



**HAL**  
open science

# Comparaison entre l'épisiotomie et la déchirure spontanée du point de vue de la douleur lors de la première consultation de rééducation périnéale

Célia Reymond

► **To cite this version:**

Célia Reymond. Comparaison entre l'épisiotomie et la déchirure spontanée du point de vue de la douleur lors de la première consultation de rééducation périnéale. Gynécologie et obstétrique. 2011. dumas-00618014

**HAL Id: dumas-00618014**

**<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-00618014v1>**

Submitted on 31 Aug 2011

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

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

UNIVERSITE JOSEPH FOURIER  
U.F.R. DE MEDECINE DE GRENOBLE

**ECOLE DE SAGES-FEMMES DE GRENOBLE**

**COMPARAISON ENTRE L'EPISIOTOMIE ET LA DECHIRURE  
SPONTANEE DU POINT DE VUE DE LA DOULEUR LORS DE  
LA PREMIERE CONSULTATION DE REEDUCATION  
PERINEALE.**

Mémoire soutenu le 17 mai 2011

Par REYMOND Célia  
Née le 15 avril 1987

En vue de l'obtention du Diplôme d'Etat de Sage-Femme

Année 2011

## REMERCIEMENTS

Je remercie les membres du Jury :

**Mme le Dr Pascale HOFFMANN**, MCU-PH en Gynécologie-Obstétrique au CHU de Grenoble, Présidente du Jury ;

**Mr le Dr Marc SCHNEIDER**, Gynécologue-Obstétricien à la clinique Belledonne ;

**Mme Chantal SEGUIN**, Directrice de l'Ecole de Sages-Femmes de Grenoble ;

**Mme Carole BORYE**, Sage-Femme à la clinique Mutualiste, Directrice de ce mémoire ;

**Mme Maud LIMOUZIN**, Sage-Femme au CHU de Grenoble.

Je remercie plus particulièrement :

**Mme Carole BORYE**, Sage-Femme à la clinique Mutualiste, Directrice de ce mémoire,

*Pour son écoute, sa disponibilité et ses conseils tout au long de ce travail ;*

**Mme Claire BAUDON**, faisant fonction de Sage-Femme Enseignante à l'Ecole de Sages-Femmes de Grenoble, Guidante de ce mémoire,

*Pour son aide et sa présence ;*

**L'ensemble des Sages-Femmes libérales** ayant participées à ce mémoire,

*Pour leur participation et leur motivation ;*

**Ma famille et mes proches,**

*Pour leur soutien ;*

**Romain,**

*Pour sa bienveillance et sa patience.*

## TABLES DES MATIERES

ABREVIATIONS .....	1
INTRODUCTION .....	2
MATERIEL ET METHODE.....	4
I. Matériel de l'étude.....	4
<i>a. Type d'étude</i> .....	4
<i>b. Site de l'étude</i> .....	4
<i>c. Population étudiée</i> .....	4
II. Méthode.....	5
<i>a. Variables analysées</i> .....	5
<i>b. Critères de jugement</i> .....	6
<i>c. Méthode de recueil</i> .....	7
III. Définitions .....	8
IV. Analyses statistiques.....	9
RESULTATS .....	10
I Population.....	10
II Evaluation de la douleur.....	13
III Evaluation de la reprise des rapports sexuels et des dyspareunies .....	15
DISCUSSION .....	16
I Limites de l'étude .....	16
II Résultats .....	19
<i>a. Caractéristiques de la population et de l'accouchement</i> .....	19
<i>b. Objectif principal : évaluation de la douleur</i> .....	20
<i>c. Objectifs secondaires : évaluation de la reprise des rapports sexuels et des dyspareunies</i> .....	21
CONCLUSION.....	23
BIBLIOGRAPHIE.....	24

## ABREVIATIONS

- A.U.D.I.P.O.G. : Association des Utilisateurs de Dossiers Informatisés en Pédiatrie, Obstétrique et Gynécologie.
- C.N.G.O.F. : Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français.
- C.N.R.D. : Centre Nationale de Ressources de lutte contre la Douleur.
- D.A. / R.U. : Délivrance Artificielle / Révision Utérine.
- D.D.E. : Durée des Efforts Expulsifs.
- E.V.A. : Echelle Visuelle Analogue.
- E.V.S. : Echelle Verbale Simple.
- I.M.C. : Indice de Masse Corporelle.
- S.A. : Semaine d'Aménorrhée.

## INTRODUCTION

Selon le réseau sentinelle AUDIPOG, le taux d'épisiotomie en France, rapporté aux accouchements par les voies naturelles, était en 2005 de 41% (61% chez la primipare et 25% chez la multipare). Ce taux est en diminution depuis 1996. [9]

Le recours à l'épisiotomie varie selon les pays, les régions, les hôpitaux, les différents professionnels. Il varie également selon les caractéristiques sociodémographiques des patientes (l'âge, la parité...) et les conditions obstétricales (grossesse gémellaire, présentation du siège). La pratique de l'épisiotomie était habituellement justifiée par deux types de bénéfices : le bénéfice fœtal, en diminuant le temps de l'expulsion, le traumatisme fœtal... ; Et le bénéfice maternel, en diminuant les risques de déchirures périnéales sévères, les incontinences, les prolapsus... [2-14].

En 2005, le Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français (C.N.G.O.F.) a publié des recommandations pour la pratique clinique de l'épisiotomie. Dans ce texte, le C.N.G.O.F. conclut que l'épisiotomie ne prévient pas les déchirures périnéales sévères. Elle ne prévient pas non plus les troubles de la statique pelvienne et les incontinences. Il n'existe pas d'indication obstétricale spécifique à la pratique d'une épisiotomie systématique et sa réalisation est laissée à l'expertise clinique de l'accoucheur (accord professionnel). En conclusion de ce texte, le C.N.G.O.F. recommandait l'institution d'une politique restrictive pour faire diminuer progressivement le taux moyen d'épisiotomie en-dessous de 30% [11].

Du point de vue de la douleur périnéale, les études de McArthur, de Larson et les recommandations du C.N.G.O.F., ne retrouvent pas de différence entre les patientes ayant eu une épisiotomie et celles ayant eu une déchirure spontanée à distance de l'accouchement (de six semaines du post-partum à trois mois selon les études) [4-7-11]. Au contraire, l'étude de Sartore retrouve une différence à trois mois du post-partum, les patientes ayant eu une épisiotomie présentant plus de douleurs périnéales [5].

