



<http://portaildoc.univ-lyon1.fr>

Creative commons : Paternité - Pas d'Utilisation Commerciale -
Pas de Modification 2.0 France (CC BY-NC-ND 2.0)



<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/2.0/fr>

Université Claude BERNARD LYON 1
UFR de Médecine et de Maïeutique Lyon Sud Charles Mérieux
SITE DE FORMATION MAÏEUTIQUE DE BOURG EN BRESSE

*Influence de la technique de suture
de l'épisiotomie sur les douleurs
périnéales, les dyspareunies et
l'incontinence anale à 8 semaines
post-partum*

*Mémoire présenté et soutenu par
Julia PLAGNARD
née le 30 janvier 1989
en vue de l'obtention du diplôme d'état de Sage-Femme*

Promotion 2008-2012

*Influence de la technique de suture
de l'épisiotomie sur les douleurs
périnéales, les dyspareunies et
l'incontinence anale à 8 semaines
post-partum*

REMERCIEMENTS

Je tiens tout particulièrement à remercier :

Toutes les femmes qui ont accepté de participer à cette étude, pour leur gentillesse, leurs encouragements et pour m'avoir consacré un peu de leur temps,

Paola Bonhoure, pour sa disponibilité et son soutien tout au long de la réalisation de ce mémoire, ainsi que **Florence Chichoux et Nathalie Quérol**, pour les idées qu'elles m'ont apporté quand je me suis lancée dans ce travail,

Clara, Marion, Olivia, Hélène, Vanessa, Clémence, Mathilde, mes camarades de promotion, pour leur soutien pendant ces quatre années passées ensemble,

Mr le Docteur Théry, pour son aide et ses idées pertinentes,

Mes parents, pour m'avoir toujours soutenue dans mes choix,

Rémy, pour m'avoir supportée,

Nordine, pour le réconfort qu'il m'a apporté,

Merci...

SOMMAIRE

REMERCIEMENTS	1
SOMMAIRE	5
LISTE DES ABREVIATIONS	8
INTRODUCTION	9
PREMIERE PARTIE : GENERALITES	11
I. Les différentes techniques de suture de l'épisiotomie	11
1. La technique de suture en trois plans	11
a. Description	11
b. Avantages.....	13
c. Inconvénients	14
2. La technique dite « un fil un nœud »	15
a. Description [3]	15
a. Avantages	17
b. Inconvénients.....	18
II. Revue des études récentes concernant l'épisiotomie	19
1. La douleur périnéale	19
a. Influence du type de lésion périnéale	19
b. Influence de la technique de suture.....	20
2. Les dyspareunies	22
a. Influence du type de lésion périnéale	22
b. Influence de la technique de suture.....	23
3. L'incontinence anale	24
a. Influence du type de lésion périnéale	24
b. Influence de la technique de suture.....	25

DEUXIEME PARTIE : L'ENQUÊTE 26

I. Présentation de l'étude 26

- 1. Constat 26
- 2. Objectifs 26
- 3. Hypothèses 27

II. Matériel et méthode 28

- 1. Constitution de la population 28
 - a. Critères d'inclusion 29
 - b. Critères d'exclusion 29
 - c. Recrutement 29
- 2. Le questionnaire 30
 - a. Elaboration 30
 - b. Modalités de distribution 30
- 3. Limites de l'enquête 31

III. Résultats 32

- 1. Echantillon 32
 - a. Maternités 32
 - b. Effectif 32
 - c. Caractéristiques de l'échantillon 33
- 2. Evaluation de la douleur périnéale 34
 - a. Au repos 34
 - b. En position assise 34
 - c. En mouvement 35
 - d. A la défécation 35
 - e. Au moment de la sortie de la maternité 35
 - f. Complications après le retour à domicile 36
- 3. Evaluation des dyspareunies 37
 - a. Reprise de l'activité sexuelle 37
 - b. Appréhensions 38

c. Dyspareunies	38
d. Retour à une sexualité « normale ».....	40
e. Patientes n'ayant pas encore repris une activité sexuelle	40
4. Evaluation de l'incontinence anale	42
a. Type d'incontinence.....	42
b. Profil des patientes	42
<u>TROISIEME PARTIE : DISCUSSION</u>	44
I. Analyse et confrontation des résultats avec ceux des enquêtes publiées	44
1. Sur la douleur périnéale et les complications	44
2. Sur les dyspareunies	46
3. Sur l'incontinence anale	50
II. Perspectives d'avenir.....	53
1. Généraliser l'utilisation de la technique « un fil un nœud ».....	53
a. Formation initiale des sages-femmes	53
b. Formation continue des sages-femmes	54
2. Réduire le taux d'épisiotomie	56
a. Respect des recommandations	56
b. Interventions anténatales et per-partum.....	58
<u>CONCLUSION</u>	60
<u>REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES</u>	62
<u>BIBLIOGRAPHIE</u>	67
<u>ANNEXE I</u>	71
<u>ANNEXE II</u>	72
<u>ANNEXE III</u>	76

LISTE DES ABREVIATIONS

Par ordre alphabétique

AVBS : Accouchement par Voie Basse Spontanée

CHLS : Centre Hospitalier Lyon-Sud

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

CNGOF : Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français

HFME : Hôpital Femme-Mère-Enfant

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

RPC : Recommandations pour la Pratique Clinique

RS : Rapports sexuels

INTRODUCTION

L'épisiotomie est un acte chirurgical prophylactique utilisé depuis le XVIII^{ème} siècle. Elle correspond à une périnéotomie réalisée lorsque la présentation est au petit couronnement, afin de sectionner le faisceau pubo-rectal du muscle élévateur de l'anus, dans le but de faciliter le dégagement de l'enfant. Son usage était largement répandu, jusqu'à ce que ses bénéfices supposés soient démentis par des études publiées à partir des années 1980.

En effet, nous savons maintenant que cette pratique augmente la morbidité (pertes sanguines majorées, douleurs périnéales en post-partum, troubles de la continence anale, dyspareunies). Actuellement, il n'existe plus aucune indication d'épisiotomie systématique, la décision de sa réalisation est laissée à l'expertise clinique de l'accoucheur, ce qui explique les variations importantes des taux d'épisiotomies entre les différents établissements hospitaliers français.

Cependant, l'épisiotomie reste une pratique assez courante de nos jours, et plusieurs techniques existent pour la réparer. Nous nous sommes interrogé sur l'influence de la technique employée pour sa réparation sur la morbidité engendrée par cette pratique. L'utilisation d'une technique plutôt que d'une autre améliore-t-elle le bien-être des femmes en post-partum ?

Jusque là, la plupart des études publiées comparant les différentes techniques de suture concernaient la douleur périnéale en post-partum immédiat. Nous avons donc choisi de nous intéresser à l'influence de la technique de suture sur les douleurs périnéales, mais aussi sur les dyspareunies et l'incontinence anale, 8 semaines après l'accouchement.

À travers ce travail, nous avons souhaité mettre en évidence les éventuels bénéfices d'une technique de suture par rapport à une autre afin d'adapter notre pratique professionnelle pour être le moins délétère possible pour les patientes.

Après quelques rappels et généralités sur les techniques de réfection de l'épisiotomie, nous commenterons les études récentes retrouvées dans la littérature à ce sujet. Ensuite, dans une deuxième partie, nous présenterons notre enquête et nos résultats. Enfin, nous procéderons à l'analyse et à la discussion de ces résultats, avant d'exposer quelques perspectives d'avenir concernant l'évolution des pratiques professionnelles.

PREMIERE PARTIE : GENERALITES

I. Les différentes techniques de suture de l'épisiotomie

Il existe de nombreuses techniques de suture pour la réfection de l'épisiotomie, qui varient en fonction de la formation, des habitudes et de l'expérience de chaque professionnel. La qualité de cette réfection est primordiale car elle aura une incidence non seulement sur la statique pelvienne mais aussi sur la vie génitale de la patiente.

Nous aborderons ici les deux principales techniques de suture, sans prendre en compte les variantes de ces techniques, qui ne sont utilisées que très rarement.

1. La technique de suture en trois plans

Les schémas sont issus du livre Pratique de l'accouchement de J. LANSAC [1]

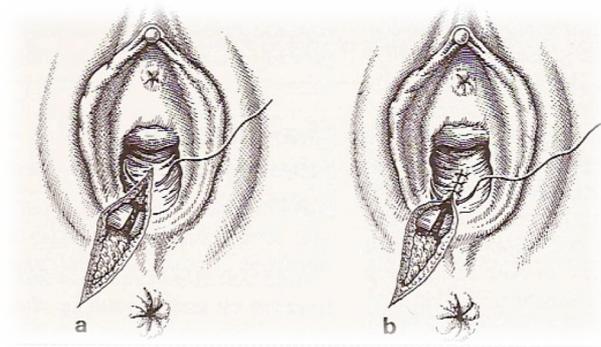
C'est la technique de suture dite « classique », majoritairement utilisée dans la plupart des établissements hospitaliers.

a. Description

Comme son nom l'indique, on suture successivement les trois plans (muqueuse vaginale, muscle et plan cutané) avec des points différents.

Muqueuse vaginale :

Pour ce plan, on réalise un surjet simple qui part de l'angle supérieur de la plaie pour se terminer après les reliquats hyménéaux, en avant de la jonction vagino-périnéale. Lorsque l'on a terminé, les repères anatomiques sont affrontés bord à bord.



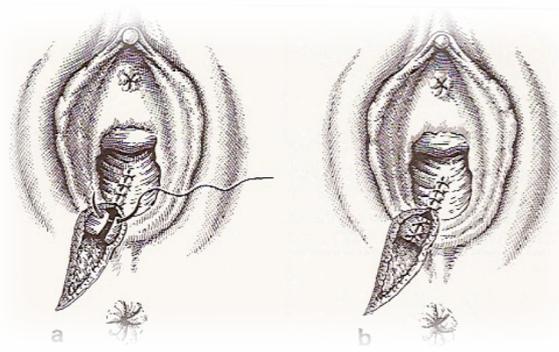
Surjet simple

Plan musculaire :

Ce plan est important, d'une part pour le rapprochement des berges de la plaie qui facilitera la suture ultérieure du plan cutané, et d'autre part pour assurer la solidité de la suture.

Deux types de points sont utilisés, à savoir des points séparés simples ou des points en X. L'utilisation de points en X est préférable car ce sont ceux qui assurent le mieux l'hémostase.

Ce plan nécessitera en fin de réfection la pratique d'un toucher rectal pour vérifier l'absence de point transfixiant.

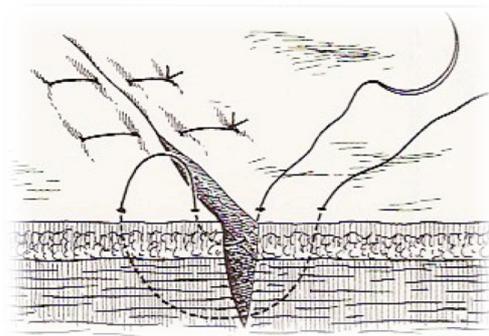


Points en X

Plan cutané :

Plusieurs sortes de points peuvent être utilisées pour ce plan, mais on retrouve essentiellement :

- des points séparés simples,
- des points de Blair-Donati, qui présentent l'avantage d'effondrer l'espace mort sous cutané et de réaliser une tension moindre grâce au double passage. Néanmoins, le résultat esthétique n'est pas très satisfaisant.



Points de Blair-Donati

- un surjet simple, qui lui aussi n'offre qu'un résultat esthétique moyen.

Pour cette technique de suture, il est recommandé d'utiliser des fils résorbables, plutôt à résorption rapide. En ce qui concerne le diamètre, il y a beaucoup de variabilités inter-individus. Néanmoins, la majorité des professionnels utilisent un fil 2/0 pour la réfection du plan vaginal, un fil 1 ou 0 pour le plan musculaire, et un fil 2/0 ou 3/0 pour le plan cutané.

b. Avantages

Cette technique de réfection paraît, aux yeux de certains praticiens, plus sécurisante. En effet, pendant la réalisation de la suture, si l'on n'est pas satisfait de l'affrontement des deux berges et du respect des repères anatomiques, on peut retirer certains points et recommencer.

De plus, l'utilisation de points séparés pour le plan cutané offre l'avantage de pouvoir en retirer à tout moment en post-partum en cas de douleur ou d'infection au niveau d'un point précis.

c. Inconvénients

Cette technique apparaît comme plus douloureuse, essentiellement à cause des points séparés sur la peau, mais également à cause des nombreux nœuds, souvent trop serrés, qui provoquent ischémie et douleur.

On peut également pointer le fait que cette technique nécessite plus de matériel (trois fils) et est donc moins économique que la technique « un fil un nœud ».

2. La technique dite « un fil un nœud »

Les schémas sont issus de la planche explicative du Dr Théry et du Pr Dallay [2]

a. Description [3]

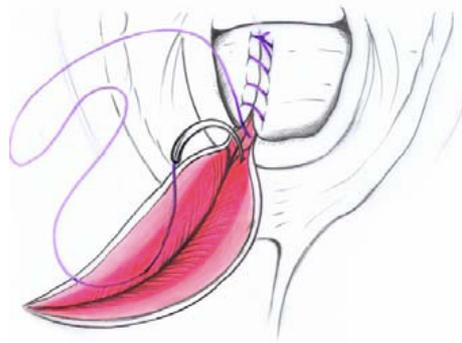
Cette technique, assez récente, nous vient des anglo-saxons et a été introduite en France par le Docteur Théry, qui exerce actuellement au centre hospitalier de Thonon-les-Bains.

Il s'agit d'un surjet continu, qui consiste en la réfection successive du vagin, des muscles, puis de la peau avec un seul fil et un nœud unique au niveau de l'angle supérieur de la plaie vaginale.

Pour cette technique, il y a un plan de plus que pour la précédente, à savoir le plan sous-cutané.

Muqueuse vaginale :

On réalise un surjet simple de l'angle supérieur de la plaie jusqu'en arrière de la cicatrice hyménéale. La prise muqueuse doit être assez épaisse pour que les tissus soient suffisamment solides.

