



HAL
open science

Évaluation de la prise en charge de la douleur de l'épisiotomie dans les suites de couches

Khadija Ouddasser

► **To cite this version:**

Khadija Ouddasser. Évaluation de la prise en charge de la douleur de l'épisiotomie dans les suites de couches. Gynécologie et obstétrique. 2010. dumas-00673785

HAL Id: dumas-00673785

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-00673785v1>

Submitted on 24 Feb 2012

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.

CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE de ROUEN

DÉPARTEMENT DES ÉTUDES DE SAGE-FEMME

**ÉVALUATION DE LA PRISE EN CHARGE
DE LA DOULEUR DE L'ÉPISIOTOMIE
DANS LES SUITES DE COUCHES**

**Mémoire présenté par
Mademoiselle Khadija OUDDASSER
Née le 11 Février 1986**

DIPLOME D'ÉTAT DE SAGE-FEMME

PROMOTION 2010

Mes remerciements à

Mme Provost, pour ses conseils éclairés, et son soutien tout au long de ce travail,

Mme Hébert, pour sa disponibilité et son investissement,

Ma famille pour leur patience.

SOMMAIRE

<u>Introduction</u>	p.1
<u>Revue de la littérature</u>	
1. <u>Rappels anatomiques du périnée</u>	p.3
1.1 Le cadre osseux	
1.2 Les plans musculaires	p.3
1.3 La vascularisation	p.4
1.4 L'innervation	p.4
1.5 Modification pendant la grossesse et l'accouchement	p.5
2. <u>L'épisiotomie</u>	p.5
2.1 Indications de l'épisiotomie	p.5
2.2 Réalisation et réfection de l'épisiotomie	p.7
2.2.1 Réalisation de l'épisiotomie	p.7
2.2.2 Réfection de l'épisiotomie	p.8
2.3 Complications de l'épisiotomie	p.8
2.3.1 Complications immédiates	p.8
2.3.2 Complications en suites de couches	p.9
2.3.3 Complications à long terme	p.9
3. <u>La douleur</u>	p.10
3.1 Définition	p.10
3.2 Les paliers de la douleur	p.11
3.3 Évaluation de la douleur	p.11
3.4 Prise en charge de la douleur de l'épisiotomie	p.12
3.4.1 Méthodes analgésiques de la réfection de l'épisiotomie	p.13
3.4.2 Traitement antalgique dans les suites de l'épisiotomie	p.13
3.5 La législation concernant la douleur	p.16
4. <u>Mesure de l'indice de satisfaction dans les soins hospitaliers</u>	p.18

Etude

- | | |
|--------------------------|------|
| 1. <u>Méthodologie</u> | p.21 |
| 1.1 Objectifs de l'étude | p.21 |
| 1.2 Méthode | p.21 |
| 2. <u>Résultats</u> | p.24 |
| 3. <u>Discussion</u> | p.41 |

Conclusion

p.47

Bibliographie

Annexes

INTRODUCTION

La pratique de l'épisiotomie est l'intervention la plus commune de l'obstétrique. Cette pratique, née il y a 250 ans, se voyait être la résolution des complications périnéales liées à l'accouchement, mais elle est aujourd'hui remise en cause par des études qui prouvent qu'elle n'a pas atteint ses objectifs. En France, le taux global se situait en 2002/2003 à 47% (68% chez la primipare et 31% chez la multipare), en diminution depuis 1997 où il était respectivement de 79 et de 42%. Ce taux varie aussi selon les régions. Désormais, l'objectif officiel est de diminuer le taux global d'épisiotomies "en dessous de 30%" (37).

A la clinique obstétricale du Centre Hospitalier Universitaire de Rouen, d'après Delacroix, il existe une diminution importante du taux d'épisiotomies car il était de 69.3% en 2003 et n'est plus qu'à 39% en 2007 (41). L'épisiotomie concerne un nombre non négligeable de patientes accouchant voie basse. Elle reste la principale source de douleur périnéale dans les suites de couches. En effet, l'épisiotomie entraîne des douleurs pour 97% des primipares à J1. (22) D'ailleurs, un site a été créé par des femmes concernant la douleur de l'épisiotomie. (55). En 2001, la douleur de l'épisiotomie, selon Tellier, semble être perçue comme inéluctable par les femmes, une prise de la charge de la douleur est donc essentielle à mettre en place. (43). En effet, la circulaire du 30 Avril 2002 relative à la mise en œuvre du programme national de lutte contre la douleur dans les établissements de santé, impose la mise en place de protocoles de prise en charge de la douleur (39). En 2005, au CHU de Rouen, un protocole de prise en charge de la douleur de l'épisiotomie a été mis en place. Durant les stages, au sein des unités de suites de couches, les patientes ayant eues une épisiotomie ne recevaient pas toutes le même traitement. Qu'en est-il de l'application du protocole et de son efficacité sur la douleur de l'épisiotomie. Quel est le ressenti des patientes ?

C'est pourquoi, l'objectif principal de ce travail était d'évaluer la douleur liée à l'épisiotomie. Les objectifs secondaires de cette études étaient quelle était l'application du protocole, l'évaluation de son efficacité et de mesurer la satisfaction des patientes vis-à-vis de cette prise en charge à la clinique obstétricale du CHU de Rouen.

Ce travail se divisera en deux parties. Tout d'abord, une première partie où nous aborderons quelques rappels anatomiques du plancher pelvien puis nous étudierons l'épisiotomie ainsi que la prise en charge de la douleur qui en résulte.

La deuxième partie consistera à l'exposition de notre étude réalisée à la clinique obstétricale du CHU de Rouen.

REVUE DE LA LITTÉRATURE

1. Rappels anatomiques (4, 5, 6)

Le périnée est l'ensemble des parties molles qui ferment en bas l'excavation pelvienne, il forme le plancher du petit bassin et est limité par un cadre ostéofibreux. La ligne transversale passant par les deux tubérosités ischiatiques sépare le périnée en deux : le périnée antérieur ou uro-génital et le périnée postérieur ou région anale. (Annexe I)

1.1 Le cadre osseux

Le pelvis osseux ou bassin osseux est constitué des os coxaux, le sacrum et le coccyx. Ces os sont solidarisés par des articulations quasi immobiles, la symphyse pubienne, les articulations sacro-iliaques et sacro-coccygienne. La mobilité de ces articulations, bien que réduite, est plus importante lors de la grossesse grâce à l'imprégnation hormonale. Cet anneau osseux qui supporte le squelette axial, repartit et transmet le poids du corps aux membres inférieurs.

1.2 Les plans musculaires

Le diaphragme pelvien est une cloison musculaire séparant la cavité pelvienne du périnée. Constitué des muscles élévateurs de l'anus et coccygiens, il présente sur son axe sagittal : en avant, le hiatus urogénital, traversé par l'urètre et le vagin, et en arrière, le hiatus anal contenant la jonction ano-rectale.

Il se compose de plusieurs plans :

Le plan superficiel du périnée : qui se compose du sphincter de l'anus (il forme le périnée anal avec le ligament ano-coccygien), le transverse superficiel du périnée, l'ischio caverneux, le bulbo caverneux, le constricteur de la vulve et le sphincter de l'anus qui assure la continence anorectale.

La contraction des autres muscles permet la stabilisation du centre tendineux du périnée et favorise l'action des muscles qui prennent naissance à cet endroit.

Le plan moyen du périnée: formé par le sphincter externe de l'urètre, le transverse profond qui forme en grande partie le plancher uro-génital. La contraction de ce dernier permet d'immobiliser le centre tendineux du périnée et favorise aussi l'action des muscles qui s'y insèrent. Les organes érectiles, corps caverneux et bulbes vestibulaires, en font partie.

Le plan profond du périnée qui essentiellement formé par le muscle élévateur de l'anus qui est le muscle essentiel du diaphragme pelvien.

1.3 La vascularisation

Elle est assurée par le pédicule vasculo-nerveux pudendal. L'artère pudendale interne est destinée au périnée, c'est une branche terminale de l'artère iliaque interne. Elle donne plusieurs collatérales: l'artère rectale inférieure, l'artère périnéale superficielle, l'artère de bulbe vestibulaire, l'artère urétrale. L'artère obturatrice participe également à la vascularisation du périnée.

1.4 L'innervation

Les viscères pelviens et les structures périnéales sont pourvus d'une innervation riche, somatique et végétative. Le plexus sacral participe à l'innervation du périnée par l'intermédiaire du nerf cutané postérieur de la cuisse.

Le plexus pudendal, innerve les muscles, les téguments et les organes périnéaux, mais aussi les muscles et les viscères pelviens, à l'exception des ovaires. Il est constitué de la racine antérieure du nerf sacral S4 et des neurofibres provenant des nerfs sacraux S2 et S3. Il donne plusieurs branches collatérales : le nerf splanchnique, le nerf du muscle élévateur de l'anus, le nerf du muscle coccygien, le nerf rectal supérieur, le nerf perforant cutané. La branche terminale est le nerf pudendal (nerf somatique principal du périnée), il est mixte et complexe contenant des neurofibres sympathiques. Il est formé de neurofibres provenant des nerfs sacraux S2, S3, S4.

L'épisiotomie et la déchirure périnéale, sans atteinte du sphincter de l'anus, n'affectent pas le nerf pudendal. Par contre l'utilisation du forceps entraîne une

augmentation des lésions traumatiques sphinctériennes et de neuropathie pudendale pendant les 48 heures postnatales. (4, 41)

1.5 Modification pendant la grossesse et l'accouchement (4, 5, 41)

Il y a peu de modifications pendant la grossesse, excepté une hyper-laxité ligamentaire notamment au niveau de la symphyse pubienne, ainsi qu'une baisse du tonus des muscles du périnée et des sphincters de l'urètre. Cette modification est due à l'imprégnation hormonale oestro-progestative de la grossesse.

Lors de l'accouchement, le périnée subit des traumatismes importants qui peuvent avoir des conséquences sur la statique pelvienne. En effet, la présentation progresse dans l'excavation pelvienne et vient buter contre le coccyx, entraînant une distension du périnée postérieur, le centre tendineux est alors comprimé et la région ano-vulvaire devient saillante. La partie externe du muscle élévateur de l'anus se relâche pour permettre l'ouverture de la fente génitale et la descente du mobile fœtal. La partie interne forme une sangle postérieure, se contracte et élève le noyau fibreux central. Le plancher périnéal s'amplie, la distance ano-vulvaire s'allonge et l'anus se dilate. L'ampliation périnéale doit être progressive, la sage-femme doit guider le dégagement en maîtrisant la progression du mobile fœtal.

La progression du fœtus peut s'accompagner de traumatismes de l'urètre et de son appareil sphinctérien. Elle peut entraîner une dénervation partielle et donc augmenter les troubles urinaires. Mais la grossesse, à elle seule, modifie l'angle uréthro-vésical postérieur qui serait également responsable d'une incontinence urinaire. Cette modification disparaît dans le post-partum.

2 L'épisiotomie

2.1 Indications de l'épisiotomie

Depuis 2005, le Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français (CNGOF) ne recommande plus de réaliser une épisiotomie chez la primipare, lors de manœuvres obstétricales ou lors de macrosomie, de façon systématique (Grade C) (12). La pratique systématique de l'épisiotomie ne se justifie pas en d'extraction instrumentale. Le taux de lésions sévères est augmenté lorsque l'extraction est associée à l'épisiotomie, mais le lien de cause à effet entre

épisiotomie et lésions périnéales sévères n'est pas établi. L'extraction par ventouse, quant à elle, nécessite moins d'épisiotomies, et expose moins aux lésions périnéales sévères que le forceps. (27, 28).

De plus, la pratique de l'épisiotomie ne doit pas être réalisée en systématique lors de la présentation en siège ou présentation postérieure ou de la face.

Les antécédents de lésions périnéales du 3^e et du 4^e degré et les mutilations génitales ne justifient pas une pratique systématique de l'épisiotomie.

Une politique libérale d'épisiotomies n'améliore pas l'état néonatal par rapport à une politique restrictive dans la population générale. (12, 17)

La seule indication qui justifierait une épisiotomie systématique est le périnée court (12, 27). De même, une épisiotomie peut-être judicieuse sur la base de l'expertise clinique de l'accoucheur face aux différentes situations obstétricales. Il existe également des paramètres à prendre en compte en ce qui concerne l'épisiotomie tels la position d'accouchement, la préparation psychoprophylactique. (10, 41, 42)

En effet, des études ont montré que les positions verticales et latérales pendant la deuxième phase du travail diminuent le recours à l'épisiotomie par rapport au décubitus dorsal (grade B), mais elles ne diminuent pas les réparations périnéales et augmentent cependant les pertes sanguines. Moreau, en 2007, sur une population de 102 patientes, trouve une différence significative du taux d'épisiotomies entre les patientes accouchant en décubitus dorsal (48.04%) versus patientes accouchant en décubitus latéral (13.73%). Ce constat rejoint l'étude de Downe, en 2007, qui avait mis en avant une diminution du taux d'épisiotomies (10).

La préparation à la naissance permet de faire comprendre à la patiente l'intérêt de la mobilisation pour faire descendre le bébé, de participer à la poussée et de gérer ses angoisses. Le thème de l'épisiotomie, inquiète les futures mères et doit être abordé. La nécessité de limiter la prise de poids, qui altère la qualité tissulaire, est également abordée. Le massage périnéal peut-être aussi expliqué à la femme pour la prévention de lésions périnéales même si aucune étude n'a montré une efficacité sur la survenue d'une épisiotomie ni sur la douleur du post partum (29). Il prépare la vulve à la distension lors de l'expulsion en augmentant sa souplesse. Mais les données sur son efficacité pour la diminution du taux d'épisiotomies sont

insuffisantes. Par contre, les mouvements simples de gymnastique, comme la position tailleur, favorisent la souplesse du périnée.

2.2 Réalisation et réfection de l'épisiotomie

2.2.1 Réalisation de l'épisiotomie (4, 5, 36)

L'épisiotomie est un geste chirurgical qui demande un environnement aseptique afin d'éviter le risque d'infection sur site opératoire. De plus, pour limiter la douleur, ce geste se doit d'être réalisé sous anesthésie.

Il existe différentes méthodes d'incision de l'épisiotomie : médiane, latérale, médiolatérale, bilatérale, transversale. L'épisiotomie médiane est la plus utilisée, surtout aux Etats-Unis et en Angleterre, car elle engendre moins de dyspareunie, les nerfs ne croisant pas la ligne médiane. Sa réparation est plus facile du fait de la symétrie de la plaie, et elle engendre moins d'hémorragie. Elle serait néanmoins responsable de lésions anales pouvant aller jusqu'à la rupture du sphincter et un risque de déflexion précoce de la tête.

L'épisiotomie en France est le plus souvent pratiquée de manière médio-latérale. Celle-ci est pratiquée avec des ciseaux droits avec une lame positionnée entre la présentation et la partie postérieure de la vulve. Cette section doit être franche et avec une inclinaison de 45 degrés avec le plan vertical de la fourchette vulvaire en direction de la tubérosité ischiatique. L'épisiotomie doit mesurer en moyenne six centimètres. Elle sectionne la peau, le vagin, les muscles bulbo-caverneux et transverse superficiel, et le muscle pubo-rectal.

La réalisation de l'épisiotomie est fonction de l'opérateur, c'est-à-dire que l'orientation, la taille, sa profondeur sont différentes lorsqu'elle est réalisée par un obstétricien ou par une sage-femme. Les épisiotomies des sages-femmes seraient plus médianes (moins de 40° sur la verticale) et plus courtes que celles des obstétriciens. Des épisiotomies courtes favoriseraient une rupture sphinctérienne en sectionnant partiellement le muscle pubo-rectal. (Annexe II)

L'incision se réalise lorsque la présentation se trouve au petit couronnement lors d'un effort expulsif ou lors d'une contraction et quand l'anus est légèrement dilaté. Une épisiotomie trop précoce serait plus hémorragique et pourrait sectionner incomplètement le muscle pubo-rectal qui ne serait pas encore suffisamment distendu et déporté vers l'avant et le haut. (5,36)

2.2.2 Réfection

Il existe deux grandes méthodes de réparation d'épisiotomie. La première technique est celle dite « de points séparés » qui consiste à suturer le vagin, les muscles périnéaux et la peau par des points séparés et ce, sur les trois plans. La deuxième méthode, est celle du surjet continue qui est la suture successive du vagin, des muscles et de la peau avec un seul fil. De plus, le type de réparation de l'épisiotomie a une influence sur la douleur post-épisiotomie. En effet, Kettle a montré qu'il est préférable d'utiliser le surjet continu car il réduit significativement la douleur et le risque de déhiscence, il suscite également une plus grande satisfaction des patientes (18). L'application de points séparés sur la peau peut augmenter le taux de dyspareunie à 3mois.

Lors de la réfection, il faut également tenir compte du matériel utilisé, et en effet l'utilisation de fils composés d'acide polyglycolique (fils résorbables) semble préférable aux fils non résorbables puisqu'ils génèrent moins de douleurs périnéales immédiates. (36)

2.3 Complications de l'épisiotomie

2.3.1 Complications immédiates

En salle de naissance, il existe un risque hémorragique qui peut apparaître dès l'incision de l'épisiotomie. D'après le CNGOF, l'épisiotomie semble augmenter le risque d'hémorragie du post-partum. Dans les recommandations pour la pratique professionnelle de 2004 sur les hémorragies du post-partum, Tessier et Pierre classent parmi "les facteurs de risque établi" les déchirures du périnée et les épisiotomies. Saunders a mesuré un risque augmenté pour les 29,3 % des femmes ayant subi une épisiotomie (taux d'hémorragie du post-partum et épisiotomie 9 % *versus* 4 % en l'absence d'épisiotomie). Les épisiotomies, en particulier médio-

latérales semblent à l'origine de spoliations sanguines plus importantes que les déchirures simples (1^{er} et 2^e degré). (32)

D'après le CNGOF, il ne semblerait pas que la réalisation d'une épisiotomie (médio-latérale) augmenterait le risque de déchirure sévère (3^e ou 4^e degrés) du périnée (12). L'épisiotomie médiane serait associée à plus de déchirures du 3^{ème} ou 4^{ème} degré (9, 19, 31). Dans une grande étude transversale réalisée portant sur 50210 accouchements par voie vaginale d'un singleton pesant plus de 500 gr, pour un nombre d'épisiotomie de 13361 effectués, l'épisiotomie médiolatérale multipliait par deux le risque de périnée complet [Angioli 2000]. (14)

Il est rapporté, également, que l'épisiotomie serait responsable d'un certains nombres de traumatismes fœtaux (lésions des testicules allant jusqu'à la castration lors de la présentation du siège, érosion superficielle de la paupière lors de la présentation céphalique, fractures de la mâchoire sur présentation de la face). (21)

2.3.2 Complications en suites de couches

Dans le post-partum immédiat, la douleur est la complication la plus fréquente. Les patientes ayant une épisiotomie se plaignent plus de douleurs périnéales que celle ayant accouché avec un périnée intact ou déchirure du 1^{er} ou 2^{ème} degré. Cette différence n'existe plus à 3 mois de distance.

La douleur de l'épisiotomie est mal évaluée et est mal supportée par la femme. Elle est due à plusieurs types de complications:

- l'hématome de l'épisiotomie secondaire à un défaut d'hémostase du plan profond.
- l'inflammation de la suture avec œdème au niveau de la cicatrice.
- la désunion, voire l'infection de la suture. (21)

2.3.3 Complications à long terme

Les complications à distance sont essentiellement des douleurs chroniques et des dyspareunies. D'après le CNGOF, l'épisiotomie semble générer plus de dyspareunies pendant les premières semaines du post-partum, par rapport aux déchirures périnéales, cependant ce n'est plus vrai à distance de l'accouchement. (12)

Mais les facteurs psychologiques restent prépondérants dans ces douleurs à long terme par une mauvaise connaissance du schéma corporel, des craintes de désunion vis-à-vis de la suture (40). D'autres complications locales sont possibles comme, des granulations au niveau de la cicatrice d'épisiotomie, un endométriose sur épisiotomie, une fistule anale, une fasciite nécrosante(21)

3. La douleur

3.1 Définition (40, 42, 45, 47)

Selon l'OMS, la douleur est une expérience sensorielle et émotionnelle désagréable, associée à un dommage tissulaire présent ou potentiel, ou décrite en terme d'un tel dommage. C'est toujours une expérience subjective, colorée par les apprentissages antérieurs et les motivations actuelles. Une douleur psychogène, sans lésion objective, est aussi légitime qu'une douleur physique.

