

UNIVERSITÉ
PARIS DESCARTES

CePeD

Centre
Population
& Développement

REPRÉSENTATIONS ET PRATIQUES DE L'ÉPISIOTOMIE À PHNOM PENH, CAMBODGE

16^{ème} Congrès de Gynécologie Obstétrique
Viêt Nam- France- Asie-Pacifique

Ha Noi

17 Mai 2016

Clémence Schantz



មជ្ឈមណ្ឌលខេមរសិក្សា

Center for Khmer Studies
Centre d'Etudes Khmères

Siem Reap, Cambodia



Institut Pasteur
du Cambodge

Construction de la recherche

- Doctorat de socio-démographie sur la santé maternelle à Phnom Penh, Cambodge (2013-2016): Combien? Pourquoi?
- Accord du comité d'éthique du Ministère de la Santé du Cambodge (NECHR, Ministry of Health)
- Soutien du Professeur Kruey Leang Sim
- Proposition de travailler en partenariat avec un médecin cambodgien (Dr So Sudaroth)
- Aide et implication de toute l'équipe

Reasons for routine episiotomy: A mixed-methods study in a large maternity hospital in Phnom Penh, Cambodia

Clémence Schantz,^a Kruey Leang Sim,^b Ek Meng Ly,^b Hubert Barennes,^{c,d} So Sudaroth,^b Sophie Goyet^e

a Centre Population & Développement (CEPED)-UMR 196: IRD (Institut de Recherche pour le Développement) and Université Paris Descartes, Paris, France. *Correspondence:* clemschantz@hotmail.com

b Calmette Maternity Hospital, Phnom Penh, Cambodia

c ANRS (Agence Nationale de Recherche sur le VIH et les Hépatites), and Epidemiology Unit, Pasteur Institute, Phnom Penh, Cambodia

d Isped (Institut de Santé Publique d'Epidémiologie et de Développement), Centre INSERM (Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale) U897-Epidémiologie-Biostatistique, Université de Bordeaux, Bordeaux, France

e Independent Researcher, Annecy le Vieux, France

Méthode mixte

- Observation participante (10 mois au total)
- Rapports journaliers 2013
- Echantillon aléatoire 365 accouchements par voie basse en 2013
- Entretiens enregistrés avec
 - 11 gynécologues obstétriciens et sages-femmes
 - 11 femmes dans le postpartum

Résultats (1/3)

- En 2013, 8842 accouchements à l'hôpital Calmette de Phnom Penh
- **71% accouchements par voie basse (n=6243)**
- **92% épisiotomies (n=5745)**
→ épisiotomies systématiques

Résultats (2/3)

Echantillon: 94,5% épisiotomies

Table 1: Univariate analysis of factors associated with episiotomy, Cambodia, Calmette Hospital, 2013, n=365 deliveries

	no Episiotomy n=20		Episiotomy n=345		Total N=365		Comparison		
	n	%	n	%	N	%	Odd Ratio	CI 95%	P
Parity									
Nulliparous women	3	15,0	192	55,6	195	53,4	7,1	2.0 - 24.7	0,002
Multiparous women	17	85,0	153	44,4	170	46,6	reference		
Term of pregnancy at delivery									0,219
at term	18	90,0	328	95,1	346	94,8	reference	-	-
premature (<37 SA)	1	5,0	14	4,1	15	4,1	0,8	0.1 - 6.2	0,804
very premature (<32 SA)	1	5,0	3	0,9	4	1,1	0,2	0.0 - 1.7	0,126
Newborn birth weight									0,138
normal birth weight	17	85,0	323	93,6	340	93,1	reference	-	-
low birth weight (1500 <2500 g)	3	15,0	22	6,4	25	6,9	0,4	0.1 - 1.4	0,152
very low birth weight (<1500 g)	0	0,0	0	0,0	0	0,0	omitted	-	-
Type of delivery									0,212
normal	20	100,0	320	92,7	340	93,1	reference	-	-
vacuum extraction	0	0,0	25	7,2	25	6,9	omitted	-	-
Mother's height¹									
median in cm (IQR ²)	157	154 - 159.5	156	153 - 160	156	153 - 160			0,813
Mother's weight gain									0,879
0 to 9.9 kg	6	30,0	86	24,9	92	25,2	reference	-	-
+ 10 to 15.9 kg	8	40,0	148	42,9	156	42,7	1,3	0.4 - 3.8	0,647
+ 15 kg	6	30,0	111	32,2	117	32,0	1,3	0.4 - 4.1	0,668

