



<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>

UNIVERSITE CLAUDE BERNARD LYON 1
FACULTE DE MEDECINE ET DE MAÏEUTIQUE LYON SUD-CHARLES MERIEUX
CENTRE DE FORMATION MAÏEUTIQUE DE BOURG-EN-BRESSE

Déchirures simples du périnée, quelle prise en charge : Suture ou non-suture ?

Mémoire présenté par

Estelle MICONNET

Née le 10 mai 1994

En vue de l'obtention du diplôme d'état de sage-femme

Promotion 2014-2018

Table des matières

Remerciements.....	3
Abréviations.....	4
Avant-propos	6
Introduction.....	9
Objectifs de l'étude	16
Hypothèses de l'étude	16
Matériel et méthode	18
Type d'étude	18
Population étudiée	18
Recueil de données.....	19
Résultats et analyse	22
Discussion	31
Les biais de l'étude.....	31
Discussion de l'analyse des résultats.....	33
Propositions.....	39
Conclusion	43
Références bibliographiques	45
Bibliographie.....	48
Annexes	51

Remerciements

Je remercie toutes les mamans qui ont gentiment accepté de participer en répondant au questionnaire, ainsi que les sages-femmes libérales qui ont pris du temps pour me répondre, me faire partager leur expérience et me permettre de réaliser cette étude. Je remercie également les sages-femmes de la maternité de Firminy qui se sont intéressées à mon travail et m'ont permis d'interroger les patientes du service.

Un grand merci à toutes les formatrices de l'école de sage-femme de Bourg-en-Bresse pour leur encadrement pendant ces 4 années de formation, et particulièrement à Paola BONHOURE qui m'a énormément aidée et guidée pour ce travail de mémoire.

Je remercie mon directeur de mémoire, le Dr Grégoire THERY pour son implication, son enthousiasme pour le sujet, le partage de son expérience, et son aide indispensable.

Une pensée toute particulière à Lucine, Zoé, Lucille, Louise, Mallaury et Lucie, des amies précieuses et toujours fidèles qui ont rendu ces années inoubliables.

Enfin, mille mercis à mes parents et mes deux merveilleuses petites sœurs Marion et Alexandra qui m'ont toujours soutenue dans ma vie et tout au long de mes études.

Abréviations

PRADO : Programme d'accompagnement au retour à domicile après hospitalisation

CNGOF : Collège national des gynécologues et obstétriciens français

PHAM : « Premières heures au monde »

MEOPA : Mélange équimolaire d'oxygène et de protoxyde d'azote

CHU : Centre hospitalier universitaire

AL : Anesthésie locale

IM : Intra musculaire

PEC : Prise en charge

RS : Rapports sexuels

AVANT-PROPOS

Avant-propos

A l'occasion de stages en cabinet libéral, j'ai pu constater, chez les femmes, l'expression de sensations douloureuses liées à la suture de leur déchirure périnéale. Effectivement, lors de consultations à domicile, dans le cadre du PRADO (programme d'accompagnement au retour à domicile après hospitalisation), moins de 7 jours après l'accouchement, plusieurs patientes nous ont signalé des points trop serrés au niveau du périnée, rendant les tâches quotidiennes inconfortables. L'ablation de ces derniers, souvent situés à la fourchette vulvaire (jonction entre la peau et l'entrée du vagin) a soulagé instantanément la plupart d'entre-elles. Je me suis alors interrogée sur la véritable nécessité et le réel intérêt pour la patiente de suturer des déchirures faiblement étendues.

Dans les différents services, nous retrouvons une grande variabilité interindividuelle des praticiens concernant leurs préférences de prise en charge (PEC) des déchirures spontanées du périnée et éraillures survenant à l'accouchement. Certains décident de suturer et au contraire d'autres, par leurs expériences et/ou observations, laissent ces traumatismes périnéaux non suturés.

Ces différentes manières de prendre en charge varient en fonction du lieu d'accouchement, des habitudes de services, de l'expérience et des convictions des professionnels. Au cours de mes stages et de mes recherches, je me suis rendue compte que de plus en plus de sages-femmes, travaillant notamment en plateaux techniques ou pratiquant des accouchements à domicile, choisissaient (en accord avec leurs patientes) de ne pas suturer les éraillures et les déchirures de premier et parfois de second degré. Le suivi de ces patientes, souvent global, témoigne, à distance de l'accouchement, d'une très bonne cicatrisation avec une douleur minimisée.

En effet, le syndrome algique périnéal est un problème courant dans les suites de la naissance, il est associé au traumatisme périnéal résultant d'un accouchement par voie basse. Il est rapporté la plupart du temps, une douleur plus sévère dans le post-partum immédiat, mais une gêne ou des douleurs d'intensité variable peuvent persister durant plusieurs semaines (40% des femmes décrivent une douleur à 2 semaines du post-partum, et 20% à 8 semaines). (1)

Dans ce mémoire, nous chercherons à mettre en évidence la technique la plus adaptée pour nos patientes, en comparant l'influence de la suture et de la non-suture des déchirures simples du périnée sur la douleur et la cicatrisation, afin d'optimiser leur prise en charge et d'améliorer leur confort dans les suites de couches.

INTRODUCTION

Introduction

Les traumatismes du périnée constituent la forme la plus commune de blessure obstétricale. Dans la majorité des cas, les déchirures périnéales sont suturées. Chaque année des millions de femmes à travers le monde expérimentent la suture du périnée à la suite de leur accouchement. Néanmoins, la réparation chirurgicale, de ces déchirures, peut être associée à des douleurs, à un inconfort et peut perturber, le lien mère-enfant, l'activité normale dans le post-partum, la reprise des rapports sexuels (RS) et éventuellement l'allaitement. Hors, la suture de petites déchirures ne semblent pas toujours nécessaire à l'obtention d'une cicatrisation efficace. La cicatrisation naturelle se définit comme le processus physiologique par lequel le corps remplace et restaure les fonctions du tissu endommagé.

La prise en charge des traumatismes du périnée est une composante essentielle des soins de routine en maternité. L'impact de la réalisation d'une suture, sur la charge de travail des professionnels de santé et sur les ressources financières des services hospitaliers n'est pas négligeable et est aussi à prendre en compte. (2) (3)

Les taux de déchirures périnéales sont encore peu référencés en particulier s'il s'agit d'éraillures ou de déchirures n'ayant pas nécessité de sutures. (1)

Effectivement, des lésions traumatiques du périnée surviennent spontanément et de manière commune dans la plupart des accouchements voie basse. La classification des déchirures du périnée se définit selon l'atteinte anatomique :

Le premier degré correspond à une déchirure qui concerne la muqueuse vaginale, la fourchette ou la peau du périnée. Le deuxième degré, qualifie une déchirure plus profonde avec une atteinte de la muqueuse vaginale, du tissu sous-muqueux, et des muscles du périnée avec principalement une déchirure du muscle transverse pouvant s'étendre vers le sphincter anal tout en respectant son intégrité. Dans les 3^{ème} et 4^{ème} degrés la déchirure traverse le corps périnéal, le muscle périnéal transverse et le sphincter anal, différents stades sont alors définis en fonction de la gravité de l'atteinte du sphincter. En cas de déchirure complète, la lésion, dont la dimension varie, s'étend sur la paroi rectale antérieure. (4)

Dans les dernières recommandations françaises pour la pratique clinique, publiées en 2015, par le Collège national des gynécologues et obstétriciens français (CNGOF), concernant le post-partum, la prise en charge des éraillures, et des déchirures de 1^{er} ou 2nd degré n'est pas mentionnée.

En outre, en cas de désunion d'une suture périnéale, le CNGOF n'indique la reprise chirurgicale que si celle-ci est jugée importante. Pour des désunions peu étendues, aucun argument ne privilégie la chirurgie par rapport à la cicatrisation dirigée qui est à adapter en fonction des caractéristiques de la plaie (par des soins locaux, une désinfection quotidienne, un pansement absorbant en cas de sécrétion...). (5)

Effectivement, les études actuelles ne permettent pas de conclure sur la préférence d'une conduite à tenir. Pour de nombreuses femmes, la désunion d'une suture périnéale sera prise en charge par l'expectative, alors que d'autres seront resuturées, en fonction des choix de pratique du professionnel et de ses possibilités d'exercice. L'article de Dudley LM et al, publié en 2013 dans la Cochrane Library sur la comparaison entre une suture secondaire ou l'absence de suture des désunions des plaies périnéales de l'accouchement conclue sur une insuffisance de preuves pour évaluer les bénéfices et les risques de l'une ou l'autre des techniques. Selon les auteurs, il y a un besoin urgent d'essai randomisé solide pour évaluer pleinement les effets comparatifs des deux options de traitement. (3)

Les recommandations sur les techniques de réparation et de suture ne sont mentionnées que pour les déchirures atteignant le sphincter anal (3^{ème} et 4^{ème} degré). (5)

En France, dans la plupart des hôpitaux, la pratique courante est de suturer les déchirures du périnée quelque que soit l'atteinte et l'étendue de celle-ci.

La suture des plaies périnéales est motivée, le plus souvent, par la préservation de l'intégrité du périnée en assurant la reconstruction anatomique et pour favoriser une hémostase plus rapide.

Cependant, de plus en plus de sages-femmes ayant une activité au domicile des patientes, en plateau technique ou en maisons de naissances, ainsi que certains professionnels exerçant en hôpitaux, essayent de modifier leurs pratiques et de favoriser la non-suture, au profit d'une cicatrisation naturelle, dans le but d'améliorer le confort des patientes.

La décision de suturer ou non se base sur le jugement clinique de la sage-femme, mais repose également sur les préférences des femmes ayant reçu une information loyale sur le manque de résultats à long terme de la non-suture et sur le risque d'une guérison plus lente mais potentiellement associée à un meilleur confort dans le post-partum. (2)

La plupart du temps, l'information donnée à la patiente sur l'atteinte anatomique de son périnée est très succincte et son avis n'est pas demandé quant à la prise en charge des éraillures et/ou de la déchirure. Dans les services hospitaliers, l'accoucheur impose le plus souvent la suture des plaies périnéales.

Au Royaume-Uni, les données relatives à la douleur périnéale et à la cicatrisation, comparant la suture et la non-suture des déchirures survenant au cours de l'accouchement, restent limitées. Selon les recommandations du collège royal des sages-femmes, les praticiens doivent rester prudents quant à la non-suture des déchirures périnéales à moins que la patiente ne le demande explicitement. En effet, certaines études montrent un bénéfice associé à la non-suture de la peau en termes de réduction de la douleur et des dyspareunies superficielles. Cependant, celles sur lesquelles se basent les recommandations ne montrent pas de différences significatives sur la douleur périnéale à 10 jours du post-partum entre les groupes suture et non-suture. En cas de non-suture, il faut être conscient du risque accru de béance dans le post-partum immédiat. Néanmoins, 2 semaines après l'accouchement, la différence retrouvée, entre les deux groupes, n'est plus significative. (6)

Selon l'article d'Elharmeel SMA et al, publié en 2011 dans la Cochrane, comparant la suture versus la non suture des déchirures spontanées de 1^{er} et 2nd degré du périnée, aucune différence significative n'est observée entre les 2 groupes sur l'étude des critères suivants : douleur ou complications de la plaie, auto-évaluation de la douleur et de l'inconfort jusqu'à 8 semaines du post-partum et reprise des rapports sexuels. L'utilisation d'un traitement antalgique varie selon les études, mais est généralement majorée dans le groupe suturé. Des différences étaient retrouvées, entre les groupes, sur la fermeture et le rapprochement des berges de la déchirure. Globalement la cicatrisation est plus rapide si la déchirure a été suturée. Cependant, il est important de noter que les patientes participant à l'étude présentaient plus de déchirures de 2^{ème} degré (30 femmes sur 33),

donc aucun argument ne peut ressortir en faveur ou non de la suture des déchirures de 1^{er} degré.