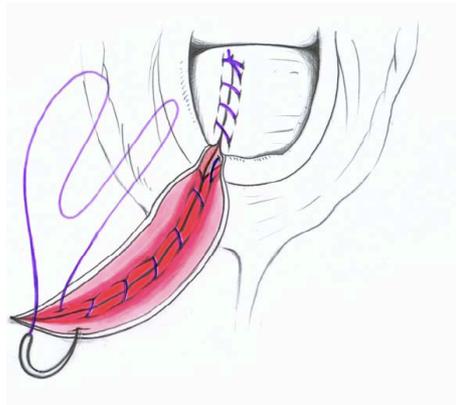


Surjet vaginal

Plan musculaire :

On débute le surjet sur la berge gauche de la plaie et on le poursuit en descendant jusqu'au point d'angle cutané inférieur de celle-ci. Il nécessite souvent plus de points que lorsque l'on réalise des points musculaires séparés.

Il faudra bien évidemment vérifier l'absence de point transfixiant par un toucher rectal.

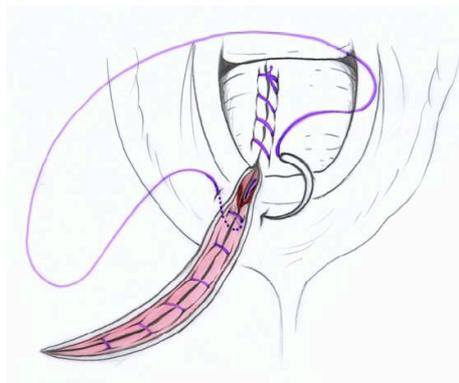


Surjet musculaire

Plan sous-cutané :

Le surjet remonte de l'angle cutané inférieur jusqu'à la cicatrice hyménéale. La suture de ce plan a un double intérêt : cela permet d'effondrer l'espace mort sous-cutané et d'absorber les tensions qui peuvent s'exercer sur le plan cutané.

Lorsque l'on a terminé ce surjet, l'espacement entre les deux berges cutanées doit être de 5 mm au maximum.



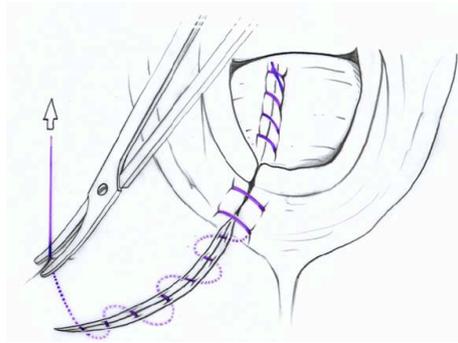
Surjet sous-cutané

Plan cutané :

On commence par faire un ou deux points entre la cicatrice hyménéale et la jonction peau-muqueuse.

Ensuite, on réalise un surjet intradermique qui va de la fourchette vulvaire jusqu'au point d'angle inférieur de la plaie.

Pour finir, on pique l'aiguille dans l'angle pour la ressortir dans la fesse à 1 ou 2 cm et on sectionne le fil au ras de la peau pour qu'il soit enfoui dans le gras de la fesse. C'est la technique « du fil perdu ».



Surjet intradermique

Tout au long de la suture, on doit veiller à la tension du fil : il doit être bien tendu après chaque passage pour permettre l'affrontement des berges, puis relâché pour ne pas mettre en tension le surjet.

Pour cette technique, on utilisera de préférence un fil de type Vicryl[®] 2/0 rapide, qui est satisfaisant du point de vue de la solidité, avec une grande aiguille qui permet de charger une quantité suffisante de tissus.

a. Avantages

Cette technique est moins douloureuse en post-partum immédiat car il y a moins de nœuds que pour la technique classique. De plus, l'utilisation de la technique du fil perdu efface les tensions au niveau du fil.

Le risque d'hématome, d'infection, ainsi que de désunion est diminué grâce à l'absence d'espace mort sous-cutané.

Le surjet intradermique offre un meilleur résultat esthétique, aspect non négligeable pour les patientes.

Cette technique présente également des avantages pour l'opérateur car elle est plus rapide à réaliser que la technique classique et elle est aussi moins coûteuse puisqu'elle ne nécessite qu'un seul fil.

b. Inconvénients

L'inconvénient principal de la technique « un fil un nœud » réside dans l'utilisation d'un fil unique, ce qui implique l'impossibilité de retirer un point en cas d'infection. De plus, il y a un risque de lâchage total de la suture, même si ce risque est minime car le fil n'est pas en tension.

II. Revue des études récentes concernant l'épisiotomie

1. La douleur périnéale

« La douleur périnéale est une séquelle fréquente de l'accouchement par voie basse, affectant jusqu'à 42 % des femmes à 10 jours post-partum et persistant pour 10 % à 18 mois. » [4]

Or, de nombreuses études ont été menées sur ce sujet depuis les années 1990 et elles aboutissent toutes au même résultat : parmi toutes les lésions périnéales que peuvent subir les patientes lors d'un accouchement par les voies naturelles, c'est bien l'épisiotomie qui cause le plus de douleur.

Ces douleurs sont dues à trois phénomènes :

- la présence d'un hématome secondaire à un défaut d'hémostase du plan profond,
- l'inflammation de la suture avec œdème au niveau de la cicatrice,
- la désunion, voire l'infection de la suture.

a. Influence du type de lésion périnéale

Nous nous intéresserons ici aux études concernant la douleur périnéale post-épisiotomie médio-latérale, à distance de l'accouchement (à partir de 6 semaines post-partum).

L'étude réalisée par A. Sartore et al. au département de Gynécologie Obstétrique de l'Université de Trieste en Italie, publiée en 2004, avait pour objet d'évaluer les effets de l'épisiotomie médio-latérale à trois mois post-partum. Elle concernait 519 primipares ayant accouché par voie basse spontanée, divisées en deux groupes : le groupe « épisiotomie » et le groupe « périnée intact et déchirure spontanée ». Cette étude a montré qu'il y avait significativement plus de douleurs périnéales dans le groupe « épisiotomie » (6,7 % contre 2,3 %). Cependant, il est nécessaire de préciser que les patientes ayant déclaré ressentir une douleur, dans les deux groupes confondus, l'avaient toutes qualifié de « légère » lorsqu'on leur avait demandé de la quantifier. [5]

La revue de la littérature de B. Langer et A. Minetti parue en 2006 dans le Journal de Gynécologie-Obstétrique et Biologie de la Reproduction concernant les complications

immédiates et à long terme de l'épisiotomie a montré notamment que, sur 101 primipares ayant subi une épisiotomie, 10 à 26 % signalaient des douleurs périnéales à trois mois post-partum (lors de la marche, en position assise, lors de la miction ou de la défécation). L'auteur avait conclu d'après toutes les études recensées que, dans le post-partum immédiat, les patientes ayant eu une épisiotomie se plaignaient plus de douleurs périnéales que celles ayant eu un périnée intact ou une déchirure spontanée, et que cette différence n'existait plus à 3 mois. [6] Néanmoins, il prenait en compte dans cette revue de la littérature un grand nombre d'études qui concernaient l'épisiotomie médiane, qui, nous le savons, engendre moins de douleur que l'épisiotomie médio-latérale. [7]

Weijmar Shultz et al., dans une étude parue en 1990 concernant la douleur périnéale après un accouchement non compliqué chez une primipare, avait démontré que les déchirures spontanées provoquaient moins de douleur que les épisiotomies, et ce jusqu'à 6 mois post-partum, même si la différence n'était pas statistiquement significative.[8]

Dans une étude anglo-saxonne de V. Andrews et al., publiée en 2007, on retrouve des résultats similaires : une douleur plus importante à 7 semaines post-partum pour les patientes ayant subi une épisiotomie que pour celles ayant eu une déchirure du deuxième degré. Ceci reste vrai que ce soit au repos, en position assise ou encore à la marche. [4]

Enfin, une autre étude, réalisée à Taïwan en 2010, aboutit aux mêmes conclusions, à savoir plus de douleur pour les patientes avec épisiotomie que pour les autres à 6 semaines post-partum. [9]

Au vu de ces résultats, on peut donc conclure qu'en post-partum immédiat comme à distance de l'accouchement, l'épisiotomie engendre plus de douleur que les déchirures spontanées.

b. Influence de la technique de suture

Nous avons trouvé quatre études concernant la comparaison de la technique de suture en trois plans avec la technique « un fil un nœud » (surjet continu), dont les résultats sont plutôt contradictoires.

Une première étude réalisée en 2008 par P. Valenzuela et al. en Espagne, incluant 445 patientes, a conclu qu'il n'y avait pas de différences significatives en terme de douleur à J2 et J10 post-partum entre les deux techniques de suture. Ceci n'était plus vrai à 3 mois : il y avait moins de douleur dans le groupe « surjet continu » (mais la différence n'était pas statistiquement significative). Néanmoins, il est nécessaire de préciser d'une part que cette étude concernait épisiotomies et déchirures du deuxième degré confondues, et d'autre part que certaines des épisiotomies réalisées étaient médianes, cela représente donc un biais aux résultats puisque nous savons que les déchirures du deuxième degré et les épisiotomies médianes provoquent moins de douleur que l'épisiotomie médio-latérale. [10]

Une autre étude de S. Morano et al. datant de 2003 concernait également épisiotomies (dont le type n'était pas précisé) et déchirures du deuxième degré confondues et évaluait la douleur à J2 et J10 uniquement. Elle a montré qu'il y avait significativement moins de douleur en post-partum immédiat avec la technique du surjet continu. [11]

Une revue de la littérature réalisée par C. Kettle et al. au Royaume-Uni en 2009 a retrouvé sept études sur ce sujet, incluant 3822 patientes. Ces études ont montré que la réalisation d'un surjet continu est associée à moins de douleur dans les 10 premiers jours du post-partum ainsi qu'à une consommation moindre d'antalgiques. Mais il n'y avait pas de différences significatives en ce qui concerne la douleur à long terme. Cependant, il s'agissait là aussi d'études concernant épisiotomies et déchirures du deuxième degré confondues, et le type d'épisiotomie réalisée n'était pas précisé. [12]

Enfin, une étude réalisée en 2010 par D. Kokanah et al. en Turquie concernait cette fois 160 femmes qui avaient subi une épisiotomie médio-latérale droite. Mais ces patientes ont été interrogées uniquement sur la douleur ressentie à J1 et J10 post-partum, et non sur la douleur à plus long terme. Néanmoins, cette étude a montré qu'il y avait moins de douleur à J1 dans le groupe « surjet continu », même si cette différence n'existait plus à J10. [13]

En conclusion, nous n'avons pas retrouvé d'étude concernant la douleur périnéale à distance de l'accouchement (à partir de 6 semaines post-partum) et qui s'intéressait uniquement à des patientes ayant subi une épisiotomie médio-latérale droite.

2. Les dyspareunies

La dyspareunie, dont l'étymologie signifie « difficulté d'accouplement », peut se définir comme l'apparition de douleurs génitales chez la femme lors du coït, le rendant ainsi difficile. La dyspareunie du post-partum est le plus souvent secondaire car elle apparaît après le traumatisme de l'accouchement alors qu'elle n'existait pas auparavant, et superficielle car elle est due aux séquelles du passage de l'enfant par les voies génitales, et notamment aux lésions périnéales qui en découlent.

a. Influence du type de lésion périnéale

Nous avons trouvé quatre études concernant l'influence du type de lésion périnéale sur les dyspareunies du post-partum.

Une première étude, réalisée en 2002 en Turquie par Z. Karaçam et al. sur 100 multipares dont la moitié avaient eu une épisiotomie et l'autre moitié une déchirure spontanée ou un périnée intact, a montré qu'il y avait plus de dyspareunies à 12 semaines post-partum pour celles qui avaient subi une épisiotomie. En effet, cela concernait 64,58 % des patientes dans le groupe « épisiotomie » contre 54,17 % dans le groupe « contrôle ».[14]

Nous pouvons également citer ici l'étude de A. Sartore et al. que nous avons déjà évoqué précédemment. Elle a montré de façon significative qu'à 3 mois post-partum, il y avait davantage de dyspareunies dans le groupe « épisiotomie » que dans le groupe « périnée intact et déchirure spontanée » (respectivement 7,9 % et 3,4 %). [5]

Larsson et al., dans une étude datant de 1991 réalisée lors de la consultation post-natale 8 à 12 semaines après l'accouchement, rapportaient des dyspareunies chez 16 % des patientes ayant subi une épisiotomie contre 11 % chez celles n'ayant présenté qu'une déchirure spontanée. [6]

Cependant, dans l'étude de V. Andrews et al., déjà citée précédemment, aucune différence n'a été mise en évidence en terme de dyspareunies entre les différentes sortes de lésions périnéales à 7 semaines post-partum. [4]

Malgré les résultats contradictoires de cette dernière étude, nous pouvons tout de même conclure que l'épisiotomie provoque plus de dyspareunies que les déchirures spontanées.

b. Influence de la technique de suture

En ce qui concerne l'influence du type de suture sur les dyspareunies, les cinq études retrouvées sont assez contradictoires.

En effet, l'étude de D. Kokanah et al., déjà évoquée précédemment, n'a pas objectivé de différence en terme de douleur lors de la reprise des rapports entre les deux techniques de suture [13] ; ainsi que l'étude de S. Morano et al., qui a conclu qu'il n'y avait pas de différence en terme de dyspareunies à 3 mois post-partum. [11]

Mais les autres études n'arrivent pas aux mêmes conclusions :

- la revue de la littérature de C. Kettle et al. a montré une réduction significative des dyspareunies chez les patientes ayant bénéficié d'un surjet continu. [12]
- l'étude de P. Valenzuela et al. a conclu qu'il y avait moins de dyspareunies dans le groupe « surjet continu » (55 % contre 59 %). [10]

Nous pouvons également citer ici le mémoire de sage-femme de M. Vasquez réalisé en 2008 sur l'évaluation de l'influence des sutures sur les dyspareunies. L'étude portait sur un échantillon de 66 patientes ayant accouché par voie basse (spontanée ou assistée) et ayant subi une épisiotomie. Elle a montré une réduction significative des dyspareunies à 3 mois post-partum pour les patientes ayant été suturées par la technique « un fil un nœud » (25 % contre 46,3 %). Il est néanmoins nécessaire de préciser que 12 % des épisiotomies réalisées étaient médianes. [15]

Trois de ces cinq études font donc état d'un bénéfice du surjet continu en terme de dyspareunies. Néanmoins, il est nécessaire de rappeler que parmi ces études, il n'y a que la première qui concerne uniquement l'épisiotomie médio-latérale. Nous considérons que les autres sont biaisées par l'inclusion des déchirures spontanées et des épisiotomies médianes. Nous ne pouvons donc pas conclure ici de façon pertinente.