En ce qui concerne les dyspareunies, les études de Sartore et de Larson retrouvaient un taux plus élevé chez les patientes ayant eu une épisiotomie [5-7].

Cependant, ces résultats sont à relativiser. En effet, dans l'étude de Larson, 30% des patientes n'avaient pas repris les rapports sexuels à 12 semaines du post-partum [7]. La comparaison entre épisiotomie et déchirure spontanée en ce qui concerne la reprise des rapports sexuels est un phénomène très peu étudié dans la littérature.

Suite à la lecture de ces données, on peut se demander si les patientes ayant eu une épisiotomie présentent plus de douleurs dans le post-partum à long terme que celles ayant eu une déchirure spontanée. On peut également se demander si les patientes ayant eu une épisiotomie ont une reprise plus tardive des rapports sexuels et si elles présentent plus de dyspareunies.

L'objectif principal de cette étude est de comparer l'épisiotomie à la déchirure spontanée au niveau de la douleur à la première consultation de rééducation périnéale suite à un accouchement eutocique.

Les objectifs secondaires sont de comparer l'épisiotomie à la déchirure spontanée au niveau de la reprise des rapports sexuels et des dyspareunies.

Dans la première partie, nous exposerons le matériel et les méthodes de notre étude, dans la seconde les résultats et enfin nous terminerons par la discussion.

## MATERIEL ET METHODE

### I. Matériel de l'étude

#### a. Type d'étude

Il s'agit d'une étude rétrospective, non expérimentale, à visée étiologique, de cohorte de type exposés / non exposés, menée dans huit cabinets de sages-femmes libérales de Grenoble, du 12 avril 2010 au 13 septembre 2010 (durée totale six mois).

#### b. Site de l'étude

Le recrutement de la population a été réalisé dans les cabinets des sages-femmes libérales de Grenoble, soit dix cabinets intra muros. Deux cabinets n'ont pu être contacté. Les huit autres ont accepté de participer à cette étude. Ces huit cabinets pratiquaient tous la rééducation périnéale.

Les patientes ainsi recrutées devaient avoir accouchées dans une des quatre maternités de l'agglomération grenobloise.

#### c. Population étudiée

Les patientes incluses dans l'étude devaient :

- avoir débuté une première séance de rééducation périnéale dans un des huit cabinets de sages-femmes libérales ;
- avoir accouché par voie basse, de façon eutocique, à terme ;
- présenter soit une épisiotomie, soit une déchirure spontanée.

Ont été exclues les extractions instrumentales, les grossesses gémellaires, les présentations du siège.

## **II. Méthode**

### **a. Variables analysées**

- **Caractéristiques de la population**

Nous avons recueilli les variables suivantes : l'âge, la parité, le statut marital, l'Indice de Masse Corporelle (I.M.C.) en début de grossesse, la prise de poids pendant la grossesse, le délai entre l'accouchement et la première consultation de rééducation périnéale.

- **Caractéristiques de l'accouchement**

Nous avons recueilli les variables suivantes : le terme, l'analgésie pendant le travail, la durée des efforts expulsifs, le type de présentation, la survenue d'une dystocie des épaules, la réalisation d'une Délivrance Artificielle/Révision Utérine (D.A./R.U.), la survenue d'une hémorragie de la délivrance, le poids du nouveau-né à la naissance, la survenue d'une infection périnéale durant le séjour en suites de couches.

- **Caractéristiques de la lésion périnéale**

Type :

- Déchirure simple, complète ou complète compliquée.
- Episiotomie médio-latérale, médiane, compliquée ou non d'une déchirure grave.

Présence d'autres lésions (mis à part l'épisiotomie ou la déchirure) :

- Eraillures.
- Brèches vaginales.

## **b. Critères de jugement**

- **Objectif principal : étude de la douleur périnéale**

### Echelle Verbale Simple (E.V.S.), critère de jugement principal :

L'E.V.S. est une échelle d'autoévaluation de la douleur, reconnue comme fiable par le Centre National de Ressources de lutte contre le Douleur (C.N.R.D.) [16]. Elle est constituée de cinq scores classés dans un ordre croissant d'intensité de douleur (Figure 1).

Figure 1 : L'E.V.S.

<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>
Pas de douleur	Douleur faible	Douleur modérée	Douleur intense	Douleur extrêmement intense

Pour une meilleure prise en charge de la douleur, le C.N.R.D. a défini deux paliers d'intensité de douleur en fonction des scores d'E.V.S. [16] :

- E.V.S. < 2 : douleur nulle ou faible;
- E.V.S.  $\leq$  2 : douleur modérée à extrêmement intense.

L'E.V.S. a été évaluée par les patientes dans trois situations du quotidien : au repos, à la mobilisation, à la miction / défécation.

### La consommation de paracétamol, d'anti-inflammatoires, ou de codéine :

A été relevée le jour de la première consultation de rééducation périnéale, et si cette consommation était liée à des douleurs périnéales.

### Consultation médicale :

Nous avons cherché à savoir si les patientes avaient consulté un personnel soignant pour des douleurs périnéales avant la première consultation de rééducation périnéale.

- **Objectifs secondaires**

La reprise des rapports sexuels à la première consultation de rééducation

La présence de dyspareunies à la première consultation de rééducation

**c. Méthode de recueil**

Le recueil des données s'est fait en deux temps :

- Un questionnaire rempli par la sage-femme lors de la première consultation de rééducation périnéale ;
- Recueil des informations complémentaires dans les dossiers d'accouchement des patientes et tri des exclusions.

- **Le questionnaire (Annexe 1)**

Le questionnaire était constitué de deux parties :

- Une partie informative qui a permis de retrouver les maternités d'accouchements et les dossiers des patientes ;
- Une partie évaluation de la douleur.

- **Dossiers d'accouchement (Annexe 2)**

Le retour dans les dossiers d'accouchement des patientes a permis :

- Le tri des exclusions : présentation du siège, grossesse gémellaire, accouchement prématuré et périnée intact ;
- Le recueil des données complémentaires.

A la fin de ce second temps, les patientes ont été réparties soit dans le groupe épisiotomie, soit dans le groupe déchirure spontanée.

### **III. Définitions**

- **Déchirures spontanées**

Nous décrivons les lésions périnéales selon la classification francophone de Martius présentée dans le dernier texte de recommandations pour la pratique clinique de l'épisiotomie du C.N.G.O.F. [11-12] (Annexe 3). Dans le groupe « déchirure spontanée » sont inclus tous les stades possibles de lésions périnéales.