L'utilisation d'alternatives à la suture (par exemple de la colle cutanée) permet un meilleur rapprochement des berges de la plaie, une diminution du risque de saignement et de la formation d'hématome. La gestion conservatrice peut réduire l'expérience douloureuse de la déchirure mais les résultats à long terme doivent encore être déterminés. (2)

Les patientes, ayant bénéficié de la suture d'une déchirure du 2nd degré, ont généralement utilisé plus d'antalgiques à la sortie de l'hôpital. Cependant les scores de douleur étaient similaires entre les groupes suture et non suture. De même, les résultats comparant l'incontinence urinaire ou anale, l'activité et les fonctions sexuelles ne varient pas entre les groupes.

En ce qui concerne les résultats cliniques, aucune prise en charge ne semble prendre l'avantage, jusqu'à huit semaines du post-partum. Les preuves ne sont pas suffisantes pour suggérer qu'une méthode soit supérieure à l'autre pour la guérison et le rétablissement dans le post-partum immédiat et à long terme, mais la nécessité de suturer une déchirure mineure du périnée (premier degré) n'est pas clairement identifiée. La conclusion des auteurs porte sur le besoin de recherches supplémentaires afin d'évaluer plus spécifiquement les effets de la suture versus l'absence d'intervention sur le périnée, sur la douleur et les complications fonctionnelles à long terme dans le post-partum. (2)

La prise en charge par la suture semble ne pas modifier le testing du plancher pelvien par rapport à la non suture. Ainsi, aucune disparité n'est retrouvée concernant l'anatomie du périnée et les mesures du hiatus génital. (7) La qualité de la réparation et la reconstruction anatomique n'est donc pas négligée en cas de non suture.

L'étude de B Gordon et al. est une évaluation randomisée de la réparation périnéale en 2 plans laissant la peau non suturée. Cette politique de réparation est comparée à une réparation en 3 plans incluant une fermeture de la peau par des points séparés ou un surjet sous cutané. (8)

Pour cela, 1780 patientes, nécessitant la réfection d'une épisiotomie ou d'une déchirure de 1er ou 2nd degré survenant spontanément au cours d'un accouchement avec ou sans extraction instrumentale, ont été recrutées. La comparaison entre les deux techniques s'effectue sur la douleur et la cicatrisation à 24-48h, à 10 jours et à 3 mois du post-partum, le besoin d'ablation de la suture, la nécessité de resuturer et les dyspareunies.

A 24-48h et à 10 jours, la douleur périnéale est similaire dans les 2 groupes. Une différence hautement significative de béances cliniquement évaluées est observée à 24-48h chez les patientes non suturées, celle-ci est toujours présente à 10 jours mais est cependant clairement moins marquée. Néanmoins, aucun effet indésirable n'a été mis en évidence dans le groupe expérimental et à 10 jours du post-partum, la cicatrisation du périnée est similaire dans les 2 groupes. La sensation de points trop serrés est nettement inférieure chez les patientes dont la peau n'est pas suturée (moins de patientes ont sollicité l'ablation de point dans ce groupe). A 3 mois du post-partum, une réduction de la douleur périnéale, et des dyspareunies est constatée en cas de réparation en 2 plans. (8)

La plaie résultant de la technique de réparation en 2 plans peut être assimilée à une déchirure de 1^{er} degré ou à une éraillure, correspondant en effet à une atteinte périnéale de la peau et/ou de la fourchette vulvaire.

L'amélioration des résultats dans le groupe expérimental était aussi associée à la réduction de l'utilisation de ressource en termes de temps nécessaire au retrait du matériel de suture. La technique en 2 plans, aussi efficace que celle en 3 plans, est cependant moins coûteuse, ce qui la rend prédominante en termes de santé économique. Mais l'adoption de cette technique serait un changement significatif des pratiques des professionnels. (9) (8)

L'intérêt de la non suture est également illustrée dans une étude menée au Danemark en 2005 par Kindberg et al sur 400 patientes opposant la suture continue à la suture en plans séparés dans la réparation des épisiotomies et des déchirures de 2nd degré. Pour cette étude, il a été recommandé, dans chaque groupe, de ne pas suturer la peau, l'incidence de la douleur périnéale étant effectivement augmentée en cas de suture cutanée. (9) La fermeture de la peau par la suture n'apparaît donc pas comme nécessaire à la bonne cicatrisation du périnée.

Par ailleurs, le surjet continu reste préférable pour la réparation des épisiotomies et des déchirures car il diminue la douleur périnéale en post-partum et réduit le risque de déhiscence. La satisfaction des patientes est également plus grande. (10)

Les études tendent à montrer que la suture accélère la cicatrisation, mais le manque de référence, concernant les éraillures et les déchirures de 1^{er} degré, ne permet pas d'affirmer que celle-ci soit de meilleure qualité. De plus la suture semble majorer l'inconfort dans le post-partum pour ce qui est de la douleur et des dyspareunies. Néanmoins, une grande majorité de professionnels favorise la prise en charge de ces traumatismes périnéaux par la réalisation de sutures. Nous pouvons alors nous interroger sur les motivations de ce choix lorsque la lésion périnéale est peu étendue.

L'étude qui suit a été menée sur 37 patientes ayant accouché spontanément par voie basse et pour lesquelles la lésion périnéale survenue à l'expulsion correspond à une éraillure ou à une déchirure de 1^{er} degré. En fonction de la prise en charge de leur déchirure, ces patientes ont été réparties en 2 groupes : suture et non suture. Les deux groupes sont comparés à l'aide de questionnaires adressés aux patientes afin d'évaluer les conséquences de l'une ou l'autre des prises en charge. Les objectifs et hypothèses de l'étude seront énoncés, puis nous présenterons les modalités de l'étude et les résultats de celle-ci.

OBJECTIFS ET HYPOTHESES

Objectifs de l'étude

Cette étude a été effectuée avec l'objectif principal d'évaluer, sur différents items, l'influence de la prise en charge, par la suture ou la non-suture, des déchirures simples. La comparaison entre les deux techniques repose sur la douleur ressentie par les patientes (pendant le geste de suture et le lendemain de l'accouchement), sur la présence de brûlures mictionnelles, et sur l'utilisation de moyens antalgiques et/ou d'aide à la cicatrisation. A distance de l'accouchement (6-8 semaines du post-partum), les deux groupes sont également comparés sur la restitution anatomique, la survenue de complications infectieuses, les difficultés sphinctériennes, la persistance de la douleur périnéale dans la vie quotidienne, l'information reçue et la reprise d'une activité sexuelle.

L'étude permet aussi dans un objectif secondaire de mettre en évidence les différences médico-économiques. Celles-ci sont évaluées en termes de matériel utilisé nécessaire à la réparation de la déchirure et de temps passé à suturer.

L'intérêt de l'étude est d'apporter l'opportunité aux sages-femmes et aux patientes de choisir la technique optimale pour diminuer la douleur et améliorer la qualité de vie à court et long terme, sans entraver la reconstruction anatomique et la santé de la patiente.

Hypothèses de l'étude

Les hypothèses émises sont les suivantes :

- L'absence de suture ne modifie pas le processus de cicatrisation et celle-ci n'est pas plus douloureuse.
- La restitution anatomique n'est pas altérée.
- La réalisation d'une suture peut être responsable de douleur à court et moyen terme
- La suture n'empêche pas les brûlures mictionnelles.
- La réalisation d'une suture entraîne un coût supplémentaire en termes de temps pour les professionnels de santé et de matériel médical.
- A la suite d'une suture périnéale, la reprise des rapports sexuels est plus souvent accompagnée de douleurs.

MATERIEL ET METHODE

Matériel et méthode

Type d'étude

Il s'agit d'une étude prospective visant à comparer la suture à la non-suture. La période de recrutement des patientes s'étend d'octobre à décembre 2017. Nos effectifs dans chaque groupe étant restreints ($N < 30$), nous avons eu recours au test exact de Fisher pour évaluer la significativité des résultats.

En raison de la faible quantité d'étude sur le sujet, aucune restriction de langue ou de date de parution des résultats n'a été établie pour la recherche de références.

Population étudiée

L'effectif des patientes incluses dans le groupe non suture est de 15. Parmi elles, 5 ont accouchées à domicile, 4 à l'hôpital de Firminy (dont 3 dans le cadre du suivi global par une sage-femme libérale), 6 à la maison de naissance PHAM de Bourgoin-Jallieu.

Le groupe suture compte un effectif de 22 patientes dont 20 ont accouché à la maternité de Firminy, et 2 à la maison de naissance PHAM de Bourgoin-Jallieu.

Le centre hospitalier Le Corbusier de Firminy comporte une maternité de Niveau 1 comptabilisant environ 1250 naissances par an (11). Il a été choisi préférentiellement pour le recrutement des patientes suturées en raison d'une activité moindre qu'en centre hospitalier universitaire (CHU) permettant aux sages-femmes d'avoir plus de temps auprès de leurs patientes. Le service favorise l'accouchement physiologique et l'accompagnement dans la gestion de la douleur en l'absence de péridurale. La salle d'accouchement est également équipée d'une salle nature. Ces éléments ont été pris en compte de manière à se rapprocher des conditions d'accouchement en maisons de naissances afin d'obtenir des groupes comparables en diminuant le biais du lieu d'accouchement.

Les critères d'inclusion

L'inclusion des patientes dans l'étude repose essentiellement sur l'atteinte anatomique du périnée. Les patientes retenues sont celles pour lesquelles la présence d'éraillures et/ou d'une déchirure de type 1 a été identifiée. L'âge et la parité n'ont pas été pris en compte. Le recours à la péridurale n'a pas influencé l'inclusion.

Les critères d'exclusion

Les patientes, dont le périnée est resté intact ou celles ayant subies une déchirure spontanée aboutissant à des lésions de 2^{ème}, 3^{ème} ou 4^{ème} degrés, ont été exclues de l'étude. De même, les patientes ayant nécessité la pratique d'une épisiotomie n'ont pu être incluses.

Les conditions d'accouchements non physiologiques, c'est-à-dire, déclenchement du travail (par prostaglandines, ocytocine ou ballonnet), ou accouchements par voie basse par extractions instrumentales (par ventouse, forceps ou spatule) sont des critères d'exclusion des patientes de l'étude.

Recueil de données

Un questionnaire (annexe I) composé de 3 parties a été présenté à la cadre du service de maternité de Firminy et distribué à des sages-femmes libérales exerçant en maison de naissances, en plateau technique ou au domicile des patientes.

La première partie, à remplir par le professionnel de santé présent à l'accouchement, renseigne le type de déchirure (éraillures et/ou déchirure simple), l'atteinte anatomique, l'utilisation ou non d'anesthésie péridurale et la prise en charge de la déchirure par la suture ou l'absence d'application de point. Si une suture est réalisée, le professionnel doit indiquer : le temps nécessaire à la suture, l'utilisation de matériel spécifique, l'indication de cette prise en charge (reconstruction anatomique et/ou hémostase), le type de suture réalisé, les fils utilisés, la présence ou non de point au niveau de la fourchette vulvaire, et la nécessité d'anesthésie (réinjection d'un bolus en cas de péridurale, anesthésie locale (AL), utilisation du mélange équimolaire d'oxygène et de protoxyde d'azote (MEOPA)).

