



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-theses-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 Henri Poincaré, Nancy I

École de Sages-femmes Albert Fruhinsholz

*Evaluation de l'influence des
sutures sur les dyspareunies*



Mémoire présenté et soutenu par

Marie Vazquez

Promotion 2008

*A toutes les femmes qui ont donné la vie ou la donneront,
pour qui je donnerai la mienne...*

REMERCIEMENTS

Je tiens tout particulièrement à remercier :

Mme Denis, pour sa disponibilité, son implication et son soutien, tout au long de la réalisation de ce mémoire,

Mr le Professeur Judlin, pour ses précieux conseils et son professionnalisme,

Mr le Docteur Théry, pour m'avoir transmis sa passion et pour sa disponibilité,

Les sages-femmes et obstétriciens, qui ont, avec plus ou moins de convictions, accepté de participer à mon étude, et de me consacrer un peu de leur temps,

Toutes les femmes, qui ont accepté de faire partie de l'étude, sans qui ce mémoire n'aurait pas existé, pour leur gentillesse, leur disponibilité, et leurs encouragements. Tout le bonheur du monde à leurs petites familles,

Nico, mes parents, Sara, Virginie, Caro, Nath, pour avoir toujours été là dans les moments difficiles, pour m'avoir encouragé à persévérer et avoir toujours cru en moi,

Merci...

SOMMAIRE

Remerciements	3
Sommaire	4
Préface.....	6
Introduction	8
PREMIERE PARTIE : IMPACT DES SUTURES SUR LES DYSPAREUNIES..	10
CHAPITRE 1 : REFECTION DES EPISIOTOMIES	11
1. Historique de la suture d'épisiotomie.....	12
2. Les différentes techniques de suture	13
3. Complications de la suture d'épisiotomie et impact sur la sexualité.....	21
4. Choix de la technique de suture en fonction de la lésion périnéale présentée.	24
CHAPITRE 2 : DYSPAREUNIES DANS LE POST-PARUM.....	25
1. Physiologie du post-partum.....	27
2. Impacts de ces modifications sur la sexualité	31
PARTIE 2 : ENQUETE PILOTE EVALUANT L'IMPACT DES DIFFERENTES TECHNIQUES DE SUTURE SUR LES DYSPAREUNIES.....	35
1. Présentation de l'enquête	36
2. Analyse points forts points faibles	39
3. Aspects réglementaires de la question.....	41
4. Résultats obtenus.....	42
5. Analyse et discussion.....	49

PARTIE 3 : PERSPECTIVES : VERS UNE PREVENTION ET UNE PRISE EN CHARGE DES DYSpareunies	53
1. Prévention des dyspareunies	54
2. Formation initiale et continue des sages-femmes quant aux techniques de suture.....	58
3. Enjeux sociologiques de la reprise des rapports sexuels.....	60
4. Quand la prévention ne suffit pas.....	61
5. Perspectives.....	63
Conclusion.....	67
Bibliographie	69
Table des matières.....	73
Annexes	I

Préface

Le post-partum est une période de grands bouleversements dans la vie d'une femme : l'arrivée d'un enfant, la construction d'une famille, une nouvelle vie de couple qui commence, un sentiment d' « être femme » différent de ce qu'il était avant,...

Mais, même si elle devient mère de son enfant, elle n'en reste pas moins une femme, le plus souvent envieuse de reconstruire une vie de couple épanouissante, qui la comblera tout autant que celle qu'elle avait avant. La sexualité fait partie intégrante de cet épanouissement en tant que femme.

Pourtant, cette période de « transition sexuelle » est souvent compliquée par une cicatrice d'épisiotomie douloureuse. Ainsi, organicité et psychologie se mêlent et détériorent une sexualité déjà difficile à mettre en place.

Il me paraît alors primordial, dans le souci de bienfaisance vis-à-vis de nos patientes, de se donner tous les moyens pour mettre en évidence et réaliser une technique de suture moins douloureuse, facilitant ainsi la reprise de leur vie sexuelle, et par ce biais, améliorant leur vie de couple.

Introduction

La reprise des rapports après l'accouchement, au sein d'un couple, est souvent compliquée de douleurs, plus ou moins importantes notamment dans les suites d'une suture.

En effet, les connaissances anatomiques et histologiques actuelles nous permettent de dire que :

- Les déchirures périnéales, qui intéressent le plus souvent la commissure postérieure vaginale, raccourcissent l'orifice vaginal en cicatrisant,
- Toute cicatrice est tributaire de remaniements hyperesthésiques qui endolorissent le vagin lors du coït,
- La réparation, quelquefois délicate, peut déformer l'orifice créant ainsi un granulome, très sensible, ou une confrontation incorrecte des berges, tout aussi douloureuse.

Il me semble alors que, afin de respecter le serment d'Hippocrate « primum non nocere », nous devons nous donner les moyens d'agir sur les critères qui sont à notre portée, en choisissant une technique de suture de meilleure qualité et moins douloureuse, dans le but d'améliorer le confort des femmes.

Jusque là, la plupart des recherches retrouvées sur la relation entre douleurs et technique de suture ne concernent que le post-partum immédiat (les jours suivant l'accouchement). On retrouve cependant des études menées en Angleterre qui montrent une diminution des douleurs à 3 mois et 1 an chez les femmes suturées à l'aide d'une technique en 2 plans (sans suture cutanée) versus une technique en 3 plans⁽¹⁾. On pourrait alors assimiler la technique un fil un nœud, qui utilise le surjet intradermique pour la suture du plan cutané, à cette suture en 2 plans (sans suture cutanée). De plus, les études menées par l'équipe du Dr Théry et du Pr Dallay, lors de la mise en place de la technique un fil un nœud, sont également en faveur d'une diminution des douleurs dans le post-partum immédiat. Mais qu'en est-il du point de vue des dyspareunies ?

La technique un fil un nœud, pourrait-elle permettre de réduire les dyspareunies, par rapport aux techniques en 3 plans ?

***PREMIERE PARTIE : IMPACT DES SUTURES
SUR LES DYSPAREUNIES***

CHAPITRE 1 : REFECTION DES EPISIOTOMIES

1. HISTORIQUE DE LA SUTURE D'EPISIOTOMIE⁽²⁾

C'est en 1862 que la découverte du papyrus de Smith nous apporta la preuve que les égyptiens maîtrisaient déjà depuis 4000 ans certaines techniques chirurgicales.

Les indiens également, utilisaient, 2000 ans avant notre ère, de multiples types d'aiguilles pour les sutures : rondes, triangulaires,...

C'est à Hippocrate (460–370 avant Jésus-Christ) que l'on doit la première notion de suture de première intention ainsi qu'à Galien (131–201) qui utilisait de fines cordes pour les sutures.

De nombreux matériaux furent alors utilisés au fil des années : cordes de violon, crins de chevaux, boyaux séchés, bandes de peau d'animaux, cheveux de femmes, fibres de bouleau, lin, chanvre, herbes diverses,...

L'époque de la Renaissance marqua une grande étape dans l'histoire de la chirurgie, notamment grâce à Ambroise PARE (1510-1590) qui rédigea de nombreux traités sur le sujet. Il utilisait diverses techniques afin de rapprocher les berges d'une plaie pour en faciliter la cicatrisation. C'est à la même époque que André VESALE (1514-1564) publia un ouvrage de référence en anatomie dans lequel les points de suture classiques étaient décrits avec soin.

2. LES DIFFERENTES TECHNIQUES DE SUTURE

Les techniques de suture des épisiotomies sont nombreuses et souvent bien différentes selon les écoles, les habitudes et les expériences de chacun. Chaque technique présente des avantages et des inconvénients qu'il est important de connaître, afin de tirer le meilleur de chacune.

2.1. Technique de suture en 3 plans

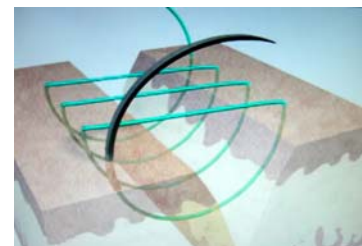
(Les schémas sont issus du DVD Plaies et sutures, de Art Média⁽³⁾)

2.1.1. Description ⁽²⁾ ⁽³⁾ ⁽⁴⁾

Cette technique consiste à suturer en trois plans distincts la muqueuse vaginale, le plan musculaire et enfin la peau.

La muqueuse vaginale

On utilise pour la réfection de ce plan le plus souvent un surjet simple ou des points séparés. On suture de l'angle supérieur jusqu'aux reliefs hyménéaux, qui sont affrontés bord à bord.



Surjet simple

Le plan musculaire

C'est ce plan qui assurera ultérieurement la solidité de l'ensemble de la suture. Il est donc suturé à l'aide de points séparés simples ou de points en X. Ce point en X permet, d'une part, de limiter les phénomènes de cisaillement de ce tissu peu résistant, d'autre part, il assure une fonction hémostatique efficace.



Point séparé simple



Point en X

Le plan cutané

De nombreuses techniques sont utilisées pour suturer ce plan, essentiel dans le pronostic esthétique de la suture. On peut voir utiliser :

- Les points séparés simples
- Les points de Blair-Donati également appelé « loin-loin-près-près ». Ce double passage dans le derme permet de supprimer l'espace mort sous-cutané et d'effacer une tension importante. Mais les résultats esthétiques sont mauvais



Point Blair-Donati

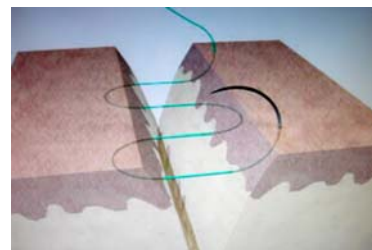
- Le surjet simple, qui, lui aussi, n'offre qu'un résultat esthétique moyen

- Le surjet en U qui permet d'affronter parfaitement les berges (et aboutit donc à un résultat esthétique très satisfaisant)



Surjet en U

- Le surjet intradermique qui paraît aujourd'hui être la meilleure technique de suture de la peau, de part son absence de points sur la peau, évite ainsi la stimulation des terminaisons nerveuses cutanées. A la fin du surjet, l'aiguille pique le derme à la pointe de la plaie et ressort dans son axe à 1cm environ, puis ce surjet est arrêté par un nœud simple



Surjet intradermique

2.1.2. Avantages

Il existe de nombreuses techniques en 3 plans, en fonction des points utilisés pour les différents plans. Cependant, avant l'arrivée du surjet intradermique, ce sont les points séparés qui dominaient pour la réfection du plan cutané. Ceux-ci offraient l'avantage de pouvoir être retirés de façon impromptue, en cas d'infection ou de douleurs au niveau d'un point précis.

Cette réfection en 3 plans paraît également, aux yeux de certains praticiens, plus sécurisante. En effet, à tout moment, si l'affrontement des deux berges ne leur paraît pas parfait, ils ont alors la possibilité de retirer les points qu'ils jugent insatisfaisants.

2.1.3. Inconvénients

Toujours si l'on prend en compte la pratique la plus courante de la réfection en 3 plans qui utilise les points séparés sur la peau, la douleur périnéale des patientes est un inconvénient non négligeable. Celle-ci s'explique par plusieurs facteurs.

D'une part, les points assignés sur la peau stimulent les nombreuses terminaisons nerveuses cutanées, source de douleurs.⁽⁵⁾

D'autre part, les nœuds qui sont nombreux avec cette technique, sont bien souvent trop serrés afin d'assurer la parfaite congruence des deux berges. Ils entraînent alors une ischémie (d'autant plus que la résistance des fils majoritairement utilisés pour cette suture est de 35 jours et qu'ils ne se résorbent qu'en 70 jours)⁽⁶⁾ source de nécrose des tissus et donc de douleurs importantes.⁽⁷⁾ Ces nœuds provoquent également une inflammation à l'origine d'œdèmes intervenant dans cette douleur.

2.2. Technique un fil un nœud

(Les schémas sont issus de la planche explicative du Dr Théry et Pr Dallay⁽⁸⁾)

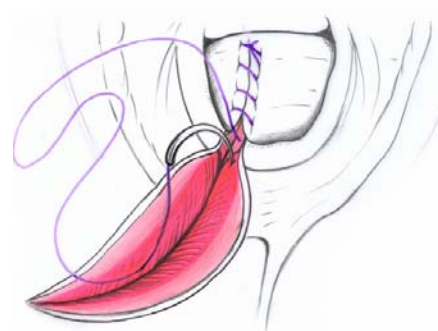
2.2.1. Description ^{(2) (7) (8) (9)}

Mise au point au milieu des années 1990, cette technique est issue des centres de Bordeaux et de Thonon-Les-Bains, lieux d'exercice respectifs du Professeur Dallay et du Docteur Théry. On retrouve une technique équivalente en Grande Bretagne, appelée « continuous suturing technique » décrite la première fois par Flemming en 1920.

Cette technique est un surjet continu qui consiste à suturer successivement le vagin, les muscles puis la peau (par un surjet intradermique) avec un seul fil, en ne réalisant qu'un nœud au niveau de l'angle supérieur de la muqueuse vaginale.

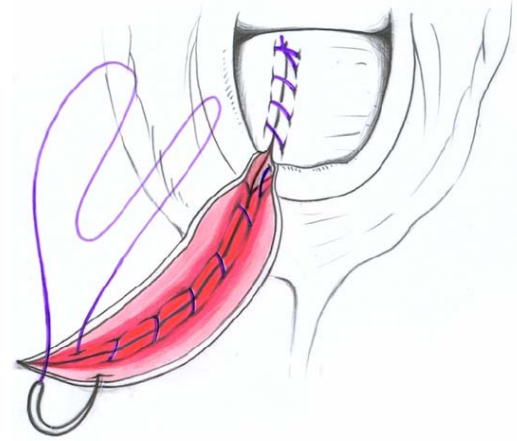
Plan muqueux

On débute par un nœud au niveau du point d'angle de la muqueuse vaginale. Le plan muqueux est fermé par un surjet jusqu'en arrière de la cicatrice hyménéale.



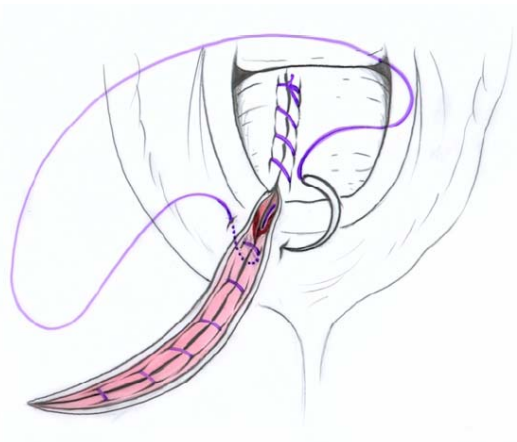
Plan musculaire

Puis on débute par la berge gauche un surjet sur le muscle, jusqu'au point d'angle cutané.



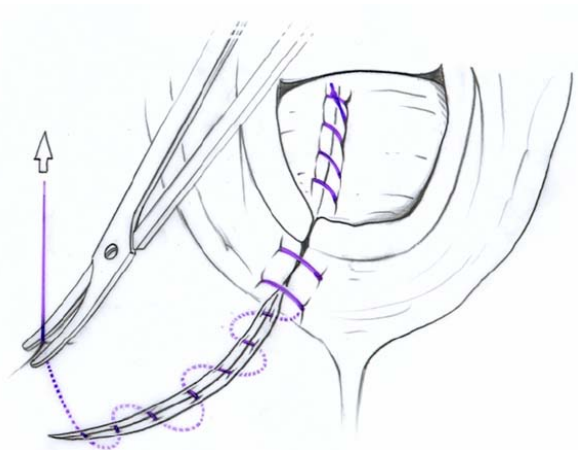
Plan sous-cutané

Pour la suture de ce plan, on remonte, grâce à un surjet et toujours avec le même fil, de l'angle de la peau jusqu'à la cicatrice hyménéale. Ce plan supplémentaire par rapport aux techniques en 3 plans (qui constitue ainsi un quatrième plan) permet d'effacer les espaces morts sous-cutanés pouvant persister et absorbe les tensions qui peuvent s'exercer sur le plan cutané.



Plan cutané

On commence par placer un ou deux points entre la cicatrice hyménéale et la jonction peau-muqueuse. On débute à partir de là le surjet intradermique qui part de la fourchette vulvaire pour arriver au point d'angle inférieur de la peau. On piquera alors l'aiguille dans l'angle pour la ressortir dans la fesse à 1 ou 2



cm. Le fil sera coupé au ras de la peau pour être enfoui dans le gras de la fesse. On appelle cela la technique du « fil perdu dans la fesse ».

