



HAL
open science

Decubitus dorsal ou decubitus latéral : que préfère mon périnée ? Étude rétrospective à propos de 204 nullipares au Centre Hospitalier du Belvédère

Yohann Moreau

► **To cite this version:**

Yohann Moreau. Decubitus dorsal ou decubitus latéral : que préfère mon périnée ? Étude rétrospective à propos de 204 nullipares au Centre Hospitalier du Belvédère. Gynécologie et obstétrique. 2008. dumas-00675861

HAL Id: dumas-00675861

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-00675861>

Submitted on 2 Mar 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

HOPITAUX DE ROUEN

ECOLE DE SAGES-FEMMES

**DECUBITUS DORSAL OU DECUBITUS LATERAL :
QUE PREFERE MON PERINEE ?**

Etude rétrospective à propos de 204 nullipares.

Au Centre Hospitalier du Belvédère.

Mémoire présenté par Monsieur Yohann Moreau

Né le 28 Août 1983

DIPLOME D'ETAT DE SAGE-FEMME

PROMOTION 2004-2008

Au Dr Cevaer Hervé, pour son importance dans mon orientation.

A Madame Grout, directrice de ce mémoire, pour ses précieux conseils et sa grande disponibilité.

A Madame Pastor, pour ses conseils et sa bonne humeur.

A mes parents, pour tout ce qu'ils m'ont apporté depuis toujours et leur importance dans mon orientation.

A mon frère Christophe, pour notre complicité.

A Florence, pour son amour et son soutien au quotidien.

SOMMAIRE

INTRODUCTION	p.1
REVUE DE LA LITTÉRATURE	p.2
1. Historique de l'accouchement	p.2
<u>1.1. Pendant l'Antiquité</u>	p.2
<u>1.2. Au Moyen-âge</u>	p.2
<u>1.3. Aux XVIIe et XVIIIe Siècles</u>	p.3
<u>1.4. Positions adoptées aujourd'hui</u>	p.3
2. Mécanique de l'expulsion	p.4
<u>2.1. Définition</u>	p.4
<u>2.2. Mécanique</u>	p.4
<u>2.3. Changement de direction</u>	p.5
<u>2.4. Changement d'attitude de la tête fœtale</u>	p.5
<u>2.5. Ampliation du périnée</u>	p.6
<u>2.6. Restitution</u>	p.6
<u>2.7. Accouchement des épaules et du tronc</u>	p.7
<u>2.8. Accouchement du siège et des membres inférieurs</u>	p.8
3. Spécificités de l'accouchement sur le côté	p.9
<u>3.1. Description de la position</u>	p.9
<u>3.2. Mécanique spécifique de cet accouchement</u>	p.10
<u>3.3. Rôle de la sage-femme</u>	p.12
4. Anatomie du périnée	p.13
<u>4.1. Situation anatomique</u>	p.13
<u>4.2. Concernant le périnée uro-génital</u>	p.13
4.2.1. Espace superficiel	p.13
4.2.2. Espace profond	p.14
<u>4.3. Concernant le périnée anal</u>	p.14
4.3.1. Le muscle sphincter externe de l'anus	p.14
4.3.2. Le ligament ano-coccygien	p.15
4.3.3. La fosse ischio-rectale	p.15
<u>4.4. Le diaphragme pelvien</u>	p.15
4.4.1. Les muscles releveurs de l'anus	p.15
4.4.2. Les muscles coccygiens	p.16
5. Classification des déchirures périnéales	p.17
<u>5.1. Les déchirures périnéales postérieures</u>	p.17
5.1.1. Déchirure périnéale simple	p.17
5.1.2. Déchirure périnéale complète	p.17
5.1.3. Déchirure périnéale complète compliquée	p.18
5.1.4. Réparation	p.18

5.1.5.Conséquences	p.18
<u>5.2.Les déchirures vulvaires antérieures</u>	p.19
<u>5.3.Les déchirures vaginales et cervicales</u>	p.19

ETUDE CLINIQUE

p.20

1.Méthodologie

p.20

1.1.Objectif p.20

1.2.Méthodes et matériel p.20

1.3.Paramètres étudiés p.21

1.4.Analyse statistique p.24

2.Résultats de l'étude

p.25

2.1.Profil des patientes p.25

2.2.Etat périnéal consécutif à l'accouchement p.30

2.3.Facteurs pouvant influencer l'état périnéal à l'issue de l'accouchement p.34

3.Discussion

p.40

CONCLUSION

p.48

BIBLIOGRAPHIE

ANNEXES

INTRODUCTION

Dans les Recommandations pour la Pratique Clinique, parues en 2006 à propos de l'épisiotomie, nous pouvons lire « Certaines études ont montré que les positions verticales ou latérales pendant la deuxième phase du travail étaient associées à un moindre recours aux épisiotomies que la position classique en décubitus dorsal, sans diminuer pour autant le nombre de réparations périnéales (grade B). Les évidences scientifiques sont insuffisantes pour conseiller un type particulier de poussée ou un mode particulier de dégagement de la tête fœtale visant à réduire le taux global d'épisiotomies (grade B) ». Ce constat a donc été le point de départ de notre réflexion.

De plus, notre expérience de stages nous a confrontés à la pratique de l'accouchement en décubitus latéral. Les sages-femmes pratiquant cette position pour le dégagement prônent les effets bénéfiques de celui-ci, notamment en ce qui concerne le périnée.

Il nous paraissait donc intéressant de réaliser une étude sur ce mode d'accouchement pour étayer les quelques données scientifiques sur ce sujet. Nous voulions également vérifier de manière rigoureuse et scientifique ce que les sages-femmes promulguaient.

Nous nous sommes alors focalisés sur l'état périnéal à l'issue des accouchements pratiqués sur le côté, et ce chez les nullipares. Notre postulat de départ était que l'accouchement en décubitus latéral serait moins délétère pour le périnée maternel que l'accouchement en décubitus dorsal. Nous avons donc pris en compte pour cette étude les lésions périnéales observées à l'issue des deux types d'accouchement mais également tous les paramètres pouvant influencer ces lésions.

Notre étude comprend tout d'abord une revue de la littérature au sujet de l'expulsion fœtale en présentation céphalique et de l'accouchement en décubitus latéral. Puis, nous exposerons la méthodologie et les résultats de notre travail de recherche. Enfin, nous terminerons par une discussion à propos des résultats obtenus, ce qui nous permettra de conclure.

REVUE

DE LA

LITTERATURE

1. Historique de l'accouchement [1, 4, 6, 32]

1.1. Pendant l'Antiquité

En Egypte, les bas-reliefs et les hiéroglyphes nous apprennent que les positions accroupies et agenouillées étaient fréquemment utilisées. Ainsi, un même hiéroglyphe signifiait « être assis sur une pierre » et « donner naissance » dans le langage égyptien.

Dans la mythologie gréco-latine, c'est « *ayant un genou appuyé sur la tendre mousse* » que Léo met au monde les célèbres jumeaux Apollon et Artémis.

Notons ensuite l'apparition de la chaise obstétricale, ou *sella perforata*, sous l'influence d'Hippocrate, qui fut largement utilisée à l'époque romaine et de la Grèce antique. Ce fut le premier dispositif conçu spécialement pour l'accouchement. C'est aussi à cette époque que pour la première fois un médecin, nommé Séranos d'Ephèse, recommanda la protection du périnée.

1.2. Au Moyen-âge

La position d'accouchement en Europe est différente selon les régions. On y observe toutes les variantes possibles pour l'expulsion fœtale (assise, accroupie, à quatre pattes...) et l'utilisation de matériel adapté pour l'accouchement se répand beaucoup au XVIème siècle.

La *chaise obstétricale* continue d'être utilisée mais principalement dans les classes aisées. Un nombre incalculable de chaises obstétricales a été créé durant cette période. La chaise d'accouchement utilisée en Allemagne est notamment de plus en plus élaborée : un dossier incliné et incurvé, ainsi que des poignées latérales ont été rajoutées pour aider la parturiente à pousser. Il existe également un *tabouret d'accouchement* largement utilisé en Italie et en Grèce.

Certains dispositifs sont utilisés parfois comme le « *bakermat* », grand panier d'osier tressé réservé à l'accouchement et à l'allaitement, dans les petits villages d'Europe du Nord. Et différents accessoires permettant la suspension ou l'appui direct, ou indirect, ont été également imaginés à cette époque.

La plupart des femmes accouchait en position assise, non déshabillée, à domicile, dans la plus grande pièce de leur maison.

1.3.Aux XVIIe et XVIIIe Siècles

Il y a trois siècles, François Mauriceau (1637-1709) introduit dans le monde occidental le *décubitus dorsal* pour des motifs qui ne sont pas relatifs à la physiologie. En effet, cette position allongée, ou semi-assise, n'a pour but que de faciliter la surveillance du travail et de l'expulsion, ainsi que la réalisation de manœuvres devenues d'autant plus nécessaires que les conditions physiologiques sont moins respectées. Ces manœuvres sont largement utilisées à cette époque car c'est le début des extractions instrumentales ou encore des versions par manœuvre interne. L'utilisation du *décubitus dorsal* s'est donc répandue progressivement dans le monde occidental et s'est généralisée jusqu'à nos jours parallèlement à la médicalisation de la naissance.

En 1743, un accoucheur rouennais, Jacques Mesnard, met au point un « *lit de camp pour accoucher les femmes* », ancêtre de nos tables d'accouchement actuelles.

Outre-manche, et ce à la même période, un accoucheur anglais nommé Fielding Ould (1710-1789) est le promoteur de la position *d'accouchement sur le côté* et comme cela s'est passé en France avec François Mauriceau, la position d'accouchement sur le côté est devenue règle dans les maternités anglaises jusqu'à aujourd'hui.

1.4.Positions adoptées aujourd'hui

En France, le matériel a suivi la pratique de l'accouchement en lithotomie où la patiente est en *décubitus dorsal*, jambes pliées, pieds à plat sur un plan horizontal, ou tenus par un assistant ou des étrières. Les *tables d'accouchement* se sont perfectionnées pour répondre aux contraintes de cette pratique (étriers, dossiers inclinables, voire poignées latérales). Depuis la seconde moitié du XXème siècle, de nombreux médecins, obstétriciens ou sages-femmes se sont interrogés sur cette pratique d'accouchement devenue quasi systématique et il y eut un mouvement de « redécouverte » des positions d'accouchement adoptées spontanément. Ce mouvement a été notamment initié par Paciornik au Brésil, Odent et Gardosi en Grande-Bretagne ainsi que Navé, De Gasquet, Lucas et Racinet en France.

2.Mécanique de l'expulsion [7, 8]

2.1.Définition

C'est l'étape de l'accouchement après l'engagement, la descente et la rotation intra-pelvienne de la présentation fœtale. L'expulsion correspond au franchissement du détroit inférieur.

Le dégagement céphalique se caractérise par trois phénomènes qui se déroulent simultanément :

- le changement de direction de la progression
- le changement d'attitude de la tête fœtale
- l'ampliation du périnée.

Pour se faire, les conditions nécessaires sont :

- effacement et dilatation du col terminés
- poche des eaux rompue
- présentation céphalique engagée et ayant effectuée sa rotation intra-pelvienne.

La parfaite connaissance de la mécanique du dégagement et de la gestuelle à appliquer, permet de contrôler au mieux le périnée maternel permettant de ce fait une pratique restrictive de l'épisiotomie.

2.2.Mécanique

Le dégagement en variété occipito-pubienne représente 98% des présentations. La rotation de la tête est la conséquence de son état de flexion. Dans ces conditions, l'axe vertébral se trouve reporté en arrière et toutes les réactions de l'arc antérieur du bassin maternel sur le crâne tendent à ramener l'occiput en avant et ceci aussi bien pour les variétés de position antérieure que pour les variétés de position postérieure. Toutes les présentations obliques (OIGA, OIGP, OIDA et OIDP) tournent donc en avant pourvu qu'elles soient fléchies.

2.3.Changement de direction

Pour sortir du bassin, le fœtus, qui s'est engagé dans un diamètre oblique du détroit supérieur tête fléchie, après une descente suivant l'axe ombilico-coccygien et une fois le détroit moyen franchi, oriente sa tête dans le diamètre antéro-postérieur du détroit inférieur afin d'en utiliser le plus grand diamètre.

Le seul obstacle reste alors le périnée dont la composante essentielle est le noyau fibreux central sur lequel viennent prendre appui les muscles releveurs de l'anus.

L'axe de progression devient alors horizontal sur la femme en position couchée, puis oblique en haut et en avant lors du passage de l'anneau vulvaire.

En fin de descente, le front du fœtus butte sur le sacrum, accentuant encore la flexion céphalique des présentations ayant fait leur rotation intra-pelvienne avec l'occiput vers l'avant.

Les petites lèvres s'écartent alors, le périnée postérieur se tend, l'anus s'entrouvre. Mais la tête reste mobile et remonte légèrement après chaque contraction, en ne progressant que par à-coups jusqu'à ce que le sous-occiput soit fixé sous la symphyse pubienne.

2.4.Changement d'attitude de la tête fœtale

Ainsi, le sous-occiput calé sous la symphyse pubienne permettra la déflexion céphalique autour de ce point de pivot amenant au dégagement proprement dit.

C'est le moment charnière de l'accouchement de la présentation céphalique. En même temps, les bosses pariétales se sont dégagées des tubérosités ischiatiques.

Le front balaie la concavité sacrée, le périnée postérieur, l'anus, le périnée antérieur, avec apparition à la vulve progressivement de l'occiput, des bosses pariétales, du front, du nez, de la bouche et du menton.

Ce mouvement de déflexion provoque la désolidarisation tête-tronc. La solidarisation était nécessaire à la descente et à la rotation dans l'excavation pelvienne.

2.5. Ampliation du périnée

Lorsque l'occiput est fixé sous la symphyse pubienne, et donc que la tête ne remonte plus après chaque contraction, la distension vulvaire devient permanente et donne à la vulve la forme d'un anneau de 5 cm de diamètre environ. Le périnée postérieur est distendu, l'anus est béant, laissant entrevoir sa muqueuse. Dans le même temps, le coccyx est rétropulsé, transformant ainsi le diamètre utile du sous-coccy-sous-pubien de 8.5 cm en sous-sacro-sous-pubien de 11.5 cm.

La tête est fixée par la racine du nez au niveau de la pointe du coccyx et ne peut remonter entre les contractions utérines. La progression de la tête se poursuivant, le périnée antérieur se distend à son tour et va coiffer la présentation.

La distance ano-vulvaire s'allonge jusqu'à 10-12 cm en même temps que la vulve s'horizontalise. Le périnée d'abord vertical devient oblique vers le bas et l'arrière, facilitant la déflexion céphalique. En effet, la réaction qu'exerce le périnée contre la tête foetale est comparable à une force dont l'axe se déplace progressivement et finit par passer en arrière des condyles occipitaux.

2.6. Restitution

Une fois la tête dégagée, l'occiput effectue une rotation de restitution spontanée qui le ramène dans le prolongement du dos.

Pour les variétés de position antérieure :

✓ OIGA : l'occiput effectue une rotation de 45° de l'OP à l'OIGA qui le ramène dans le prolongement du dos à gauche.

✓ OIDA : l'occiput effectue une rotation de 45° de l'OP à l'OIDA qui le ramène dans le prolongement du dos à droite.

Pour les variétés de position postérieure :

- si la rotation s'est effectuée en OP, l'importance de la rotation dépend de la façon dont le dos foetal a suivi la rotation interne de la tête foetale. Ainsi, dans la majorité des cas, les épaules ont suivi la tête et la restitution sera de 45°. Donc, les variétés en ODP effectuent la même rotation que les variétés en OIDA et les variétés en OIGP effectuent la même rotation que les variétés en OIGA.

Plus rarement, la rotation du dos a été incomplète ou nulle et la restitution sera de 90°, voire 135°. Alors, pour une variété en OI DP, l'occiput effectue une rotation de restitution spontanée de 90° ou de 135° de l'OP à l'OIDT ou à l'OIDP qui le ramène dans le prolongement du dos à droite. Pour une variété en OIGP, l'occiput effectue une rotation de restitution spontanée de 90° ou 135° de l'OP à l'OIGT ou à l'OIGP qui le ramène dans le prolongement du dos à gauche.

- si la rotation s'effectue en OS, pour les variétés en OI DP, l'occiput effectue une rotation de restitution spontanée de 45° de l'OS à l'OIDP qui le ramène dans le prolongement du dos à droite. Pour les variétés en OIGP, l'occiput effectue une rotation de restitution spontanée de 45° de l'OS à l'OIGP qui le ramène dans le prolongement du dos à gauche.

2.7. Accouchement des épaules et du tronc

Les temps sont les mêmes que pour l'accouchement de la tête. L'engagement de l'épaule commence lors de l'expulsion de la tête.

Pour les variétés de position antérieures, le diamètre bi-acromial s'accommode au détroit supérieur par orientation suivant le diamètre oblique perpendiculaire à celui d'engagement du sous-occipito-bregmatique (diamètre droit pour une OIGA).

