



HAL
open science

La péridurale et ses impacts sur le périnée : revue de la littérature en 2019

Claire Pollastro

► **To cite this version:**

Claire Pollastro. La péridurale et ses impacts sur le périnée : revue de la littérature en 2019. Médecine humaine et pathologie. 2020. hal-04342599

HAL Id: hal-04342599

<https://hal.univ-lorraine.fr/hal-04342599v1>

Submitted on 13 Dec 2023

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



AVERTISSEMENT

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance et mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt une poursuite pénale.

Contact : ddoc-memoires-contact@univ-lorraine.fr

LIENS

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 335.2- L 335.10

http://www.cfcopies.com/V2/leg/leg_droi.php

<http://www.culture.gouv.fr/culture/infos-pratiques/droits/protection.htm>

Université de Lorraine

École de Sages-Femmes

de

METZ

La péridurale et ses impacts sur le périnée

Revue de la littérature en 2019

Mémoire présenté et soutenu par

Pollastro Claire

Directeur de mémoire : Mergen-Morel Catherine
Sage-femme enseignante à l'école de Sages-Femmes de Metz

Expert de mémoire : Eckmann Liza
Sage-femme référente salle de naissances (SDN)
Urgences gynécologiques et obstétriques (UGO), Bel Air, Thionville

Promotion 2019

Université de Lorraine

École de Sages-Femmes

de

METZ

La péridurale et ses impacts sur le périnée

Revue de la littérature en 2019

Mémoire présenté et soutenu par

Pollastro Claire

Directeur de mémoire : Mergen-Morel Catherine
Sage-femme enseignante à l'école de Sages-Femmes de Metz

Expert de mémoire : Eckmann Liza
Sage-femme référente SDN – UGO, Bel Air, Thionville

Promotion 2019

INTRODUCTION	8
PARTIE 1 : CONTEXTE	9
1.1 ACCOUCHEMENT LE TRAVAIL ET LA DOULEUR	10
1.1.1 <i>La douleur</i>	10
1.1.2 <i>La douleur de l'accouchement</i>	10
1.1.3 <i>Les différentes phases de l'accouchement</i>	11
1.2 LA GESTION DE LA DOULEUR DE L'ACCOUCHEMENT	11
1.2.1 <i>Avant le XX^e siècle</i>	11
1.2.2 <i>... jusqu'à l'arrivée de Lamaze</i>	12
1.3 LA PERIDURALE	13
1.3.1 <i>L'histoire de la péridurale</i>	13
1.3.2 <i>La technique de l'analgésie péridurale</i>	13
1.3.3 <i>La péridurale ambulatoire</i>	14
1.3.4 <i>La péridurale qui fait débat</i>	14
1.4 LES LESIONS PERINEALES	15
1.4.1 <i>Le périnée</i>	15
1.4.2 <i>Les déchirures physiologiques</i>	15
1.4.3 <i>L'épisiotomie</i>	16
1.5 LA PLACE DE LA SAGE FEMME	17
1.5.1 <i>Depuis les séances de préparation à la naissance</i>	17
1.5.2 <i>... jusqu'à la salle de naissance</i>	18
1.5.3 <i>Suivi de la rééducation périnéale en post-partum</i>	19
PARTIE 2 : MATÉRIEL ET MÉTHODE.....	21
2.1 MATÉRIEL	22
2.2 METHODE.....	23
2.2.1 <i>LA PROBLÉMATIQUE</i>	23
2.2.2 <i>OBJECTIFS</i>	23
2.2.3 <i>HYPOTHÈSES</i>	23
2.2.4 <i>CRITÈRES DE JUGEMENT</i>	23
2.3 PRÉSENTATION DES ÉTUDES PAR ORDRE CHRONOLOGIQUE.....	24
PARTIE 3 : RÉSULTATS.....	26
3.1 TAUX DE DÉCHIRURES PÉRINÉALES	27
3.2 TAUX D'ÉPISIOTOMIE	29
3.3 TAUX DE DÉCHIRURE PAR CLASSIFICATION.....	30

3.3.1 <i>Déchirures sévères et péridurale</i>	30
3.3.2 <i>Les déchirures périnéales sévères associées à une épisiotomie</i>	32
3.3.3 <i>Les différents taux de déchirures</i>	33
3.4 DÉCHIRURES ET ÉPISIOTOMIE SELON LA PARITÉ	35
3.4.1 <i>Les déchirures</i>	35
3.4.2 <i>Les épisiotomies</i>	37
PARTIE 4 : DISCUSSION	40
4.1 LES DECHIRURES PERINEALES ET LA PERIDURALE	41
4.2 LES EPISIOTOMIES ET LA PERIDURALE.....	42
4.3 LES DECHIRURES COMPLIQUEES ET LA PERIDURALE	43
4.4 LA PARITE ET LA PERIDURALE.....	44
4.5 L'EPISIOTOMIE ET LA PARITE	45
4.6 LES EXTRACTIONS INSTRUMENTALES ET LA PERIDURALE.....	45
CONCLUSION	47
BIBLIOGRAPHIE	48
ANNEXES	55

Remerciements

Je tiens avant tout à remercier dans un premier temps, ma directrice de mémoire Mme Mergen-Morel Catherine, pour sa disponibilité, sa patience et ses précieux conseils, qui m'ont permis de mener à bien ce mémoire.

Je remercie également Mme Liza Eckmann, experte de ce mémoire, pour ses conseils et tout ce qu'elle m'aura appris en stage.

A Florian, et à mes parents pour leur soutien.

A mes amies sages-femmes, sans qui ces études n'auraient pas été les mêmes.

Glossaire

ANT : Accouchement Normal à Terme

AVB : Accouchement Voie Basse

APD : Analgésie péridurale

ANAES : Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation de la Santé

CIANE : Collectif Intrassociatif Autour de la Naissance

CHR : Centre Hospitalier Régional

CNGOF : Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français

CNSF : Collège National des Sages-Femmes

HAS : Haute Autorité de Santé

INSERM : Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale

OMS : Organisation mondiale de la santé

SA : Semaine d'Aménorrhée

SDN : Salle De Naissance

RCF : Rythme Cardio-Fœtal

RPC : Recommandation pour la Pratique Clinique

TA : Tension Artérielle

UGO : Urgences Gynécologiques et Obstétriques.

URSS : Union des Républiques Socialistes et Soviétique

Introduction

Lorsque l'on parle d'accouchement, une première idée me vient en tête, c'est tout le bonheur qu'apporte la naissance d'un enfant. Mais cela ne se fait pas sans douleur, appelée aussi « le mal joli » qui correspond à la douleur provoquée par les contractions, mais également celle de la phase d'expulsion. Pour consoler les patientes, il était coutume de dire « *c'est le mal joli, dès qu'il est fini on en rit !* ». Le corps médical en salle d'accouchement, notamment les sages-femmes s'emploient dans la mesure du possible à la soulager en accompagnant les parturientes. De nombreuses techniques ont permis au fil du temps d'apaiser les douleurs allant des méthodes psychoprophylactiques aux méthodes médicales comme l'analgésie péridurale qui est à présent la méthode la plus répandue et la plus efficace inventée au XXème siècle, elle va connaître un rapide succès.

Cependant, elle entraîne un bloc moteur qui empêche la parturiente de se déplacer pendant le travail. De nombreuses études montrent que la mobilité permet de respecter la physiologie de l'accouchement avec une meilleure progression du mobile fœtal dans le bassin, une bonne dynamique utérine. Cela serait ralenti après la pose de péridurale. L'analgésie péridurale va donc permettre à la femme de ne plus sentir ses contractions, or ces sensations sont utiles au moment de l'expulsion pour que l'effort de poussée soit efficace et court dans l'idéal, pour une meilleure tolérance fœtale. C'est d'ailleurs lors de cette phase d'expulsion, lors d'une poussée excessive sur le périnée que les tissus vont finir par lâcher et provoquer des déchirures périnéales, qui peuvent selon leur gravité, avoir des effets péjoratifs sur la qualité de vie future de la patiente. Il est donc primordial de prévenir ces déchirures périnéales lors de l'accouchement.

J'ai choisi ce thème après un questionnement personnel durant un stage en salle de naissance. J'avais l'impression qu'il y avait plus de déchirures périnéales lorsque les patientes étaient sous péridurale. Est-ce que la péridurale empêchait les femmes de sentir où pousser ? Est-ce que les professionnels sont un peu moins vigilants lorsque la patiente ne ressent pas la douleur ?

Ce mémoire mène une réflexion sur les éventuels impacts que l'analgésie péridurale peut avoir sur les lésions périnéales, en se basant sur une revue de la littérature depuis 2003. La première partie posera le contexte de l'étude de la gestion de la douleur du travail et passant par la péridurale, la définition des lésions périnéales ainsi que la place de la sage-femme. Une deuxième partie présentera l'étude et les différents articles qui ont permis de mener à bien cette étude. Puis la troisième partie exposera les résultats qui ressortent des articles, et qui seront enfin discutés dans une quatrième partie.

Partie 1 : CONTEXTE

1.1 ACCOUCHEMENT LE TRAVAIL ET LA DOULEUR

1.1.1 La douleur

L'association Internationale d'Étude de la Douleur (International Association for the Study of Pain) définit la douleur comme « *une sensation et une expérience émotionnelle désagréable en réponse à une atteinte tissulaire réelle ou potentielle ou décrite en ces termes* ». Plusieurs composantes sont associées à la douleur, qui peuvent être « *sensorielles, affectives et émotionnelles, cognitives ou intellectuelles, comportementales, socio-économiques, culturelles et ethniques, religieuses.* » [1]

La douleur est due à une stimulation thermique, mécanique ou chimique de récepteurs nociceptifs, son rôle va être d'alerter l'organisme. Les récepteurs de la douleur situés au niveau de la peau, des muscles, des articulations vont transmettre un message nerveux (message électrique) jusqu'à la moelle épinière par l'intermédiaire d'un neurone sensitif. Une fois le message électrique arrivé à la synapse, il y aura libération de molécules (neurotransmetteurs) pour activer les neurones dits post-synaptiques qui vont transmettre un message nerveux au cerveau, la douleur devient alors réelle. [2]

La douleur va être ressentie de manière différente d'un individu à l'autre, elle va être déterminée par la perception, tel un signal électrique transmis au cerveau par les neurones qui varie selon l'intensité ainsi que par la sensation, qui est l'interprétation du signal transmis. Le seuil de tolérance à la douleur est donc variable d'une personne à l'autre. [2]

1.1.2 La douleur de l'accouchement

L'accouchement est une épreuve intense sur le plan physiologique, psychologique, et émotionnel, son ressenti est différent pour chaque femme. La douleur fait partie intégrante de chaque accouchement et est l'une des plus intense qu'une femme peut ressentir [3].

Le corps produit des endorphines afin de répondre à la douleur provoquée par les contractions. Elle n'est pas toujours ressentie au même endroit et se situe en zone ventrale, dorsale et/ou dans les jambes [3].

1.1.3 Les différentes phases de l'accouchement

La mise en route du travail se fait crescendo, l'intervalle entre les contractions se réduit et les contractions deviennent plus douloureuses.

Une phase dite « de latence » marque la mise en route du travail. Elle commence à l'apparition de contractions utérines douloureuses provoquant des modifications cervicales. Cette phase de latence peut durer quelques heures, cette étape est plus longue pour une primipare. La douleur éprouvée pendant cette phase s'approche de celle ressentie lors de dysménorrhées, des tensions dans le bas ventre, pour certaines femmes, la douleur se propage à l'abdomen.

Lors de la phase active, les contractions sont caractérisées comme étant involontaires, rythmées, progressives en intensité et en durée, elles sont totales et douloureuses. [4]

En 2016, ont été publiées des recommandations pour la pratique clinique (RPC) par le Collège National des Sages-femmes (CNSF) en collaboration avec le Collège National des Gynécologues et obstétriciens en France (CNGOF), la conclusion de ce travail a permis de redéfinir les différentes phases du travail. Cette réflexion a été menée du fait de l'interventionnisme excessif de la part des soignants lors de la première partie du travail avec les précédentes phases. Le début de la phase active commence, alors, à partir de 5-6cm de dilatation contre 3-4cm auparavant. Aussi, il faut savoir respecter la phase de latence et savoir accepter des phases de stagnation dans la dilatation durant cette période. [5]

Ces recommandations ont permis de revoir l'utilisation d'ocytocine et des gestes médicaux réalisés pendant le travail. Elles montrent qu'il est nécessaire de respecter une phase de latence, « *il est essentiel de "savoir attendre" et de respecter ce temps* ». [5] Un outil pratico-pratique a été créé sous forme de marque-page avec au verso une réglette avec les différentes phases du travail et les interventions recommandées à chaque stade. Cela se glisse facilement dans la poche des soignants. (1)

1.2 LA GESTION DE LA DOULEUR DE L'ACCOUCHEMENT

1.2.1 Avant le XX^e siècle ...

Auparavant, les femmes accouchaient à la maison avec l'aide d'une matrone, qui n'avait qu'une expérience empirique grâce à son propre vécu. L'accouchement était à l'époque dangereux et douloureux avec un taux de mortalité atteignant les 1 à 2%. Ce n'est qu'au

XVIIe siècle que se sont développées des techniques comme la césarienne ou l'extraction par forceps. [6]

En 1760, une formation de sage-femme a été instaurée afin de remplacer les matrones. Mme Du Coudray, enseignante sage-femme du Châtelet à Paris, a imaginé un mannequin en coton dénommé « la machine » pour enseigner l'art de l'accouchement afin de lutter contre l'ignorance des matrones de campagne. (2) Durant près d'une trentaine d'années, Mme Du Coudray a sillonné la France pour dispenser son savoir. [7] L'hôpital, à cette époque, avait une mauvaise image, les médecins ne se souciaient pas de l'hygiène et y propageaient les infections en passant d'une intervention à l'autre. La fièvre puerpérale tuait alors jusqu'à 20% des jeunes mères. Seules les femmes pauvres y accouchaient.

A la fin du XIXe siècle, de plus en plus de femmes accouchaient à l'hôpital. Il a donc fallu ensuite prendre en compte aussi la douleur pendant l'accouchement, et ce malgré la religion catholique qui condamnait ce genre de pratique en suggérant que l'on devait « *enfanter dans la douleur* ». [6]

1.2.2 ... jusqu'à l'arrivée de Lamaze

C'était en 1952 que Fernand Lamaze, un obstétricien, a apporté des techniques psychologiques qui seront appelées « méthodes psychoprophylactiques » mais qui ne convenaient pas à tout le monde. [6] Le Dr Lamaze a importé cette technique de l'Union des Républiques Socialistes et Soviétiques (URSS). Cette méthode suggérait qu'un enseignement adéquat en amont permettait aux femmes de sentir leurs contractions comme un travail musculaire intense et non comme une torture. Les soviétiques étaient partis du constat que « *le fonctionnement physiologique d'un corps sain n'est jamais douloureux, et que la parturition ne devrait pas l'être non plus* ». Cette méthode a connu un grand succès rapidement. [6]

C'est à partir de juin 1956 que la sécurité sociale va rembourser les séances de préparation à la naissance. On a assisté alors à une diversification des méthodes. Par rapport à celles dites « classiques » s'ajoutaient alors le yoga, la sophrologie, l'haptonomie. A partir des années 1970, cette pratique n'a plus convaincu les femmes. La péridurale a été alors instaurée. Des militantes se sont alors battues pour qu'elle ne soit pas réservée uniquement aux cas difficiles, c'était un droit pour toutes d'accoucher sans souffrir. [8]

1.3 LA PERIDURALE

1.3.1 L'histoire de la péridurale

L'analgésie péridurale (APD) a été inventée en 1901 par deux médecins urologues, Sicard et Cathelin, cette méthode n'avait pas connu un grand succès à l'époque la durée d'action étant limitée à une heure. Dans les années 1940-1950, des études ont été réalisées aux États-Unis, ses résultats étaient encourageants pour son utilisation en obstétrique. L'APD s'est installée doucement en France à partir des années 1970, mais à cette époque seules les femmes issues de la bourgeoisie pouvaient se le permettre du fait de son coût. [8,10]

Au début des années 1980, seulement 4% de la population avait recouru à l'analgésie péridurale. On voit un engouement rapide pour la péridurale vers les années 1993 où le taux est passé à 37,5%. En 1995 c'est presque une femme sur deux qui en bénéficiait [12]. Administrée au cours du travail afin de réduire les douleurs provoquées par les contractions, l'APD permettait aux femmes de rester conscientes et préservait les facultés motrices nécessaires pendant la poussée. En 1994, Simone Veil a instauré le remboursement à 100% de la péridurale par la sécurité sociale.