Il existe différentes composantes de la douleur:

La composante sensorielle: due aux mécanismes nerveux permettant le décodage de la qualité, l'intensité et la localisation des messages douloureux.

La composante affective et émotionnelle: c'est la tonalité désagréable, pénible, parfois insupportable, menant à un état anxio-dépressif.

La composante cognitive ou intellectuelle: regroupe les processus mentaux susceptibles d'influencer la perception douloureuse. Le rôle de l'âge, du sexe, de la culture, du profil psychologique, de la maladie est très important.

La composante comportementale: manifestations verbales et non verbales de la personne qui souffre (prostration, agitation,...).

Le contexte socio-économique: réaction différente selon les professions face à un même mécanisme douloureux.

La composante culturelle et ethnique: selon les lieux, les cultures, les coutumes, les traditions, les manifestations de la douleur sont différentes.

La composante religieuse: l'interprétation et le vécu de la douleur sont différentes selon les religions.

On comprend dès lors la complexité de la prise en charge d'une douleur.

La douleur est classée selon différents paliers pour permettre un traitement adapté.

3.2 Les paliers de la douleur

L'organisation mondiale de la santé a établi une échelle pour l'utilisation des antalgiques. Elle classe la douleur selon 3 paliers :

Douleur légère (palier I) : Utilisation d'antalgiques périphériques pouvant être associés ou non à des thérapeutiques adjuvantes.

Douleur légère à modérée (palier II) : Utilisation d'opiacés faibles associés ou non à des antalgiques périphériques et/ou des adjuvants.

Douleur modérée à sévère (palier III) : Utilisation d'antalgiques centraux (morphiniques) associés ou non à des antalgiques non opiacés et/ou adjuvants.

Chaque palier n'est atteint que lorsque les médicaments du palier précédent, utilisés à dose optimale, se révèlent insuffisants ou inefficaces. Pour connaître à quel palier la douleur appartient, il faut évaluer la douleur.

3.3 Evaluation de la douleur (50)

La douleur peut-être évaluée à l'aide de différentes échelles. Trois types d'échelles se proposent d'apprécier globalement l'intensité de la douleur ou son soulagement : échelle verbale simple, échelle numérique, échelle visuelle analogique. Ces outils sont considérés comme « validés » car ils répondent à 3 qualités métrologiques : validité, fidélité, sensibilité au changement. Ces échelles ont l'avantage commun de rendre possible des mesures rapides, répétées qui permettent d'étudier l'évolution dans le temps et la réponse au traitement.

L'échelle visuelle analogique est souvent préférée du fait de sa plus grande sensibilité liée au plus grand nombre de réponses possibles. Elle se présente sous forme écrite ou, plus couramment, de réglette qui concrétise auprès du malade une sorte de « thermomètre » de la douleur. L'intensité de la douleur est mesurée en millimètres par la distance entre la position de la croix et l'extrémité. Le chiffre est arrondi au millimètre le plus proche. Pour le soignant ou le médecin, il convient de bien comprendre les avantages et les limites d'un tel instrument, de connaître les explications standardisées pour présenter celui-ci. Dans certains cas, l'échelle visuelle analogique n'est pas possible à utiliser. D'autres outils, par exemple l'échelle verbale simple ou l'échelle numérique, peuvent être utilisés. L'échelle verbale simple repose sur la description verbale et de ce fait, elle est

facile à comprendre. Le nombre plus réduit de réponses possibles (4 à 5 catégories) la rend moins sensible que l'échelle visuelle analogique. L'échelle numérique est de compréhension facile et se prête à des réponses orales. Elle est une alternative très utile dans la pratique courante.

En général, le patient est interrogé sur plusieurs critères:

- la douleur au moment présent ;
- le niveau habituel de la douleur (depuis plusieurs heures ou jours) ;
- la douleur la plus intense (depuis plusieurs heures ou jours) ;
- la douleur la plus faible (depuis plusieurs heures ou jours).

3.4 Prise en charge de la douleur de l'épisiotomie

La douleur de l'épisiotomie est une douleur aiguë, c'est-à-dire brève, limitée dans le temps. L'anxiété peut en accroître l'intensité qui dépend de la composante psychologique. Des facteurs prédictifs de douleurs aiguës sévères ont pu être identifiés lors de l'accouchement par voie basse tels que, la présence dans l'anamnèse anténatale d'un syndrome douloureux avant ou pendant la grossesse, un score de somatisation élevé, la consommation d'alcool, un accouchement "compliqué" d'une extraction par forceps, une épisiotomie ou une déchirure périnéale complexe. (20)

La douleur de l'épisiotomie, est une douleur par un excès de stimulation nocive (ou nociceptive). La lésion tissulaire crée un stimulus qui déclenche une succession d'événements pour exprimer la sensation douloureuse. La transmission sensorielle est assurée par les nocicepteurs afférents primaires. Le message douloureux est alors amené aux centres supérieurs du cerveau qui intègrent le message douloureux et vont permettre les réponses d'adaptation à la douleur. (2)

La douleur de l'épisiotomie est peu ou mal évaluée. La douleur qu'elle occasionne dans le post-partum est très souvent perçue comme inéluctable à la fois par les femmes mais également par le personnel soignant. (43)

D'après une étude sur 64 patientes, réalisée en 2003 au CHU de Poitiers, la douleur de l'épisiotomie est maximale au retour à domicile entre le 4^e et le 5^e jour du post-partum. (11)

3.4.1 Méthodes analgésiques de la réfection de l'épisiotomie

Il est important de recourir à une méthode analgésique lors de la pratique et de la réfection de l'épisiotomie car elle permettrait une diminution de la douleur dans le post-partum. En effet, il existe de nombreux moyens analgésiques pour diminuer la douleur de l'épisiotomie : l'anesthésie locale, l'anesthésie des nerfs pudendaux et l'anesthésie loco-régionale. (12) L'anesthésie locale consiste en une injection de la lidocaïne dans l'épaisseur du périnée du futur trajet de l'épisiotomie. Les doses efficaces pour obtenir une bonne analgésie ne sont pas bien définies, mais la dose maximale serait de 200mg. Lors d'une anesthésie péridurale, l'ajout d'un opiacé augmenterait les performances de l'anesthésie périnéale.

En 2008, une étude randomisée en double aveugle concernant le bloc pudendal par injection de Ropivacaïne, après l'accouchement et après la suture de l'épisiotomie, montre une diminution de la douleur dans les 12 premières heures qui suivent la naissance ainsi qu'une diminution de la prise d'antalgique per os dans le post-partum. Cependant, il faut noter que l'étude a été réalisée dans une faible population (42 femmes) (7). Une autre étude concernant également l'efficacité d'une infiltration de ropivacaïne (10ml à 7.5mg/ml) sur la douleur périnéale après épisiotomie et déchirure périnéale durant les 24 premières heures a été réalisée dans une population de 62 patientes (groupe témoin versus groupe ropivacaïne). Cette étude rejoint les résultats de l'étude précédente, c'est-à-dire que l'infiltration de ropivacaïne lors de la suture de l'épisiotomie réduit les douleurs périnéales du post-partum pendant les 24 premières heures. (30)

3.4.2 Traitement antalgique dans les suites de l'épisiotomie

Différents moyens médicaux et non médicaux sont utilisés pour soulager la douleur de l'épisiotomie. (13)

En ce qui concerne **les moyens médicaux**, les antalgiques utilisés pour la douleur de l'épisiotomie sont les antalgiques_périphériques (non dérivés de l'opium). Ils exercent essentiellement leur action en périphérie au niveau des tissus lésés. Ils sont très souvent utilisés pour traiter des douleurs légères de palier I.

Ils se répartissent de la façon suivante:

- Antalgiques antipyrétiques : comme le paracétamol (effergal*, doliprane)
- Antalgiques anti-inflammatoires antipyrétiques. Ce sont les anti-inflammatoires non stéroïdiens ou A.I.N.S. Parmi cette classe, l'aspirine l'ibuprofène, acide niflumique.
- Antalgiques "purs" (2)

➤ Le paracétamol (2, 13, 44)

Le paracétamol est un antalgique non opiacé, son mécanisme d'action serait essentiellement central, il a une capacité à franchir la barrière hémato-méningée qui permettrait une inhibition de la synthèse des prostaglandines. De plus, il existerait une action anti-inflammatoire du paracétamol.

Il est utilisé en première intention pour soulager les douleurs pourtant il n'a pas fait l'objet de nombreux travaux.

En 1991, un travail comparant le paracétamol versus placebo mais avec un effectif seulement de 33 patientes, en a montré une efficacité limitée sur les douleurs de l'épisiotomie. Cependant, il est difficile de conclure du fait de peu d'études.

La concentration plasmatique maximale est atteinte 30 à 90 minutes après l'administration per os avec une durée d'action de 4 heures. L'action antalgique est dose dépendante. La posologie recommandée est de 3g par 24 heures.

Le paracétamol est presque entièrement métabolisé par le foie. Le principal effet secondaire est l'insuffisance hépatique par surdosage avec une dose toxique de l'ordre de 10 à 15g en une fois.

Il est possible d'utiliser du paracétamol à posologie usuelle pendant l'allaitement maternel. En effet, la quantité ingérée via le lait est faible. (44)

Le paracétamol est utilisé du fait de son prix abordable et d'effets secondaire peu nombreux. En 2009, la boîte de 8 comprimés de 1g ou la boîte de 16 comprimés de 500mg coûte 1.68 euros. Avec un remboursement de 65% par la sécurité sociale. (46)

➤ Les AINS

Les anti-inflammatoires sont des médicaments qui antagonisent les processus inflammatoires. Ce sont des médicaments à action anti-inflammatoire plus spécifique. Ils ont quatre fonctions : anti-inflammatoire, antalgique, antipyrétique et antiagrégant plaquettaire. Les AINS sont des antalgiques à faible dose et ont une action anti-inflammatoire lorsque les doses sont répétées et suffisantes. (2)

De nombreuses études ont montré leur efficacité dans les douleurs provoquée par l'épisiotomie. Une étude en 1997, menée en double aveugle a comparé les effets du diclofénac suppositoire versus placebo sur un effectif de 110 patientes. Les patientes ayant reçu du diclofénac en prophylactique ont été mieux soulagée 24 et 48 heures après l'accouchement. Un autre essai randomisé sur les effets de l'ibuprofène a été mené aussi en double aveugle. Il comparait les effets de l'ibuprofène 400mg versus paracétamol 1g versus placebo. Après 24 heures, 22 femmes sur 31 avaient été soulagées pour l'ibuprofène contre 8 sur 28 pour le paracétamol et 5 sur 31 pour le placebo ($p < 0.01$). (13) Les AINS par voie générale ou par voie rectale sont de bons antalgiques sur les douleurs de l'épisiotomie (niveau de preuve 1). Peter, en 2001, montre, sur une population de 237 patientes, que l'Ibuprofène et l'Acétimophène codéiné sont efficaces dans le traitement de la douleur post-épisiotomie ou les déchirures du 3ème ou 4ème degré (24). Le Kétoprofène® et l'Ibuprofène® sont les médicaments les plus retrouvés dans les différentes études.

La posologie dépend de l'AINS utilisé. Par exemple, pour l'acide niflumique (Nifluril[®] gélule) la posologie est 250mg, 3fois par jour, la dose maximale par jour étant de 1500mg.

Les effets indésirables sont des troubles gastro-intestinaux bénins (vomissements, diarrhées) voire graves (hémorragies et ulcères gastro-duodénaux) et d'autres effets comme des troubles rénaux, hépatiques, réactions allergiques, hématologiques. (2)

En ce qui concerne l'allaitement, l'AINS prescrit doit diffuser en très faible quantité dans le lait maternel, avoir une demi-vie courte et ne doit pas posséder de principe actif chez le nourrisson après conjugaison dans le tube digestif. Pour le Nifluril[®], il n'y a pas de donnée publiée. L'Ibuprofène, le Kétoprofène et le

Diclofénac peuvent-être prescrit sans risque pour le nouveau-né car l'enfant reçoit moins de 1% de la dose maternelle. (44)

Pour respecter l'efficience, il faut utiliser le médicament le plus efficace au prix le moins cher. En 2009, les prix des différents AINS cités plus haut, oscillent autour de 3 euros, et sont également remboursés par la sécurité sociale, ce qui laisse une large possibilité d'utilisation. (46)

➤ Autres moyens

Il existe d'autres moyens médicaux locaux souvent utilisés pour le soulagement de l'épisiotomie qui sont les anesthésiques locaux. Dans une méta- analyse de huit études incluant 976 patientes, qui compare l'application d'anesthésiques locaux versus placebo ou antalgiques habituels, les auteurs n'ont pas montré d'efficacité dans le traitement de la douleur de l'épisiotomie. Une autre étude, de Tay, compare l'application de procaïne et un lavage soigneux de la cicatrice (niveau de preuve 1) sur 100 femmes. La conclusion retenue est qu'il n'existe pas de différence significative sur le soulagement de la douleur. (13)

Au total, l'application d'anesthésiques locaux n'a pas prouvé son efficacité dans le soulagement de la douleur de l'épisiotomie.

Il existe également des **moyens non médicaux** tels l'ajout de sels dans l'eau, la glace, l'huile essentielle de lavande, l'acupuncture, mais les études effectuées ne démontrent aucune efficacité pour soulager les douleurs dues à l'épisiotomie.

Des moyens médicaux peuvent donc diminuer la douleur de l'épisiotomie. En effet la prise en charge de la douleur est indispensable, d'autant plus qu'elle est légiférée.

3.5 La législation concernant la douleur (1, 3, 38, 39, 40)

La lutte contre la douleur en France depuis 10 ans est un droit fondamental de la personne, une volonté éthique et humaniste.

Il n'y a pas si longtemps, la douleur était considérée comme un symptôme normal, parfois même qualifié de précieux pour le diagnostic et le suivi de l'évolution de la maladie. Progressivement, elle est devenue inacceptable.

L'évolution des mentalités des patients et des professionnels de santé a permis de donner à la douleur sa juste valeur de symptôme « alarme » qu'il faut combattre. De plus, la douleur provoquée par les soins est prévisible et les moyens de prévention et de traitement sont connus. (38)

Une circulaire a été mise en place le 30 avril 2002 (39), pour préciser l'application de la lutte contre la douleur dans chaque établissement de santé. Un comité pilote a été constitué afin d'aider à la définition d'un programme de prise en charge de la douleur. Pour soutenir les établissements de santé dans cette démarche, un centre national de ressources de la douleur a été créé.

Des protocoles de prise en charge de la douleur concernant notamment la douleur provoquée par les soins et la chirurgie ont été mis en place. Il faut rappeler que les protocoles contre la douleur avaient déjà été mis en place suite à la Circulaire DGS/DH/DAS n° 99-84 du 11 février 1999 relative à la mise en place de protocoles de prise en charge de la douleur aiguë par les équipes pluridisciplinaires médicales et soignantes des établissements de santé et institutions médico-sociales. (40) La mise en place de ces protocoles est donc renforcée par l'application de la circulaire de 2002.

Un protocole de soin est le descriptif des techniques à appliquer et/ou des consignes à observer dans certaines situations de soins ou pour l'administration d'un soin. C'est un guide d'application des procédures de soins centré sur une cible, présenté sous forme synthétique, élaboré selon une méthodologie précise. L'élaboration d'un protocole se fait par un groupe de personnes ressources et d'experts. Les personnes ressources ayant des qualités et/ou des capacités à transmettre leurs connaissances à leurs collègues. L'implantation et le suivi du protocole est souvent le rôle des cadres de santé, qui transmettent l'information et motivent les personnes qui vont l'utiliser. Les utilisateurs doivent comprendre le bien fondé et en accepter le changement dans leur pratique.

La validation de l'efficacité d'un protocole de soins comprend plusieurs étapes: la définition des objectifs de l'étude, la méthode avec le type d'enquête retenue, la définition de la population étudiée, un protocole de soins détaillé. La mise en place implique parfois des besoins de formation chez les utilisateurs. Ensuite, il est fondamental de mener des actions pour s'assurer que les bonnes pratiques définies dans le protocole de soins se maintiennent, telle que la révision régulière du contenu en fonction des modifications scientifiques, techniques et législative.

Cependant, il existe peu de suivis et d'évaluations après la mise en place d'un protocole.

Lorsqu'il s'agit d'un protocole concernant un traitement, l'observance du patient et du professionnel sont les clés de la réussite. Le non-respect de cette règle peut-être à l'origine d'un échec. Demander à un patient s'il prend bien régulièrement son traitement est donc une précaution de base. Face à l'échec d'un traitement, il faut savoir évoquer principalement deux phénomènes, l'une tenant du patient par la non-observance par non-adhésion au traitement, l'autre par le thérapeute par la non-prise en compte de toutes les composantes de la douleur. (1, 3)

Une étude a été réalisée au CHIC Castres- Mazamet, concernant l'application de protocoles de soin. Elle est réalisée auprès du personnel soignant (infirmières, aides-soignants,...) et montre sur 283 personnes interrogées que 96% ont connaissances de protocoles écrits et 94 % utilisent les protocoles. Les freins d'utilisation à l'application des protocoles sont : pour 43% que le protocole n'apparaît pas adapté, pour 35% c'est un manque de temps, pour 12% c'est une difficulté à localiser le protocole et 10% en ignorent l'existence. (57)

Il n'existe actuellement pas de protocole généraliste contre la douleur de l'épisiotomie en France, chaque service doit faire le point sur ceux mis en place, étudier leur efficacité et les ajuster par rapport aux données scientifiques.

Un des moyens pour évaluer l'efficacité d'un protocole, d'un traitement, est de référer à la satisfaction des patients.

4 Mesure de l'indice de satisfaction dans les soins hospitaliers (9, 15, 21, 25, 54)

La satisfaction, comme de nombreux autres concepts psychologiques, est facile à comprendre mais difficile à définir. Une définition simple et pratique de la satisfaction serait la mesure dans laquelle les objectifs souhaités ont été atteints. En ce qui concerne la douleur, la satisfaction serait la diminution voire la disparition de cette douleur.

La satisfaction est alors atteinte lorsque la perception de la qualité des soins et services que les patients reçoivent dans l'établissement de soins de santé a été positive, satisfaisante et répond à leur attentes.

Les enquêtes de satisfaction sont un élément central dans le dispositif d'évaluation de la qualité de soins à l'hôpital. Elles s'intègrent utilement dans les tableaux de bord de mesure de la performance médicale qui permettent le pilotage institutionnel et le suivi des programmes qualité. L'avis des patients peut-être ainsi pris en compte sur tous les domaines qui les concernent et sur lesquels leur opinion est informative pour les professionnels.

En effet, les objectifs de la médecine inclus, en plus d'améliorer la santé de la population, la réponse aux besoins et aux attentes explicites des patients et donc d'assurer un niveau de satisfaction acceptable.

Il existe deux types d'évaluation de qualité des soins. Tout d'abord, une évaluation basée sur des critères objectifs, il s'agit de l'évaluation des aspects « techniques » des soins. Elles sont surtout centrées sur les pratiques de soins, dans le respect de l'état de la science. Les mesures sont le plus souvent réalisées par les professionnels eux-mêmes. Ensuite, l'évaluation des aspects « humains » des soins. L'informateur principal est ici le patient et la primauté est donnée au point de vue subjectif. Il est important que le patient lui-même exprime ce qu'il attend.

De nombreux travaux scientifiques ont démontré que l'efficacité du traitement dépend de l'opinion du patient sur les soins, par le biais d'une influence sur ses comportements (observance, continuité des soins,...). Ces travaux relèvent également que les aspects relationnels et humains sont très importants pour les patients et qu'ils influencent beaucoup la perception qu'ils ont de la qualité de soins.