- **Episiotomie**

#### Episiotomie médio-latérale

L'épisiotomie médio-latérale part de la fourchette vulvaire, se dirige à 45° au moins vers la région ischiatique sur 6 cm environ et sectionne en théorie le muscle puborectal.

#### Episiotomie médiane

L'épisiotomie médiane sectionne le noyau fibreux central du périnée, depuis la fourchette vulvaire en direction de l'anus, sur 4 cm environ.

#### Episiotomie compliquée

L'épisiotomie peut se compliquer de déchirures graves (déchirure complète, déchirure complète compliquée). Nous incluons dans le groupe « épisiotomie » celles qui sont compliquées de déchirures graves.

- **Dyspareunies**

La dyspareunie est une douleur ou une sensation désagréable lors de la pénétration. Elle peut être primaire ou secondaire (suite à un accouchement par exemple), permanente ou non, sélective, superficielle (vulvo-vaginale) ou profonde (douleur pelvienne qui peut survenir pendant ou après le rapport).

- **La rééducation périnéale**

La rééducation périnéale ne commence qu'après la consultation post-natale (six à huit semaines après l'accouchement). En général, dix séances sont prescrites et prises en charge par la Sécurité Sociale. Avant de commencer la rééducation, le rééducateur doit effectuer un bilan pour évaluer la présence ou non de douleurs, la tonicité du plancher pelvien, la présence ou non d'une incontinence et la caractériser. Le but de la rééducation est de redonner aux patientes un périnée indolore et un tonus périnéal correct afin de verrouiller efficacement le plancher pelvien lors des efforts. Les techniques de rééducation les plus utilisées sont les exercices physiques et le biofeedback. La rééducation périnéale peut être réalisée par une sage-femme ou par un kinésithérapeute.

#### **IV. Analyses statistiques**

Le traitement et l'analyse des données ont été réalisés grâce aux logiciels Stat View et Microsoft Excel.

Les variables ont été décrites par les effectifs et les proportions pour les données qualitatives ; et par les moyennes et écart types pour les données quantitatives. Seule une variable quantitative a été décrite par la médiane et l'espace interquartile, n'ayant pas une distribution normale.

L'analyse des données a été réalisée par comparaison de pourcentages (test statistique du  $\chi^2$ ) et par comparaison de moyennes (tests statistiques de Student et de Fisher selon l'effectif du groupe étudié).

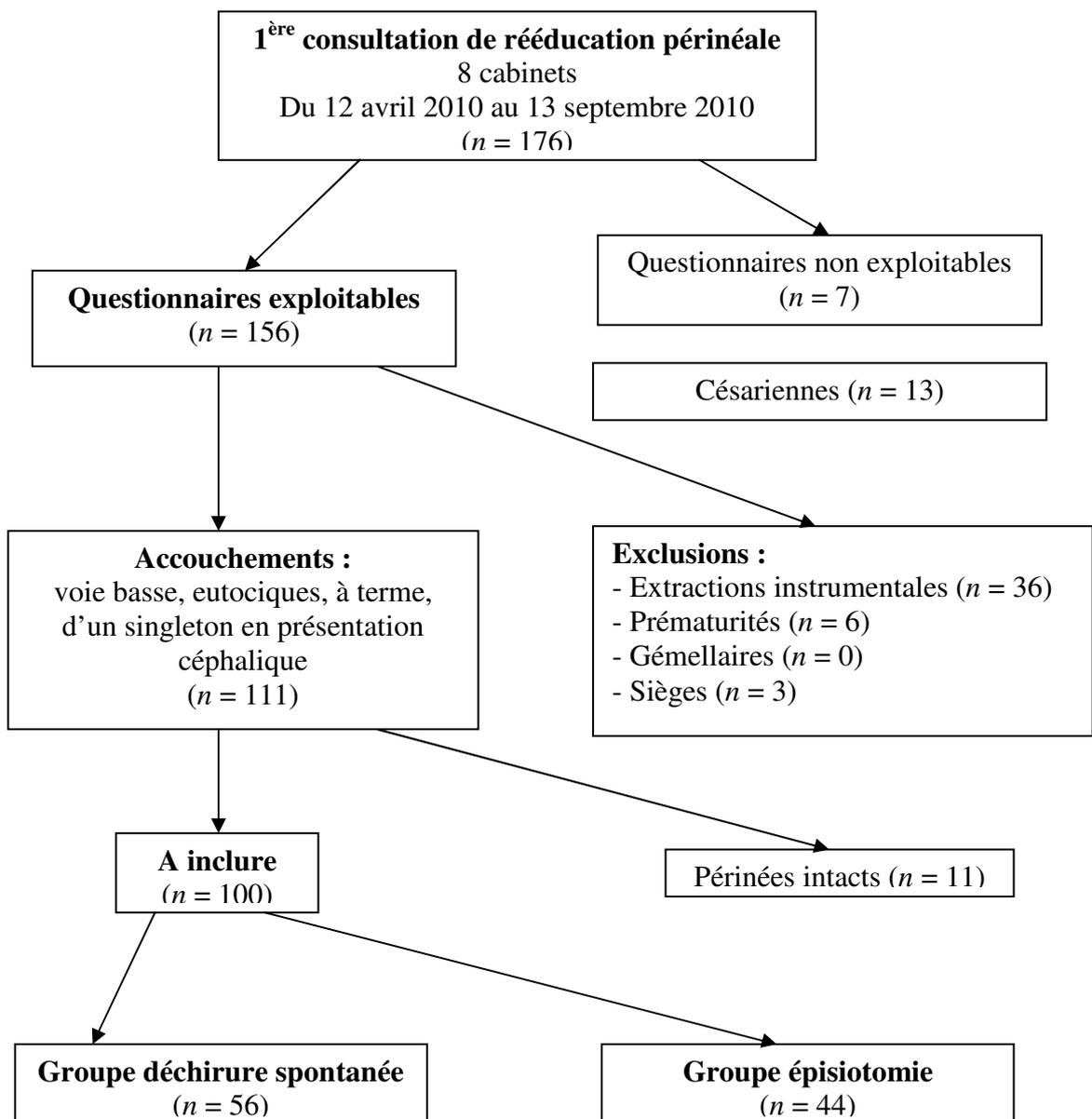
Les différences sont considérées comme significatives lorsque la valeur de p est inférieure à 0,05, ce qui correspond à un risque d'erreur de moins de 5%.