La deuxième partie du questionnaire comporte 8 items, à l'attention de la patiente. Idéalement, elle est interrogée dans les 3 jours qui suivent la naissance, soit, pendant son séjour à la maternité si l'accouchement a eu lieu à l'hôpital. La patiente doit coter sa douleur à l'aide de l'échelle visuelle analogique. Sa réponse est alors traduite par une note sur 10. La cotation de la douleur est demandée au moment du geste de suture (si une suture a été réalisée), puis à J1 du post-partum dans les cas suivants : en position allongée, en position assise, à la mobilisation (au changement de position), à la marche. Ensuite, la patiente est interrogée sur la présence ou non de brûlures mictionnelles et sur la cotation de la douleur au moment de la miction si celle-ci sont présentes. La dernière

question de cette partie recense les moyens antalgiques ou d'aide à la cicatrisation utilisés (aucun moyen, traitements analgésiques, homéopathie, glace, argile blanche, ou autres)

La troisième et dernière partie composée de 12 questions s'adresse également à la patiente. Le recueil des réponses s'organise par téléphone entre 6 et 8 semaines du post-partum. Il est alors recherché : la qualité et l'intégrité de la cicatrisation, la présence ou non de complications infectieuses, les difficultés à la miction et/ou à la défécation, la persistance de douleur en position assise et la durée pour laquelle cette douleur a été présente dans le post-partum. La patiente est également interrogée : sur l'appréhension que la déchirure a pu susciter chez elle, sur l'information qu'elle a reçue concernant l'atteinte anatomique de son périnée, sur le type de prise en charge de la déchirure et son accord quant à cette décision. Les 3 dernières questions abordent la reprise d'une activité sexuelle, l'appréhension à reprendre les rapports sexuels après une déchirure, et enfin le ressenti de douleurs, de tiraillements, de sensations désagréable, de perte de sensibilité, ou d'aucune douleur à la reprise des rapports.

Chaque patiente interrogée doit signer le formulaire de consentement et renseigner un numéro de téléphone. Par ce formulaire, elles sont informées de l'anonymat et de la protection des données personnelles, des modalités du questionnaire, et des 3 questions abordant le sujet des rapports sexuels qu'elles peuvent ignorer si elles le souhaitent.

Suite à la présentation des modalités pratiques de cette étude, les résultats extraits des questionnaires sont recensés et analysés ci-dessous.

RESULTATS ET ANALYSE

Résultats et analyse

L'identification de la lésion périnéale est similaire dans les 2 groupes : 36% d'éraillures et 77% de déchirures simples dans le groupe suturé contre 27% d'éraillures et 80% de déchirures simples dans le groupe de patientes non-suturées.

L'atteinte anatomique varie entre les groupes, la muqueuse vaginale semble plus fréquemment lésée dans le groupe de patientes ayant été suturées, alors que l'atteinte de la fourchette vulvaire est plus souvent reportée dans le groupe expérimental.

Le recours à l'anesthésie péridurale est beaucoup plus important dans le groupe suture : 13 patientes sur 22 contre 1 sur 15 dans le groupe non-suture. Cette différence peut s'expliquer par le lieu d'accouchement en maternité où l'accès à la péridurale est possible et est fréquemment proposée aux patientes.

La prise en charge par la suture : réalisation de celle-ci

En moyenne, le temps nécessaire au professionnel de santé pour réaliser la suture d'une éraillure et/ou d'une déchirure de 1^{er} degré est de 16,3 minutes. Pour 18 patientes sur 22, soit dans 82% des cas, l'utilisation de matériel spécifique à la suture, en supplément des fils et des compresses, a été requise.

Toutes les patientes concernées par cette prise en charge ont été suturées dans un but de reconstruction anatomique du périnée. L'hémostase de la plaie a été l'indication principale en plus de la reconstruction anatomique pour seulement 3 d'entre-elles.

Les sages-femmes n'ont utilisé que du fil résorbable pour la réfection des déchirures. Le fil Polysorb 2.0 a été plus fréquemment choisi (dans 14 sutures sur 22), puis le Vicryl 3.0 rapide a été employé pour 9 sutures, l'Optime R 3.0 a été utilisé dans 5 sutures, et enfin le choix du Vicryl 2.0 a été fait pour 3 sutures. L'utilisation de plusieurs types de fils pour une même patiente est souvent reportée.

La muqueuse vaginale a systématiquement été réparée par un surjet (celle-ci étant atteinte chez 19 patientes). Des points séparés ont été réalisés chez 16 patientes, et pour 11 d'entre-elles ces points ont été faits au niveau de la fourchette vulvaire.

Parmi les 13 patientes sous péridurale, seule une patiente a bénéficié d'une anesthésie locale en complément pour la réalisation de la suture. Pour les patientes ayant accouché

sans anesthésie, 8 d'entre-elles ont bénéficié, pour la réparation de leur déchirure, d'une anesthésie locale (AL) (par pulvérisation de Xylocaïne et/ou injection en intramusculaire (IM) de Lidocaïne), et 2 ont eu recours au MEOPA (l'une d'elles l'ayant utilisé en plus de l'anesthésie locale).

Sur les 22 patientes du groupe, 10 n'ont ressenti aucune douleur pendant la suture. Parmi elles, 8 patientes avaient une analgésie péridurale suffisante, une patiente a bénéficié d'une AL par pulvérisation de xylocaïne en complément de sa péridurale, et une patiente qui n'avait pas de péridurale a reçu une AL par pulvérisation de xylocaïne doublé d'une injection de lidocaïne en IM. Les 12 autres patientes ont coté une douleur en moyenne égale à 4,1/10 pendant le geste. Parmi ces 12 patientes, 4 étaient sous péridurale qui s'est avérée peu efficace pendant la suture. L'anesthésie du périnée, pendant le geste de réfection de la déchirure, était donc insuffisante pour 54,5% du groupe.

Evaluation de la douleur à J1 en suites de couches (Figure 1 et 2)

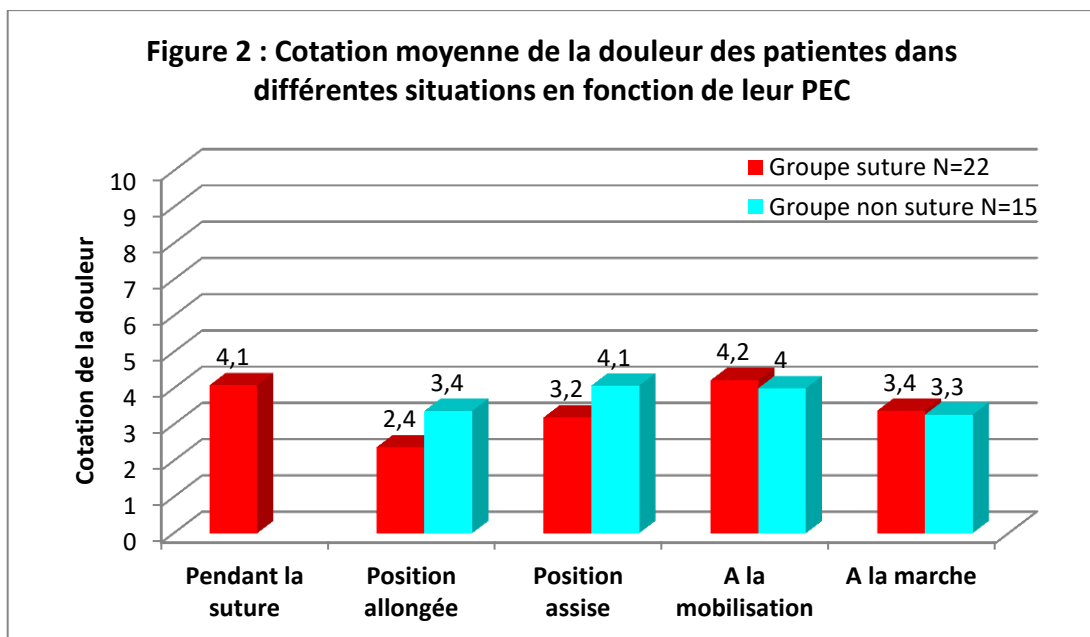
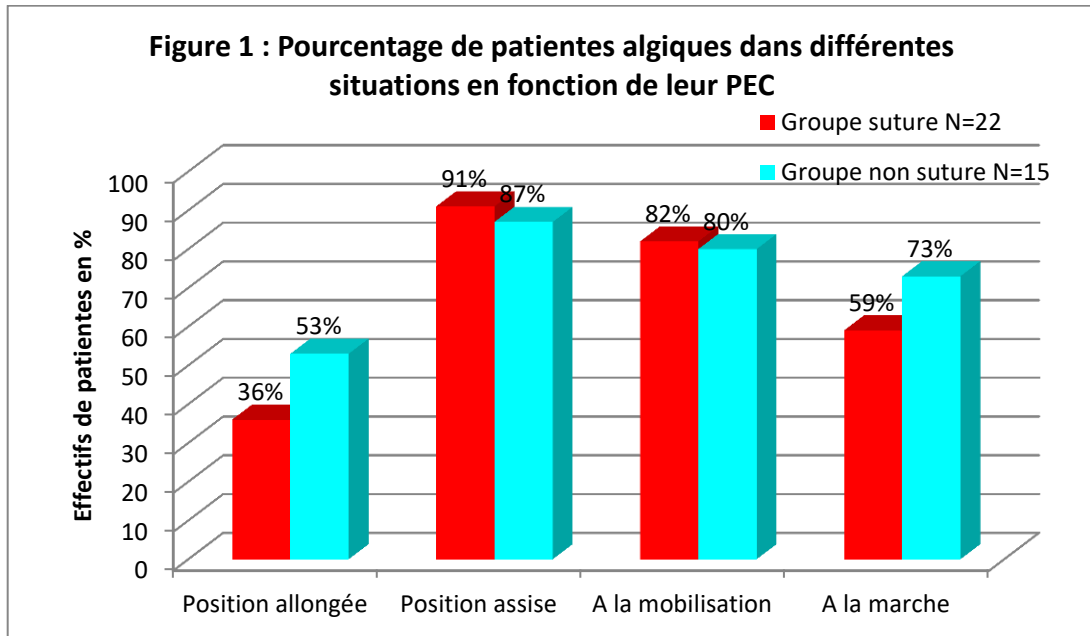
En position allongée, au repos, parmi les patientes suturées, 36% étaient algiques et évaluaient leur douleur en moyenne à 2,4/10. Dans le groupe de patientes non suturées, 53% d'entre elles cotaient une douleur moyenne à 3,4/10, le reste du groupe n'exprimait pas de douleur dans cette position.

La position assise est celle pour laquelle le nombre de patientes algiques est le plus important, 91% des patientes suturées et 87% des patientes non suturées. La douleur moyenne est évaluée à 3,2/10 en cas de suture, contre 4,1/10 en l'absence de suture.

La mobilisation, c'est-à-dire le changement de position, correspond à une situation où le ressenti et la cotation de la douleur étaient similaires dans les 2 groupes (82% des patientes suturées et 80% des patientes non suturées). Celle-ci étant évaluée à 4,2/10 dans le groupe suture et à 4/10 dans le groupe non suture.

A la marche, 59% des patientes suturées ressentaient une douleur cotée en moyenne à 3,4/10, contre 73% des patientes non-suturées évaluant une douleur en moyenne à 3,3/10. Dans cette situation, la proportion de patientes algiques est supérieure dans le groupe non suture mais l'évaluation de la douleur est similaire dans les 2 groupes, cependant la différence retrouvée n'est pas significative.

Ainsi, la non-suture permet d'éviter d'infliger aux patientes une douleur supplémentaire, qui reste élevée pendant le geste. En effet, les patientes suturées auraient dû bénéficier d'une analgésie plus efficace afin d'atteindre un seuil de douleur tolérable et inférieur à 3.