Pour les variétés de position postérieures, l'engagement des épaules dépend de la façon dont le dos fœtal a suivi la rotation interne de la tête fœtale :

- si, comme dans la majorité des cas, les épaules ont suivi la tête (restitution de 45°), le diamètre bi-acromial s'accommode au détroit supérieur par orientation suivant le diamètre oblique perpendiculaire à celui d'engagement du sous-occipito-bregmatique.

- si la rotation du dos a été nulle (restitution de 135°), le diamètre bi-acromial s'accommode au détroit supérieur par orientation suivant le même diamètre oblique que celui d'engagement du sous-occipito-bregmatique.

Le tassement des épaules, butant au détroit supérieur sous l'influence des contractions utérines, réduit les dimensions du bi-acromial qui passe alors de 12 à 9,5 cm. La descente se fait en synclitisme suivant l'axe du détroit supérieur. Une rotation de 45° vers l'avant amène l'épaule antérieure sous la symphyse et oriente le bi-acromial

suivant le diamètre antéro-postérieur du détroit inférieur. Cette rotation entraîne le mouvement de restitution de la tête fœtale.

L'expulsion des épaules a lieu par rotation du bi-acromial autour du point fixe de la symphyse pubienne. L'épaule se fixe donc sous la symphyse pubienne pendant que l'épaule postérieure balaie la concavité sacrée, puis le périnée. L'épaule antérieure se dégage ensuite facilement.

2.8. Accouchement du siège et des membres inférieurs

Les différents temps sont encore théoriquement les mêmes. Les faibles dimensions du diamètre bi-trochantérien (9,5 cm) font qu'ils se succèdent très rapidement et sans difficulté. Le bi-trochantérien s'oriente et s'engage selon le même diamètre oblique que celui utilisé par le bi-acromial. Il descend et tourne pour s'orienter suivant le diamètre antéro-postérieur du détroit inférieur, puis est ensuite expulsé par rotation de la hanche postérieure autour de la symphyse pubienne (la hanche antérieure étant fixée sous la symphyse pubienne).

3. Spécificités de l'accouchement sur le côté

3.1. Description de la position d'expulsion [3, 8, 13, 31, 32] et [I, II, III, IV]

La position décrite ici est le fruit de la réflexion du Dr B. De Gasquet et est extraite du mémoire de fin d'études de sage-femme d'Elise Lefranc.

La position de l'accouchement en décubitus latéral doit répondre à plusieurs critères :

➤ La parturiente doit être en *latéro-ventral* pour la concordance des axes et libérer le diaphragme.

➤ Il faut placer la parturiente en décubitus latéral *en fonction du côté du dos du fœtus*, c'est-à-dire sur le côté gauche pour un dos à gauche et sur le côté droit pour un dos à droite.

➤ Il faut placer un coussin ou un étrier sous le genou de la jambe supérieure (jambe droite si DLG et jambe gauche si DLD) et la fléchir de sorte que *l'angle fémur-rachis soit inférieur à 90°*. Le fémur doit aussi être *en adduction et en rotation interne* (en soulevant légèrement le pied).

➤ L'autre jambe doit être *tendue* et en appui sur le cale-pied opposé (cale-pied droit pour une position en DLG et le cale-pied gauche pour une position en DLD). Si la parturiente est trop petite par rapport à la table d'accouchement, on peut « casser » la table et avancer la partie amovible pour que la parturiente ait malgré tout son appui sur le cale-pied.

➤ La parturiente *s'étire* en agrippant la tête du lit avec son bras supérieur (bras droit si DLG et bras gauche si DLD).

➤ La patiente pousse en s'étirant et en *expiration forcée*. Une poussée bloquée est tout à fait possible également.

Si toutes ces conditions sont présentes, l'anatomie fonctionnelle et la mécanique obstétricale sont respectées. Ces conditions peuvent tout à fait aller de pair avec l'utilisation d'une analgésie péridurale sauf s'il y a un bloc moteur. En effet, une analgésie péridurale qui préserve les sensations périnéales est toujours de meilleur pronostic pour la poussée, quelle que soit la position d'accouchement. Et il est utile de

rappeler que malgré toutes ces contraintes d'installation, la surveillance du rythme cardiaque fœtal et des contractions utérines pendant l'expulsion est tout à fait possible.

3.2.Mécanique spécifique de cet accouchement [3, 8, 13, 15, 19, 24]

En décubitus latéral, la mère est donc couchée du côté du dos du fœtus comme nous l'avons dit précédemment et l'engagement se fait alors normalement en oblique.

Le faisceau ilio-coccygien du muscle releveur de l'anus et le muscle obturateur interne du côté en extension restent tendus, ainsi que le muscle psoas, ce qui donne un rail continu au fœtus. Du côté opposé, *la mobilité et la détente* du muscle obturateur interne et du faisceau ilio-coccygien du muscle releveur de l'anus vont permettre au fœtus de progresser de façon oblique sans trouver la résistance qui oblige à la rotation. Aussi, le *diamètre bi-épineux s'agrandit* (jusqu'à 2 cm observés sur des clichés d'I.R.M.) et permet le passage en oblique des pariétaux. Le rôle de la rotation interne du fémur est important dans toutes ces modifications.

Il n'y a donc aucune raison pour que le fœtus change sa trajectoire ou défléchisse sous la symphyse pour venir vers l'avant. *Il reste dans l'axe ombilico-coccygien et sort alors en oblique.* Les épaules sortent souvent en même temps, dans l'axe oblique d'engagement, le plus grand axe.

Le fœtus n'ayant pas défléchi, les bras restent en avant, la position fœtale étant conservée. Le fœtus sort comme un « œuf » sans avoir subi de rotation, de déflexion ni de restitution qui peuvent être à l'occasion traumatiques. Il ne devrait donc ne pas y avoir d'OP ou d'OS pour le dégagement mais seulement des obliques...

Le risque de dystocie des épaules est diminué puisqu'il n'y a pas de désolidarisation et que les bras restent devant selon Bernadette de Gasquet. Le diamètre bi-acromial est alors accommodable.

Pour le périnée maternel, il y a *peu d'ampliation* et il se produit une ouverture ano-coccygienne et latérale du sphincter anal, ce qui semblerait plus protecteur comme cela fut démontré dans les études suivantes :

- Soong et Barnes [28], qui ont réalisé une étude prospective comparant le recours à la suture en fonction de diverses positions d'accouchements à propos de 3756 cas. Ils ont observé une diminution significative du recours à la suture lors d'accouchements en

DL par rapport au DD uniquement chez les patientes bénéficiant d'une analgésie péridurale ($p=0,02$)

- Shorten et al. [27], qui dans une analyse rétrospective de 2891 accouchements spontanés dans diverses positions ont réalisé un modèle de régression logistique pour les facteurs de risque de déchirures et les facteurs concourant à l'obtention de périnéés intacts. Ils concluent à une diminution du risque de déchirures et une augmentation de périnéés intacts significatives pour les multipares ($p=0,01$) et quasi significatives pour les nullipares ($p=0,10$). D'autre part, toutes parités confondues, le taux de périnéés intacts est amélioré de 12,6%

- Albers et Anderson [9], dans une étude rétrospective de 3049 accouchements au sein de trois maternités différentes, qui constatent une diminution significative du risque de déchirure périnéale en cas d'accouchement en DL comparés aux accouchements en DD ($p<0,05$). Pour les nullipares, le DL diminuerait d'un tiers le risque de lésions périnéales

- Brement et al. [12], dans une étude portant sur 487 accouchements, qui ont constaté que le taux de périnée intact (comprenant également les éraillures) est significativement augmenté lors de l'expulsion en DL ($p=0,032$), l'augmentation étant de 8,8% entre les expulsions effectuées en DL et celles effectuées en DD

- Downe et al. [13], dans leur essai randomisé portant sur 107 primipares accouchant sans analgésie péridurale en comparant le décubitus latéral à la position assise. Ils ont montré une augmentation non significative du taux de périnée intact en faveur du groupe décubitus latéral. 78% des patientes ayant accouché sur le côté ont nécessité une suture contre 86% en position assise. Enfin, il retrouve une différence significative pour le taux d'incision avec 45% dans le groupe décubitus latéral contre 64% dans le groupe assis ($p=0,05$)

- Irwin [17] mit en avant le relâchement plus important du périnée dans la position en décubitus latéral, ce qui expliquerait la diminution du taux d'épisiotomie mais de façon non significative dans son étude.

Pour les variétés postérieures, il n'y a pas de différence, le bi-pariétal passant au bi-épineux de la même manière, en oblique. On se moque donc qu'il soit oblique antérieur ou postérieur. La seule différence est dans la trajectoire : le fœtus « postérieur » va vers sa mère et regarde vers l'intérieur de sa cuisse alors que le fœtus « antérieur » va regarder vers le ciel et glisser vers l'arrière sur la cuisse de sa mère. La position de l'accoucheur est donc importante pour accompagner la flexion de la tête fœtale.

3.3.Rôle de la sage-femme [31, 32]

La sage-femme a tout d'abord un rôle d'*information* envers les parturientes lors des séances de préparation à la naissance, notamment. Elle montre et fait mettre en pratique certaines postures dont les objectifs sont différents (relaxation, étirement, gestion des contractions utérines, antalgiques, accouchement...). Cela pourra diriger le couple vers l'élaboration d'un projet de naissance dans lequel les thérapeutiques posturales peuvent avoir une place importante, notamment l'accouchement en décubitus latéral. Par ailleurs, ce mode d'accouchement peut être également abordé dès l'entretien du 4^{ème} mois.

Durant le travail, il y a un échange permanent entre parturiente et sage-femme dans le choix des positions, dont celle pour l'accouchement. La sage-femme aura donc un rôle essentiel à jouer au moment de l'accouchement pour guider la parturiente vers la posture qui lui semblera la plus adaptée, en fonction de la patiente elle-même (confort, ressenti...) et en fonction de la situation obstétricale également.

Concernant le choix particulier du décubitus latéral, deux cas de figure peuvent se présenter : la position en décubitus latéral est demandée par la patiente et la sage-femme est alors dans une situation d'*acceptation* pour cette position (si les conditions médicales le permettent) ou bien, la sage-femme propose à la patiente de s'installer sur le côté et la patiente accepte cette idée. La sage-femme est, dans ce cas, dans une situation d'*incitation* à cette position d'expulsion.

La sage-femme permet surtout à la parturiente de « s'autoriser » à choisir différentes positions. En effet, il est très fréquent que les patientes n'osent pas bouger. Elles sont « liées » à la table d'accouchement par les fils du monitoring, la tubulure de la perfusion, le tensiomètre, les électrodes du scope en cas d'analgésie péridurale... Il faut donc leur montrer que ces « liens » sont suffisamment longs pour permettre d'autres positions que le décubitus dorsal. De plus, beaucoup de femmes n'ont pas d'autre image de l'accouchement que la position gynécologique et ne savent pas qu'il existe d'autres possibilités. La sage-femme leur explique alors les effets des différentes postures, leur permet « d'écouter » leur corps, de s'autoriser à moins intellectualiser leur accouchement et à être plus libre de leurs mouvements.

4. Anatomie du périnée [5]

4.1. Situation anatomique

C'est l'ensemble des parties molles situées sous le diaphragme pelvien. C'est donc indissociable des organes génitaux externes et du canal anal d'un point de vue fonctionnel.

En station debout, c'est une face cachée, étroite, limitée en avant par le pubis et en arrière par le sillon inter-fessier. En position gynécologique, on a un losange à grand axe antéro-postérieur formé par le pubis, le coccyx et les tubérosités ischiatiques latéralement. On distingue donc un périnée antérieur d'un périnée postérieur par une ligne passant entre les tubérosités ischiatiques. On décrit également le centre tendineux du périnée qui se situe sur la ligne bitubérositaire, en son centre.

En avant, nous pouvons donc décrire un périnée uro-génital avec l'urètre et le vagin et un périnée anal avec le canal anal.

4.2. Concernant le périnée uro-génital

4.2.1. Espace superficiel

Il y a un fascia superficiel qui se fixe en avant sur le fascia superficiel de l'abdomen, latéralement sur les bords inférieurs des branches ischiopubiennes et en arrière sur le fascia inférieur du diaphragme urogénital.

Ensuite, il y a deux muscles : le muscle ischio-caverneux et le muscle bulbo-spongieux.

Le muscle ischio-caverneux est satellite du corps caverneux. Il prend naissance sur une branche de l'ischion, se dirige en avant et se fixe sur le corps caverneux. C'est un muscle pair. Ses fibres médiales sont conjointes en avant avec les fibres du muscle bulbo-spongieux. Il a une fonction de compression du corps caverneux.

Le muscle bulbo-spongieux est aussi un muscle pair. Il naît du centre tendineux, recouvre la face latérale de la glande de Bartholin, recouvre le bulbe et se termine en un faisceau inférieur et un faisceau supérieur, avec des fibres communes avec le muscle ischio-caverneux. Le faisceau inférieur s'insère sur la face inférieure du corps du clitoris et le faisceau supérieur forme une sangle avec le faisceau contro-latéral, ce qui comprime les veines dorsales profondes du clitoris.

On a encore le muscle transverse superficiel. Il est mince, inconstant, tendu de la face inférieure de l'ischion au centre tendineux du périnée. C'est un muscle pair et ainsi, la contraction des deux muscles assure la stabilité du centre tendineux et donc de l'ensemble du périnée par extension.

4.2.2.Espace profond

Il est composé du diaphragme uro-génital et de ses fascias supérieurs et inférieurs. Ces fascias se fixent sur la face inférieure de la branche ischio-pubienne. En avant, ils fusionnent avec le ligament transverse du périnée et en arrière, ils rejoignent les muscles transverses profonds, situés sous les muscles transverses superficiels.

Deux muscles constituent le diaphragme uro-génital : le muscle sphincter de l'urètre et le muscle transverse profond.

Le muscle sphincter de l'urètre entoure l'urètre sur 20 à 25mm et comprend deux parties que sont le muscle uréthro-vaginal, qui entoure l'urètre proximal jusqu'aux faces antérieures et postérieures du vagin, et le muscle compresseur de l'urètre, tendu entre les branches du pubis et passant en avant de l'urètre distal.

Le muscle transverse profond est pair, triangulaire et tendu transversalement de la face antérieure de l'ischion jusqu'au centre tendineux du périnée et sur les faces latérales du vagin.

4.3.Concernant le périnée anal

Il est constitué de trois structures que sont le muscle sphincter externe de l'anus, le ligament ano-coccygien et la fosse ano-rectale.

4.3.1.Le muscle sphincter externe de l'anus

Il entoure la partie inférieure de l'anus. Il comprend trois parties :

- une partie sous-cutanée qui circonscrit l'anus
- une partie superficielle entourant le canal anal et se prolongeant avec le ligament ano-coccygien en arrière et le centre tendineux en avant
- une partie profonde et épaisse qui est unie à l'arrière avec le muscle pubo-rectal.

4.3.2. Le ligament ano-coccygien

C'est une structure musculo-tendineuse tendue entre le muscle sphincter externe de l'anus et l'apex du coccyx.

4.3.3. La fosse ischio-rectale

Elle est située sous le diaphragme pelvien, sous les muscles élévateurs de l'anus, de chaque côté du rectum et du canal anal. Elle est profonde de 8cm et communique avec la fosse ischio-rectale controlatérale au-dessus du ligament ano-coccygien. Sa limite externe est l'os coxal, tapissé par les muscles obturateurs internes, et ses limites internes sont les muscles élévateurs de l'anus. Dans cette fosse, il y a surtout du tissu celluloadipeux, quelques tractus fibreux et le pédicule honteux interne situé dans le canal honteux.

4.4. Le diaphragme pelvien

C'est une cloison musculaire séparant la cavité pelvienne du périnée et elle est constituée des muscles releveurs de l'anus et des muscles coccygiens avec, en avant, le hiatus génital et, en arrière, le hiatus anal.

4.4.1. Les muscles releveurs de l'anus

Le muscle essentiel est le muscle releveur de l'anus, muscle pair constitué de deux muscles :

➤ Le muscle ilio-coccygien, qui naît de l'arcade tendineuse du muscle releveur de l'anus (épaississement du fascia du muscle obturateur interne) mais aussi sur la face interne de l'épine ischiatique. C'est un corps musculaire mince, incliné en dedans et en arrière, qui va se terminer sur le ligament ano-coccygien et sur les faces latérales du coccyx.

➤ Le muscle pubo-coccygien, qui naît à la face postérieure de la symphyse pubienne. C'est un corps musculaire épais et puissant, dirigé en bas et en arrière, croisant l'urètre et la face latérale du vagin pour se terminer au-dessus du muscle ilio-coccygien en plusieurs faisceaux.

4.4.2. Les muscles coccygiens

Le muscle coccygien, muscle pair, s'insère au niveau du ligament sacro-épineux à la face interne de l'épine ischiatique et se termine sur les bords latéraux du coccyx, ainsi que sur les 4èmes et 5èmes vertèbres sacrées.

