



AVERTISSEMENT

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

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

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

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

LIENS

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4

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

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

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

Université de Lorraine

École de Sages-Femmes

de

NANCY

« Les déchirures complètes et/ou compliquées » :

*Evaluation des pratiques professionnelles à la maternité du
Hasenrain de type III à Mulhouse*

Mémoire présenté et soutenu par

PONCIONI Julie

Directeur de mémoire : ALLAM NDOUL Edith Tolla

Gynécologue obstétricienne

Année de la soutenance 2017

Université de Lorraine

École de Sages-Femmes

de

NANCY

« Les déchirures complètes et/ou compliquées » :

*Evaluation des pratiques professionnelles à la maternité du
Hasenrain de type III à Mulhouse*

Mémoire présenté et soutenu par

PONCIONI Julie

Directeur de mémoire : ALLAM NDOUL Edith Tolla

Gynécologue obstétricienne

Année de la soutenance 2017

REMERCIEMENTS

Je souhaite remercier toutes les personnes ayant participé à la réalisation de mon étude, et à la rédaction de mon mémoire.

Je remercie également les cadres de la maternité du Hasenrain pour m'avoir aidé à la réalisation de mon étude.

Je remercie particulièrement ma directrice de mémoire, Edith ALLAM NDOUL, gynécologue obstétricienne, pour sa disponibilité et m'avoir soutenue et conseillée durant toute cette étape.

Je remercie mes proches qui m'ont soutenu durant toutes ces années d'étude et particulièrement mon conjoint, Alexandre GENET, qui a fait preuve d'une grande patience et d'une aide précieuse.

Et enfin, je remercie mes collègues de promotion et principalement Cécile, Olivia et Karine pour les beaux souvenirs et les belles expériences que nous avons partagés ensemble durant ces 4 années de formation.

ABREVIATIONS / GLOSSAIRE

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

CNGOF : Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français

SAE : Sphincter anal externe

SAI : Sphincter anal interne

RPC : Recommandations de bonnes pratiques

RCOG : Royal College of Obstetrician and Gynecologist

SOGC : Société des obstétriciens et gynécologues du Canada

LOSA : Lésions obstétricales du sphincter anal

AINS : Anti-inflammatoires non stéroïdiens

ARCF : Anomalie du rythme cardiaque fœtal

TR : Toucher rectal

SOMMAIRE

REMERCIEMENTS.....	4
ABREVIATIONS / GLOSSAIRE.....	5
SOMMAIRE	6
INTRODUCTION	7
MATERIELS ET METHODES.....	11
1. TYPE D'ETUDE.....	11
2. OUTIL DE RECUEIL DES DONNEES.....	12
3. ASPECTS ETHIQUES ET REGLEMENTAIRES	13
RESULTATS	14
1. RECUEIL DE DONNEES	14
2. EVALUATION DES PRATIQUES PROFESSIONNELLES	17
DISCUSSION.....	23
1. FACTEURS DE RISQUES DE DECHIRURES SEVERES.....	23
2. EVALUATION DES PRATIQUES PROFESSIONNELLES	29
3. FORCES ET LIMITES DE L'ETUDE.....	36
CONCLUSION.....	37
BIBLIOGRAPHIE	38
TABLE DES MATIERES	40
ANNEXES.....	41

INTRODUCTION

Rappels anatomiques et généralités

Le périnée correspond à la partie séparant la fourchette vulvaire de l'anus. Il s'agit d'un système musculo-aponévrotique complexe qui se divise en deux parties : en avant le périnée urogénital (traversé par l'urètre et le vagin) et en arrière le périnée anal. Le périnée urogénital est composé de plusieurs parties :

- l'espace superficiel qui encadre l'orifice vulvaire, contient le clitoris, les glandes vestibulaires majeures, les muscles ischio-caverneux, bulbo-spongieux et transverses superficiels. C'est la partie la plus exposée aux déchirures obstétricales. Ensuite la membrane périnéale qui correspond à une épaisse lame fixatrice des corps érectiles est fixée latéralement sur la face interne des branches ischio-pubiennes et adhère au centre tendineux du périnée. Elle forme en avant le ligament transverse du périnée.
- l'espace profond contient le diaphragme urogénital composé du muscle sphincter de l'urètre et du muscle transverse profond.

Classifications

Les déchirures périnéales sont occasionnées notamment lors de la déflexion de la tête fœtale. Elles sont classées par degré ou par dénomination selon deux classifications :

- La classification anglo-saxonne qui classe les déchirures du 1er degré, déchirure la moins grave, au 4ème degré, déchirure la plus importante(1).
- La classification française qui donne la dénomination de déchirure simple ou incomplète (1er degré), déchirure complète (2ème degré) et déchirure complète compliquée (3ème degré)(2).

Les déchirures les plus graves sont celles qui touchent la zone anale. Ces déchirures sont appelées, le plus souvent dans la littérature, « déchirures sévères ». Voir figures 1, 2 et 3 en annexes.

La classification anglo-saxonne, dont l'utilisation a supplanté celle de la classification française, sera utilisée dans ce travail de mémoire. Tableau 1.

Tableau 1. Comparatif des classifications françaises et anglo-saxonnes.

Classification française	Classification anglo-saxonne	Atteinte
Périnée simple	Premier degré	Peau et muqueuse vaginale
	Deuxième degré	Idem 1er degré et muscles périnéaux
Périnée complet non compliqué	Troisième degré(1) : - < 50% du SAE : 3a - > 50% du SAE : 3b - SAE et SAI : 3c	Idem 2ème degré et sphincter anal
Périnée complet compliqué	Quatrième degré	Idem 3ème degré et muqueuse anale

Epidémiologie

Dans ce mémoire, seules les déchirures du 3ème et 4ème degré seront étudiées. Ces déchirures se manifestent pour 4 à 6,6% des accouchements par voie vaginale, selon les données de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS)(3), avec 6% pour les extractions instrumentales et 5,7% pour les accouchements par voie basse spontanée.

En France, d'après les données issues de l'enquête nationale périnatale réalisée par l'INSERM(4) en 2010, une prévalence de 0,8% est retrouvée pour ces déchirures. Cette prévalence, pouvant varier d'un professionnel de santé à l'autre, s'explique par une différence dans les enseignements reçus, dans les terminologies utilisées, dans l'ancienneté du professionnel et dans la prise en charge utilisées en per et post-partum.

Cette différence entre les professionnels entraîne, dans 26 à 86% des cas, une mauvaise identification de la déchirure voire une non-identification de lésions. Ainsi, des ruptures sphinctériennes non identifiées préalablement sont diagnostiquées lors d'une incontinence anale signalée par la patiente dans les semaines suivant l'accouchement.

De nombreux facteurs de risque sont identifiés significativement dans la survenue des déchirures sévères, alors que d'autres sont présumés ou en association entre eux. En effet, les caractéristiques tels que la primiparité, l'extraction instrumentale, les fœtus macrosomes, la

variété de présentation postérieure, les accouchements en « boulet de canon » semblent être des facteurs de risque reconnus dans la survenue des déchirures sévères.

L'épisiotomie est également identifiée comme facteur de risque si celle-ci est médiane. Cependant, les épisiotomies médio-latérales peuvent également devenir un facteur de risque en cas de mauvaise réalisation de celle-ci.

La dystocie des épaules ainsi qu'une origine asiatique sont également identifiées comme facteurs de risque par un travail publié en 2015 par le Royal College of Obstetrician and Gynecologist (RCOG)(1).

Recommandations

La réparation des lésions obstétricales du sphincter anal (LOSA) se fait par deux méthodes :

- la méthode du « bout à bout », dite de rapprochement ou « termino-terminale ».
- la méthode de « paletot » dite de recouvrement.

Ces deux méthodes sont définies par le SOGC(5). La méthode du « bout à bout » correspond, à la mobilisation des extrémités du sphincter anal externe par des ciseaux de « Metzenbaum » aux fins de la dissection puis au rapprochement des extrémités du muscle au moyen de deux à trois points de matelassier. Ces points doivent comprendre la gaine faciale. La méthode de « paletot » correspond à une superposition des extrémités déchirées du sphincter anal externe en croisé. La fin de la suture pour les deux méthodes se fait par reconstruction du centre tendineux du périnée en suturant les muscles périnéaux et en finissant par une suture habituelle pour la muqueuse vaginale et la peau périnéale(4).

Les Recommandations de Pratique Clinique (RPC) du CNGOF(6) publiées en 2015 recommandent la technique de réparation « termino-terminale » pour les déchirures de type 3a et certains types 3b (grade C). Pour les déchirures de type 3b ainsi que la muqueuse anale, les deux méthodes semblent équivalentes (NP2). Dans tous les cas, le CNGOF déconseille l'utilisation de points en X sur le sphincter anal (accord professionnel). Pour finir, un toucher rectal doit être réalisé pour vérifier l'absence de points transfixiants dans la muqueuse anale (accord professionnel).

Concernant la prise en charge d'une lésion sphinctérienne dans le post-partum, les RPC de 2015 du CNGOF(6) recommandent des anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS) oraux en cas de douleurs périnéales (NP2), une antibioprophylaxie per-opératoire par voie

veineuse (grade B), la mise en place de règles hygiéno-diététiques ainsi que l'utilisation de laxatifs si besoin (grade C). La rééducation périnéale ainsi que des examens complémentaires ne sont pas recommandés en systématique (accord professionnel). Le RCOG(1) et le SOGC(5) préconisent eux l'utilisation combinée d'un traitement laxatif, antibiotique et antalgique ainsi qu'un suivi 6 à 12 semaines après l'accouchement avec toucher rectal. En cas d'incontinence anale, une proposition de consultation spécialisée avec physiothérapie du plancher pelvien est suggérée à la patiente.

La morbidité maternelle est importante en cas d'atteinte du sphincter anal : douleurs périnéales, dyspareunies, incontinence anale, fistules recto ou ano-vaginales et troubles psychologiques(7).

Ainsi pour améliorer le devenir et le vécu des patientes à long terme, il est donc fondamental de mettre en place une stratégie de prévention en trois temps :

- Prévention primaire : identification des facteurs favorisant les déchirures sévères.
- Prévention secondaire : établissement d'une fiche d'informations pour la prévention et le diagnostic des déchirures sévères.
- Prévention tertiaire : élaboration d'un protocole de prise en charge des déchirures sévères et de leurs complications dans le post-partum avec proposition d'un atelier pratique.

Cette démarche devrait favoriser l'homogénéisation des pratiques professionnelles dans cette maternité.

L'objectif principal de cette étude est d'évaluer le degré de similitude vis-à-vis de la littérature, des pratiques professionnelles en matière de prévention, de diagnostic, de réparation et de prise en charge des déchirures du 3ème et 4ème degré à la maternité du Hasenrain.

L'objectif secondaire est d'identifier les facteurs prédictifs des déchirures sévères afin d'améliorer et d'homogénéiser les pratiques professionnelles actuelles par rapport aux données de la littérature.

MATERIELS ET METHODES

1. TYPE D'ETUDE

Une étude en deux temps a été réalisée à la maternité du Hasenrain de Mulhouse de type III. La première partie de l'étude consistait en une étude descriptive rétrospective sur la période du 1er Janvier 2013 au 31 Décembre 2015.

La deuxième partie de l'étude correspondait à une évaluation des pratiques professionnelles du personnel travaillant en salle de naissance à la maternité du Hasenrain.

1.1. Population étudiée

Dans la première partie de l'étude, la population étudiée représentait toutes les patientes ayant accouché dans la maternité du Hasenrain entre le 1er Janvier 2013 et le 31 Décembre 2015, par voie basse, d'un nouveau-né singleton à terme et ayant présenté une déchirure du 3ème ou 4ème degré. Les critères d'exclusion de cette étude étaient :

- Naissance par césarienne.
- Survenue d'une déchirure du 1er ou 2ème degré.
- Accouchement multiple.
- Accouchement suite à une mort fœtale in-utéro ou à une interruption thérapeutique de grossesse.
- Terme inférieur à 37 SA.

