

Recommandations pour la pratique clinique

Prévention et protection périnéale en obstétrique (texte court)

Élaborées par le Collège national des gynécologues
et obstétriciens français

Promoteur

CNGOF (Collège national des gynécologues et obstétriciens français)
91 boulevard de Sébastopol – 75002 Paris

Comité d'organisation

B. JACQUETIN (président, gynécologue-obstétricien, CHU, Clermont-Ferrand, CNGOF), G. DUCARME (coordonnateur, gynécologue-obstétricien, CHD, La Roche-sur-Yon), A.C. PIZZOFERRATO (coordonnateur, gynécologue-obstétricien, CHU, Caen), X. FRITEL (coordonnateur, gynécologue-obstétricien, CHU, Poitiers, CNGOF)

Experts du groupe de travail

F. ARTZNER (coprésidente du CIANE, Paris), B. GACHON (gynécologue-obstétricien, Poitiers), C. LE RAY (gynécologue-obstétricien, Paris), F. PIERRE (gynécologue-obstétricien, Poitiers), D. RIETHMULLER (gynécologue-obstétricien, Besançon), C. SCHANTZ (sage-femme, Paris), R. DE TAYRAC (gynécologue-obstétricien, Nîmes), T. THUBERT (gynécologue-obstétricien, Nantes), É. VERSPYCK (gynécologue-obstétricien, Rouen)

Lecteurs

G. BADER (gynécologue-obstétricien, Paris), G. BENOIST (gynécologue-obstétricien, Caen), P. BLANC-PETITJEAN (sage-femme, Colombes), J. BOUJENAH (gynécologue-obstétricien, Bondy), M. BOUKERROU (gynécologue-obstétricien, La Réunion), A.L. CHUILON (sage-femme, Pau), P. CAPMAS (gynécologue-obstétricien, Le Kremlin-Bicêtre), A. FAUCONNIER (gynécologue-obstétricien, Poissy), R. FAUVET (gynécologue-obstétricien, Caen), D. GALLOT (gynécologue-obstétricien, Clermont-Ferrand), L. GIRARD (sage-femme, Suresnes), F. GOFFINET (gynécologue-obstétricien, Paris), A. GOHIER (représentante des usagers, LLL France « Nord-Drôme, Au Filll de l'Isère), I. HANQUART (sage-femme, Béziers), C. HUCHON (gynécologue-obstétricien, Poissy), K. ISMAIL (gynécologue-obstétricien, Le Caire, Égypte), V. KALIS (gynécologue-obstétricien, Pilsen, République tchèque), K. LAINE (gynécologue-obstétricien, Oslo, Norvège), G. LEGENDRE (gynécologue-obstétricien, Angers), M. MANRESA LAMARCA (gynécologue-obstétricien, Sao Paulo, Brésil), L. MARPEAU (gynécologue-obstétricien, Rouen), I. MONIER (sage-femme, Clamart), K. NYANGOH TIMOH (gynécologue-obstétricien, Rennes), A. PASSIEUX (représentante des usagers, Alliance Francophone pour l'Accouchement Respecté), E. PHAN (représentante des usagers, Bien Naître), I. ROELENS (sage-femme, Suresnes), C. ROQUILLON (sage-femme, Paris), C. ROSENTHAL (gynécologue-obstétricien, Brive-la-Gaillarde), M. SARTORI (gynécologue-obstétricien, Sao Paulo, Brésil), L. SENTILHES (gynécologue-obstétricien, Bordeaux), D. VARDON (gynécologue-obstétricien, Caen)

Résumé

Introduction - L'objectif de ces Recommandations pour la pratique clinique (RPC) était d'analyser l'ensemble des interventions possibles au cours de la grossesse et de l'accouchement permettant de prévenir les lésions obstétricales du sphincter anal (LOSA) et les symptômes périnéaux postnataux.

Matériel et méthodes - Ces recommandations ont été élaborées selon la méthode décrite dans le guide méthodologique de la Haute Autorité de santé (HAS).

Résultats - En cas d'antécédent de maladie de Crohn, de LOSA, de mutilation sexuelle, ou de lésion périanale, un examen clinique prénatal du périnée est recommandé (accord professionnel). Juste après l'accouchement, il est recommandé d'examiner le périnée à la recherche d'une LOSA (grade B) ; en cas de doute diagnostique, il est recommandé de demander un second avis (grade C). En cas de LOSA, il est recommandé de décrire de manière détaillée les lésions (avec leur degré) ainsi que leur réparation (grade C). Le massage périnéal pendant la grossesse doit être encouragé chez les femmes souhaitant le pratiquer (grade B). Aucune intervention avant le dégagement de la présentation n'a clairement démontré son efficacité pour réduire le risque de lésions périnéales. Il est recommandé de contrôler manuellement le dégagement de la présentation céphalique et de soutenir le périnée postérieur afin de diminuer le risque de LOSA (grade C). Au cours d'un accouchement normal, la pratique d'une épisiotomie n'est pas recommandée pour réduire le risque de LOSA (grade A). En cas d'accouchement instrumental, une épisiotomie peut être indiquée pour éviter une LOSA (grade C). Lorsqu'une épisiotomie est réalisée, il est recommandé de choisir une incision médio-latérale (grade B). Il est recommandé d'expliquer l'indication et de recueillir l'accord de la femme avant de pratiquer une épisiotomie. Il n'est pas recommandé de proposer une césarienne programmée en prévention primaire de lésions ou de dysfonctions périnéales (grade B). Au cours de la grossesse et à nouveau en salle de travail, il est recommandé de s'intéresser aux attentes et d'informer les femmes sur les modalités de l'accouchement.