La mesure de la satisfaction peut s'effectuer de multiples manières :

- par une question binaire (satisfait, insatisfait), elle est simple mais manque de sensibilité
- par une échelle (très satisfait, plutôt satisfait, insatisfait), par une note (de 0 à 5 par exemple)
- par un degré d'accord avec une proposition.

Une enquête de satisfaction a été réalisée auprès de patientes, sur la douleur périnéale du post-partum avec intérêt de l'infiltration locale de ropivicaïne. La satisfaction a été mesurée par une note de 0 à 5. L'indice de satisfaction était significativement supérieur pour le groupe ropivicaïne dans la population avec un indice de 4.2 versus 3.5 (groupe sans ropivicaïne), la note de 4 étant considérée comme assez satisfaisante. (30)

En conclusion, la lutte contre la douleur existe depuis longtemps, des lois ont été mises en place pour permettre sa prise en charge. L'application de protocoles ainsi que la mesure de la satisfaction mettent en avant cette prise en charge. La douleur de l'épisiotomie fait également parti de cette prise en charge, avec la mise en place de protocoles.

ÉTUDE

1.Méthodologie

1.1 Objectif de l'étude

La prise en charge de la douleur est une préoccupation de l'équipe soignante. Après un accouchement par voie basse, l'épisiotomie est une des causes de la douleur du post-partum. Cette étude avait comme objectif principal d'évaluer cette douleur. Elle avait également comme autres objectifs secondaires, d'évaluer l'application du protocole mis en place ainsi que son efficacité et de mesurer la satisfaction des patientes face à cette prise en charge.

De cet objectif, nous avons dégagé des hypothèses de travail :

- la douleur de l'épisiotomie ressentie est perçue comme importante.
- les patientes ne reçoivent pas le traitement systématique énoncé dans le protocole. (Annexe III)
- l'indice de satisfaction des patientes est satisfaisant.

1.2 Méthode

Notre étude a été de type descriptive prospective et unicentrique. Elle a été effectuée à la clinique obstétricale du Centre Hospitalier Universitaire de Rouen, à l'aide d'un questionnaire comprenant plusieurs parties (Annexe IV). Il a été réalisé à l'aide de questions fermées et d'une question ouverte pour permettre à la patiente de nous soumettre quelques remarques. Le questionnaire a été réalisé à J3 de l'accouchement. Ce jour a semblé le plus propice. En effet, il fallait laisser un certain temps aux patientes pour qu'elles puissent apprécier l'efficacité du traitement et certaines patientes sortent de la maternité vers J4.

Une première partie décrit le profil général de la patiente (âge, profession, douleur en dehors et pendant la grossesse).

Une deuxième partie a traité des connaissances de l'épisiotomie pendant la grossesse (par qui l'information a-t-elle été donnée, l'appréhension de l'épisiotomie) et lors de l'accouchement avec une question concernant les si les patientes étaient informées de l'incision de l'épisiotomie, le ressenti de la douleur lors de cette incision et lors de la réfection, et s'est intéressé également à la

présence de l'analgésie péridurale lors du travail et de son efficacité au moment de l'épisiotomie.

Une troisième partie a concerné la douleur de l'épisiotomie, en l'évaluant tout au long du séjour. Cette évaluation a été réalisée à l'aide d'échelles visuelles analogiques de la douleur proposées à la patiente, où elle a coché le niveau ressenti au repos et à l'effort du jour de l'accouchement jusqu'au quatrième jour du post-partum.

Dans une dernière partie, nous avons abordé la prise en charge faite lors du séjour en suites de couches (traitement donné et son observance, l'existence de moyens locaux pour soulager la douleur de l'épisiotomie, les soins locaux effectués) et à la fin du questionnaire, une question relative à la satisfaction des patientes par rapport au soulagement de la douleur a été posée, à l'aide d'une échelle simple de 0 à 10 (0=pas satisfaite et 10=très satisfaite).

Le traitement des questionnaires a été réalisé de façon anonyme. A chaque questionnaire a été attribué un numéro permettant de se référer au dossier médical de la patiente afin de récupérer des données complémentaires pour définir la population étudiée et de dégager des facteurs de risques pouvant favoriser la douleur de l'épisiotomie. Les critères recueillis ont été :

- La taille et poids lors de l'accouchement pour calculer l'indice de masse corporelle
- Le niveau de scolarité
- La consommation d'alcool
- La durée du travail
- Le type de présentation
- L'issue de l'accouchement
- La présence de l'analgésie péridurale
- La présence d'anesthésie lors de la réfection de l'épisiotomie
- La technique de réfection de l'épisiotomie
- Les mensurations du nouveau-né

Nous avons également recueillis, dans le dossier de soins, le type d'allaitement qui aurait pu modifier le traitement donné, l'existence ou non de complications de l'épisiotomie ainsi que l'évaluation de la douleur de l'épisiotomie faite par la sage-femme et les traitements antalgiques donnés pour soulager cette douleur (posologies, modification des traitements).

Nous avons également comparé la douleur provoquée par l'épisiotomie lors d'un accouchement voie basse spontané et lors d'une extraction instrumentale pour réévaluer éventuellement le traitement antalgique.

La distribution s'est déroulée du 28 Octobre 2009 au 15 janvier 2010 auprès de patientes primipares ayant accouché par voie basse spontanément ou à l'aide d'une extraction instrumentale, et ayant eu une épisiotomie. Nous avons exclu les patientes multipares, les déchirures périnéales ainsi que les patientes aux antécédents de mutilation sexuelle féminine.

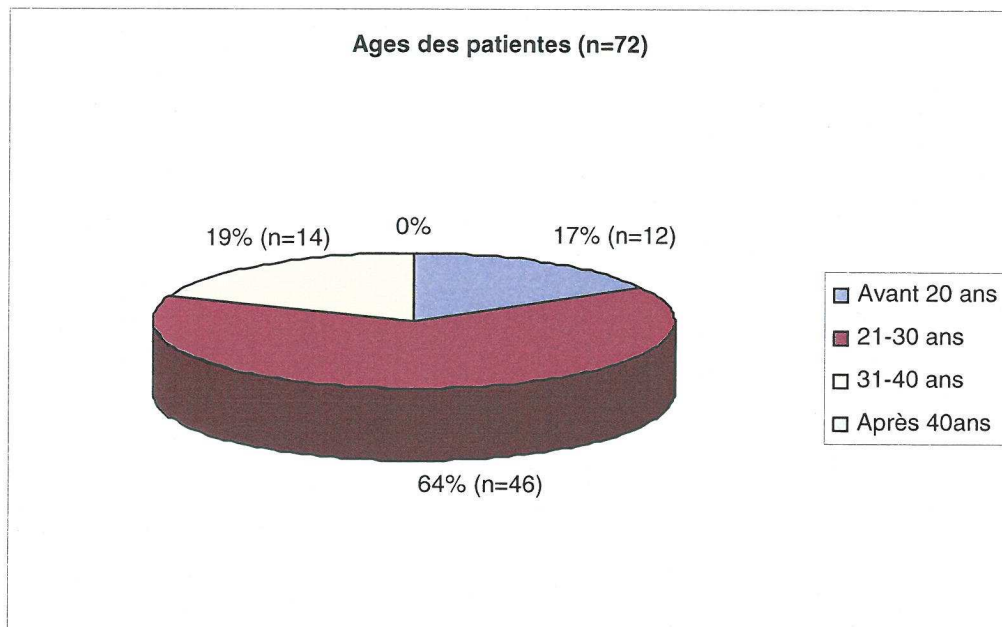
Durant cette période d'étude, 491 accouchements ont eu lieu et 136 épisiotomies ont été effectuées dont 86 chez des primipares. 5 questionnaires n'ont pu être donnés du fait de la barrière de la langue, 2 patientes avaient une épisiotomie avec une déchirure périnéale, et 7 n'ont pas été retrouvés. Nous avons pu recenser, 72 questionnaires exploitables. La distribution et la récupération des questionnaires ont été réalisées avec l'aide de l'équipe soignante.

Nous avons utilisé comme tests statistiques pour réaliser des comparaisons, le Khi2 et le test de Student. 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 5%.

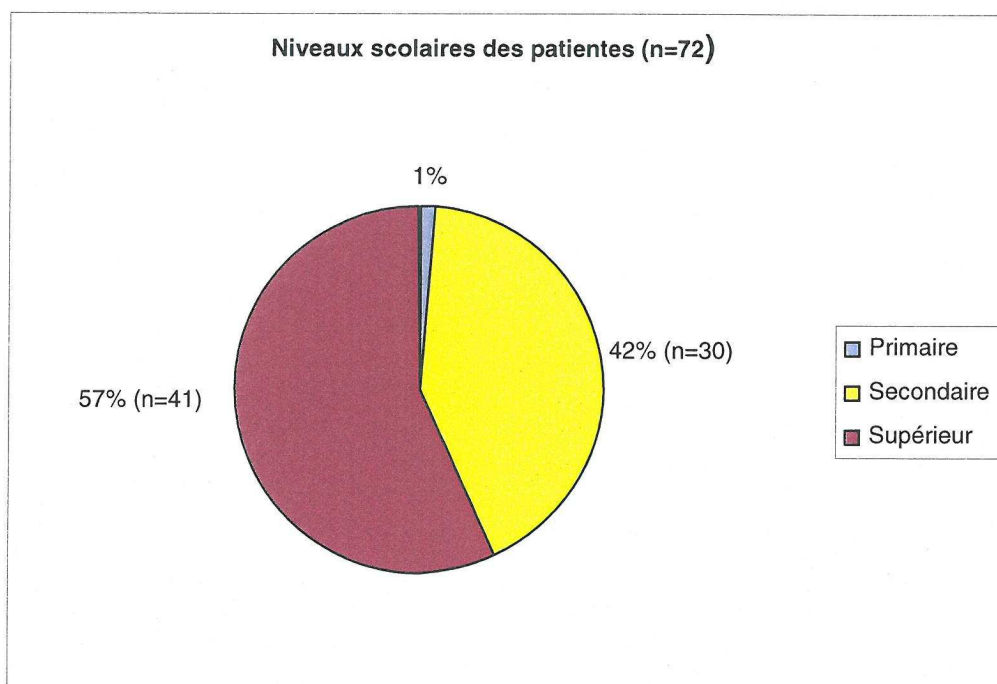
2. Résultats

PROFIL

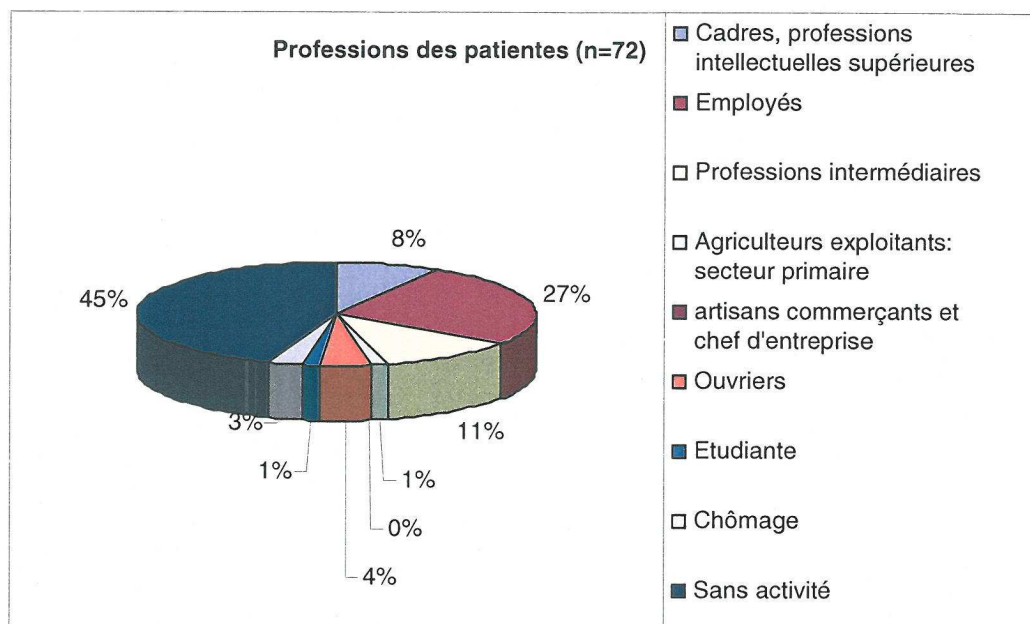
Âges des patientes :



Niveaux scolaires :

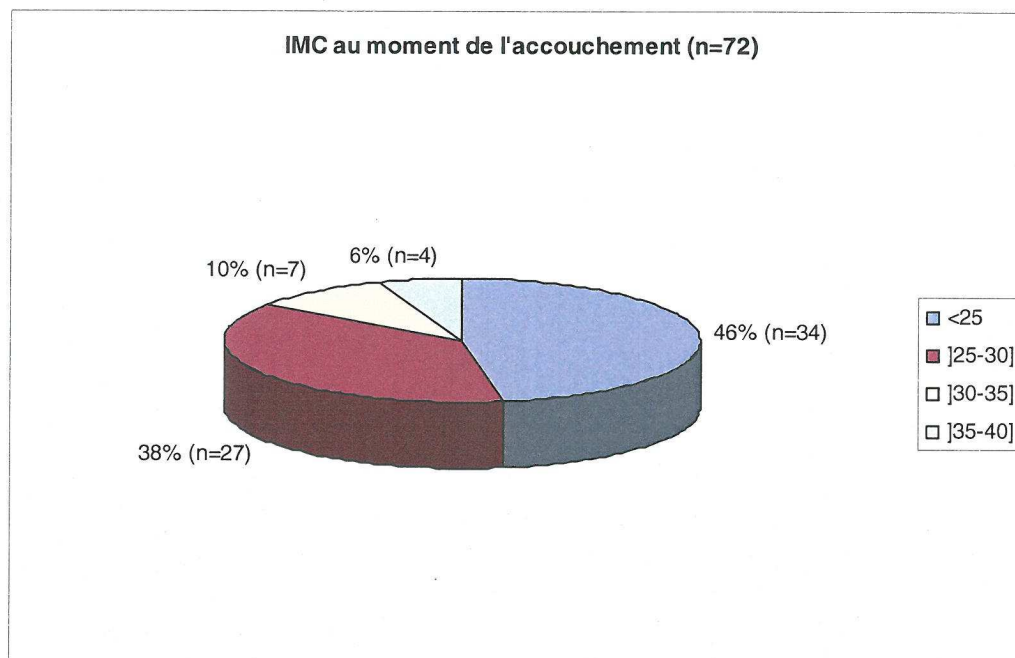


Activités professionnelles exercées :



Il n'y a pas de lien retrouvé entre la cotation de la douleur et le niveau scolaire (p=0.73)

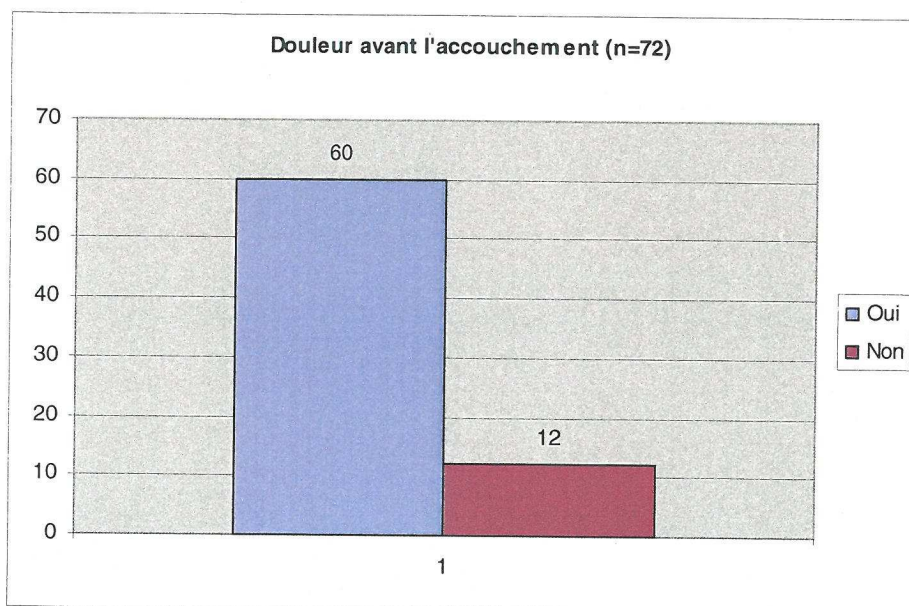
Indice de masse corporel à l'accouchement :



Aucun lien n'a été retrouvé entre l'IMC au moment de l'accouchement et l'importance de la douleur liée à l'épisiotomie (p=0.87).

Consommation d'alcool pendant la grossesse : Aucune des patientes n'a dit avoir consommé d'alcool pendant la grossesse.

Douleurs avant et pendant la grossesse :



Parmi les 60 patientes ayant des douleurs avant l'accouchement, 16 présentaient également un syndrome douloureux avant la grossesse.

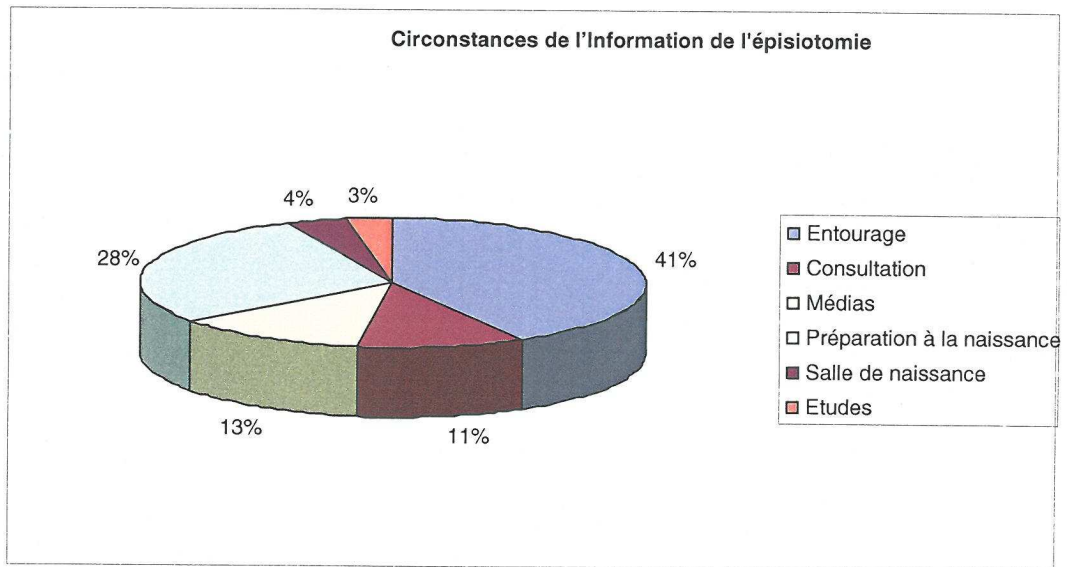
Il n'existe pas de différence significative entre la présence d'un syndrome douloureux avant ou pendant la grossesse et la douleur de l'épisiotomie durant le séjour. ($p=0.05$)

GROSSESSE ET ACCOUCHEMENT :