## RESULTATS

### I Population

Le nombre de questionnaires remplis durant la période d'étude a été de 176. Nous avons exclu 76 patientes. Les 100 patientes éligibles pour l'étude ont été réparties dans les groupes épisiotomie ou déchirure spontanée. Le groupe épisiotomie comportait 44 patientes soit 44% de la population. Le groupe déchirure spontanée comportait 56 patientes soit 56% de la population.

Figure 2: *Organigramme des effectifs.*



- **Caractéristiques de la population (Tableau I)**

Les caractéristiques générales des patientes ne diffèrent pas de façon significative entre les deux groupes.

L'âge maternel est en moyenne de 30,6 ans. Le taux de primipare est de 62% dans l'ensemble de la population. L'I.M.C. en début de grossesse est en moyenne de 21,5. Le délai entre l'accouchement et la première consultation de rééducation périnéale est en moyenne de 69 jours soit environ deux mois et neuf jours.

Tableau I: *Caractéristiques de la population.*

	<b>Population totale</b> (n = 100)	<b>Épisiotomie</b> (n = 44)	<b>Déchirure</b> (n = 56)	<b>p</b>
<b>Age maternel (an)</b>	30,6 (± 3,9)	30,1 (± 4,1)	31 (± 3,9)	0,23
<b>Primipare</b>	62 (62%)	31 (70,5%)	31 (55,4%)	0,12
<b>IMC **</b>	21,5 (± 2,8)	21,3 (± 2,3)	21,6 (± 3,1)	0,68
<b>Délai accouchement- rééducation ** (Jours)</b>	69 (59-111)	79,5 (60,5-115,5)	66 (56,5-106)	0,52

\*\*Les données n'étaient pas renseignées pour un nombre n de questionnaires: IMC (n = 35);  
Délai accouchement-1ère consultation rééducation (n = 1).

- **Caractéristiques de l'accouchement (Tableau II)**

Les données suivantes ne diffèrent pas entre nos deux groupes: le terme qui est en moyenne de 39,9 S.A ; Le taux d'analgésie durant le travail, qui est de 88% ; Le taux de présentation en O.S. qui est de 4% dans la population totale ; Le taux de dystocie des épaules qui est de 2%. ; Aucune patiente n'a eu d'infection périnéale durant le séjour en suite de couches.

Par contre, on retrouvait une différence entre nos deux groupes concernant :

- La durée des efforts expulsifs qui est plus élevée dans le groupe épisiotomie (19,2 min) que dans le groupe déchirure (11,9 min) et cette différence est statistiquement significative ( $p = 0,0008$ ).

- Le poids de naissance qui est plus élevé dans le groupe épisiotomie (3423,4 g) que dans le groupe déchirure (3263,1 g) et cette différence est statistiquement significative ( $p = 0,004$ ).

Tableau II : *Caractéristiques de l'accouchement.*

	<b>Population totale (n = 100)</b>	<b>Episiotomie (n = 44)</b>	<b>Déchirure (n = 56)</b>	<b>p</b>
<b>Terme ** (SA)</b>	39,9 (± 0,9)	39,9 (± 0,9)	39,8 (± 0,9)	0,34
<b>Analgesie durant le travail</b>	88 (88%)	38 (86,4%)	50 (89,3%)	0,66
<b>DDE ** (min)</b>	15,4 (± 9,3)	19,2 (± 9,4)	11,9 (± 7,8)	0,0008
<b>Présentation en OS</b>	4 (4%)	3 (6,8%)	1 (1,8%)	0,32 *
<b>Dystocie des épaules</b>	2 (2%)	2 (4,5%)	0	0,19 *
<b>Poids à la naissance ** (g)</b>	3334,3 (± 390,1)	3423,4 (± 445)	3263,1 (± 326,9)	0,04
<b>Infection du périnée **</b>	0	0	0	

\*Utilisation de la probabilité de Fisher pour des valeurs attendues inférieures à cinq.

\*\*Les données n'étaient pas renseignées pour un nombre  $n$  de questionnaires: Terme ( $n = 2$ ) ; Durée des efforts expulsifs ( $n = 30$ ) ; Poids à la naissance ( $n = 1$ ) ; Infection du périnée ( $n = 31$ ).

- **Caractéristiques de la lésion périnéale (Tableau III)**

Le taux de déchirures est de 56% dans notre population générale.

Le taux d'épisiotomie est de 44%, dont 81,8% d'épisiotomie médio-latérale et 18,2% d'épisiotomie médiane.

Nous ne notons aucune déchirure complète ou complète compliquée dans les deux groupes.

Le taux d'éraillures et de brèches vaginales ne diffère pas de manière significative entre les deux groupes.

Tableau III : *Caractéristiques de la lésion périnéale.*

	<b>Population totale (n = 100)</b>	<b>Épisiotomie (n = 44)</b>	<b>Déchirure (n = 56)</b>	<b>p</b>
<b>Déchirure simple</b>	56 (56%)	0	56 (56%)	
<b>Déchirure complète</b>	0	0	0	
<b>Déchirure complète compliquée</b>	0	0	0	
<b>Épisiotomie médio- latérale</b>	36 (36%)	36 (81,8%)	0	
<b>Épisiotomie médiane</b>	8 (8%)	8 (18,2%)	0	
<b>Épisiotomie compliquée</b>	0	0	0	
<b>Eraillures</b>	9 (9%)	2 (4,5%)	7 (12,5%)	0,29 *
<b>Brèches vaginales</b>	1 (1%)	0	1 (1,8%)	> 0,99 *

\*Utilisation de la probabilité de Fisher pour des valeurs attendues inférieures à cinq.

## **II Evaluation de la douleur**

Les scores d'E.V.S. au repos, à la mobilisation et à la miction/défécation ne diffèrent pas entre les deux groupes (Tableau IV).

Les taux de prise de paracétamol, d'anti inflammatoires et de codéine ne diffèrent également pas de manière statistiquement significative, et la prise de paracétamol n'était pas liée à des douleurs périnéales.