Mots clés : LOSA (lésion obstétricale du sphincter de l'anus), prévention et protection périnéale en obstétrique, grossesse, accouchement, épisiotomie

INTRODUCTION

La prévention des lésions périnéales au cours de l'accouchement, en particulier lors du dégagement de la tête fœtale, constitue l'une des priorités pour tous les obstétriciens en salle de travail. Diverses mesures ont été proposées avant et pendant l'accouchement (massage périnéal, épisiotomie...) pour prévenir ce risque mais leur efficacité reste encore discutée. Après l'accouchement les femmes peuvent rapporter des symptômes, comme l'incontinence urinaire ou anale, et des douleurs périnéales.

L'objectif de ces Recommandations pour la pratique clinique (RPC) est d'analyser le résultat des interventions possibles au cours de la grossesse et de l'accouchement permettant de prévenir les lésions obstétricales du sphincter anal (LOSA) et des symptômes périnéaux postnataux (incontinences et douleurs) et d'en tirer des recommandations pour la pratique clinique.

La méthode et l'argumentaire sont détaillés dans les textes qui accompagnent cette synthèse [1-9]. Cette recommandation a été élaborée selon la méthode décrite dans le guide méthodologique de la HAS [1, 10]. La coordination du groupe de travail et du projet a été assurée par Guillaume Ducarme, Bernard Jacquetin, Anne-Cécile Pizzoferrato, et Xavier Fritel. Ce comité d'organisation désigné par le Collège national des gynécologues et obstétriciens français (CNGOF) a défini le périmètre des recommandations et la liste des chapitres à traiter. La rédaction de l'argumentaire scientifique reposait sur l'analyse critique et la synthèse de la littérature effectuées par les rédacteurs [2-9] et sur les avis du groupe de travail (voir la liste « Experts du groupe de travail »). Selon le niveau de preuve des études sur lesquelles elles sont fondées, le bénéfice attendu pour les patientes et la faisabilité en pratique clinique, des recommandations ont été cotées de A (recommandation basée sur un fort niveau de preuve) à C (recommandation basée sur un faible niveau de preuve) [1, 10]. Nous n'avons pas gradé les recommandations basées sur des considérations éthiques ou réglementaires. Les membres du groupe de travail se sont réunis à plusieurs reprises pour élaborer, à partir de l'argumentaire scientifique et des propositions de recommandations rédigés par les rédacteurs, la version initiale des recommandations qui a ensuite été soumise au groupe de lecture (voir la liste des « Lecteurs »). Les membres du groupe de travail et le conseil scientifique du CNGOF ont validé la version finale des recommandations. Le financement et la diffusion de ce travail ont été assurés par le CNGOF.

I. DÉFINITION, ÉPIDÉMIOLOGIE ET FACTEURS DE RISQUE DES LÉSIONS OBSTÉTRICALES DU SPHINCTER ANAL (LOSA)

I.a. Définition et classifications des déchirures périnéales obstétricales

La classification du *Royal College of Obstetricians and Gynaecologists* (RCOG) est la plus utilisée dans la littérature internationale pour décrire les déchirures obstétricales du périnée (Tableau 1).

Pour classer les déchirures périnéales obstétricales, nous avons utilisé la classification de l’OMS-RCOG en 4 degrés de gravité. Pour désigner les déchirures obstétricales du sphincter de l’anus, nous avons utilisé l’acronyme LOSA (lésions obstétricales du sphincter de l’anus) plutôt que les termes de « périnée complet » ou de « périnée complet compliqué ».

Tableau 1 - Classification des déchirures périnéales obstétricales

Classification française		Classification RCOG - OMS	Lésions anatomiques
Périnée intact			Sans
Périnée superficiel		1 ^{er} degré	Épithélium vaginal ou vulvaire
Périnée simple		2 ^e degré	Muscles du périnée (noyau central du périnée)
LOSA	Périnée complet	3 ^e degré-a	Moins de 50 % du sphincter anal externe
		3 ^e degré-b	Plus de 50 % du sphincter anal externe
		3 ^e degré-c	Sphincter anal interne (muscleuse rectale)
	Périnée complet compliqué	4 ^e degré	Muqueuse rectale

I.b. Situations à risque de LOSA

Les principaux facteurs associés à la survenue de LOSA sont : la nulliparité et l’accouchement instrumental ; les autres facteurs sont l’âge maternel élevé, l’antécédent de LOSA, la macrosomie, l’épisiotomie médiane, la présentation céphalique en variété postérieure, et un travail long (NP2) [3].