1.3.2 La technique de l'analgésie péridurale

L'anesthésiste pose la péridurale une fois que le travail a débuté, par l'introduction d'un cathéter (à l'aide d'un trocart spécifique l'aiguille de Tuohy) au niveau de la 3^{ème} – 4^{ème} vertèbre lombaire ou de la 4^{ème} et 5^{ème} vertèbre lombaire, le cathéter reste en place tout le temps de l'accouchement, en administrant régulièrement l'analgésique (3). La patiente est analgésifiée de l'abdomen aux jambes.

L'analgésie a pour but de stopper les douleurs transmises par l'utérus durant les contractions en induisant un bloc sensitif, sympathique et moteur. Actuellement, deux modèles d'administration existent, la première en diffusion continue, et la seconde où la patiente est équipée d'une pompe qui lui permet de gérer elle-même l'administration supplémentaire de produit. Cette dernière, appelée Patient Controlled Epidural Analgesia « PCEA » analgésie péridurale contrôlée par le patient, est réglée en fonction de la taille et du poids de la patiente afin d'éviter tout risque de surdosage pendant le travail. Par cette méthode une dose est administrée en continue, en cas de douleur, la patiente peut moduler la dose et s'administrer un bolus. [10-11]

1.3.3 La péridurale ambulatoire

Au XVI^{ème} siècle, Louise Bourgeois, sage-femme de la reine Marie de Médicis suggérait que « *les femmes devraient marcher le plus possible pour que cela fasse descendre la progéniture le plus bas possible* ». En effet, avec la péridurale qui pouvait provoquer un bloc moteur dans les années 70, les femmes passaient la durée du travail, allongées sur le dos. [56]

Il existe également la péridurale ambulatoire ou déambulatoire, qui est à faible dosage et qui provoque une diminution la douleur chez la mère tout en lui permettant de conserver sa mobilité durant le travail. Pour la péridurale classique, on utilise deux classes pharmacologiques : pour l'anesthésie locale de la Lidocaïne (Xylocaïne®), Ropivicaïne (Naropéine®), et les opioïdes comme le sufentanil (sufenta®) et le fentanil (fentanyl®). En ce qui concerne la péridurale ambulatoire on va employer les mêmes produits pharmaceutiques, la dose sera adaptée pour permettre la mobilisation. L'association des différents anesthésiques dépend des protocoles de chaque établissement.

Cependant, elle est encore très peu pratiquée car elle implique un accompagnement plus important du personnel soignant. Après la pose, on surveille la tension de la patiente ainsi qu'un contrôle du rythme cardiaque fœtal, une fois que la péridurale est installée et que la patiente désire se lever, le premier levé doit être réalisé en la présence du personnel médical. La réinjection se fait soit par une autopompe, parfois la sage-femme doit être prévenue à chaque réinjection, selon le protocole en vigueur. [13]

1.3.4 La péridurale qui fait débat

Plusieurs débats voient le jour au sujet de la médicalisation de plus en plus présente de l'accouchement. Pourtant depuis 2016, avec l'ouverture des maisons de naissance, la question de la douleur pendant l'accouchement pose question, car la péridurale s'est considérablement développée depuis les années 1970. Il existe une forte disparité au sein de l'union européenne au niveau de son utilisation. En France, c'est devenu « une norme d'accouchement » avec 76% des accouchements sous APD en 2012, pour atteindre 82,6% en 2016, selon l'enquête périnatale nationale. Au Pays-Bas seulement 15% des patientes y ont recours, et 40% au Royaume-Uni [14].

La péridurale, entraîne bien souvent d'autres gestes médicaux, tel que l'administration d'ocytocine (hormone de synthèse qui va permettre l'accélération du travail qui aura été

ralenti après la pose de péridurale) accroissant ainsi le risque de saignement en fin d'accouchement. Selon une étude publiée par l'Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale (INSERM) en 2012, elle augmenterait également le nombre d'extractions instrumentales et de césarienne. [15-16]

Le Collège national des sages-femmes (CNSF) soulève également que ce geste technique permet également à une seule praticienne de s'occuper de plusieurs femmes qui accouchent en même temps. [14]

1.4 LES LESIONS PERINEALES

1.4.1 Le périnée

Le périnée se situe à la partie la plus basse du tronc, de forme losangique il est délimité par le pubis en avant les branches ischiopubiennes sur les côtés et par le coccyx en arrière. Le périnée a souvent le nom de « plancher pelvien » et sert donc de soutien aux viscères du petit bassin tels que la vessie, l'utérus, le rectum, mais également leurs sphincters (4)[23].

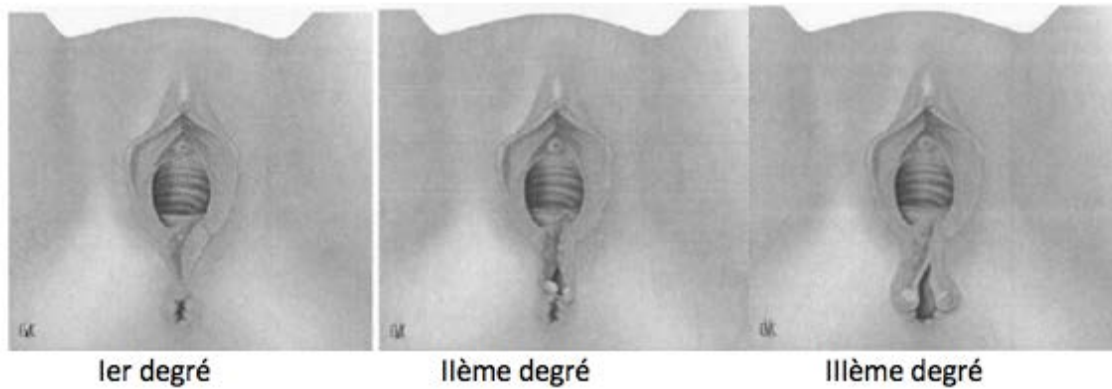
Au moment de l'accouchement, durant la dernière phase dite « phase d'expulsion », une attention particulière de la sage-femme, réalisant l'accouchement, est portée sur le périnée. Durant cette phase la pression de la tête due aux contractions va amplifier le périnée et la distance anovulvaire va alors passer de 3 à 8 cm. [16]

1.4.2 Les déchirures physiologiques

Le périnée reste suffisamment souple en général pour supporter cette force mais parfois certains facteurs (une sortie trop rapide, un premier bébé, un macrosome..) ou les mouvements répétés de la tête sur le périnée vont finir par faire lâcher les tissus et provoquer des déchirures périnéales. Lors d'un accouchement, le nombre de déchirures périnéales est de l'ordre de de 20 à 60%. [29,34]

On classe ces déchirures en 3 types (classification française) :

- Déchirures incomplètes du premier degré : lésions cutanées ou vaginales périnéales uniquement
- Déchirures complètes du deuxième degré : le sphincter anal est concerné, la déchirure s'arrête au niveau de la marge anale.
- Déchirures complètes compliquées du troisième degré : concernent complètement le sphincter anal ainsi que la muqueuse [16-18].



Types de déchirures périnéales selon la classification Française (5) [17]

Il existe une classification anglo-saxonne qui est importante pour une analyse de la littérature en lien avec le thème :

- Déchirure périnéale isolée correspond au 1^{er} degré (1^{er} degré français).
 - Déchirure périnéale de la peau, de la muqueuse et des muscles périnéaux correspond au 2^{ème} degré (1^{er} degré français).
 - L'atteinte du sphincter anale pour le 3^{ème} degré (2^{ème} degré français).
 - Déchirure complète compliquée correspond au 4^{ème} degré (3^{ème} degré français).
- [17](6)

1.4.3 L'épisiotomie

Parfois, une incision chirurgicale, l'épisiotomie est réalisée en sectionnant la peau et les muscles superficiels du périnée afin de permettre le passage du mobile fœtal, et d'éviter des déchirures accidentelles du périnée, vagin et du rectum. [17](7) L'OMS préconise de « *mettre un terme à la pratique excessive de l'épisiotomie* ». Des études scientifiques n'ont pas montré de bénéfices à l'épisiotomie systématique. En 2005, le CNGOF recommande d'effectuer une épisiotomie médio-latérale dans le cadre où elle s'impose uniquement avec pour objectif de réduire ce taux à moins de 30%. [42]

Une polémique récente, sur le taux d'épisiotomie en France, a fait grandir une inquiétude déjà très présente chez les femmes enceintes au moment de l'accouchement sur le risque d'avoir une épisiotomie ou non. Pourtant selon l'INSERM, le taux d'épisiotomie pour les primipares est de 44,4% et de 14,12% pour les multipares soit un total global de 26,8%, ils étaient respectivement de 66,4% et 32,7% avec un total de 55% en 1998. [33] Ce taux reste nettement inférieur à celui de 75% évoqué par Marlène Schiappa, secrétaire d'État le 20 juillet 2017, lors d'un discours au Sénat sur les inégalités professionnelles et les violences

subies par les femmes en France. Ce fort décalage avec la réalité est dû à une étude réalisée par une association de mamans fondée par la secrétaire d'état en 2013 et qui en réalité évoquait un taux basé sur les dires des patientes et non des données médicales où, bien souvent, une déchirure est également perçue comme une épisiotomie [20].

Selon le rapport publié par EURO-PERISTAT sur les données de la santé périnatale en 2010, le taux d'épisiotomie varie de manière importante selon les pays d'Europe. En première position ; on retrouve Chypre avec un taux de 75%, le Danemark avec un taux inférieur à 5%. La France, quant à elle, se retrouve dans la moyenne basse du classement européen avec un taux de 26,9%. [32]

1.5 LA PLACE DE LA SAGE FEMME

1.5.1 Depuis les séances de préparation à la naissance ...

Des sages-femmes exercent en libéral ou en milieu hospitalier et peuvent effectuer le suivi de grossesse physiologique. Au cours du suivi, il y aura 7 examens médicaux obligatoires et 8 séances de préparation à la naissance réalisées à partir du 6^{ème} mois. Tout est pris en charge à 100% par la sécurité sociale. Les séances de préparation à la naissance vont aider la femme à appréhender la douleur de l'accouchement [26]. Au cours de ces séances, les femmes vont apprendre comment gérer leurs douleurs, adapter les postures, apprendre à respirer sur une contraction, à pousser et acquérir des positions d'accouchement facilitantes. Elles vont leur permettre de mieux vivre leur grossesse ainsi que le travail et l'accouchement, d'en diminuer les appréhensions qui augmentent la perception douloureuse. Elles vont également permettre aux femmes de prendre conscience de leur périnée de son rôle au quotidien, ainsi que pendant l'accouchement.

Pour prévenir des lésions périnéales, on peut suggérer aux femmes, dans la mesure où elles sont à l'aise avec leur corps de réaliser un massage du périnée, en sortant de la douche par exemple, pour exercer le muscle à s'étirer, pour être plus malléable le jour de l'accouchement. [27]

Il existe également un ballon à gonfler dans le vagin, « épi-no », inspiré de techniques utilisées en Ouganda, où les femmes utilisent des Calebasses pendant la grossesse afin d'assouplir le périnée au fur et à mesure en augmentant les tailles. Ce dispositif est à introduire dans le vagin et se gonfle à l'aide d'un manomètre, une autorisation médicale est nécessaire pour utiliser ce dispositif et n'est pas remboursé par la sécurité sociale. Utilisable à partir du 6^{ème} mois de grossesse, une fois par semaine et après 7 mois et demi, il peut être

utilisé tous les jours afin de travailler l'élasticité du périnée. Il n'est cependant pas recommandé par le Collège national des gynécologues et obstétriciens français. [36](8)

Des exercices sont possibles, pendant les grossesses, afin de renforcer le périnée pendant la grossesse, et également de le détendre pour l'accouchement. Ce sont les exercices de Kegel. Le Dr Arnold Kegel, gynécologue, a inventé ces exercices en 1948. Ils vont permettre de mieux appréhender l'accouchement en prenant conscience de la commande contraction / relâchement pendant l'accouchement, ce qui permet de diminuer le risque de déchirure. Ce sont des exercices facilement réalisables sur des petites contractions d'une dizaine de secondes. Ils permettraient également, en augmentant la circulation sanguine au niveau du vagin et du rectum, de limiter les hémorroïdes. [38]

1.5.2 ... jusqu'à la salle de naissance

1.5.2.1 De l'accompagnement de la patiente

L'accompagnement par la sage-femme en salle d'accouchement commence par l'écoute des choix de la patiente et doit lui proposer ce qui est possible pour la soulager.

Chaque femme, en salle d'accouchement, a le droit de choisir si elle veut ou non avoir recours à la péridurale. Cependant « *Les surcharges de travail et les pratiques non conformes au respect de la physiologie sont à la fois causes et conséquences du non-respect des femmes et de leurs choix*, déplore le CNSF dans un communiqué. *Elles perdent la sécurité affective et émotionnelle au profit de l'organisation des soins et des pratiques.* » [14]

En salle de naissance, la femme doit pouvoir rester actrice de son accouchement. Tant qu'elle n'a pas la péridurale, elle reste libre de ses mouvements pendant les contractions. Le corps adopte automatiquement une position qui soulage et qui, par la même occasion, laisse le bébé s'engager. Des techniques peuvent aussi être proposées en salle de naissance, si la sage-femme en possède les compétences, comme l'acupuncture, l'hypnose, etc...

1.5.2.2 À la surveillance materno-fœtale

Pour les patientes ayant recouru à une péridurale, la sage-femme doit être vigilante aux effets indésirables et éventuelles complications qui peuvent apparaître. Une hypotension maternelle prolongée peut entraîner une diminution de la perfusion utéro-placentaire et entraîner alors une hypoxie fœtale. Une surveillance du rythme cardiaque fœtale (RCF) est

obligatoire après la pose de l'analgésie péridurale, ainsi qu'un scope maternel (pouls, tension artérielle) doit être posé.

1.5.2.3 Jusqu'à l'accouchement

Différentes méthodes peuvent être utilisées par les sages-femmes en salle de naissance afin de préserver le périnée. Le massage périnéal par la sage-femme, durant la deuxième partie du travail, permettrait de réduire l'incidence des lésions périnéales du 3^{ème} et 4^{ème} degré, dans certaines pratiques les sages-femmes ont parfois recours à la vaseline. [33]

Pendant la deuxième phase du travail, des compresses chaudes, peuvent être appliquées afin de détendre les fibres musculaires, notamment au moment de l'ampliation du périnée lors de l'expulsion. Les positions maternelles durant la phase d'expulsion jouent un rôle important. Celles dites verticales comme être assise, accroupie ou à 4 pattes, ainsi que la position dite horizontale en décubitus latéral réduirait l'incidence de déchirures périnéales et d'épisiotomies si on le compare au décubitus dorsal ou à la « position gynécologique » très largement utilisée dans les pays occidentaux. [34]

Différentes méthodes sont discutées concernant la protection du périnée lors de l'accouchement, celle dite « hands-on » l'accoucheur pose la main sur la présentation fœtale pour maîtriser sa vitesse de déflexion, l'autre main est posée sur le périnée postérieur pour le soutenir. Au moment du dégagement de l'épaule et du corps, la main reste sur le périnée postérieur. Cette méthode vise à ralentir le mobile fœtal afin de laisser au périnée le temps de s'amplifier. La méthode « hands-off » est à l'opposé, l'accoucheur n'intervient pas, ni sur le mobile fœtal, ni sur le périnée. Une méthode intermédiaire « hands-poised » consiste à exercer une pression sur le mobile fœtal pour limiter les risques d'une expulsion rapide lors de la déflexion, mais sans toucher le périnée postérieur. [34]

1.5.3 Suivi de la rééducation périnéale en post-partum

Le périnée servant notamment de soutien à l'utérus va pendant la grossesse subir la pression exercée par le poids du bébé, du liquide amniotique, du placenta, de l'utérus lui-même ainsi que les changements hormonaux, vont fragiliser le périnée pendant la grossesse par cette pression exercée par l'utérus et lors de l'accouchement, une perte de tonicité due au relâchement musculaire par étirement. Cela va provoquer des incontinences urinaires à l'effort, la toux, aux rires ... Il est donc important de suivre une rééducation périnéale après l'accouchement afin de renforcer le périnée. [35]

Les sages-femmes peuvent également pratiquer « *la rééducation périnéo-sphinctérienne en cas de troubles consécutifs à un accouchement* ». Une rééducation est possible en dehors de la période du post-partum, dans ce cas-là une prescription d'un médecin sera nécessaire. La rééducation périnéale est utile dans les troubles de la statique pelvienne (rectocèle, cystocèle etc.), les troubles urinaires (incontinence urinaire à l'effort, par urgenturie, nycturie..), les troubles ano-rectaux (incontinence anale, dyschésie..) , les troubles génito-sexuels (douleurs cicatricielles, dyspareunies..). Possible après la consultation post-natal (6 à 8 semaines après l'accouchement), un testing périnéal est réalisé pour convenir du nombre nécessaire de séance à réaliser. La rééducation périnéale se déroule selon 3 méthodes. La méthode manuelle qui permet par un toucher vaginal d'orienter la contraction sur les muscles ayant le plus besoin d'être travaillés et permet aux femmes de prendre conscience de leur périnée à l'aide d'images simples. Le biofeedback se réalise à l'aide d'une sonde intravaginale qui va enregistrer les contractions réalisées par la patiente, en général couplée avec l'électrostimulation, qui permet grâce à la sonde d'envoyer un courant afin de permettre une contraction des muscles périnéaux. [35]

Partie 2 : MATÉRIEL ET MÉTHODE

2.1 MATÉRIEL

Une revue de la littérature consiste en une synthèse d'éléments pertinents qui ont pu être ressortis lors de la recherche visant à répondre aux hypothèses émises pour mener à bien cette étude.