Notes

1: n=300 women with episiotomy

2: IQR: interquartile range

Résultats (2/3)

Echantillon: 94,5% épisiotomies

Table 1: Univariate analysis of factors associated with episiotomy, Cambodia, Calmette Hospital, 2013, n=365 deliveries

	no Episiotomy n=20		Episiotomy n=345		Total N=365		Comparison		P
	n	%	n	%	N	%	Odds Ratio	CI 95%	
Parity									
Nulliparous women	3	15,0	192	55,6	195	53,4	7,1	2.0 - 24.7	0,002
Multiparous women	17	85,0	153	44,4	170	46,6	reference		
Term of pregnancy at delivery									0,219
at term	18	90,0	328	95,1	346	94,8	reference	-	-
premature (<37 SA)	1	5,0	14	4,1	15	4,1	0,8	0.1 - 6.2	0,804
very premature (<32 SA)	1	5,0	3	0,9	4	1,1	0,2	0.0 - 1.7	0,126
Newborn birth weight									0,138
normal birth weight	17	85,0	323	93,6	340	93,1	reference	-	-
low birth weight (1500 <2500 g)	3	15,0	22	6,4	25	6,9	0,4	0.1 - 1.4	0,152
very low birth weight (<1500 g)	0	0,0	0	0,0	0	0,0	omitted	-	-
Type of delivery									0,212
normal	20	100,0	320	92,7	340	93,1	reference	-	-
vacuum extraction	0	0,0	25	7,2	25	6,9	omitted	-	-
Mother's height¹									
median in cm (IQR ²)	157	154 - 159.5	156	153 - 160	156	153 - 160			0,813
Mother's weight gain									0,879
0 to 9.9 kg	6	30,0	86	24,9	92	25,2	reference	-	-
+ 10 to 15.9 kg	8	40,0	148	42,9	156	42,7	1,3	0.4 - 3.8	0,647
+ 15 kg	6	30,0	111	32,2	117	32,0	1,3	0.4 - 4.1	0,668

Notes

1: n=300 women with episiotomy

2: IQR: interquartile range

Résultats (2/3)

Echantillon: 94,5% épisiotomies

Table 1: Univariate analysis of factors associated with episiotomy, Cambodia, Calmette Hospital, 2013, n=365 deliveries