Précautions à respecter

Tout au long du surjet continu, on veillera à la tension du fil. Celui-ci devra être tendu après chaque passage pour mieux faire s'affronter les deux berges, puis devra être relâché, afin de ne pas mettre en tension le surjet, ce qui pourrait entraîner une nécrose des tissus et ainsi être néfaste au processus de cicatrisation.

Les critères de qualité de la suture seront à rechercher à la fin de la suture du plan sous-cutané : les repères anatomiques devront être bien affrontés (cicatrice hyménéale et jonction peau-muqueuse) et les berges cutanées presque bord à bord, espacées de 5 mm maximum.

Fil recommandé^{(6) (7)}

Pour cette technique de suture, il est recommandé d'utiliser le VICRYL RAPIDE 2/0 VR 22/7.

En effet, c'est le fil qui nous offre le meilleur compromis pour suturer tous les plans. C'est un fil 2/0 donc de petit diamètre, tressé (qui offre plus de solidité pour un même diamètre). L'aiguille est de forme tapercut (ce qui permet d'être à la fois pénétrant par la pointe triangulaire pour suturer efficacement le plan cutané, et atraumatique pour ne pas léser les tissus fragiles tels que le vagin ou le muscle). L'aiguille est de 36mm (pour permettre de charger une quantité suffisante de tissu lors de la réfection des plans vaginal et musculaire) et en demi-cercle pour suturer les tissus assez profonds.

Enfin la résistance 50 (temps au bout duquel le fil perd 50% de la résistance qui maintient les deux berges côte à côte) est de 10 à 12 jours, et la résorption de 42 jours, ce qui est satisfaisant pour une suture au niveau des tissus périnéaux (qui cicatrisent très vite).

2.2.2. Avantages

Cette technique semble présenter de nombreux avantages, tant pour la patiente que pour l'opérateur.

Tout d'abord, pour la patiente,

- Il est facile à comprendre que cette technique est moins douloureuse. En effet, nous avons vu que les nœuds étaient source de douleurs, de par leur serrage (qui est responsable d'une ischémie puis d'une nécrose des

tissus) et également à cause de l'œdème créé par l'inflammation. Or, cette technique n'utilise qu'un seul nœud au fond de la muqueuse vaginale (certainement l'endroit le moins sensible de la suture). De plus, la technique du fil perdu efface toute tension au niveau du fil, ce qui contribue encore à une douleur moindre (puisqu'elle élimine l'ischémie des tissus, même profonds)

- On sait également que les nœuds diminuent la résistance du fil : le nœud unique qui caractérise cette suture est donc un argument pour vanter la diminution des « lâchages de suture » ⁽⁷⁾
- L'absence d'espaces morts par la réfection d'un quatrième plan diminue le risque d'hématome, donc d'infection, ainsi que de désunion de la suture
- La cicatrice est quasi invisible dès les premiers jours, grâce à la réalisation du surjet intradermique : ceci est un facteur psychologique non négligeable, qui contribue à diminuer l'anxiété des femmes quant à la reprise de la sexualité

Pour l'opérateur, c'est une technique plus rapide à exécuter (car c'est la réalisation des nœuds qui demande le plus de temps), et moins coûteuse puisqu'on utilise 1 seul fil (contre 3 pour la technique en 3 plans).

2.2.3. Inconvénients

Certains auteurs pensent que l'adjonction d'un plan supplémentaire est une source d'inflammation, de gêne.

Mais l'inconvénient principal est le double risque que constitue l'utilisation d'un fil unique :

- L'impossibilité de retirer un point en cas d'infection. Cependant, cet inconvénient est contrebalancé par la moindre fréquence des infections liée à l'effacement des espaces morts et à l'absence de points sur la peau
- La lâchage total de la suture, mais de la même façon, on peut réagir en disant que cette technique diminue le lâchage grâce à un nœud unique et à un fil qui n'est donc pas en tension

2.3. Etudes existantes comparant les différentes techniques de suture

En 1979, dans un article paru dans la Revue Française de Gynécologie ⁽¹⁰⁾, les praticiens de l'époque vantaient déjà une technique utilisant *un double surjet sous-cutané et intradermique qui supprime les espaces morts, permet d'obtenir une cicatrice solide, indolore et esthétique.*

Il est pourtant encore aujourd'hui nécessaire de publier des études sur la question pour tenter de convaincre les nombreux praticiens encore réticents face à cette nouvelle technique.

C'est ainsi que de nombreuses études scientifiques aboutissent presque toutes au même résultat.

L'étude par *Isager-Sally* parue en 1986 dans le Journal d'Obstétrique et de Gynécologie, qui compare le surjet continu à une technique utilisant des points séparés, démontre une diminution des douleurs immédiates, des périnéées oedematisées à J5 ainsi qu'une diminution des plaintes fonctionnelles à 3 mois dans le groupe « surjet continu ». ⁽¹¹⁾

L'étude de *Kettle C*, parue dans le Lancet en 2002, arrive à des conclusions similaires : diminution des douleurs à J2, moindre fréquence de déhiscence et de matériel retiré à J10, et surtout, point important, augmentation de la satisfaction des femmes à 3 puis à 12 mois pour la technique un fil un nœud. ⁽¹¹⁾

Les études de *Gordon B.* et *Oboro VO.*, respectivement parues dans le Journal d'Obstétrique et de Gynécologie en 1998 et 2003, comparent une technique en 2 plans, sans suture cutanée (qui peut être assimilée à la technique un fil un nœud, elle aussi sans point sur la peau) à une technique en 3 plans. Elles constatent une diminution des dyspareunies à 3 mois pour la suture en 2 plans. Elles remarquent cependant l'augmentation de déhiscences de la suture (expliquée par l'absence totale de suture cutanée dans cette technique en 2 plans) mais sans reprise chirurgicale nécessaire. ⁽¹⁾

Plus récemment, c'est le Docteur Théry et le Professeur Dallay qui ont réalisé une étude comparant, en premier lieu, la technique un fil un nœud à la technique points séparés, puis dans un second temps, la technique un fil un nœud à la technique en 3 plans avec surjet intradermique sur la peau. ⁽¹²⁾

Concernant la première étude, il y a significativement plus de patientes ayant peu ou pas de douleurs à J3 avec la technique un fil un nœud (58%) qu'avec la technique points séparés (37%). La consommation d'antalgiques va dans le même sens.

La seconde étude, elle, montre peu de différences entre les deux techniques hormis une douleur moindre chez les patientes ayant bénéficié de la technique un fil un nœud plutôt que de la technique surjet intradermique. Cette différence est toutefois moins nette que dans la première étude. On constate également moins de signes de mauvaise cicatrisation à la visite du post-partum (induration notamment) pour la technique un fil un nœud. Ces différences peu significatives montrent encore une fois l'implication des points sur la peau dans les douleurs périnéales du post-partum.

Par contre, l'étude de la cicatrisation ne montre pas de différences entre les trois techniques. La survenue d'événements indésirables est trop rare pour être interprétée.

Pour conclure, selon les recommandations pour la pratique clinique, parues dans le Journal d'Obstétrique et de Gynécologie et de Biologie de la Reproduction « *sous réserve d'une formation spécifique à la technique du surjet continu, le surjet continu est préférable aux points séparés car il réduit significativement la douleur et le risque de déhiscence ; il suscite une plus grande satisfaction chez les patientes* ». ⁽¹³⁾

3. COMPLICATIONS DE LA SUTURE D'EPISIOTOMIE ET IMPACT SUR LA SEXUALITE (2) (9) (13) (14) (15)

3.1. La douleur périnéale

Elle reste la principale complication. Plusieurs phénomènes sont responsables de cette douleur. D'une part, l'œdème des tissus (qui correspond à l'infiltration de sérosité secondaire à l'inflammation provoquée par la suture) tire sur les points de suture, et la tension des fils aggraverait cet œdème. Ces deux facteurs intriqués semblent impliqués dans le processus douloureux. D'autre part, on retrouve au niveau de la peau de nombreuses terminaisons de petits nerfs cutanés. Ce sont donc principalement les points sur la peau qui sont source de douleurs.

3.2. Hématome

L'hématome est souvent lié à un défaut d'hémostase (charge insuffisante de tissus, mauvaise suture de l'angle supérieure de la muqueuse vaginale). Son extension est favorisée par la présence d'espaces morts. Il y a possibilité de surinfection s'il y a infiltration de lochies dans l'angle mal suturé.

Cet hématome pourrait être à l'origine de dyspareunies surtout s'il s'enkyste. ⁽¹⁶⁾

3.3. Désunion

C'est la désolidarisation des deux berges de la plaie. Elle peut être le résultat d'une infection (qui entraîne une résorption précoce des fils). Elle est souvent suivie, si elle n'est pas reprise, d'une phase de suppuration puis de bourgeonnement, laissant une cicatrice de mauvaise qualité. Une reprise chirurgicale est possible.

Lors du coït, la fourchette vulvaire ne joue alors plus son rôle de soutien : on assiste donc à une abrasion de la paroi postérieure, source de douleurs.

3.4. Mauvaise cicatrisation

C'est la conséquence d'une réparation défectueuse ou de tissus fragiles : on retrouve une cicatrice épaisse, irrégulière, boursouflée. Cela aboutit à une cicatrice scléreuse et rétractile.

3.5. Infection

L'infection peut être liée à un défaut d'asepsie lors de la réfection de la suture, à un hématome, à une hygiène post-opératoire déficiente, ou encore à un point transfixiant le rectum. Elle est révélée par des lochies modifiées (sales et malodorantes) ainsi que des prélèvements bactériologiques positifs.

Or, on sait que tout état infectieux est douloureux, puisqu'il y a libération de facteurs algogènes sur le site inflammatoire, qui diminuent le seuil de la douleur.

3.6. Asymétrie des berges

C'est la conséquence d'une erreur au cours de la réfection de la suture (non respect de l'affrontement des repères anatomiques). Cette asymétrie peut être à l'origine d'un rétrécissement de l'orifice vulvaire, source de dyspareunies d'introduction.

3.7. Granulome

Il peut persister, quelques mois après la suture d'épisiotomie, des granulations. Ce sont des organisations tissulaires, ou formations kystiques, autour d'un fil ou tout autre élément étranger. Ils sont alors source de leucorrhées, de dyspareunies (pour la femme mais également pour l'homme), de saignements après les rapports. L'ablation est alors nécessaire.

3.8. La bartholinite kystique

Elle est plus rare, et liée à la prise de la glande de Bartholin dans la suture.

3.9. L'endométriose sur cicatrice d'épisiotomie

Rare également, elle se traduit par une douleur débutant pendant les règles, ainsi qu'une dyspareunie superficielle. On retrouve à l'examen une tuméfaction sensible de la cicatrice de l'épisiotomie. Elle est indépendante du type et de la qualité de la suture réalisée.

3.10. Conclusion

Ainsi, toutes ces complications peuvent être provoquées par une réfection défectueuse, elles pourraient donc être supprimées, ou à défaut, moins fréquentes. Un seul défaut dans la réfection engendre une cascade de réactions où plusieurs symptômes sont imbriqués. La cicatrisation se fera alors de seconde intention, aboutissant à une cicatrice de mauvaise qualité.

4. CHOIX DE LA TECHNIQUE DE SUTURE EN FONCTION DE LA LESION PERINEALE PRESENTEE

Il semblerait que chaque point, chaque type de suture présente des avantages et des inconvénients. Toutes les techniques sont différentes, elles possèdent des propriétés diverses. Il n'existe pas de technique « parfaite ».

Il est cependant important, quelle que soit la technique utilisée, de toujours respecter les principes fondamentaux afin d'assurer le meilleur confort possible de la patiente. Ainsi, il est primordial de faire le moins de nœuds possible (puisque ceux-ci sont source de douleurs par différents mécanismes et font perdre de la résistance au fil), ou en tout cas, quand ceux-ci sont indispensables, de les serrer le moins possible tout en rapprochant au mieux les berges. ⁽⁷⁾

Beaucoup de praticiens sont réticents face à la technique un fil un nœud quand la déchirure est irrégulière. Il suffit de garder toujours à l'esprit ces mêmes principes. Il est même possible de partir de la technique un fil un nœud, en y ajoutant quelques points peu serrés si cela est nécessaire (il faut réussir à se remettre dans une situation d'épisiotomie classique et régulière, même s'il faut pour cela rajouter quelques points).

En conclusion, la seule recommandation à faire est que chacun se donne les moyens de connaître les propriétés, les avantages et les inconvénients de chaque point, de chaque type de suture, afin de les maîtriser et de les adapter à la suture à réaliser. L'objectif est d'effectuer une suture adaptée à chaque patiente, à chaque épisiotomie, et de toujours se poser la question, en tant que professionnel, de la bienfaisance de nos actes et de nos soins.

CHAPITRE 2 : DYSPAREUNIES DANS LE POST-PARTUM

Il est d'abord important, de définir les 3 piliers de la sexualité, qui influencent considérablement celle-ci. En effet, la sexualité a une dimension :

- Organique : il faut prendre en compte les éléments organiques, anatomiques du périnée et du bas-ventre,
- Fonctionnelle : le psychologique influe également grandement sur l'activité sexuelle,
- Transactionnelle : c'est avant tout une relation à l'autre et un mode de communication. La relation entre les deux partenaires est donc fondamentale pour comprendre et appréhender leur sexualité.

Il est donc important de prendre en compte ces 3 facteurs, en cas de plaintes sexuelles.

1. PHYSIOLOGIE DU POST-PARTUM

Le post-partum est une période de bouleversements nombreux et brutaux qui peuvent avoir une importance primordiale dans la vie de couple.

1.1. Modifications anatomiques

1.1.1. Physiologiques ⁽¹⁷⁾

L'utérus : Il retrouvera sa place initiale dans les deux mois après l'accouchement. Cette involution peut entraîner des contractions douloureuses appelées « tranchées ».

La vulve : Une béance peut être observée dans les premiers jours voire les premières semaines.

Le vagin : Il présente une hyperlaxité liée au passage du mobile fœtal. Il est donc distendu et élargi. Lors des rapports sexuels, le mari, comme la femme, peut alors ressentir moins intensément les sensations connues auparavant lors du coït. De plus, les déchirures des vaisseaux sanguins qui alimentaient le vagin entraînent une diminution de la congestion vasculaire vaginale, ce qui altère les réactions physiologiques à la stimulation sexuelle ainsi que la lubrification vaginale.

Le col : Un léger colpocèle (c'est-à-dire une extériorisation du col) peut être remarqué les premiers jours.

Le périnée : Même en l'absence de déchirures, les releveurs de l'anus sont beaucoup moins toniques, ce qui peut contribuer également à une impression différente lors du coït.

Les lochies : Les premiers jours, elles sont assez sanglantes et abondantes puis diminuent progressivement pour disparaître 15 jours à 3 semaines après l'accouchement.

La sphère génitale dans son ensemble : la sensibilité des circuits proprioceptifs et sensoriels habituels des réactions érotiques de la femme sont perturbés. Les sensations lors des rapports sont donc différentes et souvent moins agréables.

Les préjudices esthétiques : prise de poids, vergetures, séquelles dermatologiques, ptose des seins, oedèmes des membres inférieurs,...

1.1.2. Liées à l'épisiotomie et à sa suture

Tout traumatisme périnéal a des conséquences immédiates (comme la diminution des forces contractiles musculaires des sphincters par exemple) mais également à long terme.

Ainsi, les épisiotomies, qui touchent la commissure vaginale postérieure, raccourcissent le vagin en cicatrisant. La cicatrice est elle-même tributaire de remaniements hyperesthésiques qui endolorissent le vagin lors du coït. La cicatrisation est souvent douloureuse ou au moins sensible. La suture peut être le siège de complications qui assombrissent le pronostic douloureux de la cicatrice.

Alors, les stimulations de l'aire génitale primaire peuvent être à l'origine de douleurs, qui sont des séquelles de la réfection de l'épisiotomie.

Pour conclure, de par toutes ces modifications anatomiques, ces zones habituellement dévouées au plaisir sont transformées en lieux de souffrance rendant ainsi les caresses et les rapports sexuels moins satisfaisants et parfois même source de douleurs importantes.