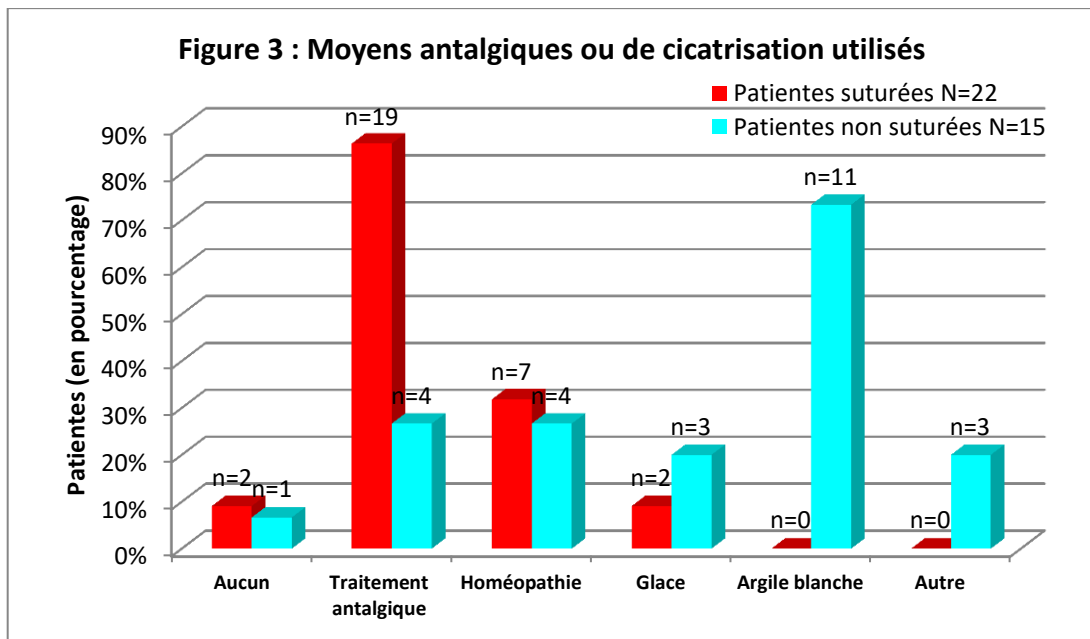
L'étude met en évidence qu'en position allongée, au repos et en position assise, le ressenti douloureux est plus important chez les patientes non suturées dans les 24-48h après l'accouchement. En revanche, à la mobilisation et à la marche, la différence entre les groupes est moins marquée, la cotation de la douleur y est similaire. Les effectifs de patientes algiques dans chaque situation sont reportés en annexe (annexe II) de même

que les effectifs classés en fonction de la note donnée à la douleur (annexe III). Il est cependant important de noter que la consommation d'un traitement antalgique est significativement supérieure chez les patientes suturées (p -value = 0,0004), comme l'illustre la figure 3, « N » correspondant à l'effectif total du groupe et « n » au nombre de patientes recensées pour chaque item. Il doit être noté que pour une même patiente, l'utilisation de plusieurs moyens antalgiques a souvent été faite, la somme des « n » d'un groupe est donc supérieure au « N » de celui-ci.

En effet 86% des patientes du groupe suture (soit 19 patientes sur 22) ont eu recours à la prise systématique de Paracétamol per os (1 g toutes les 6h). Parmi elles, il a été nécessaire pour 6 patientes de compléter ce traitement par de l'Ibuprofène (400 mg 3 fois par jour au moment des repas) ou du Bi-profénid LP (Libération Prolongée) (100 mg matin et soir au cours des repas pendant 48h) afin d'obtenir un seuil de douleur tolérable.

Dans le groupe non suture, seul 27% des patientes (soit 4 patientes sur 15) ont utilisé un traitement antalgique de Paracétamol per os. La glace, en application locale sur le périnée a été en général plus utilisée dans ce groupe, 20% des patientes contre 9% dans le groupe suture.

L'homéopathie a été utilisée de façon similaire dans les 2 groupes, 27% des patientes non suturées et 32% des patientes suturées. De même, les taux de patientes n'ayant nécessité aucun traitement sont relativement proches dans chacun des groupes, 7% pour les patientes non suturées contre 9% dans l'autre groupe.



La présence de brûlures mictionnelles semble être plus élevée pour les patientes n'ayant pas été suturées. En effet 9 d'entre elles (60%) ont signalé ce désagrément et estimaient la douleur ressentie au moment de la miction à 3,9/10. La suture n'empêchant pas forcément la survenue de cet inconfort, 8 patientes sur 22 (36,4%) se sont plaintes de ces brûlures en évaluant une douleur à 4,1/10. La différence que nous retrouvons entre ces groupes n'est pas significative (p-value = 0,19), quelle que soit la technique de prise en charge, le risque de survenue de brûlures mictionnelles est présent.

Comparaison des 2 groupes à distance de l'accouchement

A 8 semaines du post-partum, la cicatrisation est complète pour toutes les patientes (suturees et non-suturees), la fermeture des plaies et la reconstruction anatomique a été constatée pour chacune d'entre elle. Des complications infectieuses sont survenues chez une patiente suturée, cette dernière a réalisé une désinfection quotidienne de ses points à la Bétadine dermique après avoir nettoyé le périnée à la Bétadine scrub, jusqu'à cicatrisation complète de la plaie.

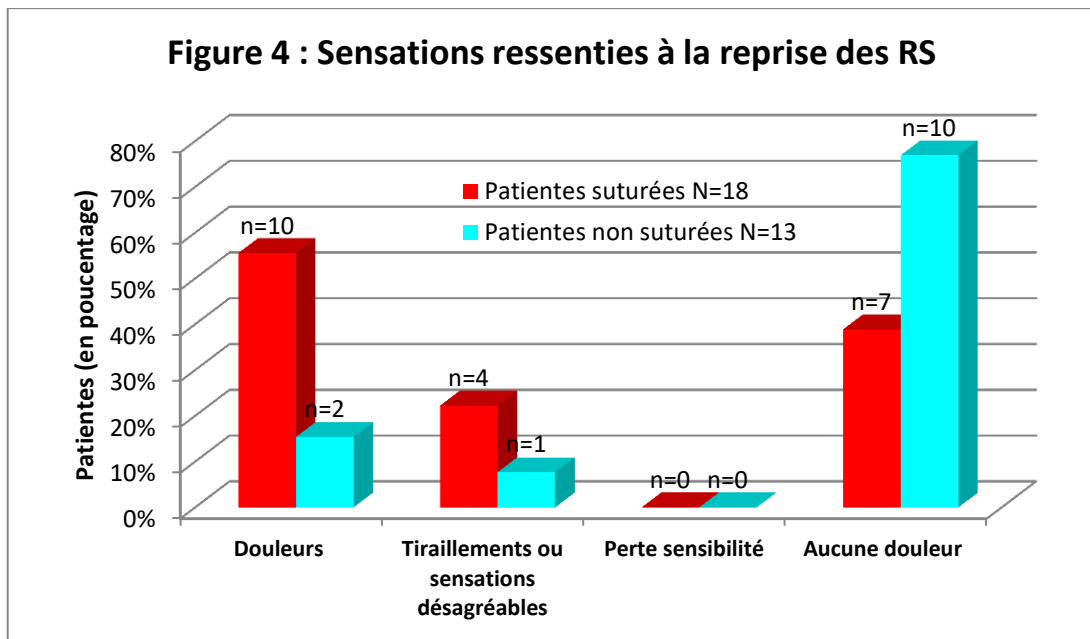
La présence de suture semble augmenter les difficultés de miction et/ou ano-sphinctérienne avec en générale une tendance à la constipation. Effectivement, 9 patientes suturées sur 22 (41%) ont signalé ces troubles, alors que seulement 4 patientes de l'autre groupe ont ressenti une gêne (26%).

La persistance de la douleur, en position assise en post-partum, est majorée de manière significative (p -value = 0,02) par la suture et a duré en moyenne 9,6 jours. Parmi les patientes suturées, 9 témoignent de cette douleur, celle-ci entraînant un inconfort et une perturbation de la réalisation des tâches quotidiennes à la maison. Seule 1 patiente non suturée s'en est plainte.

A 8 semaines après l'accouchement, 18 patientes du groupe suture et 13 patientes du groupe non suture avaient repris les rapports sexuels, soit respectivement 82% et 87% des patientes. Les taux étant similaires dans les 2 groupes, la prise en charge par la suture ne semble pas interférer avec la reprise d'une activité sexuelle. En revanche, les inconforts sexuels sont plus fréquents dans ce cas, chez les patientes suturées, 61% ont ressenti des douleurs et/ou des tiraillements ou des sensations désagréables (11 patientes sur 18). En comparaison, parmi les patientes non suturées ayant repris les rapports, seulement 3 d'entre elles témoignaient d'un inconfort. La tendance à l'augmentation des dyspareunies à la suite d'une suture est visualisée sur la figure 4. En revanche selon le test exact de Fisher la différence retrouvée n'est pas significative (p -value = 0,06 donc supérieur à $\alpha = 0,05$), mais la valeur étant très proche du seuil de significativité, nous pourrions nous demander si avec un effectif plus important cette tendance ne serait pas plus marquée.

77% des patientes non suturées ont repris les rapports sexuels sans aucune douleur, contre 39% dans l'autre groupe. Ces résultats sont représentés dans la figure 4.

Généralement, la suture majore l'appréhension des patientes au sujet de la reprise des rapports, dans cette étude 16 patientes sur 22 suturées soit 73% exprimaient la crainte d'avoir mal contre 47% dans l'autre groupe.



Informations reçues concernant la déchirure

Dans le groupe suture, il ressort que les patientes ont eu plus d'appréhension vis-à-vis de la déchirure et de ses conséquences. Il faut cependant prendre en compte que l'information ante-partum concernant les lésions périnéales est possiblement différente entre les groupes. En effet, dans le groupe non-suture, la quasi-totalité des patientes avaient abordé la question de la déchirure et de sa prise en charge par la non-suture avec leur sage-femme dans le cadre du suivi global. La non-suture n'étant pas très répandue, les sages-femmes ont informé antérieurement leurs patientes sur leurs manières de travailler et sur leur habitude de prise en charge des lésions périnéales.

Dans le groupe suture, les patientes ont principalement accouché à l'hôpital avec l'équipe de garde et n'ont par conséquent pas eu la même opportunité de discuter de leur déchirure et de la suture avant le début du travail et l'accouchement. Pour beaucoup, elles ne s'étaient pas posé la question et avaient fait confiance aux sages-femmes. Toutes les patientes de l'étude ont eu connaissance du type de prise en charge dont elles ont bénéficié et étaient en accord avec celle-ci, excepté 3 patientes suturées qui auraient préféré ne pas avoir de points mais n'ont pas osé le demander.

Concernant l'atteinte anatomique, deux patientes, une dans chaque groupe ont manqué d'information sur la qualification et l'étendue de leur déchirure. Pour les autres, les explications étaient satisfaisantes, claires et précises.

Conclusion de l'analyse

Cette étude nous permet de conclure que la suture, d'une déchirure simple ou d'une éraillure dont le saignement est physiologique et où l'indication n'est que la reconstruction anatomique, n'a pas prouvé sa supériorité quant à la qualité de la cicatrisation. En effet, nous avons constaté l'intégrité anatomique et la cicatrisation complète de la déchirure dans les 2 groupes, à 8 semaines du post-partum. De fait, la suture engendre de surcroît un coût en termes de matériel médical et de temps pour la sage-femme, mais sa réalisation est surtout fréquemment associée à des douleurs supplémentaires infligées aux patientes. A J1 de l'accouchement, le nombre de patientes algiques et la cotation de la douleur varient peu entre les groupes, la survenue de brûlures mictionnelles n'est pas empêchée par la suture même si elles semblent toucher moins de patientes dans ce groupe. Il faut cependant prendre en compte que la consommation d'antalgiques a été plus importante dans le groupe suturé. De plus, les patientes suturées se sont plus fréquemment plaintes de douleurs périnéales résiduelles en post-partum. Nous avons également remarqué que la suture a tendance à majorer l'apparition des dyspareunies à la reprise des rapports sexuels.