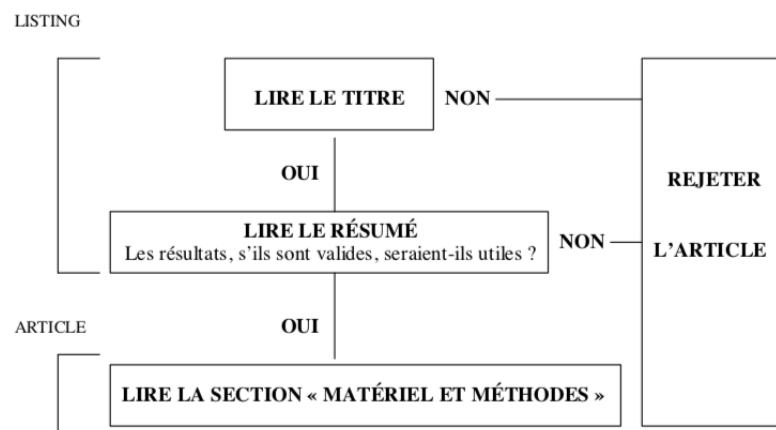
Le choix des études a été réalisé selon les étapes de sélection issue du guide de « l'analyse de la littérature et gradation des recommandations de la Haute Autorité de Santé (HAS) ». [30]

Une recherche bibliographique depuis 2003 faite grâce à la base de données de Google Scholar, EM consult et PubMed.

L'utilisation de plusieurs mots-clés a été requise :

- Déchirures périnéales / vaginal trauma
- Déchirures sévères / anal sphincter trauma
- Accouchement / delivery
- Analgésie péridurale / epidural
- Épisiotomie / episiotomy
- Périnée / perineum – pelvic floor

Une sélection de 7 articles a été faite pour effectuer cette étude.



Les premières étapes de la sélection d'un article. Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation de la santé (ANAES) [31]

2.2 METHODE

2.2.1 LA PROBLÉMATIQUE

Ce mémoire a pour but de répondre à la problématique suivante : comment l'APD impacte le taux de déchirures périnéales et d'épisiotomie lors d'un accouchement normal à terme (ANT) selon une revue de la littérature en 2019.

2.2.2 OBJECTIFS

2.2.2.1 *Bénéfices attendus*

Les bénéfices attendus visent l'amélioration du suivi et de l'accouchement des patientes sous APD par les sages-femmes afin de limiter le risque de déchirures périnéales et épisiotomies.

2.2.2.2 *Objectif*

L'objectif principal de ce mémoire :

- Faire l'état des lieux des impacts de l'APD sur les déchirures périnéales et les épisiotomies selon une revue de la littérature en 2019.

Les objectifs secondaires :

- Recenser la fréquence de déchirures / épisiotomies pour les ANT avec et sans APD
- Évaluer le type de déchirure pour les ANT avec et sans APD
- Recenser les périnées intacts pour les ANT avec et sans APD.

2.2.3 HYPOTHÈSES

Plusieurs hypothèses ont été formulées afin de répondre à la problématique

- Hypothèse 1 : Les déchirures sont plus fréquentes sous APD pour les ANT
- Hypothèse 2 : Les épisiotomies sont plus fréquentes sous APD pour les ANT
- Hypothèse 3 : Sous APD il y a augmentation du taux de déchirures compliquées (type III et IV) pour les ANT
- Hypothèse 4 : L'APD augmente le taux de déchirures des multipares
- Hypothèse 5 : les épisiotomies ne concernent que les Ig / Op
- Hypothèse 6 : l'APD augmente le taux d'extraction instrumentale

2.2.4 CRITÈRES DE JUGEMENT

La péridurale et les déchirures seront prises en compte.

- Nombre de déchirures sous APD vs sans APD pour les ANT
- Nombre d'épisiotomies sous APD vs sans APD pour les ANT
- Nombre de déchirures par classification sous APD vs sans APD pour les ANT

2.3 PRÉSENTATION DES ÉTUDES PAR ORDRE CHRONOLOGIQUE

Étude 1 : « Epidural Analgesia and Severe Perineal Laceration in a Community-based Obstetric Practice” *Timothy G. Carroll, MD, Michael Engelken, MD, Michael C. Mosier, PhD, and Niaman Nazir, MBBS, MPH.* Janvier 2003. Cette étude portait sur 2759 patientes ayant accouché voie basse spontanément ou par déclenchement en présentation par le sommet, d'une grossesse singleton, d'au moins 36SA. Elle a été réalisée entre juin 1996 et juin 2000 à St Francis Regional Medical Center à Tokepa dans le Kansas, aux États-Unis. Cette étude cherchait à évaluer si l'analgésie péridurale était un facteur de risque indépendant de déchirures périnéales sévères. [40]

Étude 2 : « Incidence of and risk factors for perineal trauma: a prospective observational study » L. A Smith, N. Price, V. Simonite and E. E Burns. C'était une étude prospective observationnelle sur les femmes ayant accouché par voie basse entre mai et septembre 2006, dans une unité obstétricale, 3 unités tenues par une sage-femme uniquement et à domicile dans le sud de l'Angleterre portant sur 2754 femmes. L'objectif était de décrire le type de lésions périnéales et d'en extraire les causes maternelles et obstétricales. [43]

Étude 3 : « La primiparité est-elle le seul facteur de risque des lésions du sphincter anal en cours d'accouchement ? » A. Barbier, O. Poujad, R. Fay, O. Thiébauges, M. Levardon, B. Deval en 2016. Il s'agissait d'une étude observationnelle transversale, sur une période de mai 1998 à mai 2003 à l'hôpital de Beaujon (APHP, France), sur 9639 accouchements. C'était une étude cas / témoin, composé du groupe cas de 63 patientes ayant eu une lésion périnéale de type 3 ou 4 lors de leur accouchement, et le groupe témoin composé de 67 patientes ayant accouché sur la même période sans lésions périnéales. Ont été exclues les césariennes, les sièges, les grossesses gémellaires. L'objectif était d'identifier les autres facteurs cliniques qui s'ajoutaient à la primiparité lors des lésions périnéales sévères pendant l'accouchement. [45]

Étude 4 : « Les présentations postérieures augmentent-elles le risque de déchirures périnéales sévères ? » C. Salameh , F. Canoui-Poitrine , M. Cortet , A. Lafon , R.-C. Rudigoz , C. Huissoud . en 2011. Il s'agissait d'une étude rétrospective de cohorte portant sur 9097 accouchements (dont 9075 inclus) par voie basse, dans une maternité universitaire entre le

1^{er} janvier 2005 et le 31 décembre 2008. Les données ont été recueillies à partir de la base de données informatisées du dossier obstétrical. Les patientes ont été catégorisées en deux groupes, dans le premier, on retrouve les femmes avec une déchirures sévère et dans le deuxième groupe celles n'ayant pas de déchirures sévères. L'objectif était d'évaluer le risque de déchirures sévères lors d'un accouchement par voie basse en présentation occiputo-sacrée. [46]

Étude 5 : “Risk factors for severe perineal trauma during vaginal childbirth: A Western Australian retrospective cohort study “ Yvonne L. Hauck, Lucy Lewis, Elizabeth A. Nathan, Christine White , Dorota A. Doherty,2015. Les chercheurs ont effectué une étude de cohorte rétrospective en milieu hospitalier portant sur 10408 accouchements voie basse à partir de 28SA, de janvier 2009 à décembre 2011 à la clinique de Perth en Australie de l'ouest. L'objectif de l'étude était de déterminer les taux et les facteurs de risque des déchirures périnéales du troisième et du quatrième degré (traumatisme périnéal grave) en Australie de l'ouest. [42]

Étude 6 : “Epidural Analgesia and Any Vaginal Laceration” *Timothy G. Myrick, MD and Kelly J. Sandri, MD.* Septembre – Octobre 2013. Les chercheurs avaient réalisé une analyse rétrospective des dossiers de 2131 femmes. On y retrouvait les accouchements voie basse singleton de tous les trimestres en incluant les lésions périnéales de légères à graves (du I^{er} au IV^{ème} degré) dans les hôpitaux Truman Medical Centers Hospital Hill (TMCHH) et Lakewood (TMCLW) dans le Kansas aux États-Unis, en 2013 du 1^{er} janvier au 31 décembre étaient inclus. Cette étude avait repris celle initiée par T. Carroll et al. et montrait les relations entre l'analgésie péridurale et les déchirures [41]

Étude 7 : « Accouchement dans l'eau: quelles sont les conséquences maternelles et fœtales d'un accouchement dans l'eau chez des patientes présentant un faible risque obstétrical comparé aux accouchements sur terre avec ou sans analgésie péridurale ? » J. Anselmi en 2014. Il s'agissait d'une étude rétrospective unicentrique, effectuée à la maternité Pierre-Rouquès « les bluets », de type exposé/non exposé avec recueil de données sur le dossier entre juillet 2008 et décembre 2014 portant sur 1011 patientes. [44]

Partie 3 : RÉSULTATS

Les résultats des études sont présentés selon différentes variables: les déchirures, l'épisiotomie, la parité, les extractions instrumentales.

3.1 TAUX DE DÉCHIRURES PÉRINÉALES

Dans l'étude 1: sur 2759 accouchements, 176 patientes (6,38%) avaient une déchirure périnéale sévère (3ème et 4ème degré). 634 d'entre-elles étaient sous péridurale dont 65 (10,25%) ayant eu une déchirure périnéale sévère. Sur les 2125 patientes n'ayant pas eu de péridurale 111 avaient eu une déchirure sévère soit 5,22%.

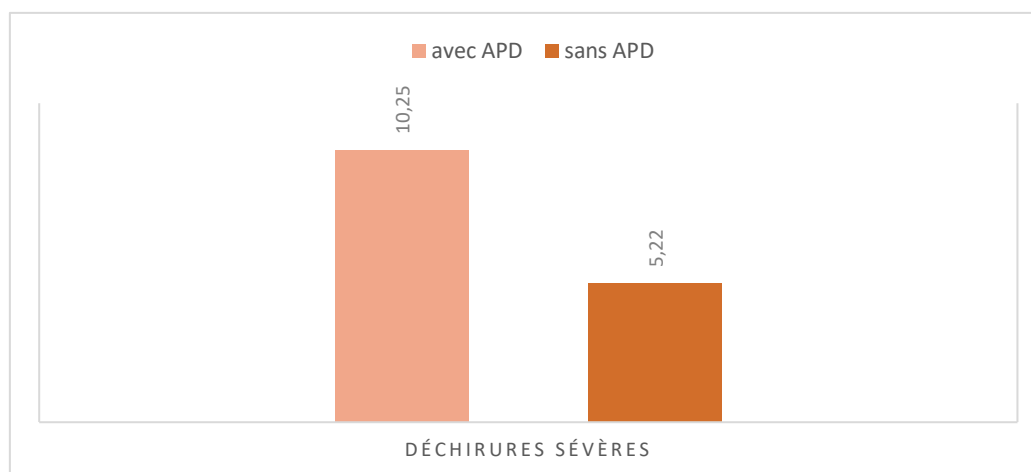


Figure 1 : Pourcentage de déchirures sévères avec et sans APD selon l'étude 1 (n=2759 , de juin 1996 à juin 2000)

Dans l'étude 6 : sur 2131 accouchements, 1362 patientes (63,9%) présentaient une lésion périnéale nécessitant une suture, 884 (41,5%) ont eu recours à une péridurale, dont 559 (63,2%) présentaient des déchirures périnéales, et 803 (64,4%) des 1247 patientes n'ayant pas eu de péridurale présentaient une déchirure.

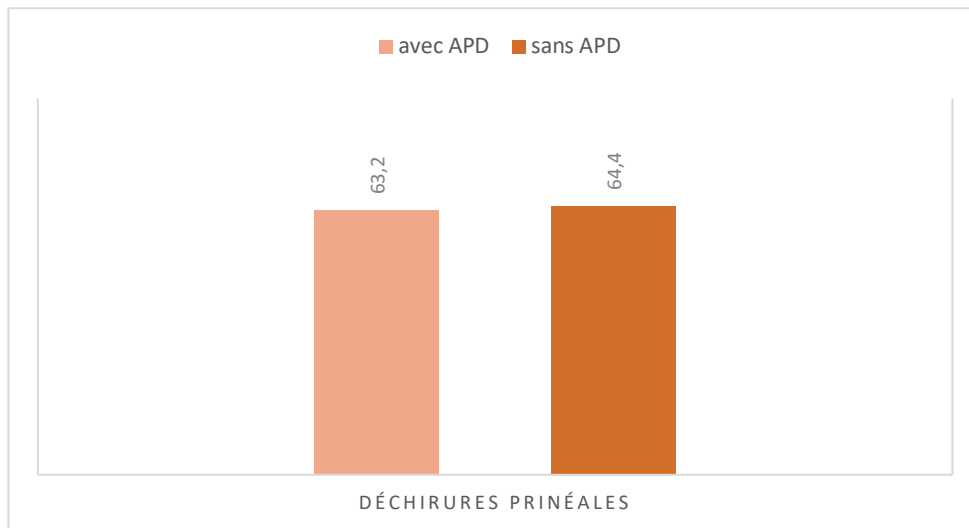


Figure 2 : Pourcentage de déchirures périnéales avec et sans APD selon l'étude 6 (n=2131, du 1er janvier au 31 décembre 2013)

Dans l'étude 7 : sur 1011 accouchements, 498/1011 patientes ont présenté une déchirure périnéale soit 49,26% dont 170 (34,14%) ayant accouché dans l'eau, 180 (36,14%) ayant accouché avec APD et 148 (29,72%) ayant accouché sans APD.

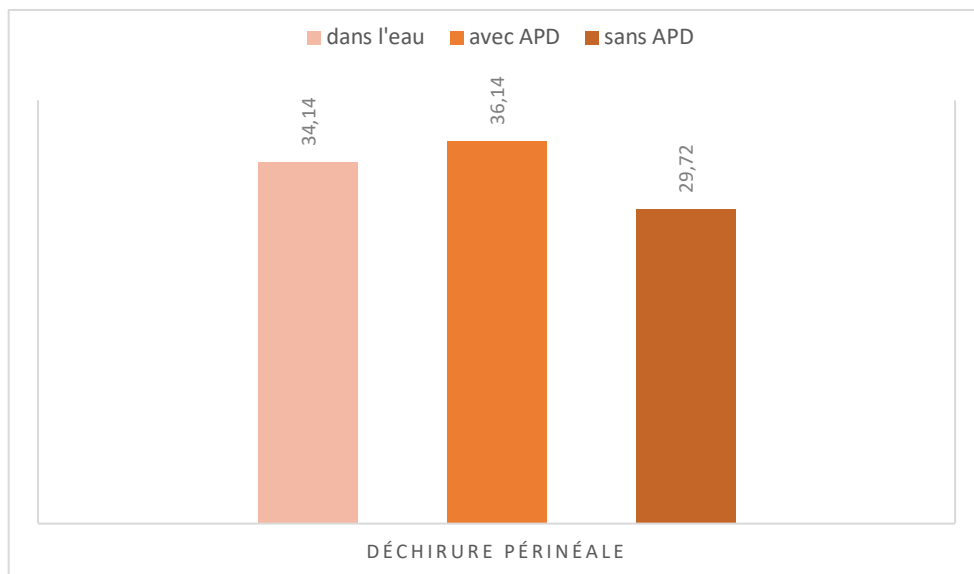


Figure 3 : Pourcentage de déchirures périnéales dans l'eau, avec et sans APD sur terre selon l'étude 7 (n=1011, en 2014)

Tableau I : Récapitulatif des études sur le taux de déchirures périnéales avec et sans APD

	Avec APD (en %)	Sans APD (en %)	Dans l'eau (en %)
Étude 1 (n=2759)	10,25	5,22	
Étude 6 (n=2131)	63,20	64,40	
Étude 7 (n=1011)	36,14	29,72	34,14

3.2 TAUX D'ÉPISIOTOMIE

Dans l'étude 1: sur les 2759 accouchements, il y a eu 609 épisiotomies, dont 168 des 634 patientes ayant une APD soit 26,50% et 441 des 2125 patientes n'ayant pas d'APD soit 20,75%.