1.2. Modifications hormonales ⁽¹⁷⁾ ⁽¹⁸⁾

Les oestrogènes : Après l'accouchement, elles diminuent de façon spectaculaire la première semaine. Ainsi, dans un climat hormonal carencé en oestrogènes, l'excitation sexuelle est inhibée. On observe également une modification de la trophicité vaginale, (atrophie de la muqueuse), qui joue un rôle important dans la lubrification. Cette diminution de la lubrification est souvent source de dyspareunies.

L'imprégnation oestrogénique s'installe petit à petit (aux environs d'un mois après l'accouchement) mais elle est retardée en cas d'allaitement maternel.

La progestérone : De même que les oestrogènes, elle diminue très rapidement pendant les 10 premiers jours. On perd alors, pendant cette période, son effet antidépresseur et anxiolytique, ce qui contribue également à la diminution de la libido.

La prolactine : Le taux de cette hormone augmente rapidement après l'accouchement, puis diminue 15 jours plus tard. En cas d'allaitement maternel persistent des pics de

prolactine lors des succions, jusqu'à ce que l'allaitement soit totalement indépendant de la sécrétion de prolactine.

Cet état d'hyperprolactinémie inhibe la sécrétion de gonadotrophine (FSH et LH). On observe alors une pseudo-ménopause avec diminution de la réceptivité sexuelle, atrophie vulvo-vaginale et absence de lubrification.

L'ocytocine : C'est l'hormone de l'éjection du lait. Elle provoque une sensation de bien-être physique, ce qui risque d'influencer (et de privilégier) les liens existants entre la mère et son bébé.

En conclusion, on comprend bien que toutes ces modifications hormonales jouent un rôle fondamental sur le comportement sexuel de la femme.

1.3. Modifications psychologiques ^{(17) (19)}

1.3.1. Une nouvelle identité : la femme-mère

Devenir mère, c'est être capable de passer à un autre rôle : de celui de femme (partenaire sexuelle) à celui de mère. Une question est alors présente : faut-il renoncer à son statut antérieur de femme pour assumer pleinement ce nouveau rôle de mère. Ce conflit interne « féminité-maternité », « sexualité-maternité » remet en question la sexualité de la nouvelle mère.

Ainsi, la fonction sexuelle laisse place à la fonction maternelle : les seins sont maintenant source de nourriture, le vagin représente le passage de l'enfant qui est né. Il y a donc automatiquement perte des repères corporels de la femme, qui a du mal à s'y retrouver dans ce nouveau rôle, tant social que corporel.

1.3.2. Modifications du schéma corporel

La grossesse permet un changement progressif du corps. L'accouchement, quant à lui, impose un bouleversement brutal, un passage sans transition de la sensation de plénitude à celle de vide. Les empreintes indélébiles de la grossesse et de l'accouchement (prise de poids, béance vulvaire, vergetures, ventre disgracieux, ...) entrave l'image sexuelle du corps de la femme. Elle se sent moins désirable. Sa féminité pourra cependant reprendre vie si le regard de son conjoint lui paraît désirant.

1.3.3. Baby-blues

C'est un syndrome dépressif apparaissant dans les jours qui suivent l'accouchement. Il est lié au bouleversement hormonal, la fatigue, la douleur, le relâchement des tensions de la grossesse, la sensation d'abandon, le besoin (pas toujours comblé) d'être rassurée,... Il se caractérise par une irritabilité, des pleurs, une anxiété, des troubles du sommeil, une agressivité.

Pendant cette période, la femme est pleine de doutes, d'incertitudes. Elle est absorbée par elle-même, par son bébé (source de la plupart de ses inquiétudes). Il ne reste donc plus beaucoup de temps ni de disponibilité pour le conjoint.

1.3.4. Rôle du père

Tout comme sa femme, le père peut avoir du mal, les premiers temps, à concilier son rôle de mari et celui de père. Il peut se sentir exclu du couple mère-enfant, bien souvent fusionnel les premiers temps. Il est possible que, face à cette situation, il choisisse de se mettre en retrait.

En outre, l'accouchement, de par les bruits, les odeurs, la vue du périnée qui se distend, peut être traumatisant pour le père. Cela entraîne une altération de l'image érotique du sexe et du corps de sa femme.

1.3.5. Le couple au sein de cette nouvelle famille

Après quelques années de vie commune, le couple a atteint un équilibre qu'il est difficile de remettre en cause. La naissance constitue alors une possibilité de mutation conjugale et familiale. C'est le moment de la recherche d'une nouvelle stabilité qui peut passer par des bouleversements profonds du couple.

C'est également le deuil pour chacun de sa position centrale dans la sphère affective de l'autre.

La naissance est en quelque sorte un moment de vérité pour le couple qui va devoir à nouveau fonder un nouvel équilibre.

2. IMPACTS DE CES MODIFICATIONS SUR LA SEXUALITE

2.1. Diminution de la libido et du désir

Les modifications hormonales du post-partum contribuent à une diminution considérable du désir.

A ces facteurs hormonaux s'associent des facteurs psychologiques. En effet, cette zone génitale, est, dans le post-partum, appréhendée de manière négative puisqu'elle a été zone de souffrance lors de l'accouchement. Un stimulus érotique peut donc entraîner des douleurs, des sensations négatives, ce qui contribue à ce manque de désir. De plus, la libido de la femme est, les premiers temps, captée par son enfant, qui lui demande beaucoup de tendresse, de temps et de disponibilité. Son esprit est de ce fait détourné de son partenaire et loin de la sexualité. Le baby-blues contribue à cela : c'est une période où la femme se dévalorise, est concentrée sur elle-même, et donc peu disponible pour son conjoint.

2.2. Ajournement de la reprise sexuelle

Le post-partum (jusqu'au retour de couche, environ 6 semaines après l'accouchement en absence d'allaitement) représente, dans 30% des cas ⁽²⁰⁾, un passage à vide sexuel dont les racines sont multiples : le préjudice corporel réel de la grossesse, la représentation du nouveau schéma corporel de la femme, ainsi que la déstabilisation psychologique que constitue l'accouchement.

Ainsi, la fatigue, les pertes, les douleurs, les craintes de léser le périnée, la sécheresse vaginale, le sentiment d'être moins désirable (lié à une image corporelle détériorée par les séquelles physiques de la grossesse), sont autant de facteurs qui contribuent à repousser ce moment de « nouvelle rencontre » avec son partenaire sexuel.

A ces facteurs physiques s'associe une diminution de la libido dont on vient d'expliquer les différentes causes.

Tout cela explique que les premiers rapports après un accouchement demandent une sexualité de transition : les sensations et les points d'excitation du corps de la femme changent et l'homme devra s'y adapter.

2.3. Modification du plaisir

Il faut bien différencier la modification des sensations lors des rapports, qui parfois peut surprendre, ou désorienter un couple, mais qui n'est pas forcément synonyme de diminution du plaisir. Ces modifications de sensations concernent autant la femme que l'homme.

On sait tout de même que la qualité des rapports est en partie liée à la tonicité du périnée. Or, nous sommes face, après l'accouchement, à une hyperlaxité du vagin ainsi que des releveurs de l'anus, secondaire au passage du fœtus par les voies génitales. D'autre part, nous avons vu que les modifications du vagin altèrent les réactions physiologiques à la stimulation sexuelle ainsi que la lubrification vaginale. On peut donc facilement comprendre que les rapports puissent, pendant cette période, être moins satisfaisants. Cela est accentué quand il y a eu une suture, qui peut engendrer des douleurs.

D'après l'étude de *Floquet* ⁽¹⁷⁾, qui étudie le rapport entre le plaisir ressenti pendant le post-partum et l'état du périnée après l'accouchement, il y a bien une influence considérable de la suture sur le plaisir éprouvé pendant les rapports sexuels.

	Plaisir plus intense	Plaisir identique	Plaisir moins intense
Episiotomie	9%	38%	53%
Périnée intact	19%	48%	33%

2.4. Dyspareunies

On peut définir les dyspareunies comme les *douleurs génitales déclenchées par le coït, à la pénétration vaginale et/ou aux mouvements coïtaux, rendant ainsi les rapports sexuels difficiles.* ⁽²⁰⁾ C'est un symptôme de transition. En effet, leur évolution est soit la rémission (si les facteurs organiques, psychologiques ou transactionnels sont résolus), soit l'aggravation en vaginisme, anorgasmie, frigidité ou mésentente conjugale (puisque

la douleur persistante pendant les rapports amènent le couple à un abord négatif de la sexualité qui la remet totalement en question).

On distingue plusieurs types de dyspareunies :

Dyspareunies d'introduction ou dyspareunies superficielles : Ce sont des douleurs lors de la pénétration. Elles s'expliquent souvent par une vulve asymétrique, rétrécie, dont le vestibule et la fourchette sont mal ajustés, ou par un anneau vulvaire trop serré ou réparé avec un décalage. De plus, les complications de la suture d'une épisiotomie peuvent également être sources de dyspareunies : hématome, infection, désunion, ischémie des tissus au niveau d'un point trop serré. Mais, même quand la suture est parfaitement ajustée, on peut trouver une cicatrice scléreuse, de mauvaise qualité, sur des tissus fragiles, responsable de dyspareunies d'introduction.

Ce sont donc, dans la plupart des cas, des dyspareunies d'origine traumatique, secondaires à une déchirure ou une épisiotomie.

Dyspareunies de présence : Souvent liées à un trouble trophique par carence hormonale (accentuée par l'allaitement) qui entraîne une insuffisance de lubrification. A cela s'ajoute le blocage des mécanismes physiologiques naturels qui permettent l'excitation et donc la lubrification vaginale. Cela rend la pénétration sensible voire douloureuse.

Dyspareunies profondes : intéressant non pas la vulve mais le pelvis. Elles sont liées à un traumatisme du système de soutènement de l'utérus (donc totalement étranger à l'épisiotomie). C'est la déchirure du ligament large lors d'un accouchement traumatique. On appelle cela le syndrome de Masters et Allen, source d'importantes dyspareunies. On retrouve, lors de l'examen clinique, que la mobilisation utérine reproduit la douleur ressentie pendant les rapports sexuels. Le traitement est chirurgical.

On peut également classer les dyspareunies en fonction de leur étiologie. On distingue :

Dyspareunies organiques : secondaires à des lésions avérées (cicatrice de mauvaise qualité, mauvais affrontement des berges ou excès de reprise lors de la suture, lésions infectieuses, réactions inflammatoires, granulome, endométriose,...)

Dyspareunies psychologiques : La dépression du post-partum est un moment de grands bouleversements pour la femme (restructuration familiale,

remaniement des rôles, perte de cet état de plénitude, modification du schéma corporel de la femme,...) Les dyspareunies peuvent en être un des nombreux symptômes. Alors le cercle vicieux de la douleur est enclenché : l'anxiété abaisse le seuil de la douleur, la femme ressent des douleurs pendant le rapport, puis cette douleur, prévisible, attendue, rend les rapports désagréables et donc évités.

Dyspareunies relationnelles : La dyspareunie est dans ce cas un prétexte (conscient ou non). En effet, tout évènement nouveau (la naissance en est un) remet en cause l'équilibre du couple. C'est le moment propice pour renégocier les acquis. Certaines femmes, qui n'ont pas beaucoup de libertés dans leurs décisions, vont utiliser les dyspareunies comme "bouclier" face à leur partenaire incompréhensif. L'excuse médicale est plus facile à assumer que le mal-être.

***PARTIE 2 : ENQUETE PILOTE
EVALUANT L'IMPACT DES DIFFERENTES
TECHNIQUES DE SUTURE SUR LES
DYSPAREUNIES***

1. PRESENTATION DE L'ENQUÊTE

1.1. Objectifs

L'objectif de mon étude serait donc de rechercher une éventuelle corrélation entre les différentes techniques de suture d'épisiotomie et les dyspareunies du post-partum. Je voudrais notamment, par cette étude, juger de la qualité de la technique un fil un nœud par rapport aux techniques de réfection en 3 plans, en ce qui concerne les dyspareunies : en effet, il me semble important d'évaluer si la technique un fil un nœud pourrait ou non permettre de limiter les dyspareunies.

Par ce biais, je voudrais mettre en évidence l'existence d'une technique de suture moins douloureuse en terme de dyspareunies, et sensibiliser les professionnels de l'obstétrique à la question, afin de faciliter la reprise d'une activité sexuelle après l'accouchement et ainsi améliorer la vie de couple des femmes dans cette période.

1.2. Hypothèses

L'hypothèse sur laquelle je me suis basée tout au long de mon travail est la suivante :

La technique « un fil un nœud », permet de limiter les dyspareunies dans le post-partum, par rapport aux techniques en 3 plans séparés, utilisant le plus souvent, pour la suture cutanée, des points sur la peau.

1.3. Méthodologie

1.3.1. Echantillonnage

J'ai choisi de réaliser une étude observationnelle prospective, puisqu'elle me paraissait être la seule façon d'obtenir les informations nécessaires à mon étude.

L'étude a requis des patientes volontaires, acceptant d'être recontactées dans le cadre de mon enquête, et répondant aux critères d'inclusion fixés :

Critères d'inclusion : Les patientes doivent avoir subi lors de leur accouchement, une épisiotomie. J'ai volontairement choisi de limiter le type de lésions périnéales aux

épisiotomies afin d'assurer une plus grande reproductibilité. En effet, les déchirures périnéales spontanées (et donc moins contrôlées) sont plus aléatoires. Par ce fait, il me paraît plus difficile de juger de l'impact de la suture en elle-même sur les dyspareunies puisque c'est certainement le type de déchirure qui joue, en premier lieu, un rôle primordial.

Les patientes recrutées pour l'étude doivent également parler et comprendre la langue française, afin que je puisse m'entretenir avec elles, sans un traducteur, ce qui pourrait constituer un biais.

Critères d'exclusion : Les patientes étant déjà victimes de dyspareunies avant leur accouchement ne pourront pas faire partie de l'étude. Les patientes présentant des complications douloureuses de la cicatrice non liées à la technique de suture seront également exclues de l'analyse finale.

J'ai rencontré Mme Demange⁽²¹⁾, épidémiologiste de la Maternité Régionale de Nancy, afin de calculer le nombre de sujets nécessaires pour mettre en évidence une différence de dyspareunies suffisante entre les deux groupes, pour que mon étude soit reproductible. Il me fallait alors suivre 300 patientes par groupe, soit 600 patientes. Mais, le temps et les moyens qui me sont impartis ne m'ont pas permis de recruter ce nombre de patientes suffisant pour extrapoler avec certitude mes résultats. Mon travail pourra donc constituer une étude pilote, dans la perspective de réaliser, si cela paraît nécessaire, une étude plus approfondie et extrapolable à la population générale.

1.3.2. Matériel

J'ai utilisé pour réaliser mon enquête :

Une lettre d'information (annexe 1), distribuée par la sage-femme prenant en charge les patientes répondant aux critères d'inclusion qui ont été fixés. Ce document comprenait un formulaire de consentement avec demande de coordonnées.

Un questionnaire (annexe 2) à destination de la sage-femme ou du médecin ayant suturé l'épisiotomie, dans lequel ils ont précisément détaillé les lésions constatées et la suture qui a été réalisée. Celui-ci m'a permis de recueillir la technique de suture réalisée ainsi que les raisons de la réalisation de cette technique plutôt qu'une autre.

L'anonymat a été préservé en agrafant le formulaire de consentement (qui contient le nom et les coordonnées de la patiente), face cachée, au questionnaire rempli par le professionnel.

A l'issue du recrutement des patientes, je les ai **recontactées (par téléphone)** 3 mois après leur accouchement, pour obtenir les informations nécessaires à l'aboutissement de mon étude (annexe 3). J'ai renouvelé cet entretien téléphonique 6 mois puis 9 mois après leur accouchement, si cela était nécessaire. Cet entretien m'a permis de connaître leurs appréhensions face à l'épisiotomie d'une part, et d'évaluer leurs éventuelles dyspareunies d'autre part, grâce à une échelle numérique d'évaluation de la douleur.

1.3.3. Calendrier

Juillet 2006 : Distribution des questionnaires et sensibilisation à mon étude des sages-femmes de salle de naissances des différentes maternités.

Juillet 2006 à mars 2007 :

- Recrutement des patientes volontaires et répondant aux critères d'inclusion
- Récupération de tous les questionnaires remplis par les professionnels, accompagnés des formulaires de consentement signés par les patientes volontaires

Octobre 2006 à décembre 2007 : Rappel des patientes entrant dans l'étude 3 mois, 6 mois, puis 9 mois après leur accouchement.