5. Classification des déchirures périnéales [2]

Les déchirures obstétricales les plus fréquentes et les mieux étudiées sont les déchirures périnéales postérieures. Elles sont de différents degrés, peuvent atteindre le sphincter anal et conduire jusqu'à une incontinence fécale, d'où l'importance de reconnaître les femmes à risque, de bien diagnostiquer les déchirures et de savoir les réparer. Les autres déchirures obstétricales sont des déchirures vulvaires, vaginales et cervicales.

Le bilan des lésions est fait après la délivrance. Il faut être bien installé, aidé et éclairé. Il est souhaitable d'avoir une bonne anesthésie afin de pouvoir examiner correctement les déchirures. Et le toucher rectal est indispensable pour examiner le sphincter anal.

5.1. Les déchirures périnéales postérieures

Plusieurs classifications existent pour définir les déchirures du périnée postérieur. Les deux classifications principales sont la classification anglo-saxonne et la classification francophone. Nous ne décrivons ici que la classification anglo-saxonne.

5.1.1. Déchirure périnéale simple

La plaie médiane et verticale se situe au niveau de la fourchette vulvaire. Elle intéresse les derniers centimètres du vagin, l'hymen, la muqueuse vulvaire et la peau ano-vulvaire s'il s'agit d'une *déchirure du premier degré*.

Si cette déchirure s'étend en profondeur, déchirant le plan musculaire superficiel et le noyau fibreux central du périnée, on parlera de *déchirure du deuxième degré*. En revanche, elle respectera la capsule du sphincter externe de l'anus.

5.1.2. Déchirure périnéale complète

Aux lésions précédentes s'associe une rupture du sphincter externe de l'anus. La déchirure du sphincter externe peut être partielle ou complète et une déchirure du sphincter interne peut y être associée. Il s'agira alors d'une *déchirure du troisième degré*.

5.1.3.Déchirure périnéale complète compliquée

Dans ce cas, les lésions précédentes sont associées également à une déchirure de la muqueuse anale, ouvrant alors le canal anal. Il s'agira d'une *déchirure du quatrième degré*.

5.1.4.Réparation

Elle se fait de façon stérile sur une patiente délivrée, en position gynécologique avec un bon éclairage. Une anesthésie locale est suffisante pour les déchirures bénignes. Pour les autres déchirures, il est préférable d'avoir une bonne analgésie pour que la réfection soit aisée. Quant à la réparation d'un périnée complet, elle se fait par un obstétricien et au mieux avec un aide, au bloc opératoire, sous anesthésie péridurale ou générale car un bon relâchement musculaire est indispensable pour retrouver les extrémités du sphincter.

Classiquement, pour les déchirures des premiers et deuxièmes degrés, le plan vaginal est suturé par un surjet de fil résorbable rapide 2/0. Le plan musculaire est chargé par des points séparés de fil résorbable 0. La peau est fermée par des points séparés d'un fil, résorbable ou non, 2/0 ou par un surjet intradermique résorbable.

5.1.5.Conséquences

Les muscles du périnée servent de soutien aux organes pelviens. Il y a donc nécessité d'une bonne musculature et d'une bonne innervation de ces derniers afin d'avoir une fonctionnalité correcte au niveau des organes pelviens. Ainsi, on peut comprendre qu'une atteinte musculaire périnéale lors de l'accouchement est plus délétère quant à la fonctionnalité de ces organes. C'est pourquoi la parité est souvent incriminée lors de l'apparition d'incontinence urinaire d'effort ou plus tard, de prolapsus par exemple. Il est donc important de réaliser une rééducation périnéale d'au moins 10 séances environ deux mois après l'accouchement et ce, même en cas de visualisation d'un périnée intact à l'issue de l'accouchement.

Pour les déchirures des 3^{ème} et 4^{ème} degrés, une incontinence aux gaz et/ou aux selles peut se surajouter aux conséquences évoquées précédemment, d'où l'importance de la réfection de ces déchirures.

5.2. Les déchirures vulvaires antérieures

Le plus souvent, les déchirures vulvaires antérieures sont bénignes et ne nécessitent pas de suture. Elles touchent les petites lèvres, le clitoris ou le tissu péri-urétral. Elles sont plus fréquentes en l'absence d'épisiotomie. Elles sont moins douloureuses que les épisiotomies ou les déchirures périnéales postérieures. Le post-partum peut être marqué par des brûlures vulvaires pendant quelques jours à la miction mais aucune séquelle n'a jamais été décrite.

Il faut éviter la suture de première intention qui risque d'aggraver le saignement ou de provoquer une cicatrice vicieuse. La suture n'est réalisée que si le délabrement est important ou si un saignement persiste malgré la compression.

Chez les patientes circoncises, les lésions peuvent être graves et étendues. C'est l'une des seules indications restantes de l'épisiotomie préventive.

5.3. Les déchirures vaginales et cervicales

Les déchirures vaginales sont souvent associées à une épisiotomie ou à une déchirure périnéale. Leur réparation ne pose pas de problème particulier quand la déchirure épargne le cul-de-sac vaginal.

Les déchirures de la portion intravaginale libre du col utérin sont le plus souvent bénignes et sont suturées quand elles sont hémorragiques.

Les déchirures graves sont celles qui touchent le cul-de-sac vaginal car elles exposent le pédicule utérin. Le saignement est alors incontrôlable par les voies naturelles et une décision d'embolisation ou d'hystérectomie doit être prise rapidement.

1.Méthodologie de l'étude

1.1.Objectif

Notre étude se porte sur la comparaison de l'état périnéal entre les accouchements se déroulant en décubitus latéral et ceux se passant en décubitus dorsal chez des femmes nullipares. Le principal objectif de cette étude est de voir s'il existe une différence significative au niveau du taux de lésions périnéales à l'issue de ces deux types d'accouchement.

1.2.Méthodes et matériel

C'est donc une étude cas témoins rétrospective comparative qui porte sur des patientes ayant accouché entre le 1^{er} Janvier 2006, moment où les positions d'accouchement ont été inscrites dans le dossier informatisé DIAMM du Centre Hospitalier du Belvédère de Mont-Saint-Aignan (76), et le 31 Juillet 2007, soit 19 mois. Cette étude est monocentrique, ce qui favorise une certaine uniformité au niveau de la prise en charge de l'accouchement. Cette maternité a développé depuis une dizaine d'années la formation d'une quinzaine de personnes par an (sages-femmes et obstétriciens) aux techniques posturales du travail et de l'accouchement, formation organisée par le Docteur Bernadette de Gasquet.

Etaient incluses les grossesses mono-fœtales avec accouchement par voie naturelle sans extraction instrumentale d'un enfant vivant en présentation céphalique chez des femmes nullipares.

Ainsi, 109 dossiers furent sélectionnés selon ces critères pour les accouchements sur le côté par le logiciel DIAMM. Sept dossiers n'ont pas été exploitables car il s'agissait pour six d'entre eux de multipares (erreur de codage) et pour le septième dossier non exploité, à la lecture du partogramme, la femme a terminé ses efforts expulsifs sur le dos alors qu'elle avait débuté en décubitus latéral. Il nous a donc semblé logique de l'extraire.

Le total de dossiers exploités se porte donc à **102**. Cette population sera nommée lors de l'exploitation des résultats, **population DL**.

La sage-femme jouant un rôle prépondérant dans le devenir du périnée à l'issue de l'accouchement, nous avons pensé dans un premier temps appairer chaque patiente

ayant accouché sur le côté à une patiente ayant accouché sur le dos suivie par la même sage-femme et ce, dans le cadre des critères d'inclusion de l'étude. Mais du fait du nombre conséquent de sages-femmes ayant pratiqué des accouchements en décubitus latéral sur cette période (72% des sages-femmes en salle de naissance), cette idée a été abandonnée car les résultats n'auraient pas été significatifs de par un petit nombre d'accouchements par sage-femme.

La population témoin a été choisie au hasard par un logiciel informatique avec les mêmes critères d'inclusion. 1402 dossiers ont été recensés pour les patientes ayant accouché en décubitus dorsal sur la même période. Ces 1402 dossiers ont été triés de façon aléatoire et 107 dossiers furent nécessaires pour obtenir **102** dossiers exploitables. En effet, cinq dossiers concernaient des multipares de par une faute de codage à l'origine. Cette population témoin sera appelée **population DD**.

L'exploitation des dossiers fut basée sur l'élaboration d'une grille d'items concernant d'une part des données concernant la patiente dans le but d'en dégager un profil, puis l'état périnéal à l'issue de l'accouchement mais également des facteurs pouvant influencer le devenir du périnée. Ces recherches furent principalement informatiques mais furent également, dans une moindre mesure, manuelles car certaines données relevaient du partogramme.

1.3. Paramètres étudiés

Nous avons tenté dans un premier temps de dégager un profil général des patientes accouchant en décubitus latéral et ce, à partir de 7 items que sont :

- Age : nous avons considéré l'âge exact des patientes et nous les avons également classés en différentes catégories d'âge (17-20 ans, 21-25 ans, 26-30 ans, 31-35 ans et 36-40 ans)
- Origine : nous avons classé les patientes en six catégories (France métropolitaine, Afrique du Nord, Afrique, Europe du Sud, Asie et DOM-TOM)
- Catégorie socioprofessionnelle : les patientes ont été réparties selon les catégories socioprofessionnelles définies par l'INSEE (agriculteurs, artisans/commerçants/chefs d'entreprise, cadres/professions intellectuelles supérieures, professions intermédiaires, employés, ouvriers, retraités, étudiants et personnes sans activité professionnelle)

- Indice de masse corporelle (IMC) : les patientes ont été classées en fonction de leur indice de masse corporelle, calculé selon la formule [Poids (kg) / Taille²(m)], et ainsi quatre catégories ont été établies (IMC<18, 18 IMC<25, 25 IMC<30 et IMC 30)
- Prise de poids : une prise de poids convenable est comprise entre +9 et +14kg pour les femmes enceintes bien que cette prise de poids dépend de l'IMC initial de la patiente. Trois groupes ont été établis : N<9kg, 9kg N 14kg et N>14kg.
- Terme d'accouchement : les patientes ont été réparties en trois groupes que sont les termes d'accouchement inférieurs à 37SA, les termes d'accouchement compris entre 37 et 41SA et les termes d'accouchement supérieurs à 41SA.
- Participation aux cours de Préparation Psychoprophylactique Obstétricale (P.P.O.), le nombre de séances et le type de P.P.O. : nous avons observé si les femmes avaient ou non participé à des cours de P.P.O. durant leur grossesse dans un premier temps. Dans le cas où elles y avaient participé, nous avons recensé le nombre de séance(s) suivie(s) ainsi que le type de P.P.O. choisi. En effet, des préparations à la naissance variées sont proposées au Centre Hospitalier du Belvédère (classique, haptonomie, chant prénatal, piscine et une P.P.O. qui mêle hypnose et sophrologie).

Dans un second temps, nous nous sommes intéressés à l'état périnéal, observé après l'accouchement, ce qui constitue le point essentiel de notre étude. Nous avons dégagé 8 items à ce propos qui nous semblaient importants et dont les définitions ont été données précédemment pour les six premiers :

- Périnée intact
- Déchirure du 1^{er} degré
- Déchirure du 2^{ème} degré
- Déchirure du 3^{ème} degré
- Déchirure du 4^{ème} degré
- Atteinte du périnée antérieur (éraillures) : dans notre étude, nous n'avons pas isolé les éraillures seules. Nous avons également comptabilisé les éraillures qui étaient associées à des déchirures vaginales.
- Episiotomie : incision de la région périnéale, réalisée de façon médio-latérale en France, dans le but d'enlever les résistances périnéales lors de l'expulsion et de prévenir des déchirures importantes possibles liées à cette expulsion.

- Atteinte musculaire du périnée : cet item regroupe les déchirures des 2^{ème}, 3^{ème}, 4^{ème} degrés ainsi que les épisiotomies.

Enfin, dans un troisième et dernier temps, nous avons recensé les facteurs pouvant influencer l'état périnéal à l'issue de l'accouchement pour observer si les deux populations étudiées sont comparables ou non. Ces facteurs sont exposés principalement dans les études de Samuelsson et al. [26] et de Sultan et al. [29] mais d'autres études ont mis en avant également ces facteurs [11, 16, 22]. On a pu ainsi dresser une liste de 11 items que sont :

- La mise en travail : nous savons qu'une mise en travail spontanée est de meilleur pronostic pour le périnée qu'un déclenchement de travail artificiel.
- L'analgésie péridurale : nous savons qu'une poussée brutale et intempestive peut créer des lésions périnéales importantes. Ainsi, sa présence permettrait d'avoir une poussée plus progressive, contrôlée et protégerait ainsi le périnée.
- L'utilisation de Syntocinon® : cela crée des contractions utérines plus intenses et plus régulières. Ainsi, le périnée est un peu plus fragilisé par l'utilisation de ce produit.
- La durée totale du travail : comme nous le savons, plus il y a de contractions, plus le périnée est fragilisé.
- La durée de phase active : plus elle est longue, plus il y a de contractions d'une part, ce qui fragilise le périnée, mais elle peut aussi par ailleurs nous alerter d'une situation dystocique pouvant éventuellement entraîner des conséquences sur le périnée par la suite. Cette phase active a été calculée à partir d'une dilatation cervicale de 4 cm, comme le décrit le diagramme de Friedman pour les nullipares.
- Le temps passé à dilatation complète : une nouvelle fois car nous savons que plus le périnée est exposé aux contractions utérines, plus il risque d'être lésé.
- Le niveau de présentation au début des efforts expulsifs : plus on débute les efforts expulsifs tôt, plus on s'expose à des efforts expulsifs longs, ce qui est un facteur de risque quant aux lésions périnéales. Cet item était décomposé en deux groupes : engagement partie basse et autres niveaux d'engagement (partie moyenne et partie haute).
- La durée des efforts expulsifs : nous savons que plus les efforts expulsifs sont longs, plus le périnée risque d'être lésé.

- La variété de dégagement : nous savons que les dégagements en occipito-sacré sont plus délétères sur le périnée que les dégagements en occipito-pubien.
- Le poids de l'enfant : nous savons que les enfants, dont le poids est supérieur à 4000gr, provoquent des lésions périnéales plus importantes que les enfants eutrophiques.
- Le périmètre crânien de l'enfant : nous savons qu'un périmètre crânien important aura des conséquences souvent plus importantes sur le périnée qu'un périmètre crânien normal.

1.4.Analyse statistique

L'exploitation statistique de notre étude a été réalisée à l'aide du logiciel Stata Standard Version 7. Les tests statistiques utilisés pour l'étude furent :

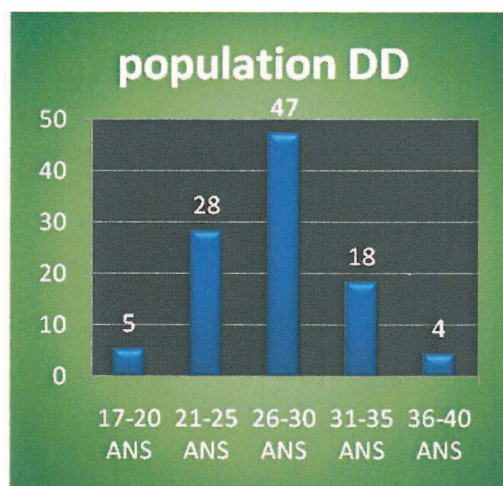
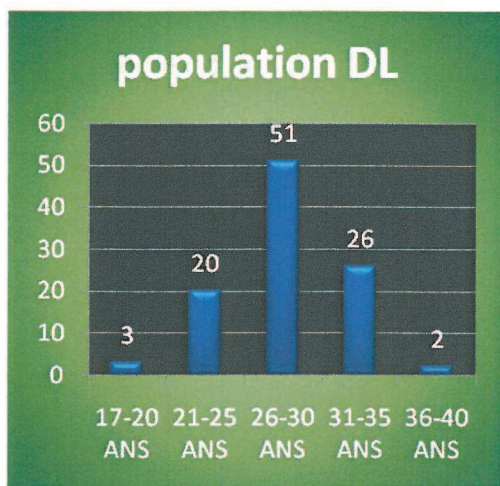
- Le *test du Chi² de Pearson* pour la comparaison de deux variables qualitatives entre elles avec un seuil de significativité de 5% ($p < 0,05$). En cas d'effectifs calculés inférieurs ou égaux à 5, nous avons utilisé le *test exact de Fisher* avec le même seuil de significativité.
- Le *test t de Student* pour la comparaison d'une variable qualitative et d'une variable quantitative avec un seuil de significativité de 5% également.