Suite aux résultats de notre étude et à la proposition de notre analyse, nous allons énoncer les différents biais rencontrés et passer à la discussion de cette étude.

DISCUSSION

Discussion

Les biais de l'étude

Lieux et conditions d'accouchement

Cette étude soulève un biais important, qui est celui de la structure d'accouchement. Les patientes accouchant en milieu hospitalier ont en général plus souvent recours à une anesthésie péridurale (APD), celle-ci étant absente au domicile ou en maison de naissance. A l'hôpital, elle est en effet disponible et plus facilement proposée aux patientes. Or, selon les études de C. Aveline et Al. et K. Holger et Al., elle peut être à l'origine d'une prolongation de la durée totale du travail en ayant une influence principalement sur la première et la seconde phase. (12) (13) L. Ley et Al. expliquent dans leur cas clinique publié en 2007 dans les annales françaises d'anesthésie et de réanimation que l'induction d'un blocage sensitivo-moteur serait à l'origine d'une incidence plus importante de mauvaise rotation du mobile fœtal et donc d'un défaut de la descente. (14) Un travail d'accouchement plus long peut majorer la fatigue maternelle et donc avoir une incidence sur le ressenti de la douleur qui en est moins supportable.

A noter également, que sous anesthésie, la mobilité des patientes est réduite, et la perception de points douloureux est compromise. La position en décubitus dorsal est souvent adoptée, et les changements spontanés de position sont la plupart du temps retardés, ce qui peut être à l'origine de douleur ou de souffrance neurologique se réveillant en post-partum après arrêt de l'anesthésie. Par la diminution des sensations sous anesthésie et le risque d'une moins bonne perception des réflexes d'expulsion, les efforts de poussée en bloquant sont, par habitude de service, plus fréquemment expliqués et adoptés. Cependant, la pression engendrée sur le périnée est importante. Ainsi, en cas d'APD, les douleurs ressenties par les patientes en suites de couches ne sont pas forcément liées uniquement aux lésions périnéales mais peuvent avoir des origines et des causes diverses pendant le travail et l'accouchement. (12)

Cependant afin de minimiser ce biais, nous avons choisi le centre hospitalier de Firminy pour le recrutement des patientes suturées. L'activité du niveau I permet de favoriser un accompagnement des parturientes qui se rapproche de celui du suivi global, où la sage-femme est très présente auprès de sa patiente. La salle d'accouchement est également ouverte au plateau technique, l'accouchement y est abordé de la manière la plus

physiologique possible. Les conditions tendent à se rapprocher de celles d'une maison de naissances. Effectivement, de nombreux accouchements s'y déroulent sans péridurale, les patientes ont le libre choix de leur position d'accouchement, l'utilisation du bain pendant le travail est fréquemment proposée, les positions sur les ballons et les suspensions sont souvent montrées et expliquées.

En ce qui concerne l'information reçue en anténatal, les patientes ayant choisi le suivi global pour leur grossesse ont abordé la question de la suture en amont de l'accouchement. Elles ont été informées sur les différentes techniques de prise en charge en fonction de l'atteinte périnéale et ont pu se forger leur avis et exprimer leurs préférences à leur sage-femme. En revanche dans le cadre d'un suivi classique, à l'hôpital, dans les services de salle de naissances, si la survenue d'une déchirure est constatée, une fois la délivrance effectuée, la sage-femme s'installe pour la suture. L'avis de la patiente n'est généralement pas demandé quant à sa préférence de prise en charge.

Bien que nous ayons essayé de la minimiser, nous retrouvons une disparité entre les groupes de cette étude. Le groupe suture se compose essentiellement de patientes ayant accouché en structure hospitalière dans le cadre d'un suivi classique, alors que le groupe non suture concerne principalement des patientes en suivi global dont l'accouchement a eu plus souvent lieu à domicile ou en maison de naissances.

Recueil de données

Les questionnaires ont été envoyés aux sages-femmes libérales souhaitant participer à l'étude par recrutement de leurs patientes. De ce fait, les patientes n'ont pas toutes été interrogées par la même personne, ce qui soulève un biais sur la qualité du recueil de données, notamment sur la cotation de la douleur qui, en fonction de la manière dont a été menée le questionnaire, peut être sous ou surestimée. C'est pourquoi nous avons tenté de réduire ce biais par l'utilisation d'une échelle visuelle analogique incluse dans le questionnaire et identique pour toutes les patientes.

Cependant, en raison d'un faible effectif de patientes dans le groupe non-suture, nous avons dû élargir le recrutement. Ainsi, 5 patientes ayant accouchées à domicile ou en maison de naissance et n'ayant pas été suturées ont été interrogées à distance de leur accouchement (en moyenne à 6 mois du post-partum). Pour ces dernières, les

questionnaires ont été réalisés entièrement par téléphone et ont fait appel à leurs souvenirs.

Les biais que nous venons de soulever compromettent la validité de notre étude. Afin de les réduire voir de les éviter, il aurait été souhaitable, que le recrutement des patientes des deux groupes soit mené au sein de la même structure d'accouchement et que les patientes soient interrogées par la même personne.

Discussion de l'analyse des résultats

Les faibles effectifs des groupes de cette étude ne permettent pas de conclure de manière générale en faveur de l'une ou l'autre des prises en charge. Cependant, nos résultats sont en accord avec la littérature et les études déjà menée sur de plus grands échantillons.

En effet, les différences observées entre les groupes à J1 du post-partum sont peu marquées, en termes d'effectifs de patientes algiques dans chaque situation et de cotation moyenne de la douleur. Ces résultats coïncident avec ceux de l'étude de B. Gordon et Al. qui pour la douleur ne retrouvait pas de différence claire à 24-48h. (8)

Nous avons mis en évidence une consommation d'antalgiques significativement plus importante dans le groupe suture. Cette différence a été également constatée dans l'étude de Lawrence M. Leeman et Al. menée en 2006 comparant les fonctions périnéales des patientes dont la déchirure de 2nd degré a été suturée par rapport aux patientes non suturées. (7) Cependant, d'autres auteurs (B. Gordon et Al. et Elharmeel SMA et Al.) ne retrouvent pas de différence significative entre les groupes. (8) (2)

Dans notre étude la fréquence de survenue de troubles mictionnels et/ou ano-sphinctérien semble être plus élevée à la suite d'une suture. La différence notée entre les groupes n'est cependant pas significative et les références sur ces désagréments sont faibles, l'étude de Lawrence M. Leeman et Al. ne révèle pas de variation entre les groupes en terme d'incontinence urinaire ou anale. (7)

Les auteurs B. Gordon et Al. et LM. Dudley et Al. avaient mis en avant dans leurs études un coût médico-économique supplémentaire dans le cadre d'une suture en terme de matériel utilisé et de temps nécessaire à la réalisation de celle-ci. Ces résultats

concordent avec ceux de notre étude, nous relevons également un coût en terme d'utilisation d'anesthésiques locaux. (8) (3)

Origines des dyspareunies

En accord avec la littérature, l'étude met en avant que le nombre de patientes ayant repris les rapports sexuels sans douleur est plus important dans le groupe non suture. (8) (6) (3) Néanmoins, nous ne pouvons affirmer avec certitude que l'origine des dyspareunies est uniquement liée à la suture de la déchirure. L'étude prospective de cohorte menée par EA Macdonald, et Al. en Australie, souhaite mettre en évidence la relation entre les dyspareunies et le contexte de naissance. Entre avril 2003 et décembre 2005, 1507 nullipares ont été recrutées. En comparaison aux patientes ayant eu un accouchement voie basse spontané avec un périnée intact ou une déchirure non-suturée, les patientes présentant une déchirure et/ou une épisiotomie suturée témoignent d'un taux de dyspareunie plus élevé à 6 et à 18 mois du post-partum. La différence entre les deux groupes est cependant minime à 18 mois. (15) Dans une étude rétrospective de 2002 menée sur 254 patientes, Pr Fauconnier A et Al. concluent qu'aucune corrélation n'est mise en évidence entre les dyspareunies du post-partum tardif et l'état du périnée. Ces dyspareunies seraient plus fréquemment associées au vécu de l'accouchement qu'à l'atteinte périnéale. (16)

Le traumatisme périnéal, bien qu'il ne soit pas le seul en cause, semble être associé à des dyspareunies du post-partum, principalement à court et moyen terme. Et selon les études, celles-ci sont majorées en cas de suture de la déchirure. A long terme (12-18 mois du post-partum), la persistance de dyspareunies ne peut être expliquée uniquement par l'atteinte et la prise en charge du périnée à l'accouchement.

Nous avons également constaté une augmentation significative de la fréquence des douleurs périnéales résiduelles en post-partum principalement en position assise en cas de prise en charge par la suture. Ce résultat a aussi été retrouvé dans l'étude de B. Gordon et Al. (8)

Afin de comprendre la survenue de ce désagrément, nous comparons la cicatrisation cutanée naturelle au temps nécessaire à la résorption des fils de suture les plus utilisés pour la réparation périnéale.

Physiologie de la cicatrisation cutanée

La première phase, correspondant à la réponse immédiate, est la phase vasculaire ayant pour but l'hémostase de la plaie. Elle débute par l'hémostase primaire. Pendant 15 à 60 secondes, un spasme vasculaire se produit entraînant une vasoconstriction locale afin de ralentir la fuite sanguine. Ce spasme est amplifié par la formation du clou plaquettaire produisant des agents vasoconstricteurs, il forme une barrière physique obturant les vaisseaux lésés. Cette hémostase primaire aboutit, suite aux réactions en cascade des facteurs de coagulation, à la formation du caillot sanguin de fibrine colmatant plus solidement la brèche vasculaire. Les plaquettes à l'intérieur de ce caillot induisent une rétraction du réseau de fibrine permettant un rapprochement des bords de la lésion. En quelques heures, il se forme une croûte inerte par déshydratation du caillot de fibrine, de l'exsudat inflammatoire, de l'épiderme et du derme immédiatement adjacent à la plaie, qui protège la lésion contre l'extérieur. Un équilibre s'installe tout au long de l'hémostase entre la coagulation et la fibrinolyse qui empêche l'extension du caillot et dont le but ultime est de détruire le caillot sanguin lorsque la réparation tissulaire est achevée.

En milieu humide, ce qui est le cas des muqueuses, l'étendue de la zone nécrotique observée sur le pourtour et en profondeur de la plaie est moins importante. (17) Ainsi, dans le cas d'une plaie buccale suite à un arrachement dentaire induisant une perte de substance et donc l'impossibilité de rapprocher les berges de la lésion par la réalisation d'une suture, en 24-48h un épithélium est déjà formé et recouvre la plaie. (18)

La deuxième phase est la phase inflammatoire qui a pour but d'empêcher l'infection par le nettoyage de la plaie des débris cellulaires. Cette phase prépare la reconstruction. Dans l'heure qui suit la lésion, il y a formation d'un œdème et migration des cellules de l'inflammation à proximité de la lésion.

