



Le périnée complet et/ou compliqué : conséquences et prise en charge. État des lieux auprès de 28 patientes accouchées entre 2005 et 2011

Aurélie Couverchel

► To cite this version:

Aurélie Couverchel. Le périnée complet et/ou compliqué : conséquences et prise en charge. État des lieux auprès de 28 patientes accouchées entre 2005 et 2011. Gynécologie et obstétrique. 2012. dumas-00742568

HAL Id: dumas-00742568

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-00742568>

Submitted on 16 Oct 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

**Le périnée complet et/ou compliqué :
Conséquences et Prise en charge**

**Etat des lieux auprès de 28 patientes accouchées entre
2005 et 2011**

Mémoire présenté par

Mademoiselle Aurélie Couverchel

Née le 28 Mai 1987

DIPLOME D'ETAT DE SAGE-FEMME

PROMOTION 2012

REMERCIEMENTS

Je tiens à remercier :

- Mon directeur de mémoire, Monsieur Gourcerol, pour sa gentillesse, sa disponibilité et son engagement.
- Ma guidante, Mme Blandin, pour sa patience, son soutien et sa gentillesse.
- Les patientes ayant répondu à mes questionnaires et, sans qui, ce mémoire n'existerait pas.
- Toutes les personnes qui m'ont apporté leur aide, surtout toi, Elsa !
- Pour finir, je tiens à remercier tout particulièrement mon père, ma mère et ma sœur pour leur soutien, leurs encouragements et leur amour (sans oublier mes amis bien sûr !).

SOMMAIRE

ERRATUM

- Au 2^{ème} paragraphe de la page 44, au lieu de « L'extraction par ventouse nécessite moins d'épisiotomies, et expose donc moins aux lésions périnéales sévères que le forceps », il faut lire « L'extraction par ventouse nécessite moins d'épisiotomies, et expose moins aux lésions périnéales sévères que le forceps »
- A la page 49, au lieu de « Parmi notre population, on retrouve 1 patiente ayant bénéficié d'une césarienne itérative... », il faut lire « Parmi notre population, on retrouve 1 patiente ayant bénéficié d'une césarienne préventive... »

CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE DE ROUEN

PRISE EN CHARGE DU PERINEe COMPLET ET/OU COMPLET COMPLIQUE

OBJET :

Déchirure du 3^{ème} ou du 4^{ème} degré présentant un risque d'incontinence anale, d'incontinence urinaire, de douleurs périnéales, de dyspareunies et de difficultés relationnelles.

PROCEDURE POUR UNE PATIENTE :

- Réaliser la réfection de la déchirure sans tarder après la délivrance.
- Prescrire une antibiothérapie préventive systématique à la pénicilline (spectre large), associée à une asepsie rigoureuse
- Mettre la patiente sous régime sans résidus pendant un mois
- Réaliser 3 toilettes périnéales quotidiennes, associée à un changement régulier des garnitures
- Encourager la patiente à poursuivre les soins locaux elle-même après chaque selle ou chaque miction et au retour à domicile, jusqu'à cicatrisation complète
- Rechercher, à la visite post-natale (environ 6 semaines après l'accouchement), en cas d'incontinence urinaire, un dysfonctionnement urinaire et proposer une rééducation périnéale, de préférence manuelle
- Orienter la patiente vers un gastro-entérologue, en cas d'incontinence anale persistante depuis plus de 6 mois après l'accouchement ; un bilan fonctionnel ano-rectal sera réalisé, comprenant une manométrie ano-rectale, une échographie endo-anale et des tests électro-physiologiques
- Compléter la kinésithérapie habituelle, en l'absence de résultat manométrique ou échographique préoccupant, par des séances de rééducation par biofeedback voire d'électrostimulation périnéale postérieure
- Confirmer, en cas de lésion sphinctérienne authentifiée par échographie, par répétition de ces examens et évaluer une éventuelle dénervation associée, par une électrophysiologie périnéale, avant de poser l'indication chirurgicale
- Evaluer l'indication d'une césarienne, lors d'une nouvelle grossesse, chez les femmes présentant une symptomatologie clinique manifeste ou un défaut anatomique sphinctérien