La présence d’une lésion périanale (fissure périanale, fistule anorectale ou recto-vaginale) est associée à une augmentation du risque

de déchirure du 4^e degré (NP3). La maladie de Crohn sans atteinte périanale n'est pas associée à un sur-risque de LOSA (NP3).

En cas de mutilation sexuelle de type III, une désinfibulation avant l'accouchement est associée à une diminution du risque de LOSA (NP3) ; dans cette situation, une désinfibulation est recommandée avant l'accouchement (grade C).

En cas d'antécédent de maladie de Crohn, de LOSA, de mutilation sexuelle, ou de lésion périanale, un examen clinique prénatal du périnée est recommandé (accord professionnel).

II. EXISTE-T-IL DES FACTEURS MATERNELS PRÉDISPOSANT AU RISQUE DE LÉSIONS PÉRINÉALES ?

Le passage de l'Homme à la bipédie exclusive a entraîné des modifications structurales sur le squelette du bassin, notamment son élargissement chez la femme pour permettre le passage du mobile fœtal lors de l'accouchement. Un bassin étroit prédispose à des difficultés obstétricales. Un angle sous-pubien inférieur à 90° (mesuré cliniquement) ne semble pas augmenter le risque de LOSA (NP3) ; il semble être un facteur de risque d'incontinence anale postnatale à court terme, mais pas à long terme (NP3) [2].

Au cours de la dernière phase du second stade du travail, l'étirement du périnée est tel (près de 65 %) que des lésions musculaires du plancher pelvien peuvent survenir chez certaines femmes. La mesure prénatale de la distance anovulvaire ne permet pas de prédire la survenue d'une lésion périnéale obstétricale du 2^e ou du 3^e degré (NP3). De même, la mesure prénatale du hiatus génital ne permet pas de prédire la survenue d'une lésion périnéale obstétricale du 2^e ou du 3^e degré (NP2) [2].

Il n'est pas recommandé de mesurer les dimensions du bassin et l'angle sous-pubien dans le but de prédire la survenue de LOSA ou de choisir la voie d'accouchement dans le cadre de la protection périnéale (grade C). La mesure prénatale systématique de la distance anovulvaire ou du hiatus génital n'est pas recommandée dans un objectif de protection périnéale (grade C).

III. MODÈLES DE PRÉDICTION DES LÉSIONS DU SPHINCTER ANAL

Depuis quelques années, plusieurs modèles de prédiction du risque de lésion périnéale se sont développés ; leur but étant de guider le praticien et la femme dans le choix du mode d'accouchement le plus adapté aux caractéristiques maternelles et fœtales. En l'état actuel des connaissances, les modèles de prédiction du risque de LOSA ne permettent pas une évaluation fiable du risque de LOSA [3].

Les modèles de prédiction du risque de LOSA ne peuvent pas être utilisés pour conseiller ou autoriser un mode d'accouchement plutôt qu'un autre (accord professionnel).

IV. DIAGNOSTIC DES LÉSIONS OBSTÉTRICALES DU SPHINCTER ANAL

Les LOSA avec une atteinte isolée du sphincter anal externe (3a et 3b) semblent avoir un meilleur pronostic fonctionnel que les LOSA avec atteinte du sphincter anal interne ou de la muqueuse rectale (3c et 4) (NP3).

La priorité dans ce contexte repose sur la formation des praticiens de la naissance (sages-femmes et obstétriciens) à la détection de ces lésions en salle de travail immédiatement après l'accouchement. La formation et la sensibilisation des praticiens de la naissance au diagnostic de LOSA améliorent la détection des LOSA en salle de naissance (NP2). L'expérience professionnelle est associée à une meilleure détection des LOSA (NP3) [3].

Juste après l'accouchement, il est recommandé d'examiner le périnée à la recherche d'une LOSA (grade B). En cas de doute diagnostique, il est recommandé de demander un second avis (grade C). En cas de LOSA, il est recommandé de décrire de manière détaillée les lésions (avec leur degré) ainsi que leur réparation (grade C).

La formation continue des professionnels de la naissance au diagnostic et à la réparation des LOSA doit être encouragée (grade C).

V. MÉTHODES DE PRÉVENTION DES LÉSIONS ET DYSFONCTIONS PÉRINÉALES AU COURS DE LA GROSSESSE

Plusieurs interventions ont été décrites au cours de la grossesse pour prévenir le risque de survenue de lésions obstétricales ou dysfonctions périnéales postnatales : il s'agit du massage périnéal prénatal, de l'utilisation du dispositif Epi-No, et des exercices de renforcement des muscles du plancher pelvien (ERMPP).