Dans la deuxième partie de l'étude, la population étudiée représentait les sages-femmes et les gynécologues-obstétriciens travaillant en salle de naissance de la maternité du Hasenrain.

1.2. Méthodologie du recueil de données

Concernant la première partie de l'étude, une autorisation a été demandée aux cadres sages-femmes de santé de l'établissement, afin d'accéder aux livres d'accouchements ainsi qu'aux archives des dossiers obstétricaux.

Concernant la deuxième partie de l'étude, des questionnaires anonymes ont été confiés à la sage-femme cadre de salle de naissance afin d'effectuer une distribution aux différents professionnels en salle de naissance. De plus, des questionnaires ont été transmis à la secrétaire générale des consultations, pour une distribution auprès des gynécologues en consultations. Une collecte de ces questionnaires a été effectuée régulièrement afin d'évaluer la quantité de questionnaires recueillis. Au total, 50 questionnaires ont été distribués et 24 ont été récupérés après 4 mois.

2. OUTIL DE RECUEIL DES DONNEES

Concernant l'étude sur les dossiers, les variables identifiées étaient les caractéristiques maternelles, obstétricales et fœtales grâce à une fiche de recueil établie antérieurement.

Les caractéristiques maternelles étudiées étaient : l'âge, l'IMC, la gestité, la parité ainsi que la présence d'antécédents de déchirures du 3ème ou 4ème degré.

Les caractéristiques obstétricales recueillies étaient : l'âge gestationnel à l'accouchement, la prise de poids durant la grossesse, la présence d'une induction du travail, la présentation fœtale au dégagement, la position d'accouchement, la présence d'une analgésie péridurale, la durée du deuxième stade du travail ainsi que des efforts expulsifs, la présence d'une extraction instrumentale, la réalisation d'une épisiotomie, la réalisation d'une révision utérine, la présence d'une dystocie des épaules et la (les) manœuvre(s) à effectuer ainsi que le professionnel réalisant l'accouchement et la réfection de la déchirure.

La caractéristique fœtale étudiée était le poids.

Cette fiche de recueil anonyme a été établie après analyse de données de la littérature et identification des facteurs de risque de lésions sphinctériennes. Les données qualitatives ont été analysées via des pourcentages et les données quantitatives via des médianes et des écarts-types.

Le questionnaire comprenait 4 parties distinctes, avec des données majoritairement qualitatives et les questions étaient présentées sous forme de questions à choix multiples pour la majorité d'entre-elles.

Une première partie concernait les pratiques des professionnels durant leur carrière, c'est-à-dire leur secteur d'activité, leurs années d'ancienneté, le nombre estimé de déchirures sévères rencontrées et suturées durant leur carrière, ainsi que leur habilité au diagnostic et à la réfection de ces déchirures.

Les deuxième et troisième parties s'intéressaient aux connaissances des professionnels sur les déchirures sphinctériennes, c'est-à-dire leur définition, leur diagnostic, leur réfection ainsi que sur leur prise en charge dans le post-partum immédiat et à court terme.

Une dernière partie interrogeait les professionnels sur leur désir d'informations complémentaires sur les déchirures sphinctériennes.

Les données des dossiers et des questionnaires ont été recueillies à l'aide du logiciel EpiData et ont été traitées à l'aide du logiciel Microsoft office Excel.

3. ASPECTS ETHIQUES ET REGLEMENTAIRES

Concernant le cadre éthique de ce travail, le recueil de données sur les dossiers a été réalisé de manière anonyme à l'aide d'une fiche de recueil ne prenant pas en compte l'identité de la patiente. Les questionnaires sur les pratiques des professionnels de santé étaient également anonymes.

Au préalable à la distribution des questionnaires, des autorisations ont été demandées auprès du Dr ALLAM NDOUL, de la direction de l'hôpital, ainsi que de la sage-femme cadre du pôle FME de la maternité et de la sage-femme cadre de la salle de naissances.

RESULTATS

1. RECUEIL DE DONNEES

La première partie de l'étude décrit les dossiers de patientes ayant eu une déchirure périnéale sévère entre le 1er Janvier 2013 et le 31 Décembre 2015. Au cours de la période d'étude, 52 dossiers ont été relevés grâce aux livres d'accouchements. Après avoir effectué le recueil de ces dossiers, seulement 47 cas ont été intégrés dans l'étude. En effet, pour un dossier, il ne s'agissait pas d'une déchirure du 3ème ou 4ème degré et dans les 4 autres cas, les dossiers n'ont pas été retrouvés. Notre étude porte donc sur 47 déchirures sévères dont 2 déchirures du 4ème degré. Sur cette même période, on a noté 8587 accouchements par les voies naturelles, ce qui donne une prévalence de 0,55% pour les déchirures sévères.

Les résultats détaillés des caractéristiques maternelles sont présentés dans le tableau 1.

Tableau 1. Principales caractéristiques maternelles.

CARACTERISTIQUES MATERNELLES	VALEURS (N = 47)
	Valeur moyenne $\pm$ DS
Age maternel (années)	28 $\pm$ 5,9
IMC (kg/m ²)	23,7 $\pm$ 5
Prise de poids (kg)	11,7 $\pm$ 5,9
	Nombre de cas (%)
IMC supérieur à 30 kg/m ²	4 (8)
Primiparité	26 (55)
Antécédents de déchirures du 3 ^{ème} degré	0 (0)
Antécédents de déchirures du 4 ^{ème} degré	0 (0)

IMC = Indice de Masse Corporel

Les résultats détaillés des caractéristiques obstétricales sont présentés dans le tableau 2.

Tableau 2. Principales caractéristiques obstétricales.

CARACTERISTIQUES OBSTETRIQUES	VALEURS (N = 47)
	Valeur moyenne $\pm$ DS
Age gestationnel à l'accouchement (SA)	40,2 $\pm$ 1
Durée du deuxième stade du travail (minutes)	77,6 $\pm$ 68,9
Durée des efforts expulsifs (minutes)	16,8 $\pm$ 12,2
	Nombre de cas (%)
Age gestationnel supérieur à 41 SA	11 (23)
Induction du travail	7 (15)
Analgesie péridurale	31 (66)
Durée du deuxième stade du travail supérieure ou égale à 120 min	14 (30)
Durée des efforts expulsifs supérieure ou égale à 30 min	7 (15)
Extraction instrumentale	16 (34)
Ventouse	12 (75)
Spatules de Thierry	4 (25)
Forceps	0 (0)
Episiotomie	9 (19)
Variété de présentation antérieure	39 (83)
Variété de présentation postérieure	8 (17)
Dystocie des épaules	2 (4)
Révision utérine	4 (9)
SA = Semaine d'aménorrhée	

Les résultats détaillés des caractéristiques fœtales sont présentés dans le tableau 3.

Tableau 3. Principales caractéristiques fœtales.

CARACTERISTIQUES FOETALES	VALEURS
	N = 47 patientes
	Valeur moyenne $\pm$ DS
Poids de naissance (grammes)	3508 $\pm$ 424,8
	Nombre de cas (%)
Poids de naissance supérieur ou égal à 4000 grammes	6 (13)

Le détail de l'atteinte tissulaire dans les déchirures sévères est présenté dans la figure 1.

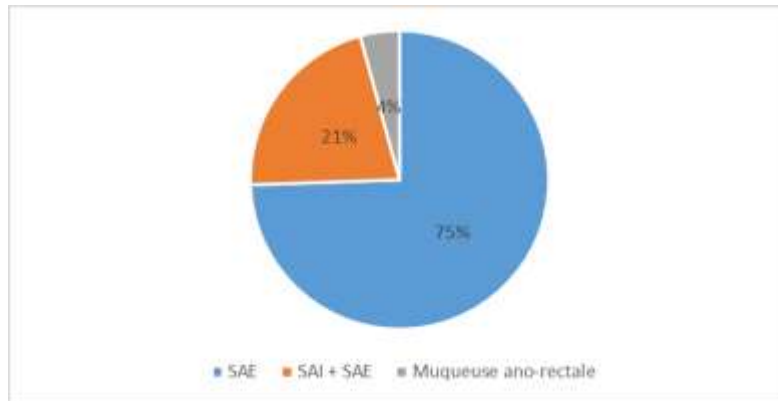


Figure 1. Répartition des différentes atteintes des déchirures sévères.

Le détail de la prise en charge en suites de couches est présenté dans la figure 2. Concernant le détail du traitement antalgique, du paracétamol a été donné dans 83% des cas et des anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS) dans 17% des cas.

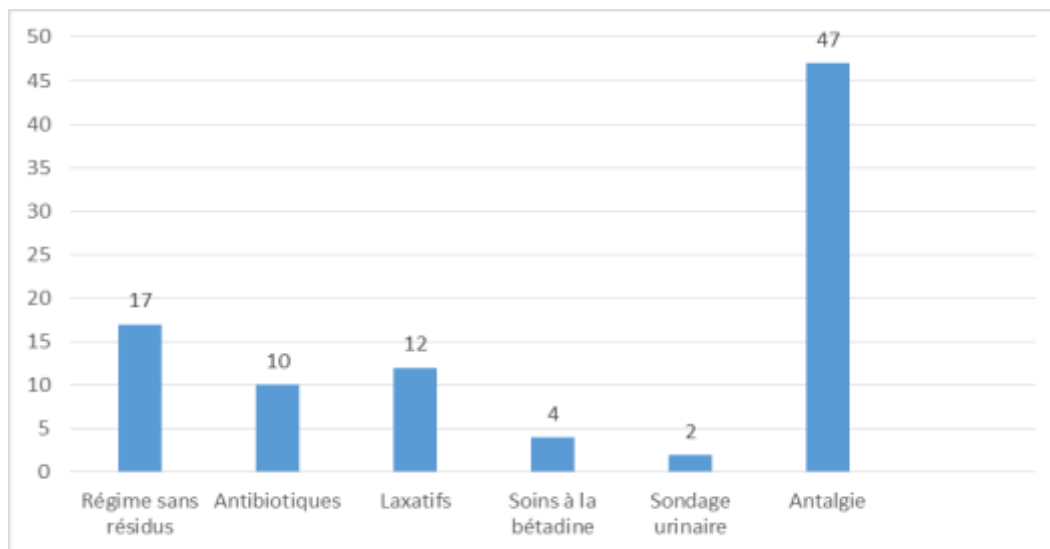


Figure 2. Prise en charge en suites de couches des déchirures sévères (N = 47).

2. EVALUATION DES PRATIQUES PROFESSIONNELLES

Dans la deuxième partie de l'étude, 18 questionnaires sur 20 répondus par des sages-femmes et 6 questionnaires sur 13 répondus par des gynécologues-obstétriciens ont été collectés. On note un taux de réponse au questionnaire de 90% pour les sages-femmes et de 46% pour les gynécologues.

Concernant leurs pratiques, quasiment tous les professionnels réalisent une épisiotomie médio-latérale et seulement un utilise l'épisiotomie médiane. Les techniques de réfection d'épisiotomie utilisées sont pour toutes les sages-femmes les points séparés, 50% les surjets, 22% les points en X et une seule sage-femme utilise la technique un fil un nœud. Pour les gynécologues, 17% utilisent les points séparés, 50% les surjets et 50% la technique un fil un nœud. Les points en X ne sont pas utilisés par les gynécologues. Concernant la technique de réfection de déchirure sphinctérienne, 50% des gynécologues utilisent les points séparés, 17% le point en U et 33% les deux techniques. 73% des sages-femmes et tous les gynécologues effectueraient un toucher rectal avant et après la réfection de déchirures sphinctériennes.

Les réponses des différents professionnels au questionnaire concernant leur cursus sont détaillées dans le tableau 4 ci-dessous.