Décembre 2007 à Février 2008 :

- Mise en relation des différentes informations obtenues
- Analyse et interprétation des résultats

2. ANALYSE POINTS FORTS POINTS FAIBLES

2.1. Points forts de mon étude

Le choix d'une **étude prospective** m'a permis

- d'une part, de recueillir toutes les informations dont j'avais besoin concernant les patientes qui rentraient dans mon étude
- d'autre part, de suivre en temps réel l'évolution de leur état de santé, et ainsi de pouvoir leur donner des conseils et répondre à leurs questions tout au long du suivi.

Le **rappel téléphonique**, qui au départ m'a paru difficile à gérer tant d'un point de vue budget que d'un point de vue temps, m'a finalement permis d'instaurer une certaine relation de confiance, d'intimité avec elles (ce qui me paraît difficile par le biais de questionnaires). Cela m'a permis également de relancer, de reformuler une question quand celle-ci était mal comprise. Enfin, le fait d'échanger avec elles m'a permis de les conseiller, de les orienter en cas de dyspareunies ou autre souci.

Enfin, il me semble que contrairement aux idées reçues, la **sexualité** est un sujet sur lequel les femmes sont très ouvertes. Elles m'ont paru avoir besoin d'en parler, et être satisfaites de pouvoir échanger sur ce sujet et recevoir des informations. Elles m'ont semblé concernées par mon étude, et ont montré intérêt et implication.

2.2. Points faibles de mon étude

La sexualité ayant une **composante psychologique** non négligeable, mon étude est biaisée. En effet, il est difficile, sans faire un examen clinique de la patiente, d'attribuer ses dyspareunies à une cicatrice de mauvaise qualité plutôt qu'à des facteurs psychologiques. Il est donc juste de dire que le taux de dyspareunies retrouvé dans mon étude ne reflète pas le taux de sutures de mauvaise qualité ou de mauvaise cicatrisation. Mais le biais étant le même pour le groupe technique un fil un nœud et pour le groupe technique en trois plans, il me semble que le rapport des deux taux de dyspareunies en fonction de la technique de suture utilisée peut être interprété.

Le **bénéfice** pour les patientes incluses dans l'étude a également été remis en question. En effet, mis à part les conseils et questions qu'elles ont pu me poser à cette occasion, l'étude ne leur offrait pas de bénéfice immédiat. Mais il me semble important de prendre en compte le bénéfice futur que l'on pourrait en tirer.

J'aurais également souhaité comparer trois techniques de suture (la technique un fil un nœud, une technique en plans séparés avec points sur la peau, et une technique en plans séparés avec surjet intradermique), afin de comprendre si la diminution des dyspareunies était liée au surjet intradermique seulement ou au surjet continu qui caractérise la technique un fil un nœud. Mais le nombre de suture en 3 plans avec surjet intradermique étant très faible, cela m'a été impossible. J'ai donc restreint mon étude à la comparaison d'une technique en 3 plans (utilisant majoritairement des points sur la peau) à la technique un fil un nœud.

Enfin le **nombre de sujets** entrant dans mon étude ne permet certainement pas de généraliser mes résultats à l'ensemble de la population. Ceci dit, il me semble que de tels résultats témoignent de l'importance de réaliser une étude plus détaillée et plus complète sur le sujet, afin d'affirmer ou non les résultats auxquels j'ai abouti.

3. ASPECTS REGLEMENTAIRES DE LA QUESTION ⁽²²⁾ ⁽²³⁾

Même si les informations concernant les patientes sont nominatives, le secret professionnel est respecté (conformément à **l'article R4157-303 du code de déontologie des sages-femmes** : Annexe 4). En effet, tout est mis en œuvre pour que les questionnaires ne soient pas accessibles à d'autres qu'aux professionnels, et les informations nominatives sont détruites dès que possible pour ne laisser qu'un document contenant des informations anonymes.

J'ai également veillé, tout au long de mon enquête, à respecter les conditions fixées par **l'article 12 du code de déontologie médicale** (Annexe 4). En effet, la recherche est bien pertinente, puisqu'elle a pour objectif de mettre en évidence une technique de suture qui permettrait de limiter les dyspareunies, afin d'améliorer l'épanouissement des femmes dans le post-partum.

Le consentement est éclairé, puisqu'elles reçoivent toutes, avant un quelconque accord, une lettre d'information. Il est libre puisque je leur précise bien, que leur participation doit être volontaire, et qu'elles peuvent à tout moment, décider de ne plus y participer. C'est un consentement écrit, où elles apposent leur signature. Dans cet objectif, je leur demande également, à chaque nouvel entretien avec elles, de renouveler ou de retirer cet accord de participation.

Enfin, je me suis également tenue aux différents articles de la **loi n° 78-17 du 06/01/78 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés**. (Annexe 4)

4. RESULTATS OBTENUS

La saisie des données a été réalisée à l'aide des logiciels Sphinx puis Excel. L'analyse statistique a été réalisée à l'aide du logiciel SAS, version 9.1.

Les variables quantitatives sont exprimées par leur moyenne, leur écart-type, leur valeur minimale et maximale. Les variables qualitatives, elles, sont exprimées par leur effectif et leur fréquence.

Les tests utilisés sont le test du Chi-Deux ou le test exact de Fisher. Le seuil de signification retenu (p) était de 5%.

4.1. Echantillon

4.1.1. Maternités

Les maternités dans lesquelles a été effectuée l'étude sont : Polyclinique Majorelle (Niveau 2), Centre Hospitalier Saint Charles de Toul (N. 1), Centre Hospitalier de Lunéville (N.1), Clinique l'Arc-En-Ciel à Epinal (N. 1), Centre Hospitalier Jean Monnet d'Epinal (N.2), Centre Hospitalier de Neufchâteau (N.1).

J'ai choisi de recruter les patientes entrant dans mon étude dans différentes maternités, afin d'avoir un panel plus étendu des techniques de suture utilisées. J'ai cependant restreint le choix des maternités à la région Lorraine afin de pouvoir aller, en personne, sensibiliser les professionnels à mon étude.

4.1.2. Effectif

Nombre total de patientes recrutées : 69

Nombre de patientes éliminées :

2 patientes pour dyspareunies préalables à l'accouchement.

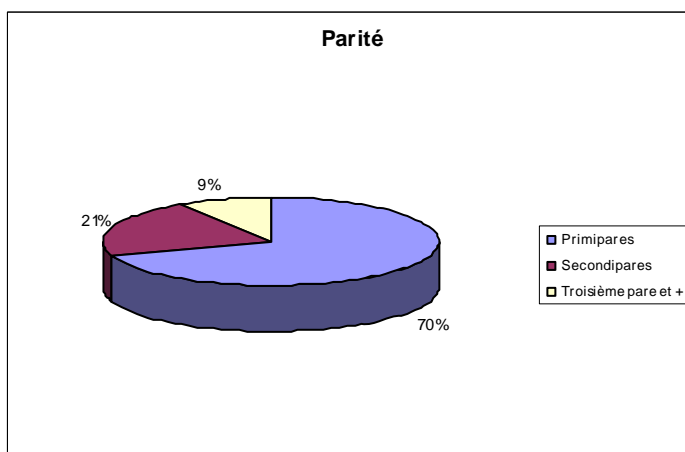
1 patiente qui ne parlait pas français (l'entretien téléphonique, ne pouvant alors se passer qu'en présence de son mari, aurait pu être biaisé, et donc non interprétable.)

Effectif final : 66 patientes

1 patiente sera également exclue de l'analyse finale uniquement, puisqu'elle a présenté une endométriose au niveau de la cicatrice périnéale, complication non attribuée à la suture et responsable à elle seule de dyspareunies.

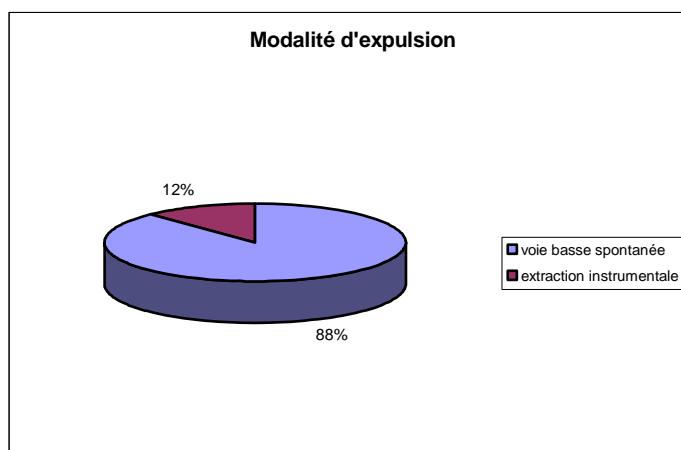
4.1.3. Caractéristiques de l'échantillon

Parité

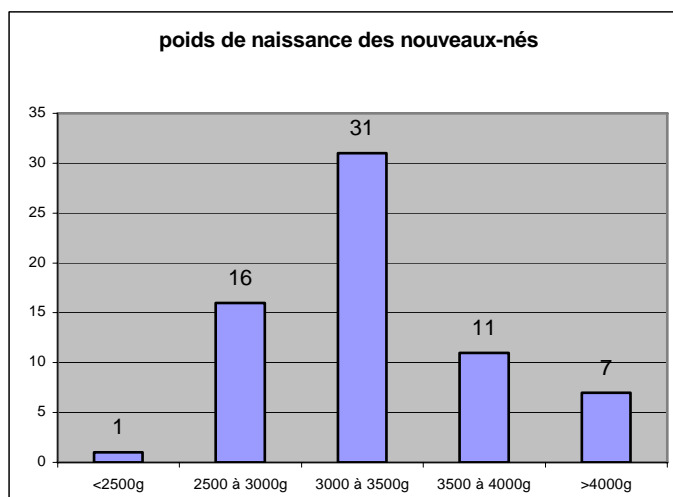


Extraction instrumentale

Le taux d'extractions instrumentales ne reflète pas celui de la population générale, puisqu'il ne concerne qu'un échantillon de femmes ayant eu une épisiotomie lors de leur accouchement.

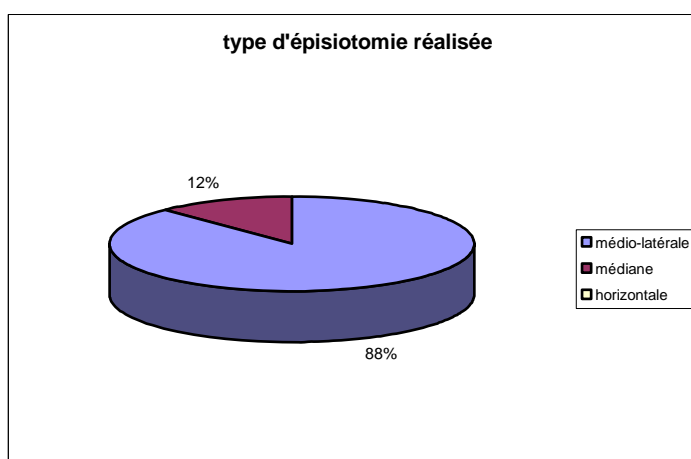


Poids



4.2. Épisiotomie

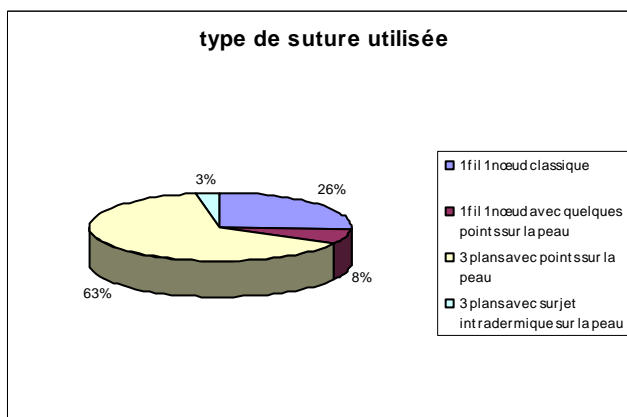
4.2.1. Type d'épisiotomie



On voit sur ce graphique que, conformément aux recommandations pour la pratique clinique actuelle, les épisiotomies horizontales sont abandonnées, et les médianes sont peu pratiquées (du fait du risque de lésions de sphincter anal associé) mais représentent tout de même 12% des épisiotomies réalisées.

4.2.2. Type de suture utilisée

Malgré les nombreuses études prônant le surjet intradermique, celui-ci est encore actuellement très peu utilisé. La technique en 3 plans séparés utilisant des points sur la peau est encore majoritairement pratiquée, comme auparavant.



4.2.3. Type de fils utilisés

On constate que, pour la réalisation de la technique un fil un nœud, seuls 57.1% suivent les recommandations en utilisant du fil 2/0. Les 42.9% restants utilisent du fil 0. Cela crée un biais puisqu'on sait que le fil 0, notamment au niveau de la peau, est plus traumatisant pour les tissus et offre donc une cicatrisation de moins bonne qualité.

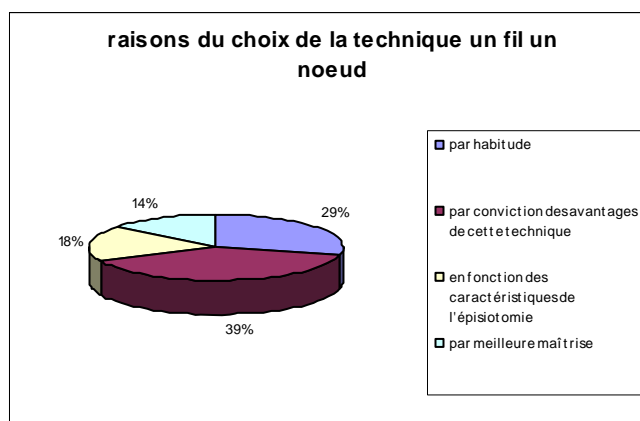
4.2.4. Critères de choix de la méthode de suture utilisée

Pour cette question, nous avons obtenu plusieurs réponses de la part des professionnels. Le pourcentage est ramené à 100% en prenant pour effectif (N), le nombre total de réponses obtenues.

On peut d'abord noter que 11% des sutures sont choisies en fonction des caractéristiques de l'épisiotomie : ceci peut donc constituer un biais, puisque l'on sait que la technique en 3 plans est plus volontairement utilisée sur des épisiotomies délabrées.

Pour la technique un fil un nœud

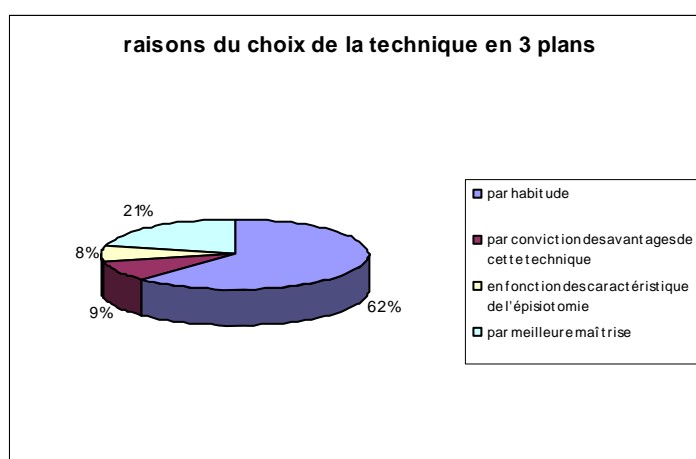
On remarque qu'une grande partie (39%) de ceux qui utilisent cette technique le font par conviction des avantages de celle-ci.



Pour la technique en 3 plans

En ce qui concerne la technique en 3 plans, une large majorité la pratique par habitude (62%), ou par meilleure maîtrise de cette technique.

A noter que les réfections par la technique en 3 plans avec surjet intradermique sont quant à elles, en totalité utilisées par conviction de leurs avantages.



4.2.5. Problèmes de cicatrisation

Aucun	Infection	Désunion	Tuméfaction douloureuse	Endométriose
90,9%	0%	0%	7,6%	1,5%

A noter que la totalité des tuméfactions douloureuses interviennent sur une suture en 3 plans comportant des points sur la peau.