ETUDE
CLINIQUE

2. Résultats de l'étude

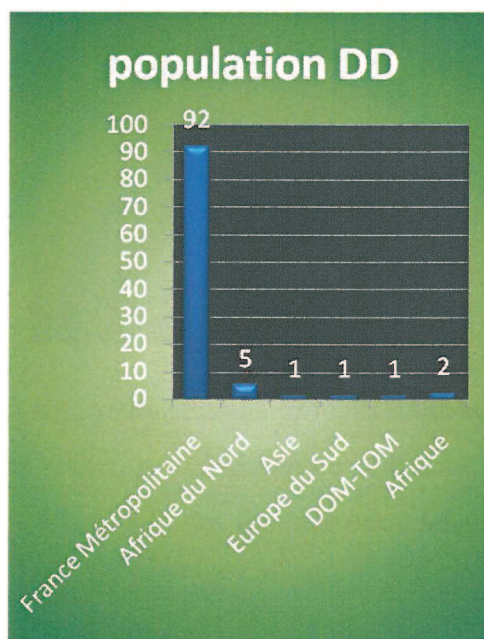
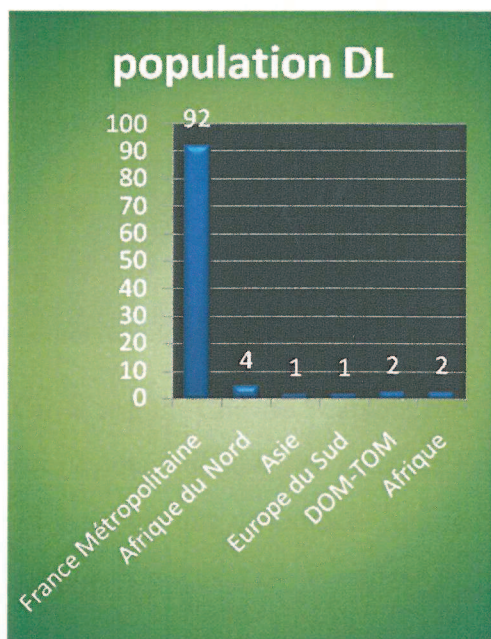
2.1. Le profil des patientes

Concernant l'âge des patientes,



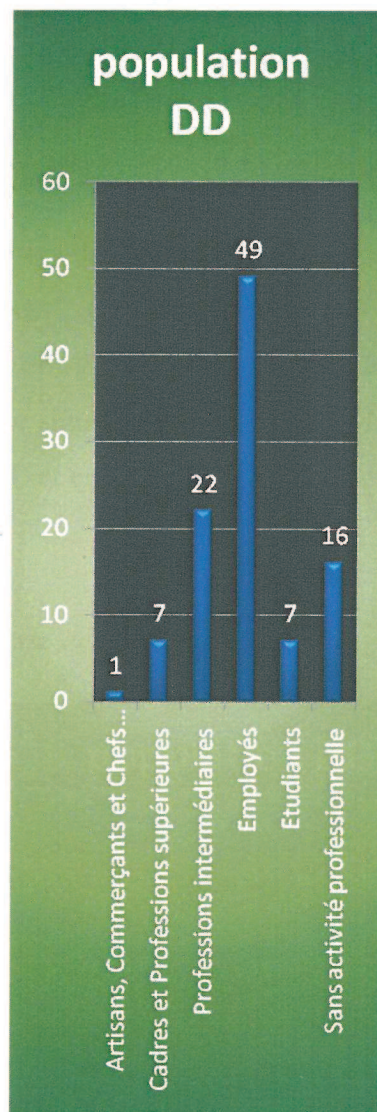
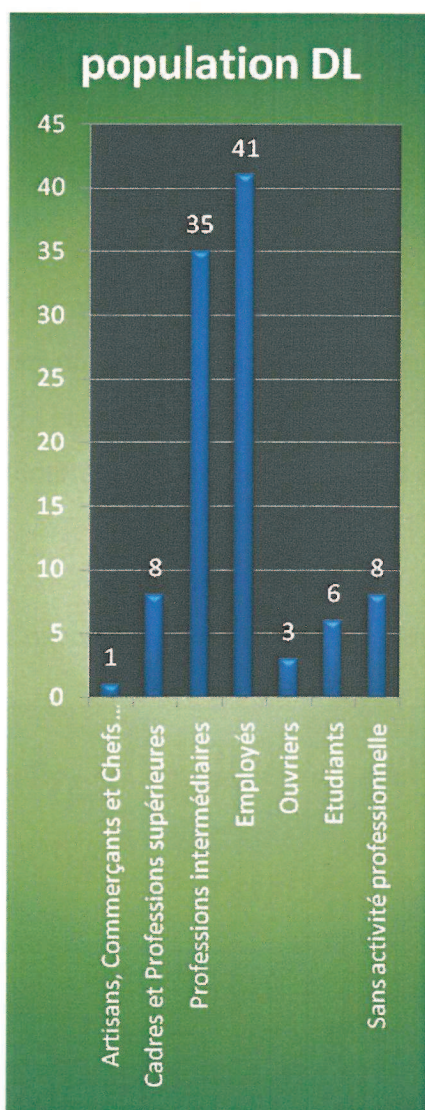
La moyenne d'âge de la population DL est de **28,35 ans** [$\pm 3,99$] et les valeurs sont comprises entre 17 et 40 ans. La moyenne d'âge de la population DD est de **27,34 ans** [$\pm 4,12$] et les valeurs sont comprises entre 19 et 37 ans. Par le test t de Student, $p=0,077$. On ne peut donc mettre en évidence une différence significative quant à l'âge des femmes entre les groupes ayant accouché en DL et en DD.

Concernant l'origine géographique des patientes,



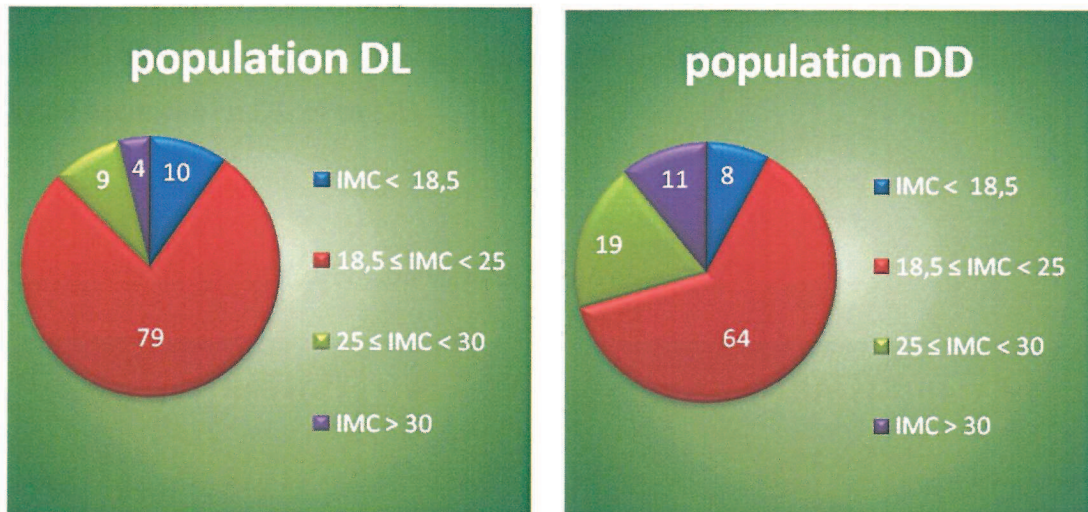
Par le test du χ^2 de Pearson, $p=0,994$ mais $N \leq 5$ dans certains groupes étudiés. Nous avons donc utilisé le test exact de Fisher et par Fisher, $p=1$. On ne peut donc mettre en évidence une différence significative quant à l'origine des femmes entre les groupes ayant accouché en DL et en DD.

Concernant les catégories socioprofessionnelles des patientes,



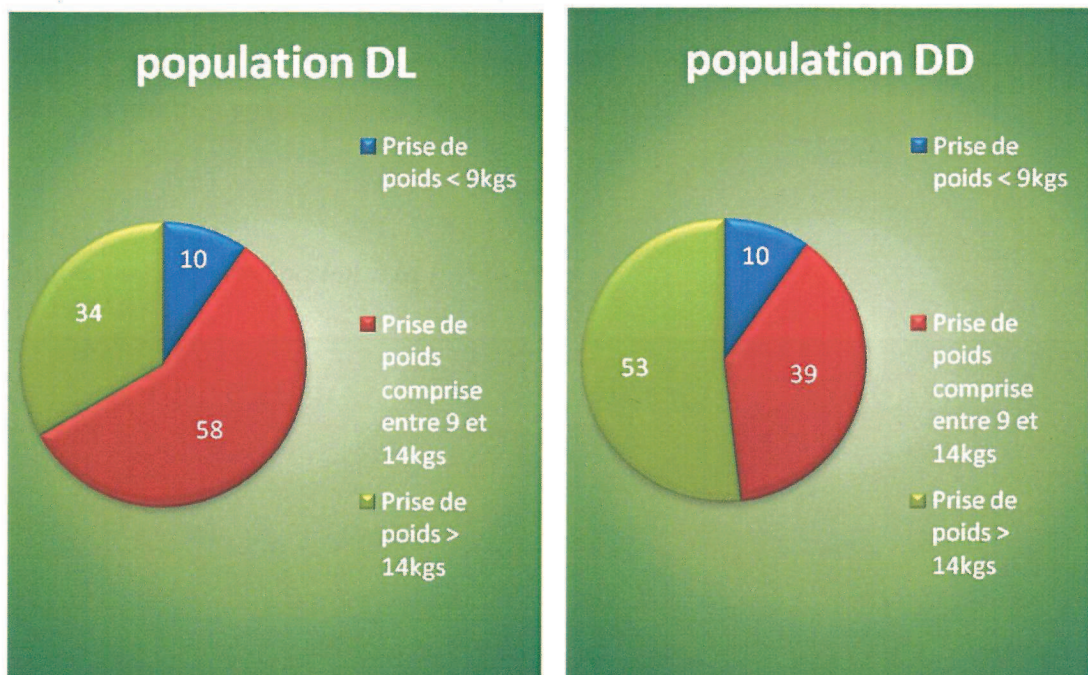
Par le test du χ^2 de Pearson, $p=0,148$ mais $N \leq 5$ dans certains groupes étudiés. Nous avons donc utilisé le test exact de Fisher et par Fisher, $p=0,125$. On ne peut donc mettre en évidence une différence significative quant à la C.S.P. des femmes entre les groupes ayant accouché en DL et en DD.

Concernant l'indice de masse corporelle des patientes,



La moyenne de l'I.M.C. de la population DL est de **21,66** [$\pm 2,90$] et les valeurs sont comprises entre 16 et 30. La moyenne de l'IMC de la population DD est de **23,46** [$\pm 5,46$] et les valeurs sont comprises entre 16 et 49. Par le test t de Student, $p=0,004$. On peut donc mettre en évidence une différence significative quant à l'I.M.C. initial des femmes entre les groupes ayant accouché en DL et en DD.

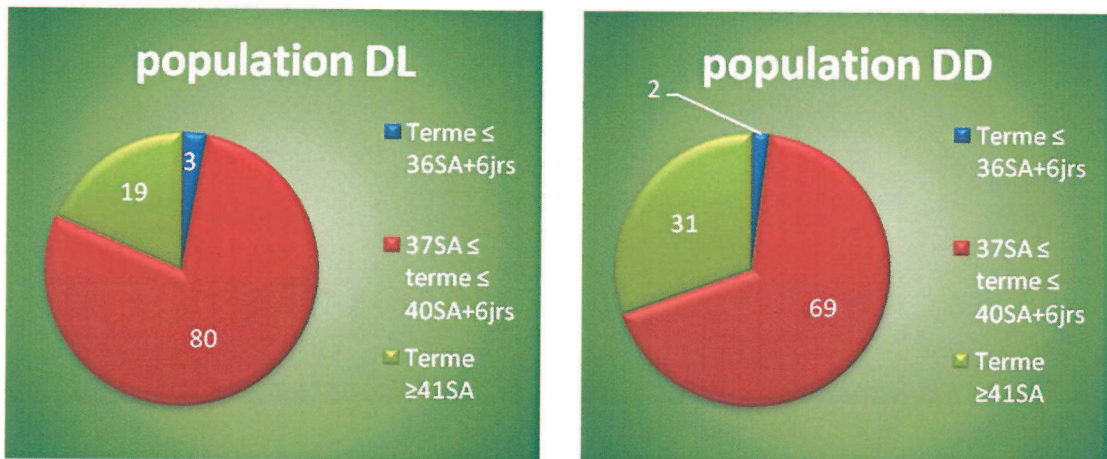
Concernant la prise de poids pendant la grossesse des patientes,



La moyenne de la prise de poids au sein de la population DL est de **13,10kg** [$\pm 4,10$] et les valeurs sont comprises entre 0 et 24kg. La moyenne de la prise de poids au sein de la

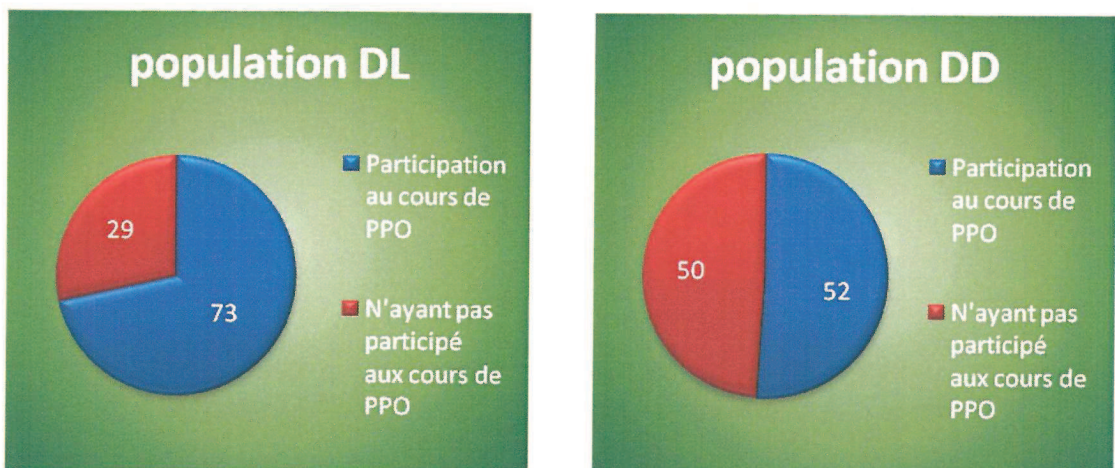
population DD est de **15,05kg** [$\pm 5,62$] et les valeurs sont comprises entre 1 et 35kg. Par le test t de Student, $p=0,005$. On peut donc mettre en évidence une différence significative quant à la prise poids pendant la grossesse des femmes entre les groupes ayant accouché en DL et en DD.

Concernant *le terme d'accouchement des patientes*,



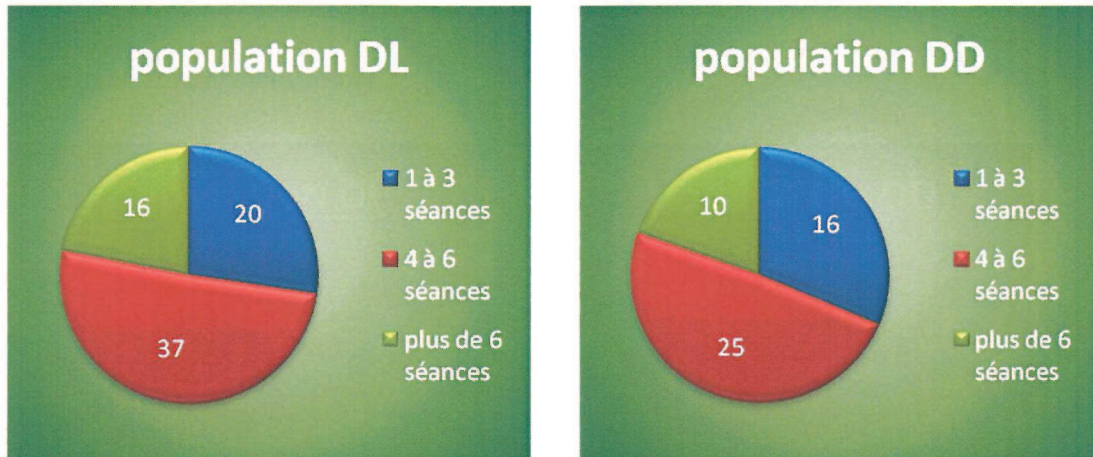
La moyenne du terme d'accouchement au sein du groupe ayant accouché en DL est de **39,46SA** [$\pm 1,22$] et les valeurs sont comprises entre 35 et 42SA. La moyenne du terme d'accouchement au sein du groupe ayant accouché en DD est de **39,6SA** [$\pm 1,35$] et les valeurs sont comprises entre 33 et 42SA. Par le test t de Student, $p=0,416$. On ne peut donc mettre en évidence une différence significative quant au terme d'accouchement entre les groupes ayant accouché en DL et en DD.