Tableau 4. Principales réponses données dans la partie « Coursus » du questionnaire

	Sage-femme N = 18 Effectif (%)	Gynécologues N = 6 Effectif (%)
Secteur d'activité		
Salle de naissance	18 (100)	5 (83)
Secteur mère-enfant	11 (61)	0 (0)
Grossesses pathologiques	10 (55)	1 (17)
Consultations prénatales	2 (11)	3 (50)
Ancienneté		
Moins de 5 ans	7 (39)	0 (0)
Entre 5 et 10 ans	5 (28)	1 (17)
Entre 10 et 15 ans	1 (5)	2 (33)
Plus de 15 ans	5 (28)	3 (50)
Réfection de déchirures sphinctériennes		
En ont observé moins de 5	12 (67)	1 (17)
En ont observé entre 5 et 10	2 (11)	1 (17)
En ont observé plus de 10	4 (22)	4 (67)
En ont réalisé moins de 5	18 (100)	1 (17)
En ont réalisé plus de 10	0 (0)	5 (83)
Réalisent un TR uniquement avant la réfection	1 (5)	0 (0)
Réalisent un TR uniquement après la réfection	1 (5)	0 (0)
Réalisent un TR avant et après la réfection	13 (73)	6 (100)
Épisiotomies		
En ont réalisé moins de 5	3 (17)	0 (0)
En ont réalisé entre 5 et 10	6 (33)	0 (0)
En ont réalisé plus de 10	9 (50)	5 (83)
Réalisent une épisiotomie médio-latérale	18 (100)	6 (100)
Réalisent une épisiotomie médiane	0 (0)	1 (17)
Réfection d'épisiotomies		
En ont observé moins de 5	2 (11)	0 (0)
En ont observé entre 5 et 10	2 (11)	0 (0)
En ont observé plus de 10	14 (78)	6 (100)
En ont réalisé moins de 5	3 (17)	0 (0)
En ont réalisé entre 5 et 10	5 (28)	0 (0)
En ont réalisé plus de 10	10 (55)	6 (100)

D'après les questionnaires, 44% des sages-femmes et 67% des gynécologues estiment que leurs connaissances sur l'anatomie du périnée sont suffisantes et toutes les sages-femmes ainsi que 83% des gynécologues ont bénéficié des cours sur l'anatomie dans leur cursus. Concernant les connaissances des professionnels sur la classification des déchirures sphinctériennes, 83% des sages-femmes et tous les gynécologues estiment savoir identifier correctement les différents degrés de déchirures. On note un pourcentage d'erreur de 33% pour les sages-femmes et de 17% pour les gynécologues dans l'identification des déchirures sphinctériennes, l'erreur portant intégralement sur la définition de la déchirure complète. Dans ce pourcentage d'erreur, pour une déchirure complète, 22% des sages-femmes la définissait comme étant une atteinte de la peau périnéale, du vagin, des muscles périnéaux et de la muqueuse ano-rectale, 11% des sages-femmes la confondait avec une déchirure du 2^{ème} degré et 17% des gynécologues la définissait comme étant une atteinte du vagin, des muscles périnéaux et du sphincter anal en oubliant de mentionner la peau périnéale.

Environ 80% des sages-femmes et la totalité des gynécologues affirment connaître les facteurs de risques des déchirures sphinctériennes. Les différents facteurs de risque énumérés par les professionnels sont détaillés dans le tableau 5. 72% des sages-femmes et 67% des gynécologues estiment correctement le pourcentage de survenue des déchirures sphinctériennes.

Concernant l'épisiotomie médio-latérale, aucune sage-femme et seulement un gynécologue a donné la définition complète et seulement 2 sages-femmes et aucun gynécologue ont souligné que l'épisiotomie n'était pas systématique. Les autres sages-femmes et tous les gynécologues ont donné des indications systématiques de réalisation de l'épisiotomie.

Les modalités d'apprentissage de réfection d'épisiotomie et de déchirures sphinctériennes ont été évaluées dans ce questionnaire et présentées dans la figure 3.

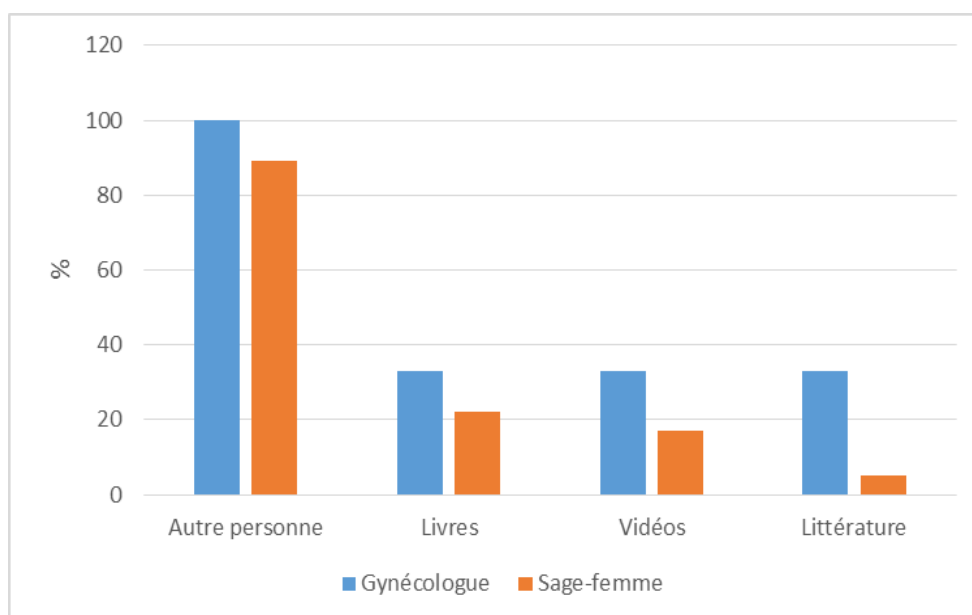


Figure 3. Modalités d'apprentissage de réfection d'épisiotomie et de déchirures sévères.

Concernant les connaissances des conséquences d'une déchirure sphinctérienne dans le post-partum, 89% des sages-femmes et tous les gynécologues affirment les connaître.

Les différents symptômes énumérés par les professionnels ainsi que la prise en charge de déchirures sévères en post-partum sont détaillés dans le tableau 5.

Une nécessité d'informations complémentaires sur la prévention, le diagnostic, la réparation et la prise en charge des déchirures sphinctériennes a été formulée par 94% des sages-femmes et 67% des gynécologues. Plus de la moitié des sages-femmes et 17% des gynécologues aimerait cette information sous la forme d'une fiche récapitulative, 33% des sages-femmes et 17% des gynécologues sous la forme d'une formation et 50% des sages-femmes et 17% des gynécologues sous la forme d'un atelier pratique.

Tableau 5. Principaux items abordés au cours de l'évaluation des connaissances sur les déchirures sphinctériennes

Items évalués	Sage-femme N = 18 Effectif (%)	Gynécologues N = 6 Effectif (%)
Classification des déchirures sphinctériennes		
Réponses correctes pour le 3 ^{ème} degré	12 (67)	5 (83)
Réponses correctes pour le 4 ^{ème} degré	18 (100)	5 (83)
Facteurs de risque des déchirures sphinctériennes		
Macrosomie	11 (61)	3 (50)
Présentation postérieure	2 (11)	1 (17)
Dystocie des épaules	4 (22)	0 (0)
Épisiotomie	1 (5)	0 (0)
Extraction instrumentale	5 (28)	3 (50)
Accouchement rapide sans contrôle du périnée	3 (17)	2 (33)
Primiparité	0 (0)	1 (17)
Origine asiatique	0 (0)	0 (0)
Distance ano-vulvaire courte	6 (33)	2 (33)
Antécédents de déchirures sphinctériennes	4 (22)	1 (17)
Manœuvres	3 (17)	0 (0)
Peau très claire	2 (11)	1 (17)
Infection maternelle	1 (5)	0 (0)
Absence de facteurs de risque	1 (5)	0 (0)
Prévalence des déchirures sphinctériennes		
Inférieure à 5%	13 (72)	4 (67)
Inférieure à 10%	5 (28)	2 (33)
Inférieure à 15%	0 (0)	0 (0)
Supérieure à 15%	0 (0)	0 (0)
Épisiotomies		
Définition de l'épisiotomie médio-latérale	0 (0)	1 (17)
Définition de l'épisiotomie médiane	0 (0)	0 (0)
Aucune réelle indication	2 (11)	1 (17)
Prise en charge en suites de couches		
Conseils hygiéno-diététiques	18 (100)	6 (100)
Laxatif	6 (33)	1 (17)

Antibiotique	9 (50)	2 (33)
Antalgique	17 (94)	4 (67)
Consultation post-natale de suivi	11 (61)	6 (100)
Rééducation périnéale et anale	18 (100)	6 (100)
Diriger la patiente vers un autre professionnel de santé	1 (5)	0 (0)
Symptômes de l'incontinence anale		
Besoins impérieux		
Incontinence aux gaz	1 (7)	0 (0)
Incontinence aux selles liquides	1 (7)	0 (0)
Incontinence aux selles solides	1 (7)	0 (0)
Incontinence anale	16 (89)	6 (100)
Incontinence urinaire	8 (44)	3 (50)
Dyspareunie	15 (83)	6 (100)

DISCUSSION

1. FACTEURS DE RISQUES DE DECHIRURES SEVERES

D'après les résultats de l'enquête nationale publiée en 2010, le taux de déchirures sévères secondaires à un accouchement par les voies naturelles est de 0,8%(4). Dans notre étude, le taux retrouvé est de 0,55%. Ce taux est comparable au taux annoncé par l'enquête nationale. De nombreuses études ont été réalisées dans la littérature pour déterminer les facteurs de risque de lésions sphinctériennes. Ces facteurs de risque sont variables d'une étude à l'autre et certaines peuvent même être discordantes entre-elles.

Après analyse des résultats, les caractéristiques suivantes sont ressorties comme facteurs pouvant influencer la survenue de déchirures sévères au cours de l'accouchement : la primiparité, l'obésité, l'induction du travail, l'analgésie péridurale, une durée du deuxième stade du travail supérieure ou égale à 120 min, une durée des efforts expulsifs supérieure ou égale à 30 min, l'extraction instrumentale, l'épisiotomie, la variété de présentation postérieure, la dystocie des épaules et la macrosomie. Ceci nous a donc permis de déterminer si ces caractéristiques sont réellement des facteurs de risque de déchirures sévères ou si elles sont présentes indépendamment de ce risque. De plus, une analyse a été faite pour déterminer si ces caractéristiques ont un rôle individuel ou associé dans la survenue de déchirures sévères.

Concernant la prise en charge des périnées complets, une étude a été réalisée par Villot et Al(7) en 2015. Cette étude s'est appuyée sur la littérature PubMed, Medline, Embase et Cochrane pour identifier les caractéristiques de périnées complets. Cette revue s'est basée sur trois principales études prospectives réalisées en 2014, 2006 et 1999 :

- une étude comparative prospective incluant 396 primipares ayant présentées une déchirure du 3ème ou 4ème degré a été éditée par Burell et Al en 2014. L'accouchement en OS (OR = 13,7, $p < 0,001$), la position d'accouchement (OR = 2,04, $p < 0,038$) ainsi que l'accouchement rapide sans contrôle du périnée (OR = 9,87, $p < 0,001$) en analyse univariée

et l'extraction instrumentale (OR = 1,88, $p < 0,001$) en analyse multivariée ont été mis en évidence comme facteurs de risque de survenue de périnées complets.

- une étude prospective observationnelle réalisée sur 241 femmes dont 59 avec des lésions sphinctériennes a été publiée par Andrews et Al en 2006. Une différence en fonction de l'expérience de l'examineur a été faite : l'épisiotomie médio-latérale (OR : 4,042 [7,71-9,56] $p = 0,001$) apparaissait comme facteur de risque de survenue de lésions sphinctériennes si l'examineur était entraîné. En cas d'examineur lambda, l'accouchement instrumental par forceps (OR : 6,201 [1,23-19,45] $p = 0,027$) était mis en évidence.