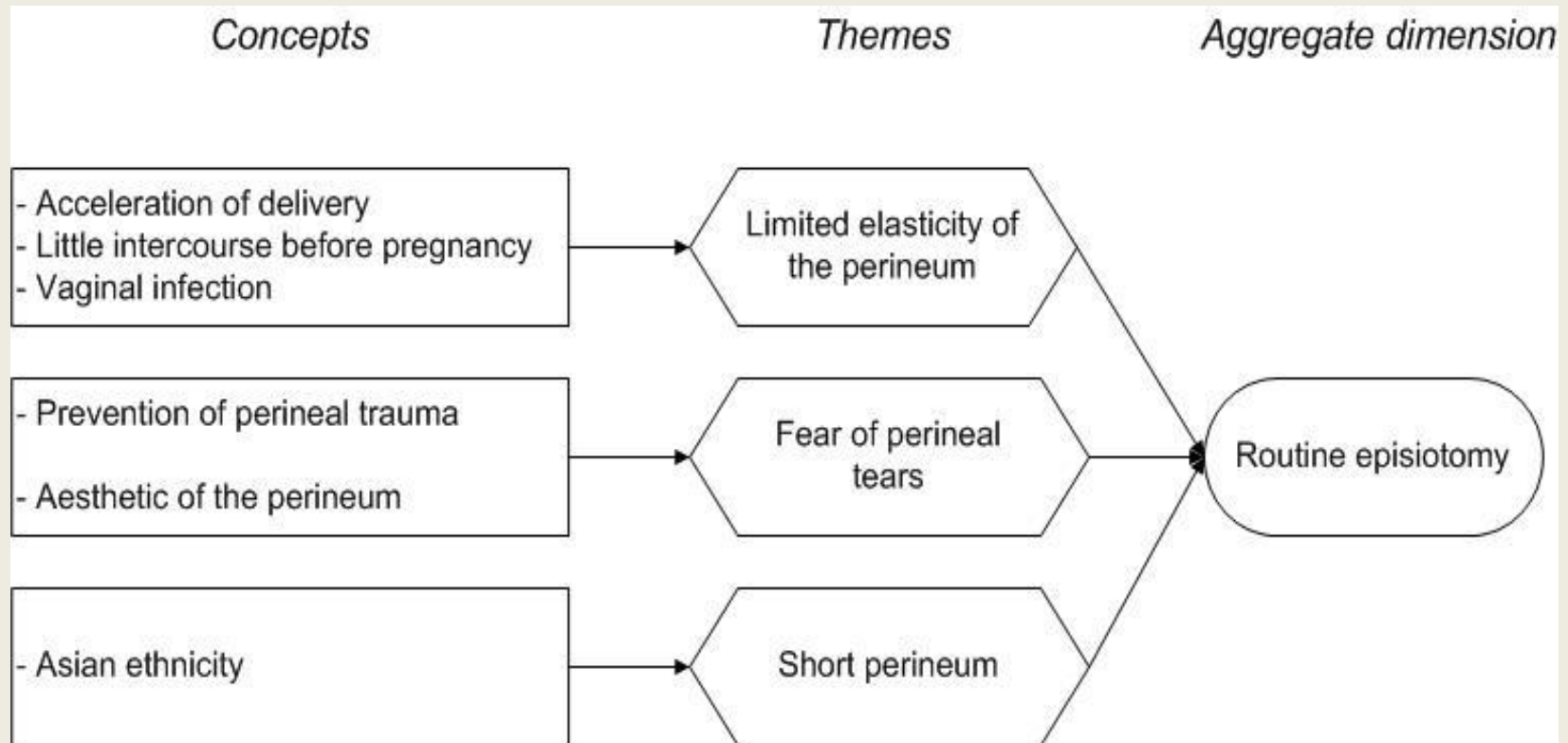
	no Episiotomy n=20		Episiotomy n=345		Total N=365		Comparison		P
	n	%	n	%	N	%	Odd Ratio	CI 95%	
Parity									
Nulliparous women	3	15,0	192	55,6	195	53,4	7,1	2,0 - 24,7	0,002
Multiparous women	17	85,0	153	44,4	170	46,6	reference		
Term of pregnancy at delivery									0,219
at term	18	90,0	328	95,1	346	94,8	reference	-	-
premature (<37 SA)	1	5,0	14	4,1	15	4,1	0,8	0.1 - 6.2	0,804
very premature (<32 SA)	1	5,0	3	0,9	4	1,1	0,2	0.0 - 1.7	0,126
Newborn birth weight									0,138
normal birth weight	17	85,0	323	93,6	340	93,1	reference	-	-
low birth weight (1500 <2500 g)	3	15,0	22	6,4	25	6,9	0,4	0.1 - 1.4	0,152
very low birth weight (<1500 g)	0	0,0	0	0,0	0	0,0	omitted	-	-
Type of delivery									0,212
normal	20	100,0	320	92,7	340	93,1	reference	-	-
vacuum extraction	0	0,0	25	7,2	25	6,9	omitted	-	-
Mother's height¹									
median in cm (IQR ²)	157	154 - 159.5	156	153 - 160	156	153 - 160			0,813
Mother's weight gain									0,879
0 to 9.9 kg	6	30,0	86	24,9	92	25,2	reference	-	-
+ 10 to 15.9 kg	8	40,0	148	42,9	156	42,7	1,3	0.4 - 3.8	0,647
+ 15 kg	6	30,0	111	32,2	117	32,0	1,3	0.4 - 4.1	0,668

Notes

1: n=300 women with episiotomy

2: IQR: interquartile range

Les raisons qui amènent à pratiquer des épisiotomies systématiques



Schantz, Clémence, Kruey Leang Sim, Ek Meng Ly, Hubert Barennes, So Sudaroth, et Sophie Goyet. 2015. « Reasons for Routine Episiotomy: A Mixed-Methods Study in a Large Maternity Hospital in Phnom Penh, Cambodia ». *Reproductive Health Matters* 23 (2015): 68-77. doi:10.1016/j.rhm.2015.06.012.