3. L'incontinence anale

Géraldine Magnan, dans un article intitulé « Post-partum : des séquelles pas si rares », publié en 2005 dans Profession sage-femme, livre le constat suivant : « *après son premier accouchement par voie basse, plus d'une femme sur dix souffre d'incontinence anale tandis qu'une sur cinq présente une rupture du sphincter visible à l'échographie* ». [16]

En effet, il peut y avoir des lésions des muscles élévateurs de l'anus et même du sphincter anal, et ce sans déchirure visible.

C'est donc une complication fréquente du post-partum, qui a été longtemps sous évaluée et que les patientes ont du mal à aborder spontanément car elles en ont souvent honte : moins de 20 % des patientes qui en souffrent en parlent à leur médecin. [17]

a. Influence du type de lésion périnéale

Pendant longtemps l'épisiotomie a été présentée comme un acte protecteur du périnée postérieur, qui préviendrait la survenue, d'une part, de déchirures des troisième et quatrième degrés, et d'autre part, d'une incontinence anale dans le post-partum.

Néanmoins, tout cela est maintenant remis en question, comme le montrent les différentes études retrouvées dans la littérature à ce sujet.

L'étude de A. Sartore et al., déjà citée précédemment, a conclu qu'il y avait plus d'incontinence anale (aux gaz, aux selles liquides et aux selles solides) dans le groupe « épisiotomie » (2,8 % contre 1,9 %), mais ces résultats n'étaient pas statistiquement significatif à cause du faible nombre de cas rapportés. [5]

Une revue de la littérature de R. de Tayrac et al. réalisée sur Medline entre 1980 et 2005 sur ce sujet a permis l'analyse de 43 publications pertinentes. Elle a objectivé une augmentation significative du risque d'incontinence anale à 3 mois post-partum (multiplié par deux) pour les patientes du groupe « épisiotomie » (résultat confirmé par deux publications). Une autre étude concernant des primipares à 7 mois post-partum a montré que l'épisiotomie était un facteur de risque d'impériosités défécatoires et d'incontinence anale. La conclusion de cette recherche bibliographique est sans appel : l'épisiotomie ne

prévient pas l'incontinence anale et semble même exposer à ce risque dans les 3 premiers mois du post-partum. [18]

Une autre étude menée en 2002 par BM. Casey et al. au Texas concernant 3887 primipares a objectivé que l'incidence de l'incontinence anale était plus que doublée à 7 mois post-partum lorsqu'une épisiotomie avait été pratiquée. [19]

Enfin, une étude réalisée en 2008 par X. Fritel et al. à Besançon, qui avait pour but d'évaluer les troubles périnéaux quatre ans après le premier accouchement en comparant des politiques d'épisiotomie restrictive (49 % d'épisiotomies) et systématique (88 %), a montré que l'incontinence anale était moins fréquente dans le groupe restrictif (11 % contre 16 %). La différence était significative pour l'incontinence aux gaz (8 % contre 13%), mais pas pour l'incontinence fécale (3 % dans les deux groupes). [20]

Au vu des résultats unanimes de ces études, nous pouvons conclure que la réalisation d'une épisiotomie expose à un risque plus important d'incontinence anale à distance de l'accouchement.

b. Influence de la technique de suture

Puisque l'épisiotomie semble être un facteur de risque d'incontinence anale dans les premiers mois du post-partum, nous pouvons nous interroger sur l'influence de la technique de suture sur ce point. Une suture de bonne qualité pourrait peut-être améliorer ce pronostic.

En effet, une meilleure cicatrisation au niveau des muscles du périnée postérieur pourrait prévenir en partie la survenue d'une incontinence anale. Or, les critères cliniques de cicatrisation semblent être meilleurs lorsque l'on utilise la technique un fil un nœud.[21]

Néanmoins, aucune étude n'a pu être trouvée sur le sujet. C'est pourquoi nous avons voulu inclure ce point dans la nôtre.

DEUXIEME PARTIE : L'ENQUÊTE

I. Présentation de l'étude

1. Constat

Au cours de mes stages en salle d'accouchement dans différents hôpitaux, j'ai pu me rendre compte de la grande variabilité des pratiques en terme de suture des épisiotomies. Par exemple, au Centre Hospitalier de Lyon Sud (CHLS), la technique « un fil un nœud » est majoritairement employée, ce qui n'est pas le cas au Centre Hospitalier de Fleyriat à Bourg-en-Bresse.

De plus, je ne soupçonnais pas que certaines femmes souffraient encore de leur épisiotomie plusieurs mois après leur accouchement, jusqu'à ce que j'effectue un stage dans un cabinet de sages-femmes libérales qui pratiquaient essentiellement la rééducation périnéale, et que je rencontre ces femmes.

Je me suis donc interrogée sur l'influence de la technique de suture de l'épisiotomie sur la douleur périnéale, mais également sur les dyspareunies et l'incontinence anale.

Pour permettre une évaluation de ces trois paramètres, il me fallait un minimum de recul par rapport à l'accouchement. Sachant que, d'après l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), les patientes reprennent les Rapports Sexuels (RS) en moyenne entre 6 et 8 semaines après l'accouchement [22], j'ai donc choisi de réaliser mon étude à 8 semaines post-partum pour pouvoir évaluer les dyspareunies.

2. Objectifs

L'objectif principal de mon étude est de mettre en évidence une éventuelle corrélation entre la technique de suture de l'épisiotomie et l'existence de douleur périnéale, de dyspareunies et d'incontinence anale à distance de l'accouchement.

Les objectifs secondaires étant d'évaluer la qualité de la technique « un fil un nœud » par rapport à la technique classique, et ainsi mettre en évidence les bénéfices d'une des deux techniques. Tout cela afin d'adapter ma pratique professionnelle pour réaliser la

technique de suture la moins délétère pour les patientes, et sensibiliser également les professionnels à cette question.

3. Hypothèses

L'hypothèse principale est la suivante : à 8 semaines post-partum, les patientes ayant bénéficié de la technique « un fil un nœud » pour la réfection de leur épisiotomie souffrent moins de douleurs périnéales, de dyspareunies et d'incontinence anale.

Il y a ensuite plusieurs hypothèses secondaires :

- Ces patientes consultent moins après leur sortie de la maternité (pour des motifs en rapport avec l'épisiotomie, à savoir douleur, inflammation, infection, désunion).
- Elles reprennent une activité sexuelle plus tôt.
- Elles ont moins d'appréhension et ressentent moins de douleur lors du premier rapport.
- Le retour à une sexualité « normale » intervient plus tôt pour ces patientes.
- Elles ont moins de difficultés à retenir les gaz, les selles liquides ainsi que les selles solides.

II. Matériel et méthode

1. Constitution de la population

Il s'agit d'une enquête prospective réalisée auprès de 74 patientes au CHLS ainsi qu'à l'Hôpital Femme-Mère-Enfant (HFME) de Bron, sur une période de deux mois (du 12 Octobre au 15 Décembre 2011).

	HFME	CHLS
Nombre de naissances	768	320
Nombre d'accouchements par voie basse	590	241
Nombre total d'épisiotomies réalisées	107	99
Taux d'épisiotomie	18,10%	41,10%
Nombre de sutures "classique"	64	51
Nombre de sutures "un fil un nœud"	43	48
Nombre de patientes recrutées	34	40
Nombre de patientes non recrutées (refus ou maîtrise insuffisante de la langue française)	9	8

Figure 1 : Tableau récapitulatif des données sur les deux mois d'enquête

Nous souhaitions au départ recruter une population « technique un fil un nœud » et une population « technique classique » afin de les comparer. Néanmoins, compte tenu du temps et des moyens limités qui nous étaient impartis, ainsi que de la richesse des études déjà publiées sur la technique classique, nous avons choisi de recruter uniquement une population « un fil un nœud » et de confronter nos résultats avec ceux retrouvés dans la littérature.

Il était évident que nous ne pourrions pas recruter un nombre de patientes suffisant pour que les résultats soient statistiquement significatifs. En effet, nous sommes confrontés d'une part à une politique actuelle de réduction du nombre d'épisiotomie (en conformité avec les recommandations du Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français (CNGOF) [23]), et d'autre part à une faible utilisation de la technique « un fil un nœud » dans la plupart des maternités de la région Rhône-Alpes.

Ce travail pourrait donc constituer une étude pilote dans la perspective de réaliser, si nécessaire, une étude plus approfondie.

a. Critères d'inclusion

Le seul critère d'inclusion dans l'étude était le suivant : accouchement par voie basse avec épisiotomie médio-latérale droite ayant été suturée par la technique « un fil un nœud ».

Toutes les patientes dans ce cas étaient susceptibles d'être incluses dans l'étude, et ce quel que soit le mode d'accouchement et la parité.

b. Critères d'exclusion

Étaient exclues les patientes ne parlant pas ou ne sachant pas lire la langue française, et bien sûr celles qui ne désiraient pas participer à l'étude.

A noter que nous avons choisi au départ d'inclure les patientes ayant subi une lésion du sphincter anal, mais nous avons finalement dû les exclure de l'analyse finale devant le peu de cas rencontrés (une seule patiente dans la population de départ).

c. Recrutement

Pour le recrutement de la population, nous avons utilisé un document d'information [annexe I], avec recueil de consentement et demande de coordonnées, distribué par les sages-femmes qui prenaient en charge les patientes répondant aux critères d'inclusion en salle d'accouchement.

Ce document comportait également un recueil d'information à remplir par la sage-femme, concernant la parité, le mode d'accouchement et l'existence ou non d'une lésion du sphincter anal.

2. Le questionnaire

a. Elaboration

Le questionnaire [annexe II] se divise en plusieurs parties :

- les six premières questions concernant la douleur périnéale
- les sept questions suivantes se rapportant à la reprise des RS et les dyspareunies
- les quatre dernières questions relatives à l'incontinence anale.

Nous avons voulu ce questionnaire court pour ne pas décourager les patientes de le remplir.

Nous l'avons testé auprès de trois personnes de l'entourage afin de nous assurer qu'il soit compréhensible.

b. Modalités de distribution

Lors du recueil des coordonnées des patientes, nous avons demandé préférentiellement une adresse e-mail, pour des commodités d'envoi et pour économiser des frais postaux. Ainsi, sur 74 patientes, 70 ont transmis une adresse e-mail et 4 une adresse postale.

Le questionnaire a donc été majoritairement distribué par internet grâce à l'outil « Google documents ». Ce qui a permis de relancer facilement les patientes lorsqu'elles tardaient à répondre.

3. Limites de l'enquête

Tout d'abord, le faible nombre de patientes participant à cette étude ne permet pas d'étendre les résultats à la population générale. De plus, la population recrutée ici n'est pas identique, donc pas comparable, aux populations étudiées dans les différents articles concernant la technique de suture classique. C'est pourquoi nous n'allons pas comparer nos résultats mais seulement les mettre en parallèle avec ceux de la littérature.

Ensuite, nous savons que la sexualité revêt une composante psychologique importante, et il se peut que certaines patientes aient déjà souffert de dysfonctions sexuelles avant leur grossesse (dyspareunies, anaphrodisie), ce qui constitue donc un biais.

Enfin, il y a différentes composantes, dont l'influence est difficilement évaluable, mais qui biaisent certainement les résultats, comme par exemple la dextérité, l'expérience de l'opérateur pour la réalisation de la suture, ou encore les circonstances de l'accouchement (poids de l'enfant, durée des efforts expulsifs), ainsi que l'état périnéal antérieur.

Malgré ses imperfections, notre étude pourrait permettre de faire ressortir des points intéressants qui mériteraient d'être approfondis par le biais d'une étude de plus grande ampleur. Notamment à propos de l'éventuel bénéfice de la technique « un fil un nœud » sur les troubles de la continence anale du post-partum, sujet qui n'a jamais été abordé dans la littérature jusqu'à maintenant, mais aussi à propos de la douleur périnéale et des dyspareunies à long terme, qui ont déjà été abordées dans la littérature, mais uniquement dans des études concernant épisiotomie et déchirures du second degré confondues.

III. Résultats

Les données ont été recueillies et traitées à l'aide du logiciel Excel. Les variables qualitatives ont été décrites par leur effectif et leur pourcentage, tandis que les variables quantitatives ont été décrites par leur moyenne, leur valeur maximale et minimale.

Pour l'analyse statistique, nous avons réalisé le test du Khi-deux, avec un seuil de significativité $p < 0,05$. Malheureusement, aucun de nos résultats ne se sont avérés significatifs sur le plan statistique.

1. Echantillon

a. Maternités

Sur les dix maternités de la région lyonnaise qui ont été contactées, seulement deux ont accepté la réalisation de l'enquête en leur sein, à savoir le CHLS et l'HFME. Trois ont refusé, trois ont cessé de répondre aux e-mails après un premier accord téléphonique, et deux ne pratiquaient pas la technique « un fil un nœud ».

b. Effectif

Nombre total de patientes recrutées : 74

Nombre de réponses au questionnaire obtenues : 71

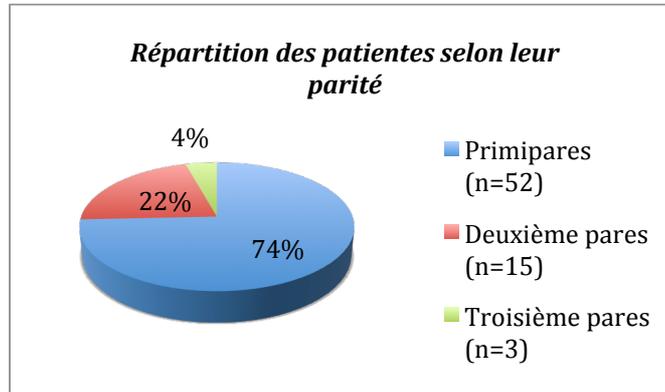
Nombre de patientes exclues : 1 (secondairement à cause d'une lésion du sphincter anal, comme cela a déjà été expliqué précédemment)

Effectif final : 70

c. Caractéristiques de l'échantillon

Parité :

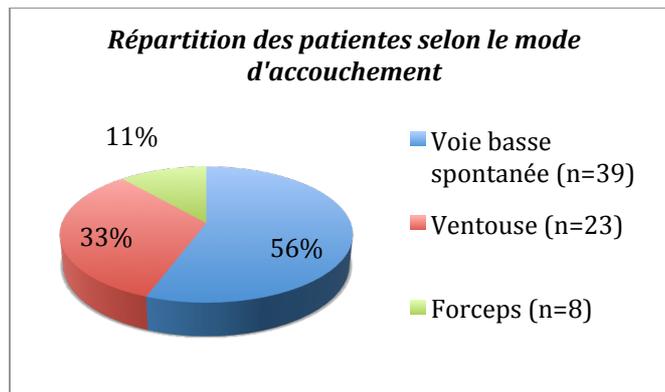
Figure 2 :



Etant donnée la faible proportion de troisième pares, nous avons décidé de rassembler deuxième et troisième pares dans un groupe « multipares » pour l'analyse des données.