4.3. Reprise de l'activité sexuelle

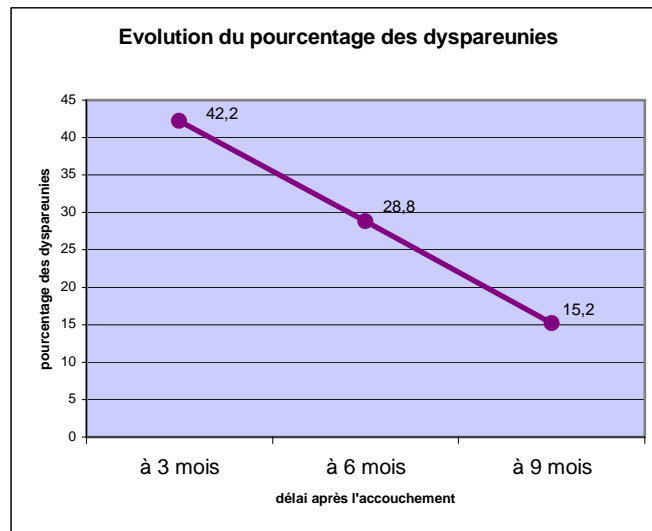
Le délai moyen de la reprise des rapports est de $6,8 \pm 3,3$ semaines (N=66) après l'accouchement. Cette reprise des rapports s'étale entre 2 et 22 semaines.

Quand la reprise des rapports a lieu après 3 mois, les patientes expliquent ce délai par une appréhension de la douleur.

4.4. Dyspareunies

4.4.1. Taux des dyspareunies

On voit que le taux de dyspareunies baisse de façon progressive et régulière entre 3 mois (42,2%) et 9 mois (15,2%)

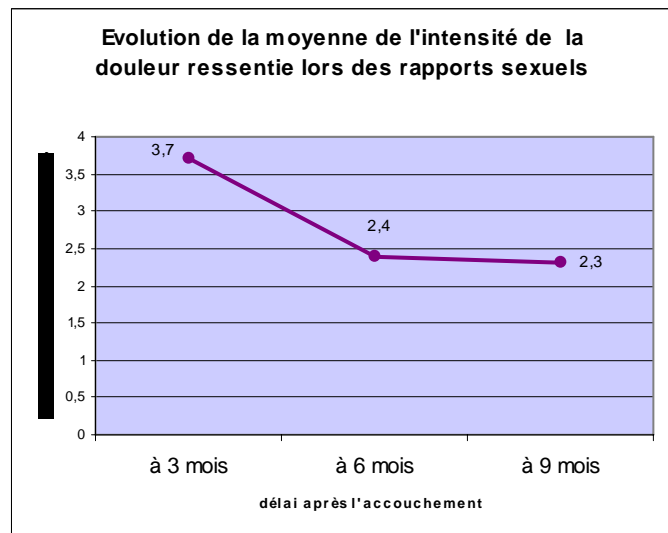


4.4.2. Intensité de la douleur

L'intensité de la douleur a été cotée grâce à une échelle numérique simple (qui consiste à leur demander d'évaluer leur douleur sur une échelle de 0 à 10 : 0 étant l'absence de douleur, et 10 la douleur la plus insupportable qu'elles peuvent imaginer). L'évaluation de la douleur est certes très subjective pour chacune, mais montre l'importance que peut prendre la douleur dans la vie sexuelle de la femme.

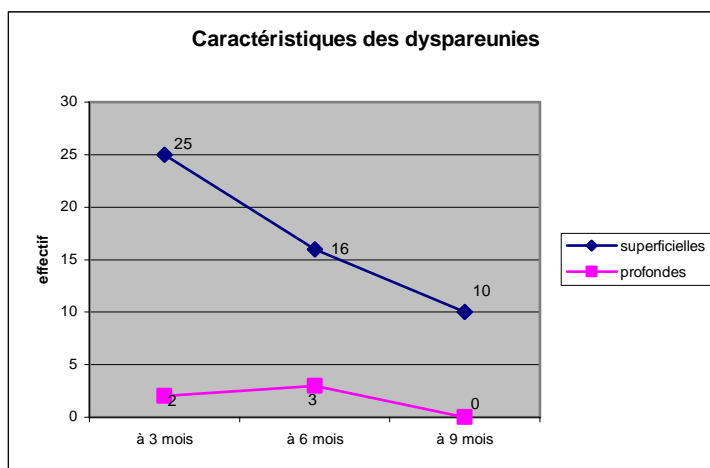
La moyenne calculée ne prend pas en compte les femmes ne ressentant pas de douleur. Elle n'inclut que les femmes qui se plaignent de dyspareunies (N=27 à 3 mois, N₁=19 à 6 mois, N₂=10 à 9 mois)

En effet, à 3 mois, la moyenne est de 3,7 ± 2,0, les valeurs extrêmes allant de 1 à 8. A 6 mois, elle est de 2,4 ± 1,4 (de 1 à 6). Enfin, à 9 mois, elle stagne à 2,3 ± 1,8, les valeurs allant de 1 à 6. Cela reste tout de



même des douleurs importantes et contraignantes, à prendre en charge.

4.4.3. Caractéristiques des dyspareunies



On voit clairement sur ce graphique que ce sont les dyspareunies superficielles qui dominent largement. Elles semblent être les seules susceptibles d'être liées à la suture, les dyspareunies profondes étant plutôt le témoin d'une lubrification insuffisante, ou de dilacération profonde des tissus, indépendantes de la suture réalisée.

Ces dyspareunies superficielles ont tendance à diminuer avec le temps.

5. ANALYSE ET DISCUSSION

5.1. Critères influant sur les dyspareunies

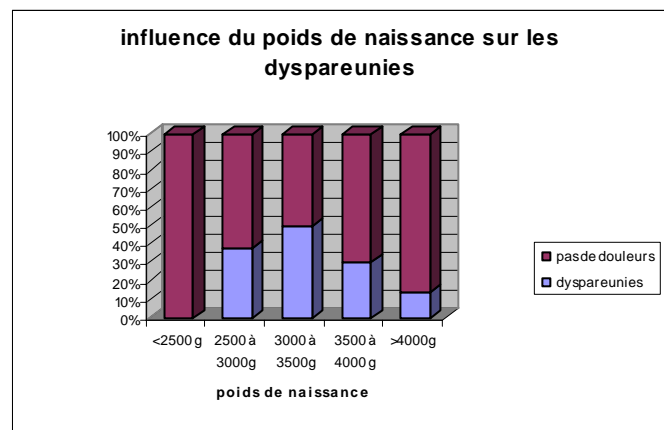
Nous voulons ici juger de l'influence d'autres critères que la suture utilisée, sur les dyspareunies. Nous avons utilisé les dyspareunies ressenties à 3 mois.

Pour ces analyses, nous n'avons donc pris en compte que les dyspareunies superficielles, susceptibles d'être liées à la suture.

Le cas d'endométriose est également exclu pour le reste de l'analyse, puisqu'on sait qu'elle est à elle seule responsable de douleurs, sans être liée à la suture utilisée.

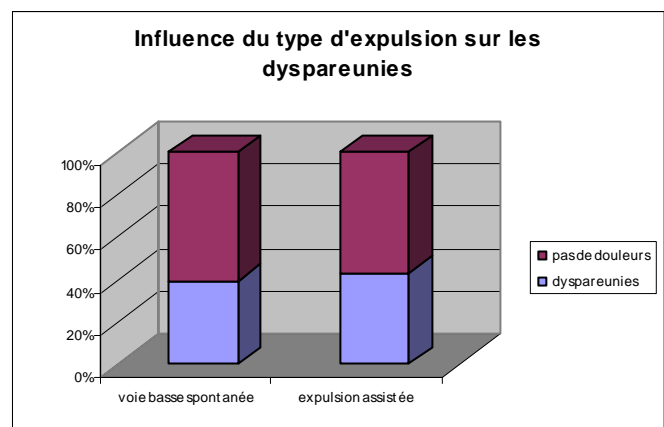
5.1.1. Poids de naissance

On pourrait penser qu'un gros poids de naissance augmente les dyspareunies, par dilacération profonde des tissus. Mais ce graphique montre que le taux de dyspareunies est aléatoire en fonction du poids de naissance de l'enfant. ($p=0,375$ au test exact de Fisher). Le poids de l'enfant n'a donc pas d'influence sur les dyspareunies.



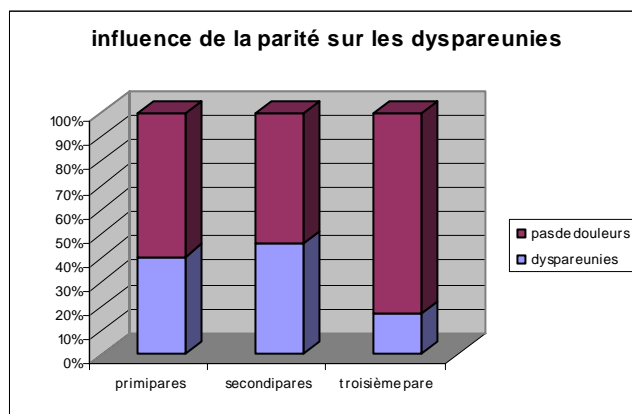
5.1.2. Type d'expulsion

On ne retrouve pas de différence significative des dyspareunies pour les voies basses spontanées par rapport aux expulsions assistées. ($p=1$ au test exact de Fisher). Les dyspareunies sont donc indépendantes du type d'expulsion.



5.1.3. Parité

Le test exact de Fisher nous permet de dire qu'il n'y a pas de différences significatives de dyspareunies selon la parité des patientes ($p=0,545$). La parité n'a donc pas d'influence sur les dyspareunies.



5.2. Comparaison des échantillons

Les tests statistiques ayant prouvé qu'il n'y avait pas d'influence du poids de naissance de l'enfant, de la parité ainsi que de la modalité d'extraction sur les dyspareunies, on peut considérer que ceux-ci sont comparables.

Mais il n'est pas inutile de préciser que les échantillons sont en plus similaires quant à ces différents critères.

En effet, si, d'une part, on compare l'échantillon « technique un fil un nœud » à celui « technique en 3 plans », le test exact de Fischer nous montre qu'il n'y a pas de différence significative quant à la parité ($p=0,833$), la modalité d'expulsion ($p=0,413$), ni la macrosomie, qui pourrait favoriser les dyspareunies ($p=0,415$).

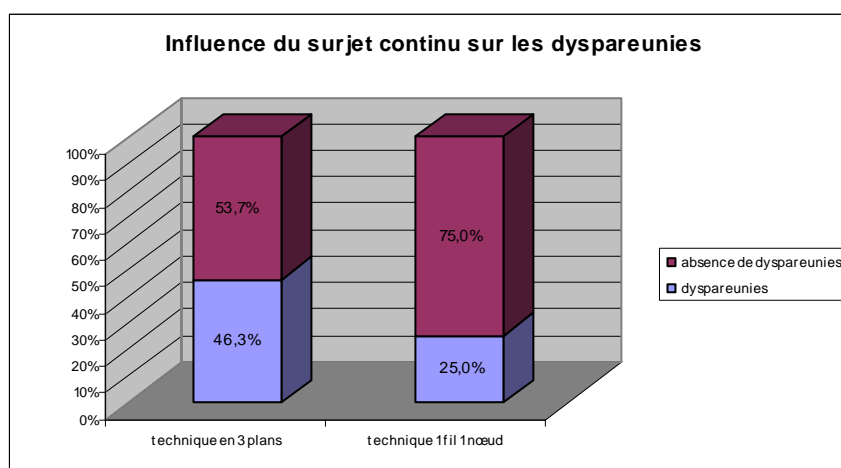
D'autre part, les échantillons « technique avec surjet intradermique » et « techniques avec points sur la peau » sont également comparables (selon le test exact de Fischer) quant à la parité ($p=0,673$), la modalité d'expulsion ($p=0,663$) et la macrosomie ($p=0,106$).

Nous pouvons donc, sans crainte de biais, comparer ces échantillons entre eux.

5.3. Influence de la technique de suture utilisée sur les dyspareunies

5.3.1. Suture en 3 plans versus suture par un surjet continu

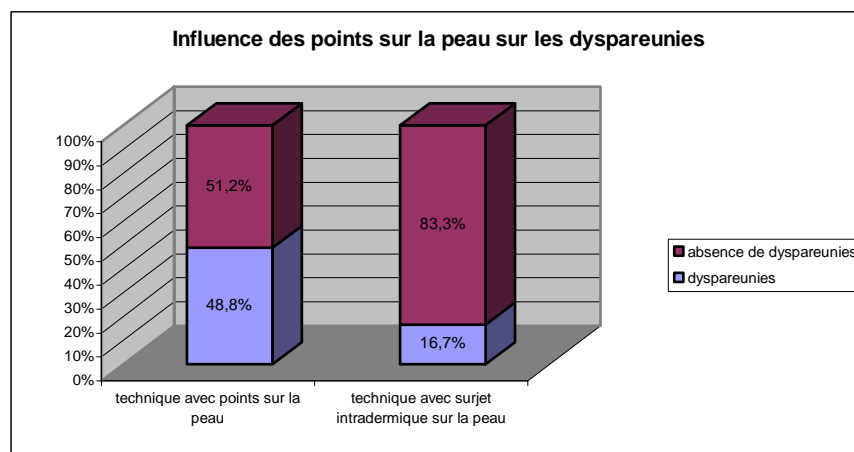
Ici, on évalue l'influence du surjet continu sur les dyspareunies. On compare alors le taux de dyspareunies à 3 mois pour les techniques un fil un nœud (pure ou avec quelques points rajoutés sur la peau), à celui pour les techniques en 3 plans (avec points sur la peau ou surjet intradermique).



On observe une légère diminution des dyspareunies à 3 mois pour la technique un fil un nœud par rapport à la technique en 3 plans (25,0% vs 46,3%). Mais le test du Chi-Deux ne nous permet pas ici de mettre en évidence une différence significative de dyspareunies en fonction de l'utilisation d'un surjet continu (pour la technique un fil un nœud) ou d'une suture en plusieurs plans distincts. ($p=0,109$).

5.3.2. Suture avec points sur la peau versus suture utilisant le surjet intradermique

Là, on évalue l'influence du surjet intradermique pour la suture du plan cutané. On compare pour cela les dyspareunies pour les techniques utilisant le surjet intradermique (1 fil 1 nœud ou 3 plans), aux dyspareunies rencontrées dans les techniques avec points sur la peau.



La différence observée est ici significative selon le test du Chi-Deux ($p=0,019$). On peut donc en conclure que l'utilisation du surjet intradermique sur la peau permet de réduire significativement le taux de dyspareunies à 3 mois par rapport aux points sur la peau (16,7% vs 48,8%).

5.4. Discussion

Le taux de dyspareunies ne semble pas influencé par la parité, la modalité d'expulsion ni le poids de naissance de l'enfant. Nous pouvons donc raisonnablement comparer les échantillons, sans créer de biais.

Les dyspareunies ne paraissent pas être significativement augmentées par la réalisation de plusieurs plans distincts lors de la réfection de l'épisiotomie. Cependant, ce sont les points sur la peau qui semblent être à l'origine de douleurs périnéales lors de la reprise des rapports. Comme Gordon et Oboro, nous avons donc retrouvé une diminution significative des dyspareunies à 3 mois pour les sutures n'utilisant pas de points sur la peau (qui peuvent être assimilées à leur technique en 2 plans sans points sur la peau). Cela est concordant également avec l'étude de *Dallay et Théry*, qui retrouvait moins de différences de douleurs entre la technique un fil un nœud et la technique du surjet intradermique, qu'entre la technique un fil un nœud et la technique en points séparés.

***PARTIE 3 : PERSPECTIVES : VERS UNE
PREVENTION ET UNE PRISE EN CHARGE
DES DYSPAREUNIES***

1. PREVENTION DES DYSPAREUNIES

1.1. Intérêt et pratique des massages périnéaux

1.1.1. Pratique des massages périnéaux ⁽⁵⁾ (24) (25)

Les massages périnéaux sont des étirements des tissus et servent à préparer la musculature périnéale pour l'épreuve de l'accouchement. Ils sont pratiqués avec les doigts à l'intérieur du vagin.

Ces massages pratiqués avant l'accouchement ont plusieurs intérêts :

- Un assouplissement des tissus périnéaux : en effet, la stimulation de cette zone par des massages répétés favorisent leur vascularisation. Les tissus périnéaux bénéficient alors de l'imprégnation hormonale de la grossesse, ce qui favorise la laxité musculaire (grâce aux progestérones notamment).
- Une auto exploration de son corps par la femme : ainsi, elle apprend à mieux se connaître, à mieux connaître son corps, à visualiser son périnée positivement.
- Une prise de conscience de l'étirement des releveurs de l'anus (sensation retrouvée lors de l'accouchement).