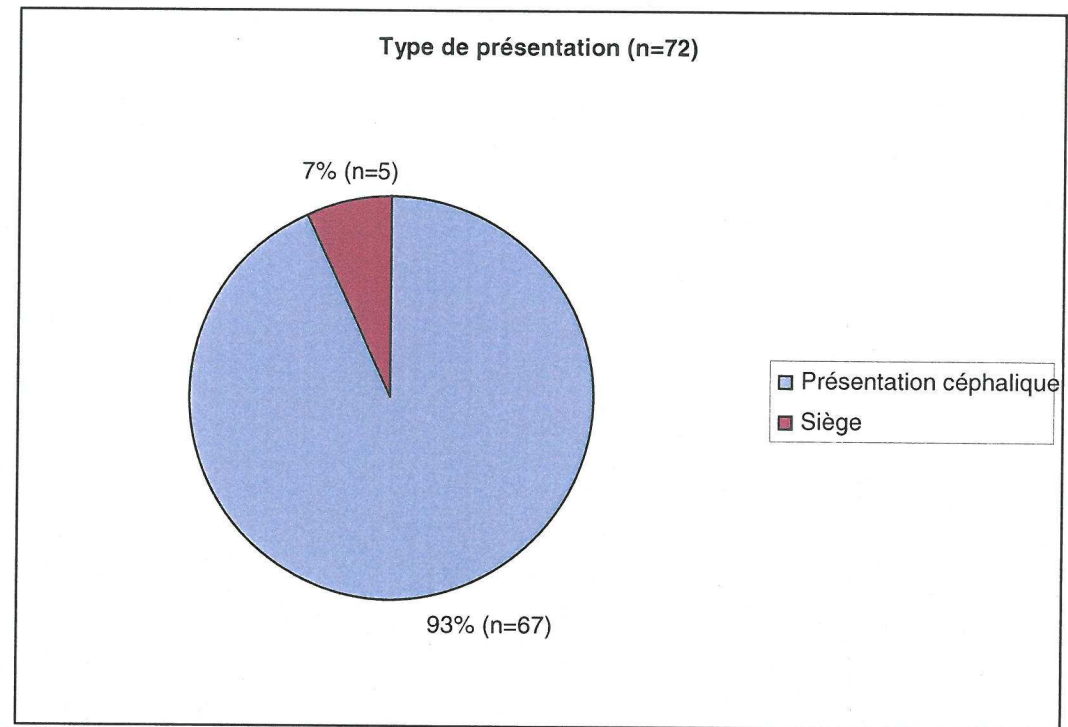
Concernant l'information de l'épisiotomie :

OUI	NON	TOTAL
63	9	72

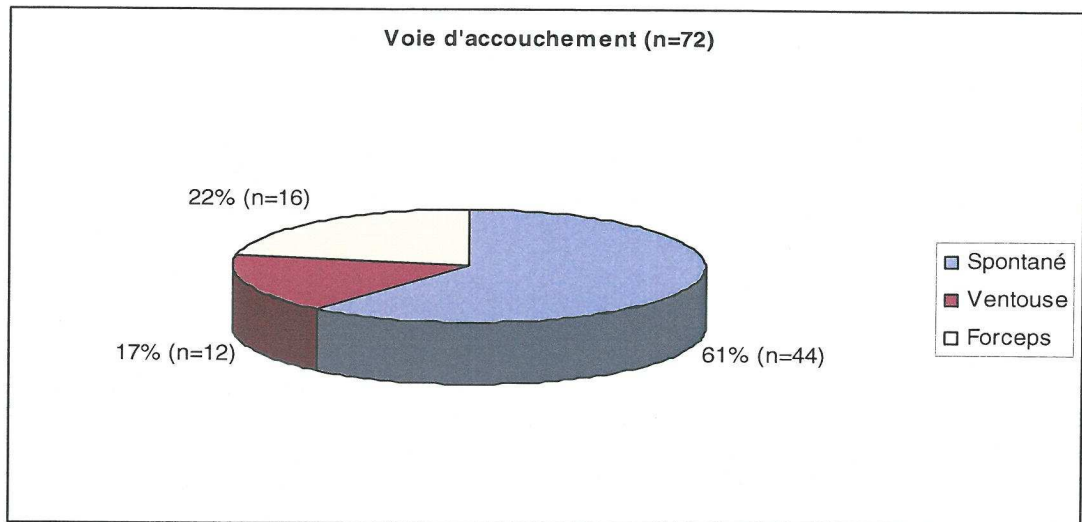
Les circonstances de l'information : (plusieurs réponses possibles)



Type de la présentation foetale :



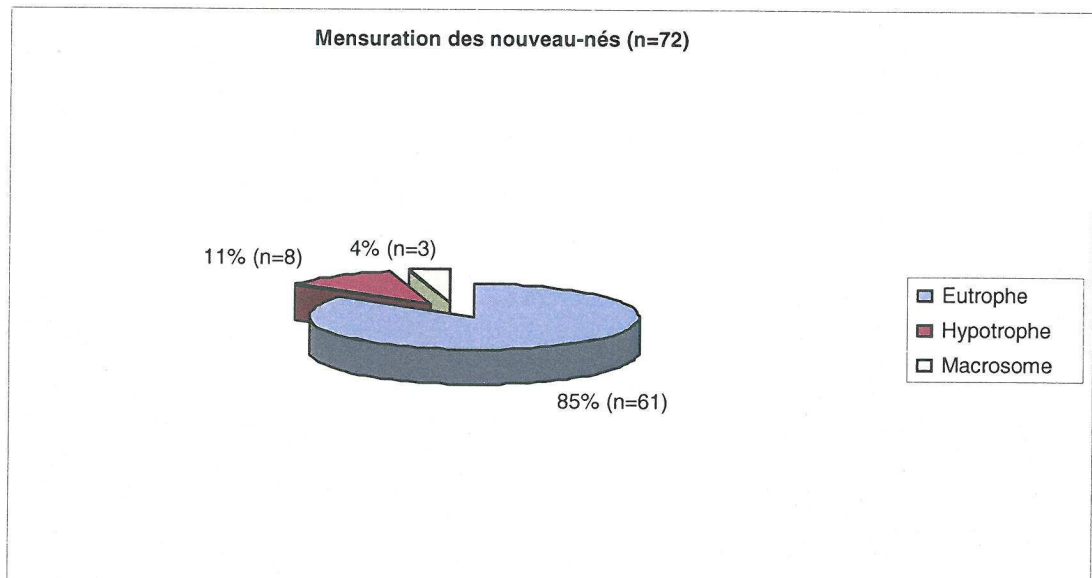
Le mode d'accouchement voie basse :



Parmi les extractions instrumentales, nous recensons 12 extractions par ventouse et 16 par forceps. La douleur de l'épisiotomie dans le post-partum est significativement plus élevée lors d'un accouchement avec extraction instrumentale versus accouchement spontané ($p < 0.002$).

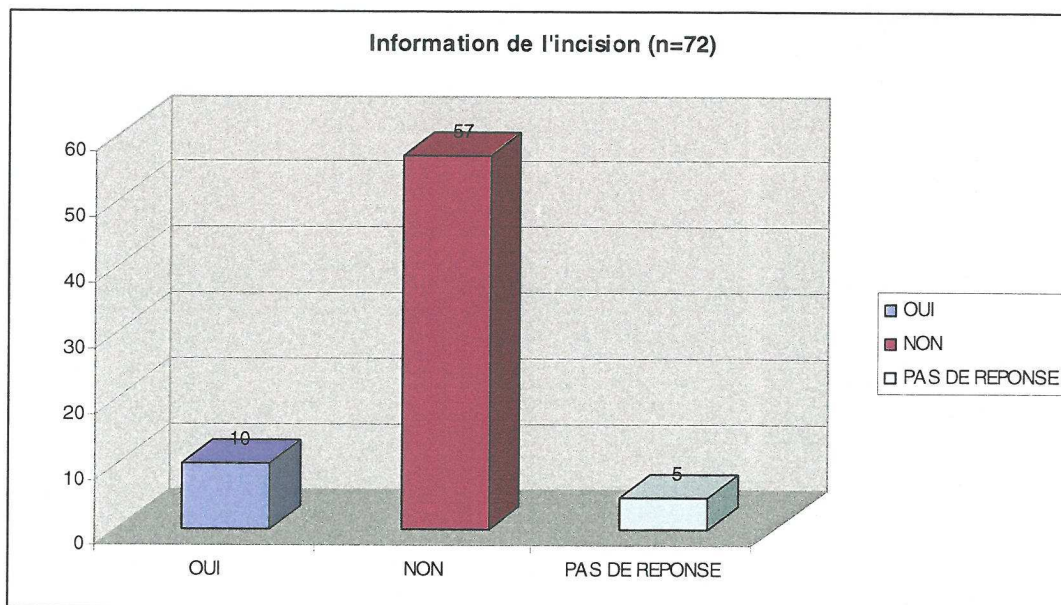
La durée du travail en moyenne est de 5 heures et 10 minutes avec un maximum à 15 heures et un minimum à 1 heure.

Mensuration des nouveau-nés

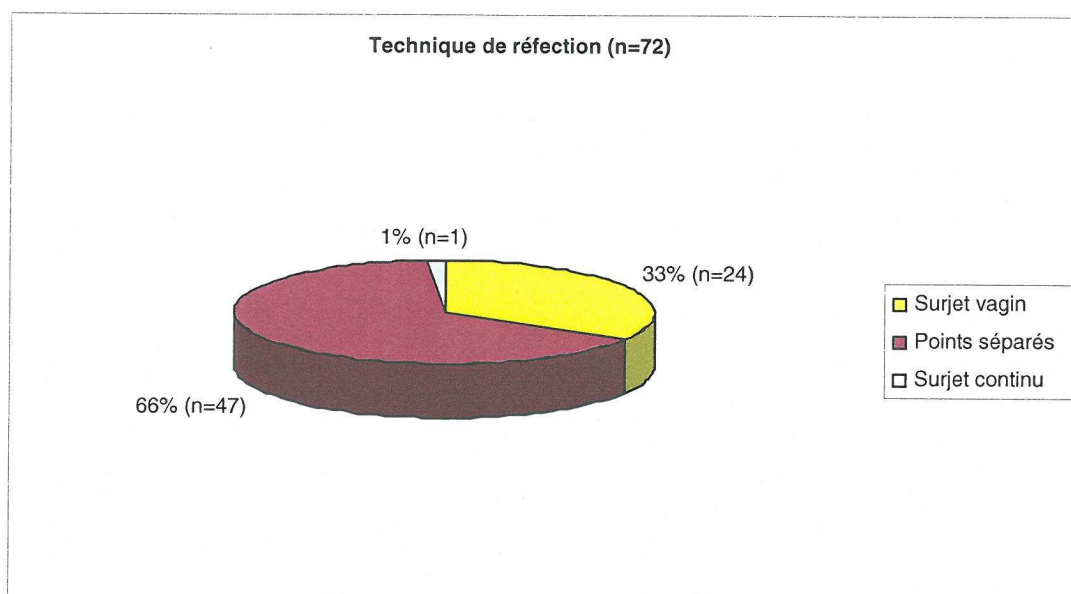


Il n'y a pas de lien retrouvé entre la douleur de l'épisiotomie si le nouveau-né est eutrophe ou macrosome ($p = 0.10$).

Information à l'incision de l'épisiotomie :



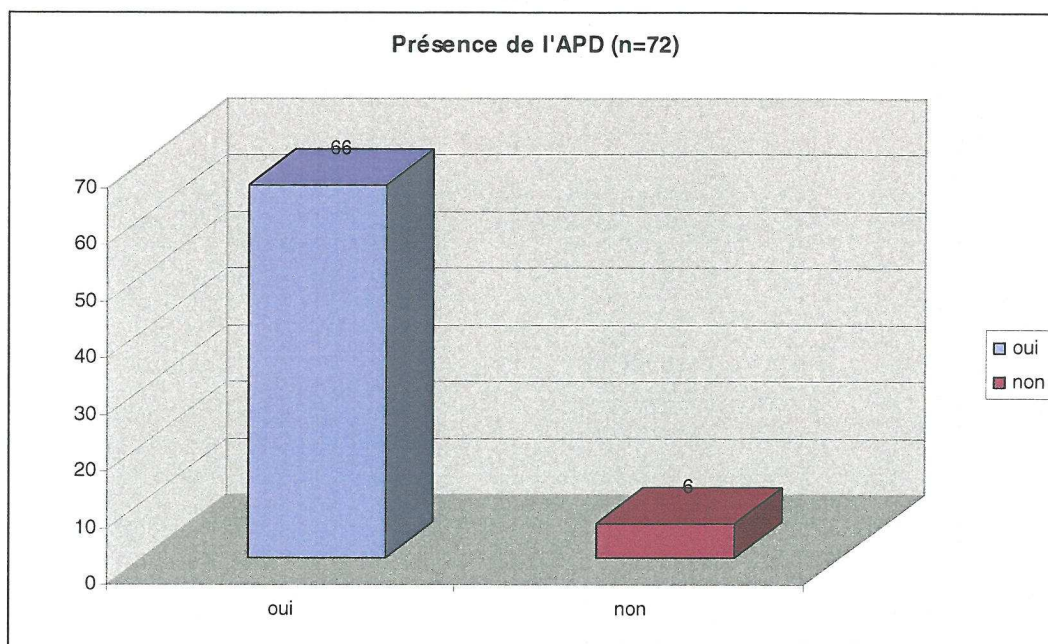
La technique de réfection réalisée:



Il n'existe pas de différence significative entre le type de réfection (surjet vaginal unique versus points séparés) et la douleur durant le séjour ($p=0.84$)

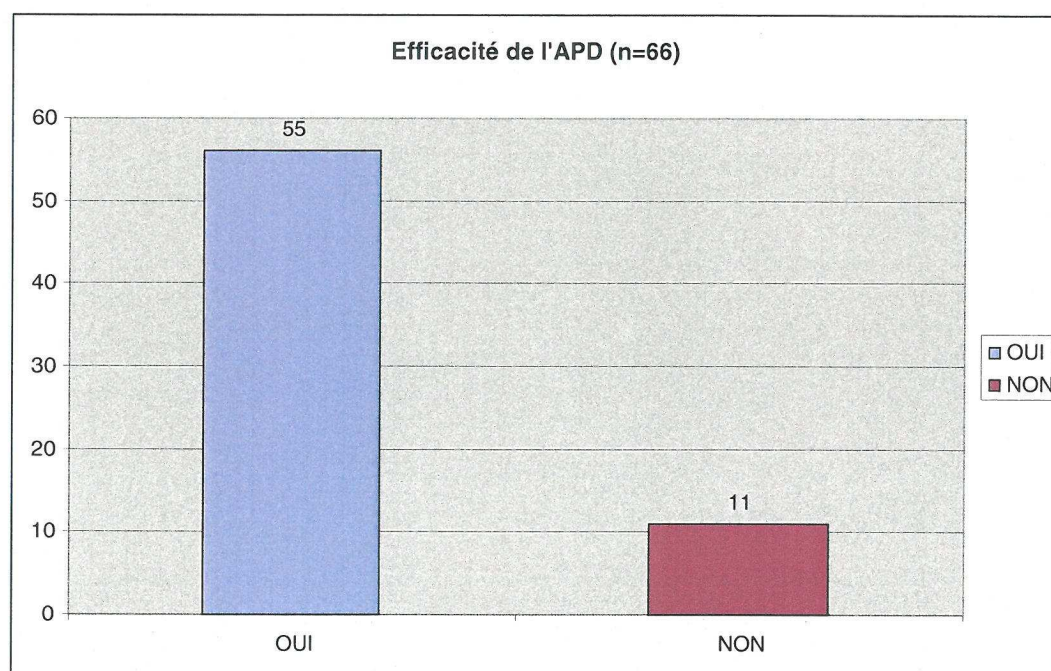
DOULEUR

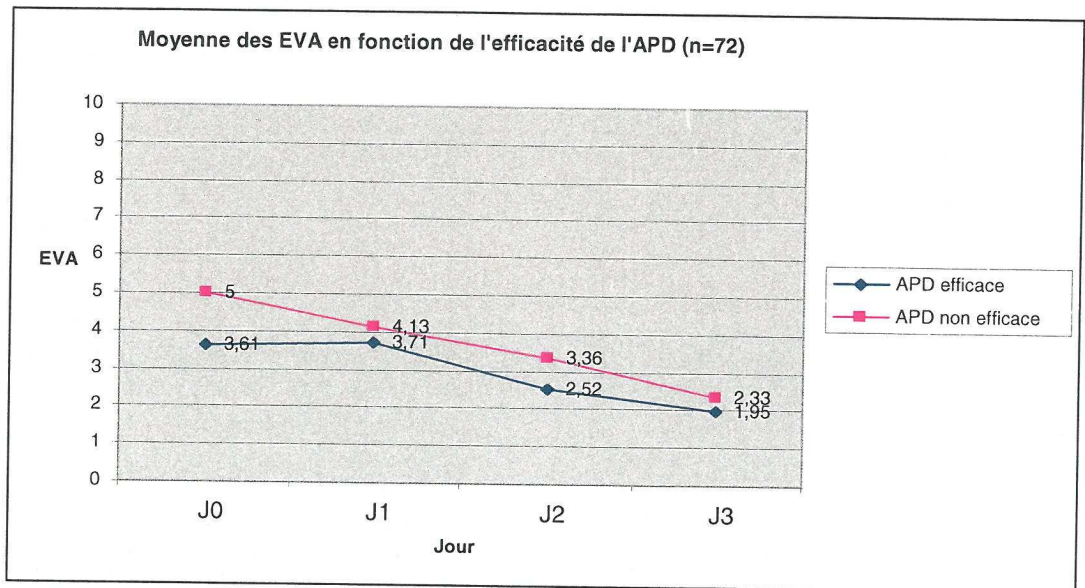
Nombre d'analgésie péridurale :



Il existe une différence significative entre la douleur de l'épisiotomie notamment à J0 et la présence ou non de la l'analgésie péridurale. La moyenne de la douleur de l'épisiotomie dans le post-partum chez les patientes ayant eu l'APD est inférieure à celle des patientes n'ayant pas eu l'APD ($p < 0.005$).

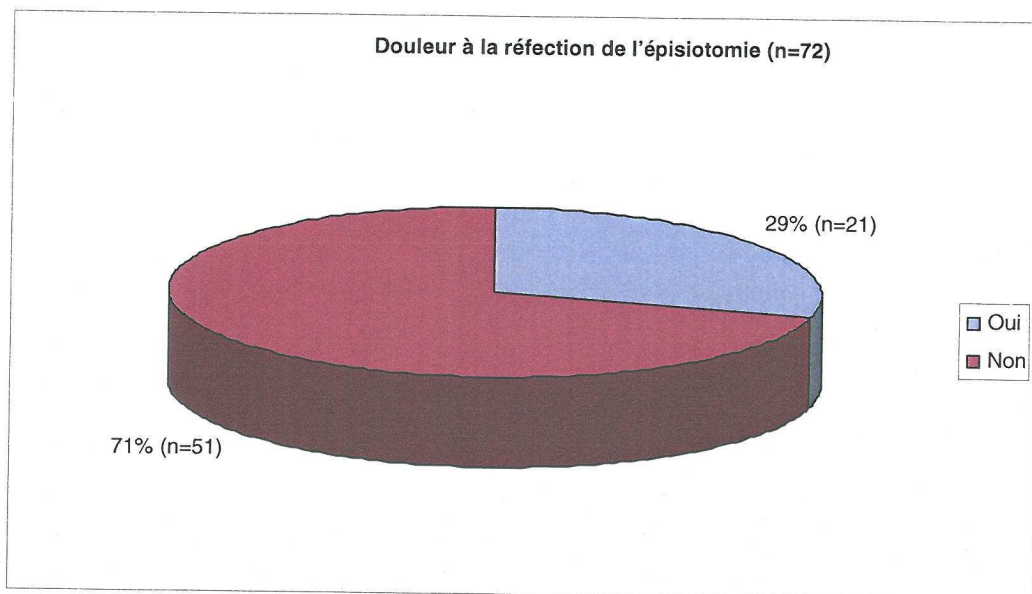
Efficacité de l'analgésie péridurale au moment de l'épisiotomie :





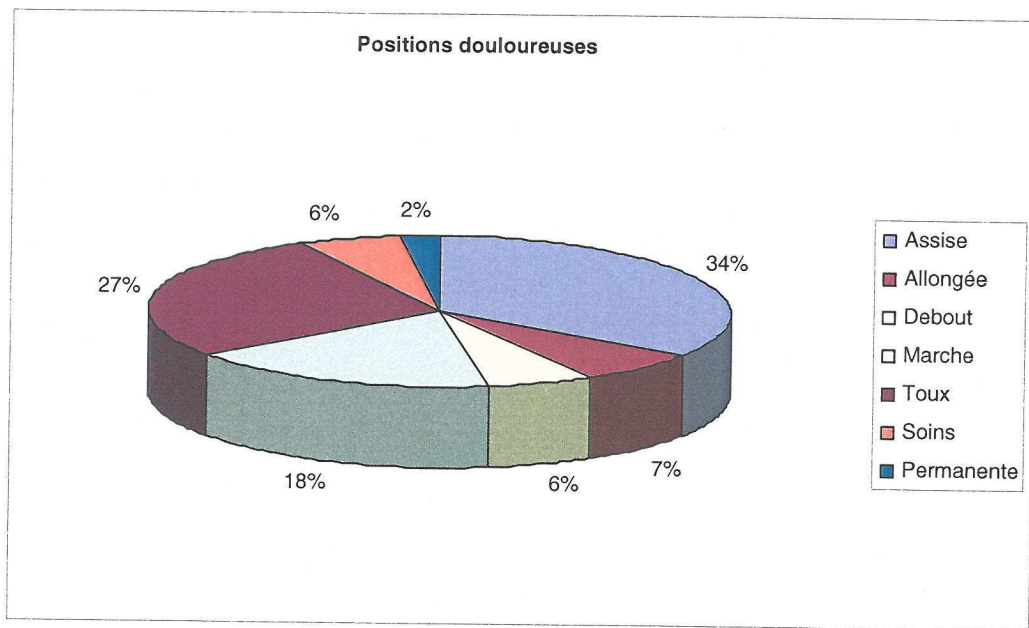
Il existe une différence significative à J0 avec des EVA moins élevées quand l'APD a été efficace pour l'épisiotomie que lorsque l'APD a été jugée non efficace ($p=0.03$). Cette différence n'a pas été retrouvée le reste du séjour.