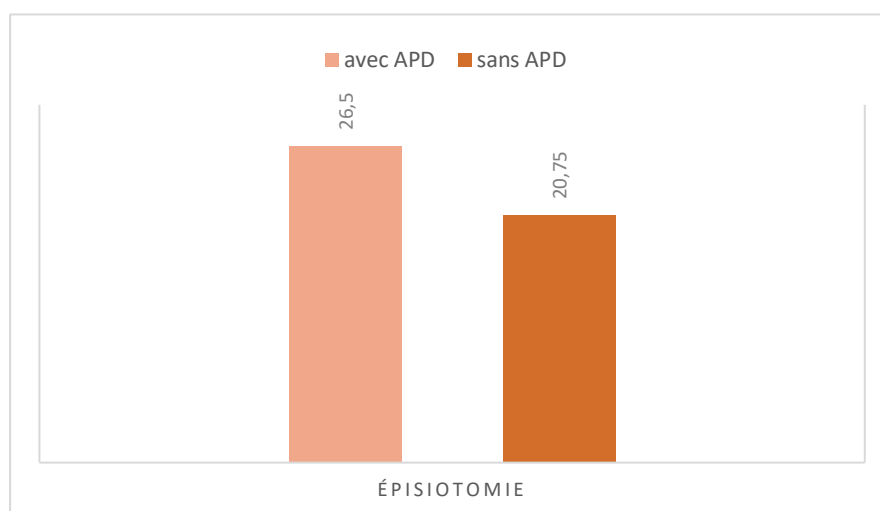


Figure 4: Pourcentage d'épisiotomie avec et sans APD selon l'étude 1 (n=609, de juin 1996 à juin 2000)

Dans l'étude 7 : sur 1011 accouchements, 59 épisiotomies ont été réalisées dont 2 (0,60%) dans l'eau 32 (9,61%) avec APD et 25 (7,51%) sans APD.

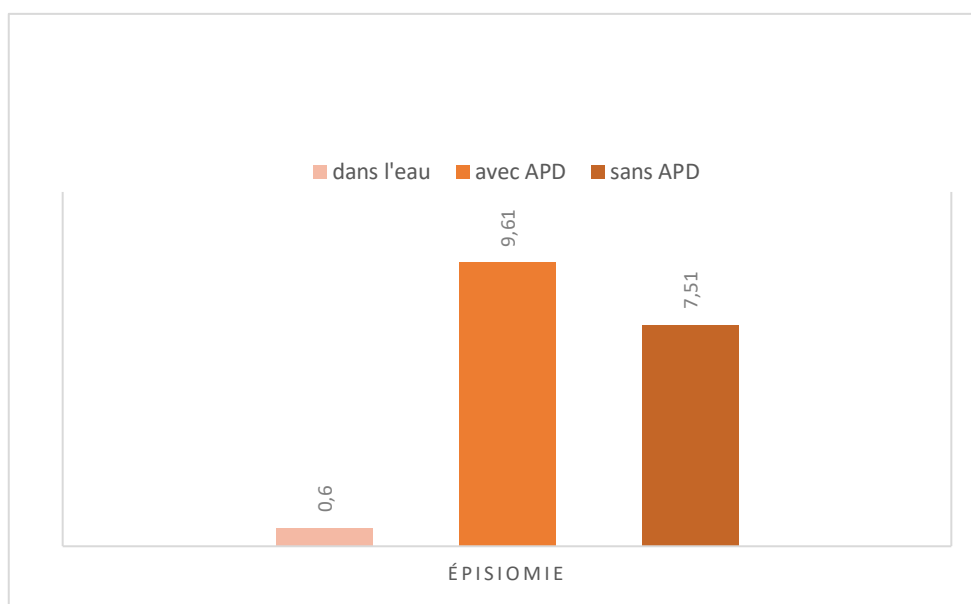


Figure 5 : Pourcentage d'épisiotomie dans l'eau, avec et sans APD sur terre selon l'étude 7 (n=59, en 2014)

Tableau II : Récapitulatif des études sur le taux d'épisiotomie avec et sans APD

	Avec APD (en %)	Sans APD (en %)	Dans l'eau (en %)
Étude 1 (n=609)	26,50	20,75	
Étude 7 (n = 59)	9,61	7,51	0,60

3.3 TAUX DE DÉCHIRURE PAR CLASSIFICATION

3.3.1 Déchirures sévères et péridurale

Étude 4 : sur 9075 accouchements, dans le groupe 1 (n=152), les femmes avec une déchirure sévère 94,7% avaient une péridurale et dans le groupe 2 (n=8923), celles n'ayant pas de déchirures périnéales sévères 87,5% en avaient une.

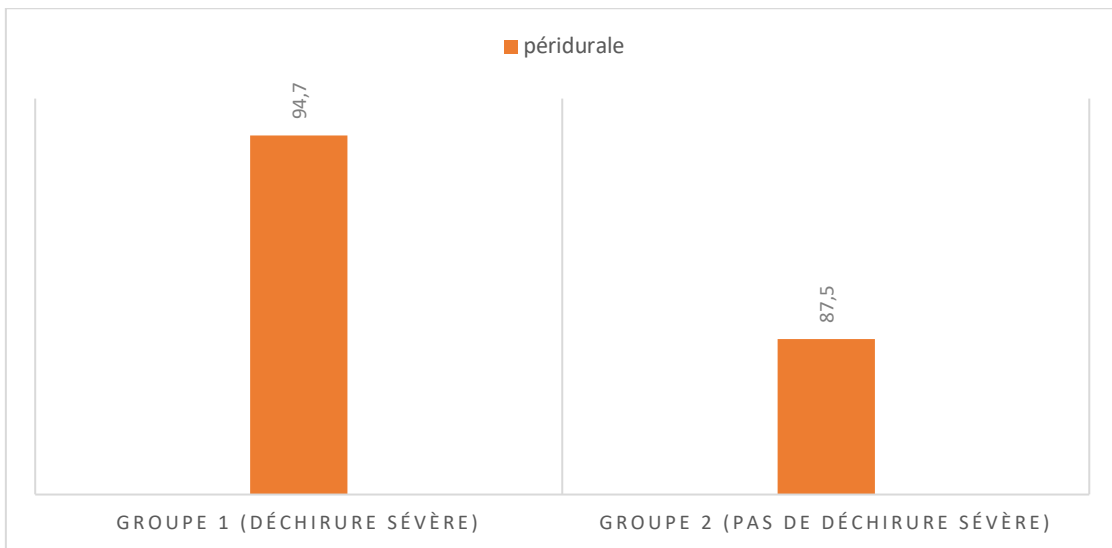


Figure 6 : Pourcentage de déchirures sévères ou non sous APD selon l'étude 4 (n= 9075, de janvier 2005 à décembre 2008)

Dans l'étude 3 : sur 130 accouchements, dans le groupe A composé de 63 patientes ayant eu des déchirures périnéales sévères, 86% d'entre elles avaient eu une péridurale. Pour le groupe B composé de 67 patientes avec périnée intact ou déchirure de type 1 ou 2, 76% étaient sous péridurale.

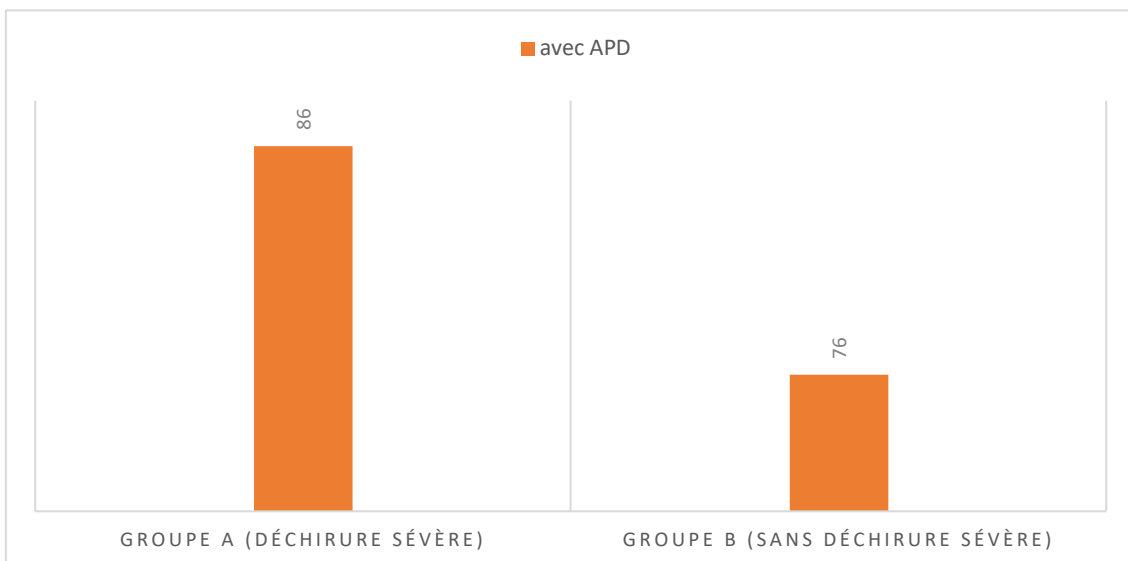


Figure 7 : Pourcentage de déchirures sévères ou non sous APD selon l'étude 3 (n= 130, de mai 1998 à mai 2003)

Tableau III : Récapitulatif des études sur les taux de déchirures sévères sous APD

	Déchirures sévères sous APD (en %)	Sans déchirures sévères sous APD (en %)
Étude 4 (n=9075)	94,7	87,5
Étude 3 (n=130)	86,0	76,0

3.3.2 Les déchirures périnéales sévères associées à une épisiotomie

Dans l'étude 4 : sur 9075 accouchements décomposés en deux groupes, le groupe 1 comprenait les patientes ayant eu une déchirure périnéale sévère et le groupe 2 les patientes n'ayant pas eu de déchirures périnéales sévères. Le groupe 1 était constitué de 152 patientes dont 94 (61,8%) ayant eu une épisiotomie. Pour le groupe 2, composé de 8923 patientes, 2409 soit 26,9% avaient eu une épisiotomie.

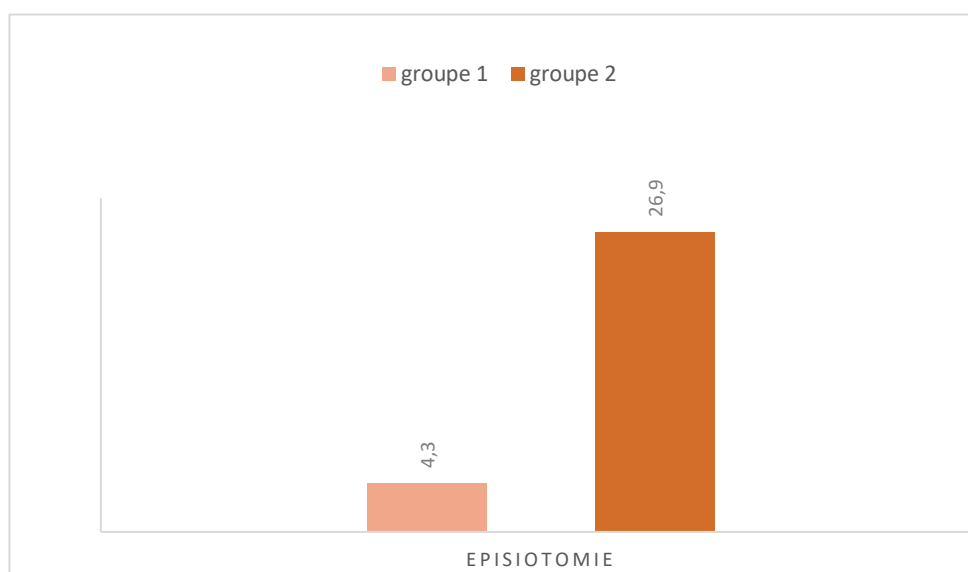


Figure 8 : Pourcentage d'épisiotomies associées aux déchirures sévères ou non selon l'étude 4 (n= 9075, de janvier 2005 à décembre 2008)

Dans l'étude 3 : sur 130 accouchement décomposé en 2 groupes, le groupe A (groupe d'étude) ayant eu une déchirure de type 3 ou 4 était composé de 63 patientes, 37% ont eu une épisiotomie seule, et 43% une épisiotomie avec un forceps, en ce qui concernait le groupe B (groupe témoin) composé de 67 patientes, ces taux étaient de 51% pour l'épisiotomie seule et 1% pour l'épisiotomie associée à un forceps.

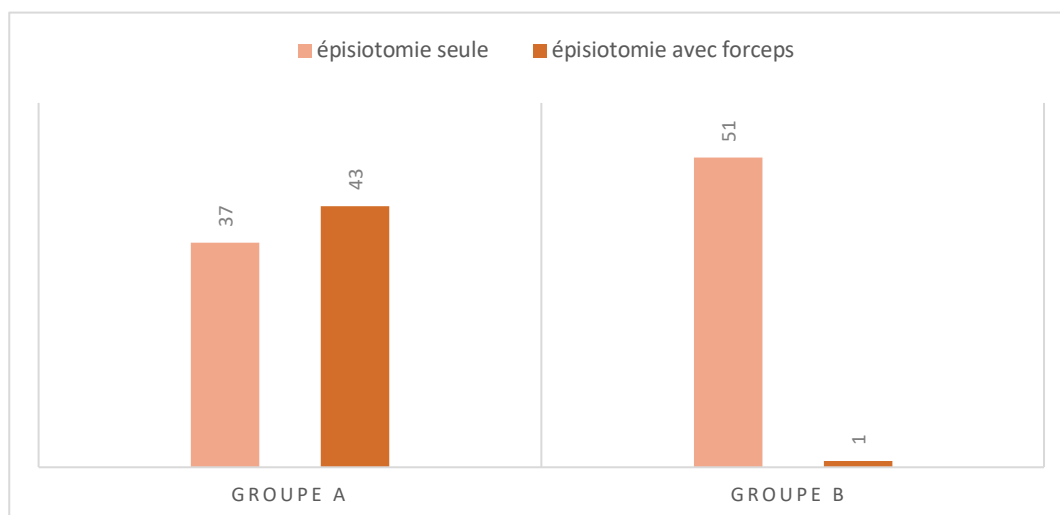


Figure 9 : Pourcentage d'épisiotomie avec et sans extraction instrumentale selon l'étude 3 (n= 130, de mai 1998 à mai 2003)

Tableau IV : Récapitulatif des taux d'épisiotomies associées ou non à une déchirure sévère

	Épisiotomie + déchirures sévères (en %)	Épisiotomie sans déchirures sévères (en%)
Étude 4 (n=9075)	4,3	26,9
Étude 3 :		
seule	37,0	51,0
avec forceps	43,0	1,0
(n=130)		

3.3.3 Les différents taux de déchirures

L'étude 2 proposait une comparaison de tous les types de déchirures périnéales selon la parité et les différentes structures d'accouchements et portait sur 2754 accouchements. Sans tenir compte de la parité.

- A l'hôpital (hospital): on a 15,6% d'éraillures aux lèvres, 4,7% de colonne vaginale uniquement, 8,6% de Ier degré, 36,7% de IIème degré, 4,2% de IIIème degré, 0,3% de IVème degré.
- Au FMU (structures de soins maternels gérés par des sages-femmes): 19,8% d'éraillures, 6,6% de colonne vaginale 17,7% de Ier degré, 28,5% de IIème degré, 1% de IIIème degré et pas de IVème degré.
- A la maison (homebirth): 15,3% d'éraillures , 2,7% de colonne vaginale, 16,2% de déchirure du Ier degré, 23,4% du IIème degré, 2,7% du IIIème degré et pas de IVème degré.

