléphoniques, les femmes ont laissé entendre qu'elles tiraient beaucoup de pouvoir de leur participation à la préparation à l'accouchement. Goldberg (2002) suggère trois raisons pour la baisse du taux d'épisiotomie dans son établissement : l'une étant une meilleure éducation des patientes et leur participation à la prise de décision (les deux autres : le corpus de recherche contre l'épisiotomie systématique et la diminution de l'utilisation des forceps). Dans cette étude, les témoins et le groupe d'étude ont bénéficié des mêmes soins prénatals. Les études futures devraient tenir compte de et

comparer la manière dont les femmes de chaque groupe se sont éduquées avant la naissance et ont participé à la prise de décision à la naissance.

Hillebrenner (1999) suggère que le dispositif réduit le besoin d'analgésiques médicaux puisque les 45 femmes utilisant le dispositif, dans son étude, ont utilisé moins d'analgésiques médicaux que le groupe témoin. L'anesthésie péridurale a été utilisée par 44 % des femmes ayant accouché pour la première fois, ce qui est inférieur au taux moyen national d'anesthésie péridurale de 54 % pour les premières naissances (Zalberg, 1999), mais pas de manière spectaculaire. Étant donné qu'il n'existe pas de statistiques sur d'autres méthodes de soulagement de la douleur utilisées en Israël dans la littérature et que le groupe d'étude n'est pas un échantillon aléatoire, aucune conclusion ne peut être tirée quant à la réduction du besoin d'analgésiques par le dispositif.

RÉSUMÉ

Dans cette étude préliminaire, 233 femmes qui ont utilisé un dilateur périnéal intravaginal gonflable pour se préparer à l'accouchement ont été interrogées par téléphone. Le taux de périnée intact signalé pour les accouchements vaginaux spontanés chez les primipares et les secondipares après une césarienne pour leur premier accouchement était de 43 %, avec 29 % supplémentaires présentant des déchirures, dont la moitié étaient mineures. Le taux d'épisiotomie était de 29 %. Il s'agit d'un pourcentage d'épisiotomie plus élevé que celui auquel on pourrait s'attendre si des protocoles fondés sur des données probantes étaient en place, mais d'une réduction de 50 % du taux d'épisiotomie pour les premiers accouchements chez les non-utilisatrices en Israël. Bien que les utilisatrices aient cherché à éviter l'épisiotomie, 86 % des femmes qui se sont entraînées avec l'appareil et ont subi une épisiotomie ont eu un sentiment positif à propos de leur expérience car cela leur a appris à pousser et leur a donné confiance en elles et elles pensent que cela les a aidées. Trois théories possibles sont suggérées. Le dilateur périnéal peut augmenter les résultats périnéaux intacts chez les femmes primipares en 1. raccourcissant la deuxième étape en apprenant à la femme comment pousser et/ou 2. en étirant le périnée avant la naissance et/ou 3. peut permettre aux femmes de participer à la décision de ne pas pratiquer d'épisiotomie.

BIBLIOGRAPHIE

Aikins Murphy P, Feinland JB (1998) Résultats périnéaux dans le cadre d'un accouchement à domicile. *Naissance* 25(4):226-34.

Argentine Episiotomy Trial Collaborative Group. (1993) Episiotomie systématique ou sélective : un essai contrôlé randomisé. *Lancet* 342(8886-8887):1517-8.

Belizan JM et Carroli G (1998) L'épisiotomie de routine devrait être abandonnée. *BMJ* 317:1389.

Carroli G et Belizan J (2000) Épisiotomie pour accouchement vaginal. *Cochrane Database Syst Rev* (2) CD 000081.

Curtin SC et Martin JA (2000) Données préliminaires pour 1999. Rapports nationaux sur les statistiques de l'état civil. Vol 48, n° 14. Centre national des statistiques de santé, Hyattsville MD.

deLeeuw JW, Struijk PC, Vierhout ME, Wallenburg HC (2001) Facteurs de risque de ruptures périnéales du 3e degré lors de l'accouchement. *BJOG* 108(4):383-7.

Eason E et Labrecque M (2000) Prévention des traumatismes périnéaux pendant l'accouchement : une revue systématique. *Obstet Gynecol* 96(1):154. (eeason@ogh.on.ca)

Goldberg J, Holtz D, Hyslop T, Tolosa J (2002) Le recours à l'épisiotomie de routine a-t-il diminué ? Examen des taux d'épisiotomie 1983-2000. *Gynécologie-obstétricien* 99(3):395-400.