Mode d'accouchement :

Figure 3 :



Comme précédemment, nous avons décidé de rassembler ventouses et forceps dans un groupe « extraction instrumentale » afin d'obtenir des résultats plus pertinents.

2. Evaluation de la douleur périnéale

a. Au repos

2,9 % des patientes (n=2) ont déclaré ressentir une douleur au niveau de leur épisiotomie au repos (allongée par exemple).

Nous leur avons ensuite demandé de quantifier cette douleur sur une échelle de 1 à 3 (avec 1 correspondant à une douleur légère, 2 à une douleur modérée et 3 à une douleur intense).

	Effectif
Douleur légère	1
Douleur modérée	1
Douleur intense	0

Figure 4 : Evaluation de l'intensité de la douleur au repos

Les patientes ont toutes les deux qualifié leur douleur de « légère » (n=1) ou « modérée » (n=1).

b. En position assise

4,3 % des patientes (n=3) ont déclaré souffrir de leur épisiotomie en position assise.

	Effectif
Douleur légère	1
Douleur modérée	1
Douleur intense	1

Figure 5 : Evaluation de l'intensité de la douleur en position assise

Parmi les trois patientes, une a qualifié sa douleur de « légère », une de « modérée » et une de « intense ».

c. En mouvement

7,1 % des patientes (n=5) ont déclaré ressentir une douleur au niveau de leur épisiotomie en mouvement (à la marche par exemple).

	Effectif
Douleur légère	3
Douleur modérée	1
Douleur intense	1

Figure 6 : Evaluation de l'intensité de la douleur en mouvement

Nous constatons ici que la majorité des patientes (n=3) a qualifié la douleur de « légère », alors qu'une l'a qualifiée de « modérée » et une d'« intense ».

d. A la défécation

10 % des patientes (n=7) ont déclaré souffrir de leur épisiotomie lorsqu'elles allaient à la selle.

	Effectif
Douleur légère	4
Douleur modérée	2
Douleur intense	1

Figure 7 : Evaluation de l'intensité de la douleur à la défécation

Là encore, les patientes ont majoritairement qualifié la douleur de « légère » (n=4) ou de « modérée » (n=2), tandis qu'une seule d'entre elles l'a qualifiée d'« intense ».

e. Au moment de la sortie de la maternité

42,9 % des patientes (n=30) ont déclaré qu'elles ressentaient une douleur permanente au niveau de leur épisiotomie le jour de leur retour à domicile.

f. Complications après le retour à domicile

Pour 5,7 % des patientes (n=4), l'épisiotomie a nécessité une consultation auprès d'un médecin après la sortie de la maternité.

Les motifs invoqués étaient divers :

- douleur et inflammation,
- sensation de brûlures et démangeaisons,
- infection locale à J-10 post-partum,
- dyspareunies.

3. Evaluation des dyspareunies

a. Reprise de l'activité sexuelle

Au moment de l'envoi du questionnaire, soit à 8 semaines post-partum, 71,4 % des patientes (n=50) avaient repris une activité sexuelle.

Le délai moyen de reprise des RS était de 32,8 jours, le minimum étant de 14 jours et le maximum de 56 jours.

	Primipares effectif (pourcentage) n = 52	Multipares effectif (pourcentage) n = 18
Activité sexuelle -	15 (28,8%)	5 (27,8%)
Activité sexuelle +	37 (71,2%)	13 (72,2%)
Délai moyen de reprise des RS en jours	31,8	35,7

Figure 8 : Reprise de l'activité sexuelle en fonction de la parité

Nous ne constatons pas de différence en terme de taux de reprise de l'activité sexuelle selon la parité. Par contre, le délai moyen de reprise des RS semble plus important pour les multipares (35,7 jours) que pour les primipares (31,8).

	AVBS* effectif (pourcentage) n = 39	Extraction instrumentale effectif (pourcentage) n = 31
Activité sexuelle -	8 (20,5%)	12 (38,7%)
Activité sexuelle +	31 (79,5%)	19 (61,3%)
Délai moyen de reprise des RS en jours	33,9	31,1

Figure 9 : Reprise de l'activité sexuelle en fonction du mode d'accouchement

**AVBS : Accouchement par Voie Basse Spontanée*

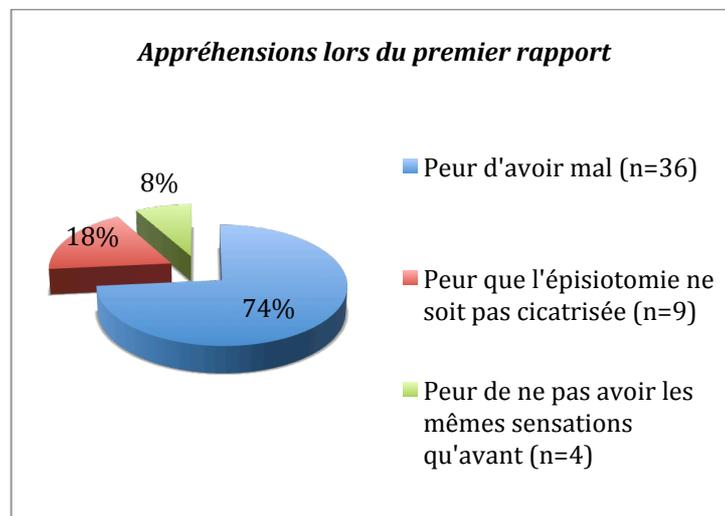
Les patientes ayant accouché naturellement sont plus nombreuses à avoir repris une activité sexuelle à 8 semaines post-partum que celles ayant accouché par ventouse ou forceps (79,5 % contre 61,3%).

Néanmoins, les patientes ayant accouché avec une aide instrumentale semblent reprendre les RS plus tôt (31,1 jours en moyenne) que celles qui ont accouché naturellement (33,9 jours).

b. Appréhensions

Sur les 50 patientes ayant repris une activité sexuelle, 49 ont déclaré avoir eu une appréhension lors du premier rapport, soit 98 %.

Figure 10 :

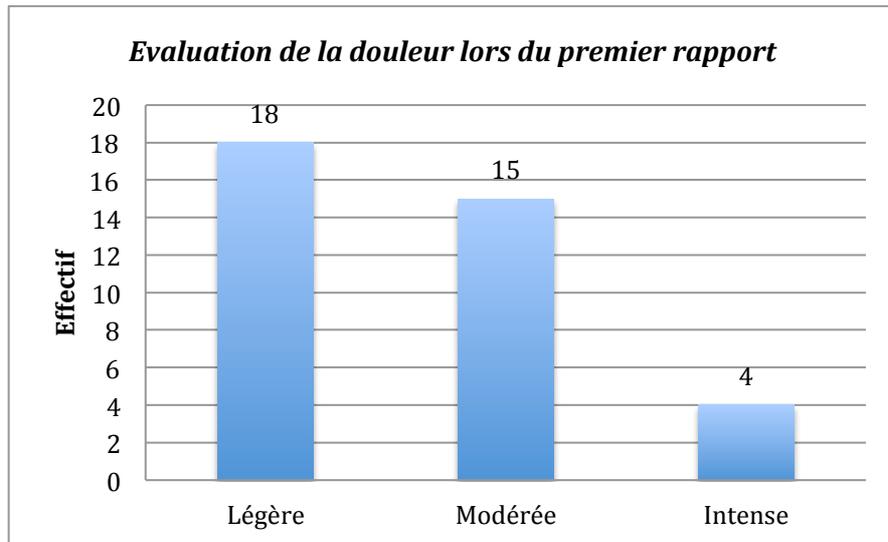


La majorité (74 %) avait peur d'avoir mal, tandis que les autres avaient peur que l'épisiotomie ne soit pas complètement cicatrisée pour 18 % ou de ne pas ressentir les mêmes sensations qu'avant pour 8 %.

c. Dyspareunies

Sur les 50 patientes ayant repris une activité sexuelle, 37 ont déclaré avoir ressenti une douleur lors du premier rapport, soit 74 %. L'intensité moyenne de cette douleur étant de 1,62 (sur l'échelle verbale de 1 à 3, déjà décrite précédemment).

Figure 11 :



Parmi ces 37 patientes, la majorité a qualifié cette douleur de « légère » (48,6 %, n=18), ou « modérée » (40,6 %, n=15), tandis que seulement 10,8 % (n=4) d'entre elles l'ont qualifié d'« intense ».

Pour 56,8 % de ces patientes (n=21), la douleur a persisté pour les rapports suivants, et 43,2 % (n=16) n'avaient toujours pas retrouvé une sexualité normale lors de l'envoi du questionnaire.

	Primipares effectif (pourcentage) n = 37	Multipares effectif (pourcentage) n = 13
Avec dyspareunies	27 (73%)	10 (76,9%)
Sans dyspareunies	10 (27%)	3 (23,1%)
Intensité moyenne de la douleur	1,6	1,7

Figure 12 : Dyspareunies en fonction de la parité

Nous remarquons qu'il y a moins de dyspareunies chez les primipares (73 %) que chez les multipares (76,9 %).

	AVBS effectif (pourcentage) n = 31	Extraction instrumentale effectif (pourcentage) n = 19
Avec dyspareunies	23 (74,2%)	14 (73,7 %)
Sans dyspareunies	8 (25,8%)	5 (26,3%)
Intensité moyenne de la douleur	1,5	1,8

Figure 13 : Dyspareunies en fonction du mode d'accouchement

Il n'y a pas de différence en terme de dyspareunies selon le mode d'accouchement, mise à part une intensité moyenne de la douleur légèrement plus élevée pour les extractions instrumentales (1,8) que pour les AVBS (1,5).

d. Retour à une sexualité « normale »

Sur les 50 patientes ayant repris une activité sexuelle, 34 (68 %) ont d'ores et déjà retrouvé une sexualité « normale » à 8 semaines post-partum.

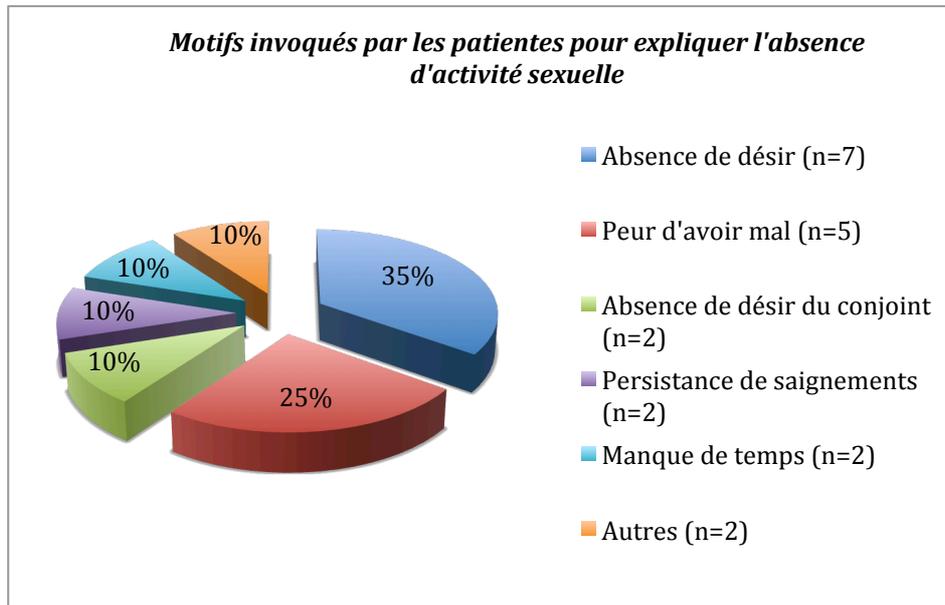
Par ce terme de « sexualité normale », nous entendons une sexualité sans douleur, comparable à la sexualité antérieure à la grossesse.

Nous avons constaté que 73 % des primipares (n=27) ayant repris une activité sexuelle ont retrouvé une sexualité « normale », contre 53,8 % des multipares (n=7). Lorsque nous nous intéressons au mode d'accouchement, nous remarquons que 71 % des patientes (n=22) qui ont accouché naturellement ont retrouvé une sexualité « normale », contre 63,2 % de celles qui ont accouché par ventouse ou forceps (n=12).

e. Patientes n'ayant pas encore repris une activité sexuelle

Les patientes n'ayant pas encore repris les RS au moment de l'envoi du questionnaire sont au nombre de 20, soit 28,6 % de la population.

Figure 14 :



Les motifs majoritairement invoqués sont donc l'absence de désir (35 %, n=7) et la peur d'avoir mal (25 %, n=5). Viennent ensuite à proportion égale (10%, n=2) l'absence de désir du conjoint, la persistance de saignements et le manque de temps.

Deux patientes ont invoqué des motifs autres, à savoir l'attente de la visite post-natale pour avoir « l'autorisation » de reprendre les rapports, et l'attente d'être protégée sur le plan contraceptif (changement de pilule récemment).

En ce qui concerne le profil de ces patientes qui n'ont pas repris d'activité sexuelle, nous avons constaté que 40 % (n=8) d'entre elles sont des primipares ayant accouché par ventouse, et 30 % (n=6) des primipares ayant accouché naturellement.

4. Evaluation de l'incontinence anale

a. Type d'incontinence

Parmi les 70 patientes, 35,7 % (n=25) ont déclaré avoir des difficultés pour retenir les gaz, 8,6 % (n=6) pour retenir les selles liquides, et 7,10 % (n=5) pour retenir les selles solides.

Enfin, 40 % (n=28) ne peuvent plus se retenir aussi longtemps qu'avant leur accouchement lorsqu'elles ont besoin d'aller à la selle.

b. Profil des patientes

	Primipares effectif (pourcentage) n = 52	Multipares effectif (pourcentage) n = 18
Incontinence aux gaz	17 (32,7%)	8 (44,4%)
Incontinence aux selles liquides	3 (5,8%)	3 (16,7%)
Incontinence aux selles solides	3 (5,8%)	2 (11,1%)
Capacité à se retenir conservée	33 (63,5%)	9 (50%)

Figure 15 : Incontinence anale en fonction de la parité

Nous constatons que seulement 32,7 % des primipares (n=17) souffrent d'incontinence aux gaz, contre 44,4 % des multipares (n=8).

Cette différence existe également en ce qui concerne l'incontinence aux selles liquides et solides (5,8 % contre 16,7 % et 5,8 % contre 11,1 % respectivement).