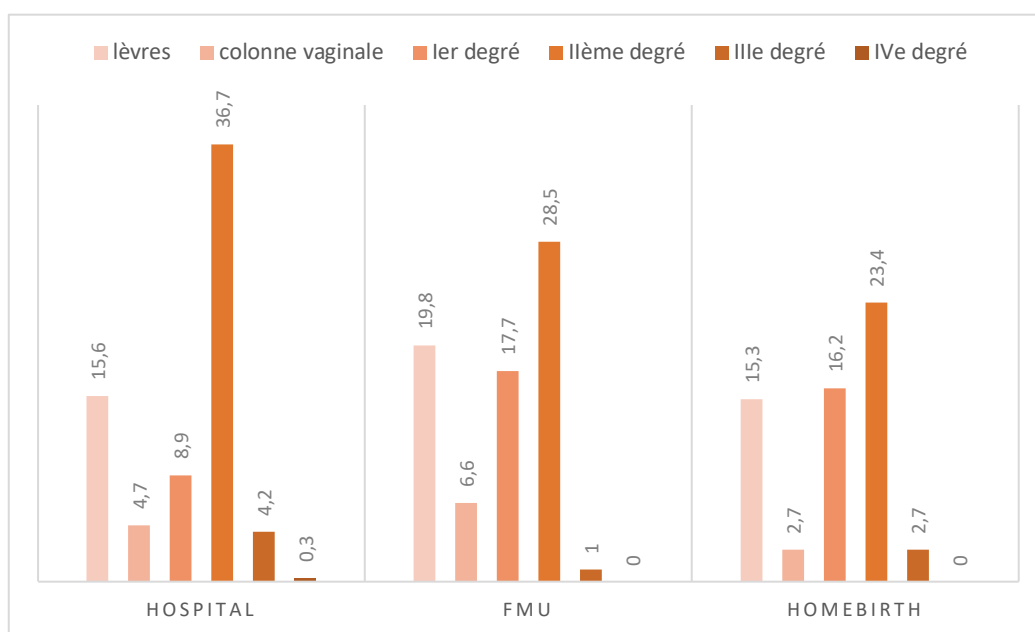


Figure 10: Classification déchirures selon l'étude 2 (n= 2754, de mai à septembre 2006)

Dans l'étude n°6, une comparaison a été faite entre un hôpital de ville et un hôpital de banlieue. Au Truman Medical Center Hospital Hill (TMCHH), 61,7% des patientes (679/1100) avaient une déchirure périnéale dont 4% étaient du 3^{ème} ou 4^{ème} degré. Pour le Truman Medical Center Lakewood, (TMCL), 60,9% des patientes (628/1031) présentaient une déchirure et 2,2% une déchirure de 3^{ème} ou 4^{ème} degré.

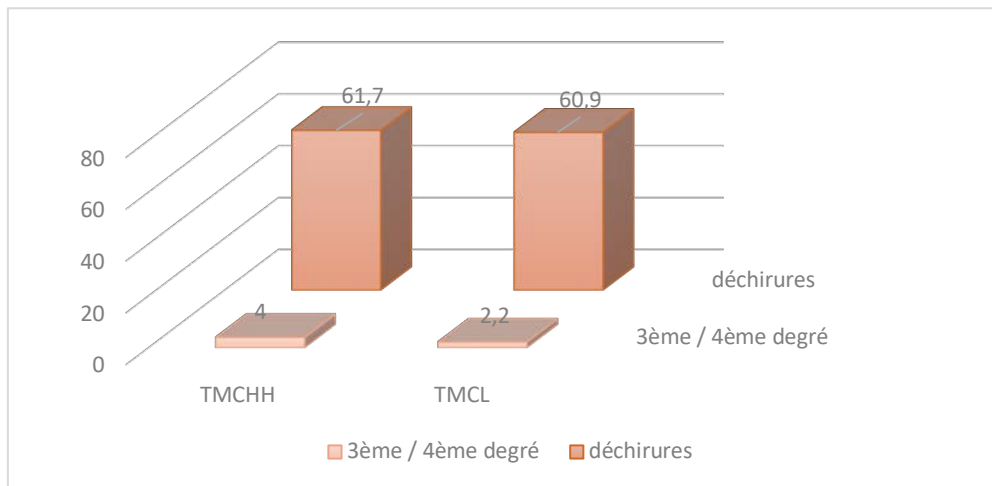


Figure 11 : Pourcentage de déchirures sévères parmi les déchirures totales dans 2 établissements selon l'étude 6 (n= 2131, du 1er janvier au 31 décembre 2013)

3.4 DÉCHIRURES ET ÉPISIOTOMIE SELON LA PARITÉ

3.4.1 Les déchirures

Dans l'étude 5 : sur 10408 accouchements, l'incidence des lésions périnéales était de 3% soit 338 patientes . Dans cette population ,4405 étaient des primipares et 5,4% d'entre elles (soit 239 patientes) avaient des traumatismes périnéaux graves (TPG) et sur 5990 multipares dans cette étude soit ,1,7% (99 patientes) en ont présenté. Sur 10408, 4361 patientes avaient eu recours à l'analgésie péridurale. Sur les 239 primipares ayant eu des TPG, 132 avaient une péridurale (soit 55,2%), sur les 99 multipares ayant eu des TPG, 34 avaient eu une péridurale (soit 34,3%).

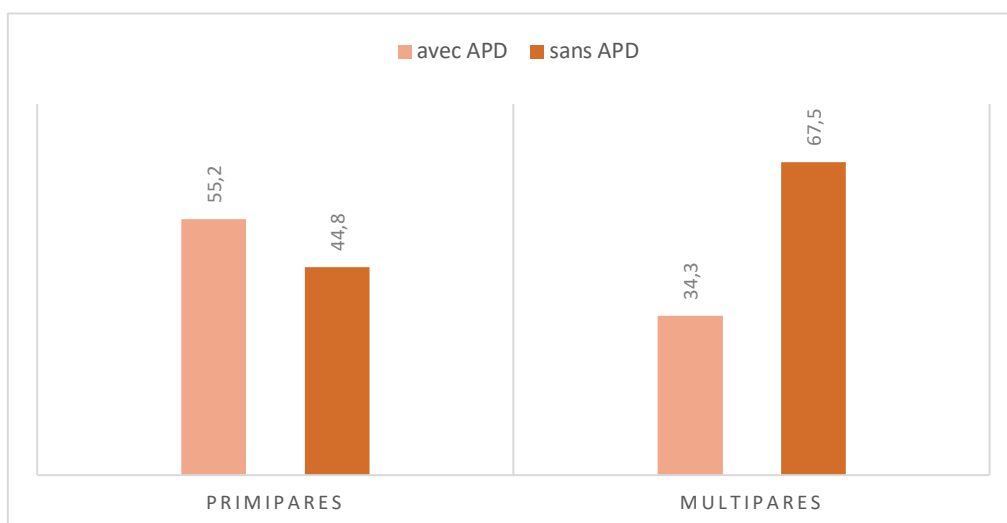


Figure 12 : Pourcentage de déchirures périnéales chez les nullipares et multipares selon l'étude 5 (n=10408, de janvier 2009 à décembre 2011)

Étude 2 : sur 2754 accouchements enregistrés dans trois structures différentes : l'hôpital, FMU et la maison les différentes types de déchirures ont été recensés et classés selon la parité et le lieu d'accouchement.

- périnée intact : à Hôpital 8,6% des primipares et 28,5% des multipares. FMU 17,4% des primipares et 39,7% des multipares. A la maison 14,3% des primipares et 56,5% des multipares.
- 1^{er} degré : à l'hôpital 5,5% des primipares et 12,2% des multipares. FMU 16,5% des primipares et 18,4% des multipares. A la maison 16,7% des primipares et 15,9% des multipares.
- 2^{ème} degré : à l'hôpital 35,1% des primipares et 38,3% des multipares. FMU 34,8% des primipares et 24,6% des multipares. A la maison 29% des primipares et 20,3% des multipares.
- 3^{ème} degré : à l'hôpital 6,0% des primipares, 2,4% des multipares. FMU 1,8% des primipares et 0,6% des multipares. A la maison : 7,1% des primipares et pas de multipare.
- 4^{ème} degré : à l'hôpital 0,3% des primipares et 0,2% des multipares et pas ailleurs.

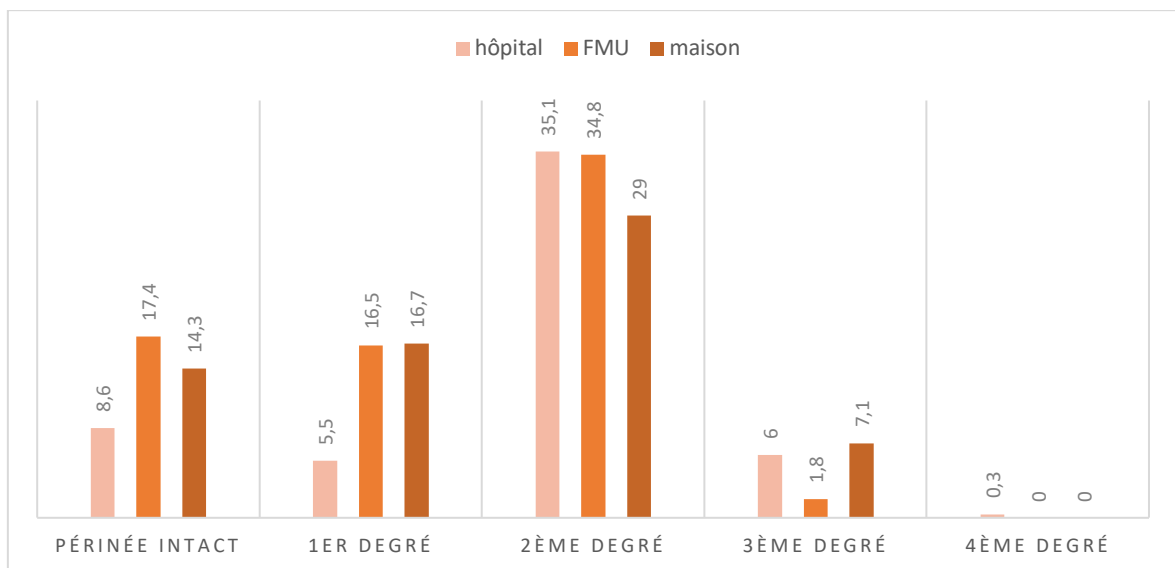


Figure 13 : Classification déchirures périnéales chez les primipares selon l'étude 2 (n= 1302, de mai à septembre 2006) en pourcentage.

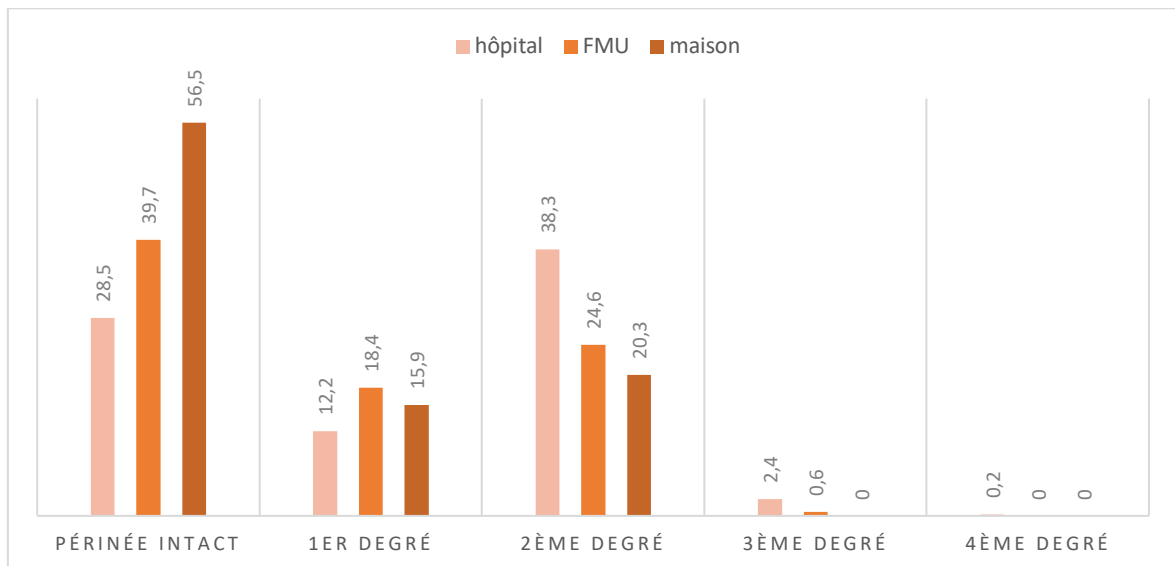


Figure 14 : Classification déchirures périnéales chez les multipares selon l'étude 2 (n= 1462, de mai à septembre 2006) en pourcentage.

3.4.2 Les épisiotomies

Dans l'étude 5 : sur 4405 primipares, 1582 ont eu une épisiotomie soit 35,9% ainsi que 503 des 5990 multipares, soit 8,4%. Pour les primipares, 31,2% ayant eu une déchirure sévère périnéale (DSP) avaient également eu une épisiotomie et 35,8% des patientes sans DSP avaient une épisiotomie. Concernant les multipares 28,3% avaient eu une DSP et une épisiotomie, et 8,1% sans DSP.

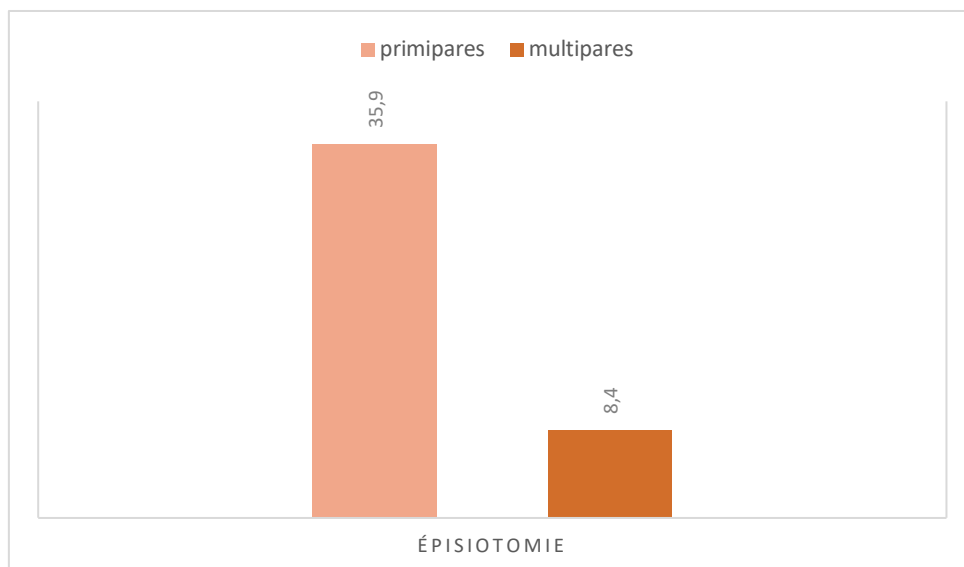


Figure 15 : Pourcentage d'épisiotomie chez les multipares et les primipares selon l'étude 5 (n= 10408, de janvier 2009 à décembre 2011)

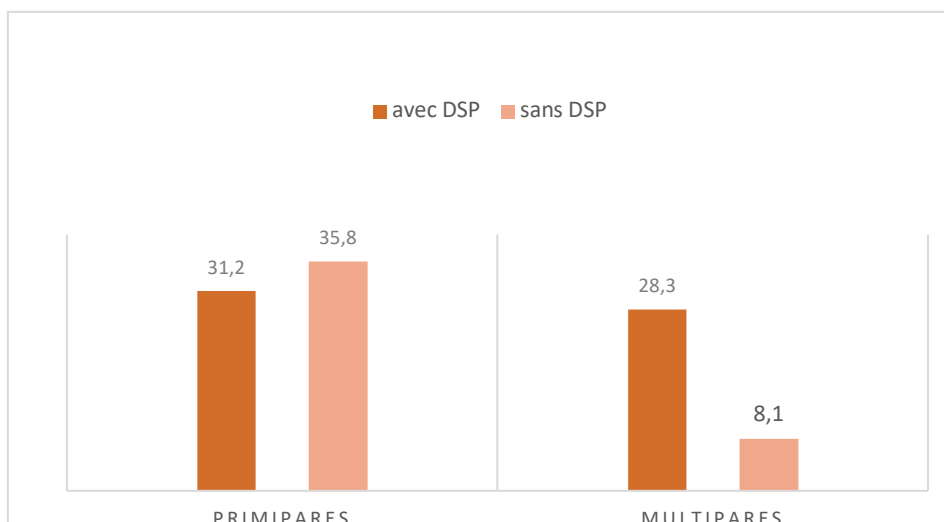


Figure 16 : Pourcentage d'épisiotomies associées ou non à une déchirure sévère périnéale (DSP) chez les primipares et les multipares selon l'étude 5 (n= 10408) (de janvier 2009 à décembre 2011)

Dans l'étude 2, l'épisiotomie en fonction de la parité et son association à une déchirure sévère avait également été recensée. À l'hôpital, 1151 primipares et 1204 multipares ont accouché ; 31,6% des primipares ont eu une épisiotomie, et 0,4% ont eu une épisiotomie avec une déchirure du 3^{ème} ou 4^{ème} degré. 7% des multipares ont eu une épisiotomie, aucune n'a pas eu de déchirures sévères associées. Au FMU, 109 primipares ont accouché et 179 multipares. 6,4% des primipares ont eu une épisiotomie sans déchirures sévères associées, et aucune multipare n'a eu d'épisiotomie. 42 primipares ont accouché à la maison et 69 multipares a la maison, 2,4% des primipares ont eu une épisiotomie sans déchirures sévères associées, et aucune multipares n'a eu d'épisiotomie.