INTRODUCTION.....	1
1. Anatomie pelvi-périnéale.....	5
1.1 Musculature du périnée.....	5
1.2 Anatomie fonctionnelle.....	6
2. Classification des différentes déchirures.....	8
2.1 Déchirures incomplètes partielles.....	8
2.2 Déchirures complètes.....	8
2.3 Déchirures complètes compliquées.....	9
3. Traitement curatif.....	9
3.1 La réfection des déchirures.....	9
3.2 L'antibiothérapie.....	9
3.3 Le régime alimentaire.....	9
3.4 Les soins locaux.....	10
4. Conséquences pelvi-périnéales de l'accouchement.....	10
4.1 Troubles fonctionnels transitoires physiologiques du périnée.....	10
4.2 Troubles fonctionnels pathologiques du périnée.....	10
5. Bilan pré-rééducationnel.....	13
5.1 Interrogatoire.....	13
5.2 Examen clinique.....	14
5.3 Examens complémentaires.....	16
6. Les différentes méthodes de rééducation périnéale.....	20
METHODOLOGIE.....	23
1. Les objectifs de l'étude.....	24
2. La méthode utilisée.....	24
3. La population concernée.....	24
4. L'envoi des questionnaires.....	24

5. La réception des questionnaires.....	24
6. Les paramètres étudiés.....	25
7. Analyse statistique.....	26
 RESULTATS DE L'ENQUETE.....	27
<u>PREMIERE PARTIE</u>	28
I/ Profil des patientes.....	28
II/ Rééducation périnéale.....	31
III/ Incontinence anale.....	32
IV/ Incontinence urinaire.....	36
V/ Douleurs périnéales.....	39
VI/ Dyspareunies.....	42
VII/ Relation avec le conjoint.....	43
<u>DEUXIEME PARTIE</u>	44
I/ Première comparaison.....	44
II/ Deuxième comparaison.....	45
 DISCUSSION.....	46
I/ Profil de notre population.....	47
II/ Les objectifs.....	49
 CONCLUSION.....	56
 BIBLIOGRAPHIE.....	59
 ANNEXES.....	65

INTRODUCTION

On appelle *périnée* la région du corps qui se trouve à la partie la plus basse du tronc, formant le fond du bassin [9, 18].

Cette région est constituée chez la femme de trois orifices : l'urètre, le vagin et l'anus. Le périnée est, à la fois, une région qui soutient en partie le tronc par en bas mais aussi une région de mouvements. Ces deux rôles sont très différents, et nécessitent deux qualités bien distinctes :

- Une coordination sensitive et motrice, par intermittence, pour effectuer ces mouvements, une grande souplesse pour les laisser se faire,
- Une force, le reste du temps, pour assurer son rôle de soutien avec fermeté.

Le périnée joue donc un rôle important au quotidien ; il intervient dans le contrôle sphinctérien, le maintien des organes abdominaux et pelviens ainsi que dans la vie sexuelle.

Cependant, le périnée subit lors de la grossesse et de l'accouchement des modifications traumatiques pouvant favoriser la survenue d'incontinences urinaires, de troubles de la statique pelvienne, d'hypotonies périnéales ou encore de dyspareunies pendant le post-partum.

Ainsi, les muscles élévateurs de l'anus, qui soutiennent les organes pelviens et qui contribuent au maintien de la continence, peuvent être lésés. Cela peut conduire à un risque plus élevé d'incontinence urinaire, d'incontinence anale et de prolapsus génito-urinaires.

Ces lésions ont été classées en déchirures incomplètes partielles (selon 3 degrés différents), en déchirures complètes et en déchirures complètes compliquées. Nous nous intéresserons aux deux dernières.