Enfin, 63,5 % des primipares (n=33) ont conservé la même capacité à se retenir qu'avant leur accouchement, contre 50 % des multipares (n=9).

	AVBS effectif (pourcentage) n = 39	Extraction instrumentale effectif (pourcentage) n = 31
Incontinence aux gaz	9 (23,1%)	16 (51,6%)
Incontinence aux selles liquides	3 (7,7%)	3 (9,7%)
Incontinence aux selles solides	2 (5,1%)	3 (9,7%)
Capacité à se retenir conservée	30 (76,9%)	12 (38,7%)

Figure 16 : Incontinence anale en fonction du mode d'accouchement

Nous remarquons ici que seulement 23,1 % des patientes (n=9) ayant accouché naturellement souffrent d'incontinence aux gaz, alors que 51,6 % des patientes (n=16) ayant accouché par ventouse ou forceps sont concernées.

Cette différence existe aussi en ce qui concerne les selles liquides et solides (7,7 % vs 9,7 % et 5,1 % vs 9,7 % respectivement).

Enfin, 76,9 % des patientes (n=30) ayant accouché naturellement ont conservé la même capacité à se retenir qu'avant leur accouchement, contre 38,7 % (n=12) de celles qui ont accouché par ventouse ou forceps.

TROISIEME PARTIE : DISCUSSION

I. Analyse et confrontation des résultats avec ceux des enquêtes publiées

1. Sur la douleur périnéale et les complications

Dans notre étude, 2,9 à 10 % des patientes ont déclaré ressentir une douleur au niveau de leur épisiotomie (au repos, en position assise, à la marche ou encore à la défécation).

Or, dans la revue de la littérature de B. Langer et A. Minetti, nous avons pu constater que dans une population de 101 primipares ayant subi une épisiotomie, 10 à 26 % ressentaient toujours des douleurs périnéales à 3 mois post-partum. [6] Même si notre population n'est pas comparable à celle-ci, nous pouvons dire que les chiffres sont déjà nettement plus bas, à seulement 2 mois post-partum, pour nos patientes suturées avec la technique « un fil un nœud ».

Toujours dans cette revue de la littérature, nous avons trouvé une étude dont les résultats font état de 71 % de patientes ayant des douleurs périnéales à 7 jours post-partum dans le groupe « épisiotomie ». [6] Dans notre étude, seulement 42,9 % des patientes avaient des douleurs périnéales le jour de leur sortie de la maternité (c'est à dire en moyenne à 4 jours post-partum). Ce qui confirme le bénéfice de la technique « un fil un nœud » sur la douleur en post-partum immédiat.

Ensuite, nous avons constaté que 4 patientes sur 70 avaient été amenées à consulter un médecin après leur sortie de la maternité. Les complications ont donc concerné seulement 5,7 % de nos patientes, et nous n'avons relevé aucune désunion, aucun lâchage et aucune nécessité de reprise de la suture. Les motifs de consultation rapportés par les patientes étaient les douleurs pour deux d'entre elles, et une infection locale pour les deux autres. Dans notre population, il n'y a donc pas eu de complication majeure de l'épisiotomie.

Dans l'étude de V. Andrews et al., une échelle verbale proche de la nôtre a été utilisée pour interroger 98 primipares ayant subi une épisiotomie sur leur douleur au repos, en position assise, à la marche et pendant les RS, à 7 semaines post-partum. Cette échelle verbale comportait un point de plus que la nôtre, à savoir le « 0 » qui correspondait à une « absence de douleur ». A partir de leurs résultats, les auteurs ont calculé l'intensité moyenne de la douleur pour chaque critère. Au repos, l'intensité moyenne était de 0,35, en position assise de 0,25, à la marche de 0,30 et pendant les RS de 1,13. [4]

Nous avons procédé aux mêmes calculs et nous sommes arrivés aux résultats suivants : intensité moyenne de 0,04 au repos, 0,09 en position assise, 0,11 à la marche et 0,86 pendant les RS. Nos patientes ont donc des douleurs moins intenses dans les quatre situations.

De plus, seulement 3 de nos patientes sur 70 ont qualifié leur douleur d'« intense », nous pouvons donc considérer que pour la majorité des patientes, la douleur correspondait plutôt à une gêne, un inconfort.

Globalement, nous pouvons dire que les patientes dont l'épisiotomie a été suturée par la technique « un fil un nœud » semblent avoir peu de douleurs périnéales à distance de l'accouchement, et pour celles qui présentent des douleurs, celles-ci sont de faible intensité.

Notre hypothèse pour expliquer cela (outre les avantages de la technique « un fil un nœud » déjà exposés dans notre première partie) réside dans le choix du fil pour la réalisation de cette technique. En effet, dans la technique classique, la plupart des professionnels utilisent un fil à résorption normale pour la réfection du plan musculaire, ce qui implique la présence de matériel pendant plus longtemps, et donc une inflammation des tissus. Nous pensons que l'utilisation d'un fil à résorption rapide pourrait permettre de réduire cette inflammation, et donc de réduire les douleurs périnéales.

2. Sur les dyspareunies

Dans notre étude, 71,4 % des patientes étaient sexuellement actives à 8 semaines post-partum. Ce chiffre n'était pas influencé par la parité. En revanche, le mode d'accouchement semblait avoir une influence puisque les femmes ayant accouché naturellement étaient plus nombreuses à avoir repris une activité sexuelle que celles ayant accouché par ventouse ou forceps. On peut penser que les patientes ayant subi une extraction instrumentale repoussent quelque peu la reprise des RS car elles ont ressenti plus de douleurs au niveau de leur épisiotomie et ont donc plus d'appréhension que les patientes ayant accouché sans aide instrumentale.

Dans un article de N. Borgi et al. datant de 2003 sur la sexualité des femmes en post-partum, les auteurs ont constaté que sur 60 patientes, 75 % étaient sexuellement actives à 2 mois post-partum. Ce chiffre est assez proche du notre (71,4 %). En revanche, le délai moyen de reprise des rapports était de 41,75 jours dans cette étude, contre 32,8 dans la notre. [24]

De plus, d'après une étude multicentrique de l'OMS menée en 1999, la reprise des RS survient en moyenne entre 6 et 8 semaines après l'accouchement (soit entre 42 et 56 jours). [22]

Il semble donc que nos patientes suturées grâce à la technique « un fil un nœud » aient repris une activité sexuelle plus tôt que la moyenne.

Ensuite, 98 % de nos patientes ont déclaré avoir eu une appréhension lors du premier RS, et pour la majorité d'entre elles, il s'agissait de la peur d'avoir mal.

Il semble donc que l'utilisation de la technique « un fil un nœud » pour la suture de l'épisiotomie ne diminue pas l'appréhension des femmes au moment de la reprise des RS. Afin de diminuer cette appréhension, nous pensons qu'il serait peut-être judicieux d'aborder la question de la reprise des RS de manière différente dans le service de suites de couches. Actuellement, lors des conseils de sortie avant le retour à domicile, le sujet de la sexualité est abordé uniquement en terme de contraception et de délai à respecter (environ un mois) pour que le col de l'utérus soit bien fermé et que les plaies vaginales et périnéales soient bien cicatrisées. Pourquoi ne pas aborder également à ce moment là les précautions à prendre pour la reprise des rapports ? Par exemple, nous pourrions conseiller l'utilisation

de lubrifiant, qui apporterait certainement un bénéfice en terme de qualité du premier rapport. L'information, l'écoute et les réponses aux questions des patientes permettraient de les rassurer et peut-être de diminuer leurs appréhensions.

Dans notre étude, 74 % des patientes sexuellement actives à 8 semaines post-partum ont déclaré avoir ressenti une douleur lors du premier rapport. Dans l'étude comparative de P. Valenzuela et al. déjà citée précédemment, les auteurs ont rapportés 55% de douleurs lors du premier RS dans le groupe « surjet continu » et 59 % dans le groupe « technique classique ». [10] Mais dans cette étude, il s'agissait d'épisiotomies (médianes et médio latérales) et de déchirures du second degré confondues. Nos résultats ne sont donc pas comparables.

Parmi les 37 patientes ayant ressenti une douleur lors du premier rapport, seulement 4 ont qualifié cette douleur d'« intense ». La majorité l'a donc qualifié de « légère » ou « modérée ».

Etant donné le traumatisme dû à l'accouchement au niveau de la filière génitale, il est tout à fait normal que les patientes ressentent une gêne lors du premier rapport. Néanmoins, cette gêne doit rester modérée et il est important qu'elle diminue jusqu'à disparaître complètement pendant les rapports suivants. Dans notre étude, la douleur n'a pas persisté pendant les RS suivants pour 43,2 % des patientes qui avaient ressenti une douleur lors de leur premier rapport. Pour les autres, il paraît important d'aborder le sujet lors de la visite post-natale afin de trouver la solution à ces dyspareunies. Malheureusement, nous savons que le sujet de la sexualité est rarement abordé par les professionnels lors de cette visite. Mais les patientes ne l'abordent pas non plus spontanément, sans doute par pudeur. Il est donc de notre devoir d'en parler, de demander aux patientes si elles ont retrouvé une sexualité « normale », de répondre à leurs attentes à ce sujet, et de leur proposer des solutions (lubrifiant ou crème à base d'oestrogènes). Nous pouvons également orienter ces patientes vers un médecin sexologue lorsque les « petits moyens » ne suffisent pas, ou lorsque nous soupçonnons une étiologie d'ordre psychologique plutôt qu'organique.

De plus, nous avons constaté qu'à 8 semaines post-partum, 68 % des patientes ayant repris une activité sexuelle avaient retrouvé une sexualité « normale ». Cela veut dire que 32 % des patientes sexuellement actives souffraient de dyspareunies.

Ce chiffre paraît relativement bas lorsque nous regardons les quelques chiffres suivants retrouvés dans la littérature :

- 64,58 % de dyspareunies à 12 semaines post-partum dans une population de multipares ayant subi une épisiotomie. [14]
- 46,3 % de dyspareunies à 3 mois dans une population de patientes dont l'épisiotomie a été suturée par la technique classique. [15]

Il semble donc que nos patientes suturées par la technique « un fil un nœud » souffrent moins de dyspareunies à 8 semaines post-partum que celles suturées par la technique classique.

Pour expliquer cela, nos hypothèses sont les suivantes :

- d'une part, les avantages de la technique « un fil un nœud », exposés dans notre première partie (moins de nœuds, moins de tension au niveau du fil), réduisent l'inflammation au niveau de la suture et donc la douleur ; de même que l'utilisation d'un fil à résorption rapide, comme cela a déjà été expliqué dans le paragraphe précédent.
- d'autre part, la technique « un fil un nœud » offre une meilleure cicatrisation des tissus [21], ce qui implique une cicatrice moins fibreuse et par conséquent moins douloureuse lors des RS.

Nous avons également remarqué qu'il y avait moins de dyspareunies lors du premier RS chez les primipares (73 %) que chez les multipares (76,9 %).

De plus, 73 % des primipares sexuellement actives avaient retrouvé une sexualité « normale » lors de l'envoi du questionnaire contre 53,8 % des multipares.

Cette différence pourrait être attribuée au fait que les patientes ayant déjà accouché une ou plusieurs fois ont certainement déjà subi des lésions périnéales, qui provoquent peut-être déjà à elles seules des dyspareunies antérieures à cet accouchement.

Il aurait pu être intéressant d'intégrer à notre questionnaire une question concernant l'existence de dyspareunies antérieures à l'accouchement. En effet, cela nous aurait permis de conclure de façon plus pertinente sur le lien de causalité entre l'épisiotomie et les dyspareunies.

Le mode d'accouchement, quant à lui, semble influencer plutôt l'importance de la douleur. En effet, l'intensité moyenne de la douleur lors du premier RS était de 1,8 dans le groupe « extraction instrumentale » contre 1,5 dans le groupe « AVBS ».

De plus, 71 % des patientes sexuellement actives du groupe « AVBS » avaient retrouvé une sexualité « normale » au moment de l'envoi du questionnaire contre seulement 63,2 % de celles du groupe « extraction instrumentale ».

Pour expliquer ces différences, nous pourrions avancer le fait que les épisiotomies réalisées en cas d'extraction instrumentale sont souvent, d'une part, plus importantes en terme de profondeur, et d'autre part, réalisées plus précocement sur un périnée peu amplifié, ce qui pourrait provoquer des douleurs plus intenses.

Enfin, lorsque nous nous intéressons aux motifs invoqués par les patientes n'ayant pas encore repris une activité sexuelle, nous constatons que l'absence de désir occupe une place importante. Dans notre questionnaire, nous n'avons pas demandé aux patientes si elles allaitaient leur enfant, mais nous pourrions nous interroger sur la relation entre le climat d'hypoestrogénie relative dû à l'allaitement et cette absence de désir évoquée par 35% des patientes. En effet, nous savons d'ores et déjà que les femmes allaitantes ont plus de dyspareunies que les autres à cause de ces modifications hormonales. [4]

Le deuxième motif le plus cité est la peur d'avoir mal (25 %). Là aussi, il pourrait y avoir un bénéfice à aborder le sujet de la reprise de la sexualité au moment des conseils de sortie à la maternité. Les patientes, et surtout les primipares, ont besoin d'être rassurées. Nous devrions les prévenir qu'il est normal de ressentir une douleur lors du premier rapport et qu'il faut donc prendre des précautions. Il faudrait également leur rappeler la nécessité de se réserver des moments à deux, de préserver l'intimité avec leur conjoint.

3. Sur l'incontinence anale

Dans notre population, 35,7 % des patientes ont déclaré qu'il leur arrivait de ne pas réussir à retenir un gaz, 8,6 % en ce qui concerne les selles liquides, et 7,10 % pour les selles solides.

Il aurait été intéressant de connaître la fréquence de ces incontinenances. En effet, il se peut que parmi ces patientes, certaines aient expérimenté cela une ou deux fois seulement depuis leur accouchement, et d'autres quotidiennement. Nous aurions donc dû intégrer cette notion de fréquence à notre questionnaire pour plus de pertinence, en s'inspirant par exemple de l'échelle décrite dans l'étude de M. Pescatori et al. datant de 1992. Cette échelle prenait en compte le degré et la fréquence des symptômes, pour évaluer l'incontinence anale. A, B et C indiquaient respectivement une incontinence aux gaz, aux selles liquides et aux selles solides. Tandis que 1, 2 et 3 indiquaient respectivement une incontinence anale occasionnelle, hebdomadaire et quotidienne. Cela permettait de classer les patientes selon le grade d'incontinence allant de A1 à C3. [25]

D'autre part, 40 % de nos patientes ont déclaré qu'elles ne pouvaient plus se retenir aussi longtemps qu'avant leur accouchement lorsqu'elles avaient besoin d'aller à la selle. A noter qu'il ne s'agit pas ici d'urgences défécatoires vraies, qui correspondent à une impossibilité de retarder la défécation de plus de cinq minutes. [17] Néanmoins, cette capacité de rétention diminuée correspond tout de même à un trouble de la continence.