- une étude prospective observationnelle faite sur 845 patientes dont 54 avec périnée complet a été réalisée par Zetterstrom et Al en 1999. Il a conclu, en analyse multivariée, que la nulliparité (OR : 9,8 [3,6-26,2]), l'âge gestationnel supérieur à 42 semaines d'aménorrhées (SA) (OR : 2,5 [1-6,2]), la pression du fond utérin lors de la poussée (OR : 4,6 [2,3-7,9]), l'épisiotomie médiale (OR : 5,5 [1,4-18,7]) et le poids de naissance (par tranche de 250 g) (OR : 1,3 [1,1-1,3]) sont des éléments favorisant la survenue de déchirures sphinctériennes.

1.1. La primiparité

Dans l'étude cas-témoin réalisée en 2007 par Barbier et Al(8) sur 130 patientes primipares, dont 63 cas présentant une déchirure du sphincter anal et 67 témoins avec périnée intact, le but était de déterminer si la primiparité était le seul facteur de risque de lésions du sphincter anal pendant l'accouchement. L'étude a conclu sur le fait que la primiparité n'est pas un facteur isolé mais associé à d'autres facteurs de risque : l'extraction instrumentale (44 VS 1%, $p < 0,001$), la variété de présentation postérieure (32 VS 4%, $p < 0,001$) et l'épisiotomie médiolatérale quand elle est associée à une extraction instrumentale (43 VS 1%, $p < 0,0001$). Ces facteurs de risques sont souvent en association en cas de lésions du sphincter anal. Dans notre étude, la primiparité est retrouvée pour 55% des patientes. Après une analyse multivariée, on retrouve que pour un accouchement sur 4, les facteurs de risque tel que l'extraction par ventouse, l'épisiotomie, la primiparité et la présentation postérieure sont associés. De plus, pour un accouchement sur 3, on retrouve une association entre une extraction par ventouse, une présentation postérieure et la primiparité. Ces résultats sont en accord avec les résultats de l'étude cas-témoin de Barbier et Al et permettent d'affirmer dans notre étude que la primiparité n'est pas un facteur unique de lésions sphinctériennes mais fait partie d'une association de facteurs.

1.2. L'épisiotomie

Dans les études citées ci-dessus, l'épisiotomie est identifiée comme facteur de risque de lésions sphinctériennes. Dans notre étude, on retrouve sa pratique dans 19% des accouchements. Si l'on s'intéresse aux professionnels la réalisant, il s'agit d'une sage-femme dans 45% des cas et d'un gynécologue dans 55% des cas. Le taux plus important d'épisiotomies réalisées par les gynécologues s'explique par une utilisation combinée avec l'extraction instrumentale. Cette pratique recommandée par le CNGOF(2) en 2004 en cas d'extraction instrumentale se voulait être protectrice pour le périnée. Cependant, la réalisation systématique d'une épisiotomie lors d'une extraction instrumentale ne se justifie plus d'après les nouvelles RPC du CNGOF(9) de 2005 (grade B) et ne prévient pas la survenue de déchirures sévères (grade A). Le CNGOF montre que le taux de lésions sévères est augmenté quand l'extraction instrumentale est combinée à une épisiotomie (grade B), mais aucun lien n'a encore été réellement établi entre la survenue de déchirure sévère et l'épisiotomie (grade B). Toutefois, il est constaté que l'épisiotomie médiane provoque plus de lésions sphinctériennes que l'épisiotomie médio-latérale (grade B), de ce fait l'épisiotomie médiane n'est plus recommandée (grade A).

En effet, une étude réalisée par le SOGC(5) montre une diminution des LOSA avec l'épisiotomie médio-latérale par rapport à l'épisiotomie médiane (0,5 à 7% VS 17 à 19%). Concernant l'épisiotomie médio-latérale, une diminution des LOSA est également montrée quand l'angle de réalisation est de 60° par rapport à un angle de 40° (2,4% VS 5,5%) (II-2B). Enfin, une épisiotomie est réalisée chez une primipare dans plus de 30% des accouchements de notre étude. Là aussi, la primiparité était une indication systématique de l'épisiotomie d'après les recommandations de 2004(2), mais elle n'en constitue plus une depuis 2005. Ces RPC indiquent qu'il n'existe aucune réelle indication de la pratique systématique de l'épisiotomie et instaure une pratique restrictive de celle-ci. Elle a été instaurée afin de réduire les lésions périnéales engendrées par l'épisiotomie. La réalisation de l'épisiotomie doit donc être faite sur la base de l'expertise clinique de la personne réalisant l'accouchement. Ainsi, de par le manque de données sur le lien entre épisiotomie et survenue de déchirure sévère dans la littérature, nous ne pouvons attribuer à l'épisiotomie un rôle individuel dans la survenue de déchirures sévères, mais nous pouvons penser qu'elle a une incidence dans leur survenue.

1.3. La présentation en occipito-sacrée

Salameh et Al(10) ont montré dans une étude rétrospective de cohorte que la présentation en occipito-sacrée n'était pas un facteur de risque individuel de lésion sphinctérienne mais un facteur surajouté, notamment en cas d'extraction instrumentale. Dans notre étude, il existait une variété de présentation postérieure dans 17% des cas et dans plus de 85% des cas, une extraction instrumentale était associée. Cette observation permet de penser que la présentation postérieure n'est pas un réel facteur de risque individuel, ce qui est en accord avec les observations finales de Salameh et Al. Dans leur conclusion, ils proposent une rotation manuelle de la tête lors du deuxième stade du travail pour réduire le risque de lésion sphinctérienne. Ceci permettrait donc de diminuer les lésions liées, tout d'abord à la variété de présentation postérieure, mais également de prévenir l'utilisation d'une extraction instrumentale en cas d'efforts expulsifs insuffisants ou l'utilisation d'une épisiotomie réalisée par le professionnel pensant diminuer le risque de lésion sphinctérienne.

1.4. La macrosomie

Batallan et Al(11) ont publié en 2002 une étude cas-témoin sur la macrosomie fœtale. Son étude a été réalisée dans les 15 maternités d'Ile de France et portait sur 384 nouveau-nés macrosomes et 383 nouveau-nés témoins. Il retrouvait six fois plus de périnée complet chez les mères des fœtus macrosomes par rapport aux mères de fœtus eutrophes (0,3 VS 1,7% ; $p = 0,05$). Ce taux aurait pu s'expliquer par un recours à l'extraction instrumentale plus facilement. Cependant, Batallan retrouve un taux d'extraction instrumentale égal dans les deux groupes. Toutefois, un recours plus important aux manœuvres obstétricales en cas de dystocie des épaules est observé dans le groupe macrosomes, ce qui pourrait également placer les manœuvres obstétricales dans un facteur de risque de lésion sphinctérienne. Dans notre étude, 13% des nouveau-nés étaient macrosomes : aucun recours à l'extraction instrumentale et seulement un recours à des manœuvres pour réduire une dystocie des épaules a été observé. Nos résultats semblent comparables à ceux de l'étude de Batallan et Al. Ainsi, on peut définir dans notre étude que la macrosomie est un facteur en association dans la survenue de déchirures sévères.

1.5. L'extraction instrumentale

L'extraction instrumentale est une caractéristique identifiée comme facteur de risque dans de nombreuses études dans la littérature.

Selon les recommandations de 2008 du CNGOF(12), l'extraction instrumentale serait liée à une augmentation significative du risque de déchirures sévères (grade B), ce risque augmentant en cas d'usage séquentiel de 2 instruments (grade C). Dans notre étude, elle est également une caractéristique identifiée comme pouvant être un facteur de risque par sa présence pour 34% des accouchements. Cependant, seules la ventouse et les spatules de Thierry sont identifiées pour respectivement 75% et 25% des accouchements par extraction de notre étude, aucune extraction par forceps n'a été réalisée. Le CNGOF a établi que l'utilisation de la ventouse par rapport au forceps était moins délétère pour le périnée (grade B). Au vu du pourcentage de ventouse et de forceps réalisé, cette recommandation a été appliquée afin de diminuer les lésions sphinctériennes.

Publiée en 2011 par Vintejou et Al(13), une étude rétrospective descriptive et monocentrique a démontré qu'aucun facteur analysé est statistiquement associé à des lésions périnéales sévères en cas d'extraction par spatules. Parmi les 572 extractions réalisées sur une période de 24 mois, 35 lésions de type 3 et 5 lésions de types 4 ont été rapportées. La primiparité (7,8% ; $p = 0,52$, IC95% 4,9-9,8) ainsi que la présentation postérieure (12,2% ; $p = 0,09$, IC95% 4,2-20) sont cependant identifiées comme étant des facteurs favorisant la survenue de lésions sévères. Notre étude rapporte une utilisation des spatules dans 25% des cas d'extraction instrumentale. L'association de l'utilisation des spatules avec un autre facteur de risque n'a été retrouvé qu'une seule fois dans notre étude, ce qui est concordant avec les conclusions de Vintejou et Al. L'extraction instrumentale est souvent associée à d'autres facteurs pouvant induire une déchirure sévère. Ceci suggère que certains facteurs sont des facteurs surajoutés alors que d'autres sont des facteurs individuels. Dans notre étude, pour 50% des extractions par ventouse réalisées, aucun autre facteur de risque identifié ci-dessus n'est présent. Ceci suggère le rôle individuel de l'extraction instrumentale dans la survenue de lésions sphinctériennes.

1.6. Le terme dépassé

Villot et Al(7) retrouve, dans la revue de la littérature qu'il a effectué, que le terme dépassé, c'est-à-dire un âge gestationnel supérieur à 42 SA, est également un facteur de risque de déchirures sévères. Les recommandations du CNGOF(14) la grossesse prolongée de 2011 évoquent le fait que le prolongement de la grossesse s'accompagne d'une augmentation modérée du risque de lésions sphinctériennes (grade C). Ceci peut être en lien avec une augmentation du nombre d'extractions instrumentales dans cette période, suite à une ARCF ou un défaut de progression du mobile fœtal.

Nous constatons dans notre étude que les déchirures sévères surviennent, dans plus de 20% des cas, en cas de grossesse prolongée et pour seulement une patiente, en cas de terme dépassé. Dans 35% des cas d'âge gestationnel supérieur à 41 SA, une extraction instrumentale est associée. Ainsi, d'après les résultats de notre étude, on ne peut pas affirmer que la grossesse prolongée est un facteur de risque individuel de déchirures sévères, mais plutôt un facteur surajouté à d'autres caractéristiques.

1.7. Le second stade du travail prolongé

D'après une revue de la littérature réalisée en 2008 par C. Le Ray et Al(15), un second stade du travail prolongé serait responsable d'une augmentation des déchirures périnéales en multipliant par 1,5 à 4 fois le risque de déchirures sévères. Cependant, il affirme qu'aucun lien direct entre la durée du second stade du travail et les déchirures sévères n'a été démontré par l'absence de conclusion allant dans ce sens dans les études réalisées. Dans notre étude, une durée de la phase passive supérieure à 120 minutes est retrouvée dans 30% des accouchements et une durée supérieure à 30 min pour les efforts expulsifs dans 15% des cas. Ces résultats amèneraient à conclure sur le fait qu'une durée prolongée de second stade du travail serait responsable d'un risque augmenté de déchirures sévères, cependant nous avons constaté que, dans 50% des cas où la phase active est prolongée et 70% des cas où les efforts expulsifs sont supérieurs à 30 min, une extraction instrumentale est associée. Ainsi, comme l'a affirmé Le Ray dans son étude, de nombreux autres facteurs rentrent en compte dans ces résultats, ne permettant pas de conclure sur le rôle que joue la durée du second stade du travail dans la survenue des déchirures sévères.