1.1.2. Anté-partum

Le massage périnéal anténatal consiste à introduire un ou deux doigts (huilés ou non) de 3 à 5cm dans le vagin, et d'effectuer des mouvements en U ou en fronde sur le périnée postérieur, en exerçant une pression postérieure et latérale de chaque côté de la fourchette vulvaire. Les massages seront pratiqués quotidiennement, les 6 à 8 dernières semaines de la grossesse à raison de 5 à 10 minutes par jour. ⁽⁵⁾

Des produits huileux peuvent être utilisés pour hydrater la zone périnéale et rendre le massage périnéal plus agréable mais c'est bien l'action mécanique ici qui est importante.

La pratique de ces massages périnéaux donnerait de bons résultats :

- Une réduction des épisiotomies et des déchirures du périnée. En effet, selon l'étude de *M.K. Shipman*, en 1997 ⁽¹³⁾, la pratique des massages périnéaux pendant la grossesse réduirait de 6,1% le taux d'épisiotomies et de déchirures

du 2^{ème} et du 3^{ème} degré, et diminuerait de 6,3% le nombre d'extractions instrumentales

- On sait que la sensation d'étirement des releveurs de l'anus est une sensation peu agréable qui peut, chez les femmes non averties, provoquer une contraction reflex de son périnée. La prise de conscience de cette sensation d'étirement des releveurs de l'anus permet à la femme d'appivoiser cette sensation, afin d'inhiber le réflexe défensif de contraction musculaire. Avec ces massages, la femme se rend compte que, plus elle se relâche, plus cette sensation désagréable disparaît. C'est ce relâchement qui produit l'assouplissement du périnée, pour une naissance dans des conditions optimales.

Cependant, pour les femmes qui ne connaissent pas bien leur corps, ces pratiques pourront paraître agressives, désagréables, contraignantes. Il est donc important, avant tout travail, que la femme comprenne l'intérêt de celui-ci, et y soit prête.

1.1.3. Per-partum ⁽¹³⁾

Cela consiste en un massage ou étirement du périnée à chaque contraction utérine pendant la seconde phase du travail (après 3 cm de dilatation). Les études ne rapportent pas de différence significative concernant le nombre de périnées intacts ni le nombre d'épisiotomies.

1.2. Prévention des complications

La prévention des complications se fait par des soins locaux appropriés (l'hygiène génitale permet en effet de diminuer les complications de cicatrisation) ainsi qu'une surveillance rigoureuse de l'épisiotomie, afin de se donner toutes les chances d'obtenir une cicatrisation de bonne qualité.

L'objectif est d'autonomiser la patiente, afin qu'elle puisse assurer la surveillance et les soins seule au retour à domicile.

Au bloc obstétrical, c'est la sage-femme qui effectue ce soin, avec des compresses stériles, de l'eau et du savon antiseptique.

Les jours suivants, il est important d'éduquer la patiente quant à la réalisation des soins à effectuer. La sage-femme vérifie quotidiennement l'état du périnée et de la cicatrice et, si nécessaire, effectue le soin, en insistant pour que la femme devienne autonome. Le rythme des soins en suites de couche est d'une fois par jour minimum, lors de la toilette, ainsi qu'après chaque miction et chaque selle. ⁽¹³⁾⁽¹¹⁾

Afin d'obtenir une cicatrisation de bonne qualité, il est important de respecter les 3 temps : savonnage, rinçage, séchage (avec un linge réservé à cet effet).

On prescrira également un régime sans résidu et de l'huile de paraffine en cas de lésions du sphincter afin de faciliter la reprise du transit.

1.3. Précautions à la reprise des rapports sexuels

Il est important de prendre toutes les précautions nécessaires afin de faciliter la reprise des rapports sexuels, et de les rendre plus agréables, moins douloureux.

Pour cela, le premier conseil est l'utilisation des lubrifiants. Lors de mon étude, j'ai constaté que peu de femmes l'utilisaient, et qu'elles restaient très réticentes vis-à-vis de son utilisation. En effet, même après leur avoir conseillé l'utilisation de lubrifiants, elles avouaient souvent, lors de l'appel suivant, ne pas l'avoir utilisé. Il semble aujourd'hui que l'utilisation du lubrifiant soit perçue comme un moyen pour palier au manque de désir et de lubrification, et donc mal acceptée par les couples.

Or, nous avons vu précédemment, que le climat hormonal du post-partum, pauvre en oestrogènes, est responsable d'une diminution de la lubrification vaginale et d'une modification de la trophicité des tissus. Le post-partum me paraît donc être une indication à l'utilisation des lubrifiants. D'ailleurs, un nouveau lubrifiant mis sur le marché précise dans ses indications qu'il peut être utilisé pour toutes les « *sécheresses vulvo-vaginales quelle qu'en soit l'origine* », et notamment « *dans les suites de grossesse* » (annexe 5). Ce lubrifiant permet ainsi de contrecarrer les effets des hormones, qui induisent une sécheresse vaginale. Il me semble alors qu'une information précoce sur la physiologie du post-partum et sur l'utilité que pourrait prendre les lubrifiants dans ce cadre, serait la bienvenue.

D'autre part, il est important de soigner la pénétration : celle-ci doit se faire en douceur, et dans une position adaptée pour que le sexe ne frotte pas directement contre la cicatrice d'épisiotomie (bassin basculé vers le haut).

Enfin, le choix du contraceptif peut avoir son importance. En effet, dès que cela est possible (2 à 3 mois après l'accouchement, quand le métabolisme de la coagulation redevient normal), il sera de bon ton de prescrire un oestro-progestatif, à climat oestrogénique fort, afin d'améliorer la lubrification vaginale, et donc la qualité des rapports.

1.4. Informations des femmes ⁽²⁶⁾

L'objectif de l'information des femmes est de les écouter (dans leurs questions, leur vécu de l'accouchement, leurs plaintes, leur nouvelle vie de couple), d'établir un dialogue (comprendre leur demande, analyser leur vie de couple), et de leur délivrer des informations (donner des réponses concrètes à leurs questions, leur expliquer les mécanismes physiologiques, hormonaux et psychologiques qui vont influencer leur vie sexuelle, et les possibles difficultés qu'elles peuvent rencontrer).

Selon l'étude de *Courtillas* ⁽²⁶⁾, seules 52% des femmes ont parlé de sexualité pendant la grossesse. La plupart d'entre elles (30%) en ont parlé avec la sage-femme pendant les cours de préparation à la naissance. L'information sur la sexualité leur paraît inexistante dans 22% des cas et insuffisante dans 15% des cas. L'information sur l'incidence de l'épisiotomie sur la sexualité est jugée inexistante dans 38% des cas et insatisfaisante dans 5% des cas.

Ces chiffres témoignent du défaut d'information concernant l'épisiotomie et la sexualité. Celui-ci place les femmes dans un sentiment d'insécurité, face à l'inconnu. Elles n'ont pas les informations qui leur permettront de comprendre ce qui se passe, ni d'avoir de prise sur cela. Elles surdramatisent alors la situation.

Lors de mon étude, j'ai également pu me rendre compte que les femmes recevaient peu d'informations sur l'épisiotomie et la sexualité de la part des professionnels. Leurs principales sources d'information restent les magazines féminins (qui parlent parfois de mutilations sexuelles !), les sites internet, leurs amies, peu objectifs sur le sujet, et dépendant de l'expérience de chacun.

Même s'il doit être abordé bien plus tôt, le meilleur moment pour approfondir ce sujet paraît être les suites de couches (au moment du choix d'un moyen de contraception), moment où les femmes se posent le plus de questions quant à la reprise de leur vie sexuelle.

2. FORMATION INITIALE ET CONTINUE DES SAGES-FEMMES QUANT AUX TECHNIQUES DE SUTURE

2.1. Formation initiale

Le programme des études de sage-femme est régi par l'arrêté du 11 décembre 2001⁽²⁷⁾. L'enseignement comprend des unités théoriques, pratiques (TP) et cliniques (stages).

Pour la première phase de l'enseignement, le programme indique que *l'enseignement de l'obstétrique doit permettre l'acquisition de connaissances visant la maîtrise de la démarche clinique dans le cadre de l'obstétrique physiologique*. Ainsi il précise qu'un enseignement doit être apporté sur le périnée ainsi que sur l'épisiotomie et sa réfection (déchirures périnéales simples).

Pour la seconde phase, l'enseignement de l'obstétrique doit permettre de *dépister, d'orienter et de prendre en charge des patientes présentant une pathologie maternelle et/ou fœtale pendant la grossesse, l'accouchement et les suites de couches*. Ainsi il précise que devra être apporté un enseignement concernant les déchirures périnéales complètes compliquées.

En ce qui concerne les stages, il est stipulé qu'en première phase, comme en deuxième phase, l'étudiant devra effectuer 18 semaines (soit 720 heures de garde) en salle de naissance.

Enfin, les objectifs de référence pour la formation clinique, technique et méthodologique imposent, au cours de notre formation de *« pratiquer les épisiotomies et leurs réfections immédiates, ou celles de déchirures simples (30 cas minimum) »*.

On voit alors que l'enseignement prévu quant à la réfection des épisiotomies est maigre, vague et est dépendant du choix des directrices d'écoles.

2.2. Formation continue

« *La formation médicale continue des sages-femmes est une obligation déontologique. Elle permet à tout praticien d'entretenir et de compléter sa formation initiale afin de pouvoir assurer à ses patients les soins conformes aux données scientifiques du moment que requièrent la patiente et le nouveau-né* » (article 4 de la circulaire du 29 juillet 1992).⁽²⁸⁾

Elle peut se faire par le biais de colloques, séminaires, congrès, mais également par la lecture de nombreuses revues professionnelles.

En ce qui concerne l'apprentissage des techniques de suture, de nouvelles méthodes d'enseignement, telle que la simulation sur des mannequins, sont utilisées. La technique un fil un nœud, quant à elle, ne présente pas de réelles difficultés, si ce n'est la réalisation d'un surjet intradermique, ainsi que l'enchaînement des différents plans. Mais une cassette vidéo⁽²⁹⁾, réalisée par l'équipe du Dr. Théry, ainsi qu'un cédérom⁽³⁾ permettent d'en faciliter son apprentissage.

Pourtant, selon une étude de *Lahaye*⁽²⁾, 86% des sages-femmes considèrent ne pas avoir assez de formations concernant les sutures, et 57% d'entre elles estiment que l'enseignement pêche à la fois sur le plan théorique et sur le plan pratique.

De même, les résultats de mon étude poussent à penser que si cette formation existe, elle est toutefois incomplète. En effet, les raisons du choix de la suture utilisée sont bien différentes d'une technique à l'autre : pour la technique en 3 plans, l'habitude (64%) et la meilleure maîtrise (22%) de celle-ci dominent. Quant à la technique un fil un nœud, encore peu apprise dans certaines régions, c'est la conviction de ses avantages (46%), qui pousse à l'utiliser, la meilleure maîtrise de celle-ci n'étant citée que 3 fois.

Il tient alors à chaque professionnel de se donner les moyens de se documenter et de se former à la question, afin de pouvoir choisir la suture la plus appropriée, dans un souci de bienfaisance pour les patientes.

3. ENJEUX SOCIOLOGIQUES DE LA REPRISE DES RAPPORTS SEXUELS ⁽¹⁶⁾

La reprise des rapports sexuels dans le post-partum répond à la fois à une pression intra conjugale et à une pression sociétale.

En effet, les maris, même s'ils ont eux aussi souvent peur de la reprise sexuelle (peur de faire mal, peur des points de suture), sont souvent les premiers demandeurs de la reprise d'une activité sexuelle. La fin de grossesse est souvent associée à une diminution de la fréquence des rapports (fantasme de l'inceste). De plus, les hommes se sentent un peu exclus de cette relation privilégiée mère-enfant, et ont besoin de retrouver leur femme-partenaire sexuelle. Enfin, ils ne subissent pas ce bouleversement hormonal et psychologique que vit la femme lors de la naissance et sont loin d'imaginer le chamboulement que cela engendre. Ils sont donc quelques fois incompréhensifs face au manque de désir de la part de leur femme, mais sont bien souvent patients.

Cependant, si, auparavant, c'était l'homme (tout-puissant) qui prenait la décision de la reprise des rapports, aujourd'hui, c'est la société qui « presse » à ce retour d'une vie sexuelle dans les nouveaux couples de parents. En effet, actuellement, une sexualité active et épanouie témoigne de leur équilibre et de leur bien-être. Les couples, tout fraîchement parents, sont alors (le plus souvent inconsciemment) contraints d'accélérer ce retour à la vie sexuelle, comme pour attester de leur équilibre.

4. QUAND LA PREVENTION NE SUFFIT PAS

4.1. Diagnostic des dyspareunies

Celui-ci se fait le plus souvent lors de la visite post-natale (6 à 8 semaines après l'accouchement). En effet, c'est le moment idéal pour parler de la sexualité du post-partum. Le lieu est intime, les femmes sont en confiance, souvent avec un professionnel connu (qui les a suivi tout au long de la grossesse dans l'idéal), à distance de l'accouchement. C'est un moment de bilan, pendant lequel les femmes sont amenées à parler de sexualité (sujet souvent abordé lors de cette consultation).

Il est important lors de cette consultation, d'être très attentif, à l'écoute, d'entendre et de comprendre tout ce qui est sous-entendu par la patiente. Mais il faut garder à l'esprit que la sexualité est propre à chaque couple et que les besoins diffèrent d'un couple à l'autre. Ainsi, il faut prendre en compte leur demande (qui en est l'émetteur ?, quel en est réellement l'objet ?).

4.2. Prise en charge des dyspareunies

4.2.1. Les massages périnéaux

Le massage périnéal peut être indiqué dans le post-partum dans le cadre de dyspareunies superficielles d'origine cicatricielle. Cela consiste en un massage doux de la zone douloureuse, matin et soir, en insistant sur la cicatrice par de légers mouvements de pincement de la cicatrice entre les 2 doigts (interne et externe).^{(5) (18)}

On peut utiliser, pour les massages, des crèmes cicatrisantes telles que le JONCTUM®, CICASKIN®, ARNIKA®, RESCUE® ou des gels anesthésiants tels que XYLOCAINE 1% GEL (qui n'est qu'une thérapeutique symptomatique).^{(18) (30)}

4.2.2. L'électrostimulation

La stimulation électrique (qui consiste à stimuler, grâce à une sonde spécifique, la musculature vaginale) peut être très bénéfique. En effet, elle peut permettre d'assouplir la cicatrice et d'encourager la guérison totale des tissus, et ainsi supprimer ou tout au moins réduire les douleurs cicatricielles. On utilise une stimulation de très basse fréquence (5 Hz / 250µs) pendant 8 à 10 min en appuyant légèrement sur la zone

concernée, puis 5 min à 100Hz / 250 µs. Les résultats sont habituellement rapides et satisfaisants. ⁽¹⁸⁾

4.2.3. Crèmes locales aux oestrogènes

Si c'est une atrophie de la muqueuse vaginale qui est à l'origine des dyspareunies, une crème à base d'oestrogènes (TROPHICREME®, COLPOTROPHINE®) peut être un remède efficace au problème. ⁽¹⁸⁾ En effet, les oestrogènes permettront de rétablir une trophicité normale du vagin, et donc d'améliorer la lubrification.

4.3. Place du sexologue ^{(16) (17)}

En première intention, c'est la gynécologue ou la sage-femme qui répondra, en proposant des solutions actives, à la plainte sexuelle de la femme. En effet, si le problème vient d'une cicatrice scléreuse, de mauvaise qualité, ou d'une complication de la suture d'épisiotomie, ces professionnels sont aptes à apporter des solutions aux patientes. Une information complète et rassurante peut également, à ce moment là de la prise en charge, être primordiale dans la résolution des problèmes sexuels. (L'idéal est de pouvoir avoir recours à une sage-femme ou un gynécologue ayant un diplôme de sexologie).

Si les problèmes perdurent, qu'aucune amélioration n'est notée après plusieurs mois de prise en charge, il sera de bon ton de l'orienter, en seconde intention, vers un sexologue. Celui-ci sera plus apte à prendre en charge les troubles sexuels du couple, du point de vue biologique, social, psychologique, philosophique, relationnel,...