Concernant *la participation à la P.P.O.*,



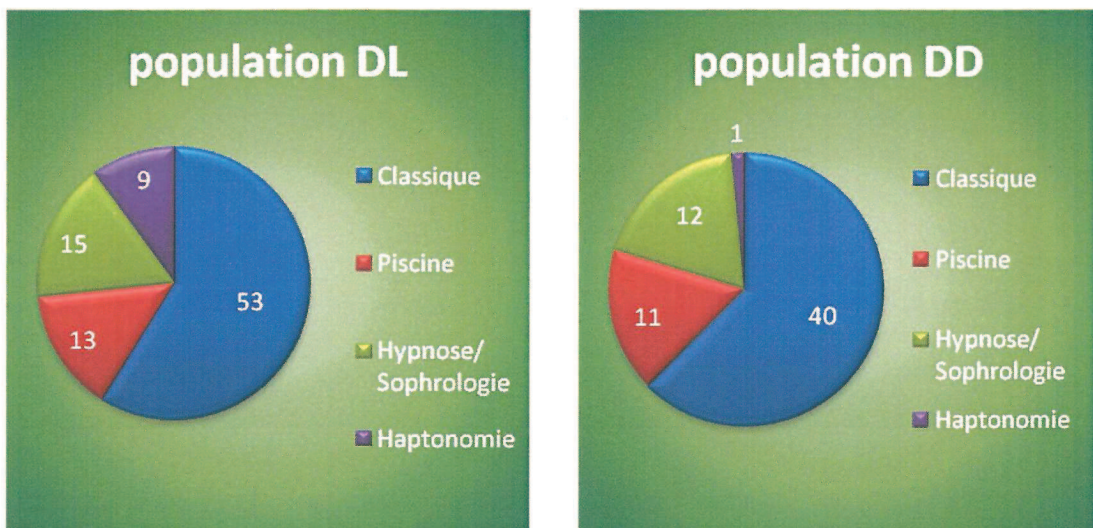
Par le test du Chi² de Pearson, $p=0,003$. On peut donc mettre en évidence une différence significative quant à la participation des femmes à la P.P.O. entre les groupes ayant accouché en DL et en DD.

Concernant le nombre de participation(s) aux séances de P.P.O.,



La moyenne de séances par personne ayant participé à la P.P.O. au sein du groupe ayant accouché en DL est de **5,33 séances** et celle au sein du groupe ayant accouché en DD est de **5,35 séances**. Par le test t de Student, $p=0,943$. On ne peut donc mettre en évidence de différence significative quant au nombre de séances de P.P.O. effectuées concernant les femmes ayant participé à celle-ci entre les groupes ayant accouché en DL et en DD.

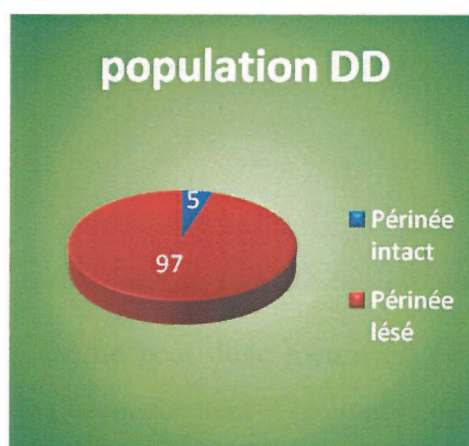
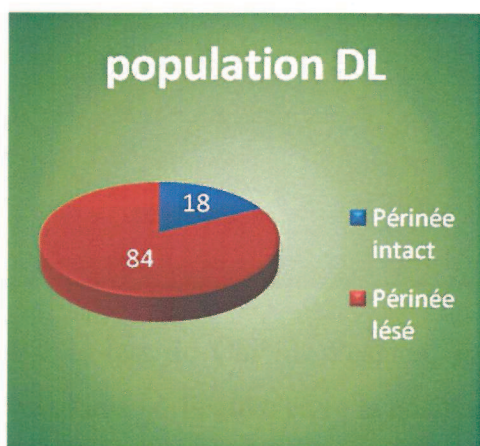
Concernant les types de P.P.O.,



Par le test du Chi² de Pearson, $p=0,595$ mais $N \leq 5$ dans l'un des groupes étudiés. Nous avons donc eu recours au test exact de Fisher et par Fisher, $p=0,573$. On ne peut donc mettre en évidence de différence significative quant aux types de P.P.O. fréquentés par les femmes ayant accouché en DL et celles ayant accouché en DD.

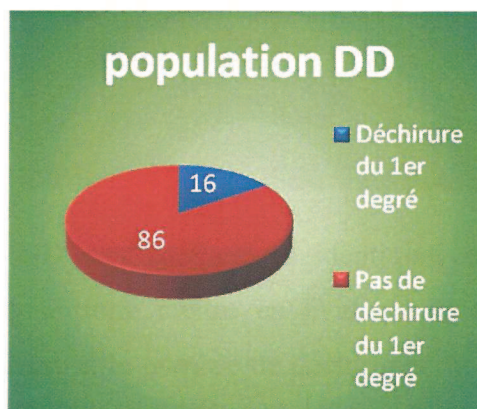
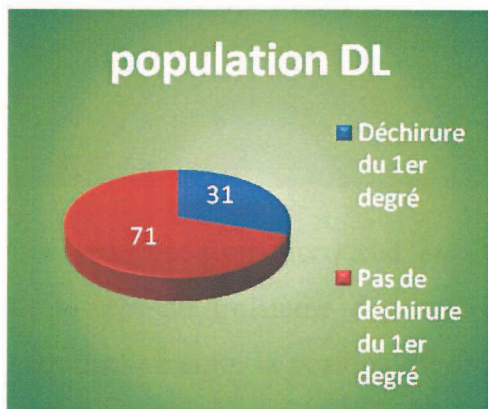
2.2. Etat périnéal consécutif à l'accouchement

A propos des *périnées intactes*,



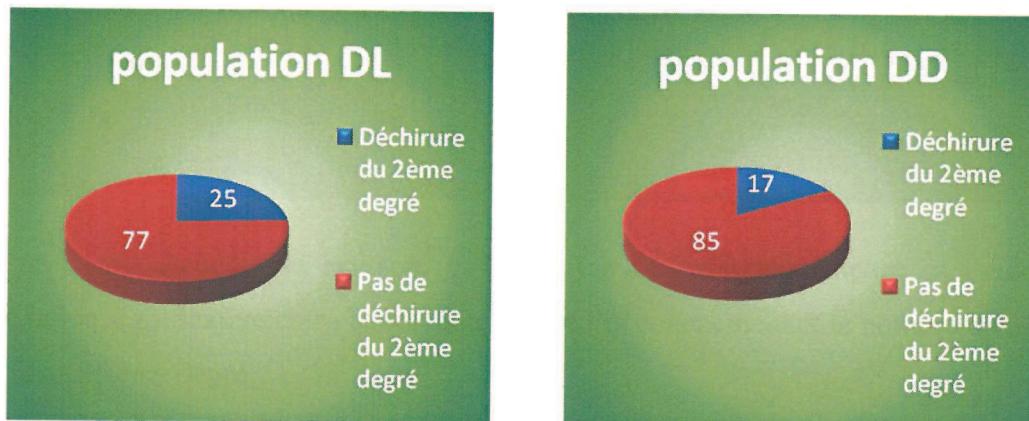
Par le test du Chi² de Pearson, $p=0,004$ mais $N \leq 5$ dans l'un des groupes étudiés. Nous avons donc recours au test exact de Fisher et par Fisher, $p=0,007$. On peut donc mettre en évidence une relation significative entre la position lors de l'accouchement et le nombre de périnées intactes.

A propos des *déchirures du premier degré*,



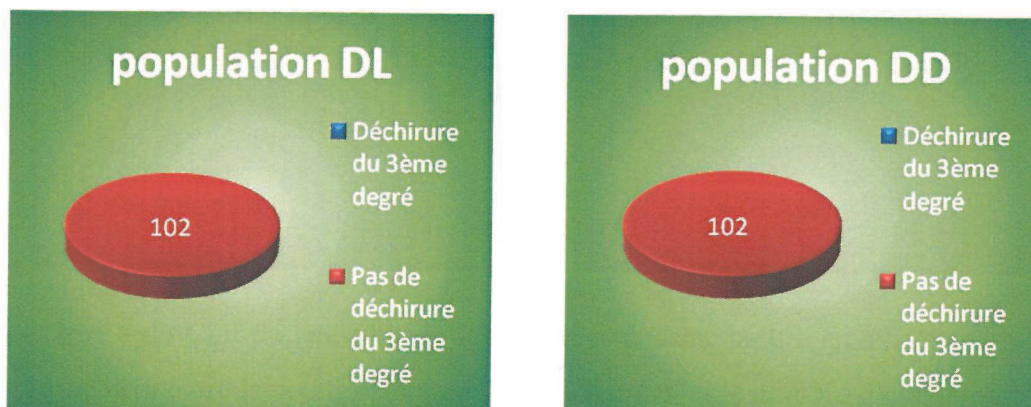
Par le test du χ^2 de Pearson, $p=0,013$. On peut donc mettre en évidence une relation significative entre la position lors de l'accouchement et le nombre de déchirures du premier degré.

A propos des *déchirures du deuxième degré*,



Par le test du χ^2 de Pearson, $p=0,166$. On ne peut donc mettre en évidence une relation significative entre la position lors de l'accouchement et le nombre de déchirures du deuxième degré.

A propos des *déchirures du troisième degré*,



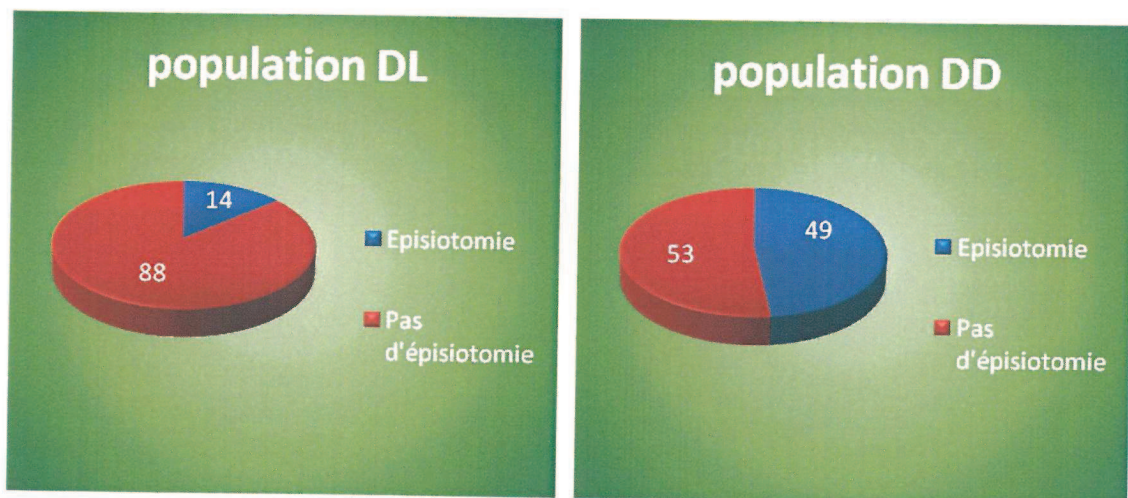
Les groupes ayant accouché en DL et DD sont strictement identiques quant aux déchirures du troisième degré. On ne peut donc mettre en évidence une relation significative entre la position d'accouchement et le nombre de déchirures du troisième degré.

A propos des *déchirures du quatrième degré*,



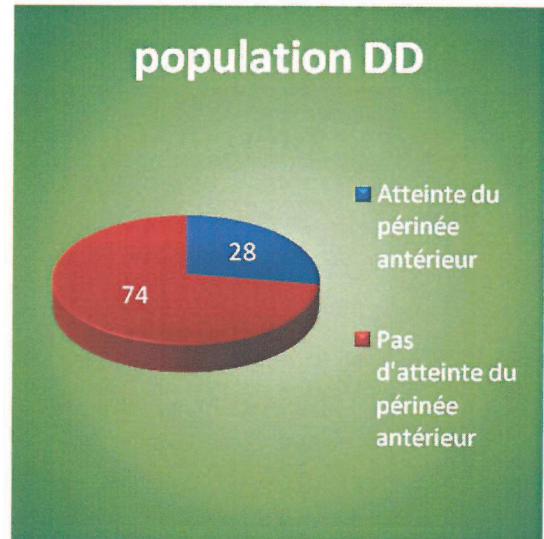
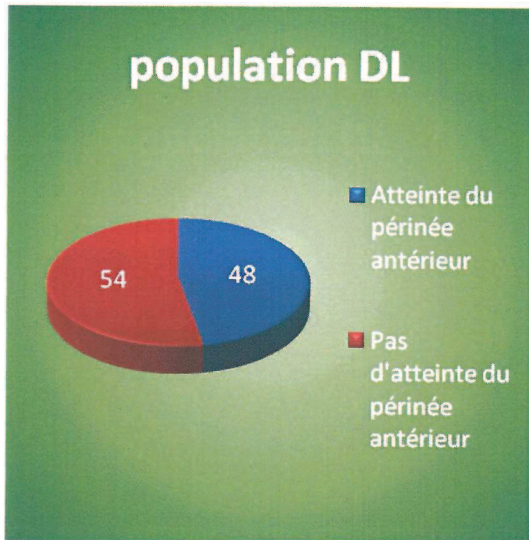
Par le test du χ^2 de Pearson, $p=0,316$. On ne peut donc mettre en évidence une relation significative entre la position lors de l'accouchement et le nombre de déchirures du quatrième degré.

A propos des *épisiotomies*,



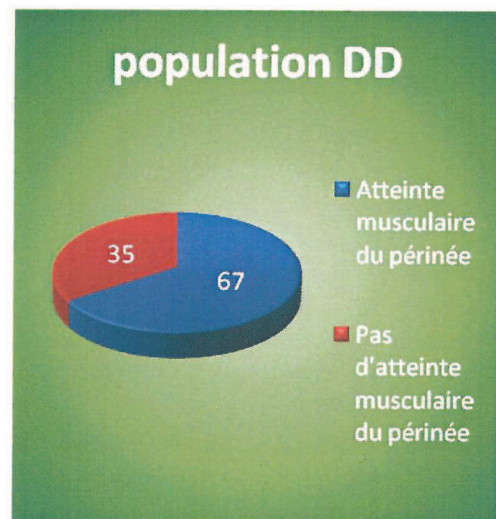
Par le test du χ^2 de Pearson, $p=0,000$. On peut donc mettre en évidence une relation significative entre la position lors de l'accouchement et le nombre d'épisiotomies.

A propos de l'atteinte du périnée antérieur,



Par le test du Chi² de Pearson, $p=0,004$. On peut donc mettre en évidence une relation significative entre la position lors de l'accouchement et le nombre de périnées antérieures lésés.

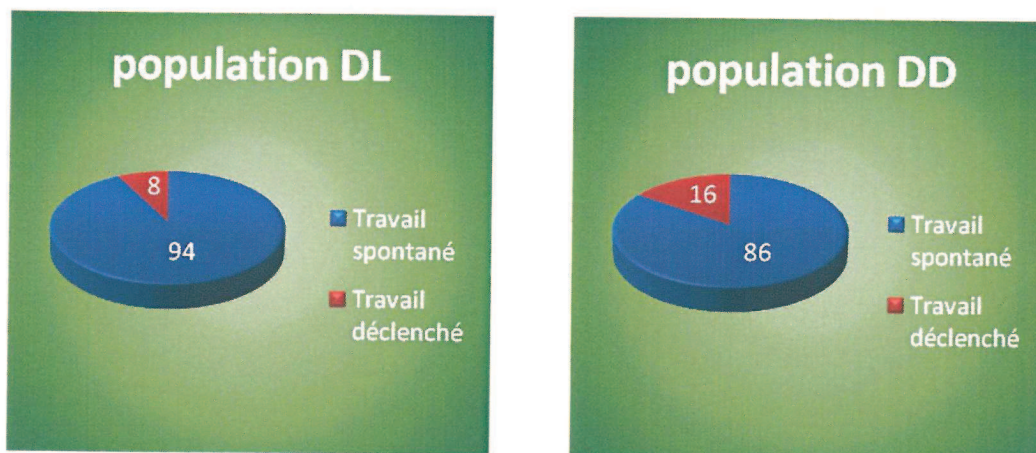
A propos de l'atteinte musculaire du périnée,



Par le test du Chi² de Pearson, $p=0,000$. On peut donc mettre en évidence une relation significative entre la position lors de l'accouchement et le nombre d'atteintes musculaires périnéales.