Cependant, les patientes ayant eu une épisiotomie ont plus consulté un personnel soignant avant la première séance de rééducation périnéale pour des douleurs périnéales (11,6% versus 0) que les patientes ayant eu une déchirure et cette différence est statistiquement significative ( $p = 0,02$ )

Tableau IV : *Caractéristiques de la douleur périnéale.*

	<b>Population totale (n = 100)</b>	<b>Episiotomie (n = 44)</b>	<b>Déchirure (n = 56)</b>	<b>p</b>
<b>Score moyen d'EVS</b>				
- Au repos	0,02 (± 0,14)	0,04 (± 0,19)	0	0,21
- A la mobilisation	0,13 (± 0,49)	0,11 (± 39)	0,14 (± 0,55)	0,77
- A la miction/défécation	0,24 (± 0,67)	0,25 (± 0,72)	0,23 (± 0,63)	0,89
<b>Palier d'intensité de douleur ***</b>				
<b>1) au repos :</b>				
- Douleur nulle ou faible	100 (100%)	44 (44%)	56 (56%)	
- Douleur modérée à extrêmement intense	0	0	0	
<b>2) à la mobilisation :</b>				0,63 *
- Douleur nulle ou faible	96 (96%)	43 (97,7%)	53 (94,6%)	
- Douleur modérée à extrêmement intense	4 (4%)	1 (2,3%)	3 (5,4%)	
<b>3) à la miction/défection :</b>				0,69 *
- Douleur nulle ou faible	94 (94%)	42 (95,5%)	52 (92,9%)	
- Douleur modérée à extrêmement intense	6 (6%)	2 (4,5%)	4 (7,1%)	
<b>Prise de paracétamol **</b>	3 (3,1%)	2 (4,8%)	1 (1,9%)	0,58 *
<b>Soignant consulté pour les douleurs périnéales **</b>	5 (5,4%)	5 (11,6%)	0	0,02 *

\*Utilisation de la probabilité de Fisher pour des valeurs attendues inférieures à cinq.

\*\*Les données n'étaient pas renseignées pour un nombre *n* de questionnaires: Prise de paracétamol (*n* = 4) ; Soignant consulté pour les douleurs périnéales (*n* = 7).

\*\*\* Douleur nulle ou faible : E.V.S. < 2 ; Douleur modérée à extrêmement intense : E.V.S. ≤ 2.

### **III Evaluation de la reprise des rapports sexuels et des dyspareunies**

Le taux de reprise des rapports sexuels et des dyspareunies ne diffèrent pas d'un groupe à l'autre (Tableau V).

Tableau V : *Reprise des rapports sexuels et dyspareunies.*

	<b>Population totale</b>	<b>Episiotomie</b>	<b>Déchirure</b>	<b><i>p</i></b>
	( <i>n</i> = 100)	( <i>n</i> = 44)	( <i>n</i> = 56)	
<b>Reprise des rapports sexuels **</b>	70 (72,2%)	31 (73,8%)	39 (70,9%)	0,75
<b>Dyspareunies **</b>	30 (33,3%)	17 (42,5%)	13 (26%)	0,09

\*\*Les données n'étaient pas renseignées pour un nombre *n* de questionnaires: Reprise des rapports sexuels (*n* = 3) ; Dyspareunies (*n* = 10).

## DISCUSSION

### I Limites de l'étude

- **Manque de puissance**

Notre étude a été réalisée sur une période de six mois. Sur cette période, nous avons récolté 176 questionnaires. Or, pour l'année 2010 le Réseau Périnatal Alpes Isère a enregistré 10 485 naissances (maternités de l'agglomération grenobloise et CH de Voiron).

Notre étude manque donc de puissance. Ce manque de puissance peut s'expliquer par un défaut d'inclusion. En effet, un grand nombre de patientes n'ont pas été incluses dans notre étude et ce pour diverses raisons :

- L'ensemble de l'agglomération grenobloise compte 23 cabinets de sages-femmes libérales. Notre étude n'a pu être menée que dans huit cabinets de sages-femmes libérales intra-muros.
- Toutes les femmes ne pratiquent pas une rééducation périnéale post-natale. Le taux de participation à la rééducation périnéale post-natale est un phénomène peu étudié en France.
- La rééducation périnéale peut être pratiquée soit par des sages-femmes soit par des kinésithérapeutes.
- La participation des cabinets à notre étude a été hétérogène (Annexe 4).

- **Type d'étude**

Il aurait été préférable de réaliser une étude prospective en recrutant les patientes à la maternité lors de l'accouchement, puis de les recontacter à trois mois par téléphone ou par mail [5-7-8]. Ceci aurait permis d'améliorer la puissance de notre étude et d'augmenter le nombre d'inclusions. Mais compte tenu des délais pour réaliser cette étude, le recrutement lors de la première consultation de rééducation périnéale par les sages-femmes libérales nous semblait être une bonne alternative.

Notre sujet aurait pu se prêter à une étude de type cas/témoin. Les patientes incluses dans notre étude auraient été réparties soit dans un groupe douleur, soit dans un groupe absence de douleur. Puis dans chaque groupe nous aurions étudiés la fréquence des épisiotomies et des déchirures spontanées. Mais notre objectif n'était pas de comparer deux groupes de douleur, mais de comparer l'épisiotomie versus la déchirure spontanée.

- **Facteurs de confusions**

On peut supposer que la technique de suture utilisée lors de la reprise de la plaie périnéale, ou un antécédent d'infection de suture lors d'un précédent accouchement, a une influence sur le ressenti de la douleur. Ce sont des données que nous n'avons pas pu recueillir pour notre étude car elles ne sont pas ou peu répertoriées dans les différents dossiers de soins des maternités.

On peut supposer que les patientes ayant eu une épisiotomie pratiquent plus la rééducation périnéale que les patientes ayant eu une déchirure simple, ce qui représente un biais de détection. Par ailleurs, toutes les femmes ne font pas leur rééducation périnéale au même moment et ceci peut être un biais dans l'évaluation de la douleur. De la même façon, on peut supposer que les patientes qui ont des douleurs pratiquent plus tôt et plus facilement la rééducation périnéale.

- **Définition de la lésion périnéale**

Nous souhaitons au départ utiliser la classification anglophone de Williams qui décrit la déchirure périnéale selon quatre degrés afin d'être le plus précis possible. Nous avons opté pour la classification de Martius qui décrit la plaie selon trois types (Annexe 3). Ce choix a été motivé par la simplicité de la classification française et par le fait que dans la plupart des études utilisant la classification anglophone, les déchirures du premier et du deuxième degré étaient regroupées au sein d'un même groupe [6-8].

- **Outil d'évaluation de la douleur**

Nous avons choisit d'utiliser l'E.V.S. pour évaluer la douleur lors de la première consultation de rééducation périnéale. Cette méthode était plus simple d'utilisation et de mise en œuvre (ne nécessitant pas de réglette) et moins abstraite que l'E.V.A. Mais l'E.V.S. est moins sensible que l'E.V.A. (nombre limité de réponses), qui reste la méthode de référence d'évaluation de la douleur dans les services [16]. De plus, l'E.V.S. a été évaluée dans des situations de la vie courante. Nous avons donc fait appel à la mémoire des patientes et il s'agit d'un biais de mémorisation.