4.4. Enjeux psychologiques

Il est primordial de prendre en charge rapidement les dyspareunies ou tout autre trouble sexuel. En effet, celui-ci est un symptôme de transition qui, s'il n'est pas résolu, évoluera vers un vaginisme, une dysorgasmie, ou une mésentente conjugale (car l'approche négative des relations sexuelles remet le couple et sa sexualité en question), ce qui n'est pas à souhaiter lors d'une naissance.

5. PERSPECTIVES

Il serait intéressant, à mon sens, de réaliser une étude de plus grande ampleur sur le sujet, afin d'affiner cette analyse et de juger plus justement du poids de la technique de suture utilisée dans les dyspareunies ultérieures. En voici les modalités.

5.1. Population

Il me semblerait intéressant de comparer 3 groupes : les techniques en 3 plans avec points sur la peau, les techniques en 3 plans avec surjet intradermique (ces dernières ont été trop peu représentées dans mon étude pour être évaluées à elles seules), et les techniques un fil un nœud. Cela nous permettrait alors d'étudier plus justement l'existence d'un effet bénéfique, de la suture continue d'une part, et du surjet intradermique d'autre part, sur les dyspareunies.

Critères d'inclusion :

- Maîtrise de la langue française
- Episiotomie non compliquée lors de leur accouchement

Critères d'exclusion :

- Présence des dyspareunies antérieures à l'accouchement
- Complications de la cicatrisation à l'origine de douleurs

5.2. Nombre de sujets nécessaires

Après entretien avec Mme Demange⁽²¹⁾, épidémiologiste, il faudrait 300 patientes par groupe (soit 900 patientes au total) afin de mettre en évidence une différence des taux de dyspareunies de 7% avec un risque α de 5% (de mettre en évidence une différence significative qui n'existe pas réellement) et une puissance de 20%.

5.3. Dispositions réglementaires ⁽²³⁾

Pour tout projet de recherche quant à l'évaluation des soins courants, une demande d'avis doit être adressée au **Comité de Protection des Personnes (CPP)**. Une taxe doit être versée au préalable.

Le sujet de l'étude (la sexualité), étant un sujet délicat, l'enquête sera également soumise à autorisation du **Comité d'Ethique** de l'établissement qui engage cette étude.

Enfin, l'utilisation de données nominatives impose une demande au **Comité Consultatif sur le Traitement de l'Informatique en matière de Recherche dans le domaine de la Santé** (CCTIRS) : on doit y déclarer toute création de base de données. Cette demande d'avis doit être faite préalablement à la déclaration à la **Commission Nationale d'Informatique et des Libertés** (CNIL). En principe, seuls les traitements automatisés, informatisés doivent faire l'objet d'une demande d'autorisation à la CNIL. Cependant, certaines données (et c'est le cas des données relatives à la vie sexuelle des personnes entre autres) y sont également soumises. La mission de contrôle de la CNIL est très large. Cette déclaration est gratuite. Elle n'exonère pas le professionnel responsable de l'enquête, de ses responsabilités. (Annexe 4)

5.4. Budget

Il faut prendre en compte, dans le calcul du budget :

- L'accès au conseil de protection des personnes (200 euros pour un demandeur institutionnel)
- Les déplacements afin d'aller proposer l'étude aux chefs des services concernés et de sensibiliser les professionnels des différentes maternités à notre étude : si l'on réalise cette étude dans toutes les maternités de la région (23), à raison de 4 maternités par jour : les déplacements pourraient s'élever à 400 euros d'essence (sans compter le prêt d'un véhicule)
- L'envoi des questionnaires et des formulaires de consentement : on peut imaginer que pour obtenir le nombre de sujets suffisant dans chaque groupe, il faudrait envoyer 2000 questionnaires (150 questionnaires dans les 10 plus grandes maternités, 50 dans les plus petites). Le coût des photocopies, enveloppes et timbres pourrait s'élever à 300 euros.
- Le coût des appels téléphoniques : si l'on considère 1500 patientes (pour en avoir 300 par groupe qui rentreront dans l'analyse finale) à rappeler à 3 mois, 800 à 6 mois

et 400 à 9 mois, cela fait 2700 appels passés, de 6 minutes en moyenne, dont les $\frac{3}{4}$ sur des portables : on peut estimer ces dépenses à 1100 euros

- Le budget total peut donc être estimé à 2000 euros.

5.5. Personnel

Il faut, pour mener cette étude à bien :

- Une personne à temps partiel pendant 3 ans pour :
 - monter les dossiers à présenter aux différentes commissions d'autorisation,
 - faire les démarches auprès de ces commissions,
 - élaborer les questionnaires et faire les tests préalables nécessaires,
 - former les professionnels quant aux recommandations des techniques de suture (pour que les sutures réalisées soient conformes aux recommandations),
 - aller présenter l'étude aux différentes maternités et sensibiliser ses professionnels,
 - récupérer les questionnaires et fiches de consentement en temps voulu,
 - rappeler les patientes 3, puis éventuellement 6 et 9 mois après leur accouchement.
- Une personne à temps plein pendant 2 mois pour faire la saisie informatique des données et faire l'analyse des différentes données obtenues.

5.6. Calendrier

Le nombre de naissances en Lorraine pour l'année 2006 était de 27 600. Sachant que les recommandations actuelles visent un taux d'épisiotomies de 30%⁽¹⁾ (celui-ci étant, pour le moment, encore supérieur en Lorraine), on peut estimer à 10 000 le nombre d'épisiotomies en Lorraine par an.

Un délai d'un an paraît donc approprié pour recruter un nombre suffisant de patientes dans chaque groupe afin de réaliser cette étude. Cependant, le taux de techniques en 3 plans utilisant un surjet intradermique sur la peau est restreint. Il pourrait être nécessaire, au préalable, de faire une enquête pour connaître réellement le

taux de réalisation de cette technique de suture, quitte à recruter quelques patientes, en plus, dans une maternité hors lorraine, fervente de cette technique.

5.7. Méthode

- Etude prospective observationnelle (à la différence d'une étude interventionnelle, on ne modifie pas notre pratique pour l'évaluation).
- Les patientes seraient toujours recrutées en salle de naissance, après l'accouchement et la réalisation de la suture, afin de rester observationnels. Il faudrait, comme lors de mon étude, que la participation des patientes reste volontaire, et qu'elles signent un consentement, après avoir reçu une information complète et claire.
- Nous avons remarqué, tout au long de notre étude, que pour la technique un fil un nœud notamment, les « recommandations » n'étaient pas respectées. Il serait donc peut-être nécessaire, au préalable, de faire une formation des professionnels sur la technique à respecter, pour plus de reproductibilité (utilisation d'un fil 2/0 à résorption rapide, réfection de la suture en 4 plans continus, technique du fil perdu dans la fesse,...).
- Il me paraîtrait judicieux, après leur accouchement, de laisser le questionnaire dans le dossier afin qu'il soit complété, lors de la visite post-natale, par le médecin ou la sage-femme qui la réalise. Nous pourrions alors avoir des informations objectives sur la qualité de la cicatrisation et des tissus cicatriciels, ainsi que la recherche plus approfondie d'éventuelles complications qui pourraient à elles seules être responsables de douleurs (infection, endométriose,...).
- Le rappel téléphonique des patientes me paraît être le plus judicieux. Je ne me suis heurtée, tout au long de mon étude, à aucune réticence de la part des patientes. Elles se sont toutes montrées accueillantes, disponibles et ouvertes.
- Il faudrait peut-être utiliser une autre échelle d'évaluation de la douleur, car celle que j'ai utilisée (échelle numérique) m'a paru beaucoup trop subjective et personnelle. Peut-être l'utilisation d'une échelle verbale simple serait plus appropriée, représentative.

Conclusion

La sexualité du post-partum est une sexualité de transition, de par les nombreuses modifications anatomiques, hormonales et psychologiques de cette période. Il est donc important de se donner tous les moyens afin de faciliter ces « retrouvailles amoureuses », en utilisant une technique de suture moins traumatisante pour les tissus et donc moins handicapante lors de la reprise des rapports au sein du couple.

Pour cela, nous avons tenté, tout au long de ce travail, de rechercher si la technique un fil un nœud était plus avantageuse, en terme de dyspareunies, que les techniques en 3 plans utilisant le plus souvent des points sur la peau.

Notre pré-étude montre en effet que cette technique s'avère moins douloureuse. Cependant, si l'influence du surjet continu n'est pas significative, c'est l'utilisation du surjet intradermique pour la suture cutanée, à la différence des points séparés, qui semble réduire significativement les dyspareunies.

Malgré le nombre de patientes restreint, la tendance des résultats nous pousse à croire en la nécessité d'une étude de plus grande ampleur, afin de juger plus justement du poids de la technique de suture utilisée, dans les dyspareunies ultérieures.

Si la prévention (par les massages périnéaux par exemple) et la prise en charge des dyspareunies doivent rester un objectif important, la formation initiale et continue des professionnels, quant aux sutures, reste au premier plan.

En effet, les professionnels concernés doivent être correctement formés tant sur le plan pratique que théorique (avantages et inconvénients de chaque suture), afin de pouvoir, toutes clefs en main, choisir la technique la plus adaptée, en fonction de la situation, toujours dans cet objectif de prise en charge optimale de nos patientes.

BIBLIOGRAPHIE

1. www.cngof.fr

2. LAHAYE D.
La sage-femme face à l'épisiotomie
Mémoire de sage-femme, Nancy, 2004

3. DVD
Plaies et sutures
Collection « les essentiels » de Art Média, 2003

4. LANSAC J., BODY G., PERROTIN F., MARRET H.
Pratique de l'accouchement
Ed Masson, mai 2001, p 409-421 (l'épisiotomie et la réfection du périnée)

5. LUTZ A.
Intérêts des massages périnéaux pendant la grossesse
Mémoire de sage-femme, Nancy, 2005

6. Document de présentation des produits Ethicon

7. Entretien avec le Dr G. THERY le 11/07/2007
Praticien hospitalier, responsable de la salle de naissance
Maternité du Léman de Thonon-les-Bains (74)

8. Planche explicative
Réfection des épisiotomies Technique un fil un nœud
Dr THERY, Pr DALLAY, laboratoire Ethicon, 2002

9. FRANCOIS H.
Et si la suture ne tenait qu'à un fil ? : la suture périnéale un fil un nœud
Mémoire de sage-femme, Metz, 2005

10. MONNIER J.C., LECHEVIN P., CANCIAUX B.
Suture intradermique des épisiotomies en fil d'acide polyglycolique, à propos de 300 cas
Revue Française de Gynécologie et d'Obstétrique, 1979, 74^{ème} année, n°1

11. 16^{ème} rencontre nancéienne de Gynécologie Obstétrique
Nancy, Palais des congrès, le 13/10/2006

12. Compte-rendu d'étude
THIEBAUT R., CHENE G., THERY G., DEKINDT C.
Etude de trois stratégies de périnéoraphie après épisiotomie
Février 2000

13. LANGER B., MINETTI A., FARUEL-FOSSE H., VENDITELLI F.,
VERSPYCK E.
Texte de recommandations pour la pratique clinique : l'épisiotomie
J Gynecol Obstet Biol Reprod, février 2006, 35 (1 supplément), p1S40-1S76

14. MIGNOT S.
La fin de l'épisiotomie
Profession sage-femme, mars 2006, n°123, p 4-7

15. Les complications de l'épisiotomie : www.episiotomie.info

16. Entretien avec le Dr BOUCHE le 01/08/2007
Médecin généraliste, sexologue, Dombasle (54)

17. FLOQUET A.
Sexualité du post-partum : Etre mère et rester femme
Mémoire de sage-femme, Nancy, 2003
18. Prise en charge des dyspareunies : www.geyreelectronic.com
19. LOISEL C.
La sexualité dans le post-partum
Les Dossiers de l'Obstétrique, février 1994, n°214, p 23-26
20. WAYNEBERG J.
Guide pratique de sexologie médicale
Edition Simep, 1994, pages 39-41 et 52-56
21. Entretien avec Mme DEMANGE
Epidémiologiste à la Maternité Régionale A. Pinard de Nancy
22. www.legifrance.gouv.fr
23. www.cnil.fr
24. HESSMANN S.
Education périnéale : la prévention des traumatismes périnéo-sphinctériens
Mémoire de sage-femme, Nancy, 2002
25. VENDITELLI F., TABASTE J.L., JANKY E.
Le massage périnéal ante-partum : revue des essais randomisés
J. Gynecol Obstet Biol Reprod, octobre 2001, n°6, vol. 30, p565-571

26. COURTILLAS D.

L'épisiotomie est-elle à l'origine des dyspareunies du post-partum ?

Mémoire de sage-femme, Limoges, 1998

27. Arrêté du 11 décembre 2001 fixant le programme des études de sage-femme

28. PONTE C., NGUYEN F., POULAIN M.A.

40 questions sur le métier de sage-femme

Edition Masson, avril 2007

29. Casette vidéo « la suture de l'épisiotomie « un fil un nœud »

Dr G. THERY, Thonon-les-Bains

Laboratoire ETHICON, novembre 2001

30. Entretien avec Mme F. PERRIN le 05/09/2007

Sage-femme en Urodynamique

Maternité régionale A. Pinard de Nancy

TABLE DES MATIERES

Remerciements	3
Sommaire	4
Préface.....	6
Introduction	8
PREMIERE PARTIE : IMPACT DES SUTURES SUR LES DYSPAREUNIES..	10
CHAPITRE 1 : REFECTION DES EPISIOTOMIES	11
1. Historique de la suture d'épisiotomie.....	12
2. Les différentes techniques de suture	13
2.1. Technique de suture en 3 plans	13
2.1.1. Description	13
2.1.2. Avantages	14
2.1.3. Inconvénients	15
2.2. Technique un fil un nœud	15
2.2.1. Description	15
2.2.2. Avantages	17
2.2.3. Inconvénients	18
2.3. Etudes existantes comparant les différentes techniques de suture	19
3. Complications de la suture d'épisiotomie et impact sur la sexualité.....	21
3.1. La douleur périnéale.....	21
3.2. Hématome	21
3.3. Désunion	21
3.4. Mauvaise cicatrisation.....	22
3.5. Infection	22
3.6. Asymétrie des berges	22
3.7. Granulome.....	22
3.8. La bartholinite kystique	22
3.9. L'endométriiose sur cicatrice d'épisiotomie	23
3.10. Conclusion	23
4. Choix de la technique de suture en fonction de la lésion périnéale présentée.	24

CHAPITRE 2 : DYSPAREUNIES DANS LE POST-PARTUM.....25

1. Physiologie du post-partum.....	27
1.1. Modifications anatomiques	27
1.1.1. Physiologiques	27
1.1.2. Liées à l'épisiotomie et à sa suture	28
1.2. Modifications hormonales.....	28
1.3. Modifications psychologiques	29
1.3.1. Une nouvelle identité : la femme-mère.....	29
1.3.2. Modifications du schéma corporel.....	29
1.3.3. Baby-blues	30
1.3.4. Rôle du père	30
1.3.5. Le couple au sein de cette nouvelle famille	30
2. Impacts de ces modifications sur la sexualité	31
2.1. Diminution de la libido et du désir.....	31
2.2. Ajournement de la reprise sexuelle	31
2.3. Modification du plaisir.....	32
2.4. Dyspareunies	32

PARTIE 2 : ENQUETE PILOTE EVALUANT L'IMPACT DES DIFFERENTES TECHNIQUES DE SUTURE SUR LES DYSPAREUNIES..... 35

1. Présentation de l'enquête	36
1.1. Objectifs	36
1.2. Hypothèses	36
1.3. Méthodologie	36
1.3.1. Echantillonnage.....	36
1.3.2. Matériel	37
1.3.3. Calendrier.....	38
2. Analyse points forts points faibles	39
2.1. Points forts de mon étude.....	39
2.2. Points faibles de mon étude.....	39
3. Aspects réglementaires de la question.....	41
4. Résultats obtenus.....	42
4.1. Echantillon	42
4.1.1. Maternités.....	42
4.1.2. Effectif	42
4.1.3. Caractéristiques de l'échantillon.....	43
4.2. Episiotomie	44
4.2.1. Type d'épisiotomie.....	44