Nos chiffres sont assez importants par rapport à ceux retrouvés dans la littérature en ce qui concerne le taux d'incontinence anale chez les patientes ayant subi une épisiotomie. Cependant, cela ne permet pas de conclure quant à l'influence de la technique « un fil un nœud » sur ce problème étant donné le faible nombre de patientes ayant participé à notre étude.

Néanmoins, cela confirme bien que l'épisiotomie ne prévient absolument pas la survenue de l'incontinence anale dans le post-partum, comme cela a souvent été rapporté dans des études publiées. [18, 19, 20]

Lorsque nous nous intéressons au profil des patientes souffrant d'incontinence anale, il s'avère que les multipares sont plus concernées que les primipares, et ceci est vrai

pour l'incontinence aux gaz, aux selles liquides et solides, ainsi que pour la capacité de rétention. Il semble logique que le plancher pelvien des multipares soit moins solide du fait des accouchements antérieurs, et ce d'autant plus si elles n'ont pas fait de rééducation périnéale après leur premier accouchement. Nous aurions d'ailleurs pu interroger les multipares à ce sujet dans notre questionnaire, afin de savoir si celles qui ont bénéficié d'une rééducation périnéale après leur premier accouchement ont moins de troubles de la continence après les accouchements suivants. En effet, nous savons que les lésions occultes du sphincter anal visibles à l'échographie sont fréquentes après un premier accouchement, même si elles n'entraînent de symptômes cliniques que dans un tiers des cas. [17] Mais ces lésions existent bel et bien et il se pourrait que les symptômes surviennent préférentiellement après le deuxième accouchement par voie basse, à cause d'une lésion surajoutée à la première, ou d'une distension plus importante des tissus.

Ensuite, nous avons remarqué que les patientes ayant accouché naturellement souffrent moins d'incontinence aux gaz (23,1 %) que celles ayant accouché avec une aide instrumentale (51,6 %). Ceci est vrai également pour les selles liquides et solides. De plus, les patientes du groupe « AVBS » ont majoritairement (76,9 %) conservé la même capacité de rétention qu'avant leur accouchement, ce qui n'est pas le cas dans le groupe « extraction instrumentale » (38,7 %).

Il est évident que les extractions instrumentales, et tout particulièrement les forceps, exposent à un risque plus important d'incontinence anale dans le post-partum, comme cela a souvent été rapporté dans la littérature. [7, 17, 26]

Nous pensions au départ que la technique de suture pourrait avoir une influence sur l'incontinence anale, et notamment que la technique « un fil un nœud » apportait un bénéfice. Nos hypothèses à ce sujet étaient les suivantes :

- D'une part, lorsque l'on réalise la technique « un fil un nœud », on fait forcément plus de points au niveau du muscle (plus de passages du fait de la réalisation d'un surjet). Cela pourrait éventuellement permettre une meilleure cicatrisation musculaire et ainsi une meilleure tonicité du plancher pelvien en post-partum.
- D'autre part, lors de ces nombreux passages, il se pourrait que l'opérateur prenne involontairement dans la suture des fibres du faisceau profond du sphincter externe de l'anus (qui aurait été partiellement lésé sans que l'on ne s'en aperçoive), ce qui permettrait

d'obtenir une meilleure cicatrisation des muscles et un meilleur résultat en matière de qualité du sphincter.

Nos chiffres ne semblent malheureusement pas aller dans ce sens là. Néanmoins, nous n'avons recruté qu'une population de 70 patientes, ce qui ne permet pas d'extrapoler nos résultats à la population générale. Il nous paraît donc judicieux de réaliser une étude de plus grande ampleur sur ce sujet là car si notre étude ne permet pas de conclure en ce qui concerne l'influence de la technique de suture sur l'incontinence anale, elle a tout de même permis de mettre en évidence la fréquence importante (et insoupçonnée) de ces troubles de la continence anale dans le post-partum.

II. Perspectives d'avenir

1. Généraliser l'utilisation de la technique « un fil un nœud »

Dans les Recommandations pour la Pratique Clinique (RPC) de l'épisiotomie du CNGOF, datant de 2005, il est dit que « *sous réserve d'une formation spécifique à sa pratique, le surjet continu est préférable aux points séparés car il réduit significativement la douleur et le risque de déhiscence* ». [23]

Pour généraliser l'utilisation de la technique « un fil un nœud », il faut donc commencer par assurer une formation correcte aux sages-femmes. Les obstétriciens, eux, sont formés à la pratique de cette technique et elle est d'ailleurs majoritairement utilisée par les internes en gynécologie-obstétrique actuellement.

a. Formation initiale des sages-femmes

Le programme des études de sage-femme, fixé par l'arrêté du 11 Décembre 2001, prévoit que les étudiants doivent effectuer 18 semaines de stage en salle de naissance en première phase, et autant en deuxième phase. Les objectifs de formation clinique, technique et méthodologique imposent, au cours de ces stages, de « *pratiquer les épisiotomies et leurs réfections immédiates ou celles de déchirures simples (30 cas minimum)* ».

En revanche, rien n'est précisé dans le programme quant à l'enseignement théorique et pratique des techniques de réfection des épisiotomies et des déchirures.

Tout cela est donc assez vague et laissé à l'appréciation des directrices d'écoles et des sages-femmes enseignantes.

Nous pouvons citer ici le mémoire de sage-femme de D. Lahaye, réalisé en 2004 et intitulé « la sage-femme face à la suture de l'épisiotomie ». Son étude a montré que 86 % des sages-femmes considéraient leur formation insuffisante concernant les sutures. [27]

Nous avons donc interrogé nos camarades de promotion afin de savoir s'ils se sentaient capables de suturer seuls une épisiotomie par la technique « un fil un nœud ». Sur 21 étudiants, seulement 7 ont déclaré maîtriser cette technique, soit un tiers de la promotion,

et tous ont appris cette technique sur un lieu de stage. En effet, au cours de notre formation théorique, nous n'avons eu qu'un cours d'une heure sur ce sujet, qui comprenait enseignement théorique et travaux pratiques. Il est nécessaire de préciser que nous avons demandé à notre formatrice de focaliser ce cours sur la technique « un fil un nœud », car ce n'était pas prévu au départ.

Il est évident que pour maîtriser les sutures, le plus important est la pratique clinique, sur les lieux de stages. Néanmoins, il est impossible de compter uniquement là dessus pour assurer une formation correcte aux étudiants en la matière. Nous savons qu'il est tout à fait possible qu'au cours de ses stages, un étudiant ne voit pratiquer la technique « un fil un nœud » qu'une ou deux fois, et ne la pratique jamais lui-même, ce qui est largement insuffisant pour la maîtriser.

Il nous paraît donc important de prévoir un enseignement théorique approprié ainsi que des travaux pratiques afin de permettre aux sages-femmes jeunes diplômées d'avoir toutes les cartes en main pour choisir quelle technique de suture utiliser pour la réfection d'une épisiotomie ou d'une déchirure.

Au cours de notre entretien avec le Dr Théry à Thonon-les-Bains, celui-ci nous a confié qu'il serait tout à fait d'accord pour venir faire des cours sur la technique « un fil un nœud » à l'école de sages-femmes de Bourg-en-Bresse. Nous avons donc transmis aux formatrices ses coordonnées afin que cela puisse bénéficier aux promotions suivantes.

b. Formation continue des sages-femmes

Selon l'article R4127-304 du code de déontologie des sages-femmes, celles-ci ont le devoir d'entretenir et de perfectionner leurs connaissances pour assurer l'acquisition de nouvelles techniques dans les limites de leur capacité professionnelle.

De plus, le CNGOF précise dans ses RPC qu'« *il est recommandé de mettre en place une formation théorique et pratique à l'épisiotomie, de manière à améliorer l'apprentissage et la performance des opérateurs* », et ce notamment sur les techniques de réparation. [23]

Enfin, la loi Hôpital-Patients-Santé-Territoires du 21 juillet 2009 instaure l'obligation de développement professionnel continu des sages-femmes, qui a pour objectifs notamment le perfectionnement des connaissances, et l'amélioration de la qualité

et de la sécurité des soins. Néanmoins, la date d'entrée en vigueur de ce décret est indéterminée.

La formation continue des sages-femmes est donc une obligation. Le problème réside dans l'organisation de ces formations, et notamment concernant la technique « un fil un nœud ».

Nous ne pouvons pas compter simplement sur les autres professionnels de santé (médecins, internes ou autre sage-femme de garde) pour enseigner la technique aux sages-femmes qui en ont besoin sur leur temps de travail. Cela n'est pas réalisable compte tenu de l'activité en salle d'accouchement.

Il faudrait donc organiser des formations pour les sages-femmes qui le souhaitent (sur la base du volontariat) avec une projection de la vidéo du Dr Théry [3], suivie par des travaux pratiques (simulation sur des mannequins par exemple, bien que cela pose un problème de coût). Il est également possible de solliciter une formation directement avec le Dr Théry, qui a développé un outil d'apprentissage de cette technique. De la même manière, entre en jeu le critère de coût, mais nous rappelons que la formation continue des sages-femmes est une obligation...

2. Réduire le taux d'épisiotomie

a. Respect des recommandations

Le CNGOF a recommandé en 2005 d'instituer « *une politique incitative pour faire baisser progressivement le taux moyen d'épisiotomies en France en dessous de 30%* ». [23] L'OMS avait même déjà recommandé en 1997 dans un rapport sur les soins liés à un accouchement normal, qu'un taux d'épisiotomies de 10 % devrait être un but à atteindre.[28]

Au CHLS, le taux d'épisiotomies était de 28 % en 2010, mais ce pourcentage était calculé par rapport au nombre total de naissances et non par rapport au nombre d'accouchement par voie basse. Ce chiffre est donc minoré. Pendant les deux mois de notre enquête, nous avons constaté un taux d'épisiotomies de 41,1 %, qui est nettement au dessus des 30 % recommandés. Il semble donc qu'il y ait une politique d'épisiotomies plus ou moins systématique dans cet établissement, qu'il conviendrait d'abandonner au vu des études récentes.

En revanche, à l'HFME, le taux d'épisiotomies que nous avons constaté pendant notre enquête était de 18,1 %, ce qui est assez conforme aux recommandations.

Néanmoins, le pourcentage d'épisiotomies pourrait être réduit encore d'avantage, comme le montre l'exemple du Centre Hospitalier Universitaire (CHU) de Besançon. En effet, dans cet établissement, le taux d'épisiotomies était en 2007 de 3,4 %, et en 2011 de 1,25% ! Tout cela sans déplorer plus de déchirures des 3^{ème} et 4^{ème} degrés. Ces résultats sont le fruit d'un travail d'équipe, au sein de laquelle les dogmes et les idées reçues sur l'épisiotomie sont tombés peu à peu. Cette maternité devrait constituer un exemple pour les autres maternités de France, car le taux moyen national d'épisiotomies dans les CHU en 2010 était toujours plus élevé que les 30 % recommandés (32,4 %). [29, 30] Les efforts doivent être poursuivis, même s'il est difficile de modifier des pratiques acquises depuis des années.

Pour réduire le pourcentage d'épisiotomies, plusieurs actions sont envisageables :

- d'une part, maîtriser parfaitement l'accouchement eutocique et préférer le plus souvent possible la ventouse au forceps lorsqu'une extraction instrumentale est nécessaire [29, 30, 31];

- d'autre part, revoir systématiquement au staff les indications des épisiotomies effectuées afin d'en apprécier la pertinence [29];
- enfin, donner à chaque professionnel un retour sur son taux d'épisiotomie pour permettre une remise en question. [32, 33]

Tout cela a déjà été mis en place au CHU de Besançon et les résultats sont éloquents. Il semble donc nécessaire de généraliser cette politique de service à toutes les maternités de France.

Néanmoins, le taux idéal d'épisiotomies est difficile à définir. Il s'agit de réduire au maximum le recours à cette pratique, sans induire de morbidité supplémentaire (balance bénéfice/risque). Selon X. Fritel et al., concernant l'exemple de l'incontinence anale, « *l'effet protecteur de l'épisiotomie médio-latérale pourrait être réduit aux situations où son utilisation est inévitable, tandis que son utilisation systématique augmenterait le risque d'incontinence anale* ». [20] Les situations où l'épisiotomie est inévitable étant laissées à l'expertise du professionnel qui réalise l'accouchement, d'où l'importance de la formation, initiale et continue, de ces professionnels.

Pour conclure, comme nous le disent H. Faruel-Fosse et F. Vendittelli dans leur article datant de 2006 sur la possibilité de réduction du taux d'épisiotomies en France, « *un programme d'amélioration continue de la qualité des soins portant sur l'épisiotomie englobant différentes actions (formations, audits, présence d'un leader, rétro-information par professionnel de son taux d'épisiotomies) a des chances de réduire le recours à une telle pratique de soins* ». [32]

Outre ces actions sur les professionnels, il existe des interventions anténatales et per-partum, que nous allons maintenant aborder, et qui pourraient permettre de réduire le taux d'épisiotomie.

b. Interventions anténatales et per-partum

Massage périnéal anténatal :

Ce massage particulier comporte différents types d'exercices (internes et externes) qui permettent une relaxation musculaire et une prise de conscience corporelle. Il doit être pratiqué par la patiente plusieurs fois par semaines, à raison de 10 minutes par séances, et ce pendant les 6 semaines qui précèdent l'accouchement. [annexe III]

H. Faruel-Fosse et V. Vendittelli, dans une revue de la littérature, ont retrouvé une étude montrant une réduction du taux d'épisiotomies de 6,1 % en cas de massage périnéal antépartum, et une autre ne montrant pas de différence. [32]

Dans le mémoire de sage-femme de M. Rousselle, réalisé en 2011 sur le massage périnéal prénatal, l'étude a montré un taux d'épisiotomies de 18,8 % dans le groupe « massage » contre 48,5 % dans le groupe « témoin ». Toutefois, ces résultats n'étaient pas significatifs étant donné le faible effectif de patientes incluses dans l'étude. [34]

En fait, dans la plupart des études que nous avons trouvées sur ce sujet, les épisiotomies et les déchirures du périnée quelles qu'elles soient n'étaient pas différenciées, ce qui ne permet pas de conclure de façon pertinente. D'autres études sont donc nécessaires pour apprécier l'influence de cette pratique sur l'état périnéal après l'expulsion. Néanmoins, le massage périnéal en cours de grossesse semble être une perspective intéressante pour réduire le recours à l'épisiotomie, surtout chez les primipares de plus de 30 ans. [32]

Rééducation périnéale en cours de grossesse et préparation à l'accouchement :

Nous manquons de données pour évaluer ces deux critères car il n'existe que très peu d'études à ce sujet. Nous ne pouvons donc pas conclure à un effet bénéfique des exercices périnéaux en cours de grossesse ou d'une préparation à l'accouchement sur le périnée.