- **Evaluation de la reprise des rapports sexuels et des dyspareunies**

On peut supposer que pour certaines patientes, il est plus difficile de répondre à ces deux questions face à un professionnel. De plus, notre étude a été réalisée lors de la première consultation de rééducation périnéale, et pour un certain nombre de patientes, il a du s'agir d'une première rencontre avec la sage-femme (critère non évalué). On peut supposer que pour certaines patientes, il a été plus difficile de se confier.

Toutes les sages-femmes n'abordent pas ces deux thèmes de la même façon, ce qui a pu influencer les réponses des patientes.

On peut supposer que la douleur influe sur la reprise des rapports sexuels.

De plus, 30% des patientes de notre étude n'avaient pas repris les rapports sexuels lors de la première consultation de rééducation périnéale, ce qui influe sur l'évaluation des dyspareunies.

## **II Résultats**

### **a. Caractéristiques de la population et de l'accouchement**

Notre population est comparable à la population nationale, bien que nos effectifs soient plus faibles, et nos résultats sont conformes aux données de la littérature.

L'âge, la parité et le terme de l'accouchement sont quasiment identiques entre nos deux groupes. Notre étude retrouve un taux plus élevé de présentation occipito-sacrée (O.S.) et de dystocie des épaules dans le groupe épisiotomie, bien que ces différences ne soient pas statistiquement significatives. Certaines situations obstétricales, comme les présentations en O.S., la dystocie des épaules, une durée des efforts expulsifs prolongée, ou la macrosomie, sont plus à risque d'épisiotomie.

En ce qui concerne la durée des efforts expulsifs, notre étude retrouve une différence statistiquement significative entre nos deux groupes (19,2 min dans le groupe épisiotomie versus 11,9 min dans le groupe déchirure).

L'étude de McArthur retrouvait une durée d'expulsion plus longue lorsque la patiente avait une épisiotomie (69 min), que lorsque la patiente avait une déchirure de premier ou du deuxième degré (50 min) et cette différence était statistiquement significative ( $p = 0,01$ ) [4].

Ces résultats sont en accord avec les nôtres. Toutefois les durées d'expulsion dans l'étude de McArthur sont plus élevées que les nôtres (69 min versus 19,2min). L'étude de McArthur a été réalisée à Toronto au Canada. Hors en France, selon les recommandations du C.N.G.O.F., une extraction instrumentale doit être envisagée après 30 minutes d'efforts expulsifs sans anomalies du rythme cardiaque fœtal [10].

En ce qui concerne le poids de naissance, notre étude montre une différence statistiquement significative (3423,4 g versus 3263,1 g).

L'étude de Sartore retrouvait un poids de naissance plus élevé lorsque la patiente avait une épisiotomie (3 334,7g) que lorsqu'elle avait une déchirure simple

(3 222,8 g), et cette différence était statistiquement significative [5]. Par contre l'étude de Larson ne retrouvait pas de différence statistiquement significative [7].

Nos résultats sont donc en accord avec l'étude de Sartore.

Plusieurs études ont montré un taux plus élevé d'épisiotomie lorsque les patientes étaient sous analgésie péridurale [1-4-6]. Mais notre étude ne montre pas de différence significative à ce sujet.

Notre étude retrouve un taux d'épisiotomie de 44% : 70,5% chez la primipare et 29,5% chez la multipare (périnée intact exclu).

Selon le réseau sentinelle AUDIPOG, le taux d'épisiotomie en France, en 2005, était de 41% (61% chez la primipare et 25% chez la multipare) [9].

Cette différence du taux d'épisiotomie chez la primipare et chez la multipare dans notre étude peut s'expliquer par le manque de puissance de notre étude. De plus, nous n'avons étudié que les patientes présentant une plaie périnéale, alors que l'étude AUDIPOG prenait en compte toutes les patientes.

Notre étude a été réalisée sur 100 patientes et ceci peut expliquer le fait que nous ne retrouvons pas de déchirure complète ou complète compliquée dans nos deux groupes.

### **b. Objectif principal : évaluation de la douleur**

Du point de vue de la douleur, notre étude ne retrouve pas de différence statistiquement significative entre nos deux groupes, qu'il s'agisse des scores d'E.V.S., des moyennes ou des paliers de douleur. Nous ne retrouvons également pas de différence selon la situation d'évaluation de la douleur : au repos, à la mobilisation, à la miction/défécation.

Les études de McArthur et Larson ne trouvaient pas de différence statistiquement significative du point de vue de la douleur entre les patientes ayant eu une épisiotomie et celles ayant eu une déchirure spontanée (de six semaines du post-partum à 12 semaines) [4-7].

Le C.N.G.O.F., dans sa publication « Recommandations pour la pratique clinique de l'épisiotomie », affirme qu'il n'existe pas de différence du point de vue de la douleur lors d'une épisiotomie à trois mois du post-partum [11].

Nos résultats sont en accord avec ceux de la littérature.

Notre étude ne retrouve pas de différence entre nos deux groupes concernant la prise d'antalgiques. De plus aucune patiente ne prenait du paracétamol pour des douleurs périnéales. Nous n'avons retrouvé aucune donnée dans la littérature concernant la consommation de paracétamol à deux, trois mois de l'accouchement. Il serait intéressant de réaliser une étude à ce sujet.

En ce qui concerne la donnée « consultation avec un personnel soignant pour des douleurs périnéales avant la première consultation de rééducation périnéale », nous manquons de données. En effet, il aurait été intéressant de savoir avec quel professionnel de santé cette consultation a eu lieu, pour quel motif exact, les solutions apportées et si cela avait eu un impact sur la douleur par la suite. D'autant plus que notre étude retrouve une différence statistiquement significative concernant cette variable, les patientes ayant eu une épisiotomie ayant plus consulté avant la première séance de rééducation périnéale.

### **c. Objectifs secondaires : évaluation de la reprise des rapports sexuels et des dyspareunies**

Concernant les dyspareunies notre étude ne retrouve pas de différence statistiquement significative entre les patientes ayant eu une épisiotomie et celles ayant eu une déchirure. Sur ce point nos résultats sont en désaccord avec la littérature puisque l'étude de Sartore retrouvait un taux plus élevé de dyspareunies à trois mois du post-partum pour les patientes ayant eu une épisiotomie (7,9%) par rapport à celles ayant eu une déchirure simple (3,4%) [5]. De même, l'étude de Larson retrouvait une différence statistiquement significative à 12 semaines entre ses deux groupes [7].