1.8. La dystocie des épaules

En 2015, le CNGOF(16) a établi des RPC concernant la dystocie des épaules. Celles-ci affirment que le risque de lésions périnéales sévères est augmenté après une dystocie des épaules suites aux manœuvres pratiquées. Elles consistent à introduire une main dans la filière génitale afin de dégager les épaules du fœtus (NP3), ce qui fragilise le périnée et entraîne une augmentation du risque de déchirures sévères. Par conséquent, suite à ces informations, nous pouvons nous demander si l'on retrouve la dystocie des épaules comme facteur de risque de LOSA dans notre étude. Après analyse, seulement 4% des accouchements ont été incidentés par une dystocie des épaules avec manœuvre de Jacquemier. Ce pourcentage faible ne nous permet donc pas d'identifier la dystocie des épaules comme facteur de risque individuel de déchirures sévères pour cette population.

2. EVALUATION DES PRATIQUES PROFESSIONNELLES

2.1. Connaissances et diagnostic des lésions

A la question concernant leur connaissance sur l'anatomie du périnée, moins de la moitié des sages-femmes et les deux tiers des gynécologues estiment que leurs connaissances sont suffisantes. La totalité des sages-femmes et la majorité des gynécologues ont bénéficié de cours sur l'anatomie du périnée.

Concernant le diagnostic des lésions périnéales, une différence est très souvent observée en fonction de la formation et du parcours professionnel du soignant. Ceci a pour effet une mauvaise identification des lésions dans 26 à 86% des cas. Suite à cela, des conséquences fonctionnelles peuvent survenir en post-partum et notamment la présence d'une incontinence anale. Le questionnaire a interrogé les professionnels sur leur connaissance des lésions périnéales ainsi que sur leur facilité à les reconnaître. Les professionnels ont répondu, pour 83% des sages-femmes et 100% des gynécologues, savoir identifier correctement les différents degrés de déchirures. Cependant, lors de la question sur l'identification des déchirures du 3ème degré, 33% des sages-femmes et 17% des gynécologues n'ont pas décrit correctement les différentes zones anatomiques touchées. Pour 22% des sages-femmes, l'erreur était principalement due à une confusion entre une déchirure du 3ème et du 4ème degré. Pour les 11% d'erreur restante, une confusion était réalisée avec une déchirure du 2ème degré, entraînant donc une sous-identification de la lésion. Concernant les gynécologues, la zone anatomique correspondant à la peau périnéale n'était pas décrite dans 17% des cas, mais le sphincter anal était bien mentionné dans le détail de la lésion.

Concernant leurs connaissances sur les facteurs de risques des LOSA, 80% des sages-femmes et la totalité des gynécologues affirment les connaître. En fonction des facteurs de risques identifiés dans la première partie de l'étude, la macrosomie et l'extraction instrumentale ont réellement été citées par seulement la moitié des professionnels. Cette méconnaissance des facteurs de risques pourrait être responsable de la survenue de déchirures sphinctériennes par un défaut d'identification d'un potentiel risque de rupture sphinctérienne au moment de l'accouchement.

Une prévalence de LOSA de 0,8% est retrouvée en France suite à l'identification de ces lésions(4). Concernant la prévalence de survenue, les deux tiers des professionnels ont répondu correctement à cette question, c'est-à-dire une prévalence inférieure à 5%. Ce pourcentage de bonne réponse montre une certaine connaissance du nombre de LOSA qui surviennent en France.

L'absence de réalisation de toucher rectal peut également engendrer un défaut de prise en charge. Le toucher rectal après la réfection permet de s'assurer de l'absence de points transfixiants dans la muqueuse, d'après les recommandations du CNGOF(6) de 2015. Dans ce cas, la majorité des sages-femmes et la totalité des gynécologues réaliseraient un toucher rectal avant et après la réfection.

La modalité d'apprentissage de réfection d'épisiotomie et de déchirures sphinctériennes est principalement l'apprentissage en collaboration avec d'autres personnes. En effet, le meilleur apprentissage possible se situe sur le terrain, c'est pour cela qu'il est important de favoriser la visualisation et la pratique des réfections par les différents professionnels.

Concernant les connaissances des professionnels sur les conséquences d'une déchirure sévère, l'incontinence anale et les dyspareunies sont citées par la majorité des professionnels. Une bonne connaissance des conséquences d'une LOSA entraîne une meilleure prise en charge des patientes en post-partum.

Nous pouvons donc nous demander si ces réponses sur leurs connaissances sont dues à l'ancienneté des professionnels. Cependant, pour les personnes ayant répondu que leurs connaissances étaient insuffisantes, on observe une hétérogénéité de l'ancienneté, laissant penser qu'une formation continue sur le périnée (anatomie, lésions) ainsi que sur la prise en charge de celui-ci en cas de dommages pourrait être bénéfique, et ce, indépendamment de l'ancienneté.

2.2. L'épisiotomie

L'épisiotomie étant un facteur de risque reconnu dans la survenue de LOSA dans la littérature, il est important que les professionnels qui l'effectuent maîtrisent son mode de réalisation ainsi que sa réfection. Dans nos questionnaires, nous constatons que la plupart des professionnels réalisent une épisiotomie médio-latérale et non médiane, ce qui est en accord avec les recommandations du CNGOF(9).

Cependant, quand on les interroge sur la technique de réalisation d'une épisiotomie, aucune définition complète n'a été relevée dans les questionnaires.

D'après les recommandations du CNGOF(9), il n'existe, à l'heure actuelle, aucune indication pour la réalisation de l'épisiotomie ; il n'est donc pas recommandé d'en réaliser une durant l'expulsion. Dans les questionnaires, seulement moins de 20% des professionnels ont indiqué l'absence réelle d'indication de l'épisiotomie. Les indications les plus souvent retrouvées étaient la souffrance fœtale avérée, les périnées à risque, le blocage de la tête fœtale ou encore les antécédents de lésions périnéales du 3ème ou 4ème degré. Ces indications correspondaient aux indications données dans les RPC de 2004 et ne sont, à l'heure actuelle, plus à jour. Une mise à jour des connaissances des professionnels sur les recommandations pourrait être bénéfique et entraîner une diminution de l'utilisation de l'épisiotomie.

Seulement la moitié des sages-femmes et la majorité des gynécologues ont réalisé plus de 10 épisiotomies durant leur carrière. De même, nous constatons qu'environ 80% des sages-femmes et la totalité des gynécologues ont observés plus de 10 réfections d'épisiotomie et seulement la moitié des sages-femmes et la totalité des gynécologues en ont réalisé plus de 10. Un manque d'expérience de réalisation de l'épisiotomie pourrait expliquer une mauvaise réalisation de celle-ci et donc une évolution en périnée complet durant l'expulsion. De plus, une mauvaise réfection de l'épisiotomie pourrait avoir des conséquences fonctionnelles graves dans le postpartum pour les femmes. Il est donc important que les professionnels approfondissent leurs connaissances sur les modes de réalisation de l'épisiotomie si elle est indispensable pour ainsi diminuer le taux d'épisiotomie et la prévalence de déchirures sévères. Une pratique plus importante de réfection des épisiotomies par les étudiants en formation serait un point d'amélioration pour le devenir des femmes en post-partum.

2.3. Réparation des lésions

Les modalités de réparation des lésions sphinctériennes peuvent varier d'un professionnel à un autre et entraîner donc, à lésions identiques, des conséquences en post-partum différentes. Il est important que le professionnel réalisant la réfection de la déchirure ait reçu une formation adéquate. Il doit, de plus, être à l'aise et maîtriser la technique qu'il utilise. Le SOGC(5) affirme que la réparation peut être différée de 8 à 12h sans conséquences fonctionnelles, dans le cas où aucun professionnel n'est disponible au moment venu pour réaliser la suture ou si le professionnel présent ne se sent pas assez qualifié. En effet, une anomalie persistante du SAE pourrait augmenter le risque d'apparition en post-partum, d'où

l'importance d'une réparation complète et efficace. Pour ce qui est de l'évaluation du parcours professionnel des soignants concernant la réfection de déchirures sphinctériennes, la majorité des gynécologues en a observé et réalisé plus de 10.

Des techniques différentes peuvent être utilisées. Dans notre étude, nous constatons que 50% des gynécologues utilisent les points séparés, c'est-à-dire la méthode du « bout-à-bout », 17% le point en U, c'est-à-dire la méthode du « paletot » et 33% les deux techniques. Cette prédominance de la méthode du "bout à bout" peut s'expliquer par la popularité de cette technique depuis de nombreuses années. Fernando et al(17) a réalisé en 2013 une méta-analyse sur 588 femmes qui consistait à comparer, à 12 mois du post-partum, les conséquences fonctionnelles en fonction de la méthode de réparation utilisée. Il a conclu qu'aucune différence significative n'était observée en matière de douleurs périnéales, de dyspareunies ainsi que d'incontinence aux gaz. Farrel et al(17), dans son essai contrôlé randomisé sur 174 primipares en 2012, a montré une augmentation de l'incontinence au gaz et fécale chez les femmes ayant eu une réparation par la méthode « paletot » (31% vs 56% $p = 0,012$ et 7% vs 16% $p = 0,17$).

Ainsi, de par l'hétérogénéité des études et des résultats disponibles dans la littérature, il n'est pas possible, à l'heure actuelle, d'établir des recommandations qui encourageraient l'utilisation d'une méthode de réparation plutôt qu'une autre. Le choix de chaque technique revient donc au professionnel en fonction de la zone anatomique touchée et de son expérience.

2.4. Prise en charge en post-partum

Une prise en charge dans le post-partum par des AINS oraux, des laxatifs et l'utilisation de règles hygiéno-diététiques est décrite dans les RPC du CNGOF(6) en 2015 alors que le RCOG(1) et le SOGC(5) préconisent un traitement laxatif et antalgique associé à une antibioprophylaxie.

Dans notre étude, toutes les patientes ont reçu un traitement antalgique mais seulement 17% des patientes ont reçu des AINS pour palier à la douleur. Uniquement un traitement par paracétamol a été instauré pour 83% des patientes. D'après le CNGOF et le RCOG, une utilisation des AINS oraux en cas de douleurs périnéales est préconisée (NP2 ; I-A). Une revue systématique Cochrane publiée en 2003(18) a montré une diminution de la douleur dans les 24 heures qui suivent l'accouchement après administration d'une analgésie rectale. Celle-ci permettait de diminuer le recours à une analgésie des 48 premières heures du post-partum.

La pratique retrouvée dans notre étude n'est donc pas en accord avec les données de la littérature mais on peut se demander quelle est la raison de ce faible recours aux AINS malgré leur indication par le CNGOF et le RCOG. Ceci peut s'expliquer par l'intolérance digestive que les patientes peuvent avoir suite à l'ingestion d'AINS, soit en dehors des repas, soit même pendant les repas en cas d'intolérance plus importante. De plus, un traitement unique par paracétamol a pu être suffisant pour ces patientes pour pallier aux douleurs périnéales.

Les RPC du CNGOF(6) sur la prise en charge en post-partum de périnée complet ainsi que les recommandations du SOGC(5) prônent l'utilisation d'une antibioprophylaxie par céphalosporine de 2ème génération en intra-veineuse en per-opératoire (grade B ; I-A). Cependant, aucune étude n'a été réalisée sur le bénéfice à long terme de l'utilisation d'antibiotiques (accord professionnel). Seul un essai randomisé montre l'intérêt de l'antibioprophylaxie à court terme mais ne prouve pas de différence significative sur du long terme. Dans les dossiers recueillis, aucune donnée n'a été relevée sur une antibioprophylaxie en per-partum, mais une antibioprophylaxie durant le post-partum à court terme a été mise en place pour seulement un tiers des patientes. Ceci s'explique certainement par un manque de traçabilité dans les dossiers des actes réalisés en per-partum ou alors d'une non réalisation de ces actes. N'ayant aucunes réelles données sur l'efficacité d'une antibioprophylaxie dans le post-partum, nous pouvons nous interroger sur la nécessité de la prescription de celle-ci. Toutefois, l'utilisation d'antibiotiques lors de la réparation des LOSA serait fortement recommandée.