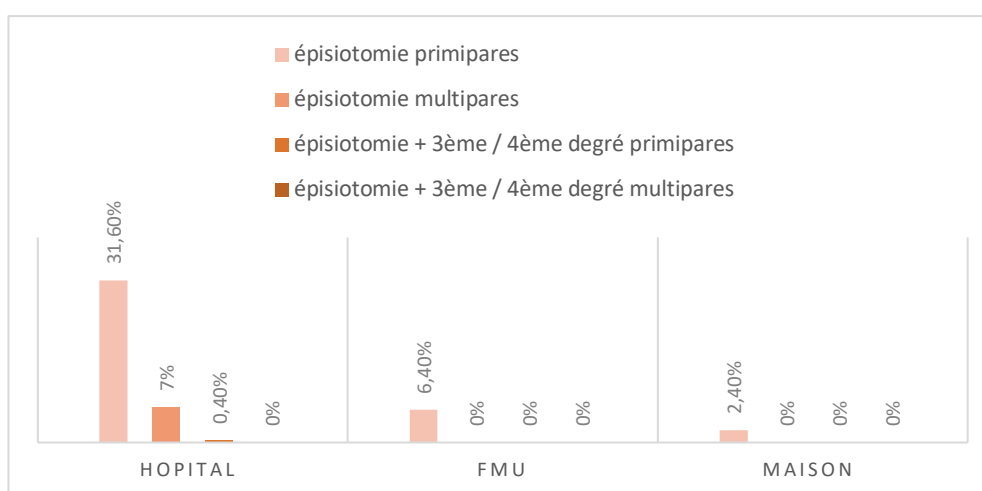


Figure 17 : Pourcentage d'épisiotomies associées ou non à une déchirure sévère (3ème ou 4ème degré) chez les primipares et les multipares dans différentes structures selon l'étude 2 (n=2754, de mai à septembre 2006)

Tableau V : Récapitulatif des études sur le taux d'épisiotomie avec et sans déchirures sévères périnéales (DSP)

	avec DSP (en %)	sans DSP (en %)
Étude 5		
Primipares	31,2	35,8
Multipares	28,3	8,1
Étude 2 :		
○ Hôpital		
- Primipares	0,4	31,6
- Multipares	0,0	7,0
○ FMU		
- Primipares	0,0	6,4
- Multipares	0,0	0,0
○ Maison		
- Primipares	0,0	2,4
- Multipares	0,0	0,0

Partie 4 : DISCUSSION

Dans la littérature, on trouve peu d'articles concernant les impacts de la péridurale sur le périnée. Cette étude montre des recherches effectuées de 1996 à 2014. Les limites de cette étude sont tout d'abord, le manque de sources françaises à ce sujet. Ce qui peut induire un biais d'interprétation au niveau des pratiques, elles peuvent différer de la France à l'Angleterre en passant par les États-Unis et l'Australie. Un biais d'évaluation lié à l'accouchement dans l'eau qui entraîne un relâchement des tissus et une diminution de la pesanteur. Aussi, lorsque l'étude compare l'accouchement à l'hôpital ou à la maison, les positions ne sont pas connues et jouent un rôle important. Les résultats, permettent également de se rendre compte d'une évolution des pratiques avec le temps et les différentes recommandations.

4.1 LES DECHIRURES PERINEALES ET LA PERIDURALE

Le recours à l'analgésie péridurale continue d'augmenter en 2016, l'enquête périnatale nationale dénombre 82,6% alors qu'en 2010 selon l'INSERM 77,8% en avaient bénéficié, cette même étude révèle également que 42,6% des femmes présentes une déchirure lors de leur accouchement.

Dans l'étude n°1 de T. Carroll et al. 10,25% des patientes ayant eu une péridurale présentaient une déchirure sévère contre 5,22% qui n'en avaient pas. Les caractéristiques des femmes ayant eu recours à une analgésie péridurale différaient d'une patiente à l'autre (parité, déclenchement, instrumentation...), c'est pourquoi une régression logistique a permis d'étudier l'association de l'analgésie avec les déchirures sévères. Après un contrôle des facteurs potentiels (épisiotomie, parité, âge, etc.), l'analgésie était un facteur prédictif important d'une déchirure sévère (OR 1.528, IC 95% = [1.092-2.137] et 1 n'appartient pas à IC95%). L'étude a montré également que l'analgésie péridurale augmentait le nombre d'extractions instrumentales et par conséquent le taux de déchirures sévères. L'étude n°6 de T. Myrick et al. qui reprend celle de T. Carroll et al., mais en tenant cette fois compte de tous les types de déchirures tend à montrer que la péridurale est un facteur protecteur des déchirures périnéales : en effet l'odds ratio est significatif (OR 0,806; IC 95% = [0,665 à 0,991] et 1 n'appartient pas à IC95%). L'étude n°7 de J. Anselmi, permet également d'étudier les accouchements dans l'eau, et montre qu'il y a plus de périnée intact dans l'eau par rapport aux accouchements sur terre avec APD avec $p < 0,005$, avec les tests du Chi², Fischer ou Student. Mais cette étude montre également que le taux de déchirures est identique pour les patientes ayant accouché dans l'eau ou sur terre, avec ou sans APD.

L'hypothèse n°1 : « **les déchirures sont plus fréquentes sous péridurale pour les ANT** » ne peut être validée selon les résultats de ces études.

Par ailleurs, il a été établi que l'analgésie péridurale altère la dynamique utérine en allongeant la durée du temps de travail, la malposition du mobile fœtal qui peut être provoqué par une hypotonie des muscles psoas iliaques et du releveur de l'anus qui habituellement participent à la rotation du mobile. La péridurale aurait donc un lien avec un taux d'extraction instrumentale accru sous APD, et l'introduction d'instruments dans les voies vaginales serait un facteur de risque favorisant les déchirures périnéales étant plus ou moins associées à une épisiotomie.

Dans les départements et territoires d'outre-mer, le taux d'analgésie péridurale est nettement inférieur à la métropole, c'est à Mayotte que le taux record le plus faible est enregistré avec seulement 10,9% de péridurale, du fait d'une faible accessibilité aux pratiques d'analgésie, en effet les anesthésistes sont présents uniquement sur le site de Mamoudzou et la demande en est également plus faible. Les déchirures périnéales, à hauteur de 29,3% sont moins fréquemment rapportées qu'en Métropole selon l'étude de l'Enquête nationale Périnatale (ENP) réalisée à Mayotte en 2016 par l'Agence de Santé Océan Indien et avec la contribution de l'INSERM. Ces résultats montrent que lorsqu'il y a moins de recours à la péridurale, le taux de déchirures périnéales est moins élevé.

4.2 LES EPISIOTOMIES ET LA PERIDURALE

Selon les maternités françaises le taux d'épisiotomie passe de 3 à plus de 30% (qui est la moyenne nationale) [40]. L'étude n°1 de T. Carroll et al. révèle une légère différence concernant l'incidence de l'épisiotomie sous péridurale ou non (26,50% contre 20,75). L'étude n°7 de J. Anselmi, montre une diminution significative du taux d'épisiotomie pour les patientes ayant accouchées dans l'eau contrairement à celles ayant accouchées sur terre avec ou sans APD avec $p < 0,0001$, avec les tests du Chi2, Fischer ou Student. Le taux diffère légèrement pour les patientes ayant accouchées sur terre avec et sans APD qui sont respectivement de 9,61% et 7,51%, qui n'est donc pas significatif pour prouver une corrélation. Selon l'étude n°5 de Y. Hauck et al., l'épisiotomie serait considérée comme un facteur protecteur des ruptures du sphincter anal, mais pour les primipares uniquement. Elle s'était appuyée sur une étude finlandaise qui avait confirmé que l'épisiotomie était protectrice chez les primipares mais pas pour les multipares. L'étude n°6 de A. Barbier et al. montre que la réalisation d'une épisiotomie n'a pas d'incidence sur la survenue d'une lésion $p=0,10$, elle est associée positivement lorsqu'elle est associée à une extraction instrumentale $p < 0,0001$.

L'hypothèse n°2 : « **les épisiotomies sont plus fréquentes sous péridurale pour les ANT** » ne peut être affirmée selon les résultats de études.

Jusqu'en 1980, l'épisiotomie systématique était très répandue. En France en 1995 plus d'une femme sur deux (55,56%) avait une épisiotomie. Dans le cadre d'une politique restrictive de l'épisiotomie, en 2005, de nouvelles recommandations ont émergé du Collège national des gynécologues-obstétriciens français (CNGOF) afin de limiter le taux d'épisiotomie à 30%, tandis que depuis 1977 l'Organisation mondiale de la santé (OMS) préconise, elle, un taux maximal d'épisiotomie de 10%. Le taux d'épisiotomie augmente lorsqu'il y a recours à une extraction instrumentale, mais cela dépend encore une fois des maternités ce taux varie de 69% à seulement 10% dans certaines maternités sans qu'il n'y ait plus de complications selon le rapport du Ciane publié en 2013. Cette étude montre également une diminution des épisiotomies dans les lieux d'accouchements physiologiques comme les maisons de naissance, pour les primipares le taux passe à 31% et à 13% pour les multipares. [39] Là où il y a moins de péridurale, on peut voir une baisse du taux d'épisiotomie.

A Mayotte selon l'étude de l'ENP 2016, on ne comptabilise qu'un taux de 2,2% d'épisiotomies, dans cette étude l'explication principale est une faible intervention médicale durant les accouchements notamment du fait de la parité des parturientes. Ce taux est également corrélé comme pour l'analgésie péridurale à l'absence de gynécologues-obstétriciens dans les maternités périphériques (hormis Mamoudzou). Dans les autres départements et territoires d'outre-mer on retrouve un taux d'épisiotomie inférieur à la métropole, là où l'accouchement est moins médicalisé, où il y a moins de recours à la péridurale.

4.3 LES DECHIRURES COMPLIQUEES ET LA PERIDURALE

Les déchirures du 3^{ème} et du 4^{ème} degré sont dites sévères et touchent le sphincter anal ainsi que la muqueuse anale pour le degré 4, entraînant une communication entre l'anus et le vagin. La déchirure du sphincter anale se produit lorsque le périnée postérieur est amplifié au maximum, c'est-à-dire au moment de la déflexion de la présentation fœtale, ou du dégagement de l'épaule postérieure. Ces déchirures sont péjoratives pour les suites, car elles peuvent conduire à des incontinences fécales et urinaires et même une dysfonction sexuelle.

L'étude n°3 de A. Barbier et al. et l'étude n°4 de C. Salameh et al. comparent toutes les deux, deux groupes, un ayant eu une déchirure et un autre regroupant les femmes ayant eu une déchirure de type 3 ou 4. Dans l'étude de A. Barbier il n'y a pas d'association entre la survenue d'une déchirure périnéale sévère et l'utilisation d'une analgésie péridurale durant le travail $p=17$, le seuil de significativité retenu est $p<0,05$. L'étude de C. Salameh a un taux de significativité $p<0,01$, la présomption est donc forte. Selon l'étude n°1 de T. Carroll et al, après un contrôle des facteurs potentiels de confusion comme l'épisiotomie, la

parité, l'âge maternel et le poids de naissance, l'analgésie péridurale semble être un facteur prédictif de déchirures périnéales sévères (OR=1,528, IC 95%= [1,092-2,137] et 1 n'appartient pas à IC95%). Selon l'étude n°2 de L.Smith et al, dans les facteurs de risques de déchirures impactant le sphincter anal on retrouve l'analgésie péridurale (OR=1,78 ; IC 95% = 1,22-2,59) et $p < 0,05$, on retrouve également l'épisiotomie (OR= 2,33 IC 95%= [1,57-3,46] et 1 n'appartient pas à IC95%) et $p < 0,005$, corrélée avec le taux d'extraction instrumentale.

L'hypothèse n°3 « **Sous APD il y a augmentation du taux de déchirures compliquées (type III et IV) pour les ANT** » peut être affirmée au vu de ces différentes études significatives. Cependant, les déchirures sévères ne peuvent être imputées seulement au recours à l'analgésie péridurale durant le travail, en effet le taux d'épisiotomie ainsi que l'utilisation d'instruments sont étroitement corrélés.

4.4 LA PARITE ET LA PERIDURALE

La primiparité est un facteur de risque obstétrical reconnu en ce qui concerne les lésions périnéales. Selon l'étude n°5 de Y. Hauck et al les primipares ont présenté plus de déchirure périnéale sous APD 55,2%, contre 44,8% des multipares, sans APD ce sont les multipares qui ont plus de déchirures avec 67,5% contre 44,8% des primipares cependant leur taux de significativité $p > 0,1$ pour les différentes parités ne permet pas de valider l'hypothèse. La péridurale serait un facteur protecteur des déchirures selon cette étude. Selon l'étude n°2 de L. Smith qui compare différentes structures ainsi que la parité, on remarque un pourcentage plus élevé de déchirures premièrement pour les accouchements qui ont lieu à l'hôpital, et plus de déchirure du 1^{er} et 2^{ème} degré chez les multipares. La multiparité est associée à une réduction de moitié du risque de déchirure impactant le sphincter anal, tandis que l'utilisation de forceps est associée à un risque multiplié par trois et demi. Cette étude montre également que la multiparité entraîne la réduction de moitié du risque de traumatisme périnéal spontané, après ajustement [OR 0,42 ; IC 95% [0,32 à 0,56] et 1 n'appartient pas à IC95%, $p < 0,05$) pour les déchirures spontanées sans sphincter anal ; pour les déchirures ayant impacté le sphincter anal [OR 0,52 ; IC 95% [0,30 à 0,90] et 1 n'appartient pas à IC95%, $p < 0,05$). Selon ces différentes études, la multiparité serait un facteur protecteur face au risque de déchirure périnéale, même en présence d'analgésie péridurale.

L'hypothèse n°4 : « **L'APD augmente le taux de déchirures des multipares** » ne peut être affirmée selon les résultats de ces études, c'est l'utilisation d'instrument ainsi que le recours à l'épisiotomie qui serait à risque accru pour les multipares notamment.

4.5 L'ÉPISIOTOMIE ET LA PARITÉ

Selon l'étude du Ciane de 2013, le taux d'épisiotomie baisse, depuis les recommandations du CNGOF de 2005, mais il reste toujours élevé pour les primipares. En moyenne, il baisse, mais reste 3 fois plus important pour les primipares, soit 47% entre 2010 et 2013, contre 16% pour les multipares sur cette même période. Ces taux sont tout de même en large baisse avant 2005 ils étaient respectivement de 66% et 39%. L'HAS préconise de ne pas réaliser l'épisiotomie systématique même chez les primipares. [39]

En effet l'étude n°5 de Y. Hauck montre une différence significative avec 35,9% (OR= 0,54 ; IC 95% = [0,391-0,74] et 1 n'appartient pas à IC95%) d'épisiotomies lors d'un premier accouchement, pour 8,4% (OR=2,01 ; IC 95% = [1,18-3,45] et 1 n'appartient pas à IC95%) chez les patientes ayant déjà accouché au moins une fois. L'étude n°2 de L. Smith et al montre que les primipares ont plus d'épisiotomies que les multipares peu-importe leurs structures d'accouchement, mais reste largement majoritaire à l'hôpital avec 31,60%, c'est également uniquement à l'hôpital que les primipares ont une épisiotomie associée à une déchirure de type 3 ou 4 dans cette étude. Concernant les multipares seul celles ayant accouchées à l'hôpital ont eu une épisiotomie avec un taux global de 7%. Ces études, sont en accord avec les dernières données, en 2016 l'enquête périnatale nationale française montre une nette diminution dans la fréquence chez les multipares le taux est passé à 9,8% et à 34,9% pour les primipares.