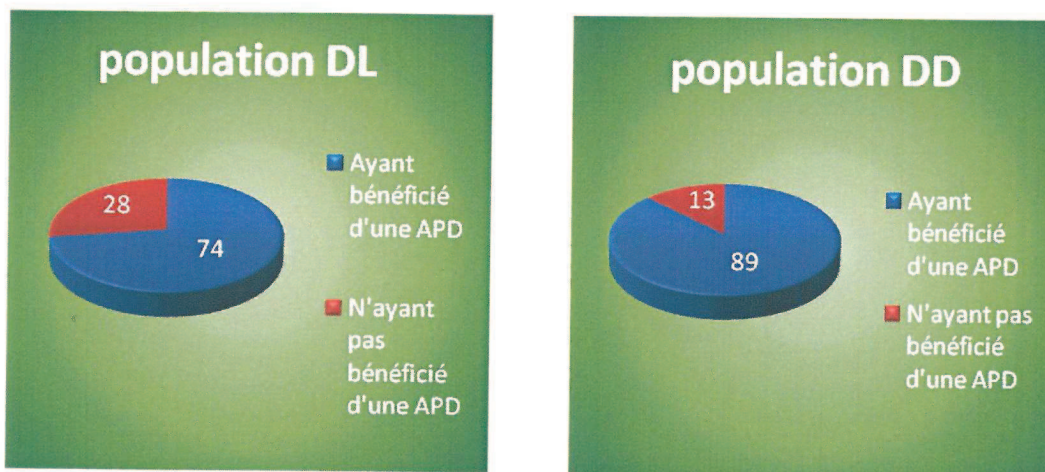
2.3.Facteurs pouvant influencer l'état périnéal après l'accouchement

En ce qui concerne *la mise en travail*,



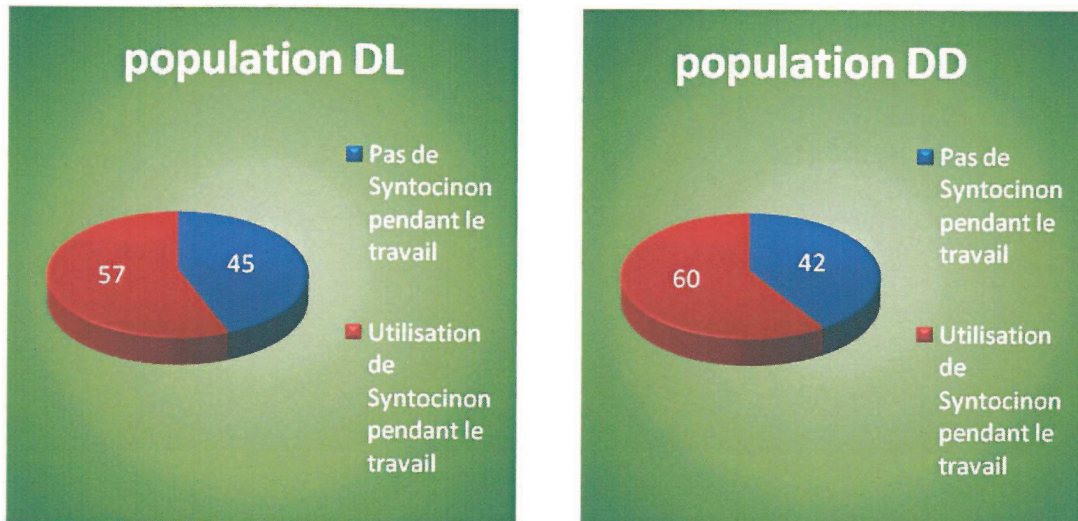
Par le test du Chi² de Pearson, $p=0,082$. On ne peut donc mettre en évidence une différence significative quant à la mise en travail des femmes entre les groupes ayant accouché en DL et en DD.

En ce qui concerne *l'analgésie péridurale*,



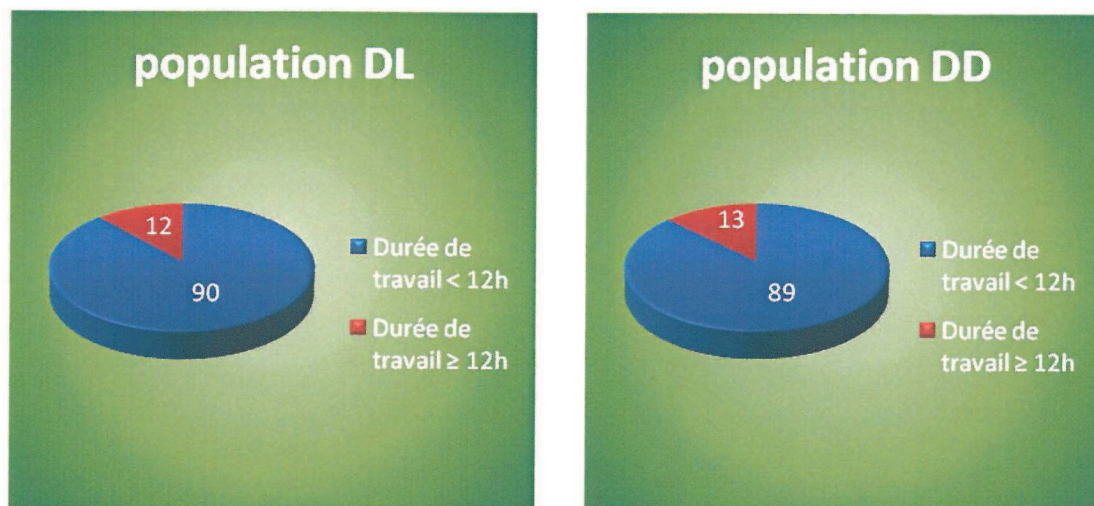
Par le test du Chi² de Pearson, $p=0,009$. On peut donc mettre en évidence une différence significative quant au nombre de femmes ayant bénéficié d'une analgésie péridurale entre les groupes ayant accouché en DL et en DD.

En ce qui concerne *l'utilisation d'ocytociques*,



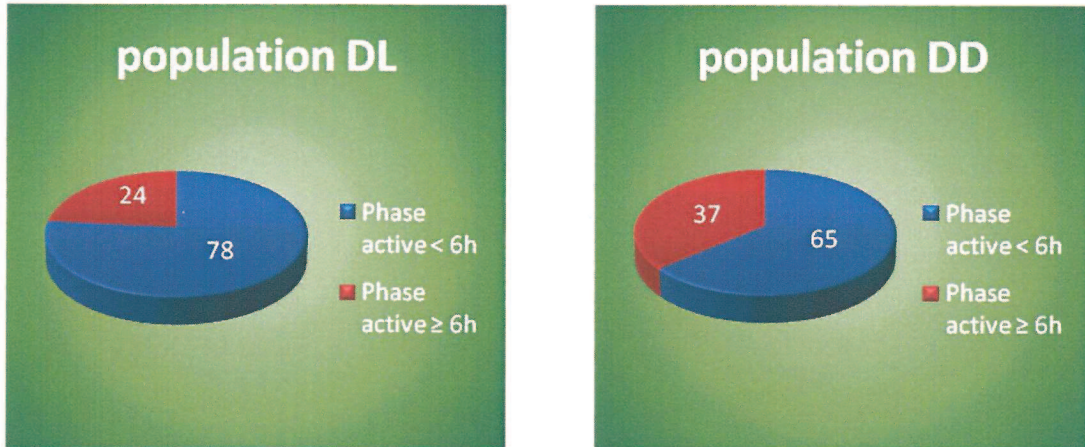
Par le test du χ^2 de Pearson, $p=0,671$. On ne peut donc mettre en évidence une différence significative quant à l'utilisation de Syntocinon entre les groupes ayant accouché en DL et en DD.

En ce qui concerne *la durée totale du travail*,



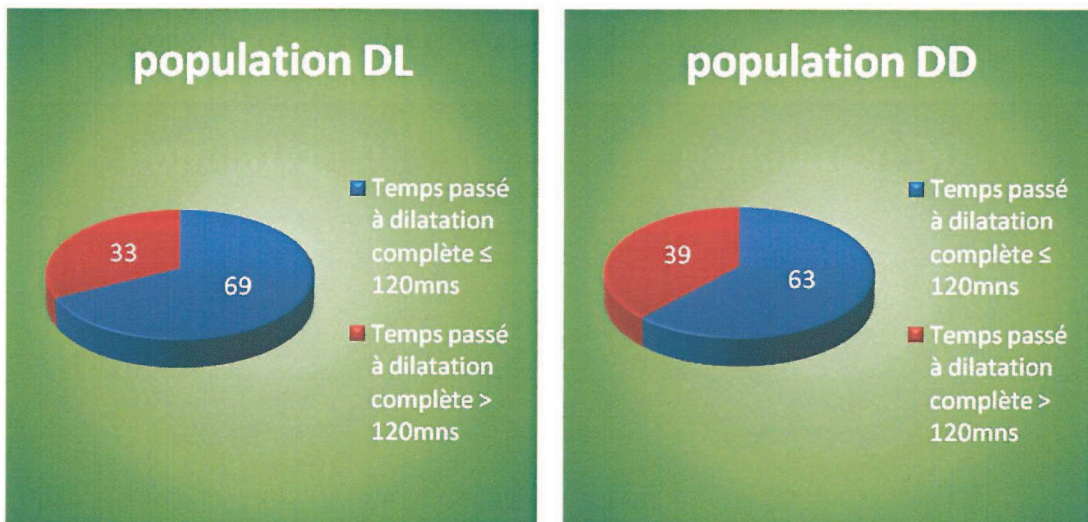
La moyenne de la durée totale du travail au sein de la population DL est de **8h** [$\pm 2,73$] et les valeurs sont comprises entre 3 et 15h. La moyenne au sein de la population DD est de **8,45h** [$\pm 3,04$] et les valeurs sont comprises entre 2 et 18h. Par le test t de Student, $p=0,266$. On ne peut donc mettre en évidence une différence significative quant à la durée totale du travail entre les groupes ayant accouché en DL et en DD.

En ce qui concerne *la durée de la phase active*,



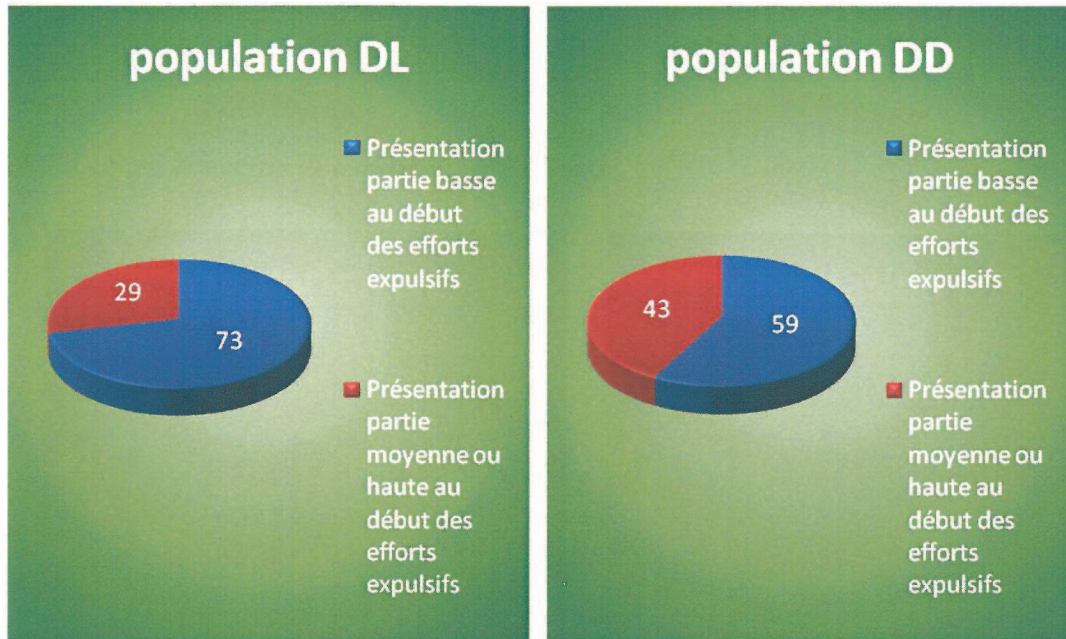
La moyenne de la durée de phase active au sein de la population DL est de **4,34h** [$\pm 1,74$] et les valeurs sont comprises entre 1 et 8,5h. La moyenne au sein de la population DD est de **5,15h** [$\pm 2,25$] et les valeurs sont comprises entre 1 et 12h. Par le test t de Student, $p=0,005$. On peut donc mettre en évidence une différence significative quant à la durée de la phase active entre les groupes ayant accouché en DL et en DD.

En ce qui concerne *le temps passé à dilatation complète*,



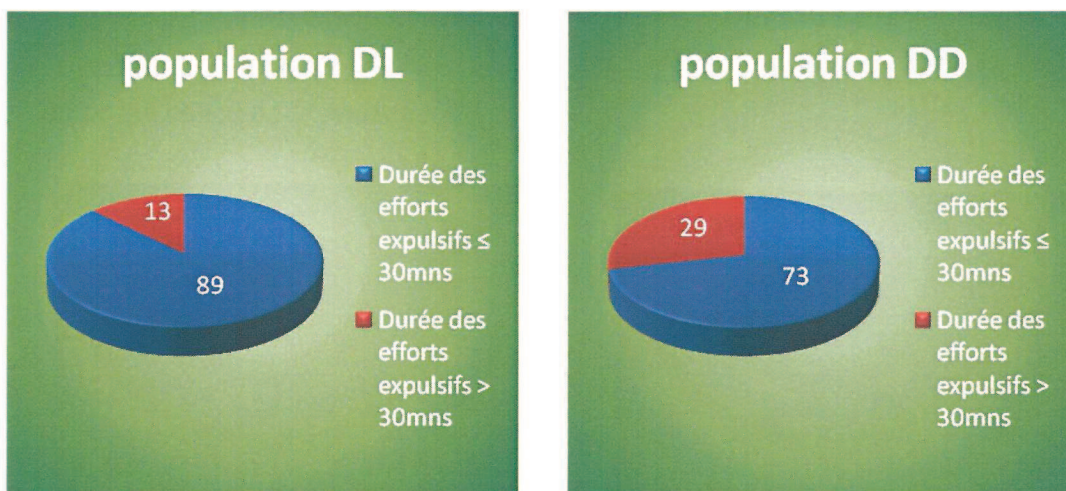
La moyenne du temps passé à dilatation complète au sein de la population DL est de **93,47min** [$\pm 59,91$] et les valeurs sont comprises entre 5 et 210min. La moyenne au sein de la population DD est de **106,5min** [$\pm 61,97$] et les valeurs sont comprises entre 10 et 240min. Par le test t de Student, $p=0,128$. On ne peut donc mettre en évidence une différence significative quant au temps passé à dilatation complète entre les groupes ayant accouché en DL et en DD.

En ce qui concerne *le niveau de présentation au début des efforts expulsifs*,



Par le test du χ^2 de Pearson, $p=0,04$. On peut donc mettre en évidence une différence significative quant au niveau de la présentation au début des efforts expulsifs entre les groupes ayant accouché en DL et en DD.

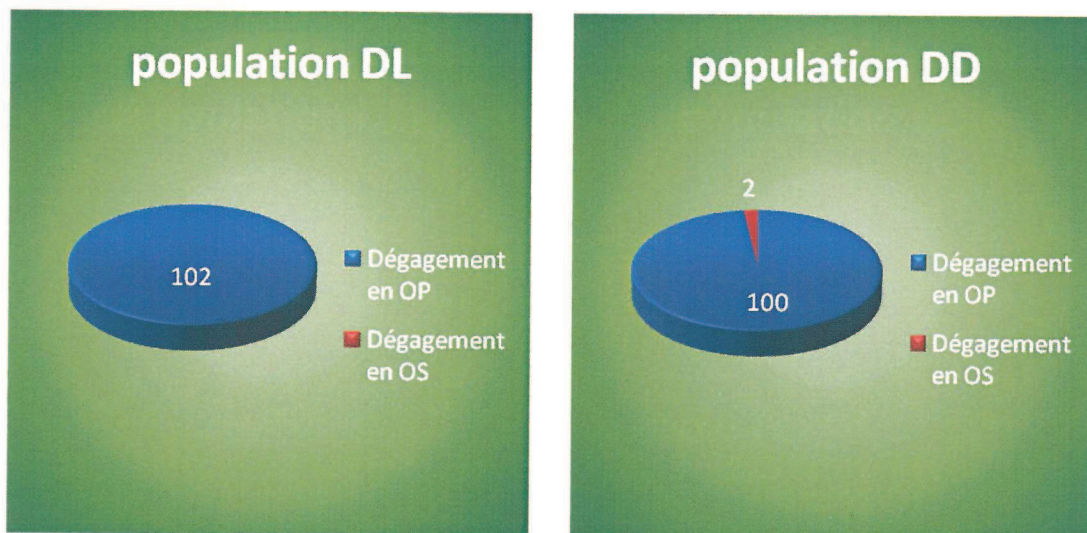
En ce qui concerne *la durée des efforts expulsifs*,



La moyenne de la durée des efforts expulsifs au sein de la population DL est de **20,75min** [$\pm 10,65$] et les valeurs sont comprises entre 1 et 64min. La moyenne au sein de la population DD est de **26,38min** [$\pm 15,03$] et les valeurs sont comprises entre 5 et 75min. Par le test t de Student, $p=0,002$. On peut donc mettre en évidence une

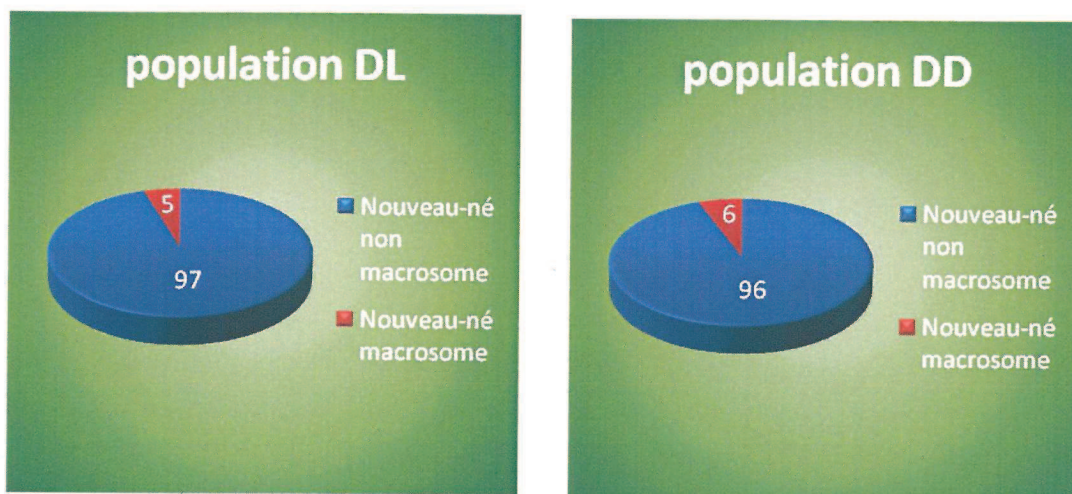
différence significative quant à la durée des efforts expulsifs entre les groupes ayant accouché en DL et en DD.