Dans les dossiers relevés, un traitement par laxatif a été instauré dans 26% des cas et un régime sans résidus dans 36% des cas. Le CNGOF(6) recommande un traitement laxatif pour prévenir la constipation chez ces patientes, en évitant les opiacés (grade C). Mais nous constatons que l'instauration d'un régime sans résidus n'est pas recommandée suite à l'absence de preuve clinique. Le SOGC(5) recommande également l'utilisation de laxatifs, en évitant les agents osmotiques ou constipant (I-A). Pour compléter ces données, nous pouvons citer Mahony et Al(19) qui ont montré l'intérêt de l'utilisation d'un laxatif si celui-ci est instauré dans les 3 premiers mois du post-partum.

Concernant les réponses des professionnels, nous constatons que moins de 50% professionnels préconiseraient une antibioprophylaxie en post-partum, moins de 30% un traitement laxatif, et plus de 70% recommanderaient un traitement antalgique pour pallier aux douleurs liées à l'atteinte anale. Ces données sont équivalentes aux données retrouvées dans les dossiers (100% d'antalgie, 31% d'antibioprophylaxie et 26% de traitement laxatif). Ceci montre une certaine homogénéité entre la prise en charge dans le service et les réponses des

professionnels sur les questionnaires. Cependant, on observe une discordance entre les recommandations en post-partum et la pratique des professionnels.

Concernant le suivi à moyen et long terme, le CNGOF(6) ne recommande pas systématiquement d'examens complémentaires ni de rééducation périnéale (accord professionnel). Ceci s'explique par l'absence d'essai randomisé concernant l'évaluation de la rééducation périnéale chez des femmes asymptomatiques. Elle est cependant recommandée pour traiter une incontinence anale du post-partum (grade C) mais les résultats ne sont pas maintenus sur du moyen ou du long terme. Le SOGC(5) recommande une information de la patiente sur ses lésions ainsi que la proposition d'un suivi adapté (III-L). Elle propose également une physiothérapie du plancher pelvien en cas d'incontinence anale (I-A). Le RCOG(1) préconise un suivi 6 à 12 semaines après l'accouchement avec consultation chez un spécialiste en cas d'incontinence anale. Par l'absence de données sur le devenir des patientes à long terme, aucune comparaison par rapport aux dossiers n'a été réalisée. D'après les réponses des questionnaires, tous les professionnels prescriraient une rééducation périnéale en cas de LOSA. Ces résultats peuvent s'expliquer par une méconnaissance de l'évolution des recommandations de pratique clinique de 2015 par les professionnels de santé concernant la prise en charge à long terme des LOSA en post-partum.

Pour ce qui est des recommandations du RCOG, du SOGC et du CNGOF, on peut affirmer qu'elles sont en accord concernant la prise en charge en post-partum immédiat des lésions sphinctériennes, malgré le fait que ces recommandations concernent trois pays différents. En effet, elles préconisent l'utilisation d'une antibioprophylaxie en per-partum, d'un traitement laxatif et d'un traitement antalgique sur le court terme. Pour ce qui est du moyen et long terme, elles sont concordantes en proposant une consultation chez un spécialiste en cas d'incontinence anale. Ces textes montrent une certaine homogénéité dans les recommandations concernant la prise en charge de déchirures sévères en post-partum.

2.5. Prévention / Ouverture

Des moyens simples peuvent être instaurés pour réduire la prévalence de déchirures sphinctériennes. La connaissance de ces moyens de prévention par les professionnels serait un point d'amélioration dans cette démarche.

En effet, d'après une étude réalisée par le SOGC(5), un contrôle de la tête au dégagement lors de l'accouchement a permis de montrer une réduction de 50 à 70% des LOSA en Norvège (II-2A).

Une étude publiée en 2011(5,20) explique le bienfait du soutien périnéal à l'aide de compresses chaudes sur le périnée et de massages périnéales en intra-partum.

Un changement de position d'accouchement ne montre aucune différence significative sur la survenue des LOSA, d'après une étude réalisée en 2012(5). Cependant, la position verticale serait tout de même plus à risque qu'une position dite classique, d'après cette analyse rétrospective réalisée sur 814 femmes.

En cas d'extraction instrumentale, l'utilisation de la ventouse plutôt que des forceps est préférable pour protéger le périnée (II-A)(12).

Une limitation de l'épisiotomie serait préférable pour le périnée lors d'un accouchement par voie basse spontané par une politique d'une utilisation restreinte plutôt que libre (I-A). En cas d'épisiotomie nécessaire, la réalisation d'une épisiotomie médio-latérale est préférable à celle d'une épisiotomie médiane (II-2B), avec idéalement un angle d'incision de 60 degré (II-2B)(5,9).

Une meilleure connaissance de l'anatomie du périnée ainsi que des différentes zones anatomiques touchées en fonction des lésions serait également une manière de diminuer la prévalence de LOSA. Ceci passerait par la réalisation d'une fiche récapitulative sur les déchirures sphinctérienne mais également par la mise en place d'un atelier pratique ou d'une formation pour l'identification des lésions et leur réparation. En effet, cette demande d'informations supplémentaires concerne la plupart des sages-femmes et deux-tiers des gynécologues. Les deux études réalisées par Emmanuelli et al.(21) et Letouzey et al(22) concernant la technique d'entraînement à l'identification des lésions et à leur réparation par un atelier pratique ont conclu sur l'amélioration théorique et pratique des différents participants après les séances à l'atelier pratique. Sultan et al(23) offrent depuis une dizaine d'année, un atelier pratique sur des anus frais de porcs mâles pour améliorer les techniques de réparation périnéale. Une démarche de mise en place d'un tel atelier ainsi que d'un protocole de prise en charge des déchirures sévères pourrait améliorer les pratiques professionnelles de l'établissement en les homogénéisant et le devenir des femmes à court, moyen et long termes.

3. FORCES ET LIMITES DE L'ETUDE

Notre population semble représentative de la population générale car le taux de déchirures sévères retrouvé dans notre étude était équivalent au taux annoncé par l'enquête nationale.

Les limites de notre étude concernent le caractère monocentrique de l'étude. En effet, il est important de signaler que ces conclusions n'ont réellement de valeurs que pour cette maternité et ne sont en aucun cas extrapolable à une autre maternité. De plus, l'effectif faible de notre échantillon global nous a fait perdre en puissance pour la rédaction des conclusions. En effet, suite à un manque d'information initiale, seulement une partie des sages-femmes a été interrogé sur la question. Les sages-femmes changeant tous les trois mois de service, il aurait été plus judicieux de distribuer le questionnaire dans tous les services et pas uniquement dans le service de la salle de naissance, pour ainsi cibler toutes les sages-femmes travaillant en salle de naissance.

Un questionnaire plus détaillé sur certains items aurait été intéressant pour affiner certaines pratiques vis-à-vis de la littérature.

Le caractère rétrospectif de l'étude ne permet pas d'établir des facteurs de risque de LOSA, mais des associations. Il serait intéressant de réaliser une étude prospective pour ainsi les établir.

CONCLUSION

Parmi les facteurs de risque que nous avons mis en évidence dans notre étude, la macrosomie ainsi que l'extraction instrumentale ont un réel rôle dans la survenue de déchirures sévères. L'épisiotomie, la primiparité, la présentation postérieure sont, à l'inverse, des facteurs surajoutés à d'autres facteurs de risques et ne peuvent pas être étiquetés seuls comme facteur de risque de lésion sphinctérienne. L'épisiotomie et l'extraction instrumentale sont des facteurs modifiables par la pratique des professionnels et devraient être pris au cas par cas pour leur utilisation, ce qui permettrait de diminuer l'incidence des lésions périnéales sévères. Les caractéristiques telles que la dystocie des épaules, un deuxième stade du travail supérieure ou égale à 120 minutes, une durée des efforts expulsifs supérieure ou égale à 30 min, l'âge gestationnel supérieur à 42 SA, l'analgésie péridurale, l'induction du travail de par leur faible prévalence dans notre population pour certains et le manque de données dans la littérature pour d'autres, ne peuvent être considérés comme facteurs de risque. Des études supplémentaires seraient nécessaires pour conclure sur leurs rôles dans la survenue de lésions sphinctériennes.

Concernant l'évaluation des pratiques professionnelles, on constate une méconnaissance partielle de la classification des déchirures périnéales, des facteurs de risque ainsi que de la prise en charge des déchirures sévères en per-et post-partum. Une hétérogénéité des pratiques entre les différents professionnels est observée dans notre étude mais ces pratiques restent globalement en accord avec les recommandations. Une prise en charge homogène concernant les traitements médicamenteux en per-et post-partum permettrait de faire disparaître l'hétérogénéité observée entre les professionnels, c'est-à-dire l'utilisation systématique d'une antibioprophylaxie lors de la réparation de la LOSA et la prescription systématique d'un traitement antalgique (avec des AINS de préférence) et d'un traitement laxatif en post-partum. Cette démarche permettra également de s'aligner par rapport aux recommandations sur le sujet.

A long terme, une démarche de mise en place d'un atelier pratique auprès des internes en gynécologie-obstétrique et des gynécologues ainsi que d'un protocole complet de prise en charge des déchirures sévères pourrait homogénéiser les pratiques dans l'établissement et améliorer le devenir des femmes à court, moyen et long termes. A court terme, une fiche récapitulative et éventuellement une formation pourraient permettre aux professionnels une mise à jour de leurs connaissances théoriques et pratiques sur le thème des déchirures périnéales.

BIBLIOGRAPHIE

1. Royal College of Obstetricians & Gynaecologists. The Management of Third- and Fourth-Degree Perineal Tears. Green-top Guideline No.29. Juin 2015.
2. Maillet R, Martin A, Riethmuller D. Fait-on trop ou trop peu d'épisiotomies ? 2004.
3. World Health Organization. International Classification of Diseases [Internet]. Disponible sur : <http://www.who.int/classifications/icd/en/>
4. Blondel B, Kermarrec M. INSERM ; Enquête nationale périnatale 2010. Les naissances en 2010 et leur évolution depuis 2003. 2011.
5. SOGC. Lésions obstétricales du sphincter anal (LOSA) : Prévention, identification et réparation. J Obstet Gynaecol Can. Décembre 2015; 37(12) : S1-22.
6. CNGOF. Recommandations pour la pratique clinique : Post-partum [Internet]. 2015. Disponible sur : https://www.aly-abbara.com/livre_gyn_obs/informations/PDF/CNGOF/2015-RPC-POSTPARTUM.pdf
7. Villot A, Deffieux X, Demoulin G, Rivain A-L, Trichot C, Thubert T. Prise en charge des périnées complètes (déchirure périnéale stade 3 et 4) : revue de la littérature. J Gynécologie Obstétrique Biol Reprod. Novembre 2015; 44(9) : 802-11.
8. Barbier A, Poujade O, Fay R, Thiébauges O, Levardon M, Deval B. La primiparité est-elle le seul facteur de risque des lésions du sphincter anal en cours d'accouchement ? Gynécologie Obstétrique Fertil. 2011 ; 101-6.
9. CNGOF. Recommandations pour la pratique clinique : l'Épisiotomie [Internet]. 2005. Disponible sur : http://www.cngof.asso.fr/D_PAGES/PURPC_14.HTM#polit
10. Salameh C, Canoui-Pitrine F, Cortet M, Lafon A, Rudigoz R-C, Huissound C. Les présentations postérieures augmentent-elles le risque de déchirures périnéales sévères ? Gynécologie Obstétrique Fertil. 2011 ; 545-8.
11. Batallan A, Goffinet F, Paris-Llada J, Fortin A, Bréart G, Madelenat P, Bénifla J-L et l groupe d'étude des maternités parisiennes. Macrosomie foetale : pratiques, conséquences obstétricales et néonatales. Enquête multicentrique cas-témoins menée dans 15 maternités de Paris et d'Île de France. Gynécologie Obstétrique Fertil. Juin 2002 ; 30 (6) 483-491.
12. CNGOF. Recommandations pour la pratique clinique : Extractions instrumentales. [Internet]. 2008. Disponible sur : http://www.cngof.asso.fr/D_TELE/081204RPC_extractions.pdf
13. Vintejoux E, Flandrin A, Clarivet B, Begue L, Reyftmann L, Rathat G et al. Lésions périnéales sévères liées à une extraction fœtale par spatules. Quels facteurs de risque ? J Gynécologie Obstétrique Biol Reprod. 2012 ; 41, 69-75.
14. CNGOF. Recommandations pour la pratique clinique : Grossesse prolongée et terme dépassé. [Internet]. Décembre 2011. Disponible sur : http://www.cngof.asso.fr/D_TELE/RPC_gr_prolongee_2011.pdf
15. Le Ray C, Audibert F. Durée des efforts expulsifs: données de la littérature. J Gynécologie Obstétrique Biol Reprod. 2008 ; 37 (4) : 325–328.
16. CNGOF. Recommandations pour la pratique clinique : Dystocie des épaules. [Internet]. 2015. Disponible sur : https://www.aly-abbara.com/livre_gyn_obs/informations/PDF/CNGOF/2015-RPC-DYSTOCIE-EPAULES.pdf