Taux d'épisiotomie dans le monde

Années 2000

- 9,7% en Suède// 100% à Taiwan
- En Asie:
 - 82% en Chine
 - Plus de 85% au Viêt Nam
 - 91% au Népal (nullipares); 98% à Hong Kong

Pratique remise en question

- Depuis 1996, pratique systématique de l'épisiotomie remise en question
- **Publication Cochrane en 2009** (méta analyse)
 - Une pratique de l'épisiotomie systématique (versus pratique restrictive) entraîne plus de:
 - Fistules
 - Augmente les pertes sanguines
 - Hématome
 - Douleur
 - Œdèmes
 - Infections
 - Dyspareunies
 - Coût économique

Recommandations internationales

- Une pratique **RESTRICTIVE** de l'épisiotomie a beaucoup plus de bénéfices qu'une pratique **SYSTEMATIQUE**
- **OMS 2003** (Organisation Mondiale de la Santé)
- **CNGOF 2005** (Collège National des Gynécologues Obstétriciens de France)
- **RCOG 2012** (Royal College of Obstetricians & Gynaecologists, UK)

OMS 2003

« Limiter le recours à l'épisiotomie à des indications strictes présente un certain nombre d'effets bénéfiques : la réduction du traumatisme périnéal postérieur, de la nécessité de suture et des complications. **L'épisiotomie n'entraîne aucune réduction de la plupart des mesures de la douleur ni des traumatismes vaginaux et périnéaux graves**, mais pourrait diminuer le risque de traumatisme périnéal antérieur »

- Liljestrand, J. 2003. « Episiotomy for vaginal birth: RHL commentary (last revised: 20 Octobre 2003) ». The WHO Reproductive Health Library.

CNGOF 2005

- « Il faut instituer une politique incitative pour faire baisser progressivement le taux d'épisiotomie en France **en dessous des 30%** »
- Aucune indication systématique
- « Dans toutes ces situations obstétricales *spécifiques*, une épisiotomie peut être judicieuse sur la base de **l'expertise clinique de l'accoucheur** »

CNGOF. 2005. « L'épisiotomie. Recommandations pour la pratique clinique ».

Une pratique restrictive de l'épisiotomie est-elle généralisable au Cambodge?

- Argument principal des soignants cambodgiens: périnée plus court, plus dur, moins élastique, etc.
- Mythe de la femme asiatique/cambodgienne ou réalité?

→Présentation de 3 recherches

1/ Mesure de la distance ano-vulvaire

Int Urogynecol J (2009) 20:1361–1364

DOI 10.1007/s00192-009-0959-x

ORIGINAL ARTICLE

Perineal length: norms in gravid women in the first stage of labour

**Anupreet Dua · Melissa Whitworth · Annette Dugdale ·
Simon Hill**

Received: 12 January 2009 / Accepted: 23 June 2009 / Published online: 1 August 2009

© The International Urogynecological Association 2009

- 984 femmes; 2005-2007; UK
- Comparaison femmes caucasiennes versus femmes asiatiques (fourchette – centre anus)
- 1^{ère} phase du travail

- Caucasiennes ($n=734$): **3,7 +/- 0,9 cm**
- Asiatiques ($n=250$): **3,6 +/- 0,9 cm**

→ **Différence non significative**

Dua, Anupreet, Melissa Whitworth, Annette Dugdale, et Simon Hill. 2009.
« Perineal Length: Norms in Gravid Women in the First Stage of Labour ». *International Urogynecology Journal* 20 (11): 1361-64.