Le massage périnéal au cours de la grossesse diminue le taux d'épisiotomie (NP1) ainsi que les douleurs périnéales et l'incontinence aux gaz dans le post-partum (NP2) [4]. Il ne diminue pas le taux de LOSA (NP1), ou le taux d'incontinence urinaire en post-partum (NP2). L'utilisation du dispositif Epi-No n'apporte pas de bénéfice pour la protection périnéale obstétricale (NP1) [4]. Les exercices prénataux de renforcement des muscles du plancher pelvien ne préviennent pas le risque de lésions périnéales obstétricales (NP2) ; ils diminuent la prévalence de l'incontinence urinaire en post-partum entre 3 et 6 mois mais ne diminuent pas la prévalence de l'incontinence urinaire à 12 mois du post-partum (NP2) [3].

Le massage périnéal pendant la grossesse doit être encouragé chez les femmes souhaitant le pratiquer (grade B). L'utilisation du dispositif Epi-No pendant la grossesse n'est pas recommandée pour prévenir les LOSA (grade B). Pour prévenir les LOSA, il n'est pas recommandé de pratiquer des exercices de renforcement des muscles du plancher pelvien pendant la grossesse (grade B) ; pour la prévention de l'incontinence urinaire, l'absence d'effet démontré à moyen terme ne permet pas de formuler une recommandation (accord professionnel).

VI. MÉTHODES DE PRÉVENTION DES LÉSIONS ET DYSFONCTIONS PÉRINÉALES AU COURS DU TRAVAIL

Diverses interventions réalisées au cours du travail ont été étudiées dans le but de prévenir le risque de lésions périnéales, comme la mobilisation maternelle, les postures maternelles, ou les techniques de poussée. Leur intérêt est encore discuté à l'heure actuelle [5].

Le sondage urinaire chez les femmes sous péridurale durant le travail est recommandé quand la miction spontanée n'est pas possible

(accord professionnel). Les données actuelles ne permettent pas de privilégier le sondage urinaire continu ou le sondage urinaire intermittent (NP2) ; il nous semble préférable de privilégier le sondage intermittent dans cette situation (accord professionnel).

VI.a. Mobilisation et posture pendant le premier stade du travail

La mobilisation maternelle et les postures maternelles durant le 1^{er} stade du travail n'ont pas montré d'effet pour diminuer le risque de LOSA (NP3) [5].

Il n'y a pas lieu de recommander une posture maternelle plutôt qu'une autre durant le premier stade du travail en vue de diminuer le risque de LOSA (grade C). Il est recommandé de laisser la femme choisir la position la plus confortable durant le premier stade du travail (accord professionnel).

VI.b. Deuxième stade du travail

VI.b.1. Posture maternelle pour le deuxième stade du travail

Il n'existe pas de posture particulière lors du deuxième stade du travail ayant fait la preuve de sa supériorité par rapport aux autres pour la prévention des lésions périnéales obstétricales dont les LOSA ou l'incontinence (urinaire ou fécale) postnatale (NP2) [5].

Il n'y a pas lieu de recommander une posture plutôt qu'une autre lors du deuxième stade du travail pour diminuer le risque de LOSA (grade B) ou d'incontinence urinaire ou fécale à 1 an du post-partum (grade B). Il est recommandé de laisser la femme choisir la position la plus confortable durant le deuxième stade du travail (accord professionnel).

VI.b.2. Rotation des variétés postérieures

Les variétés céphaliques postérieures exposent à plus de risques de lésions périnéales (NP2) [3, 5]. La rotation manuelle des variétés céphaliques postérieures en antérieures lors du deuxième stade du travail pourrait permettre de diminuer le risque d'accouchement instrumental, sans pour autant qu'une diminution du risque de lésion périnéale ou de LOSA ait été clairement démontrée (NP3) [5].

En cas de variété postérieure, la littérature ne permet pas de statuer sur l'intérêt de la réalisation d'une rotation manuelle à dilatation complète afin de diminuer le risque de lésion périnéale (accord professionnel).

VI.b.3. Efforts expulsifs

Les efforts expulsifs correspondent à une poussée maternelle volontaire dont les techniques varient selon les pays et les équipes. On distingue : les poussées retardées visant à attendre la descente spontanée de la tête fœtale et l'apparition de la tête à la vulve ou l'envie impérieuse de pousser, et les poussées immédiates visant à pousser dès le diagnostic de dilatation complète, c'est-à-dire dès le début du deuxième stade du travail. Pour la deuxième phase du travail, les poussées retardées ne modifient pas le risque de LOSA (NP1). La poussée retardée augmente les chances d'accouchement spontané (NP1) [5].

Il est recommandé, quand l'état maternel et fœtal le permettent, de retarder le début des efforts expulsifs (grade A). Il n'y a pas d'argument pour recommander une technique de poussée plutôt qu'une autre afin de diminuer le risque de LOSA (grade B). Il est recommandé d'encourager la femme à pousser de la manière la plus efficace (accord professionnel).