Massage périnéal per-partum :

Une étude réalisée sur ce sujet en 2001 n'a pas montré de réduction du taux d'épisiotomies pour les patientes ayant bénéficié d'un massage et d'un étirement du périnée sur chaque contraction utérine durant la 2^{ème} phase du travail. [32]

Positions maternelles pendant l'accouchement :

Plusieurs études ont montré une réduction du taux d'épisiotomie lorsque la position d'accouchement était verticale ou latérale par rapport à une position classique en décubitus dorsal. [32, 35] Néanmoins, il existe aussi une augmentation du risque d'hémorragie du post-partum immédiat dans les positions verticales.

Le décubitus latéral semble être la position la plus intéressante. En effet, une étude de J. Paternotte et al. datant de 2011 a montré une diminution significative du nombre d'épisiotomies ainsi qu'une augmentation des périnées intacts dans le groupe « décubitus latéral » par rapport au groupe « décubitus dorsal ». [36] Des résultats similaires sont retrouvés dans un article de Y. Moreau, publié dans « La revue sage-femme » en 2009.[37]

Pour la majorité des interventions possibles en cours de grossesse ou au cours du travail, nous manquons de données scientifiques solides quant à leur influence sur le taux d'épisiotomies, exception faite de l'accouchement en décubitus latéral, qui réduit de façon significative le recours à cette pratique.

En ce qui concerne le massage périnéal prénatal, il semble permettre une réduction du taux d'épisiotomies dans certaines populations (notamment les primipares de plus de 30 ans). Cependant, des études plus approfondies seraient nécessaires sur ce sujet.

En conclusion, réduire le taux d'épisiotomies en France est une perspective tout à fait réalisable. Il est nécessaire de mettre en place des actions pour aller dans ce sens et en finir avec les idées reçues concernant cette pratique.

La généralisation de l'utilisation de la technique « un fil un nœud » pour la réparation des épisiotomies et des déchirures est également envisageable, il suffit de mettre en place une formation correcte à sa réalisation.

CONCLUSION

L'objectif de notre travail était d'évaluer l'influence de la technique de suture de l'épisiotomie sur les douleurs périnéales, les dyspareunies et l'incontinence anale à 8 semaines post-partum.

Nous avons pu constater que les patientes dont l'épisiotomie a été suturée par la technique « un fil un nœud » semblent avoir moins de douleurs périnéales et moins de dyspareunies que les patientes ayant été suturées par la technique classique, mais nos résultats n'étaient malheureusement pas significatifs du point de vue statistique.

En revanche, notre étude n'a pas permis de conclure quant au bénéfice de la technique « un fil un nœud » sur la survenue de l'incontinence anale. Toutefois, cela nous a tout de même permis de mettre en évidence la fréquence importante des troubles de la continence en post-partum.

Malgré le nombre restreint de patientes incluses dans notre étude, la tendance des résultats nous pousse à croire qu'une étude de plus grande ampleur serait nécessaire pour évaluer l'influence réelle de la technique de suture utilisée sur les troubles périnéaux consécutifs à l'épisiotomie, à distance de l'accouchement.

La réduction du taux d'épisiotomies en France est tout à fait envisageable, mais il reste beaucoup de chemin à parcourir pour arriver à modifier les pratiques professionnelles. En attendant une évolution de ces pratiques, la formation des sages-femmes quant aux techniques de suture devrait être l'objectif principal. Cela leur permettrait d'avoir toutes les cartes en main pour choisir la technique la plus appropriée dans un souci de prise en charge optimale des patientes et de réduction de la morbidité liée à l'épisiotomie.

Rappelons que la sage-femme est en première ligne pour intervenir dans la prise en charge des douleurs périnéales, des dyspareunies et de l'incontinence anale, d'une part en post-partum immédiat dans les services de suites de couches, d'autre part lors de la visite post-natale, et enfin, pendant les séances de rééducation périnéale.

Cependant, la plupart du temps, les patientes n'aborderont pas ce sujet spontanément, c'est donc à nous, sages-femmes, de les interroger et de recueillir leur confiance afin de leur proposer des solutions ou de les orienter vers un spécialiste.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- [1] LANSAC J., MARRET H., OURY J.F., *Pratique de l'accouchement*, 4^{ème} édition, Masson, 2006, p. 439-442 (la réfection de l'épisiotomie)
- [2] Planche explicative, Réfection des épisiotomies, Technique un fil un nœud
Dr THERY, Pr DALLAY, Laboratoire Ethicon, 2002
- [3] Vidéo « l'épisiotomie à un fil », Dr G. THERY, Thonon-les-Bains
Laboratoire Ethicon, Novembre 2001
- [4] ANDREWS V., THAKAR R., SULTAN A., JONES P., « Evaluation of post-partum perineal pain and dyspareunia – A prospective study », *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*, 2008, N° 137, p. 152-156.
- [5] SARTORE A., DE SETA F., MASO G. et al., « The effects of mediolateral episiotomy on pelvic floor function after vaginal delivery », *The American College of Obstetricians and Gynecologists*, 2004, N° 103
- [6] LANGER B., MINETTI A., « Complications immédiates et à long terme de l'épisiotomie », *Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction*, 2006, N° 35, p. 59-67.
- [7] PARANT O., REME JM., MONROZIES X., « Déchirures obstétricales récentes du périnée et épisiotomie », *Encyclopédie médico-chirurgicale Obstétrique*, 1999
- [8] WEIJMAR SCHULTZ WCM., VAN DE WIEL HBM., HEIDEMANN R. et al., « Perineal pain and dyspareunia after uncomplicated primiparous delivery », *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynecology*, 1990, N° 11, p. 119-127
- [9] CHANG SR., CHEN KH., LIN HH. et al., « Comparison of the effects of episiotomy and no episiotomy on pain, urinary incontinence, and sexual function 3 months post-

partum : a prospective follow-up study », *International journal of nursing studies*, 2011, Vol 48, N°4, p. 409-418

[10] VALENZUELA P., SAIZ PUENTE MS., VALERO JL. et al., « Continuous versus interrupted sutures for repair of episiotomy or second-degree perineal tears : a randomised controlled trial », *BJOG : An International Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 2009, Vol 116, N°3, p. 436-441

[11] MORANO S., MISTRANGELO E., PASTORINO D. et al., « A randomised comparison of suturing techniques for episiotomy and laceration repair after spontaneous vaginal birth », *Journal of Minimally Invasive Gynecology*, 2006, Vol 13, N°5, p. 457-462

[12] KETTLE C., HILLS RK., ISMAIL KMK., « Continuous versus interrupted sutures for repair of episiotomy or second degree tears (review) », *The Cochrane Library*, 2009

[13] KOKANAH D., UGUR M., KUNTAY KOKANAH M. et al., « Continuous versus interrupted episiotomy repair with monofilament or multifilament absorbed suture materials : a randomised controlled trial », *Archives of Gynecology and Obstetrics*, 2011, Vol 284, N°2, p. 275-280

[14] KARACAM Z., EROGLU K., « Effects of episiotomy on bonding and mothers' health », *Journal of Advanced Nursing*, 2003, N° 43, p. 384-394.

[15] VASQUEZ M., « Evaluation de l'influence des sutures sur les dyspareunies », mémoire de sage-femme, Nancy, 2008

[16] MAGNAN G., « Post-partum, des séquelles pas si rares », *Profession sage-femme*, 2005, N° 145, p.40-42

[17] ROMAN H., ROBILLARD PY., PAYET E. et al., « Facteurs liés à l'incontinence anale du post-partum », *Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction*, 2004, Vol 33, N° 6, p. 497-505.

- [18] DE TAYRAC R., PANEL L., MASSON G., MARES P., « Episiotomie et prévention des lésions pelvi-périnéales », *Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction*, 2006, N° 35, p. 24-31.
- [19] CASEY BM., SCHAFFER JI., BLOOM SL. et al., « Obstetrics antecedents for postpartum pelvic floor dysfunction », *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 2005, Vol 192, N°5, p. 1655-1662
- [20] FRITEL X., SCHAAL JP., FAUCONNIER A. et al., « Troubles périnéaux quatre ans après le premier accouchement : comparaison entre épisiotomie restrictive et systématique », *Gynécologie Obstétrique et Fertilité*, 2008, N° 36, p. 991-997.
- [21] THERY G., DEKINDT C., THIEBAUT R. et al., « Etude de trois stratégies de périnéorrhaphie après épisiotomie », Février 2000
- [22] « The World Health Organization multinational study of breast-feeding and lactational amenorrhea. III. Pregnancy during breast-feeding », *Fertility and Sterility*, 1999, Vol 72, N°3, p. 431-440
- [23] Recommandations pour la pratique clinique de l'épisiotomie, Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français, 2005
- [24] BORGI N., MAAZOUN L., MSEDDEI M. et al., « La sexualité de la femme en postpartum : une étude descriptive chez 60 femmes », *Annales de Dermatologie et de Vénérologie*, 2003, Vol 130, N°4, p.53
- [25] PESCATORI M., ANASTASIO G., BOTTINI C., MENTASTI A., « New grading and scoring for anal incontinence. Evaluation of 335 patients », *Diseases of the Colon and Rectum*, 1992, Vol 35, N°5, p. 482-487
- [26] DUPUIS O., MADELENAT P., RUDIGOZ RC., « Incontinences urinaires et anales post-obstétricales : facteurs de risque et prévention », *Gynécologie Obstétrique et Fertilité*, 2004, Vol 32, N°6

[27] LAHAYE D., « La sage-femme face à la suture de l'épisiotomie », mémoire de sage-femme, Nancy, 2004

[28] « Les soins liés à un accouchement normal : guide pratique. Rapport d'un groupe de travail technique », Santé de la mère et du nouveau-né / Maternité sans risque – Organisation Mondiale de la Santé, 1997

[29] N. R.-G., « A Besançon, 3% c'est possible ! », *Profession sage-femme*, 2009, N° 158, p. 15

[30] ECKMAN A., RAMANAH R., COLLET G. et al., « Evaluation de la pratique d'une politique d'épisiotomie restrictive », Service de gynécologie-obstétrique du CHU de Besançon, 2008

[31] KOSKAS M., CAILLOD A-L., FAUCONNIER A., BADER G., « Impact maternel et néonatal des Recommandations pour la pratique clinique du CNGOF relatives à l'épisiotomie. Etude unicentrique à propos de 5409 accouchements par voie vaginale. », *Gynécologie Obstétrique et Fertilité*, 2009, Vol 37, p. 697-702

[32] FARUEL-FOSSE H., VENDITTELLI F., « Peut-on réduire le taux des épisiotomies ? », *Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction*, 2006, Vol 35, N°1, p. 68-76

[33] REINBOLD D., EBOUE C., MORELLO R. et al., « De l'impact des RPC pour réduire le taux d'épisiotomie », *Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction*, 2011

[34] ROUSSELLE M., « Le massage périnéal prénatal. Etude prospective cas témoin réalisée à la maternité du CHU d'Angers du 13 Septembre au 22 Décembre 2010 », mémoire de sage-femme, Angers, 2011

[35] MORIN C., NGUYEN F., LEYMARIE M-C., « Les techniques d'aide à l'expulsion », *La Revue Sage-Femme*, 2011, N°4, p. 182-188

[36] PATERNOTTE J., POTIN J., DIGUISTO C. et al., « Accouchement sur le côté. Etude comparative chez les grossesses à bas risque entre décubitus latéral et dorsal lors de la phase expulsive des accouchements eutociques », *Gynécologie Obstétrique et Fertilité*, 2011, Vol 39, N°7

[37] MOREAU Y., « Décubitus latéral ou décubitus dorsal : que préfère le périnée des patientes ? », *La Revue Sage-Femme*, 2009, Vol 8, N°3, p. 133-137

BIBLIOGRAPHIE

ARTICLES :

- BAYDOCK SA., FLOOD C., SCHULZ JA. et al., « Prevalence and risk factors for urinary and fecal incontinence four months after vaginal delivery », *Journal d'Obstétrique et Gynécologie du Canada*, 2009, Vol 31, N°1, p. 36-41
- CNGOF, « Recommandations pour la pratique clinique - l'épisiotomie », *Les dossiers de l'obstétrique*, 2006, N° 346, p.21-24
- CNGOF, « L'épisiotomie – Recommandations pour la pratique clinique », *Vocation sage-femme*, 2006, N° 40, p.12-16
- EJEGARD H., RYDING EL., SJOGREN B., « Sexuality after delivery with episiotomy : a long-term follow-up », *Gynecologic and Obstetric Investigation*, 2008, Vol 66, N°1, p. 1-7
- GOGNIAT LOOS F., « Episiotomie de routine, une pratique sans fondements ! », *Les dossiers de l'obstétrique*, 2003, N° 322, p.8-11
- HAMMANI F., « Episiotomie », *Les dossiers de l'obstétrique*, 2001, N° 295, p.19
- KETTLE C., HILLS RK., JONES P. et al., « Continuous versus interrupted perineal repair with standard or rapidly absorbed sutures after spontaneous vaginal birth : a randomised controlled trial », *The Lancet*, 2002, Vol 359, N°9325, p. 2217-2223
- MORIN C., « Episiotomie – Recommandations et actualités », *Les dossiers de l'obstétrique*, 2010, N° 391, p. 3-8

- RIETHMULLER D., COURTOIS L., MAILLET R., « Pratique libérale versus restrictive de l'épisiotomie : existe-t-il des indications obstétricales spécifiques de l'épisiotomie ? », *Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction*, 2006, N° 35, p. 32-39.