La troisième et dernière phase est celle de prolifération et de réparation de la cicatrisation cutanée, elle comble définitivement la brèche cutanée et répare le tissu. Cette phase débute environ 1 à 4 jours après la création de la plaie, par la fibroplasie qui correspond à la formation du tissu de granulation. Ce tissu favorise la formation de la nouvelle matrice extracellulaire et permet la détersion de la plaie par les macrophages. C'est au cours de cette phase que s'observe la prolifération et la migration des fibroblastes. Ceux-ci produisent les composants de la matrice extrafibrillaire qui sont

optimaux à 4-5 jours, et leur activité est intense pendant 3 semaines. La synthèse de collagène est importante pendant 10-12 jours puis diminue. En parallèle, l'alimentation de la zone lésée est possible grâce au phénomène de néoangiogenèse.

La troisième phase se termine par la rétraction de la plaie environ 1 semaine après la création de la lésion, à raison de 0,5 à 0,7 mm/j. Cette rétraction se déroule sous l'épiderme néoformé, le tissu de granulation a comblé l'ensemble de la plaie et la ré-épidermisation est achevée. Le but est de rapprocher les berges pour diminuer la surface de la lésion par un mouvement centripète de la peau environnante. Son rôle est majeur, notamment dans les plaies présentant une perte de substance importante. (17) (19)

En conclusion pour nos patientes, les éraillures et les déchirures de 1^{er} degré n'impliquent pas une réelle perte de substance, cependant la lésion résultant de l'accouchement apparaît béante en position gynécologique. Mais après réinstallation de la patiente en position physiologique, allongée sur le dos, même en l'absence de suture, la reconstruction anatomique du périnée est réalisée naturellement par rapprochement physique et accollement des berges de la déchirure. Ceci favorise le processus naturel de cicatrisation qui est déjà engagé dès l'apparition de la lésion. Nous pouvons biologiquement comparer la muqueuse buccale à la muqueuse vaginale et conclure qu'en 24-48h un épithélium refermant la plaie vaginale est formé. La réparation cutanée en cas d'éraillure des petites lèvres ou de déchirure de la peau et/ou de la fourchette vulvaire serait optimale dans les 4 jours qui suivent la lésion, sans intervention extérieure par la suture. De plus la rétraction de la plaie commence dès les premières heures de cicatrisation à l'apparition du clou plaquettaire et est majeure à 1 semaine, à ce moment la lésion est comblée dans son ensemble et la formation du nouvel épiderme est terminée.

Les fils de suture fréquemment utilisés

Dans l'étude, pour les patientes suturées, la réparation de la muqueuse vaginale a été réalisée par un surjet avec l'utilisation de fils résorbables synthétiques tressés stériles, composés d'acide polyglycolique, d'acide lactique et de stéarate de calcium (Vicryl 2.0 ou Polysorb 2.0). Pour ce type de fils, la perte de 50% de la résistance est observée à 3 semaines. Il faut 35 jours pour que 100% de la résistance soit perdue. La résorption du matériel est totale entre 56 et 70 jours. (20) (21)

Les sutures de la peau et des éraillures ont été réalisées par des points simples, avec l'utilisation de fils résorbables synthétiques tressés stériles composés à 90% d'acide polyglycolique et à 10 % d'acide polylactique (Vicryl 3.0 rapide ou Optime R 3.0). Ces fils présentent des temps de résorption plus courts en raison de l'utilisation d'un polymère de poids moléculaire inférieur à celui des Vicryl classiques. Ils sont sensiblement plus adaptés à ce genre de sutures cutanées, la résistance étant diminuée de moitié en 5 jours, et totale en 10 à 14 jours. La résorption complète du matériel est observée à 42 jours.

(22)

Nous constatons une discordance entre le temps de cicatrisation naturelle d'une plaie et le temps nécessaire à la perte de résistance et à la résorption totale du matériel de suture. En effet, 1 à 4 jours sont requis pour obtenir un comblement de la lésion, et après 1 semaine, la rétraction s'effectue rapidement. Or, seul les fils à résorption rapide comme le Vicryl rapide ou l'Optime R ont une perte de 50% de sa résistance en moins d'une semaine. Les autres fils fréquemment utilisés, comme le Polysorb ou le Vicryl classique (souvent choisis pour la suture en 1 fil 1 nœud), entraînent des tensions au niveau du périnée qui persistent pendant plus de 3 semaines en raison de la forte résistance de ce matériel. Ce temps de perte de résistance est nettement supérieur à celui de la réparation de la plaie. Or, il faut souligner que selon la description princeps de son auteur, la suture 1 fil 1 nœud doit être réalisée avec un fil à résorption rapide. Initialement décrite dans la réfection des épisiotomies, la réparation concerne aussi bien le plan vaginal, que musculaire et cutané. Ainsi, cette technique ayant prouvée son efficacité, l'utilisation d'un fil à résorption classique pour la réparation de la muqueuse vaginale (atteinte dans une déchirure de 1^{er} degré) n'est pas forcément justifiée, ni indiquée.

PROPOSITIONS

Propositions

Nous ne pouvons pas généraliser la non suture pour toutes les patientes présentant des lésions périnéales peu importantes. En effet l'évaluation clinique du périnée par la sage-femme reste indispensable, elle qualifie l'étendue de la déchirure et joue un rôle important dans la détection d'un périnée hémorragique. Cependant, dans ce cas, seuls des points d'hémostases peuvent être réalisés, la réfection totale de la déchirure n'étant pas forcément nécessaire à l'arrêt du saignement. La quantité de matériel de suture sur le périnée est alors moindre et permet de ce fait, d'éviter des tensions douloureuses inutiles.

Certaines sages-femmes pratiquent fréquemment la non suture depuis plus de 20 ans. Il ne s'agit pas d'un effet de mode mais plutôt d'une manière de travailler basée sur l'observation d'un bénéfice à court et long terme, sans modification de la cicatrisation et de la restitution anatomique. Cependant, il arrive que l'indication de réalisation d'une suture soit d'ordre esthétique, par exemple en cas de section nette d'une ou des petites lèvres au moment de l'expulsion, cette lésion n'étant pas forcément hémorragique.

Il est important que chaque patiente soit informée de l'atteinte anatomique de son périnée et des différentes prises en charge possibles. Ainsi, le choix de la non suture pourra être exprimé par la patiente, en particulier si celle-ci a un antécédent de suture dont le vécu a été difficile.

Dans le post-partum, afin de minimiser l'inconfort lié à la présence de brûlures mictionnelles, nous conseillerons aux patientes, quelle que soit leur prise en charge, d'utiliser le pommeau de douche pour faire couler de l'eau froide ou d'imbiber des compresses pour les appliquer sur le périnée au moment de la miction. Les urines sont diluées, et le froid permet une anesthésie locale. De cette manière, ces douleurs transitoires présentent généralement 2 à 3 jours sont minimisées et plus supportables.

Conseils pour les patientes suturées

Si une suture a été réalisée, il faut informer les patientes qu'en raison de la rapide cicatrisation des éraillures et des déchirures peu étendues, la sensation de points trop serrés et douloureux peut apparaître en quelques jours. Cependant, dans la plupart des cas, bien que du fil résorbable ait été utilisé, l'ablation des points est possible, sans

induire de désunion de la déchirure. Ce geste interromps la tension exercée par les points et soulage la patiente. Elles peuvent donc le demander à la sage-femme du PRADO.

Le risque de survenu de dyspareunies à la reprise des rapports sexuels étant souvent augmenté en cas de suture, nous pouvons conseiller aux patientes, de réaliser elle-même des massages de leur cicatrice avec des huiles ou des crèmes spécifiques dès la 2^{ème} semaine du post-partum. Cela permettra à la patiente, à la fois de redécouvrir l'intégrité de son anatomie mais aussi d'assouplir les tissus cicatriciels souvent fibreux ayant une faible élasticité.

Conseils pour les patientes non suturée

Afin de permettre le rapprochement anatomique des berges de la lésion, nous conseillerons aux patientes de garder les jambes resserrées le plus souvent possible durant les premiers jours qui suivent l'accouchement, et d'éviter les positions accroupies ou en tailleur.

En cas de non suture, de nombreuses sages-femmes proposent l'utilisation de l'argile blanche. Elle est naturellement riche en sels minéraux, et comme toutes les argiles (l'argile verte peut également être proposée dans ce cas), elle a des propriétés absorbantes et elle retient l'humidité. Elle favoriserait donc la cicatrisation par des propriétés antiseptiques et anti-inflammatoires. En vente libre sur internet ou en magasins bio, elle peut s'appliquer en cataplasme sur les blessures et irritations. (23)

Certaines sages-femmes proposent également l'utilisation du placenta comme aide à la cicatrisation en l'appliquant directement sur la déchirure. En 1959, le Dr B Guillot avait développé une crème à base de placenta reconnue pour son fort pouvoir de régénération et de réparation de la peau. Historiquement reconnu pour ses vertus cicatrisantes, en 1965 le Dr Chippaux décrit son utilisation en chirurgie par application de fragments de placentas frais sur des plaies ou des lésions des parties molles. (24) Depuis, en raison des réglementations juridiques et sanitaires, les laboratoires tentent de développer des alternatives au placenta humain. Cette méthode est cependant assez marginale et peu répandue.

L'utilisation du lait maternel, conseillé aussi en cas de crevasses du mamelon, est parfois suggérée en application directe sur les éraillures et les déchirures du périnée pour favoriser la cicatrisation.

L'homéopathie est fréquemment utilisée par les sages-femmes libérales et dans les services de suites de couches. En effet, il y a quelques années, les sages-femmes du centre hospitalier de Fleyriat à Bourg-en-Bresse ont bénéficié d'une formation sur les protocoles et les schémas thérapeutiques en homéopathie. La maternité de Firminy propose également ce type de soins. Ainsi, quelque que soit la prise en charge de la patiente, nous pouvons lui suggérer de prendre : Arnica montana 9 CH, 5 granules 3 fois par jour pendant 7 jours (indiquer pour soulager les traumatismes musculaires et la réparation des tissus) et Staphysagria 9 CH, 5 granules 3 fois par jour pendant 15 jours (pour favoriser la phase précoce de cicatrisation et diminuer la douleur). En cas d'éraillures vaginales et/ou vulvaire, nous prescrivons Arnica montana 9 CH, 5 granules 3 fois par jour pendant 7 jours et Nitricum acidum 9 CH, 5 granules 3 à 4 fois par jour pendant 7 jours. Apis mellifica 15 CH, 5 granules 4 à 5 fois par jour pendant 7 jours peut être ajouté en complément en cas d'œdème périnéal, les prises sont à espacer en fonction de l'amélioration. (25) Dans ce cas, il faudrait également conseiller à la patiente, le froid en application locale.

Ainsi, nous pouvons adapter notre prise en charge face à chaque situation, et conseiller les patientes, en recherchant toujours ce qui leur convient le mieux, pour limiter les douleurs et améliorer leur confort dans le post-partum.

CONCLUSION

Conclusion

La survenue spontanée d'une éraillure ou d'une déchirure simple du périnée est fréquente au cours d'une naissance par voie basse. A ce jour, aucune recommandation en faveur de la suture ou de la non suture n'est clairement définie pour la prise en charge de ces lésions. Bien qu'aucune des deux techniques n'est réellement prouvée sa supériorité, cette étude tend à montrer que la non suture ne modifie pas la qualité de la cicatrisation. Elle semble améliorer le confort en post-partum par diminution des douleurs résiduelles et des dyspareunies à la reprise des rapports sexuels. La non suture de lésions faiblement étendues ne met en évidence aucun effet délétère. En plus d'être un gain de temps pour l'équipe soignante, la non suture réalise une économie de matériel médical, mais surtout, elle évite d'imposer à la patiente une douleur supplémentaire ressentie pendant le geste de suture. Nos résultats semblent correspondre à ceux retrouvés dans la littérature, cependant, cette étude soulève plusieurs biais, et a été réalisée sur de petits échantillons de patientes. Il serait nécessaire d'établir un recrutement au sein d'une même structure d'accouchement et de mener cette étude sur de plus grands effectifs afin de réduire les biais et d'obtenir des résultats significatifs. Ainsi, pour la réfection des éraillures et déchirures de 1^{er} degré du périnée non hémorragiques, la patiente pourrait être informée des techniques de prise en charge et la décision de suture ou de non suture devrait être discutée avec la sage-femme réalisant l'accouchement et être, dans la mesure du possible, en accord avec le choix de la patiente.