Sensation douloureuse lors de la suture de l'épisiotomie :

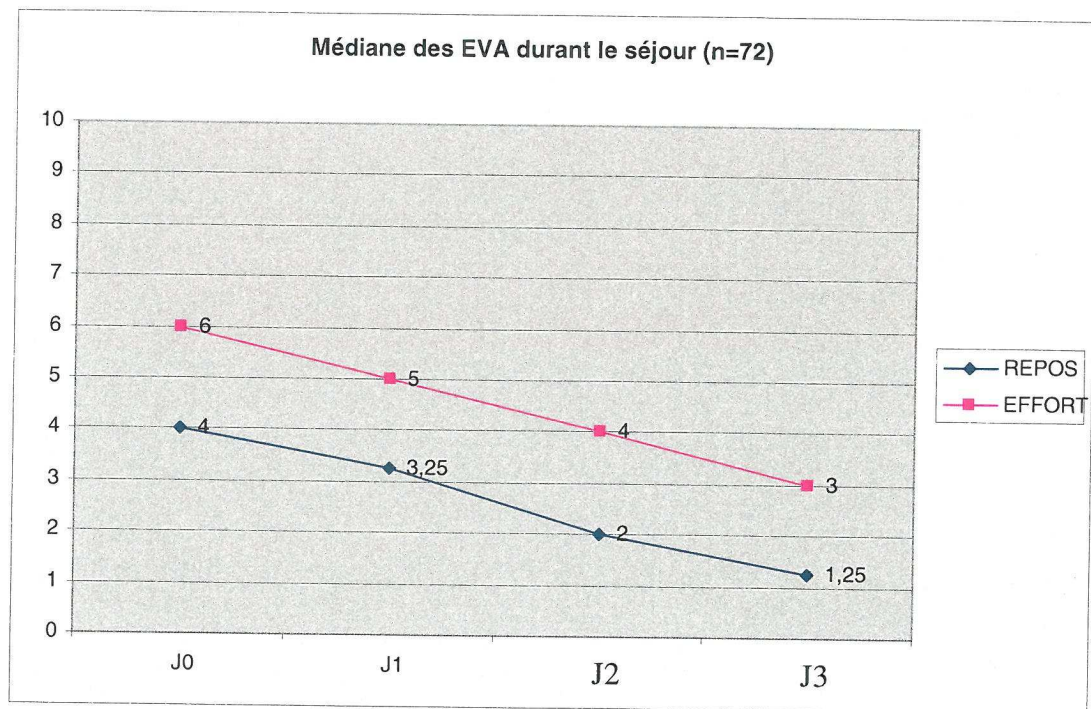


Un lien a été mis en évidence entre le ressenti douloureux de la suture de l'épisiotomie et une douleur plus intense dans le post-partum ($p=0.001$)

Positions douloureuses dues l'épisiotomie : (plusieurs réponses possibles)

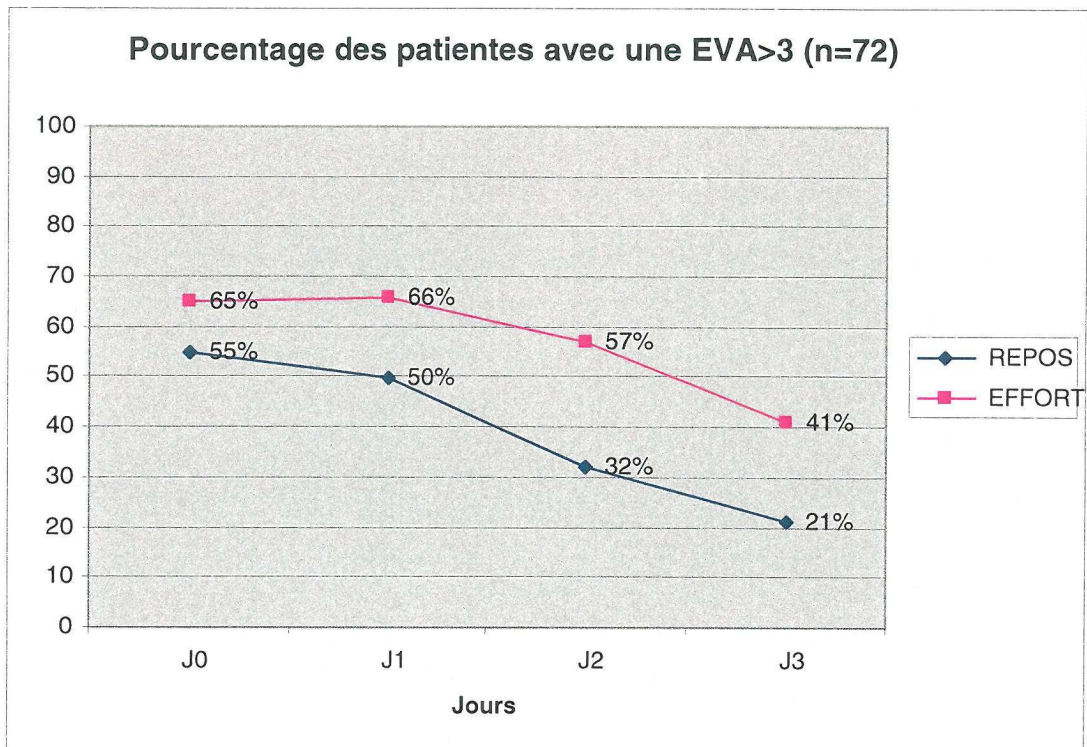


Evolution de la douleur durant le séjour:



La moyenne de la douleur durant le séjour est de 3.72 sur 10. La moyenne des médianes est de 2.6 lors du repos et de 4.5 à l'effort, soit 3.5 durant le séjour. Une différence significative est retrouvée lors du repos versus lors d'un effort, avec une douleur à l'effort plus élevée. ($p < 0.005$).

Une EVA > 3, nécessite un traitement antalgique, c'est cela pour que nous avons relevé le nombre de patientes ayant une EVA > 3.



Niveau de douleur retrouvé et mentionné par la sage-femme.

D : douloureux, S : sensible, ND : non douloureux, NR : non renseigné

	D	S	ND	NR
J0	1	18	3	50
J1	1	8	1	62
J2	0	4	1	67
J3	0	4	0	68

Complications de l'épisiotomie durant le séjour :

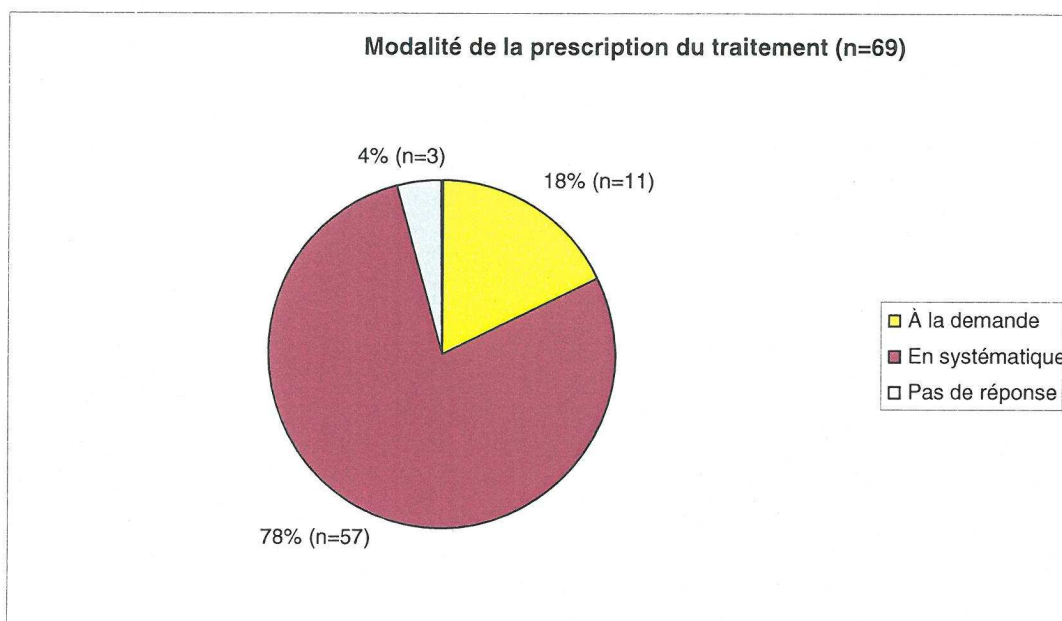
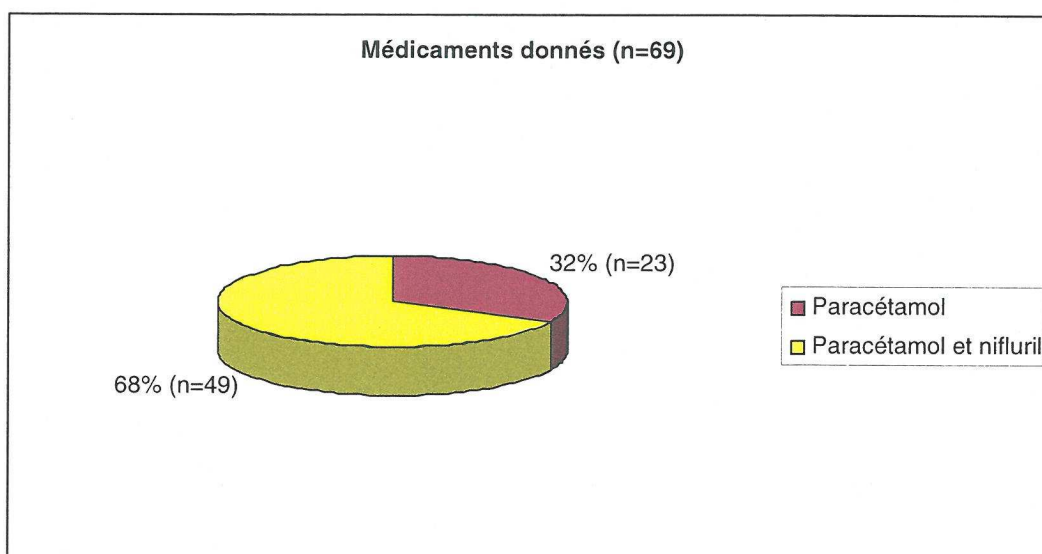
Cedème	Hématome	Ecchymose	Infection	Désunion
4	2	1	0	0

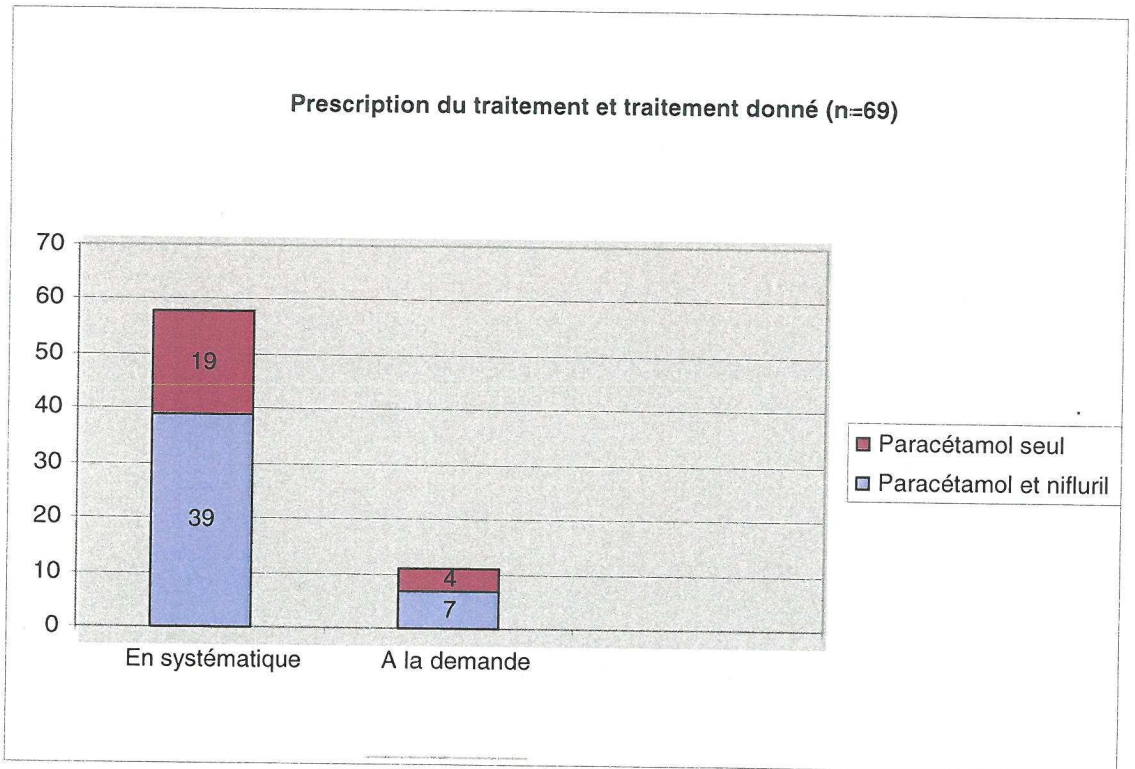
TRAITEMENT

Patientes sous traitement antalgique :

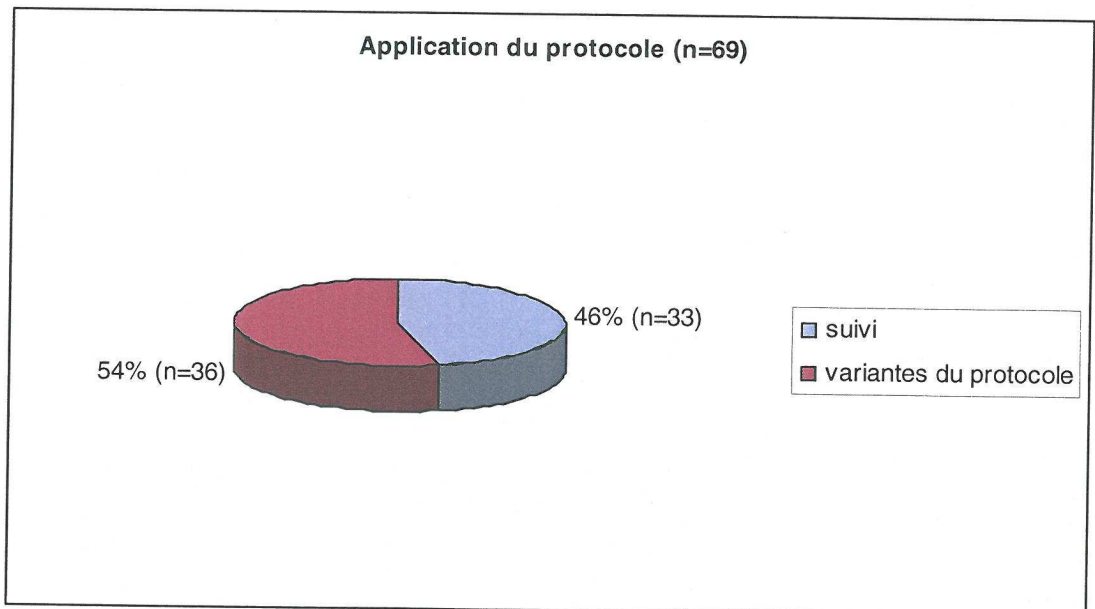
OUI	NON	TOTAL
69	3	72

Nous avons retrouvé dans les dossiers de soins, la prescription d'antalgiques chez les 3 patientes ayant répondu ne pas avoir eu de traitement antalgique.

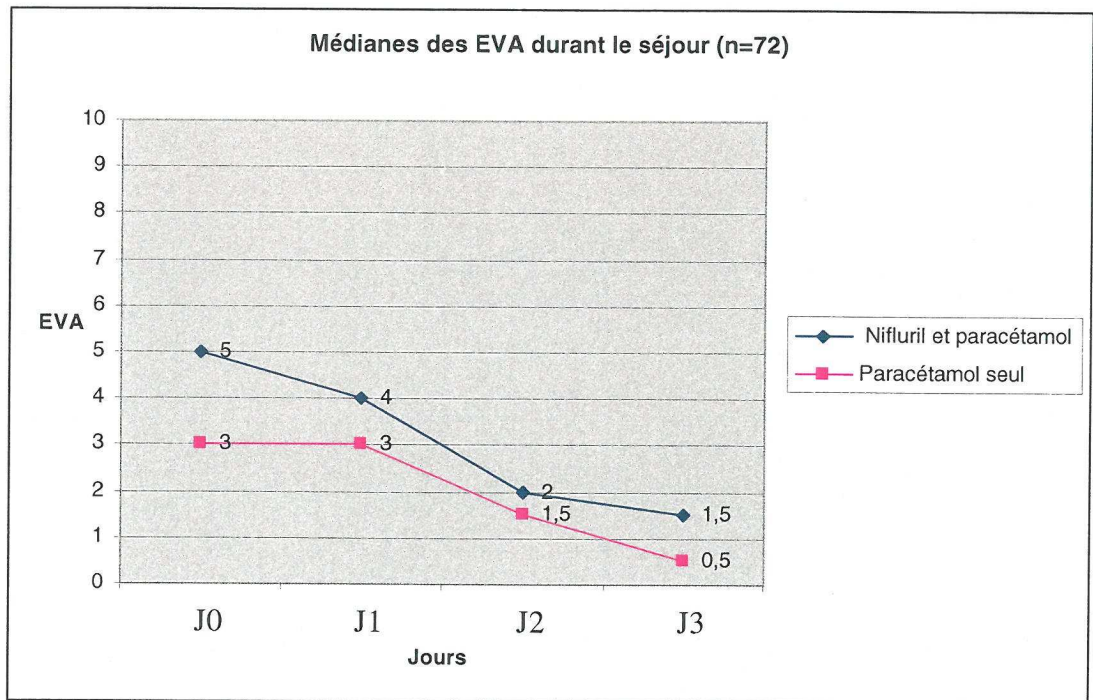




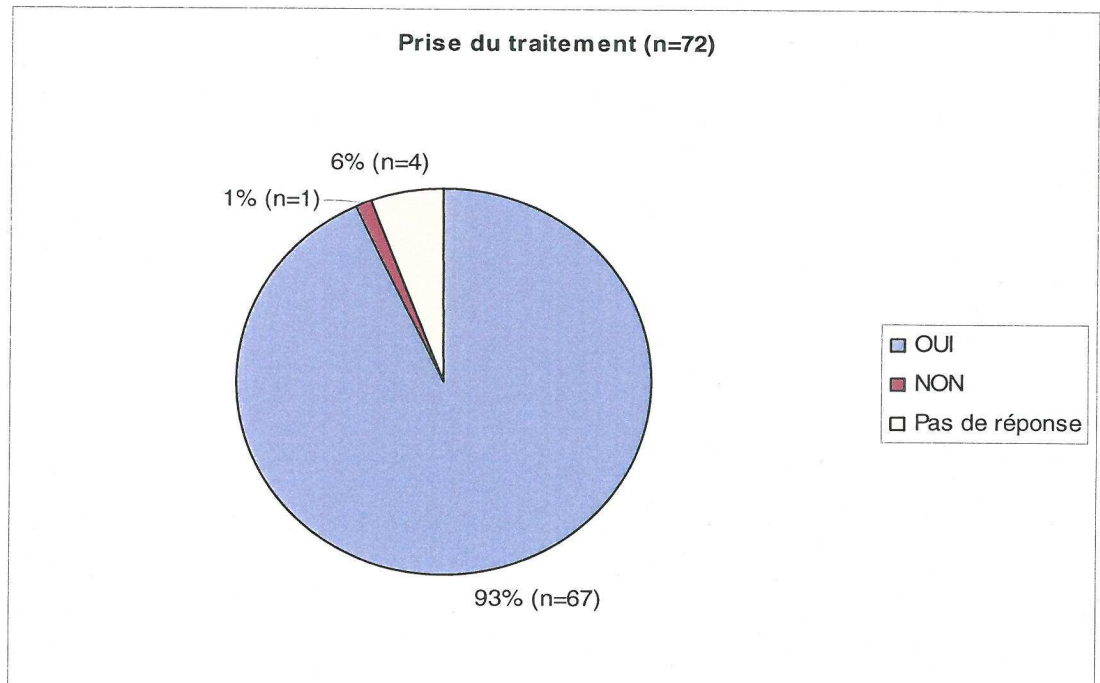
Pour 6 patientes, parmi les 39 ayant eu le traitement paracétamol et Nifluril en systématique, le Nifluril a été arrêté à J2.