Pour limiter le risque de LOSA, les données de la littérature ne permettent pas de recommander précisément une durée maximale du deuxième stade du travail (NP3). Réaliser un accouchement instrumental à seule fin de diminuer la durée du deuxième stade du travail pourrait augmenter le risque de LOSA (NP3) [5].

VI.b.4. Massage périnéal ou compresses chaudes durant le deuxième stade du travail

Le massage périnéal, ou l'application de compresses chaudes durant le deuxième stade du travail, semblent diminuer le risque de LOSA (NP2) [5] ; nous n'avons pas statué sur leur utilisation en pratique clinique.

VII. MÉTHODES DE PRÉVENTION DES LÉSIONS ET DYSFONCTIONS PÉRINÉALES AU COURS DU DÉGAGEMENT

Le moment du dégagement de la présentation fœtale, quelle qu'elle soit, représente la période la plus à risque de l'accouchement pour le périnée maternel avec un étirement maximal au moment du passage de la tête fœtale. Les modèles biomécaniques montrent que ces contraintes périnéales sont maximales au moment de l'expulsion et peuvent augmenter l'étirement musculo-tendineux par un facteur 3 [6]. Le degré d'ampliation du périnée au cours du deuxième stade du

travail ne semble pas être un facteur de risque de LOSA, d'incontinence du post-partum, ou de troubles sexuels (NP3).

Une ampliacion importante du périnée n'est pas une indication d'épisiotomie (accord professionnel).

VII.a. Contrôle manuel du dégagement

Le contrôle manuel du dégagement de la présentation et le soutien du périnée postérieur lors de l'expulsion semblent diminuer le taux de LOSA (NP3) [6].

Il est recommandé de contrôler manuellement le dégagement de la présentation céphalique et de soutenir le périnée postérieur afin de diminuer le risque de LOSA (grade C).

VII.b. Épisiotomie

Il n'y a pas de bénéfice reconnu à la pratique de l'épisiotomie dans l'accouchement normal (NP1) ; comparé à une pratique libérale de l'épisiotomie, le nombre de périnées intacts est plus grand en cas de pratique restrictive sans augmentation du nombre de LOSA [6]. Il n'existe pas de preuve pour indiquer une épisiotomie en cas de présentation du siège, de grossesse gémellaire ou de variété postérieure afin de prévenir une LOSA (NP3).

L'indication de l'épisiotomie au cours d'un accouchement est fonction des facteurs de risque individuels et des conditions obstétricales (accord professionnel). Il est recommandé d'expliquer l'indication et de recueillir l'accord de la femme avant de pratiquer une épisiotomie. Au cours d'un accouchement normal, la pratique d'une épisiotomie n'est pas recommandée pour réduire le risque de LOSA (grade A). La pratique libérale de l'épisiotomie n'est pas recommandée en cas de présentation du siège, de grossesse gémellaire ou de variété postérieure afin de prévenir une LOSA (grade C).

VII.c. En cas d'accouchement instrumental

La pratique de l'épisiotomie au cours d'un accouchement instrumental semble associée à une réduction du risque de LOSA (NP3). La ventouse obstétricale semble générer moins de LOSA que les autres instruments (NP3) [6].

En cas d'accouchement instrumental, une épisiotomie peut être indiquée pour éviter une LOSA (grade C). En cas d'accouchement instrumental et si plusieurs instruments peuvent être utilisés, il est recommandé d'utiliser de préférence une ventouse pour diminuer le risque de LOSA (grade C). En cas d'utilisation d'un forceps ou de spatules, il est préférable que ces instruments soient retirés juste avant la déflexion céphalique et de ne pas faire naître le fœtus « coiffé » de ces instruments (accord professionnel).

VII.d. Formation médicale continue

La formation à la protection périnéale des professionnels de la naissance réduit le risque de LOSA au cours d'un accouchement instrumental (NP2).

La formation à la protection périnéale obstétricale est recommandée (grade B).