17. Villot A, Deffieux X, Demoulin G, Rivain A-L, Trichot C, Thubert T. Prise en charge de l'incontinence anale du post-partum : revue de la littérature. Prog En Urol. Décembre 2015 ; 25 (17) : 1191-203.
18. Hedayati H, Parsons J, Crowther A-C. Rectal analgesia for pain from perineal following childbirth. [Internet]. 2003. Disponible sur : <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD003931/full>
19. Mahony R, Behan M, O'Herlihy C, O'Connell PR. Randomized, clinical trial of bowel confinement vs. laxative use after primary repair of a third-degree obstetric anal sphincter tear. Dis Colon Rectum. 2004 ; 47 : 12-7.
20. Aasheim V, Nilsen AB, Lukasse M, Reinart LM. Perineal techniques during the second stage of labor for reducing perineal trauma. [Internet]. 2011. Disponible sur : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22161407>
21. Emmanuelli V, Lucot J-P, Closset E, Cosson M, Deruelle P. Élaboration et évaluation d'un outil d'enseignement de la réparation des déchirures périnéales du troisième et quatrième degré. J Gynécologie Obstétrique Biol Reprod. Avril 2013 ; 42 (2) : 184-90.
22. Letouzey V, Vieille P, Vintejou E, Badiu W, Marès P, De Tayrac R. Techniques d'entraînement à la réparation périnéale. [Internet]. 2013. Disponible sur : http://www.cngof.fr/journees-nationales/aperçu?path=MAJ%2Ben%2BGO%252F2013%252F2013_GO%252Fsimulation_pedagogie%252FTechniques_d%25E2%2580%2599entra%25C3%25AEnement_a_la_reparation_perineale.pdf
23. Sultan AH, Kamm MA, Hudson CN. Obstetric perineal trauma : an audit of training. J Obstet Gynaecol. 1995 ; (15) : 19-23.
24. Deruelle P, Kayem G, Sentilhes L. Chirurgie en obstétrique. Chirurgie de la femme enceinte et de l'accouchement. Elsevier Masson. Avril 2015.

TABLE DES MATIERES

REMERCIEMENTS.....	4
ABREVIATIONS / GLOSSAIRE.....	5
SOMMAIRE.....	6
INTRODUCTION.....	7
Rappels anatomiques et généralités.....	7
Classifications.....	7
Epidémiologie.....	8
Recommandations.....	9
MATERIELS ET METHODES.....	11
1. TYPE D'ETUDE.....	11
1.1. POPULATION ETUDIEE.....	11
1.2. METHODOLOGIE DU RECUEIL DE DONNEES.....	12
2. OUTIL DE RECUEIL DES DONNEES.....	12
3. ASPECTS ETHIQUES ET REGLEMENTAIRES.....	13
RESULTATS.....	14
1. RECUEIL DE DONNEES.....	14
2. EVALUATION DES PRATIQUES PROFESSIONNELLES.....	17
DISCUSSION.....	23
1. FACTEURS DE RISQUES DE DECHIRURES SEVERES.....	23
1.1. LA PRIMIPARITE.....	24
1.2. L'EPISIOTOMIE.....	25
1.3. LA PRESENTATION EN OCCIPITO-SACREE.....	26
1.4. LA MACROSOMIE.....	26
1.5. L'EXTRACTION INSTRUMENTALE.....	26
1.6. LE TERME DEPASSE.....	27
1.7. LE SECOND STADE DU TRAVAIL PROLONGE.....	28
1.8. LA DYSTOCIE DES EPAULES.....	28
2. EVALUATION DES PRATIQUES PROFESSIONNELLES.....	29
2.1. CONNAISSANCES ET DIAGNOSTIC DES LESIONS.....	29
2.2. L'EPISIOTOMIE.....	30
2.3. REPARATION DES LESIONS.....	31
2.4. PRISE EN CHARGE EN POST-PARTUM.....	32
2.5. PREVENTION / OUVERTURE.....	34
3. FORCES ET LIMITES DE L'ETUDE.....	36
CONCLUSION.....	37
BIBLIOGRAPHIE.....	38
TABLE DES MATIERES.....	40
ANNEXES.....	41

ANNEXES

ANNEXE I : Fiche de recueil de données sur dossiers.

ANNEXE II : Figure 1, 2 et 3 concernant les déchirures périnéales.

ANNEXE III : Questionnaire envoyé aux gynécologues et aux sages-femmes.

ANNEXE I

Fiche de recueil de données

Fiche de recueil de données

CARACTERISTIQUES MATERNELLES

Gestité : Parité : Origine ethnique :

Âge : ans Poids : kg Taille : cm BMI :

Antécédents de déchirures périnéales :

CARACTERISTIQUES OBSTETRIQUES

Prise de poids pendant la grossesse : kg

Induction du travail :

Présentation fœtale à l'accouchement : OP/ OS Siège Face

Position d'accouchement :

APD : OUI / NON

Durée des efforts expulsifs : min

Durée de la deuxième phase du travail : min

Extraction instrumentale : OUI / NON Si OUI, instrument :

Dégagement :

Déchirure : Simple Complète Complète compliquée

Episiotomie : OUI / NON

Révision utérine : OUI / NON

Professionnel réalisant l'accouchement : SF GO Interne GO

Professionnel réalisant la réfection de la suture : SF GO Interne GO

CARACTERISTIQUES FŒTALES

Poids fœtal : g PC : PA :

AG : SA

Dystocie des épaules : OUI / NON Manœuvres de réduction :

ANNEXE II



Figure 1 : Déchirure périnéale 2^{ème} degré. Issue de « Chirurgie en obstétrique. Chirurgie de la femme enceinte et de l'accouchement. Ph Deruelle, G. Kayem, L. Sentilhes ».(24)

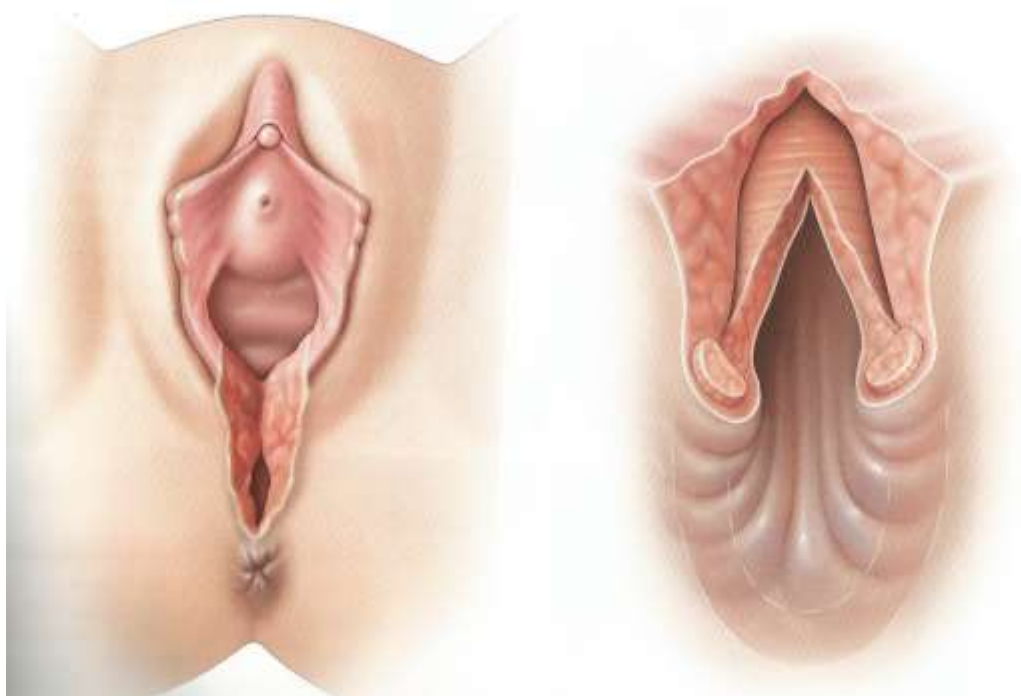


Figure 2 : Déchirure périnéale 3^{ème} degré - Aspect d'une atteinte sphinctérienne
Issues de « Chirurgie en obstétrique. Chirurgie de la femme enceinte et de l'accouchement. Ph Deruelle, G. Kayem, L. Sentilhes ».(24)

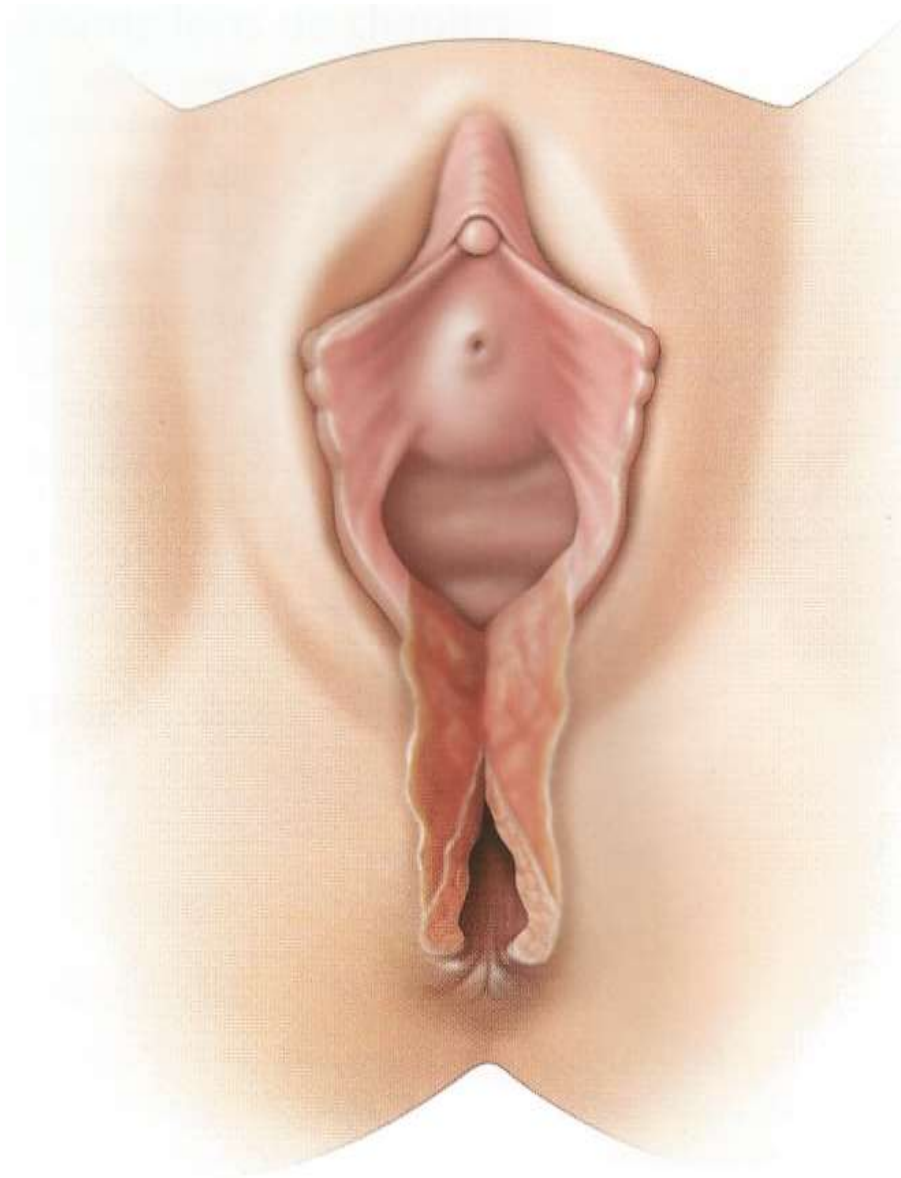


Figure 3 : Déchirure périnéale 4^{ème} degré. Issue de « Chirurgie en obstétrique. Chirurgie de la femme enceinte et de l'accouchement. Ph Deruelle, G. Kayem, L. Sentilhes ».(24)