Les résultats concernant les dyspareunies sont à relativiser. En effet, l'étude de Larson retrouvait un taux de reprise des rapports sexuels à 12 semaines du post-partum de 70% [7]. Notre étude est en accord avec ce pourcentage. La reprise des rapports sexuels en fonction de la lésion périnéale (épisiotomie versus déchirure spontanée) est un phénomène très peu étudié dans la littérature.

## CONCLUSION

L'objectif principal de notre étude était de comparer l'épisiotomie à la déchirure spontanée au niveau de la douleur à la première consultation de rééducation périnéale suite à un accouchement eutocique.

Les objectifs secondaires étaient de comparer l'épisiotomie à la déchirure spontanée au niveau de la reprise des rapports sexuels et des dyspareunies.

Nos résultats ne montrent pas de différence statistiquement significative du point de vue de la douleur périnéale, de la reprise des rapports sexuels et des dyspareunies entre nos deux groupes à la première consultation de rééducation périnéale.

La majorité des auteurs de la littérature, ne retrouvent pas de différence statistiquement significative du point de vue de la douleur, ce qui est en accord avec nos résultats [4-7-11]. Concernant les dyspareunies, plusieurs études trouvaient une différence statistiquement significative entre les épisiotomies et les déchirures simples [5-7]. La reprise des rapports sexuels en fonction de la lésion périnéale est un phénomène très peu étudié dans la littérature.

Il n'existe donc aucun bénéfice à pratiquer une épisiotomie lors d'un accouchement eutocique à terme, dans le but de diminuer les douleurs périnéales à long terme, les dyspareunies ou d'améliorer le taux de reprise des rapports sexuels. Ces conclusions sont en accord avec celles du C.N.G.O.F. [11].

Il serait intéressant d'effectuer une étude prospective en incluant les patientes le jour de l'accouchement et en les recontactant trois mois après. Ceci permettrait d'augmenter le nombre de patientes incluses et d'améliorer le recueil des informations.

Il serait également intéressant d'étudier plus précisément les consultations pour la douleur avant la première consultation de rééducation périnéale : le motif, avec quel professionnel de santé, la prescription qui en découle, l'impact sur la douleur.

## BIBLIOGRAPHIE

### Articles de périodiques

[1] Serati M, Salvatore S, Siesto G, Cattoni E, Zarinato M, Khullar V, Cromi A, Ghezzi F, Bolis P. *Femal sexual function during pregnancy and after childbirth.* JSex Med 2010.

[2] Vendittelli F, Gallot D. *Quelles sont les données épidémiologiques concernant l'épisiotomie ?* J Gynecol Obstet Biol Reprod 2006 ; 35 : 1S12-1S23.

[3] Langer B, Minetti A. *Complications immédiates et à long terme de l'épisiotomie.* J Gynecol Obstet Biol Reprod 2006 ; 35 : 1S59-67.

[4] McArthur AJ, Macarthur C. *Incidence, severity, and determinants of perineal pain after vaginal delivery: a prospective cohort study.* Am J Obstet Gynecol 2004 ; 191 : 1199-204.

[5] Sartore A, De Seta F, Maso G, Pregazzi R, Grimaldi E, Guaschino S. *The effects of mediolateral episiotomy on pelvic floor function after vaginal delivery.* Obstet Gynecol 2004 ; 103 : 669-73.

[6] Signorello LB, Harlow BL, Chekos AK, Repke JT. *Postpartum sexual functioning an dits relationship to perineal trauma : a retrospective cohort study of primiparous women.* Am J Obstet Gynecol 2001 ; 184 : 881-90.

[7] Larsson PG, Platz-Christensen JJ, Bergman B, Wallsterrson G. *Advantage or disadvantage of episiotomy compared with spontaneous perineal laceration.* Gynecol Obstet Invest 1991 ; 31 : 213-6.

[8] Reading AE, Sledmere CM, Cox DN, Campbell S. *How women view postepisiotomy pain.* BMJ 1982 ; 284 : 243-6.

## Mémoire

[9] Borye C. *Comparaison entre l'épisiotomie et la déchirure spontanée au niveau de la douleur et de la cicatrisation, au troisième jour d'un accouchement eutocique.*  
Diplôme d'Etat de sage-femme : Grenoble ; 2008.

## Supports électroniques, sites internet

[10] CNGOF

*Modalités de surveillance foetale pendant le travail.*

c2007 (consulté le 25/02/2011) disponible sur :

[www.cngof.asso.fr](http://www.cngof.asso.fr)

[11] CNGOF

*Recommandations pour la pratique clinique de l'épisiotomie.*

c2005 (consulté le 30/12/2010) disponible sur :

[www.cngof.asso.fr](http://www.cngof.asso.fr)

[12] B. Jacquetin

*RPC l'épisiotomie, CNGOF, 30 novembre 2005, les recommandations finales.*

c2005 (consulté le 30/12/2010) disponible sur :

[www.cngof.asso.fr](http://www.cngof.asso.fr)

[13] Anaes

*Recommandations pour la pratique clinique de la rééducation dans le cadre du post-partum.*

C2002 (consulté le 25/02/2011) disponible sur :

[www.has-sante.fr](http://www.has-sante.fr)

[14] C. D'Ercole

*Episiotomie : incision médiane ou médio-latérale, systématique ou de quelle nécessité.*

c1998 (consulté le 8/02/2011) disponible sur :

[www.lesjta.com](http://www.lesjta.com)

[15] Conférence de consensus organisée par la Société Française d'Anesthésie et de Réanimation

*Evaluation de la douleur.*

C1997 (consulté le 2/02/2011) disponible sur :

[www.alrf.asso.fr](http://www.alrf.asso.fr)

[16] Centre National de Ressources de lutte contre la Douleur

[www.cnrdr.fr](http://www.cnrdr.fr)

# **ANNEXES**

**MEMOIRE SAGE-FEMME :**  
**DIFFERENCE ENTRE EPISIOTOMIE ET DECHIRURE SPONTANEE A LONG TERME**

**CRITERES D'EXCLUSION**

- Refus de participer de la patiente
- Césarienne
- Extraction instrumentale

**IDENTITE DE LA PATIENTE**

NOM :

Prénom :

Date de naissance :

**L'ACCOUCHEMENT**

Lieu de l'accouchement :

Date de l'accouchement :

**AUJOURD'HUI**

Date de l'examen :

Présence de douleur

Au repos :

- 0 Absente
- 1 Faible
- 2 Modérée
- 3 Intense
- 4 Extrêmement intense

A la mobilisation :

- 0 Absente
- 1 Faible
- 2 Modérée
- 3 Intense
- 4 Extrêmement intense

A la miction / défécation :

- 0 Absente
- 1 Faible
- 2 Modérée
- 3 Intense
- 4 Extrêmement intense

Reprise des rapports :

- OUI  NON

Présence de dyspareunies :

- OUI  NON

Prise de médicament à ce jour :

- OUI  NON

Médicaments :

- Paracétamol  AINS  Codéine

Pour des douleurs périnéales ?