REFERENCES

Références bibliographiques

1. **C. Morin, M.C. Leymarie.** La douleur périnéale en post-partum : revue de la littérature. La Revue Sage-Femme. 2013, 12.
2. **SMA. Elharmeel, Y. Chaudhary, S. Tan, E. Scheermeyer, A. Hanafy, ML. van Driel.** Surgical repair of spontaneous perineal tears that occur during childbirth versus no intervention (Review). Cochrane Library. s.l. : Cochrane Database of Systematic Reviews, 2011. Art. No. : CD008534.
3. **LM. Dudley, C. Kettle, KMK. Ismail.** Secondary suturing compared to non-suturing for broken down perineal wounds following childbirth (Review). Cochrane Library. s.l. : Cochrane Database of Systematic Reviews, 2009. Art. No. : CD008977.
4. **Glenn D. Posner, Jessica DY, Amanda Y. Black, Griffith D. Jones.** Accouchement & Naissance. s.l. : Oxorn - Foote MALOINE, 2014.
5. **D. Benhamou, S. Bydlowski, A. Chantry, X. Deffieux, M. Doret, F. Fuchs, et al.** Recommandations pour la pratique clinique : post-partum. Paris : Collège national des gynécologues et obstétriciens français, 2015.
6. **C. Kettle, J. Munro, M. Jokinen.** Suturing the Perineum. Evidence Based Guidelines for Midwifery-Led Care in Labour. s.l. : The Royal College of Midwives, 2012.
7. **Lawrence M. Leeman, MD, Rebecca G. Rogers, MD, Betsy Greulich, CNM, and Leah L. Albers, DrPH.** Do unsutured second-degree perineal lacerations affect postpartum functional outcomes ?. September–October 2007, Journal of the American Board of Family Medicine. , pp. 451-457.
8. **B. Gordon, C. Mackrodt, E. Fern, A. Truesdale, S. Ayers, A. Grant.** The Ipswich Childbirth Study : 1. A randomised evaluation of two stage postpartum perineal repair leaving the skin unsutured. British Journal of Obstetrics and Gynaecology . April 1998, Vol. 105, Pages 435-440.
9. **S. Kindberg, M. Stehouwer, L. Hvidman, TB. Henriksen.** Postpartum perineal repair performed by midwives : a randomised trial comparing two suture techniques leaving the skin unsutured. An International Journal of Obstetrics and Gynaecology. 5 october 2007, Pages 472-479.
10. **E. Verspyck, L. Sentilhes, H. Roman, F. Sergent, L. Marpeau.** Technique chirurgicale de l'épisiotomie. Recommandations pour la pratique clinique. Paris : J Gynecol Obstet Biol Reprod MASSON, 2006. Vol. 35, Supplément au n°1.
11. **ELENA, Association.** Maternité de l'Hôpital Le Corbusier. [En ligne] Janvier 2017. <http://www.chu-st-etienne.fr/Reseau/reseau/elena/public/EtsDuReseau/FichesDesServices/MaterniteCHFirminy.pdf>.
12. **C. Aveline, F. Bonnet.** Influence de l'anesthésie péridurale sur la durée et les modalités d'accouchement. Département d'anesthésie-réanimation, hôpital Tenon, Paris : Éditions scientifiques et médicales Elsevier SAS, 2001. 20 : 471-84, S0750765801003987/SSU.
13. **L. Leya, M. Ikhouaneb, G. Staitia, D. Benhamoua.** Complication neurologique après posture obstétricale « en tailleur ». Clamart et Charenton-le-Pont : ELSEVIER MASSON Annales Françaises d'Anesthésie et de Réanimation, 2007. 666–669.

14. **Holger K. Eltzhig, M.D., Ellice S. Lieberman, M.D., Dr.P.H.** Regional Anesthesia and Analgesia for Labor. Medical Progress. s.l. : The New England Journal of Medicine, 2003.
15. **EA. McDonald, D. Gartland, R. Small, SJ. Brown.** Dyspareunia and childbirth : a prospective cohort study. s.l. : Royal College of Obstetricians and Gynecologists, November 2014.
16. **A. Fauconnier, A. Goltzene, F. Issartel, J. Janse-Marec, B. Blondel, X. Fritel.** Dyspareunie du post-partum tardif : l'accouchement joue-t-il un rôle ? Poissy / St-Germain : s.n.
17. **Michel Démarchez.** La phase de prolifération et de réparation de la cicatrisation cutanée. Biologie de la peau. [En ligne] 2015.
https://biologiedelapeau.fr/spip.php?article80&lang=fr#outil_sommaire_6.
18. **Dr Albert Hauteville.** La cicatrisation en bouche après extraction. Conseils Dentaires . [En ligne] 9 Avril 2015. <http://conseildentaire.com/2015/04/09/recapitulation-n7-la-cicatrisation/>.
19. **Pierlot Florence.** Influence de l'état général sur la cicatrisation en milieu buccal [Thèse de doctorat]. Nancy, France : Université Henri Poincare Nancy 1 Faculté de chirurgie dentaire, 2002.
20. VICRYL Dossier pharmacien. [En ligne] 2008.
<http://docs.exhausmed.com/docs/ethicon/2008/VICRYL%20dossier%20pharmacien.pdf>.
21. POLYSORB SUTURE. covidien.com. [En ligne]
<http://www.covidien.com/imageServer.aspx?contentID=14357&contenttype=application/pdf>.
22. VICRYL RAPID Dossier Pharmacien. exhausmed.com. [En ligne] 2008.
<http://docs.exhausmed.com/docs/ethicon/2008/VICRYL%20RAPIDE%20dossier%20pharmacien.pdf>.
23. Tout savoir sur l'argile blanche. Argile blanche. [En ligne] Janvier 2018.
<http://www.argileblanche.com/>.
24. **C. Chippaux.** De l'utilisation du placenta frais en chirurgie. Annales de l'université de Mad. (Médecine), Annales de l'université de Mad. (Médecine), 1965.
[\[http://www.recherches.gov.mg/IMG/pdf/anal-med6_20_.pdf\]](http://www.recherches.gov.mg/IMG/pdf/anal-med6_20_.pdf) s.l.
25. **Christelle Charvet, Antoine Démonceaux, Fabienne Donner.** Thérapeutique homéopathique schémas et protocoles en gynécologie obstétrique. France : CEDH, 2010. ISBN 978-2-915668-50-6.

BIBLIOGRAPHIE

Bibliographie

Articles

A. Fauconnier, A. Goltzene, F. Issartel, J. Janse-Marec, B. Blondel, X. Fritel. Dyspareunie du post-partum tardif : l'accouchement joue-t-il un rôle ? Poissy / St-Germain : s.n.

B. Gordon, C. Mackrodt, E. Fern, A. Truesdale, S. Ayers, A. Grant. The Ipswich Childbirth Study : 1. A randomised evaluation of two stage postpartum perineal repair leaving the skin unsutured. *British Journal of Obstetrics and Gynaecology* . April 1998, Vol. 105, Pages 435-440.

C. Aveline, F. Bonnet. Influence de l'anesthésie péridurale sur la durée et les modalités d'accouchement. Département d'anesthésie-réanimation, hôpital Tenon, Paris : Éditions scientifiques et médicales Elsevier SAS, 2001. 20 : 471-84, S0750765801003987/SSU.

C. Chippaux. De l'utilisation du placenta frais en chirurgie. *Annales de l'université de Mad. (Médecine)*, *Annales de l'université de Mad. (Médecine)*, 1965. [http://www.recherches.gov.mg/IMG/pdf/anal-med6_20_.pdf] s.l.

C. Kettle, J. Munro, M. Jokinen. Suturing the Perineum. Evidence Based Guidelines for Midwifery-Led Care in Labour. s.l. : The Royal College of Midwives, 2012.

C. Morin, M.C. Leymarie. La douleur périnéale en post-partum : revue de la littérature. *La Revue Sage-Femme*. 2013, 12.

D. Benhamou, S. Bydlowski, A. Chantry, X. Deffieux, M. Doret, F. Fuchs, et al. Recommandations pour la pratique clinique : post-partum. Paris : Collège national des gynécologues et obstétriciens français, 2015.

E. Verspyck, L. Sentilhes, H. Roman, F. Sergent, L. Marpeau. Technique chirurgicale de l'épisiotomie. Recommandations pour la pratique clinique. Paris : J Gynecol Obstet Biol Reprod MASSON, 2006. Vol. 35, Supplément au n°1.

EA. McDonald, D. Gartland, R. Small, SJ. Brown. Dyspareunia and childbirth : a prospective cohort study. s.l. : Royal College of Obstetricians and Gynecologists, November 2014.

Holger K. Eltzschig, M.D., Ellice S. Lieberman, M.D., Dr.P.H. Regional Anesthesia and Analgesia for Labor. *Medical Progress*. s.l. : The New England Journal of Medicine, 2003.

L. Leya, M. Ikhouaneb, G. Staitia, D. Benhamoua. Complication neurologique après posture obstétricale « en tailleur ». Clamart et Charenton-le-Pont : ELSEVIER MASSON *Annales Françaises d'Anesthésie et de Réanimation*, 2007. 666–669.

Lawrence M. Leeman, MD, Rebecca G. Rogers, MD, Betsy Greulich, CNM, and Leah L. Albers, DrPH. Do unsutured second-degree perineal lacerations affect postpartum functional outcomes ?. September–October 2007, *Journal of the American Board of Family Medicine*. , pp. 451-457.

LM. Dudley, C. Kettle, KMK. Ismail. Secondary suturing compared to non-suturing for broken down perineal wounds following childbirth (Review). Cochrane Library. s.l. : Cochrane Database of Systematic Reviews, 2009. Art. No. : CD008977.

M. Revol, J.-M. Servant. Cicatrisation dirigée. Techniques chirurgicales - Chirurgie plastique reconstructrice et esthétique. s.l. : Elsevier Masson , 2010.

S. Kindberg, M. Stehouwer, L. Hvidman, TB. Henriksen. Postpartum perineal repair performed by midwives : a randomised trial comparing two suture techniques leaving the skin unsutured. An International Journal of Obstetrics and Gynaecology. 5 october 2007, Pages 472-479.

SMA. Elharmeel, Y. Chaudhary, S. Tan, E. Scheermeyer, A. Hanafy, ML. van Driel. Surgical repair of spontaneous perineal tears that occur during childbirth versus no intervention (Review). Cochrane Library. s.l. : Cochrane Database of Systematic Reviews, 2011. Art. No. : CD008534.

Livres

Christelle Charvet, Antoine Demonceaux, Fabienne Donner. Thérapeutique homéopathique schémas et protocoles en gynécologie obstétrique. France : CEDH, 2010. ISBN 978-2-915668-50-6.

Glenn D. Posner, Jessica DY, Amanda Y. Black, Griffith D. Jones. Accouchement & Naissance. s.l. : Oxorn - Foote MALOINE, 2014.

Conférence

Sophie Wylomanski. Prise en charge de la cicatrisation du périnée. CHU de Nante : Journées du Réseau Sécurité Naissance, Novembre 2017. http://www.reseau-naissance.fr/medias/2017/12/20171123_wylomansky_cicatrisation-du-perinee.pdf.