En ce qui concerne *la variété de dégagement*,



Par le test du χ^2 de Pearson, $p=0,155$ mais $N \leq 5$ dans certains groupes étudiés. Nous devons donc utiliser le test exact de Fisher et par Fisher, $p=0,498$. On ne peut donc mettre en évidence une différence significative quant à la variété de dégagement des présentations céphaliques fœtales entre les groupes ayant accouché en DL et en DD.

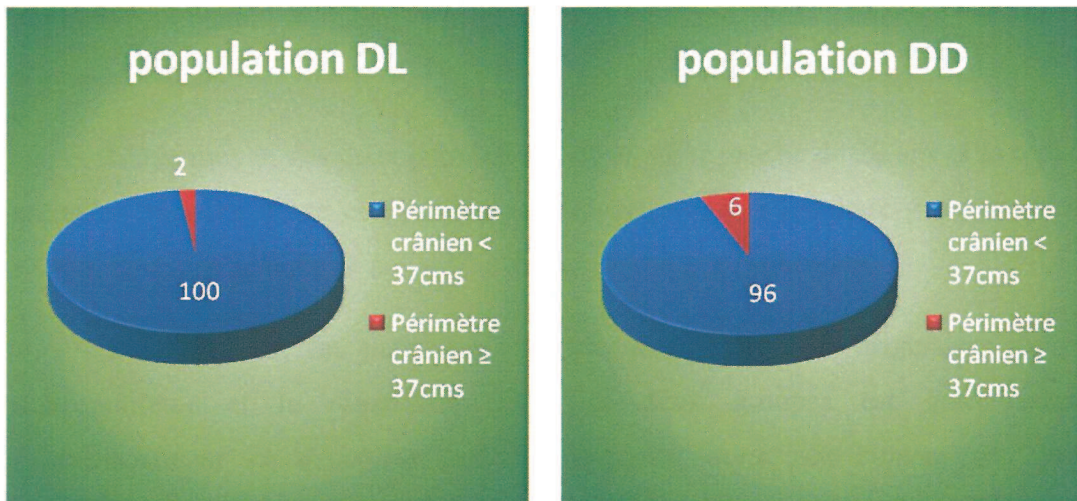
En ce qui concerne *le poids fœtal*,



La moyenne du poids fœtal au sein de la population DL est de **3299,85g** [$\pm 438,99$] et les valeurs sont comprises entre 1970 et 4370g. La moyenne au sein de la population DD

est de **3319,80g** [$\pm 477,42$] et les valeurs sont comprises entre 1930 et 4400g. Par le test t de Student, $p=0,756$. On ne peut donc mettre en évidence une différence significative quant au poids fœtal entre les groupes ayant accouché en DL et en DD.

En ce qui concerne *le périmètre crânien du fœtus*,



La moyenne du périmètre crânien des fœtus au sein de la population DL est de **34,52cm** [$\pm 1,18$] et les valeurs sont comprises entre 30,5 et 37cm. La moyenne au sein de la population DD est de **34,52cm** [$\pm 1,40$] et les valeurs sont comprises entre 30,5 et 38cm. Par le test t de Student, $p=0,966$. On ne peut donc mettre en évidence de différence significative quant au périmètre crânien entre les groupes ayant accouché en DL et en DD.

3. Discussion

Nous allons nous intéresser dans un premier temps aux caractéristiques de la population DL et les comparer à celles de la population DD.

Nous n'avons pas pu mettre en évidence de différence significative entre les deux populations quant à l'âge, l'origine géographique des patientes et le terme d'accouchement.

L'âge moyen des deux populations est en effet proche de 28 ans et la répartition entre les tranches d'âge est sensiblement identique entre les deux groupes. *L'âge ne semble donc pas influencer le choix de la position d'accouchement.*

Parallèlement, les patientes sont très majoritairement originaires de France métropolitaine et la répartition entre les deux groupes est quasi identique. *L'accouchement en décubitus latéral n'apparaît donc pas comme une pratique culturelle particulière et les résultats semblent être uniquement le reflet de la population fréquentant cette maternité.*

De même, concernant le terme de l'accouchement pour les deux populations, le terme moyen d'accouchement est environ de 39SA $\frac{1}{2}$. La répartition entre les différentes catégories des termes d'accouchements entre la population DL et la population DD est quasi comparable. *La prématurité ou le dépassement de terme ne sont donc pas des obstacles à ce que les femmes accouchent sur le côté.*

En revanche, en ce qui concerne la catégorie socioprofessionnelle, l'indice de masse corporelle, la prise de poids pendant la grossesse et la participation à la préparation psychoprophylactique obstétricale, nous pouvons observer des différences entre les deux populations.

Au niveau de la catégorie socioprofessionnelle, les statistiques ne font pas apparaître de différence significative entre les deux populations. Cependant, à la vue de la répartition entre les différentes catégories socioprofessionnelles, on peut noter quelques distinctions. Ainsi, les groupes sont semblables quant aux nombres d'artisans, de cadres, d'employés et d'étudiants mais il y a *plus de professions intermédiaires au*

sein de la population DL et plus de patientes sans activité professionnelle au sein de la population DD.

Concernant l'indice de masse corporelle initial et la prise de poids durant la grossesse, nous pouvons observer que *l'I.M.C. de la population DL est significativement inférieur à celui de la population DD et que la prise de poids est significativement moins importante au sein de la population DL*. Il est probable que ces différences soient expliquées par le fait que la mobilisation est plus difficile chez les femmes dont l'I.M.C. est élevé (I.M.C. 25) ou dont la prise de poids est excessive durant la grossesse (N 14kg). L'installation en décubitus latéral pour l'accouchement est donc plus compliquée, voire impossible en raison de la nécessité de la surveillance du rythme cardiaque fœtal pendant l'expulsion et ce, de par la présence d'une paroi abdominale importante. Ceci peut être par exemple vérifié par le fait que l'I.M.C. le plus élevé dans la population DL est 30 alors que dans la population DD, la valeur la plus élevée est 49.

Quant à la participation à la P.P.O., *la population DL a nettement plus participé aux séances de préparation à la naissance que la population DD (75% contre 50%)*. Ces résultats semblent donc concordants avec le fait que la P.P.O. est souvent à l'origine de la découverte par les femmes de l'existence de diverses positions pour accoucher. C'est à cette occasion qu'elles peuvent élaborer leur projet de naissance en décubitus latéral. Ce sont alors les patientes qui sollicitent en général la sage-femme de salle de naissance pour savoir si ce projet est envisageable ou non. On peut alors aisément penser qu'à l'inverse, les autres femmes se sont vues proposer cette position d'accouchement par la sage-femme au moment de l'installation pour l'accouchement. En revanche, le nombre de séances de P.P.O. effectuées durant la grossesse est identique entre les populations DL et DD ayant participé à cette préparation (5 séances environ) et les types de P.P.O. fréquentés sont quasi semblables.

En résumé, le profil général de la patiente primipare ayant accouché en décubitus latéral, au sein de notre étude, semble être une femme :

- d'environ 28ans
- originaire de France métropolitaine
- dont l'activité professionnelle se situe plutôt en tant que profession intermédiaire ou employée

- de morphotype initial plutôt mince
- dont la prise de poids durant la grossesse est normale
- qui accouche plutôt vers 39SA $\frac{1}{2}$
- dont le taux de participation à la P.P.O. est important.

Dans cette deuxième partie, nous allons comparer les résultats obtenus sur les conséquences périnéales de ces modes d'accouchement.

Les populations DL et DD ne diffèrent pas significativement au niveau des résultats en ce qui concerne les déchirures des seconds, troisièmes et quatrièmes degrés.

En revanche, nous retrouvons significativement plus de périnées intacts, plus de déchirures du premier degré et plus d'atteinte du périnée antérieur au sein de la population DL. Inversement, nous avons constaté significativement plus d'épisiotomies et d'atteinte musculaire au sein de la population DD.

Le premier résultat que nous voudrions interpréter est la *différence très importante entre les deux populations au niveau du nombre d'épisiotomies*. En effet, le taux d'épisiotomie dans la population DD est de 48,04% alors que dans la population DL, il n'est que de 13,73% ($p=0,000$). Ce constat rejoint l'étude de Downe [14] qui avait mis en avant une diminution du taux d'épisiotomie de façon significative ($p=0,05$), tout comme Irwin [18] mais de façon non significative pour sa part. Nous pouvons avancer le fait que la pratique de l'épisiotomie en décubitus latéral est moins aisée (inconfort de l'opérateur), ce qui pourrait réduire en partie le nombre d'épisiotomies au sein de la population DL mais ce ne peut être la seule explication, tant la différence est importante. De plus, nous ne pouvons pas mettre en avant le caractère « opérateur-dépendant » quant à la réalisation d'une épisiotomie puisque, sur la période de notre étude, 76% des sages-femmes travaillant en salle de naissance sont concernés par les accouchements effectués en décubitus dorsal et que 72% d'entre elles le sont pour les accouchements sur le côté. Ces résultats semblent donc confirmer le fait que le périnée est moins en tension lors de l'accouchement en décubitus latéral. Ceci peut alors expliquer le nombre très restreint d'épisiotomies dans le groupe DL et on peut aisément imaginer que cette position d'accouchement pourrait entraîner moins d'épisiotomies de

la part des équipes obstétricales, à l'heure où l'épisiotomie libérale est particulièrement remise en cause.

Nous constatons aussi que *le taux de périnées intacts est significativement supérieur ($p=0,007$) au sein de la population DL (17,65% versus 4,90%)*. Ce résultat rejoint plusieurs études. Soong et Barnes [28] avaient observé une diminution significative du recours à la suture lors d'accouchement en DL par rapport au DD chez des patientes sous analgésie péridurale (OR : 0,43 ; IC : 95% ; 0,43-0,89) ($p=0,02$). Shorten et al. [27] retrouvait une augmentation de périnées intacts significative pour les multipares ($p=0,01$), quasi significative pour les nullipares ($p=0,10$) et, toutes parités confondues, le taux de périnées intacts était amélioré de 12,6%. Albers et Anderson [9] ont montré une diminution significative du risque de déchirure périnéale en cas d'accouchement en DL comparés aux accouchements en DD ($p<0,05$) et pour les nullipares, le DL diminuerait d'un tiers le risque de lésions périnéales. Brement et al. [13] a conclu sur le fait que le taux de périnée intact (comprenant également les éraillures) était significativement augmenté lors de l'expulsion en DL ($p=0,032$), l'augmentation étant de 8,8% entre les expulsions effectuées en DL et celles effectuées en DD. Tous ces résultats confirment que le décubitus latéral permet au périnée d'être plus souple au moment de l'expulsion.

Par ailleurs, *le nombre plus important de déchirures du premier degré ($p=0,013$) et d'éraillures ($p=0,004$) au sein de la population DL* montre que la position d'accouchement en décubitus latéral entraîne des lésions périnéales dont les conséquences sont de gravité relative au niveau fonctionnel. De plus, il paraît logique de retrouver plus de déchirures superficielles et d'éraillures dans le groupe DL puisque le recours à l'épisiotomie y fut moindre.

Parallèlement, *une atteinte musculaire est plus fréquemment retrouvée au sein de la population DD (65,69% versus 38,24%) avec $p=0,000$* . Ce constat démontre que le périnée est plus tendu lors de l'expulsion en DD. De plus, il est très intéressant de noter que les deux groupes sont comparables quant aux déchirures du second degré ($p=0,166$) et ce, malgré un nombre d'épisiotomies beaucoup plus conséquent dans le groupe DD.

Concernant les déchirures des troisièmes et quatrièmes degrés, nous ne retrouvons qu'une seule déchirure du quatrième degré au sein de la population DD. L'échantillon

étant trop restreint, nous n'avons donc pu mettre en évidence le rôle éventuel de la position dans la prévention de lésions périnéales graves.

Toutes ces constatations rejoignent les conclusions des études déjà menées sur ce sujet. Notre hypothèse de départ est donc vérifiée : *l'accouchement en décubitus latéral est protecteur vis-à-vis du périnée*. De plus, nous pouvons noter qu'au sein de la population DL lors de notre étude, il n'y a eu que 13,73% d'épisiotomie, ce qui est peu et pourtant, ce faible taux n'a pas entraîné plus de lésions périnéales graves.

Dans cette troisième partie, nous allons nous intéresser aux facteurs connus, influençant l'état périnéal à l'issue de l'accouchement et voir s'ils sont comparables ou non entre nos populations.

Nous observons qu'il n'y a pas de différence significative entre les deux populations au niveau du mode de mise en travail même si le seuil de significativité est proche ($p=0,082$) car il y a plus de déclenchements dans la population DD (16 versus 8). Il paraît normal que le mode de mise en travail ne soit pas un critère influençant le mode d'accouchement. Nous ne retrouvons pas non plus de différence significative entre les populations DL et DD à propos de l'utilisation des ocytociques durant le travail ($p=0,671$). Son utilisation est quasi équivalente dans chacune des populations ($\approx 56\%$). Leur implication dans les lésions périnéales ne peut donc pas être mise en avant.

En revanche, en ce qui concerne l'analgésie péridurale, *il y a significativement plus de femmes qui ont accouché sans APD en décubitus latéral* ($p=0,009$). Il y a en effet 74 patientes ayant accouché en DL qui ont bénéficié de l'APD alors qu'elles sont 89 au sein du groupe DD. On peut trouver plusieurs explications à ce résultat. D'une part, nous avons remarqué que les femmes accouchant sur le côté ont plus participé à la préparation à l'accouchement. Ayant une meilleure connaissance de leurs possibilités d'adaptation au travail et à l'accouchement, elles ressentiraient ainsi moins la nécessité de l'APD durant le travail (gestion des contractions utérines, informations sur l'évolution du travail...). D'autre part et dans une moindre mesure, nous pouvons aisément penser que, dans le cas d'un travail rapide (peu fréquent chez les patientes

nullipares cependant), l'accouchement en décubitus latéral est quasi systématiquement proposé par les sages-femmes aux patientes, le décubitus latéral étant une position antalgique.

Ce qui est très intéressant de noter est que ce résultat va à l'encontre du fait qu'une poussée intempestive, généralement le cas sans APD, est un facteur de risque quant aux lésions périnéales graves comme l'ont montré les études de Samuelsson et al. [26], de Poen et al. [22] et de Sultan et al. [29] principalement. En effet, nous voyons ici que la population DL a eu moins recours à l'APD et que malgré cela, il y a moins de déchirures périnéales dans ce groupe.

Concernant l'évolution du travail, il n'y a pas de différence significative pour la durée totale du travail ($p=0,266$) et le temps passé à dilatation complète ($p=0,128$) entre les deux populations. En revanche, nous avons relevé *une phase active significativement plus courte au sein du groupe DL* ($p=0,005$) et que le temps passé à dilatation complète est comparable sans significativité entre les deux groupes. Ces résultats peuvent être expliqués par le fait que la durée du travail chez les nullipares est très difficile à définir comme le montre les différences de résultats des études dans la littérature. Ainsi, Pinard [25] estimait la moyenne du travail chez les nullipares à 13h, ce qui est proche de l'étude de Friedman [14] dans les années 50 qui retrouvait 13,55h. Mais, par exemple, Kilpatrick [18] retrouvait 9h et Albers [2], 8,6h.

En ce qui concerne la durée de phase active, nous pouvons penser qu'elle est plus courte dans le groupe DL car ce sont des femmes plus préparées et donc, généralement plus demandeuses de mobilisation. Or, nous savons que la mobilisation entraîne une diminution de la durée du travail, notamment pendant la phase active, comme cela fut montré dans les études de Paufichet [21], de Racinet [24] et de Hammel [30] notamment.

Quant au temps passé à dilatation complète, nous pensions initialement qu'il aurait pu être significativement plus court au sein de la population DL car le fœtus n'a pas besoin de rotation, ni de changement de direction dans le bassin maternel avant l'expulsion. Or, il est en effet plus court dans le groupe DL que dans le groupe DD (93min contre 106min) mais le seuil de significativité n'est pas atteint malgré que l'on en soit proche ($p=0,128$).