VIII. QUELLES TECHNIQUES D'ÉPISIOTOMIE ?

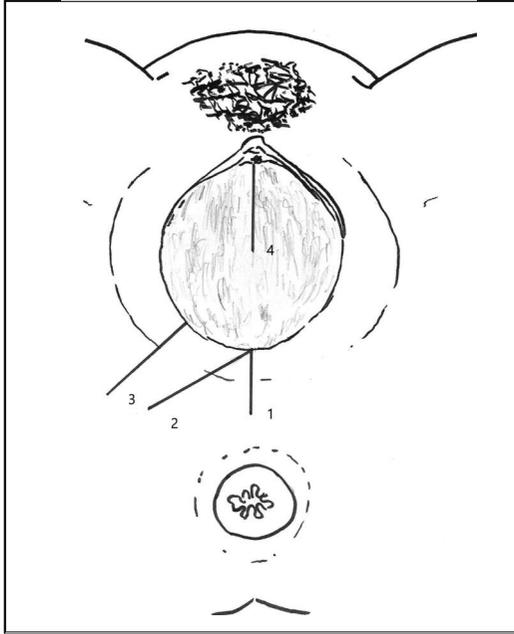
Il existe de nombreuses techniques d'épisiotomie actuellement décrites dans la littérature (Figure 1) ; les plus utilisées sont l'épisiotomie médio-latérale, l'épisiotomie latérale et l'épisiotomie médiane [7]. L'épisiotomie médiane augmente le risque de LOSA comparativement à l'épisiotomie médio-latérale (NP2). Le taux de LOSA est comparable entre la pratique d'une épisiotomie médio-latérale ou latérale (NP1). Le taux de douleurs périnéales en post-partum immédiat et à 3 mois du post-partum ainsi que le taux de dyspareunies à 6 mois du post-partum sont également comparables suivant la pratique d'une épisiotomie médio-latérale ou latérale (NP2) [7].

Lorsqu'une épisiotomie est réalisée, il est recommandé de choisir une incision médio-latérale (grade B).

Un angle de cicatrice d'épisiotomie médio-latérale d'au moins 45° (mesuré par rapport à la médiane après la suture) est associé à un risque moindre de LOSA (NP3). Pour obtenir cet angle, il faut réaliser une épisiotomie à 60° (NP1) [7].

L'angle d'incision recommandé au moment de la réalisation d'une épisiotomie médio-latérale est de 60° (grade C).

Figure 1 - Schéma des différents types d'épisiotomie. 1 : épisiotomie médiane, 2 : épisiotomie médio-latérale, 3 : épisiotomie latérale, 4 : épisiotomie antérieure



IX. TECHNIQUES DE RÉPARATION DES DÉCHIRURES PÉRINÉALES DU 1^{er} ET 2^e DEGRÉ

La suture du plan superficiel d'une déchirure périnéale n'apporte pas de bénéfice quand les berges sont affrontées et ne saignent pas (NP2). L'utilisation d'un fil synthétique résorbable standard ou à absorption rapide donne des résultats comparables sur la douleur périnéale et la satisfaction des femmes : la polyglactine d'absorption rapide présente l'avantage d'une moindre nécessité d'ablation de fils à distance mais augmente le risque de désunion de la cicatrice (NP1) [7].

Une déchirure superficielle (du 1^{er} degré) qui ne saigne pas et dont les berges sont affrontées peut ne pas être suturée (grade B). La suture de l'épisiotomie et des déchirures du 2^e degré peut être faite à l'aide de fil standard résorbable ou à absorption rapide (grade A).

Lorsqu'une suture est décidée, de nombreuses techniques sont décrites, que sur ce soit sur le matériel utilisé ou la méthode de suture. Les techniques de suture des déchirures périnéales par surjet continu sont associées à une réduction des douleurs immédiates avec un moindre recours aux antalgiques, ainsi qu'à un moindre retrait de fils, comparativement à la suture par plans séparés (NP1) [7].

Il est recommandé de réaliser préférentiellement un surjet continu dans la réparation des épisiotomies et des déchirures du 2^e degré (grade A).

X. TECHNIQUES DE RÉPARATION DES LOSA

Comme pour les sutures des déchirures périnéales du 1^{er} et 2^e degré, diverses techniques sont utilisées pour réparer les LOSA diagnostiquées en salle de travail.

Pour la réparation des LOSA, il est recommandé de se mettre dans les meilleures conditions chirurgicales possibles (accord professionnel) ; un compte rendu détaillé de l'étendue des lésions, de la méthode de réparation et du matériel utilisé est recommandé (grade C).

Pour réparer une rupture complète du sphincter externe (3b ou plus), la suture en paletot et la suture bout-à-bout donnent des résultats similaires sur la continence anale (NP2). L'utilisation de polydioxanone 3/0 ou de polyglactine 2/0 pour la réparation du sphincter externe donne des résultats comparables sur les douleurs périnéales et les scores d'incontinence anale (NP2) [7].

La réparation du sphincter externe peut être indifféremment suturée en paletot ou en bout-à-bout (grade B).

Une réparation différée des LOSA de quelques heures n'aggrave pas le pronostic ultérieur de la continence anale (NP2) [7].

En cas de difficulté, la réparation des LOSA peut être différée de quelques heures pour qu'elle soit réalisée dans de meilleures conditions (grade C).