- OUI  NON

Soignant rencontré pour ces douleurs :

- OUI  NON

Annexe 1 bis : *Fiche explicative pour les patientes*

Bonjour,

Je m'appelle Célia REYMOND et je suis étudiante sage-femme en troisième année. Je réalise mon mémoire sur la présence ou non de douleurs au moment de la première consultation de rééducation périnéale chez les femmes ayant eu un accouchement par voie basse. Pour cela, après avoir recueilli votre accord, votre sage-femme vous posera quelques questions et relèvera vos nom et prénom, afin que je puisse relever dans votre dossier d'accouchement certaines informations qui me seront nécessaires pour mon étude (si vous avez eu ou non une péridurale, le poids de votre enfant à la naissance...). Les informations ainsi recueillies seront toutes traitées de façon anonyme.

Je vous remercie pour votre participation.

Célia REYMOND

**FICHE DE RECUEIL**

**IDENTITE DE LA PATIENTE**

N° de questionnaire :

**CRITERES D'EXCLUSION**

- Césarienne
- Extraction instrumentale
- Présentation du siège
- Grossesse multiple
- Accouchements prématuré
- Périnée intact

**CARACTERISTIQUES POPULATION**

Age maternel : \_\_\_\_\_

Primipare :

OUI  NON

En couple :

OUI  NON

BMI : \_\_\_\_\_

Prise de poids durant la grossesse : \_\_\_\_\_ Kg

Délai entre accouchement et 1<sup>ère</sup> PPO : \_\_\_\_\_ Jour

**ACCOUCHEMENT ET POST-PARTUM COURT TERME**

Terme de l'accouchement : \_\_\_\_\_

APD :

OUI  NON

Durée des EE : \_\_\_\_\_

Type de présentation :

OP

OS

DDE :

OUI

NON

DA / RU :

OUI

NON

Hémorragie :

OUI

NON

Poids de l'enfant à la naissance : \_\_\_\_\_ g

Infection périnée :

OUI

NON

## **LESION PERINEALE**

Épisiotomie :

OUI

NON

Médio-latérale

Médiane

Compliquée

Erailures

Brèche vaginale

Déchirure spontanée :

OUI

NON

Simple

Complète

Complète compliquée

Erailures

Brèche vaginale

## 1ERE CONSULTATION REEDUCATION

### EVS

Au repos :

Absente     Faible     Modérée     Intense     Extrêmement intense

A la mobilisation :

Absente     Faible     Modérée     Intense     Extrêmement intense

A la miction / défécation :

Absente     Faible     Modérée     Intense     Extrêmement intense

Reprise des rapports sexuels :

OUI                       NON

Présence de dyspareunies :

OUI                       NON

Prise de médicaments :

OUI                       NON

Médicaments :

Paracétamol     AINS     Codéine

Pour des douleurs périnéales :

OUI                       NON

Soignant rencontré pour ces douleurs :

OUI                       NON

Annexe 3 : *Différentes classifications des déchirures périnéales [5].*

<b>Description anatomique des lésions</b>	<b>Francophone de Martius</b>	<b>Anglophone de Williams</b>
Muqueuse vaginale et peau périnéale	Simple	1 <sup>er</sup> degré
Noyau fibreux central du périnée		2 <sup>ème</sup> degré
Sphincter anal externe	Complète	3 <sup>ème</sup> degré
Sphincter anal interne et muqueuse ano-rectale	Complète compliquée	4 <sup>ème</sup> degré

*Annexe 4: Nombre de questionnaires inclus dans l'étude par cabinet de sages-femmes libérales.*

	<b>Nombre de questionnaires remplis</b>	<b>Taux de participation</b>
<b>Cabinet n°1</b>	7	7%
<b>Cabinet n°2</b>	10	10%
<b>Cabinet n°3</b>	4	4%
<b>Cabinet n°4</b>	9	9%
<b>Cabinet n°5</b>	31	31%
<b>Cabinet n°6</b>	12	12%
<b>Cabinet n°7</b>	16	16%
<b>Cabinet n°8</b>	11	11%

## RESUME

L'objectif principal de cette étude était de comparer l'épisiotomie à la déchirure spontanée au niveau de la douleur à la première consultation de rééducation périnéale suite à un accouchement eutocique.

Les objectifs secondaires étaient de comparer l'épisiotomie à la déchirure spontanée au niveau de la reprise des rapports sexuels et des dyspareunies.

Pour cela, nous avons effectué une étude rétrospective de cohorte de type exposés/non exposés. Des questionnaires ont été distribués dans huit cabinets de sages-femmes libérales de Grenoble du 12 avril au 13 septembre 2010. Le recueil des informations complémentaires et le tri des exclusions ont été fait sur les dossiers d'accouchement des patientes dans les quatre maternités de Grenoble.

Nous avons inclus dans notre étude 100 patientes, 44 dans le groupe épisiotomie et 56 dans le groupe déchirure spontanée. Nos résultats ne montrent pas de différence statistiquement significative entre nos deux groupes du point de vue de la douleur, de la reprise des rapports sexuels et des dyspareunies. Cependant les patientes ayant eu une épisiotomie présentent des durées d'expulsion plus longues, des poids de naissance plus élevés, et ont plus recours à un personnel médical pour des douleurs périnéales avant la première consultation de rééducation périnéale. Ces différences sont statistiquement significatives.

En conclusion, notre étude montre qu'il n'existe aucun bénéfice à pratiquer une épisiotomie lors d'un accouchement eutocique à terme, dans le but de diminuer les douleurs périnéales à long terme, les dyspareunies ou d'améliorer le taux de reprise des rapports sexuels.