Sites internet

Cicatrisation des déchirures. Les soins conseillés [En ligne] Janvier 2018. http://www.veafrance.com/Cicatrisation_des_d%C3%A9chirures

Dr Albert Hauteville. La cicatrisation en bouche après extraction. Conseils Dentaires . [En ligne] 9 Avril 2015. <http://conseildentaire.com/2015/04/09/recapitulation-n7-la-cicatrisation/>.

ELENA, Association. Maternité de l'Hôpital Le Corbusier. [En ligne] Janvier 2017. <http://www.chu-st-etienne.fr/Reseau/reseau/elena/public/EtsDuReseau/FichesDesServices/MaterniteCHFirminy.pdf>.

Laboratoire Sicobel. Créé en 1959. Mars 2018.

<http://www.sicobel.com/sicobel/index.htm>

Les soins post opératoires en chirurgie esthétique. Janvier 2018. <http://www.docteur-gonnelli-chirurgien-esthetique.com/fr/chirurgie-plastique/les-soins-post-operatoires-en-chirurgie-esthetique>

Michel Démarchez. La phase de prolifération et de réparation de la cicatrisation cutanée. Biologie de la peau. [En ligne] 2015.

https://biologiedelapeau.fr/spip.php?article80&lang=fr#outil_sommaire_6.

Tout savoir sur l'argile blanche. Argile blanche. [En ligne] Janvier 2018. <http://www.argileblanche.com/>.

Mémoire

Julia Plagnard. 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]. Bourg-en-Bresse : Université Claude BERNARD LYON 1, 2012.

Thèse

Pierlot Florence. Influence de l'état général sur la cicatrisation en milieu buccal [Thèse de doctorat]. Nancy, France : Université Henri Poincaré Nancy 1 Faculté de chirurgie dentaire, 2002.

Documents web

La résorption maîtrisée. SUTURES RESORBABLE. [En ligne] 2016. <http://www.peters-surgical.com/fr/sutures-resorbables/63-optime-r.html#>

POLYSORB SUTURE. covidien.com. [En ligne]

<http://www.covidien.com/imageServer.aspx?contentID=14357&contenttype=application/pdf>.

VICRYL Dossier pharmacien. [En ligne] 2008.

<http://docs.exhausmed.com/docs/ethicon/2008/VICRYL%20dossier%20pharmacien.pdf>.

VICRYL RAPID Dossier Pharmacien. exhausmed.com. [En ligne] 2008.

<http://docs.exhausmed.com/docs/ethicon/2008/VICRYL%20RAPIDE%20dossier%20pharmacien.pdf>.

ANNEXES

ANNEXE I

Questionnaire – Cicatrisation du périnée

Je suis Estelle Miconnet, étudiante sage-femme à Bourg-en-Bresse.

Dans le cadre de mon mémoire, je souhaite étudier et comparer l'influence de la prise en charge (suture vs non-suture) des déchirures simples du périnée sur la douleur ressentie dans le post-partum, et sur la qualité de la cicatrisation.

Seules les éraillures et les déchirures de type 1 (atteinte de la muqueuse vaginale et de la peau, respectant le muscle et le sphincter anal) sont concernées par l'étude. On exclut les périnées intacts et les déchirures de type 2, 3 et 4.

Merci de m'accorder quelques minutes pour répondre à ce questionnaire.

1^{ère} partie – Questions à remplir par le professionnel

Date d'accouchement : _____

Type de déchirure ?

- Eraillures
- Déchirure simple concernant la muqueuse vaginale et la peau et respectant le plan musculaire

Atteinte(s) ?

- Petites lèvres
- Muqueuse vaginale
- Fourchette
- Peau
- Autre : _____

APD ? OUI / NON

Concernant la réparation de la déchirure :

- Absence d'application de point de suture (passer directement à la 2^{ème} partie en page 2)
- Suture réalisée

Temps passé à suturer : _____

Utilisation d'un matériel spécifique à la suture (à l'exclusion des fils et des compresses) ? OUI / NON

Quelle est l'indication de la suture ? (plusieurs réponses possibles)

- Reconstruction anatomique
- Réalisation de point(s) d'hémostase

Type de suture ?

- Surjet
- Points séparés
- 1 fil 1 nœud
- Autre : _____

Fils utilisés ? _____

Réalisation de point(s) simple(s) au niveau de la fourchette vulvaire ? OUI / NON

Nécessité de réinjection APD ? OUI / NON

Anesthésie locale ? OUI / NON

Utilisation du MEOPA ? OUI / NON

2^{ème} partie – Questions à poser à la patiente

Echelle visuelle analogique :



Pour les questions suivantes, la patiente situe sa douleur sur l'échelle ci-dessus. Le professionnel de santé traduit la réponse en une note (de 0 = absence de douleur à 10 = douleur maximale imaginable, (1cm = 1 point))

Douleur pendant la suture ? ___/10

A J1 en suites de couches :

Douleur périnéale au repos en position allongée ? ___/10

Douleur périnéale en position assise ? ___/10

Douleur à la mobilisation (changement de position) ? ___/10

Douleur périnéale à la marche ? ___/10

Présence de brûlures mictionnelles (brûlures en urinant) ? OUI / NON

Douleur des brûlures mictionnelles ? ___/10

Utilisation de moyens antalgiques ou d'aide à la cicatrisation :

- Aucun
- Traitements antalgiques
- Homéopathie
- Glace
- Argile blanche
- Autre : _____

3^{ème} partie – A 8 semaines du post-partum : (par téléphone)

Afin de répondre aux questions suivantes, merci de renseigner un numéro de téléphone auquel je pourrai recontacter la patiente : _____

A la visite post-partum, la cicatrisation était-elle complète ? OUI / NON

Complication infectieuse au niveau de la déchirure / suture ? OUI / NON

Avez-vous eu des difficultés pour uriner ou aller à la selle ? OUI / NON

Avez-vous ressenties des douleurs en vous asseyant ? OUI / NON

Si OUI : pendant combien de temps ? _____

La déchirure au niveau du périnée a-t-elle entraîné chez vous une appréhension ? OUI / NON

Avez-vous été informée de la présence d'une déchirure de votre périnée ? OUI / NON

Savez-vous comment a été prise en charge cette déchirure ? OUI / NON

Etiez-vous d'accord avec cette prise en charge ? OUI / NON

Avez-vous repris des rapports sexuels ? OUI / NON

Appréhension à la reprise d'une activité sexuelle ? OUI / NON

A la reprise des rapports sexuels vous avez ressenties :

- Des douleurs
- Des tiraillements ou des sensations désagréables
- Perte de sensibilité
- Aucune douleur

Formulaire de consentement

Je suis Estelle Miconnet, étudiante sage-femme en 5^{ème} année au centre de formation maïeutique de Bourg-en-Bresse.

Dans le cadre de mon mémoire, j'étudie l'influence de la prise en charge des déchirures simples du périnée sur la douleur dans les suites de l'accouchement, et sur la qualité de la cicatrisation. Ces déchirures simples du périnée se limitent à la muqueuse vaginale et la peau, elles surviennent naturellement dans la plupart des accouchements par voie basse.

Une partie du questionnaire, se fera par téléphone, à distance de votre accouchement. Pour cela, j'ai besoin de votre accord et de votre numéro de téléphone afin de pouvoir vous rappeler.

Toutes les informations que vous fournirez seront protégées par le secret médical et l'anonymat.

Je soussignée Mme _____, autorise Mme Miconnet Estelle dans le cadre de son mémoire, à me téléphoner dans les 3 mois qui suivent mon accouchement afin de répondre au questionnaire de son étude.

N° de téléphone : _____

Parmi les questions qui vous seront posées par téléphone, 3 d'entre elles porteront sur l'impact de la déchirure du périnée et sa prise en charge sur la reprise d'une activité sexuelle. Ces questions sont les suivantes :

Avez-vous repris des rapports sexuels ? OUI / NON

Appréhension à la reprise d'une activité sexuelle ? OUI / NON

A la reprise des rapports sexuels vous avez ressenties :

- *Des douleurs*
- *Des tiraillements ou des sensations désagréables*
- *Une perte de sensibilité*
- *Aucune douleur*

Si vous ne souhaitez pas que ces questions vous soient posées, merci de les rayer.

Fait à : _____ Le : ____/____/____

Signature précédée de la mention « lu et approuvée » :

ANNEXES II

Tableau 1 : Effectifs des patientes douloureuses ou non en fonction de la situation et de leur groupe

	Groupe SUTURE Effectif N = 22		Groupe NON SUTURE Effectif N = 15	
	Patientes douloureuses	Patientes non douloureuses	Patientes douloureuses	Patientes non douloureuses
Pendant la suture	12	10		
Position allongée, repos	8	14	8	7
Position assise	20	2	13	2
A la mobilisation	18	4	12	3
A la marche	13	9	11	4

ANNEXE III

Tableau 2 : Pour chaque situation, nombre de patientes algiques dans chaque groupe répertorié en fonction de la cotation de leur douleur

Cotation de la douleur Note sur 10		1/10	2/10	3/10	4/10	5/10	6/10	7/10	8/10	9/10	10/10	Nombre total de patientes algiques
Pendant la suture	Groupe suture (Nombre de patientes algiques)	2	1	2	3		2	1	1			12
Position allongée	Groupe suture (Nombre de patientes algiques)	2	2	3	1							8
	Groupe non suture (nombre de patientes algiques)	1	3	2		1				1		8
Position assise	Groupe suture	3	2	8	2	5						20
	Groupe non suture	1	2	2	3	1	3	1				13
A la mobilisation	Groupe suture	1	4	2	2	3	4	2				18
	Groupe non suture		3	2	3	1	2	1				12
A la marche	Groupe suture	2	3	4		2		2				13
	Groupe non suture	2	3		3	2	1					11
Brûlures mictionnelles	Groupe suture		2	2	1	2				1		8
	Groupe non suture	3		2		1	1	1	1			9

RESUME :

Objectifs : Comparer l'influence de la suture et de la non suture des éraillures et déchirures de 1^{er} degré du périnée sur la cicatrisation, la douleur en post-partum et les dyspareunies.

Matériel et méthode : Etude prospective de cohorte réalisée par le biais de questionnaires sur 37 patientes présentant des lésions spontanées du périnée (éraillures et/ou déchirures simples) parmi lesquelles 22 ont été prises en charge par la suture et 15 par la non suture. Les données sont recueillies à J1 et à 8 semaines du post-partum.

Résultats : La non suture n'entrave pas la qualité de la cicatrisation et la reconstruction anatomique. Aucun effet délétère n'a été mis en évidence par cette prise en charge. La douleur à 24-48h de l'accouchement est similaire dans les deux groupes, la suture n'empêche pas la survenue de brûlures mictionnelles, et la consommation d'antalgiques est plus importante chez les patientes suturées. Les douleurs résiduelles dans le post-partum et les dyspareunies à la reprise des rapports sont majorées par la suture du périnée.

Conclusion : A ce jour, aucune recommandation n'est établie en faveur de la suture ou de la non suture. Il faudrait réaliser cette étude au sein de la même structure d'accouchement et sur de plus grands effectifs, afin d'obtenir des résultats significatifs. Le sens clinique de la sage-femme et l'information de la patiente sont indispensables pour le choix de la suture ou de la non suture. La prise en charge et les conseils doivent être adaptés à chaque situation afin de minimiser les douleurs du post-partum et d'améliorer le confort et la qualité de vie des patientes.

TITRE : Déchirures simples du périnée, quelle prise en charge : Suture ou non-suture ?

MOTS CLES : Eraillures, déchirures simples, non suture, cicatrisation naturelle

ADRESSE DE L'AUTEUR :

Domaine de la Rivoire, 5 route du Chambon
43120 MONISTROL-SUR-LOIRE

Juin 2018