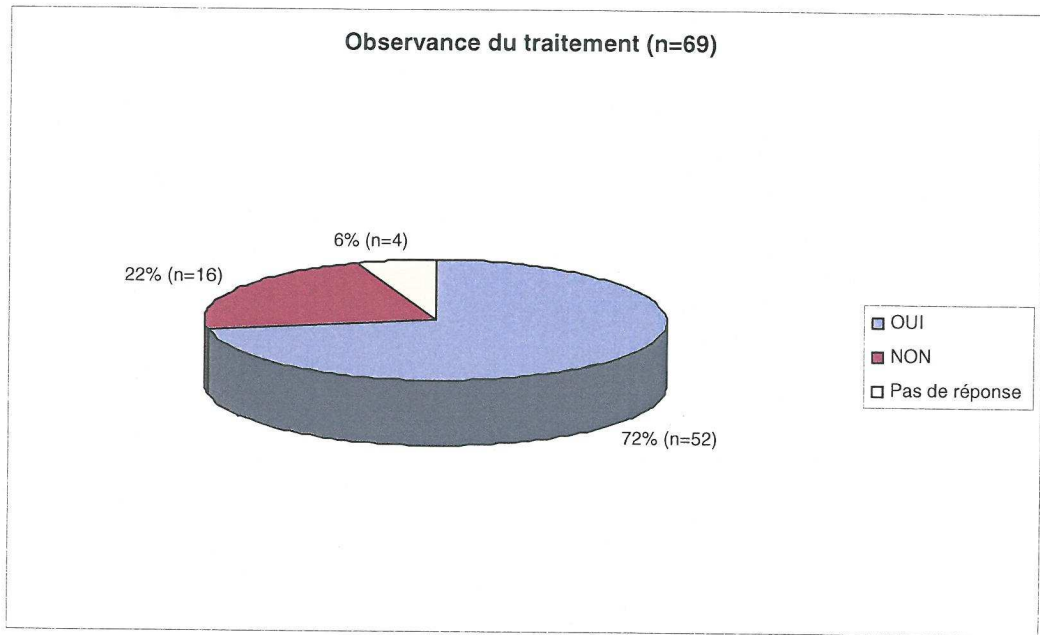
EVA sous traitement :



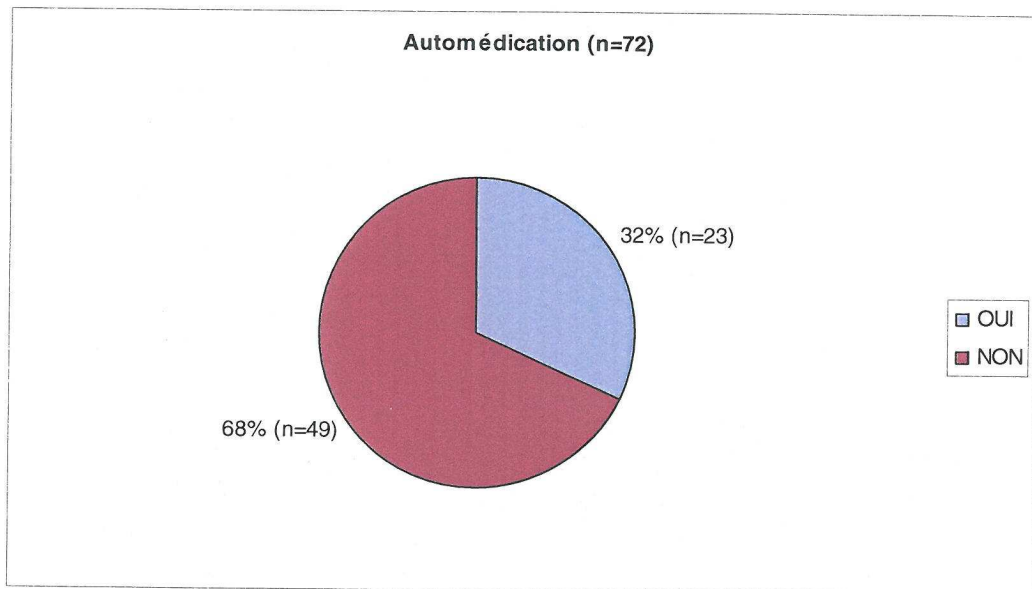
Prise du traitement :



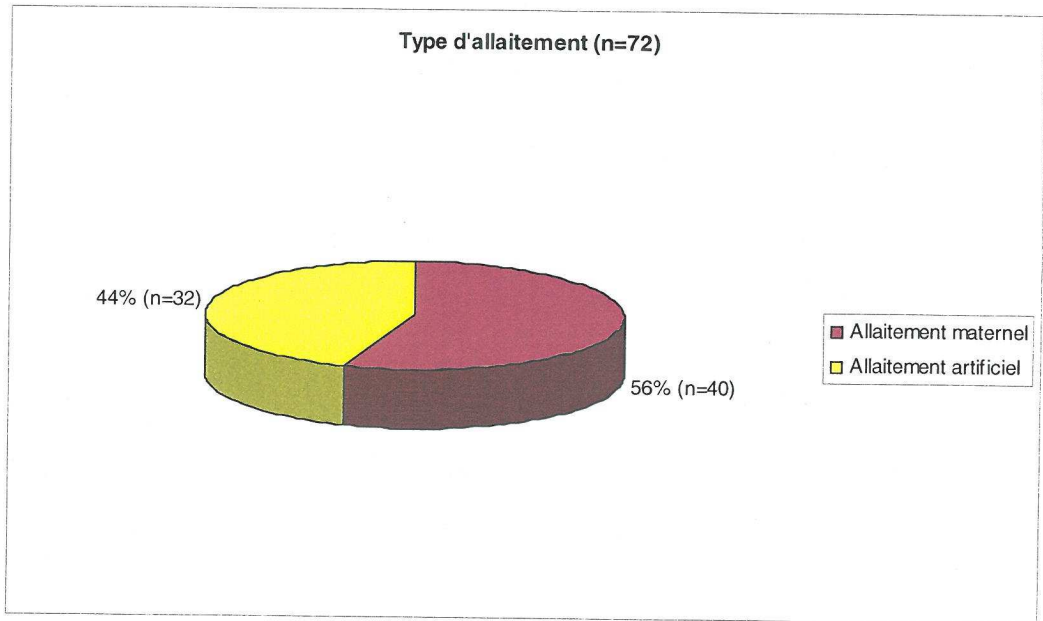
Observance du traitement :



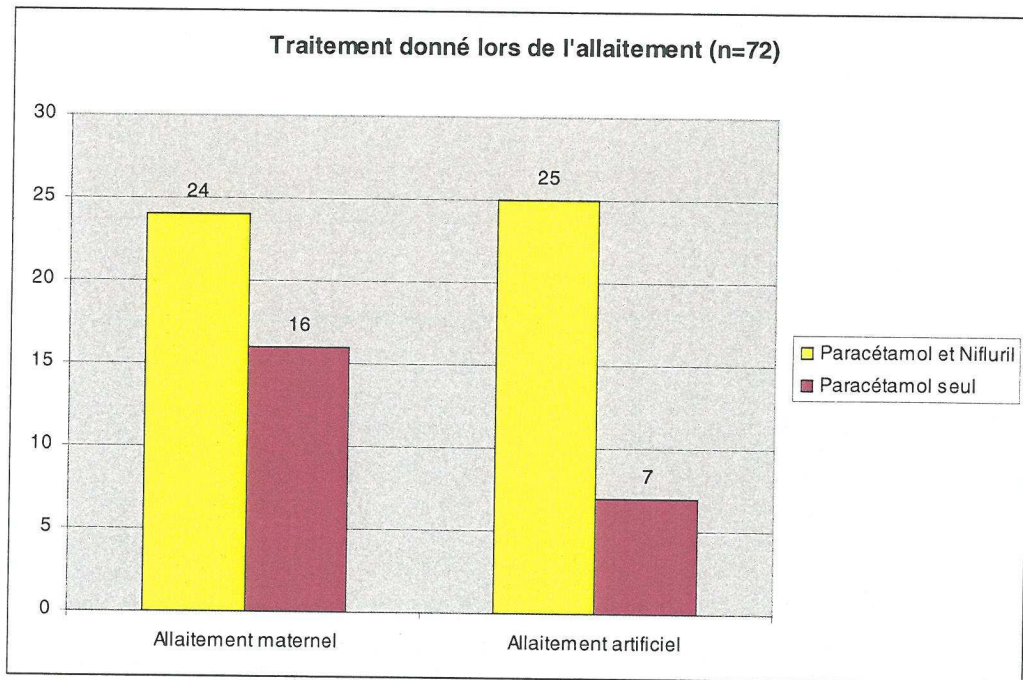
Automédication :



Mode d'allaitement :



Allaitement et traitement :



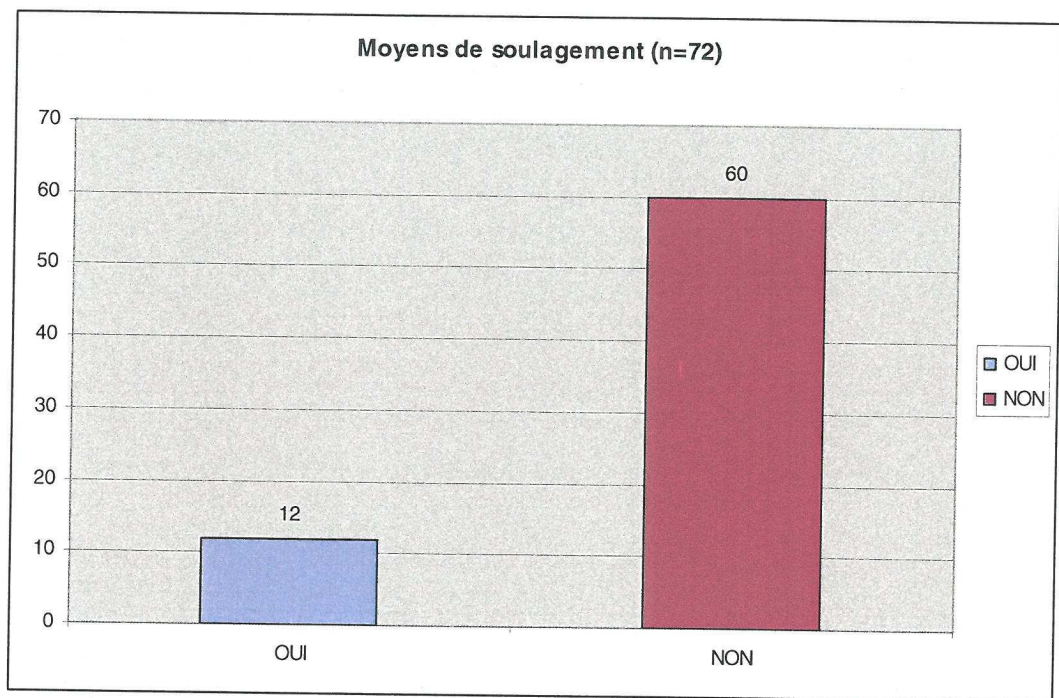
Modification du traitement lors du séjour

Mode d'allaitement	Allaitement maternel	Allaitement artificiel	Total
Arrêt du Nifluril à J2	8	2	10

Il n'existe pas de liaison significative entre le type d'allaitement et le traitement donné (Paracétamol versus paracétamol et nifluril) ($p=0.10$)

Il n'existe pas de différence significative entre la douleur durant le séjour et le type de traitement (Paracétamol versus paracétamol et Nifluril) pris lors de l'allaitement maternel. ($p=0.97$)

Autres moyens pour soulager la douleur de l'épisiotomie :



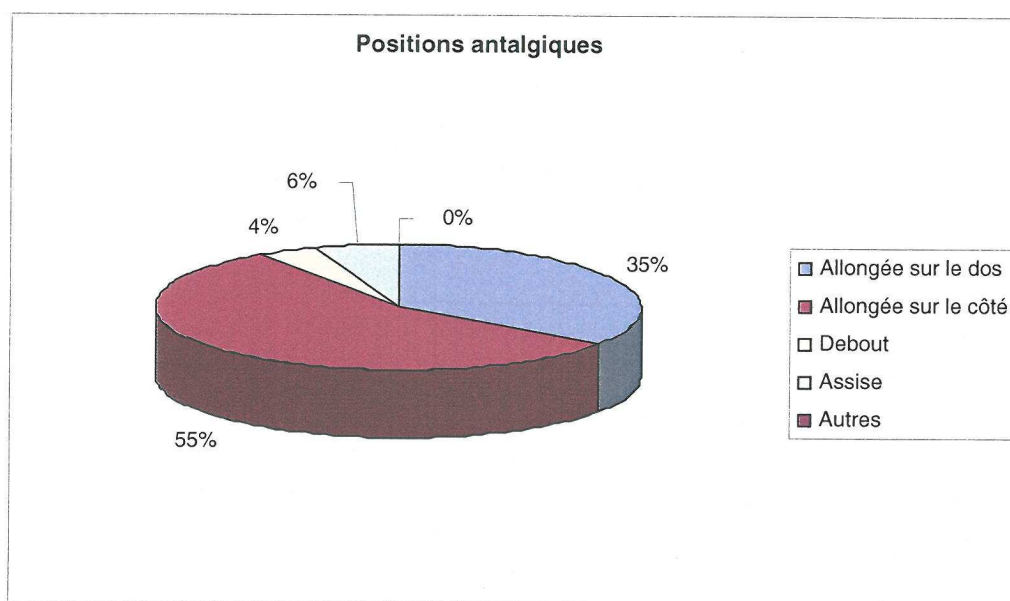
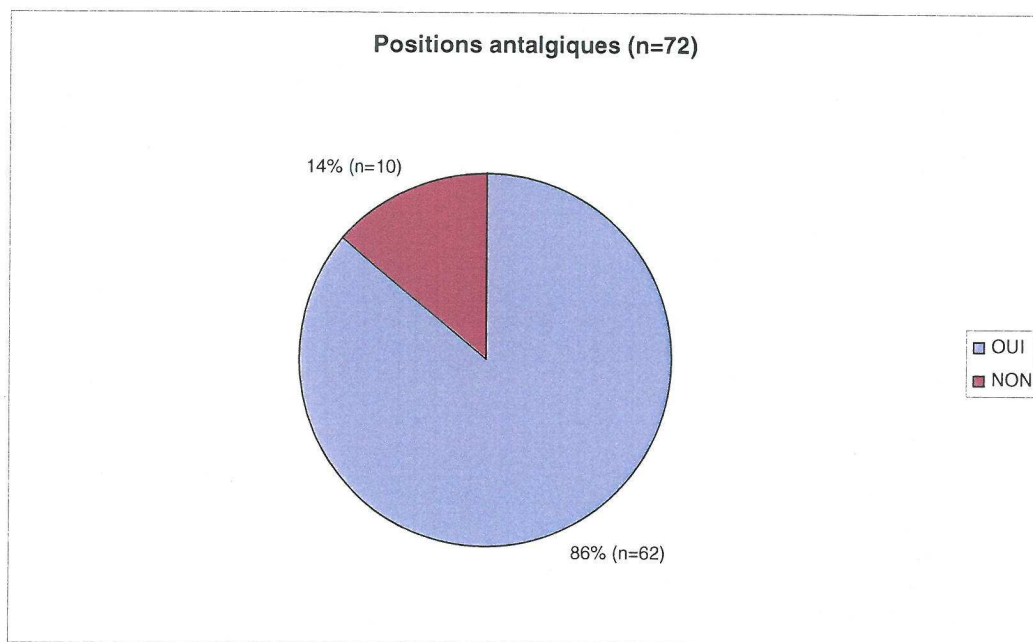
Moyens utilisés :

Bouée	Arnica	Acupuncture	Douche chaude	Glace
7	2	0	2	1

Efficacité de ces moyens :

OUI	NON	TOTAL
10	2	12

Positions antalgiques :



Satisfaction :

La satisfaction globale des patientes est de 7.5 sur 10 et une médiane de 8 avec une douleur moyenne durant le séjour de 3.72 sur 10.

3. Discussion

La prise en charge de la douleur est une préoccupation de l'équipe soignante, et en ce qui concerne la douleur de l'épisiotomie, celle-ci doit être prévenue le plus précocement en suites de couches. Nous avons essayé de rechercher, à travers cette étude, des facteurs prédictifs de la douleur de l'épisiotomie puis évalué la douleur en fonction du traitement énoncé dans le protocole.

Néanmoins cette enquête comporte une faible population du fait d'une diminution du taux d'épisiotomie et des critères de sélection des patientes, donc, il pourrait exister un biais dans l'interprétation des résultats.

Notre population était âgée majoritairement de 21 à 30 ans, pour moitié les patientes exerçaient une profession (48%), et avaient un niveau scolaire supérieur. Aucun lien n'a été retrouvé entre le niveau socio-économique et la douleur de l'épisiotomie. Pourtant, dans la douleur, il existe une composante cognitive intellectuelle qui regroupe ces différentes données. Nous nous sommes également intéressés à l'indice de masse corporelle, en effet, en théorie, les antalgiques sont donnés en fonction du poids, donc notre hypothèse était que les patientes ayant une obésité sentiraient plus les douleurs du fait que dans le protocole le traitement antalgique ne fait pas référence au poids. Cependant, notre étude ne démontre aucun lien entre la douleur de l'épisiotomie et l'indice de masse corporelle.

Parmi notre population, 60 patientes avaient un syndrome douloureux avant et/ou pendant la grossesse. D'après une étude réalisée, par Landau (20), la consommation d'alcool et la présence d'un syndrome douloureux avant et/ou pendant la grossesse seraient des facteurs prédictifs de la douleur aigüe dans le post-partum. Dans notre étude, il n'est pas apparu de lien entre la douleur de l'épisiotomie en suites de couches et le fait qu'il y ait la présence ou non d'un syndrome douloureux ($p=0.05$), cela peut-être dû à notre faible population. Pour ce qui est de l'alcool, aucune consommation n'a été retrouvée.