L'hypothèse 5 « **seules les primipares ont des épisiotomies** » ne peut être affirmée au vu des résultats des différentes études. Les primipares ont plus d'épisiotomies que les multipares, mais les taux baissent.

L'étude du CIANE a également analysé les taux d'épisiotomie en fonction de la liberté dans le choix de la position au moment de l'expulsion et en fonction de la parité. Et montre un taux de 30% d'épisiotomie chez les primipares ayant eu la possibilité de se mobiliser contre 52% chez les autres, et des chiffres de 11% et 21% chez les primipares. Cependant l'étude ne permet pas de déduire de lien direct entre la liberté de mouvement à l'expulsion et le taux d'épisiotomie, car elle ne prend pas en compte lorsqu'une intervention médicale été nécessaire. [39]

4.6 LES EXTRACTIONS INSTRUMENTALES ET LA PÉRIDURALE

L'utilisation accrue d'instruments lors de l'effort expulsif serait due au bloc moteur des muscles périnéaux et abdominaux, diminuant ou supprimant le réflexe initial de poussée. L'utilisation d'instrument augmente le nombre de déchirures périnéales, notamment sévères car leur introduction dans la filière génitale exagère la distension périnéale ce qui va

favoriser la rupture tissulaire, le sphincter anal peut être touché lors de cette pratique, de manière totale ou partielle.

Selon l'étude n°3 de A. Barbier et al, l'extraction instrumentale est très significativement associée à la survenue de lésions périnéales sévères $p < 0,001$ que ce soit tous instruments confondus, ou pris un par un. L'étude n°1 de T. Carroll montre que l'utilisation d'analgésie péridurale augmente le nombre d'extractions instrumentales 16,7% des femmes ayant une APD, contre 4,7% des patientes qui n'en avaient pas. L'analgésie péridurale se révèle être un facteur prédictif fort pour les extractions instrumentales (OR=3,01, IC95% = [2,225-4,075] et 1 n'appartient pas à IC95%). Cette étude montre qu'il y a une augmentation du taux d'extraction instrumentale sous péridurale, ce qui engendrera plus de déchirures périnéales sévères.

L'hypothèse 6 « **l'APD augmente le taux d'extraction instrumentale** » peut être affirmée aux vu des résultats de ces études.

Plusieurs études montrent maintenant que la pratique d'une analgésie locorégionale augmente le risque d'extraction instrumentale, l'augmentation de ce risque serait comprise entre 40 et 120% selon différentes études (OR=1,4, IC95% [1,2-1,5] et 2,2, IC95% [1,3-7,8] et 1 n'appartient pas à IC95%). Ces études montrent également que le risque d'extraction instrumentale ne semble pas être associé au moment de la pose de l'analgésie péridurale pendant le travail, mais serait en rapport avec les concentrations des anesthésiques locaux. L'enquête du CIANE s'est penchée sur le sujet des extractions instrumentales qui entraînaient des taux plus élevés d'épisiotomie (70% pour les primipares et 62% pour les multipares). Les extractions concernent 30% des primipares. [39]

Conclusion

Selon les différentes études sélectionnées dans cette revue de la littérature, la péridurale ne semble pas à elle seule avoir un impact sur les déchirures périnéales quel qu'en soit le degré. En effet la péridurale altère la dynamique utérine, ainsi qu'une hypotonie des muscles qui sont utiles à la rotation du mobile fœtale. A cela s'ajoute parfois un bloc moteur, qui empêche les femmes de ressentir toute envie de pousser au niveau périnéal. Un lien fort a été retrouvé dans de multiples études entre la péridurale et le taux d'extractions instrumentales qui est un facteur prédictif de déchirures périnéales sévères. Dans de nombreuses recherches, les extractions instrumentales sont associées à une augmentation du taux d'épisiotomies, qui sont parfois également associées à une déchirure sévère.

L'épisiotomie présentent un inconfort à long terme chez les patientes, tout comme les déchirures complètes et complètes compliquées, tant sur la qualité de vie (problème d'incontinence, etc.), que sur la vie sexuelle de la patiente.

Il est donc important de tout mettre en œuvre par les équipes médicales pendant l'accouchement, pour respecter la physiologie du travail, de limiter la survenue de déchirures périnéales et d'épisiotomies sous péridurale. Concernant les extractions instrumentales à limiter tant que cela est possible, comme les épisiotomies durant celles-ci.

La mobilisation pendant le travail et au moment de l'accouchement, qui reste physiologique, semble être le meilleur moyen de préserver le périnée. Après une surmédicalisation de l'accouchement croissante, les patientes sollicitent de plus en plus un retour à la physiologie, par leur projet de naissance notamment. Mais parfois, la douleur est plus intense que celle imaginée au cours de la grossesse et la péridurale devient alors inéluctable. La question du développement de la péridurale ambulatoire apparaît alors comme une bonne alternative à envisager, même si elle demande un accompagnement supplémentaire de la part des sages-femmes pendant le travail.

Bibliographie

[1] SFETD. définition [en ligne]. (consulté le 18/06/2018) disponible sur : <http://www.sfetd-douleur.org/definition>

[2] Faculté médecine de Toulouse. Douleurs : bases anatomiques, physiologique et psychologiques [PDF]. (consulté le 12/12/2018) disponible sur : http://www.medecine.ups-tlse.fr/DCEM2/module6/arielle/chapitre_02.pdf

[3] Passeport santé. l'accouchement [en ligne]. (consulté le 10/10/2019) disponible sur : <https://www.passeportsante.net/fr/grossesse/Fiche.aspx?doc=accouchement>

[4] about kids health. Les étapes du travail et de l'accouchement [en ligne]. (consulté le 18/06/2018) disponible sur : <https://www.aboutkidshealth.ca/Article?contentid=399&language=French>

[5] CNSF. Dossier de presse [en ligne]. (consulté le 28/06/2018) disponible sur : https://www.cnsf.asso.fr/wp-content/uploads/docs/CNSF-profession-revolution_oxytocine_RPC.pdf

[6] Le monde. Comment la naissance est devenue un acte médicalisé, [en ligne]. (consulté le 04/04/2018) disponible sur : https://www.lemonde.fr/maternite/article/2017/08/30/comment-la-naissance-est-progressivement-devenue-un-acte-medicalise_5178707_1655340.html

[7] La croix. Madame du Coudray, pionnière de la simulation, [en ligne]. (consulté le 03/07/2018) disponible sur : <https://www.la-croix.com/Ethique/Sciences-Ethique/Sciences/Madame-du-Coudray-pionniere-de-la-simulation-2016-01-04-1399587>

[8] CAIRN. L'accochement sans douleur : une révolution culturelle au milieu du XXe siècle [en ligne]. (consulté le 18/06/2018) disponible sur : <https://www.cairn.info/revue-spirale-2008-3-page-21.htm>

[9] Ordre des sages-femmes. Accouchement : notre système de santé doit respecter le choix des femmes [en ligne]. (consulté le 30/06/2018) disponible sur : <http://www.ordre-sages-femmes.fr/actualites/actualite/>

[10] Stalla-Bourdillon A, Moyano G, Levenet S, Hoffmann C, Mercier F. Influence de l'analgésie locorégionale sur la mécanique obstétricale. EMC - anesth reanim. 2015;1(2) [Article 167-172]

[11] SFAR. Recommandations concernant la pratique de l'analgésie obstétricale [en ligne]. (consulté le 18/06/2018) disponible sur : http://sfar.org/wp-content/uploads/2015/10/2_SFAR_Recommandations-concernant-la-pratique-analgesie-obstetricale.pdf

[12] cairn. L'invention de l'accouchement sans douleur, France 1950-1980 [en ligne]. (consulté le 04/02/2019) disponible sur : <https://www.cairn.info/revue-travail-genre-et-societes-2015-2-page-39.htm>

[13] EM premium. L'analgésie péridurale déambulatoire pour le travail [en ligne]. (consulté le 27/06/2018) disponible sur : <http://www.em-premium.com/bases-doc.univ-lorraine.fr/showarticlefile/64355/main.pdf>

[14] Le monde. Accoucher avec ou sans péridurale : la naissance d'un débat, [en ligne]. (consulté le 04/04/2018) disponible sur : https://www.lemonde.fr/maternite/article/2017/08/30/accoucher-avec-ou-sans-peridurale-naissance-d-un-debat_5178710_1655340.html

[15] Le monde. Episiotomie, césarienne, allaitement : comment accouche-t-on en France en 2017 ?, [en ligne]. (consulté le 04/04/2018) disponible sur : https://www.lemonde.fr/les-decodeurs/article/2017/10/12/episiotomie-cesarienne-allaitement-comment-accouche-t-on-en-france-en-2017_5199970_4355770.html

[16] Jaffuel M. Prévention des traumatismes périnéaux : état des lieux des connaissances et pratiques des professionnels de santé d'Auvergne [mémoire en ligne]. [Clermont Ferrand] : Université d'Auvergne ; 2013. 93 p. Disponible sur <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-00905296/document>

[17] UVMF. Complications traumatiques de l'accouchement [en ligne]. (consulté le 25/06/2018) disponible sur : http://campus.cerimes.fr/maieutique/UE-obstetrique/complications_traumatiques/site/html/cours.pdf

[18] EM premium. Episiotomie et déchirures obstétricales récentes [en ligne]. (consulté le 26/06/2018) disponible sur : <http://www.em-premium.com.bases-doc.univ-lorraine.fr/article/734743/resultatrecherche/2>

[19] Episio.info . taux d'épisio (France), [en ligne]. (consulté le 07/01/2018) disponible sur : <http://www.episio.info/connaitre/taux-episio/>

[20] Le monde. l'épisiotomie un taux bien inférieur au 75% évoqués par Marlène Schiappa mais de vraies questions, [en ligne]. (consulté le 07/01/2018) disponible sur : http://www.lemonde.fr/les-decodeurs/article/2017/07/25/l-episiotomie-un-taux-bien-inferieur-aux-75-evoques-par-marlene-schiappa-mais-de-vraies-questions_5164811_4355770.html

[21] HAS. données épidémiologiques générales liées à la grossesse [en ligne]. (consulté le 07/01/2018) disponible sur : https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2012-07/donnees_epidemiologiques_generales_liees_a_la_grossesse.pdf

[22] Vardon D, Reinbold D, Dreyfus M. épisiotomie et déchirures obstétricales récentes. EMC - techniques chirurgicales - gynécologie. 2013 ;8(1) [Article 41-897].

[23] HAL. Périnée et grossesse, [en ligne]. (consulté le 07/01/2018) disponible sur : <https://hal.archives-ouvertes.fr/inserm-00486397/document>

[24] Vendittelli F, Gallot D. Quelles sont les données épidémiologiques concernant l'épisiotomie ? . EMC : J Gynecol Obstet Biol reprod. 2006 ;35(1) [Article 1S12-1S23]

[25] Le monde. Pourquoi l'accouchement est-il moins médicalisé en outre-mer ?, [en ligne]. (consulté le 04/04/2018) disponible sur : https://www.lemonde.fr/les-decodeurs/article/2018/02/01/pourquoi-l-accouchement-est-il-moins-medicalise-en-outre-mer_5250571_4355770.html

[26] Albers L, Migliaccio L, Bedrick E, et al. Does epidural analgesia affect the rate of spontaneous obstetric lacerations in normal births ?. Journal of Midwifery & Women's health. January/february 2007 ; 52(1) : 31-5

[27] AMELI. Maternité : déclaration, prise en charge et feuille de soins [en ligne]. (consulté le 25/06/2018) disponible sur : <https://www.ameli.fr/sage-femme/exercice-liberal/prescription-prise-charge/situation-patient-maternite/maternite>

[28] HAS. Préparation à la naissance et à la parentalité [en ligne]. (consulté le 25/06/2018) disponible sur : https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/preparation_naissance_recos.pdf

[29] Parcours périnée intact. Le périnée [en ligne]. (consulté le 03/07/2018) disponible sur : <http://parcoursperineeintact.org/perinee/>

[30] HAS. Guide d'analyse de la littérature et gradation des recommandations [en ligne] (consulté le 20/11/2018) disponible sur : <https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/analiterat.pdf>

[31] INSERM. Enquête nationale périnatale 2010 [PDF]. (consulté le 04/02/2019) disponible sur : <http://www.epopé-inserm.fr/wp-content/uploads/2015/01/Rapport-Naisances-ENP2010.pdf>

[32] EUROPERISTAT. Rapport européen sur la santé périnatale : la France dans une position moyenne, mais avec le taux de mortinatalité le plus élevé d'Europe [PDF]. (consulté le 04/02/2019) disponible sur https://www.europeristat.com/images/EUROPERISTAT_Communique-France-1.pdf

[33] NCBI. The use of perineal massage in the second stage of labour and follow-up postpartum perineal outcomes [en ligne]. (consulté le 25/02/2019) disponible sur : <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22827728>

[34] Gupta JK, Hofmeyr GJ, Shehmar M. Position in the second stage of labour for women without epidural anaesthesia. Cochrane Database of Systematic Reviews 2012, Issue 5. Art. No.: CD002006. DOI: 10.1002/14651858.CD002006.pub3.

[35] CNSF. Guide pour la pratique des sages-femmes en rééducation pélvi-périnéale [PDF]. (consulté le 27/02/2019) disponible sur : <https://static.cnsf.asso.fr/wp-content/uploads/2018/05/Rééducation-pelvi-périnéale-2014.pdf>

[36] Epi-no. Objectif périnée intact [en ligne]. (consulté le 27/02/2019) disponible sur :http://www.epi-no.fr/EPI-NO/Page_Formations/DAwAAFd_zS9Ic1d1Z3RjdmxLBQA?WD_ACTION_=MENU&ID=M5

[37] Jenquilty. Childbirth preparation in stages [en ligne]. (consulté le 27/02/2019) disponible sur : <https://jenquilty.files.wordpress.com/2015/09/screen-shot-2015-09-01-at-9-54-11-pm.png>

[38] Passeport Santé. Les exercices de Kegel : comment renforcer son périnée ? [en ligne]. (consulté le 10.02.2019) disponible sur : <https://www.passeportsante.net/fr/grossesse/Fiche.aspx?doc=exercices-kegel-perinee>

[39] CIANE. Épisiotomie : état des lieux et vécu des femmes [en ligne]. (consulté le 10/01/2019) disponible sur : <http://ciane.net/wordpress/wp-content/uploads/2013/11/Enquête-épisiotomie-Ciane-2013.pdf>

[40] JABFM. Epidural analgesia and severe perineal laceration in a community-based obstetric practice [en ligne]. (consulté le 02/11/2018) disponible sur : <http://www.jabfm.org/content/16/1/1.full.pdf+html>

[41] JABFM. Epidural analgesia and any vaginal laceration [en ligne]. (consulté le 02/11/2018) disponible sur : <http://www.jabfm.org/content/31/5/768.full.pdf>

[42] ELSEVIER. Risk factor for severe perineal trauma during vaginal childbirth : A western australian retrospective cohort study [PDF]. (consulté le 02/11/2018) disponible sur : https://ac-els-cdn-com.bases-doc.univ-lorraine.fr/S1871519214000973/1-s2.0-S1871519214000973-main.pdf?_tid=afaf82f2-ac22-45fb-82a4-da5ecb7cba83&acdnat=1540454301_665bf4f13fd975566fea328886af4474

[43] BMC. Incidence of risk for perineal trauma : a prospective observational study [PDF]. (consulté le 02/11/2018) disponible sur : https://ac-els-cdn-com.bases-doc.univ-lorraine.fr/S1871519214000973/1-s2.0-S1871519214000973-main.pdf?_tid=afaf82f2-ac22-45fb-82a4-da5ecb7cba83&acdnat=1540454301_665bf4f13fd975566fea328886af4474

[44] Anselmi J. Accouchement dans l'eau : quelles sont les conséquences maternelles et fœtales d'un accouchement dans l'eau chez des patientes présentant un faible risque obstétrical comparé aux accouchements sur terre avec ou sans péridurale ?. La revue Sage-Femme. EM consult. 2016 [en ligne]. (Consulté le 02/11/2018) ; 15(5) 219-227. ; Disponible sur : <https://www.em-consulte.com/article/1093310/article/accouchement-dans-l-eau%C2%A0-quelles-sont-les-conseque>