- VASQUEZ M., « Evaluation de l'influence des sutures sur les dyspareunies », *Vocation sage-femme*, 2009, N° 71, p.22-25

- VENDITTELLI F., GALLOT D., « Quelles sont les données épidémiologiques concernant l'épisiotomie ? », *Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction*, 2006, Vol 35, N°1, p. 12-23

- VENDITTELLI F., TABASTE J-L., JANKY E., « Le massage périnéal antépartum : revue des essais randomisés », *Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction*, 2001, Vol 30, p. 565-571

DOCUMENTS NON PUBLIÉS :

- « Episiotomies à Besançon », Juin 2011, article disponible sur internet sur le blog *Naître au monde*

- PAQUEREAU A., « Les dyspareunies du post-partum », mémoire de sage-femme, Angers, 2010

- RITEAU A.S., « Le périnée féminin de la superficie à la profondeur », mémoire pour le certificat d'anatomie, d'imagerie et de morphogénèse, Nantes, 2003

- TOINON C., « Reprise de la sexualité après l'accouchement : étude du vécu des femmes primipares », mémoire de sage-femme, Bourg-en-Bresse, 2011

SITES INTERNET :

- Conseil de l'ordre des sages femmes : www.ordre-sages-femmes.fr
- Conseil National des Gynécologues et Obstétriciens Français : www.cngof.asso.fr

- Légifrance : www.legifrance.gouv.fr

- Organisation Mondiale de la Santé : www.who.int/fr

AUTRES :

- Entretien avec le Dr G. THERY le 07/01/2012
Praticien hospitalier, Maternité du Léman, Thonon-les-Bains (74)

- Guide du massage – Femmes enceintes et Allaitement, Weleda

ANNEXES

ANNEXE I

Formulaire de recueil de consentement

Bonjour,

Je suis étudiante sage-femme en 4ème année à l'école de Bourg en Bresse et je souhaite faire mon mémoire de fin d'études sur les différentes techniques de suture de l'épisiotomie. Mon objectif est de comparer leur impact en terme d'inconfort et de douleur dans les 8 semaines qui suivent l'accouchement et ainsi mettre en avant les éventuels bénéfices d'une technique par rapport à une autre.

Pour cela, j'ai besoin d'interroger des patientes qui ont eu une épisiotomie.

Il s'agit d'un questionnaire simple comportant 17 questions, que je vous enverrai par mail si vous avez une adresse e-mail ou par courrier dans le cas contraire. Je vous le ferai parvenir 8 semaines après votre accouchement.

Si vous acceptez de participer à cette étude, je vous prie de bien vouloir inscrire vos coordonnées ci dessous, en sachant que toutes les informations que vous fournirez seront couvertes par le secret médical.

Je soussignée, autorise Julia PLAGNARD, étudiante sage-femme en quatrième année, à prendre contact ultérieurement avec moi par mail ou par courrier.

Mail :

.....

Adresse :

.....
.....

Merci d'avance de votre collaboration.

Partie à remplir par la sage-femme

Date de l'accouchement :

Parité :

Accouchement :

- Voie basse non instrumentale
- Ventouse
- Forceps

Episiotomie compliquée d'une lésion du sphincter anal :

- Oui
- Non

ANNEXE II

Questionnaire

1. Ressentez-vous une douleur au niveau de votre épisiotomie quand vous êtes au repos (allongée par exemple) ?

Oui

Non

Si oui, pouvez-vous la quantifier sur une échelle de 1 à 3 (avec 1 correspondant à une douleur légère, 2 à une douleur modérée et 3 à une douleur intense) ?

1

2

3

2. Ressentez-vous une douleur au niveau de votre épisiotomie quand vous êtes en position assise ?

Oui

Non

Si oui, pouvez-vous la quantifier sur une échelle de 1 à 3 ?

1

2

3

3. Ressentez-vous une douleur au niveau de votre épisiotomie quand vous êtes en mouvement (à la marche par exemple) ?

Oui

Non

Si oui, pouvez-vous la quantifier sur une échelle de 1 à 3 ?

1

2

3

4. Ressentez-vous une douleur au niveau de votre épisiotomie quand vous allez à la selle ?

Oui

Non

Si oui, pouvez-vous la quantifier sur une échelle de 1 à 3 ?

1

2

3

5. Votre épisiotomie a-t-elle nécessité que vous consultiez un médecin après votre sortie de la maternité ?

Oui

Non

Si oui, précisez pour quel motif :

6. A votre sortie de la maternité, ressentiez-vous continuellement une douleur au niveau de votre épisiotomie ?

Oui

Non

7. Avez-vous repris les rapports sexuels ?

Oui

Non

Si vous répondez non à cette question, passez directement à la question n°13.

8. Au bout de combien de temps après l'accouchement ?

9. Avez-vous eu une appréhension lors du premier rapport ?

Oui

Non

Si oui, laquelle ?

Peur d'avoir mal

Peur de ne pas ressentir les mêmes sensations qu'avant

Peur que l'épisiotomie ne soit pas complètement cicatrisée

Autres

Précisez :

10. Avez-vous ressenti une douleur lors du premier rapport ?

Oui

Non

Si oui, pouvez-vous la quantifier sur une échelle de 1 à 3 ?

1

2

3

11. La douleur a-t-elle persisté lors des rapports suivants ?

Oui

Non

12. Avez-vous retrouvé une sexualité « normale », sans douleur ?

Oui

Non

Passez ensuite directement à la question n°14.

13. Pour quelles raisons n'avez-vous pas repris les rapports ?

Vous n'en éprouvez pas le désir

Votre conjoint n'en éprouve pas le désir

Vous avez peur d'avoir mal

Autres

Précisez :
.....

14. Vous arrive-t-il de ne pas réussir à retenir un gaz ?

Oui

Non

15. Vous arrive-t-il de ne pas réussir à retenir des selles liquides ?

Oui

Non

16. Vous arrive-t-il de ne pas réussir à retenir des selles solides ?

Oui

Non

17. Actuellement, quand vous avez besoin d'aller à la selle, pouvez-vous vous retenir aussi longtemps qu'avant votre accouchement ?

Oui

Non

ANNEXE III

Le massage du périnée



figure 12

Le massage du périnée

Le massage du périnée peut se pratiquer seule ou à 2 en fonction de votre désir, de votre sensibilité et de votre souplesse. Dans tous les cas, si vous souhaitez le partager avec votre compagnon, il est souhaitable de commencer d'abord toute seule.

Il est inutile voire préjudiciable de le masser avant le début du 8^{ème} mois.

Pour ce massage, il est souhaitable au préalable de vider la vessie et le rectum, de laver le périnée externe et les mains.

Au début de la pratique, il vaut mieux être en position demi-assise, puis il peut être plus aisé de le faire debout, un pied surélevé sur la baignoire en se penchant vers l'avant, ou accroupie dans une position qui facilite la pose d'un tampon.

Choisissez un lieu calme, familier et intime. Pour être à l'aise, créez une ambiance rassurante et relaxante (musique, lumière douce, chaleur). Préparez une serviette et un coussin (à placer sous votre bassin) et l'Huile de Massage du Périnée. Installez-vous sur un



lit en position de grenouille demi-assise
 (voir photo de la page 16).

La tête et le dos se reposent sur un dossier incliné (ou un montage de coussins) ; le bassin est basculé « sexe regarde le ciel » pour effacer la cambrure du dos ; il est parfois utile de placer un coussin sous les fesses pour favoriser cette bascule du bassin. Les genoux sont repliés et légèrement écartés reposant sur des coussins. Ajustez cette position et respirez profondément.

Lorsque vous vous sentez détendue, étalez l'huile avec la surface des doigts (pouce, index et majeur) et sur la peau du périnée entre l'anus et le vagin (voir figure 13). Remontez en mouvements circulaires le long des grandes lèvres et à l'entrée du vagin. La texture de votre vulve et celle de votre vagin ont probablement changé. Ces transformations anatomiques se rétabliront quelques semaines après l'accouchement.



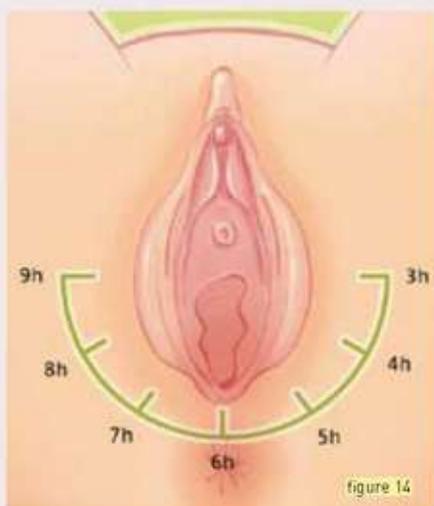


figure 14

Effleurage : massage externe

Placez votre pouce à l'intérieur du vagin jusqu'à la première jointure, l'index et le majeur sur la peau juste au dessus de l'anus. Exercez des petits mouvements circulaires sur la peau de 3 heures à 9 heures [voir figures 13 et 14].

Puis pendant une minute, faites des mouvements de balancier de 3h à 9h, à l'intérieur et à l'extérieur en appuyant un peu plus [voir figure 15]. Prenez le temps de respirez calme-



figure 15

ment et d'appivoiser en douceur ces nouvelles impressions...

Avancez maintenant votre pouce de toute sa longueur dans le vagin. Vous pouvez procéder aux pressions/étirements.

Pressions en rayons de soleil : massage interne

Ces massages font émerger des impressions particulières s'apparentant à une envie



figure 16

d'aller à la selle, à une légère brûlure, à une douleur ou à une ouverture. Ces sensations sont normales et disparaissent au bout de deux semaines de massage. Dès que vous vous sentez prête et parfaitement détendue, faites un soupir... En expirant, exercez une pression douce mais ferme sur le rebord du vagin en direction du coccyx (à 6 heures) (voir figure 16). Observez les sensations.

Probablement que votre anus s'est contracté



figure 17

dans un réflexe dit défensif. En effet, le périnée réagit à la pression comme si c'était une selle qui descendait subitement afin de la contenir. Dès que la pression devient désagréable, ne progressez plus et maintenez l'appui. Prenez votre temps, respectez-vous.

Prenez conscience de cette résistance naturelle (qui limiterait la descente du bébé lors de sa naissance) et respirez calmement



et profondément en relâchant l'anus pour inhiber ce réflexe. Alors la pression du doigt peut aller doucement plus loin, jusqu'au prochain réflexe. Considérez les différences de sensation entre celle où le périnée est contracté et celle où vous le relâchez grâce à votre volonté. Ainsi, progressivement vous apprivoisez votre périnée et vous lui apportez de pouvoir s'étirer au-delà de ses limites habituelles.

Plus vous pratiquerez, plus vous sentirez vos capacités de relâchement s'améliorer. Selon vos perceptions, vous pourrez évoluer au fil des jours vers les pressions en rayons de soleil. (Faites de même vers 3h, 4h30, 7h30 et 9h) (voir figure 17 page 27).

Puis vous pourrez pratiquer les étirements solaires (voir figure 18).

Étirements solaires : massage interne

Après plusieurs entraînements aux pressions, vous pouvez progresser vers les étirements, car bébé au moment de sa naissance, avancera en repoussant les tissus du périnée (un peu à l'image d'un chasse-neige), (voir figure 12 page 24 et figure 18). A ce moment-là, se produiront à la fois une forte pression et un important étirement de tout l'arc périnéal (de 3h à 9h) accompagné le plus souvent d'une irrépressible envie de pousser et/ou d'une sensation d'écartement souvent douloureuse.



Il sera alors nécessaire de relâcher volontairement l'anus tout en poussant l'enfant à naître.

En pratiquant quotidiennement les étirements solaires, vous vous familiarisez avec ces sensations, qui de «douleurs» deviendront «repères» : «Ca y est, je sens que le bébé va naître».

C'est la même technique que la pression, mais au lieu de relâcher l'appui, vous continuez tout en maintenant la pression, en faisant glisser le pouce vers l'extérieur (pression + étirement simultané), [voir figure 16 page 27 et figure 18].

- expirez et exercez une pression douce mais ferme sur le rebord du vagin en direction du coccyx (6 heures)
- inspirez et maintenez l'appui
- expirez à nouveau et avancez votre pouce vers l'extérieur pour déplisser le périnée un peu comme un accordéon qui s'ouvre. Avancez

jusqu'à ce que le pouce s'extériorise. Beaucoup de femmes expriment une sensation de brûlure qui disparaît au bout d'une quinzaine de jours de massage.

Lorsque vous arrivez au niveau de la peau qui s'étire, la sensation est plus aigüe ; relâchez bien votre anus et terminez le mouvement. Faites ceci dans toutes les directions 3h, 4h30, 7h30 et 9h.

Il n'est pas recommandé de masser entre 10h et 2h [selon le schéma de la figure 14 en page 26].

Petit à petit, des liens entre votre cerveau et votre périnée se tissent pour vous dévoiler une conscience de votre musculature intime et acquérir la maîtrise de celle-ci. D'un réflexe défensif, vous cheminez vers une réponse d'ouverture.

RÉSUMÉ :

L'épisiotomie est un acte encore régulièrement pratiqué dans les salles de naissance françaises. Nous savons maintenant que cette pratique augmente la morbidité maternelle, mais il est difficile de modifier des habitudes professionnelles acquises depuis de nombreuses années. Néanmoins, il existe un critère sur lequel nous pouvons agir et qui pourrait permettre d'améliorer le bien-être des femmes en post-partum : la technique de réfection de l'épisiotomie.

À travers ce mémoire, nous avons souhaité évaluer l'influence de la technique de suture de l'épisiotomie sur les douleurs périnéales, les dyspareunies et l'incontinence anale à 8 semaines post-partum. Pour ce faire, nous avons réalisé une enquête prospective auprès de 70 patientes ayant subi une épisiotomie.

Nous avons pu constater que la technique de suture dite « un fil un nœud » engendre peu de douleurs périnéales et peu de dyspareunies à distance de l'accouchement par rapport à la technique dite « classique ». Nous avons également mis en évidence l'importance des troubles de la continence anale chez les patientes ayant subi une épisiotomie.

Nos recherches nous ont permis de développer des perspectives d'avenir en ce qui concerne la généralisation de l'utilisation de la technique « un fil un nœud » et la réduction du taux d'épisiotomies en France.

TITRE :

Influence de la technique de suture de l'épisiotomie sur les douleurs périnéales, les dyspareunies et l'incontinence anale à 8 semaines post-partum

MOTS-CLÉS :

Episiotomie – Suture – Douleur périnéale – Dyspareunies – Incontinence anale

ADRESSE DE L'AUTEUR :

PLAGNARD Julia
La Grand-Maison
69770 MONTROTTIER

Année 2012