Klein M, Gauthier R, Jorgensen S et al (1992) L'épisiotomie prévient-elle les traumatismes périnéaux et la relaxation du plancher pelvien ? *Curr Clin Trials* 1992 ; i : document 10.

Klein MC, Gauthier RJ, Robbins JM, Kaczorowski J, Jorgensen SH, Franco ED, Johnson B, Waghorn K, Gelfand MM, Guralnick MS, et al. (1994) Relation entre l'épisiotomie, le traumatisme périnéal et la morbidité, le dysfonctionnement sexuel et la relaxation du plancher pelvien. *Am J Obstet Gynecol* 171(3):591-8

Janssen PA, Lee SK, Ryan EM, Etches DJ, Farquharson DF, Peacock D, Klein MC (2002). Résultats des accouchements planifiés à domicile par rapport aux accouchements planifiés à l'hôpital après la réglementation de la profession de sage-femme en Colombie-Britannique. *CMAJ*166(3) 315-323.

Hillebrenner J, Wagenpfeil S, Schuchardt R, Schelling M, Schneider T (2000) Erste klinische Erfahrungen bei Erstgebarenden mit einem neuartigen Geburtstrainer Epi-No (Premières expériences cliniques avec le nouvel entraîneur de naissance Epi-No chez les femmes primipares. *Z Geburtshilfe Neonatol* 205(1):12-9.

Labrecque M, Baillargeon L, Dallaire M, Tremblay A, Pinault JJ, Gingras S. (1997) Association entre épisiotomie médiane et lacérations périnéales sévères chez les femmes primipares. *Can Med Assoc J*.156(6):811-3.

Labrecque M, Eason E, Marcoux S (2000) Essai randomisé de massage périnéal pendant la grossesse : symptômes périnéaux 3 mois après l'accouchement. *Am J Obstet Gynecol* 182:76-80.

Martin S, Labrecque M, Marcoux S, Berube S, Pinault J (2001) Association entre traumatisme périnéal et déchirures périnéales spontanées. *J Fam Pract*50(4)333-337.

[Samueloff A, Mor-Yosef S, Seidman DS, Navot D, Ohel G, Simon A, Rabinowitz R, Schenker JG.](#)

Le recensement périnatal national de 1984 : conception, organisation et utilisations pour l'évaluation des services obstétricaux en Israël. *Isr J Med Sci*. 1989 Nov;25(11):629-34.

Shiono P, Klebanoff MA, Carey JC. (1990) Épisiotomies médianes : plus de mal que de bien ? *Obstet Gynecol* 75(5):765-770.

Signorello L, Harlow B, Chekos A, Repke J (2000) Épisiotomies médianes et incontinence anale. *BMJ* 320 : 86-90.

Sleep J, Grant A, Garcia J, Elbourne D, Spencer J, Chalmers I (1984) Essai de gestion périnéale de West Berkshire. *Br Med J (Clin Res Ed)* 289 (6445) : 587-90.

Slome J (2002) La pratique privée d'une sage-femme en Israël. *British J of Midwifery*10(4)224-9.

Shipman MK, Boniface DR, Tefft ME, McCloghry F (1997) Massage périnéal prénatal et résultats périnéaux ultérieurs : un essai contrôlé randomisé. *Br J Obstet Gynaecol*104(7)787- 791.

Sultan AH, Kamm MA, Bartram CI, Hudson CN (1993) Traumatisme du sphincter anal lors d'un accouchement instrumental. *Int J Gynaecol Obstet* 43(3):263-70.

Thacker SB et Banta HD (1983) Avantages et risques de l'épisiotomie : une revue interprétative de la littérature de langue anglaise1860- 1980. *Obstet Gynecol Surv* 38(6): 322-338.

Wagner M (1999) Épisiotomie : une forme de mutilation génitale. *Lancet* 353 : 1977-8.

Wagner M (1994) À la poursuite de la machine à naissance : la recherche d'une technologie de naissance appropriée. Sydney : ACE Graphics.

Organisation mondiale de la santé (1996) Soins à l'accouchement normal. Guide pratique. Organisation mondiale de la santé, Genève

Yoselis A (2001) Application clinique de l'évaluation des risques sur la population de Jérusalem : conséquences défavorables du travail et interventions au sein du groupe à faible risque. Thèse de maîtrise en santé publique en épidémiologie. yoselis@netvision.net.il

Zalcborg S, Berg A, Yuval D, Ivancovsky M (1999) Accoucher en Israël : résultats d'une enquête de 1995 auprès des patientes en maternité, avec comparaison avec 1993. Rapport de recherche du JDC Brookdale Institute. JDC Brookdale Institute, Jérusalem.