XI. L'ACCOUCHEMENT PAR CÉSARIENNE PRÉVIENT-IL DES LÉSIONS ET DYSFONCTIONS PÉRINÉALES OBSTÉTRICALES ?

Depuis longtemps, l'accouchement vaginal est considéré comme la cause principale des troubles de la statique pelvienne de la femme, que l'on parle d'incontinence urinaire ou anale, de prolapsus génital ou de troubles sexuels. La césarienne pourrait donc apparaître comme un moyen efficace permettant de les éviter. Pourtant, le lien entre mode d'accouchement et dysfonction périnéale n'est pas clairement établi et l'effet préventif de la césarienne actuellement discuté. La validité des travaux reste discutable puisqu'il s'agit de travaux rétrospectifs et d'études de cohorte et non pas d'essais randomisés comparant les deux voies d'accouchement. Les études sont donc susceptibles de comporter des biais, à savoir une sélection d'un profil particulier de femmes dans le groupe « césarienne » qui pourraient avoir des caractéristiques individuelles les rendant à moindre risque de lésions et de dysfonctions périnéales obstétricales.

XI.a. En prévention primaire

Le risque d'incontinence urinaire semble augmenté en cas d'accouchement vaginal comparé à un accouchement par césarienne à 3 mois du post-partum (NP3), mais ce sur-risque semble disparaître à distance de l'accouchement (NP2) [8]. L'association entre risque d'incontinence anale (gaz et/ou matières) et accouchement vaginal n'est pas démontré (NP3) [8].

Il n'est pas recommandé de proposer la réalisation d'une césarienne en prévention primaire de l'incontinence urinaire ou anale postnatale (grade B).

Concernant le prolapsus génital, les données disponibles sont très peu nombreuses et difficiles à analyser selon les classifications ou définitions utilisées. À long terme, le prolapsus génital apparaît plus fréquent après un accouchement vaginal comparé à un accouchement par césarienne (NP3).

En l'absence d'étude à haut niveau de preuve, il n'est pas recommandé de proposer la réalisation d'une césarienne programmée en prévention primaire du prolapsus génital (accord professionnel).

En période postnatale précoce, les rapports sexuels sont plus souvent douloureux en cas d'accouchement vaginal qu'en cas

d'accouchement par césarienne, mais cette différence disparaît au-delà de 6 mois post-partum (NP2). Il n'est pas retrouvé de différence sur la fonction sexuelle en fonction du mode d'accouchement après 6 mois post-partum (NP3) [8].

Il n'est pas recommandé de proposer la réalisation d'une césarienne programmée pour protéger la fonction sexuelle (grade C).

XI.b. En prévention secondaire

En cas d'antécédent de LOSA, il est recommandé d'examiner le périnée en cas de nouvelle grossesse et de répondre aux questions des femmes à propos du risque de récurrence et de séquelles en cas de nouvel accouchement (accord professionnel).

En cas de second accouchement par voie vaginale après LOSA, il n'est pas rapporté de sur-risque d'incontinence anale ou d'aggravation d'une incontinence anale préexistante (NP2). Le risque d'une nouvelle LOSA est de l'ordre de 5 à 8 % (NP3). En cas de nouvelle LOSA, il semble exister un risque augmenté d'incontinence anale séquellaire (NP4) [8].

En cas d'antécédent de LOSA, la voie d'accouchement doit être discutée avec la femme (accord professionnel) ; en cas d'antécédent de LOSA, il n'est pas recommandé de proposer la réalisation d'une césarienne systématique en prévention de l'incontinence anale (grade B).

Les données ne sont pas en faveur d'une aggravation d'une incontinence urinaire préalable en cas d'accouchement vaginal (NP3). En cas d'accouchement vaginal après bandelette sous-urétrale, les données disponibles ne permettent pas de conclure à un sur-risque de récurrence de l'incontinence urinaire (NP4) [8].

Il n'est pas recommandé de proposer la réalisation d'une césarienne programmée en prévention secondaire d'une incontinence urinaire opérée ou non (grade C).

Les données de la littérature concernant la potentielle morbidité périnéale associée à l'accouchement vaginal en cas d'antécédents de chirurgie périanale sont assez peu nombreuses. L'ensemble des travaux disponibles s'accorde sur l'absence de contre-indications à un accouchement vaginal en cas de maladie de Crohn sans manifestations périanales (NP2) [8]. En cas de manifestations périanales, les données de la littérature sont plus discordantes.

Il n'est pas recommandé de proposer une césarienne programmée aux femmes ayant une maladie de Crohn sans manifestation périanale au motif de la protection périnéale (grade B). En cas de lésions

périanales symptomatiques, il est recommandé de proposer la réalisation d'une césarienne programmée (grade C). En cas de lésions périanales guéries (avec ou sans chirurgie), le choix de la voie d'accouchement est à discuter avec la femme (accord professionnel).

XII. INFORMATION DE LA FEMME

Au cours de la grossesse et à nouveau en salle de travail, il est recommandé de s'intéresser aux attentes des femmes et de les informer sur les modalités de l'accouchement [9].