2/ Pratique restrictive de l'épisiotomie et femmes chinoises

The Journal of Maternal-Fetal and Neonatal Medicine, December 2009; 22(12): 1116–1121

informa
healthcare

Is the policy of restrictive episiotomy generalisable? A prospective observational study

CHIT YING LAI, HIU WAH CHEUNG, TERENCE TZU HSI LAO, TZE KIN LAU, &
TAK YEUNG LEUNG

Department of Obstetrics and Gynaecology, Prince of Wales Hospital, The Chinese University of Hong Kong, Shatin, Hong Kong, China SAR

- Etude prospective 2007-2008 / 429 femmes
- Hôpital universitaire de Hong Kong
- Mesure de la distance ano-vulvaire à 3 moments:
 - **Début 1^{ère} phase travail: 38,8 mm (+/- 7,9)**
 - = idem recherches USA, Israël et Turquie**
 - Début 2^{ème} phase du travail: 49,4 mm (+/- 8,1)
 - Pendant les efforts expulsifs: 59,4 mm (+/- 9,4)

Taux d'épisiotomies en 2006

- Hong Kong: 85,5%
- Hôpital universitaire : 73,3% → 26,8%

Pas plus de déchirures 3^{ème} ou 4^{ème} degré

Lai, Chit Ying, Hiu Wah Cheung, Terence Tzu Hsi Lao, Tze Kin Lau, et Tak Yeung Leung. 2009. « Is the Policy of Restrictive Episiotomy Generalisable? A Prospective Observational Study ». *Journal of Maternal-Fetal and Neonatal Medicine* 22 (12): 1116-21.

3/ Pratique restrictive de l'épisiotomie et femmes vietnamiennes

Research

Episiotomy rate in Vietnamese-born women in Australia: support for a change in obstetric practice in Viet Nam

Anh T Trinh,^a Amina Khambalia,^b Amanda Ampt,^b Jonathan M Morris^c & Christine L Roberts^b

Objective To describe the use of episiotomy among Vietnamese-born women in Australia, including risk factors for, and pregnancy outcomes associated with, episiotomy.

Methods This population-based, retrospective cohort study included data on 598 305 singleton, term (i.e. ≥ 37 weeks' gestation) and vertex-presenting vaginal births between 2001 and 2010. Data were obtained from linked, validated, population-level birth and hospitalization data sets. Contingency tables and multivariate analysis were used to compare risk factors and pregnancy outcomes in women who did or did not have an episiotomy.

Findings The episiotomy rate in 12 208 Vietnamese-born women was 29.9%, compared with 15.1% in Australian-born women. Among Vietnamese-born women, those who had an episiotomy were significantly more likely than those who did not to be primiparous, give birth in a private hospital, have induced labour or undergo instrumental delivery. In these women, having an episiotomy was associated with postpartum haemorrhage (adjusted odds ratio, aOR: 1.26; 95% confidence interval, CI: 1.08–1.46) and postnatal hospitalization for more than 4 days (aOR: 1.14; 95% CI: 1.00–1.29). Among multiparous women only, episiotomy was positively associated with a third- or fourth-degree perineal tear (aOR: 2.00; 95% CI: 1.31–3.06); in contrast, among primiparous women the association was negative (aOR: 0.47; 95% CI: 0.37–0.60).

Conclusion Episiotomy was performed in far fewer Vietnamese-born women giving birth in Australia than in Viet Nam, where more than 85% undergo the procedure, and was not associated with adverse outcomes. A lower episiotomy rate should be achievable in Viet Nam.

Australie, étude rétrospective, 2001-2010, grossesse simple, AVB à terme, PC (598 305 naissances)

Total: 16,9% épisiotomies

Australiennes: 15,1% // Vietnamiennes: 29,9%

Littérature: Viêt Nam: 85% épisiotomies et 100% nullipares

- → Recherche montre que l'épisiotomie a été pratiquée 2 fois plus chez les vietnamiennes mais presque **3 fois moins qu'au Viêt Nam sans plus de déchirures**

Trinh, Anh T, Amina Khambalia, Amanda Ampt, Jonathan M Morris, et Christine L Roberts. 2013. « Episiotomy rate in Vietnamese-born women in Australia: support for a change in obstetric practice in Viet Nam ». *Bulletin of the World Health Organization* 91 (5): 350-56. doi:10.2471/BLT.12.114314.

Conclusion et perspectives

- Diminution du taux d'épisiotomie possible en Asie du Sud-Est
- Privilégier avec une pratique restrictive avec évaluation au cas par cas (SFA++)