L'évolution du travail et donc le nombre de contractions utérines ne peuvent donc pas être incriminés d'une manière générale pour leur rôle dans les lésions périnéales vis-à-vis de cette étude.

Au sujet du niveau de la présentation fœtale au début des efforts expulsifs, nous retrouvons significativement *un nombre de présentations partie basse plus important au sein de la population DL ($p=0,04$)*. Ce résultat peut alors trouver son explication dans le fait que le fœtus effectue sa descente dans le bassin maternel en oblique, sans rencontrer de difficultés musculaires ou osseuses. Par conséquent, cette position est très fréquemment utilisée par les sages-femmes pour faciliter la descente fœtale. Ce résultat est donc étroitement corrélé à *la durée des efforts expulsifs qui sont eux aussi significativement plus courts au sein de la population DL (20,75min versus 26,38min) ($p=0,002$)*. Il paraît en effet logique d'observer une durée d'efforts expulsifs plus courte puisque la présentation fœtale est plus fréquemment basse. Ces deux éléments, fortement liés à la position en DL, sont importants pour la protection du périnée et sont en accord avec les résultats de notre étude au niveau des lésions périnéales.

La variété de dégagement de la présentation fœtale n'a joué aucun rôle dans l'influence de l'accouchement sur le périnée. En effet, nous n'avons retrouvé que deux dégagements en OS lors d'accouchements en DD, ce qui est insuffisant pour démontrer une différence significative entre les deux groupes.

Enfin, le poids et le périmètre crânien du fœtus n'ont pas joué de rôle dans l'issue périnéale. En effet, il n'y a pas de différence significative entre les deux populations au niveau du poids fœtal et le nombre de fœtus macrosomes est quasi identique dans les groupes (5 dans le groupe DL et 6 dans le groupe DD). C'est le même constat pour le périmètre crânien fœtal où la moyenne des périmètres crâniens étudiés est strictement identique dans les populations DL et DD. Nous n'avons ainsi pas pu mettre en évidence de différence significative entre les deux groupes par rapport au périmètre crânien.

A la vue de tous ces paramètres étudiés, nous pouvons déduire que les deux groupes étudiés sont comparables puisque peu d'éléments influençant l'état périnéal sont significativement différents. Parmi ces éléments significativement différents, on retrouve :

✓ l'analgésie péridurale. Les résultats concernant l'analgésie péridurale confortent le fait que c'est bien l'accouchement en décubitus latéral qui protège le périnée car un recours moindre à l'APD pouvait laisser envisager plus de lésions périnéales au sein de la population DL.

✓ le niveau de la présentation au début des efforts expulsifs et la durée de ces derniers. Ces deux paramètres ne peuvent pas être considérés comme des éléments remettant en cause la position de l'accouchement en décubitus latéral, comme unique facteur préservant l'intégrité périnéale. En effet, il faut plutôt considérer que c'est le décubitus latéral qui a entraîné ces deux améliorations.

CONCLUSION

Lors de notre étude, nous retrouvons significativement plus de périnéés intacts, d'éraillures et de déchirures du premier degré parmi les patientes ayant accouché en décubitus latéral. A l'inverse, nous retrouvons nettement plus d'épisiotomies et plus d'atteintes musculaires parmi les patientes ayant accouché en décubitus dorsal.

Quant aux facteurs de risques étudiés, les groupes comparés sont quasi semblables. En effet, seuls l'analgésie péridurale, le niveau de la présentation fœtale au début des efforts expulsifs et la durée de ces derniers diffèrent de façon significative entre les deux populations mais ces critères ne peuvent pas à eux seuls remettre en cause le bénéfice de la position. L'influence de la position d'accouchement en décubitus latéral dans l'issue périnéale est donc clairement mise en avant.

Nous pouvons conclure que l'accouchement effectué en décubitus latéral chez les nullipares joue donc un rôle en faveur de la diminution des lésions périnéales. De plus, les lésions observées sont de gravité relative quant à la future fonctionnalité du périnée de par une atteinte superficielle.

Ce constat favorable rejoint donc les conclusions des autres études effectuées à ce sujet. Il nous paraît donc fort intéressant d'utiliser cette position en salle de naissance à l'heure où les preuves scientifiques commencent à s'accumuler en ce sens. Pourquoi se priver d'une technique posturale protectrice au niveau du périnée au moment de l'expulsion ? Et ce d'autant plus que nous devons intégrer de plus en plus à notre prise en charge obstétricale, les souhaits des patientes dont le niveau d'information est croissant...

Selon la même logique, il paraît incontournable que cette position d'expulsion, plus fréquemment pratiquée, soit intégrée au cursus pédagogique des études de sages-femmes. Mais comment l'enseigner lorsque toute la mécanique obstétricale est décrite en fonction du décubitus dorsal ?

En revanche, il est clair qu'actuellement, pour toute situation nécessitant une extraction instrumentale du fœtus, la position en décubitus latéral n'est pas adaptée puisque les extractions instrumentales depuis Mauriceau ont été décrites avec comme référence le décubitus dorsal. Mais on pourrait s'autoriser à penser qu'en adaptant les manœuvres instrumentales à la mécanique d'expulsion en décubitus latéral, les extractions pourraient être moins traumatiques pour les patientes de par une souplesse périnéale augmentée. Est-ce une évolution réalisable pour l'obstétrique moderne ?

BIBLIOGRAPHIE

OUVRAGES :

1. Barrault J., Levy C.
Histoire de la naissance à travers le monde. Ed plume. 175 pages.
2. Cabrol D., Pons J.-C., Goffinet F.
Traité d'obstétrique. 2005. Flammarion. 1144 pages.
3. De Gasquet B.
Bien-être et maternité. 1997. Ed. Implex. 374 pages.
4. Dumont M., Morel P.
Histoire de l'obstétrique et de la gynécologie. Ed Simep, Lyon. 1968.
5. Kahle W., Leonhardt H., Platzer W.
Anatomie. Tome 2. 2001. Flammarion. 349 pages.
6. Lalauze-Pol R.
Le crâne du nouveau-né. Tome 1. Ed Sauramps médical 2002, Montpellier. 519 pages (32-41).
7. Merger R., Levy J., Melchior J.
Précis d'obstétrique.
Paris, Masson, 2001, 583 pages.
8. Schaal J.-P., Riethmuller D., Maillet R., Uzan M.
Mécanique et techniques obstétricales. 3^{ème} édition. 2007. Sauramps médical. 922 pages.

ARTICLES :

9. Albers LL., Anderson D.
Factors related to perineal trauma in childbirth.
Nurse Midwifery 1996;41(4):269-76
10. Albers LL., Schiff M., Gorwoda JG.
The length of active labor in normal pregnancies.
Obstet Gynecol, 1996, 87:355-359.

11. Anthony S., Buitendijk SE, Zondervan KT et al.

Episiotomies and the occurrence of severe perineal lacerations.

BJOG. 1994. 101:1064-1067.

12. Brement S., Mossan S., Belery A., Racinet C.

Accouchement en décubitus latéral. Essai clinique randomisé comparant les positions maternelles en décubitus latéral et en décubitus dorsal lors de la deuxième phase du travail.

Gynecol Obstet Fertil 2007;35:637-644

13. De Gasquet B.

Les positions pour l'accouchement.

28^{ème} journées de médecine périnatale, Arnette, Paris, 1998, 153-166.

14. Downe S., Gerrett D., Renfrew MJ

A prospective randomised trial on the effect of position in the passive second stage of labour on birth outcome in nulliparous women using epidural analgesia.

Midwifery 2004;20:157-68

15. Friedman EA.

Cervical function in human pregnancy and labour.

Raven press, New-York, 1980, 17-26.

16. Goury N.

La rotation des fémurs : incidences sur les détroits moyens et inférieurs du bassin.

Strasbourg, 2001.

17. Handa VL, Danielsen BH, Gilbert WM

Obstetric anal sphincter lacerations.

Obstet Gynecol. 2001,98:225-230.

18. Irwin HW.

Practical consideration for the routine application of left lateral Sim's position for vaginal delivery.

Trans Pac Coast Obstet Gynaecol Soc, 1978, 45:11-5

19. Kilpatrick SJ., Laros RK.
Characteristics of normal labor.
Obstet Gynecol, 1989, 74:85-87.
20. Maria B., Tran Van P., Starck E. et al.
La mobilité pendant le travail et l'accouchement en décubitus latéral.
XXXIVe Assises des sages-femmes. Strasbourg. 11 Mai 2006.
21. O'Driscoll K., Foley M., Mc Donald D.
Active management of labour as an alternative to cesarean section for dystocia.
Obstet Gynecol ,1984;63:485-490.
22. Paufichet C.
Intérêt obstétrical du changement de positions au cours du travail.
La revue Sage-Femme, 2004;5:197-203.
23. Poen AC, Felt-Bersma RJF, Dekker GA et al.
Third degree obstetric perineal tears : risk factors and the preventive role of mediolateral episiotomy.
BJOG, 1997, 104:563-566.
24. Racinet C., Eymery P., Philibert L., Lucas C.
L'accouchement en position accroupie. Essai randomisé comparant la position accroupie à la position classique en phase d'expulsion.
J Gynecol Obstet Biol Reprod, Paris, 1999;28:263-270.
25. Racinet C.
Positions maternelles pour l'accouchement.
Gynecol Obstet Fertil 2005;33:533-8
26. Ribemont-Dessaignes A., Lepage G.
Précis d'obstétrique.
Paris, Masson. 1898. 1405 pages.
27. Samuelsson E., Ladfors L., Wennerholm UB et al.
Anal sphinter tears : prospective study of obstetric risk factors.
BJOG, 2000, 107:926-931.

28. Shorten A., Donsante J., Shorten B.

Birth position, accoucheur, and perineal outcomes: informing women about choices for vaginal birth.

Birth 2002;29(1):18-27

29. Soong B., Barnes M.

Maternal position at midwife attended birth and perineal trauma: is there an association?

Birth 2005;32(3):164-9

30. Sultan AH, Kamm MA, Hudson CN, Bartram CI

Third degree obstetric anal sphincter tears : risk factor and outcome of primary repair.

BMJ, 1994, 308:887-891

MEMOIRES :

31. Hammel M.

Intérêt du décubitus latéral pendant la deuxième phase du travail.

Sous la direction du Dr Maria B., école de sages-femmes de la faculté de médecine Cochin-Port-Royal Université Paris V. Promotion 2001-2005.

32. Lefranc E.

Incidences de l'accouchement en décubitus latéral sur les déchirures périnéales.

Ecole de sages-femmes de la faculté de médecine de Nancy. Promotion 2001-2005.

33. Zidel-Cauffet L.

Expulsion en décubitus latéral : étude des pratiques dans les maternités toulousaines.

Sous la direction du Dr Merveille M., école de sages-femmes de Toulouse. Promotion 2002-2007.

AUTRES SOURCES :

34. www.engof.asso.fr, consulté en 2007

35. www.gynepro.fr, consulté en 2007

36. www.jpgtarbes.com, consulté en 2007

ANNEXES

ANNEXE I

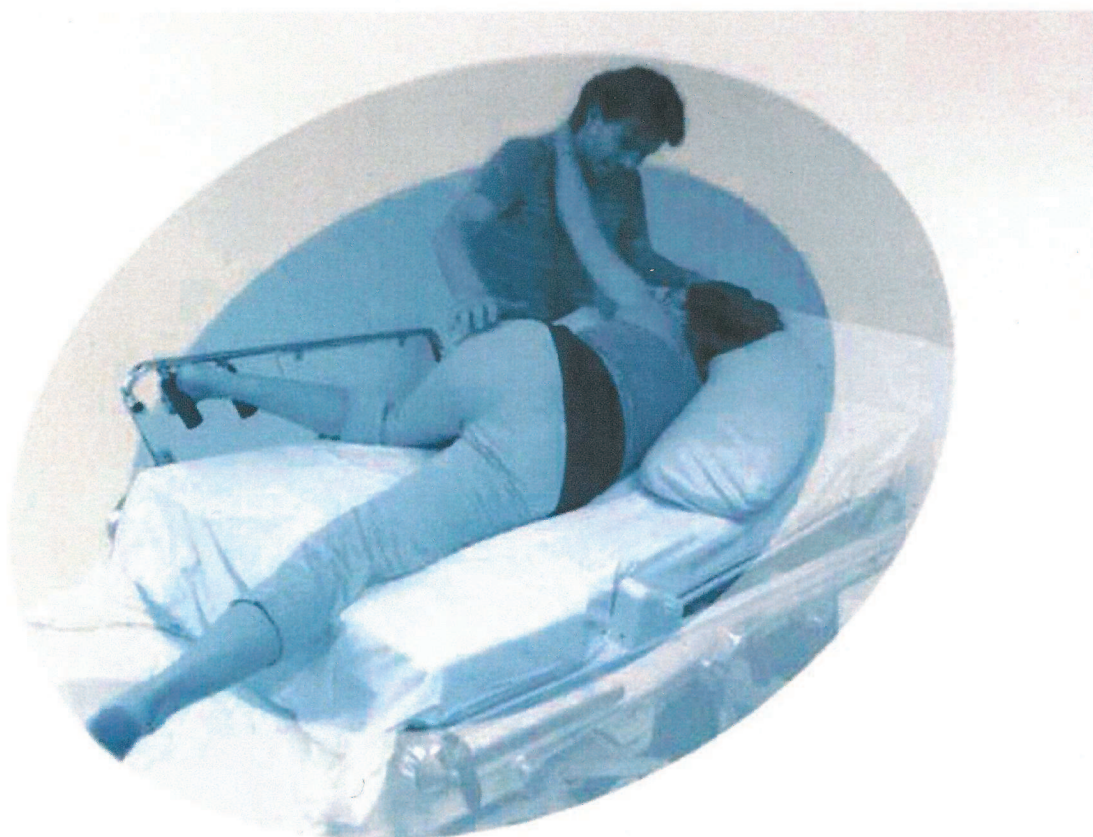


Image extraite du poster sur les postures de mise au monde d'après la méthode APOR de B. De Gasquet.

ANNEXE II



Image extraite du poster sur les postures de mise au monde d'après la méthode APOR de B. De Gasquet.

ANNEXE III

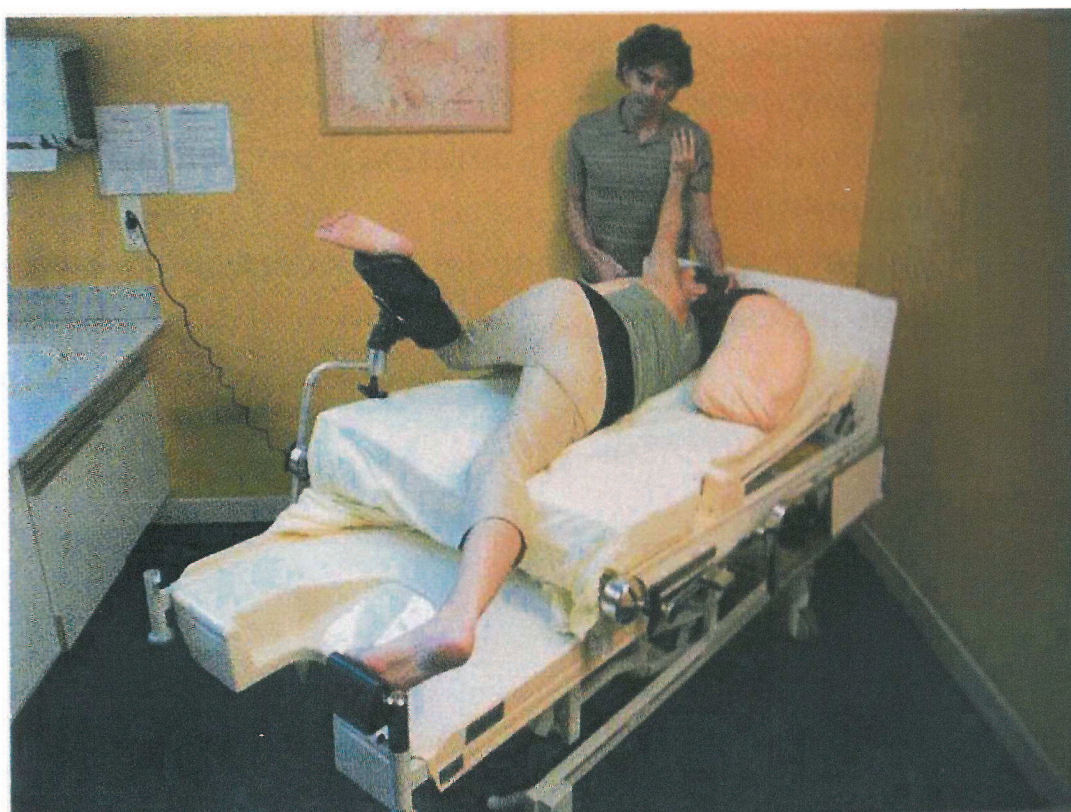


Image extraite de « Mécanique et Techniques Obstétricales », 3^{ème} édition, 2007.

ANNEXE IV



Image extraite de « Mécanique et Techniques Obstétricales », 3^{ème} édition, 2007.