Puisque pendant la grossesse, plusieurs professionnels de santé interviennent, il faut s'enquérir des informations déjà délivrées afin d'adapter l'information au parcours de la femme. Cette information peut être délivrée sous plusieurs formes et par plusieurs sources (écrite, Internet, groupe, individuelle, etc.) ; elle devra être complétée par une information orale individualisée délivrée par le ou les professionnels de santé rencontrés pendant le suivi de la grossesse et du travail.

Si la femme souhaite élaborer un projet de naissance, il devra être construit dans une démarche accompagnée, permettant de partager les connaissances et attentes de la femme et les informations adaptées délivrées par les professionnels, idéalement à partir de l'entretien prénatal précoce et au fil de la préparation à la naissance et à la parentalité et des consultations prénatales.

CONCLUSION

Les lésions périnéales représentent une des complications possibles d'un accouchement par voie vaginale et les praticiens de la naissance se doivent d'être formés à leur prévention, diagnostic et réparation. Aucune intervention durant le premier ou le deuxième stade du travail en dehors du soutien périnéal n'a clairement démontré son efficacité pour réduire le risque de lésions périnéales. La pratique de l'épisiotomie n'apporte aucun bénéfice connu au cours d'un accouchement normal. La réalisation d'une césarienne programmée ne peut être proposée au motif de la protection périnéale en prévention primaire. Dans les cas particuliers de LOSA avec séquelles

fonctionnelles ou de manifestations inflammatoires actives de la maladie de Crohn, le choix de la voie d'accouchement doit être individualisé. Dans tous les cas, un examen clinique périnéal minutieux doit être réalisé après un accouchement vaginal à la recherche de LOSA.

Déclaration publique d'intérêt

Les auteurs déclarent n'avoir aucun conflit d'intérêt en lien avec l'article.

Bibliographie

- [1] Pizzoferrato AC, Ducarme G, Jacquetin B, Fritel X. Prévention et protection périnéale en obstétrique : Recommandations pour la Pratique Clinique du CNGOF – Introduction, objectif, méthode, définitions, organisation et limites. *Gynecol Obstet Fertil Senol* 2018;(46). <http://dx.doi.org/10.1016/j.gofs.2018.10.033>
- [2] de Tayrac R, Schantz C. Lésions pelvi-périnéales obstétricales : Anatomie, physiologie, physiopathologie et situations particulières. *RPC Prévention et protection périnéale en obstétrique CNGOF. Gynecol Obstet Fertil Senol* 2018;(46). <http://dx.doi.org/10.1016/j.gofs.2018.10.031>
- [3] Thubert T, Dochez V, Cardaillac C. Définitions, épidémiologie et facteurs de risque des lésions périnéales du 3^e et 4^e degré. *RPC Prévention et protection périnéale en obstétrique CNGOF. Gynecol Obstet Fertil Senol* 2018;(46). <http://dx.doi.org/10.1016/j.gofs.2018.10.028>
- [4] Schantz C. Quelles interventions au cours de la grossesse diminuent le risque de lésions périnéales ? *RPC Prévention et protection périnéale en obstétrique CNGOF. Gynecol Obstet Fertil Senol* 2018;(46). <http://dx.doi.org/10.1016/j.gofs.2018.10.027>
- [5] Le Ray C, Pizzagalli F. Quelles interventions durant le travail pour diminuer le risque de lésions périnéales ? *RPC Prévention et protection périnéale en obstétrique CNGOF. Gynecol Obstet Fertil Senol* 2018;(46). <http://dx.doi.org/10.1016/j.gofs.2018.10.026>
- [6] Riethmuller D, Ramanah R, Mottet N. Quelles interventions au cours du dégagement diminuent le risque de lésions périnéales ? *RPC Prévention et protection périnéale en obstétrique CNGOF. Gynecol Obstet Fertil Senol* 2018;(46). <http://dx.doi.org/10.1016/j.gofs.2018.10.029>
- [7] Marty N, Verspyck É. Technique de l'épisiotomie et prise en charge immédiate des lésions obstétricales du sphincter anal. *RPC Prévention et protection périnéale en obstétrique CNGOF. Gynecol Obstet Fertil Senol* 2018;(46). <http://dx.doi.org/10.1016/j.gofs.2018.10.024>
- [8] Gachon B. Place de la césarienne dans la protection périnéale obstétricale. *RPC Prévention et protection périnéale en obstétrique CNGOF. Gynecol Obstet Fertil Senol* 2018;(46). <http://dx.doi.org/10.1016/j.gofs.2018.10.030>
- [9] Pierre F. Information de la femme et consentement en obstétrique. *RPC Prévention et protection périnéale en obstétrique CNGOF. Gynecol Obstet Fertil Senol* 2018;(46). <http://dx.doi.org/10.1016/j.gofs.2018.10.025>
- [10] Haute Autorité de santé (HAS). Élaboration de recommandations de bonne pratique. Méthode « Recommandations pour la pratique clinique ». Saint-Denis La Plaine: HAS, Mars 2016. https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2011-01/guide_methodologique_recommandations_pour_la_pratique_clinique.pdf