Pendant la grossesse, l'information de l'épisiotomie a été donnée majoritairement par des personnes n'appartenant pas au secteur médical. En effet, 57% des patientes ont reçu l'information par l'entourage, les médias, alors qu'elle devrait être faite par des professionnels spécialistes. 28% des patientes ont été informées

par la préparation à la naissance. Sachant que toute patiente n'y participe pas, il serait intéressant de les informer à la consultation du huitième ou neuvième mois voire en salle de naissance pendant le travail. Delacroix retrouve dans son étude, que 73% des sages-femmes interrogées informaient les patientes en salles de naissances, 43% en préparation à la naissance et seulement 13% en consultation (41). 57 patientes disent ne pas avoir été informées lors de l'incision, 5 d'entre elles avaient soulevé le problème de l'urgence. Il est possible que le contexte d'urgence ne permette d'informer les patientes lors de l'incision, ou alors que les patientes ne fassent pas attention à ce qui leur ait dit. Selon Delacroix, seulement 18,8% des sages-femmes informaient les patientes lors de l'incision (41). L'information du patient étant primordiale, il faut, quand le contexte le permet, informer les patients des actes réalisés, en effet, d'après la loi du 4 mars 2002, aucun acte médical ne doit-être réalisé sans le consentement éclairé préalable du patient (38).

Nous retrouvons 61% d'accouchements par voie basse spontané, et 39% d'accouchements par voie basse à l'aide d'extraction instrumentale. La douleur due à l'épisiotomie durant le séjour, est plus importante lors d'une extraction instrumentale par voie basse que lors d'un accouchement par voie basse spontané. Concernant, le type de réfection de l'épisiotomie, 66%, étaient réalisées par des points séparés et 33% par un surjet vaginal unique et des points séparés musculaires et cutanés. Aucun lien n'a été mis en évidence entre le type de réfection et la douleur de l'épisiotomie en suites de couches ($p=0.84$). Ce résultat rejoint celui de Gordon, qui a montré que la fréquence des douleurs périnéales à 48h était comparable entre les deux groupes (36).

Nous avons également relevé les types d'analgésie qui ont été réalisés lors du travail et de l'épisiotomie ainsi que leurs efficacités sur la douleur engendrée par l'épisiotomie durant le séjour. 91 % patientes soit 66 patientes, ont pu bénéficier de l'analgésie péridurale durant le travail, et 56 patientes l'ont jugée efficace lors de l'épisiotomie. Un lien a été retrouvé entre la présence de l'analgésie péridurale et la douleur de l'épisiotomie. Il existe également un lien entre l'EVA de l'épisiotomie à J0 qui est faible lorsque l'analgésie péridurale a été jugée efficace lors de l'épisiotomie ($p=0.03$). Ces résultats rejoignent la littérature, car une

analgésie pré ou per opératoire efficace réduiraient l'incidence des douleurs chroniques postchirurgicales. (58)

Cependant, il existe 29% de patientes qui ont ressenti la réfection comme douloureuse. D'après le CNGOF, une méthode analgésique doit être mise en place lors de la réalisation et de la suture de l'épisiotomie car elle réduirait les douleurs liées à l'épisiotomie dans le post-partum (12). Une réinjection de l'analgésie péridurale ou une infiltration de xylocaïne en sous-cutané, voire un bloc puddental (même si cette méthode reste encore peu fréquente), auraient pu être proposées pour réduire la douleur. La douleur de la suture peut avoir un impact sur les patientes, qui, en intériorisant cette douleur, peuvent modifier leur ressenti durant le séjour. De plus, il existe un phénomène de mémorisation de la douleur due à des protéines impliquées dans le processus de la douleur (58). En effet, les patientes ayant ressenties la suture de l'épisiotomie comme douloureuse avaient, durant le séjour, des EVA plus élevées que celles n'ayant pas ressenties la suture (EVA médians 5 versus 3). Un lien a été retrouvé entre l'estimation des EVA qui était plus élevée lorsque la suture a été ressentie comme douloureuse ($p=0.001$).

Une étude a été réalisée au CHU de Rouen, menée par un interne en anesthésie, Moriceau, dont l'objectif était d'évaluer l'intensité des douleurs du post-partum et d'essayer d'identifier des facteurs prédictifs de douleurs plus intenses. Un recueil de données prospectif a été réalisé sur tous les accouchements par voie basse. Le paramètre principal est l'EVA au repos des patientes de J0 à la sortie, et différents paramètres secondaires ont été recueillis : EVA à l'expulsion, EVA à la toux, EVA max des dernières 24h, origine des douleurs, traitement proposé, satisfaction de la patiente quant à la prise en charge de la douleur. 70 patientes ont été incluses dans l'étude, dont 19 primipares avec une épisiotomie, ce qui est intéressant pour comparer avec notre population. (59)

Durant le séjour, l'EVA médian des patientes était de 3.5, la moyenne des EVA était de 3.72, avec un pic de la douleur se situait vers J1. Ce résultat est retrouvé également, dans l'étude réalisée par Macarthur qui trouve que le pic de douleur se situaient à J1 pour 97% des primipares (22), et rejoint également la recherche effectuée par Moriceau où la douleur atteint son maximum entre H12 et H24 du post-partum. Moriceau retrouve dans sa population de 19 patientes, des EVA inférieures à 3 durant le séjour (59). Dans notre étude, nous retrouvons, que plus

de la moitié de notre population avait une EVA supérieure à 3 à J0, J1, J2 du post-partum, et qu'il existait encore à J3, 21% des patientes ayant une EVA supérieure à 3. Mais, il est important de rappeler, notre étude représente presque le triple de celle de Moriceau, de plus elle a été réalisée façon prospective, les sages-femmes notant les EVA les jours même, tandis que notre étude faisait appel aux souvenirs des patientes ce qui peut constituer un biais.

Donc, pour évaluer au mieux la douleur causée par l'épisiotomie en suites de couches, nous nous sommes référés aux transmissions écrites du personnel soignant. Nous regrettons que la cotation de la douleur ne soit pas écrite à l'aide de l'échelle de l'EVA, pour permettre la comparaison avec les EVA des patientes. Nous avons également remarqué, que la présence ou non de la douleur n'était pas souvent renseignée. Il est possible que ceci été fait mais pas reporté sur le dossier. Il est important de bien noter l'EVA même si la douleur est absente, pour pouvoir adapter le traitement.

Différents moyens existent pour prendre en charge la douleur de l'épisiotomie. Ces moyens sont de deux types : les moyens médicaux par le biais d'un protocole et des moyens non médicaux. Ces moyens non médicaux consistent à soulager la douleur. Les patientes décrivent des positions douloureuses (debout, à la marche, à la toux), des positions antalgiques ont été également citées tels que le décubitus latéral et le décubitus dorsal pour limiter la pesanteur au niveau du périnée. De plus, certaines patientes ont été soulagées par la bouée, ou encore le froid et le chaud, malgré que leurs efficacités ne soient pas démontré (13).

Un protocole de prise en charge de la douleur due à l'épisiotomie existait à la clinique obstétricale du CHU de Rouen. Ce protocole consiste, à mettre en place, dès l'arrivée de la patiente en suites de couches, un traitement composé de paracétamol 4 grammes par jour et de Nifluril 250mg à prendre trois fois par jour en systématique durant 5 jours quelque soit le mode d'allaitement. Cependant, il n'a été suivi correctement que pour 54% des patientes. Dans les autres cas, soit le Nifluril n'était pas donné, soit le Nifluril était arrêté à J2 du post-partum, à la demande ou en systématique. Une étude réalisée au CHIC Castres-Mazamet, concernant l'application de protocole de soin auprès d'infirmières, d'aides soignantes, qui montre que 94% du personnel utilisè les protocoles (57).

Il est donc important de savoir pourquoi ce protocole n'a été que peu suivi. Un échec de protocole, est dû à deux raisons principales, la non-observance du

traitement de la part du patient (1), dans notre étude 22% des patientes n'observaient pas régulièrement le traitement, cependant elles avaient des EVA moins élevées que les patientes qui observaient le traitement (EVA médians 1.75 versus 3.5). La deuxième raison étant la non- application du protocole par le personnel soignant. Nous pouvons dégager plusieurs explications. Il est possible, qu'il existe une méconnaissance de l'existence du protocole de la part du personnel, dans l'étude faite au CHIC Castres-Mazamet, 96% du personnel soignant était au courant de l'existence du protocole. Nous pouvons également supposer que les patientes étant peu douloureuses ne nécessitaient pas forcément de Nifluril. En effet, les patientes ayant reçu uniquement du paracétamol comme traitement avaient des EVA moins élevées que celles ayant eues du paracétamol et du Nifluril. (EVA médians 2.7 versus 3.1).

Il pourrait exister une non- adhésion au protocole dû fait de la non réactualisation de ce protocole et donc non adapté ou dû fait de la présence d'un allaitement maternel. Mais, l'application du protocole de la douleur de l'épisiotomie, doit-être systématique et continu même lors d'un allaitement maternel. En effet, l'allaitement peut-être un élément qui aurait pu limiter la prescription de Nifluril. Nous ne trouvons pas de lien entre le traitement donné (paracétamol seul versus paracétamol et Nifluril) et le type d'allaitement et pour 8 patientes allaitantes sur 40, le Nifluril a été arrêté vers J2. Le Nifluril, n'a pas été beaucoup étudié en cas d'allaitement notamment ses conséquences néonatales, qui pourraient être dues à la diffusion du principe actif dans le lait maternel (Le CRAT). Cependant, à la clinique obstétricale du CHU de Rouen, le Nifluril a été utilisé depuis de nombreuses années. Les seuls AINS conseillés n'ayant pas de conséquence grave pour l'enfant et étant également efficace sur la douleur de l'épisiotomie sont le Kétoprofène et l'Ibuprofène (12, 24).

Malgré, la présence de la douleur de l'épisiotomie durant le séjour, les patientes étaient néanmoins satisfaites de la prise en charge avec une moyenne de 7.5 sur 10 et une médiane de 8. Ce résultat rejoint celui de Moriceau, qui retrouve une médiane de 9 et une moyenne de 8 sur 10 (59). De plus, certaines patientes nous ont informées que la présence de leur bébé était suffisante pour ne plus se concentrer sur la douleur

La prise en charge de la douleur n'est pas optimale, de plus, le traitement donné ne suit pas celui énoncé dans le protocole dans la majorité des cas.

Pour savoir si le protocole est efficace, il faut tout d'abord bien l'appliquer, et pour cela il faut que le personnel se sensibilise à son application et également informer les patientes du caractère systématique du traitement pour qu'elles le prennent même si la douleur ne se fait pas ressentir. De plus, sachant que le pic de douleur se situe vers H12- H24, il faut veiller à la parfaite exécution du protocole à J0 et J1. Il serait intéressant de systématiser l'écriture dans les transmissions de l'EVA dans les fiches des suites de couches à chaque visite de la sage-femme de façon à être bien mobiliser dans la prise en charge.

Une première information a été faite au personnel soignant en janvier 2010 à la clinique obstétricale du CHU de Rouen, par Moriceau, qui a mis en place un nouveau protocole concernant les douleurs suite à un accouchement par voie basse (Annexe V). Puisque l'allaitement peut représenter un frein à l'utilisation du Nifluril, il serait peut-être intéressant d'étudier son dosage dans le lait maternel, car il n'existe pas de données concernant le passage de son principe actif dans le lait maternel et donc de ses effets sur le nouveau-né.

CONCLUSION

L'épisiotomie reste l'acte chirurgical le plus pratiqué en cas d'accouchement voie basse, malgré sa diminution depuis 1997. Les douleurs qui en résultent représentent un problème récurrent de suites de couches. Peu d'études se sont intéressées à la gestion de cette douleur.

Néanmoins, la lutte contre la douleur est primordiale dans le système de soin, notamment depuis la circulaire du 30 avril 2002, qui impose la mise en place de protocoles de prise en charge de la douleur. Il est donc indispensable de prendre en charge cette douleur.

Cette étude montre que cette prise en charge n'est pas optimale, de plus le protocole de la douleur de l'épisiotomie n'est correctement appliqué que pour la moitié des patientes. Il est donc indispensable, que l'application du protocole soit correctement faite pour permettre une évaluation de son efficacité.

Nos résultats ont également mis en avant un manque d'information délivrées aux patientes de la part des professionnels, alors que ces patientes devraient être informées de tout ce qui touche à leur santé.

BIBLIOGRAPHIE

Ouvrages

- (1) BONNERY.A-M, GABA-LEROY.C, MACREZ.A, MARANDE.D, MARZAIS, PAUCHET-TRAVERSAT- Protocoles de soins: méthodes et stratégies- Paris- Masson- 2003- 140 pages

- (2)CAPERON.C, DAN BENHAMOU, BELAISCH-ALLART.J, DUBUISSON.J-B- La douleur en gynécologie- Paris - 1997- 500 pages.

- (3) CHAUFFEUR-ADER, DOYDE M.C- Comprendre et soulager la douleur-Rueil-Malmaison- Lamarre-2008- 93 pages

- (4) KAMINA.P- Précis d'anatomie clinique-tome VI - Paris - Maloine - 2005- 389 pages.

- (5) LANSAC.J, MARRET.H? OURY.J-F- Pratique de l'accouchement- Issy les Moulineaux- 4ème édition- Masson- 2006- 553 pages.

- (6) MERGER.R, LEVY.J, MELCHIOR.J – Précis d'obstétrique – Paris- 6ème édition – Masson – 2003 – 597 pages.

Articles:

- (7) AISSAOUI.Y, BRUYERE.R, MUSTAPHA.H, BRY.D- A Randomized Controlled Trial of Pudendal Nerve Block for Pain Relief after Episiotomy- Obstetric anaesthesiology- 2008- pp 625-629.

- (8) BERTHET.J, PACHE.P, RACINET.C – Evaluation du confort périnéal en suites de couches chez les primipares.- « Journal de gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction » Vol 14- 1985- pp 769-773

- (9) BIELEN.F, ROCH.I, VANDENBERGHE.D – Satisfaction et attentes du patient : élaboration d'un questionnaire d'évaluation de l'opinion des patients

hospitalisés concernant la qualité perçue dans les services hospitaliers- Gestions Hospitalières- n°394- mars 2000- pp 171-178

(10) BREMENT.S, MASSON.S, BELERY.A, RACINET.C- Accouchement en décubitus latéral. Essai clinique randomisé comparant les positions maternelle en décubitus latérale et en décubitus dorsal lors de la deuxième phase du travail- Gynécologie obstétrique et fertilité- Vol 35- issues 7- 8 - Aout 2007- pp 637-644.

(11) CHIESA.C, PIERRE.F, MAGNIN.G- Douleur de l'Épisiotomie Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction-Vol 33, N° 7 - Novembre 2004- pp. 661-667

(12) COLLEGE NATIONAL DE GYNECOLOGIE ET DE L'OBSTETRIQUE – Recommandation pour la Pratique Clinique - L'épisiotomie- « Journal de gynécologie obstétrique et biologie de la reproduction » - 2006- vol 35.

(13) FARUEL-FOSSE .H -Soins apportés à l'épisiotomie en suites de couches- « Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction »Vol 35, N° S1 - février 2006 pp. 52-58

(14) FRITEL.X, PIGNE.A, BRETONES.S, MELLIER.G- Pour ou contre l'épisiotomie- Gynécologie obstétrique et fertilité- 2001- vol 29 n°9- pp 632-635.

(15) GASQUET.I – Satisfaction des patients hospitalisés : un indicateur central de mesure de la performance médicale et de la qualité des soins – Profession Sage-femme n° 146- Juin 2008- pp 27-31.

(16) HAMMANI.F – Episiotomie – « Les dossiers de l'obstétrique » -2001- n°295- page 19.

(17) JACQUETIN.B- L'épisiotomie : Introduction- « Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction » -2006- Vol 35- 1S7- 1S9

- (18) KETTLE.C, HILLS.RK, JONES.P, DARBY.L, GRAY.R, JOHANSON.R – Continuous versus interrupted perineal repair with standard or rapidly absorbed sutures after spontaneous vaginal birth: a randomised controlled trial – Academic Department of Obstetrics and Gynaecology, Women and Children’s Division, City general Site, Stoke on Trent ST4 6QG, UK – “Lancet” 2002 Nov23; 360(9346): 1694. 29; 359(9325): 2217-23.
- (19) LABARERE.J, FRANCOIS.P- Evaluation de la satisfaction des patients par les établissements de soins- Revue d’épidémiologie et de santé publique- 1999- vol 47- n°2- pp 175-184.
- (20) LANDAU.R- Analgésie obstétricale et douleur du post-partum- "Douleur et analgésie"- 2007- n°2- pp 1-6
- (21) LANGER.B, MINETTI.A – Complications immédiates et à long terme de l’épisiotomie- « Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction » - 2006- n°35- 1S59 - 1S67.
- (22) MACARTHUR.AJ, MACARTHUR.C- Incidence, severity and determinants of perineal pain after vaginal delivery : a prospective cohort study-« Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction »- 2004- Vol 191, Issue 4- pp 1199-1204
- (23) MAMELLE.N, VENDITELLI.F, RIVIERE.O – La santé périnatale en 2002-2003. L’observation des pratiques médicales. Résultats du réseau sentinelle Audipog – « Gynécologie Obstétrique Fertilité » - 2004- vol 32 – pp 1 à 22.
- (24) PETER.E, JANSSEN, P, GRANGE.C, DOUGLAS.M- Ibuprofen versus acetaminophen with codeine for relief of perineal pain after childbirth: a randomized controlled trial- Canadian medical association- 2001- 165(9): 1203-9
- (25) PHANUEL.D- L’étude de satisfaction- Gestions hospitalières- 1998- n° 381- pp 785-788

(26) RAMONAH.R, GAY.C, TERZIBACHION.J-J, GABELLE.C, COSSA.S, BOUVARD.M, KNOEPFFER.F- Intérêt des anti-inflammatoires non stéroïdiens dans les douleurs périnéales du post-partum - « Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction »- Vol 33, N° 7 - Novembre 2004- pp. 661-667

(27) RIETHMULLER.D, COURTOIS.L, MAILLET.R- Pratique libérale versus restrictive de l'épisiotomie: existe-t-il des indications obstétricales spécifiques de l'épisiotomie? - « Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction »- 2006- Vol35- 1S32- 1S39

(28) RIETHMULLER.D, Episiotomie et extraction instrumentale : la mise à demeure des RPC du CNGOF ? A propos de l'article Mediolateral reduces the risk for anal sphincter injury during operative vaginal delivery- « Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction »- 2009- Vol 38- p 9-10

(29) STAMPS.G, KRUZINS.G, CROWTHER.C- Perineal massage in labour and prevention perineal trauma: randomised controlled trial- British medical journal- May 2001-Vol 322.

(30) SILLOU.S, CARBONNEL.M, N'DOKO.S, DHONNEUR.G, UZON.M, PONCELET.C- Douleur périnéale du post-partum : intérêt de l'infiltration locale de Ropivacaïne- « Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction »- 2009- Vol 38- pp- 510-515

(31) TAYRAC. R, PANEL.L, MASSON.G, MARES.P- Episiotomie et prévention des lésions pelvi-périnéales- - « Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction »- 2006- Vol 35- 1S24- 1S31.

(32) TESSIER.V, PIERRE.F- Facteurs de risques au cours du travail et prévention clinique et pharmacologique de l'hémorragie du post-partum- « Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction » décembre 2004- Vol 33- N° sup 8- pp 29- 56.

(33) TINCELLO .DG, WILLIAMS.A, FOWLER.GE, ADAMS.EJ, RICHMOND.DH, ALFIREVIC.Z – Differences in episiotomy technique between midwives and doctor “BJOG”. 2003; 110(12): 1041-4 PMID: 14664873.