[45] Barbier A, Poujade O, Fay R, Thiébauges O, Levardon M, Deval B. La primiparité est-elle le seul facteur de risque des lésions du sphincter anal en cours d'accouchement ?. Gynécologie obstétrique & fertilité. Sciences direct. Février 2007 [en ligne]. (Consulté le 02/11/2018) ; 35(2) 101-106. ; Disponible sur : https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1297958907000100df4d004be3bd&acdnat=1542728938_f37f2edd921ecbddd80a9519b006291f

[46] Salameh C, Canoui-Poitrine F, Cortet M, Lafon A, Rudigoz R-C, Huissoud C. Les présentations postérieures augmentent-elles le risque de déchirures périnéales sévères ?. Gynécologie obstétrique & fertilité. Sciences direct. Octobre 2011 [en ligne]. (Consulté le 02/11/2018) ; 39(10) 545-548 Disponible sur : https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1297958911002578cfc271f8aa77&acdnat=1542728888_4799225bd2372a7b617b1ae98d24826c

[47] CNSF. Dossier de presse [PDF]. (consulté le 05/10/2018) disponible sur : https://www.cnsf.asso.fr/wp-content/uploads/docs/CNSF-profession-revolution_oxytocine_RPC.pdf

[48] la revue du praticien. Le mannequin de Mme Du Coudray ou comment former les accoucheuses au XVIIIème siècle [en ligne]. (consulté le 10/10/2018) disponible sur : <http://www.larevuedupraticien.fr/histoire-de-la-medecine/le-mannequin-de-mme-du-coudray-ou-comment-former-les-accoucheuses-au-xviiiie->

[49] clinique Lambert. Péridurale [en ligne]. (consulté le 05/10/2018) disponible sur : <https://clinique-lambert-garences-colombes.ramsaygds.fr/vous-êtes-patient-tous-nos-soins/péridurale-4>

[50] sage femme. La rééducation périnéale [en ligne]. (consulté le 05/11/2018) disponible sur : <https://www.sage-femme-pibrac.fr/reeducation-du-perinee/>

[51] revue médicale suisse. Conséquence à long terme des déchirures périnéales obstétricales sévères sur la fonction sexuelle [en ligne]. (consulté le 05/11/2018) disponible sur : <https://www.revmed.ch/RMS/2017/RMS-N-554/Consequences-a-long-terme-des-dechirures-perineales-obstetricales-severes-sur-la-fonction-sexuelle>

[52] Emilie Gillet. Péridurale ambulatoire : plus qu'une anesthésie [en ligne]. (consulté le 10/10/2018) disponible sur : <http://emiliegillet.fr/peridurale-ambulatoire-plus-quune-anesthesie/>

[53] Wikimedia : medio-lateral-épisiotomy.gif [en ligne]. (consulté le 10/10/2018) disponible sur : <https://upload.wikimedia.org/wikipedia/commons/3/34/Medio-lateral-episiotomy.gif>

[54] récap' IDE. Physiologie de la douleur [en ligne]. (consulté le 10/10/2018) disponible sur : <http://recap-ide.blogspot.com/2014/11/la-douleur-physiologie.html>

Annexes

Annexe 1 : Recommandations phase du travail CNGOF

Annexe 2 : mannequin d'accouchement

Annexe 3 : analgésie péridurale

Annexe 4 : le périnée

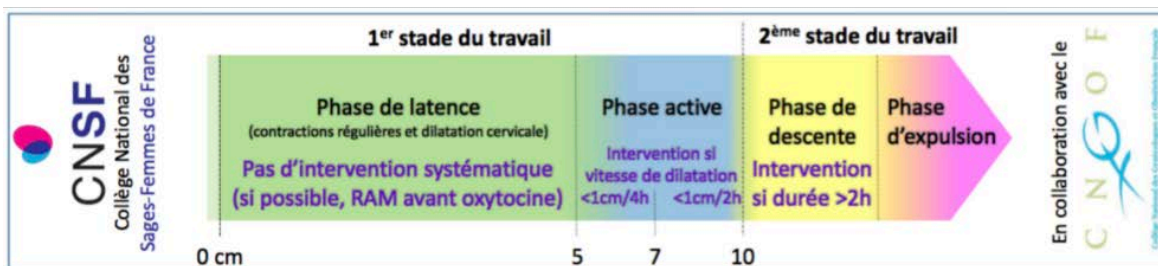
Annexe 5 : classification française des déchirures périnéales

Annexe 6 : classification anglosaxonne des déchirures périnéales

Annexe 7 : épisiotomie médio-latérale

Annexe 8 : dispositif épi-no

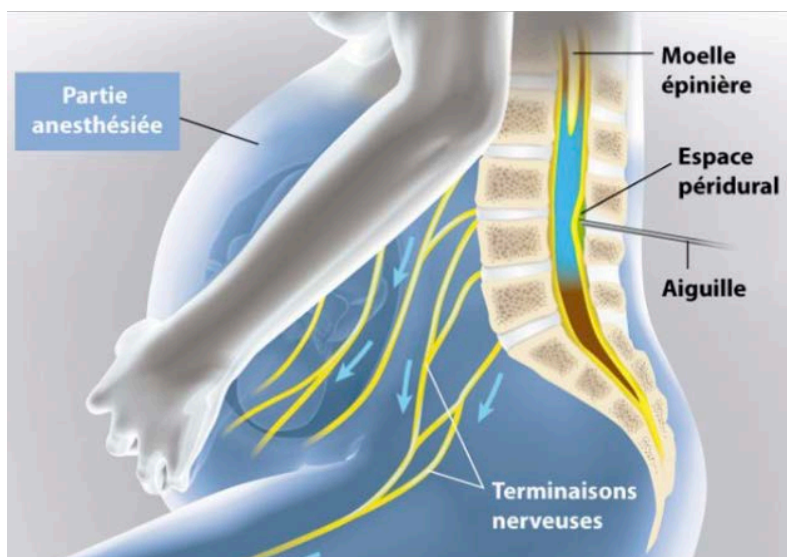
Annexe 1 : Recommandations phases du travail CNGOF [48]



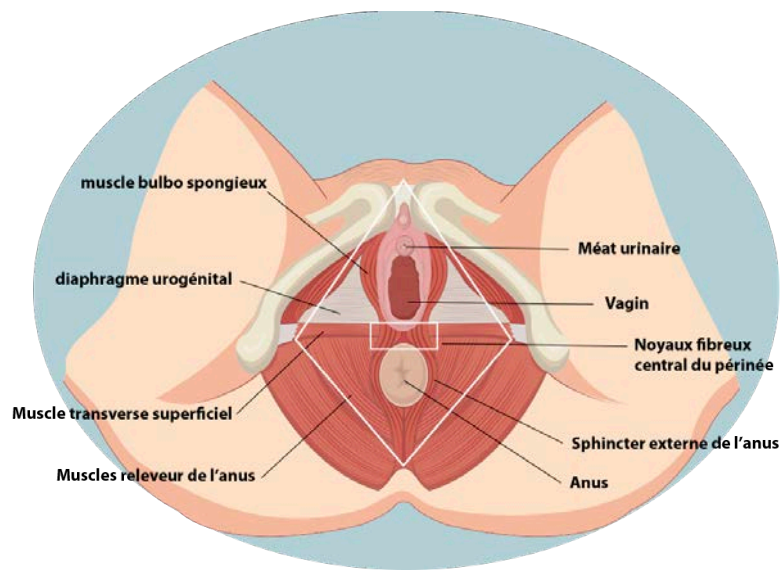
Annexe 2 : mannequin d'accouchement [49]



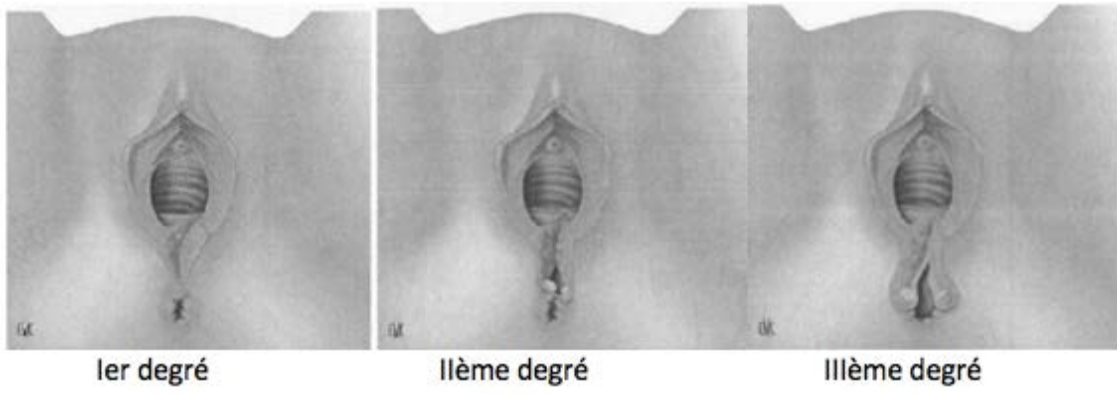
Annexe 3 : Analgésie péridurale [50]



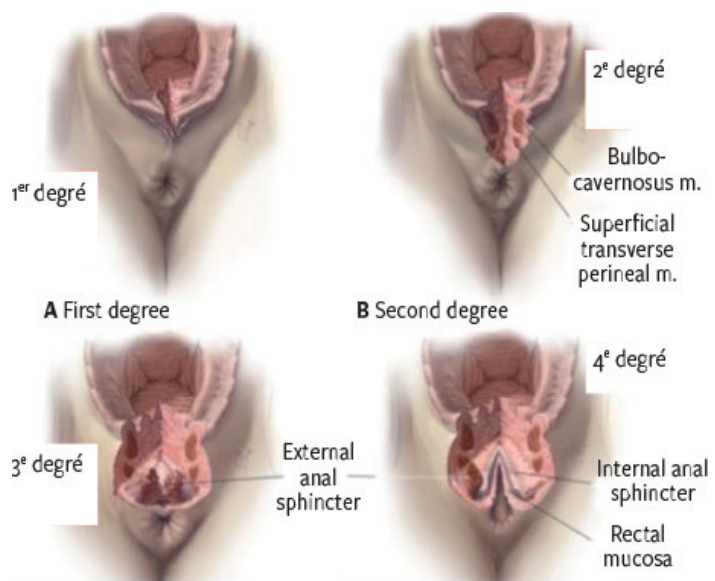
Annexe 4 : Le périnée [51]



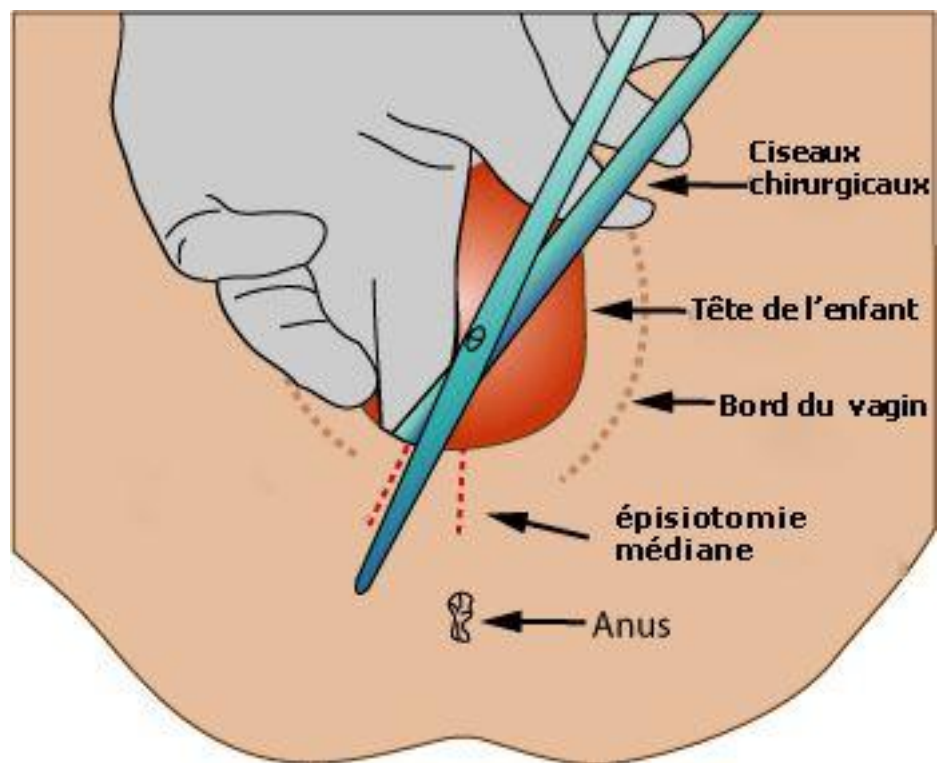
Annexe 5 : classification française des déchirures périnéales [22]



Annexe 6 : Classification anglo-saxonne des déchirures périnéales [52]



Annexe 7 : Episiotomie médio-latérale[53]

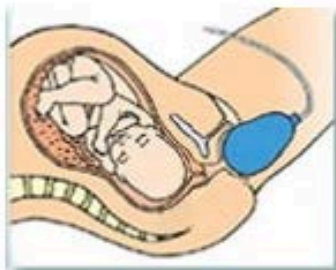


Childbirth Preparation in Stages



Position of EPI-NO when deflated

Childbirth Training (preparing the perineum) commences after Week 36. The balloon is inserted two thirds into the vagina and inflated to the level of personal comfort. The balloon size is gradually increased daily, from one training session to the next, each session lasting about 20 minutes. (usually 4 cycles per session).



Position of EPI-NO when inflated to 10cm after 3+ weeks of training.

Optimum training is achieved when the balloon size has reached a diameter of 8.5 -10 cm (3-4 inches) and can be pushed out while inflated. EPI-NO pelvic floor muscle exercises can be practiced throughout the pregnancy, and recommenced 4-6 weeks following birth after consultation with your doctor.

La péridurale et ses impacts sur le périnée

Résumé :

Introduction : Le recours à l'analgésie péridurale continue d'augmenter en 2016, l'enquête périnatale nationale en dénombre 82,6%, Cette même étude révèle également que 42,6% des femmes présentent une déchirure lors de leur accouchement. Il s'agit d'étudier si la péridurale a un impact sur le périnée, dans le but d'améliorer les pratiques et la prise en charge des patientes par les sages-femmes.

Méthode : Une revue de la littérature depuis 2003, avec une sélection de 7 articles, a été faite grâce à la base de données de Google Scholar, EM consult et PubMed. Elle a été réalisée selon les étapes de sélection issues du guide « l'analyse de la littérature et gradation des recommandations de l'HAS ».

Résultats : Il a fallu prendre en compte plusieurs variables: les déchirures, les épisiotomies, la parité, les extractions instrumentales. Cette revue a montré que la péridurale ne semble pas induire plus de déchirures et d'épisiotomies, en revanche elle semble induire plus d'extractions instrumentales. Les primipares ont plus d'épisiotomies que les multipares.

Conclusion : Cette revue de la littérature indique que la péridurale ne semble pas à elle seule avoir un impact sur les déchirures périnéales quel qu'en soit le degré. Elle augmenterait le taux d'extractions instrumentales qui impacte sur le taux de déchirures périnéales et d'épisiotomies. La mobilisation au cours du travail et de l'accouchement étant un des meilleurs moyens pour préserver le périnée, le développement de la péridurale ambulatoire apparaît comme une bonne alternative dans la prise en charge de la douleur.

Mots clés : péridurale, accouchement, déchirures périnéales, épisiotomie, périnée

Abstract :

Introduction : The use of epidural analgesia continue to increase in 2016 with a rate of 82.6% according to the national perinatal survey. The same study also reveals that 42.6% of women present a tear in delivery. The aim is to study whether the epidural has an impact on the perineum, in order to improve midwives' practices and patient care.

Method : Analysis of the literature since 2003, with a selection of 7 articles, made thanks to the database of Google Scholar, EM Consulte and PubMed. Carried out according to the selection steps taken from the guide « literature analysis and grading of HAS recommendations »

Results : Several variables had to be taken into account: tears, episiotomy, parity, operative deliveries. This review showed that the epidural does not seem to induce more tears and episiotomy. However, it seems to induce more operative deliveries. Primiparas have more episiotomy than multiparas.

Conclusion : This analysis of the literature shows that epidural alone does not seem to have an impact on perineal tears of any degree. It allegedly increases the rate of operative deliveries which impact on the rate of perineal tears and episiotomy. Since mobilization during labor and delivery is one of the best ways to preserve the perineum, the development of walking epidural appears as a good alternative for pain management.

Key words : epidural, delivery, perineal tears, episiotomy, perineum