4.2.2.	Type de suture utilisée	45
4.2.3.	Type de fils utilisés	45
4.2.4.	Critères de choix de la méthode de suture utilisée.....	45
4.2.5.	Problèmes de cicatrisation.....	46
4.3.	Reprise de l'activité sexuelle	46
4.4.	Dyspareunies	46
4.4.1.	Taux des dyspareunies	46
4.4.2.	Intensité de la douleur	47
4.4.3.	Caractéristiques des dyspareunies.....	48
5.	Analyse et Discussion	49
5.1.	Critères influants sur les dyspareunies.....	49
5.1.1.	Poids de naissance.....	49
5.1.2.	Type d'expulsion.....	49
5.1.3.	Parité	50
5.2.	Comparaison des échantillons.....	50
5.3.	Influence de la technique de suture utilisée sur les dyspareunies	51
5.3.1.	Suture en 3 plans versus suture par un surjet continu	51
5.3.2.	Suture avec points sur la peau versus suture utilisant le surjet intradermique	51
5.4.	Discussion	52
 PARTIE 3 : PERSPECTIVES : VERS UNE PREVENTION ET UNE PRISE EN CHARGE DES DYSPAREUNIES		53
1.	Prévention des dyspareunies	54
1.1.	Intérêt et pratique des massages périnéaux	54
1.1.1.	Pratique des massages périnéaux	54
1.1.2.	Anté-partum	54
1.1.3.	Per-partum.....	55
1.2.	Prévention des complications.....	55
1.3.	Précautions à la reprise des rapports sexuels	56
1.4.	Informations des femmes	57
2.	Formation initiale et continue des sages-femmes quant aux techniques de suture.....	58
2.1.	Formation initiale.....	58
2.2.	Formation continue	59
3.	Enjeux sociologiques de la reprise des rapports sexuels.....	60
4.	Quand la prévention ne suffit pas.....	61
4.1.	Diagnostic des dyspareunies	61
4.2.	Prise en charge des dyspareunies	61
4.2.1.	Les massages périnéaux	61

4.2.2.	L'électrostimulation	61
4.2.3.	Crèmes locales aux oestrogènes.....	62
4.3.	Place du sexologue.....	62
4.4.	Enjeux psychologiques	62
5.	Perspectives.....	63
5.1.	Population	63
5.2.	Nombre de sujets nécessaires.....	63
5.3.	Dispositions réglementaires	63
5.4.	Budget	64
5.5.	Personnel.....	65
5.6.	Calendrier.....	65
5.7.	Méthode	66
	Conclusion.....	67
	Bibliographie	69
	Table des matières.....	73
	Annexe 1 : Formulaire d'information des patientes	I
	Annexe 2 : Questionnaires à l'attention des professionnels	
	Annexe 3 : Entretiens téléphoniques	
	Annexe 4 : Aspects réglementaires	
	Annexe 5 : Notice Monasens	

ANNEXES

ANNEXE 1

INFORMATION PATIENTES

Concernant l'étude « Suites des différentes techniques de sutures »

Etant élève sage-femme à l'école de Nancy, Maternité Régionale A. Pinard, et dans le cadre du mémoire du diplôme d'état de sage-femme, je souhaiterais réaliser une étude évaluant la qualité de la cicatrisation des épisiotomies après l'accouchement, en fonction des différentes techniques de suture utilisées.

En effet, vous avez subi une épisiotomie (incision de la vulve pour faciliter la naissance) lors de votre accouchement. Il existe plusieurs techniques pour les suturer, présentant chacune différentes modalités que je souhaiterais étudier.

Il semblerait que certaines d'entre elles soient davantage à l'origine de gêne, de difficultés d'intensité variable (entre autre lors des rapports sexuels), pouvant être liées à une cicatrisation plus difficile.

Alors, afin d'améliorer le confort des femmes après l'accouchement, et leur épanouissement dans cette nouvelle vie qui commence, il me tient à cœur d'étudier l'éventuelle relation entre les différentes techniques de sutures et l'apparition d'inconforts.

Afin de pouvoir mettre en œuvre cette étude, je me permets de solliciter votre participation qui doit rester totalement volontaire.

Votre participation consistera uniquement à m'éclairer sur la qualité de cicatrisation de votre suture périnéale, ainsi que sur vos éventuelles gênes, que nous évaluerons 3 mois, 6 mois puis 9 mois après votre accouchement, par contact téléphonique.

Je m'engage à respecter le secret médical, ainsi qu'à garantir l'anonymat de cette étude. Vous remerciant par avance.

M. VAZQUEZ

Etudiante Sage-femme

Pour de plus amples informations :

Marie VAZQUEZ : 06 17 25 08 30

marie_vazquez6@hotmail.com

FORMULAIRE DE CONSENTEMENT

Je soussignée, déclare avoir pris connaissance de la note d'information concernant l'étude clinique intitulée « Suites des différentes techniques de sutures » menée par M. Vazquez.

Je consens à participer à cette étude, et, dans ce cadre, à être recontactée 3 mois, 6 mois, puis 9 mois après mon accouchement.

A tout moment, je peux choisir de ne plus participer à l'étude, sans influence sur la qualité des soins qui me seront fournis.

Nom :

Prénom :

N° de tel domicile :

Date :

Signature :

ANNEXE 2

QUESTIONNAIRE

Concernant l'étude « Suites des différentes techniques de sutures »
(à remplir par la sage-femme ou le médecin ayant réalisé la suture)

Renseignements concernant la patiente :

- Parité ?
- A-t-elle déjà subi une épisiotomie lors de ses accouchements précédents ?
- Expulsion assistée ou non ?
- Poids de naissance du nouveau-né ?

Bilan des lésions

- Quel type d'épisiotomie a été réalisé ?
 - Médiane
 - Médio-latérale
 - Horizontale
- Y a-t-il une déchirure surajoutée ? (l'épisiotomie a-t-elle filé ?)

Description de la suture

- Quel type de suture avez-vous réalisé ? (description précise : si la suture a été réalisée en plusieurs plans, description des types de points réalisés sur chaque plan)
- Quels fils avez-vous utilisé ?
- Description de l'état du périnée à l'issue de la suture ? (oedématié ? , berges bien confrontées ?)
- Pourquoi avez-vous choisi cette méthode de suture ? (est-ce par choix, en fonction des caractéristiques de l'épisiotomie ou par habitude, parce que vous maîtrisez mieux cette technique qu'une autre ?)

ANNEXE 3

ENTRETIENS TELEPHONIQUES

- Présentation de moi-même, de l'étude et de ses objectifs
- Renouvellement du consentement pour leur participation à l'enquête
- Rappel de la garantie de l'anonymat
- Recherche de douleurs liées à la cicatrice de l'épisiotomie, au quotidien
- A 3 mois : recherche de problèmes de cicatrisation étant survenus suite à la suture
- A 3 mois : vécu psychologique et appréhensions éventuelles suite à l'épisiotomie
- A 3 mois : recherche de la présence de dyspareunies antérieures à l'accouchement
- Délai de la reprise de l'activité sexuelle
- Recherche de dyspareunies, caractéristiques de la douleur ressentie et évaluation de son intensité

ANNEXE 4

Code de déontologie des sages-femmes

L'article R4157-303 dit « *Le secret professionnel institué dans l'intérêt des patients s'impose à toute sage-femme dans les conditions établies par la loi. Le secret couvre tout ce qui est venu à la connaissance de la sage-femme dans l'exercice de sa profession, c'est-à-dire non seulement ce qui lui a été confié, mais aussi ce qu'elle a vu, entendu ou compris.*

La sage-femme doit veiller à ce que les personnes qui l'assistent dans son travail soient instruites de leurs obligations en matière de secret professionnel et s'y conforment.

La sage-femme doit veiller à la protection contre toute indiscretion de ses dossiers médicaux et de tout autre document qu'elle peut détenir concernant ses patientes. Lorsqu'elle se sert de ses observations médicales pour des publications scientifiques, elle doit faire en sorte que l'identification des patientes ne soit pas possible. »

Code de déontologie médicale

L'article 12 dit que « *le médecin doit apporter son concours à l'action entreprise par les autorités compétentes en vue de la protection de la santé et de l'éducation sanitaire.*

La collecte, l'enregistrement, le traitement et la transmission d'informations nominatives ou indirectement nominatives sont autorisés dans les conditions prévues par la loi. »

L'article 15, lui, stipule que « *le médecin ne peut participer à des recherches biomédicales sur les personnes que dans les conditions prévues par la loi*

- *il doit s'assurer de la régularité et de la pertinence de ces recherches (c'est-à-dire visant à établir une connaissance utile au patient lui-même, à la collectivité des patients, ou aux personnes en général)*
- *il doit garantir également l'objectivité de ses conclusions*
- *il doit respecter le consentement libre et éclairé (d'une part, il s'agit de l'aboutissement d'un processus d'information de la personne sur la nature de la recherche, ses objectifs, les contraintes voire les risques subis, d'autre part,*

c'est un dispositif qui traduit la libre décision de la personne de participer à la recherche) »

Loi n° 78-17 du 06/01/78 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés

Concernant les conditions de licéité des données à caractère personnel :

L'article 6 dit que *« un traitement ne peut porter que sur des données à caractère personnel qui satisfont aux conditions suivantes :*

- *Les données sont collectées et traitées de manière loyale et licite ;*
- *Elles sont collectées pour des finalités déterminées, explicites et légitimes et ne sont pas traitées ultérieurement de manière incompatible avec ces finalités. Toutefois, un traitement ultérieur de données à des fins statistiques ou à des fins de recherche scientifique ou historique est considéré comme compatible avec les finalités initiales de la collecte des données, s'il est réalisé dans le respect des principes et des procédures prévus [...] et s'il n'est pas utilisé pour prendre des décisions à l'égard des personnes concernées ;*
- *Elles sont adéquates, pertinentes et non excessives au regard des finalités pour lesquelles elles sont collectées et de leurs traitements ultérieurs ;*
- *Elles sont exactes, complètes et, si nécessaire, mises à jour ; les mesures appropriées doivent être prises pour que les données inexactes ou incomplètes au regard des finalités pour lesquelles elles sont collectées ou traitées soient effacées ou rectifiées ;*
- *Elles sont conservées sous une forme permettant l'identification des personnes concernées pendant une durée qui n'excède pas la durée nécessaire aux finalités pour lesquelles elles sont collectées et traitées. »*

L'article 8 stipule que *« I. Il est interdit de collecter ou de traiter des données à caractère personnel qui font apparaître, directement ou indirectement, les origines*

raciales ou ethniques, les opinions politiques, philosophiques ou religieuses ou l'appartenance syndicale des personnes, ou qui sont relatives à la santé ou à la vie sexuelle de celles-ci.

II. Dans la mesure où la finalité du traitement l'exige pour certaines catégories de données, ne sont pas soumis à l'interdiction prévue au I, les traitements pour lesquels la personne concernée a donné son consentement exprès. »

Enfin l'article 57 dit « *les personnes auprès desquelles sont recueillies des données à caractère personnel ou à propos desquelles de telles données sont transmises sont, avant le début du traitement de ces données, individuellement informées :*

- *De la nature des informations transmises ;*
- *De la finalité du traitement de données ;*
- *Des personnes physiques ou morales destinataires des données ;*
- *Du droit d'accès et de rectification;*

Du droit d'opposition ou de l'obligation de recueillir leur consentement. »

Concernant les formalités préalables, ainsi que la collecte, l'enregistrement, et la conservation des informations nominatives :

Article 30 : « *Les déclarations, demandes d'autorisation et demandes d'avis adressées à la Commission nationale de l'informatique et des libertés [...] précisent :*

- *L'identité et l'adresse du responsable du traitement [...]*
- *La ou les finalités du traitement, ainsi que [...] la description générale de ses fonctions*
- *Le cas échéant, les interconnexions, les rapprochements ou toutes autres formes de mise en relation avec d'autres traitements*
- *Les données à caractère personnel traitées, leur origine et les catégories de personnes concernées par le traitement*
- *La durée de conservation des informations traitées*

- *Le ou les services chargés de mettre en oeuvre le traitement ainsi que [...] les catégories de personnes qui [...] ont directement accès aux données enregistrées*
- *Les destinataires [...] habilités à recevoir communication des données*
- *[...] Les dispositions prises pour assurer la sécurité des traitements et des données et la garantie des secrets protégés par la loi. [...] »*

Article 32 : « *La personne auprès de laquelle sont recueillies des données à caractère personnel la concernant est informée, [...] :*

- *De l'identité du responsable du traitement [...]*
- *De la finalité poursuivie par le traitement auquel les données sont destinées*
- *Du caractère obligatoire ou facultatif des réponses*
- *Des conséquences éventuelles, à son égard, d'un défaut de réponse*
- *Des destinataires [...] des données [...]. »*

Article 34 : « *Le responsable du traitement est tenu de prendre toutes précautions utiles, au regard de la nature des données et des risques présentés par le traitement, pour préserver la sécurité des données et, notamment, empêcher qu'elles soient déformées, endommagées, ou que des tiers non autorisés y aient accès. »*

Article 36 : « *Les données à caractère personnel ne peuvent être conservées au-delà de la durée prévue à la demande d'avis ou à la déclaration. »*

ANNEXE 5

Monasens®

Mode d'emploi :

Monasens® s'utilise dans tous les cas où la sécheresse vaginale engendre des sensations de gêne, de brûlures et de douleurs qui perturbent la vie au quotidien et rendent difficiles les rapports sexuels. Lorsque le vagin est insuffisamment lubrifié, la pénétration devient difficile ce qui rend le rapport douloureux, voire impossible. Un test clinique a montré que Monasens® s'utilise aussi bien avant que pendant le rapport sexuel :

- Appliquer la quantité nécessaire de Monasens® sur la muqueuse externe et à l'entrée du vagin,
- Le résultat est meilleur si les deux partenaires utilisent Monasens®.

Indications :

Sécheresse vulvo-vaginale quelle qu'en soit l'origine, notamment :

- En cas de douleurs lors des rapports sexuels, particulièrement s'il existe des problèmes psychiques,
- En cas d'atrophie vaginale en péri-ménopause ou en ménopause,
- Sous contraception orale ou autre traitement hormonal,
- Dans les suites de grossesse ou d'interventions chirurgicales.

Monasens® n'est pas traitant, en cas de sécheresse vaginale persistante, consulter un médecin.

Précautions d'emploi :

Éviter le contact avec les yeux. Allergie connue à l'un des composants.

Marie VAZQUEZ
Mémoire en vue de l'obtention du Diplôme d'Etat de Sage-femme
Mars 2008
Université Henri Poincaré I
Médecin expert : Professeur Philippe Judlin
Directrice de mémoire : M^{me} Valérie Denis

Titre : Evaluation de l'influence des sutures sur les dyspareunies

Domaine : Obstétrique

Mots-clefs : dyspareunie, technique de suture, épisiotomie, puerpéralité, douleur périnéale, troubles sexuels féminins, sage-femme

RESUME

Le post-partum, par les nombreuses modifications qui l'accompagnent, est une période de remaniement de la sexualité au sein du couple. Mais l'épisiotomie et sa suture n'y sont pas totalement étrangères, et semblent même être des facteurs primordiaux dans le pronostic sexuel du couple.

Alors, devant cette constatation, il nous a paru nécessaire de rechercher si l'utilisation préférentielle d'une technique de suture pouvait réduire les dyspareunies du post-partum et ainsi faciliter ces « retrouvailles amoureuses ».

Nous avons donc tenté, par une étude prospective observationnelle, incluant 66 patientes, de rechercher l'influence du type de suture sur ces douleurs.

Les résultats montrent que la technique un fil un nœud est plus avantageuse en terme de dyspareunies, mais bien plus par le surjet intradermique qu'elle utilise que par le surjet continu qui en est la base.

SUMMARY

The postpartum, because of the many changes which come with it, is a period of sexuality's modifications, within the couple. But episiotomy and its suture seem to be primordial factors in the couple's sexual prognosis.

So, faced with that noting, it appears necessary to research if a specific suturing technique can reduce dyspareunia in postpartum, in order to make easier theses "loving reunions".

Therefore, we have tried, with a randomised prospective trial including 66 patients, to research the influence of the suturing methods on these pains.

The results show that the continuous suturing technique is more advantageous concerning dyspareunia, thanks to the intradermal suture rather than the continuous one which is the basis of this technique.

Key words : dyspareunia, suturing technique, episiotomy, postpartum, perineal pain, female sexual disorders, midwives