ANNEXE III

Questionnaire envoyé aux gynécologues et aux sages-femmes

Evaluation des pratiques professionnelles concernant les déchirures sphinctériennes

Bonjour,

Actuellement en dernière année d'études de sage-femme à l'école de Nancy, je réalise un mémoire sur la prise en charge des déchirures périnéales sphinctériennes, c'est-à-dire celles des 3^{ème} et 4^{ème} degrés.

Afin d'évaluer l'état des connaissances et des pratiques des professionnels en poste à la maternité de Hasenrain sur ce sujet, je vous propose de compléter le questionnaire ci-joint.

Ce questionnaire est établi sous forme de QCM pour la majorité des questions et est divisé en 4 parties : « Coursus », « Connaissances sur les déchirures sphinctériennes », « Prise en charge en post-partum », « Informations ».

Vos réponses sont complètement anonymes et les données récoltées ne serviront que pour cette étude. Merci d'y répondre le plus sincèrement possible, sans aide de documents ou personnes extérieures, pour que l'évaluation des connaissances et des pratiques professionnelles soit la plus réaliste possible.

Je vous remercie d'avance pour le temps que vous y consacrerez et pour l'aide précieuse que vous m'apporterez dans mon étude et mon mémoire.

Julie Poncioni

Coursus

Quelle est votre profession ?

- ☐ Sage-femme
- ☐ Gynécologue-obstétricien
- ☐ Interne. En quel semestre ?

Dans quel secteur travaillez-vous ?

- ☐ Salle de naissance.
- ☐ Secteur mère-enfant.
- ☐ Grossesses pathologiques.
- ☐ Autre secteur.

Et depuis combien d'années ?

- ☐ 0 à 5 années.
- ☐ 5 à 10 années.
- ☐ 10 à 15 années.
- ☐ Plus de 15 années.

Combien de réfections de déchirures sphinctériennes avez-vous observé dans votre cursus ?

- ☐ Moins de 5.
- ☐ Entre 5 et 10.
- ☐ Plus de 10.

Combien de réfections de déchirures sphinctériennes avez-vous réalisées dans votre cursus ?

- ☐ Moins de 5.
- ☐ Entre 5 et 10.
- ☐ Plus de 10.

Quelle(s) technique(s) utilisez-vous lors d'une réfection d'une déchirure sphinctérienne ?

- ☐ Surjets.
- ☐ Points séparés.
- ☐ Les deux techniques.

Combien d'épisiotomie avez-vous réalisée dans votre cursus ?

- ☐ Moins de 5.
- ☐ Entre 5 et 10.
- ☐ Plus de 10.

Quel type d'épisiotomie pratiquez-vous le plus ?

- ☐ Médiane.
- ☐ Médo-latérale.

Combien de réfection d'épisiotomie avez-vous observée dans votre cursus ?

- ☐ Moins de 5.
- ☐ Entre 5 et 10.
- ☐ Plus de 10.

Combien de réfection d'épisiotomie avez-vous réalisée dans votre cursus ?

- ☐ Moins de 5.
- ☐ Entre 5 et 10.
- ☐ Plus de 10.

Quelle(s) technique(s) utilisez-vous lors d'une réfection d'une épisiotomie (plusieurs réponses sont possibles) ?

- ☐ Surjets.
- ☐ Points séparés.
- ☐ Points en X.
- ☐ Un fil un nœud.

Quand réalisez-vous un touché rectal lors d'une réfection d'une déchirure sphinctérienne ?

- ☐ Avant la réfection.
- ☐ Après la réfection.
- ☐ Avant et après la réfection.
- ☐ Je n'en réalise pas.

Comment avez-vous appris les techniques de réfection d'épisiotomies et de déchirures sphinctériennes ? Plusieurs réponses sont possibles.

- ☐ En regardant d'autres personnes réparer et en leur posant des questions.
- ☐ Par l'intermédiaire de livres.
- ☐ Par l'intermédiaire d'articles de la littérature.
- ☐ Par l'intermédiaire de vidéos à visée pédagogique.

Dans le cas d'un accouchement avec déchirure sphinctérienne, avez-vous réalisé l'accouchement :

- ☐ Seule.
- ☐ Avec une étudiante sage-femme.
- ☐ Avec un interne.
- ☐ Avec un(e) gynécologue.

Durant votre cursus, avez-vous bénéficié d'un cours sur l'anatomie du périnée, ainsi que sur les déchirures périnéales ?

- ☐ Oui. A quel moment ?

.....

- ☐ Non.

Classification des déchirures sphinctériennes

Savez-vous identifier facilement les différents degrés de déchirures périnéales ?

- ☐ Oui.
- ☐ Non.

Quelle est la définition d'une déchirure complète (zone anatomique touchée) ? Plusieurs réponses possibles.

- ☐ Peau périnéale.
- ☐ Vagin.
- ☐ Muscles périnéaux.
- ☐ Complexe sphinctérien anal.
- ☐ Muqueuse ano-rectale.

Quelle est la définition d'une déchirure complète compliquée (zone anatomique touchée) ? Plusieurs réponses possibles.

- ☐ Peau périnéale.
- ☐ Vagin.
- ☐ Muscles périnéaux.
- ☐ Complexe sphinctérien anal.
- ☐ Muqueuse ano-rectale.

Connaissez-vous les facteurs de risque des déchirures sphinctériennes ?

- ☐ Oui. Pouvez-vous les énumérer ?

- ☐ Non.

Selon vous, quelle est la prévalence des déchirures sphinctériennes ?

- ☐ Inférieure à 5%.
- ☐ Inférieure à 10%.
- ☐ Inférieure à 15%.
- ☐ Supérieure à 20%.

Quel est le mode de réalisation d'une épisiotomie ?

- Médio-latérale :

- Médiane :

Quelles sont les indications d'une épisiotomie ? Plusieurs réponses possibles.

- ☐ Manœuvres obstétricales.
- ☐ Instruments.
- ☐ Présentations dystociques.
- ☐ Macrosomie.
- ☐ Périnée à risque.
- ☐ Antécédents de lésions périnéales du 3^{ème} ou 4^{ème} degré.
- ☐ Souffrance fœtale avérée.
- ☐ Prematurité.
- ☐ Blocage de la tête fœtale lors de l'expulsion.
- ☐ RCIU.
- ☐ Primiparité.
- ☐ Autre :
- ☐ Aucune.

Est-ce que vos connaissances sur l'anatomie du périnée vous semblent suffisantes ?

- ☐ Pas du tout.
- ☐ Un peu.
- ☐ Oui.

Précisez en quelques mots les connaissances qui vous manqueraient ou que vous souhaiteriez acquérir :

Prise en charge en post-partum

Connaissez-vous, s'il y en a, les conséquences en post-partum d'une déchirure sphinctérienne ?

- ☐ Oui.
- ☐ Non.

Si oui, quels sont les différents symptômes ?

- ☐ Incontinence anale.
- ☐ Incontinence urinaire.
- ☐ Dyspareunie.

Quelle est la prise en charge en post-partum d'une déchirure sphinctérienne ? Plusieurs réponses sont possibles.

- ☐ Conseils hygiéno-diététiques.
- ☐ Prescription de laxatifs.
- ☐ Prescription d'un traitement antalgique.
- ☐ Prescription d'un traitement antibiotique.
- ☐ Consultation post-natale de suivi.
- ☐ Rééducation périnéale et anale.
- ☐ Diriger la patiente vers un autre professionnel de santé.
- ☐ Aucune prise en charge spécifique.

Informations

Pensez-vous avoir besoin d'informations complémentaires sur les déchirures périnéales (complètes et/ou compliquées) ?

- ☐ Non.
- ☐ Oui. Sous quelle(s) forme(s) ?
 - o Sous forme d'une fiche récapitulative.
 - o Sous forme d'une formation.
 - o Sous forme d'un atelier pratique.
 - o Autre :

Merci pour vos réponses et pour le temps passé à remplir mon questionnaire.

Titre du mémoire

Les déchirures complètes et/ou compliquées : évaluation des pratiques professionnelles à la maternité du Hasenrain de type III à Mulhouse

Résumé

INTRODUCTION : Les déchirures périnéales sont occasionnées lors d'un accouchement par voie basse. Les plus graves sont celles qui touchent la zone anale. Les objectifs de cette étude étaient d'évaluer le degré de similitude vis-à-vis de la littérature des pratiques professionnelles concernant les déchirures du 3ème et 4ème degré à la maternité du Hasenrain ainsi que d'identifier leurs facteurs prédictifs de survenue.

MATERIEL ET METHODE : Lors d'une étude descriptive rétrospective, les dossiers des patientes ayant eu une déchirure sévère entre Janvier 2013 et Décembre 2015 ont été sélectionnés. 47 dossiers ont été analysés. Dans un second temps, une évaluation des pratiques professionnelles a été réalisée auprès des gynécologues et des sages-femmes travaillant en salle de naissance concernant leur connaissance sur les déchirures sévères. 18 questionnaires de sages-femmes et 6 de gynécologues ont été récupérés.

RESULTATS : La plupart des professionnels estiment leurs connaissances suffisantes. Seulement la moitié des professionnels connaissait les facteurs de risques de lésion obstétricale du sphincter anal mais la majorité ont su citer leurs conséquences en post-partum. Concernant la prise en charge en post-partum, plus de 70% des professionnels prescrivaient un traitement antalgique, 30% un traitement laxatif et 30% une antibioprophylaxie. Les facteurs prédictifs principaux identifiés étaient : la primiparité (55%), l'extraction instrumentale (34%), l'épisiotomie (19%), la variété de présentation postérieure (17%) et la macrosomie (13%).

DISCUSSION/CONCLUSION. Les facteurs prédictifs mis en évidence sont : l'extraction instrumentale ainsi que la macrosomie pour leur rôle individuel dans la survenue de LOSA. L'épisiotomie, la variété de présentation postérieure et la primiparité sont des facteurs prédictifs par leur association avec d'autres caractéristiques. Une méconnaissance partielle est observée chez les professionnels avec une pratique professionnelle en partie en accord avec les recommandations. Une formation permettrait aux professionnels d'améliorer leur connaissance à ce sujet.

Mots clés (3)

LOSA – extraction instrumentale – réparation périnéale – évaluation des pratiques professionnelles