(34) TOAN.N- L'épisiotomie “ Les dossiers de l'obstétrique”- 1997 – n°251

(35) VENDITTELLI.F, GALLOT.D- Quelles sont les données épidémiologiques concernant l'épisiotomie ?-« Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction »Vol 35, N° S1 - février 2006-pp. 12-23

(36) VERSPYCK.E, SENTHILES.L, ROMAN.H, SERGENT.F, MARPEAU.L- Techniques chirurgicales de l'épisiotomie-« Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction » Vol 35, N° S1 - février 2006 pp. 40-51

(37) ZAFAR.S – Comparison of a Single- Knot Versus Three Layered Technique of Perineal Repair After Vaginal Delivery in Women Requiring, Episiotomy : A Double Blind Randomized Controlled Trial, J Turkish-German Gynecol Assoc, Vol 9(3); 2008:129-133

Textes réglementaires :

(38) Loi n°2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé.

(39) Circulaire N°DHOS/E2/2002/266 du 30 avril 2002, relative à la mise en œuvre du programme national de lutte contre la douleur 2002-2005 dans les établissements de santé.

(40) Circulaire DGS/DH/DAS N° 99/84 du 11 février 1999, relative à la mise en place de protocoles de prise en charge de la douleur aiguë par les équipes pluridisciplinaires médicales et soignantes des établissements de santé et institutions médico-sociales

Mémoires :

(41) DELACROIX.C- L'Épisiotomie en 2007 : Enquête auprès de 202 sages-femmes de Seine-Maritime- Ecole de sages-femmes-Mémoire-Rouen-2008

(42) MOREAU.Y- Décubitus dorsal ou décubitus latéral: que préfère mon périnée?- Ecole de sages-femmes- Mémoire- Rouen- 2008

(43) TELLIER.C- La douleur de l'épisiotomie et sa prise en charge dans le post-partum - Ecole de sages-femmes-Mémoire-Rouen-2001

Sites Internet : (date de consultation)

(44) <http://www.lecrat.org> (20/11/2009)

(45) <http://www.who.int/fr> (20/11/2009)

(46) <http://www.respir.com> (20/11/2009)

(47) <http://ddata.over-blog.com/xxxyyy/0/33/11/36/episio-psf.pdf> (13/03/2009)

(48) <http://www.cngof.asso.fr> (11/09/2009)

(49) http://www.sante.gouv.fr/htm/dossiers/prog_douleur/ (16/01/2009)

(50) http://www.antalvite.fr/pdf/echelle_visuelle_analogique.htm (20/03/2009)

(51) <http://www.ncbi.nlm.nih.gov> (20/03/2009)

(52) <http://www.ordre.pharmacien.fr> (20/11/2009)

(53) <http://www.antalvite.fr/pdf/medicaments.pdf> (20/11/2009)

(54) http://www.aphp.fr/site/connaitre/satisfaction_usagers.htm (09/09/2009)

(55) <http://www.episiotomie.info> (9/09/2009)

(56) <http://www.has-sante.fr> (20/12/2009)

(57) http://www.chu.toulouse.fr/IMG/pdf/3Protocole_sauvegarde_ou_mise_en_danger_du_soignant (18/01/2010)

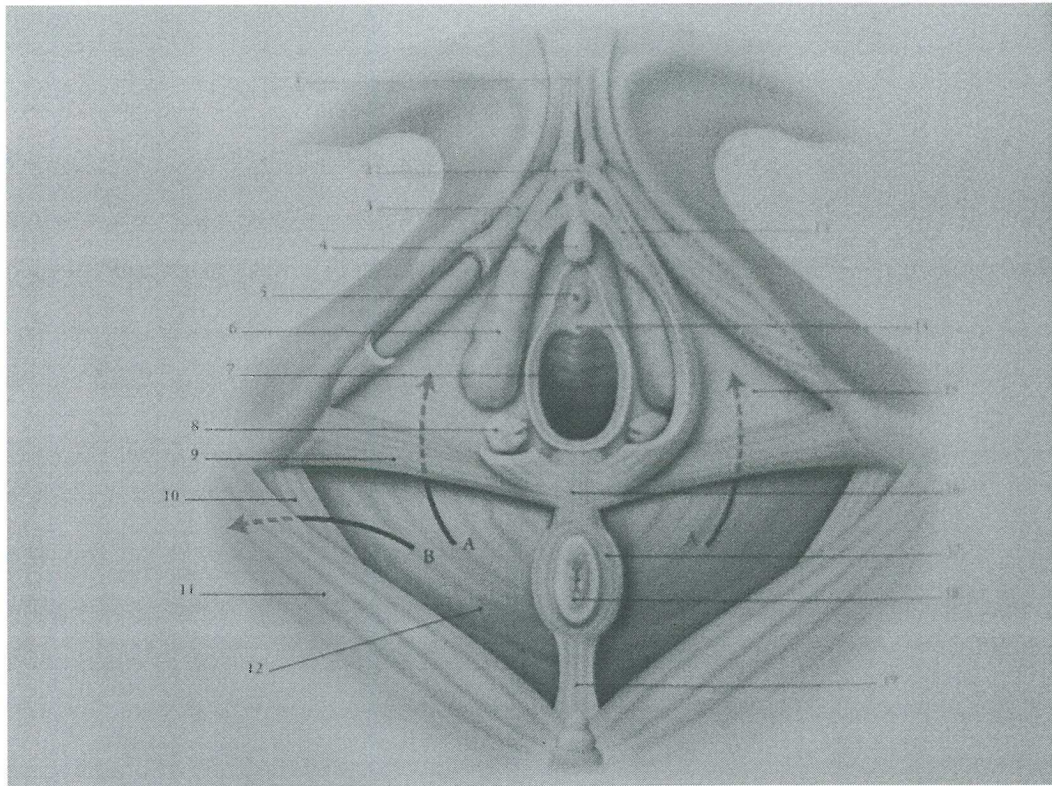
(58) http://www.jlar.com/Congres_anterieurs/JLAR2006/doul_meca.html
(23/02/2010)

Document non publié :

(59) MORICEAU.J- Evaluation de la douleur après accouchement voie basse- Clinique obstétricale du CHU de Rouen- 2009

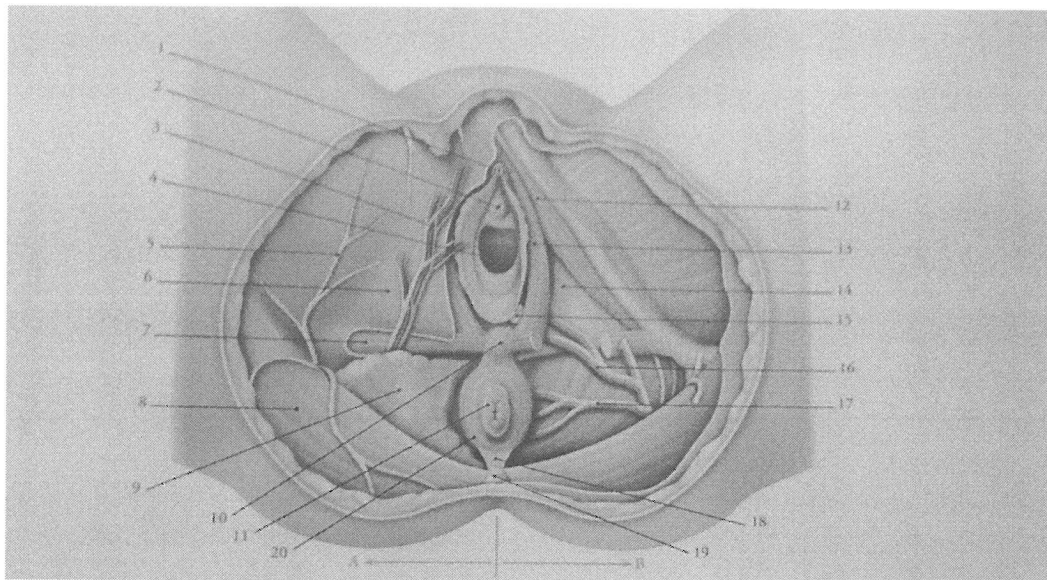
ANNEXE I

Périnée féminin: topographie, muscles: vue inférieure (D'après P. Kamina (4))



- | | | | |
|---|---------------------------------------|--|---|
| <i>A.B. fosse ischiorectale (A vers son recessus antérieur, B vers son recessus postérieur)</i> | <i>5. ostium externe de l'urètre</i> | <i>13. m. bulbo-spongieux</i> | <i>17. m. sphincter externe de l'anus</i> |
| <i>1. lig. suspenseur du clitoris</i> | <i>6. bulbe vestibulaire</i> | <i>14. carina urétrale du vagin</i> | <i>18. anus</i> |
| <i>2. m. compresseur de la v. dorsale du clitoris</i> | <i>7. vagin</i> | <i>15. fascia inf. du diaphragme urogénital (membrane périnéale)</i> | <i>19. lig. ano-occipital</i> |
| <i>3. corps caverneux</i> | <i>8. glande vestibulaire majeure</i> | <i>16. centre tendineux du périnée</i> | |
| <i>4. gland du clitoris</i> | <i>9. m. transverse superficiel</i> | | |
| | <i>10. lig. sacro-tubéral</i> | | |
| | <i>11. m. grand fessier</i> | | |
| | <i>12. m. élévateur de l'anus</i> | | |

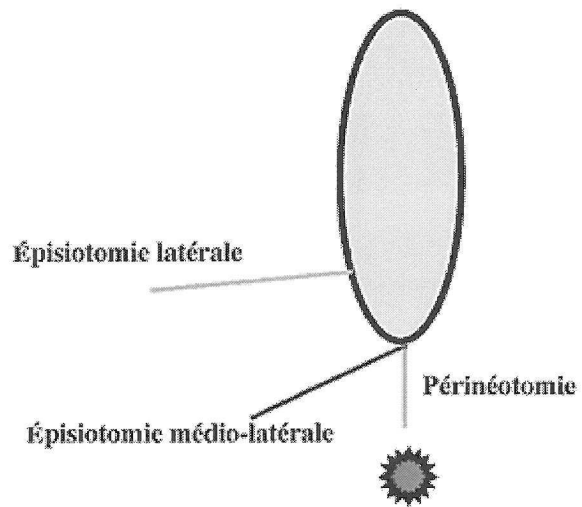
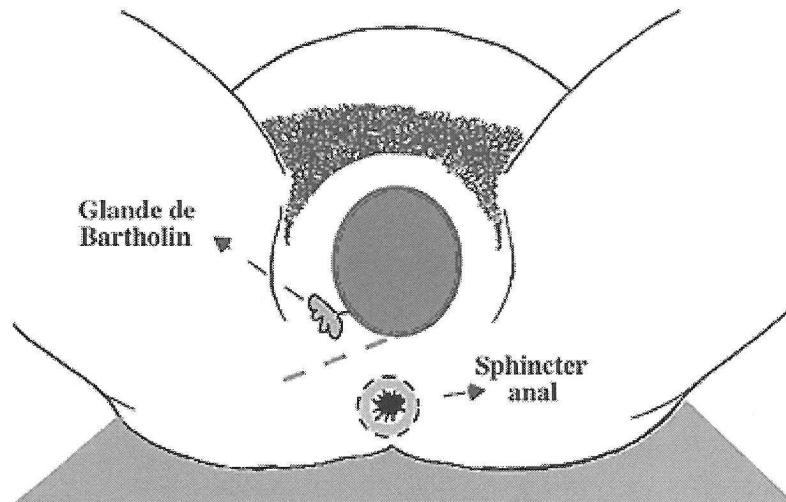
Périnée féminin: position gynécologique (D'après P. Kamina (4))



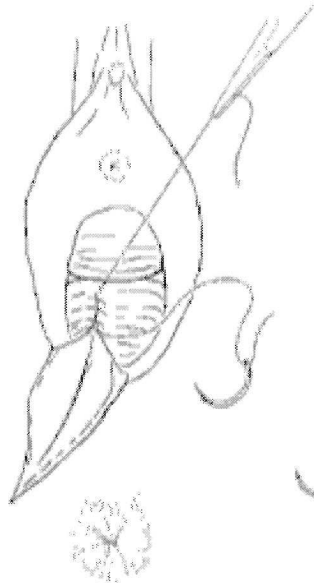
- | | | | |
|--|---|--|-------------------------------------|
| A. région sous-cutanée | 4. orifice vaginal | 10. centre tendineux du périnée | 15. glande vestibulaire majeure |
| B. espace superficiel du périnée et fosse ischio-rectale | 5. r. périnéal du n. cutané postérieur de la cuisse | 11. anus | 16. a., v. et n. périnéaux profonds |
| 1. gland du clitoris | 6. fascia superficiel du périnée | 12. m. ischio-caverneux | 17. a., v. et n. rectaux inf. |
| 2. ostium externe de l'urètre | 7. m. transverse superficiel | 13. m. bulbo-spongieux | 18. lig. anococcygien |
| 3. a., v. et n. périnéaux superficiels | 8. m. grand fessier | 14. fascia inférieur du diaphragme urogénital (membrane périnéale) | 19. apex du coccyx |
| | 9. fosse ischio-rectale | | 20. m. sphincter externe de l'anus |

ANNEXE II

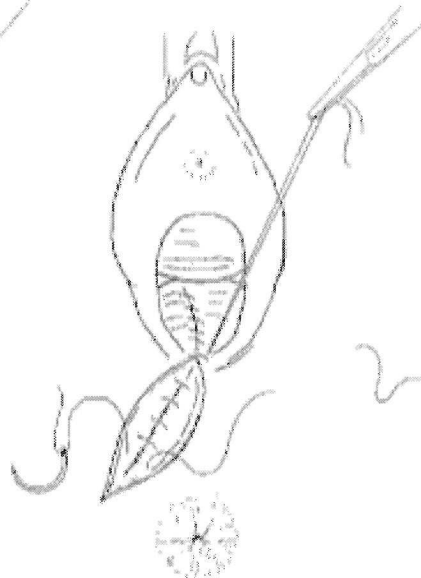
Réalisation de l'épisiotomie (36)



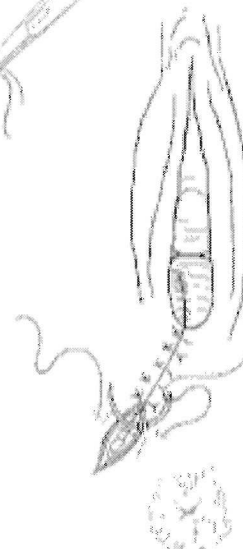
Réfection de l'épisiotomie



A. muqueuse vaginale



B. plan musculaire



C. peau

ANNEXE III: Protocole de prise en charge de la douleur de l'épisiotomie dans les suites de couches (2005)

Dès l'arrivée des patientes dans les services de suites de couches, mettre en place du:

- Paracétamol: 4g par jour

- Nifluril: 250 mg 3 fois par jour

en systématique pendant 5 jours, quelque soit le mode d'allaitement.

12) Avant l'accouchement, aviez-vous peur d'avoir une épisiotomie ?

Oui Non

En ce qui concerne l'épisiotomie,

13) - Vous-a-t-on prévenue lors de l'incision ? Oui Non

14) - Avez-vous ressenti sa réalisation comme douloureuse? Oui Non

15) - Avez-vous senti sa suture comme douloureuse? Oui Non

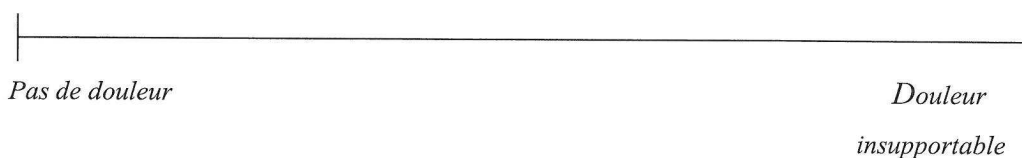
16) Aviez-vous bénéficié de l'analgésie péridurale ? Oui Non

17) Si oui, était-elle efficace au moment de l'épisiotomie ? Oui Non

DOULEUR :

18) Quel est votre degré de douleur lors d'une prise de sang ?

Selon l'échelle ci-dessous, cocher votre niveau de douleur.



Face à la douleur,

19) Comment réagissez-vous ? (1 seule réponse possible)

Calme Anxieuse
 Agitée Indifférente

20)- Prenez-vous facilement des médicaments en votre possession ?

Oui Non

Concernant l'épisiotomie :

21) Dans quelle situation, avez-vous mal à votre épisiotomie ? (plusieurs réponses possibles) :

Au repos : A l'effort : De façon Permanente
 Assis A la marche
 Allongée A la toux
 Debout Pendant les soins

Comment a évolué cette douleur pendant le séjour ? *Cocher votre niveau de douleur sur les échelles ci-dessous.*

Ce jour :

22) Au Repos :

Pas de douleur

*Douleur
insupportable*

23) A l'effort :

Pas de douleur

*Douleur
insupportable*

Hier :

24) Au Repos :

Pas de douleur

*Douleur
insupportable*

25) A l'effort :

Pas de douleur

*Douleur
insupportable*

Avant-hier :

26) Au Repos :

Pas de douleur

*Douleur
insupportable*

27) A l'effort :

Pas de douleur

*Douleur
insupportable*

Le jour de votre accouchement :

28) Au Repos :

Pas de douleur

*Douleur
insupportable*

29) A l'effort :

Pas de douleur

*Douleur
insupportable*

TRAITEMENT

30) Avez-vous bénéficié d'un traitement antalgique pour soulager la douleur de l'épisiotomie ?

- Oui Non

Si oui :

31) Quel est le nom du (des) médicament(s) ?

N°1 : N°2 :

32) Le traitement vous est donné :

- De façon systématique
 A votre demande

33) Prenez-vous le traitement donné ?

- Oui Non

34) Combien de fois par jour prenez-vous ce(s) médicament(s) ?

Premier médicament : 1 2 3 4 5 ou plus

Deuxième médicament : 1 2 3 4 5 ou plus

Prenez-vous la dose prescrite des traitements ?

35) Médicament n°1 : Oui Non

36) Si non, vous en prenez : Plus Moins

37) Médicament n°2 : Oui Non

38) Si non, vous en prenez : Plus Moins

39) Est-ce que vous utilisez d'autres moyens pour soulager la douleur de l'épisiotomie ?

Oui Non

Si oui :

40) Lesquels ? (Plusieurs réponses possibles)

Bouée Arnica Acupuncture
 Glace Sels minéraux

Autres :.....

41) Etes-vous soulagée par ces moyens ? Oui Non

42) Existe-il des positions qui vous permettent d'être soulagée face à cette douleur ?

Oui Non

43) Si oui, lesquelles :

Allongée sur le dos Debout Allongée sur le côté
 Assise Autres :.....

44) Combien de toilettes locales d'épisiotomie faites-vous par jour ?

1 2 3 4 5 ou plus

45) Vous-a-t-on informé du bénéfice des soins locaux pour diminuer la douleur ?

Oui Non

Satisfaction :

46) Etes-vous satisfaite de la prise en charge de votre épisiotomie ? *Sur l'échelle ci-dessous, cochez votre niveau de satisfaction*



Pas satisfaite

Très satisfaite

Avez-vous des remarques à soumettre?

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Je vous remercie de la précieuse aide que vous m'avez accordée.

ANNEXE V

Proposition de protocole de prise en charge de la douleur pour les accouchements voie basse.

- En première intention, voie orale:
 - Paracétamol (**Dafalgan, Efferalgan**) 1g x 4 /j

 - AINS :
 - Kétoprofène (**Profénid**) 100 mg x 3 ou **Biprofénid** 150 mg x 2
 - Ou Ibuprofène (**Advil**) 200mg x 3
 - Ou l'Ac Nifluminique (**Nifluril**) 250 mg x 3 utilisé en pratique courante depuis longtemps dans le service mais non recommandé dans la littérature

Dans le respect des contres indications : Risque hémorragique important, insuffisance rénale, hépatique, cardiaque sévère, ulcère gastro duodéal, allergie, asthme déclenché par les AINS

NB: Le Paracetamol et le Profénid ou l' Advil peuvent être poursuivis pendant l'allaitement

- En cas de douleurs persistantes malgré ce traitement (EVA > 3) :
 - Tramadol (**Topalgic**) 50 mg x 4 /j max par voie orale