La prise en charge des séquelles du périnée complet ou complet compliqué se base essentiellement sur le bilan de départ comprenant un interrogatoire, un examen clinique et d'éventuels examens complémentaires.

De même, quatre éléments essentiels mettent en évidence le fait que souvent divers problèmes sont liés et que ce n'est pas forcément celui qui est l'objet de la consultation qui est le plus gênant :

- L'écoute des plaintes spontanées des jeunes accouchées et des femmes ayant accouché depuis longtemps,
- L'interrogatoire, systématique et large, mais ensuite dirigé, portant autant sur la fonction mictionnelle que la statique pelvienne et la sexualité d'un point de vue mécanique,
- L'examen clinique,
- L'examen uro-dynamique.

Ainsi, quelles sont les conséquences du périnée complet ou complet compliqué ? Existe-t-il une prise en charge ? Est-elle adaptée ?

Tout d'abord, à travers une revue de la littérature, nous verrons l'anatomie du périnée, la classification des différentes déchirures, les conséquences pelvi-périnéales de l'accouchement, le bilan pré-rééducationnel ainsi que les différentes méthodes de rééducation et les actions secondaires possibles à mettre en place.

Ensuite, nous mettrons en évidence les conséquences d'un périnée complet ou complet compliqué avec leur répercussion sur la vie quotidienne ; nous ferons un état des lieux de leur prise en charge.

Enfin, nous proposerons grâce aux résultats de notre étude, une conduite à tenir adaptée vis-à-vis des périnées complets ou complets compliqués.

Première partie:

Revue de la littérature

1. ANATOMIE PELVI-PERINEALE [5]

1.1 Musculature du périnée (selon Alain P. Bourcier [1])

1.1.1 Plan profond (voir annexe I)

Il constitue le diaphragme pelvien principal, comprenant les muscles releveurs de l'anus et les muscles ischio-coccygiens. Le releveur de l'anus est un muscle pair et pour chacun, on distingue une partie externe sphinctérienne et une partie interne élévatrice.

- ☐ La *partie externe* est composée de faisceaux pubo-coccygien et ilio-coccygien, qui constituent une véritable sangle autour du rectum. Elle est renforcée par les muscles ischio-coccygiens et sa tonicité intervient dans la continence anale passive, mais participe surtout au soutien des viscères pelviens.
- ☐ La *partie interne* moins large mais plus épaisse, plus solide, que la partie externe, se compose des faisceaux pubo-vaginal et pubo-rectal. Sa tonicité participe à la continence anale passive et au soutien des viscères pelviens.

1.1.2 Plan moyen (voir annexe II)

Il est composé de trois muscles : le sphincter externe de l'urètre (muscle essentiel dans la continence) et les deux transverses profonds.

Le sphincter externe de l'urètre est certes strié (dépendant de la volonté), mais en contraction permanente, il contribue au bon déroulement de la phase de remplissage vésical en maintenant le gradient de pression urétro-vésical. Les contractions brèves et fortes de ce muscle évitent la fuite quand la vessie se contracte. Ce renforcement de la contraction permet aussi l'inhibition des besoins mictionnels. Enfin, la mise au repos, le relâchement volontaire de ce muscle entraîne l'effondrement de la pression urétrale et initie le déclenchement de l'acte mictionnel.

1.1.3 Plan superficiel (voir annexe III)

L'axe bi-ischiatique, qui constitue un véritable plan musculéux aponévrotique, sépare cette région périnéale en deux zones : un triangle antérieur contenant les organes érectiles et les muscles rattachés, un triangle postérieur anal. Dans le triangle antérieur se situent les muscles bulbo caverneux et ischio-caverneux : ce sont des muscles pairs. Les muscles transverses superficiels (pair) et le constricteur de la vulve sont des muscles inconstants. Le transverse superficiel constitue la réplique exacte du transverse profond du plan moyen mais moins développé et dont le rôle est négligeable. Le constricteur de la vulve dépend de la musculature du vagin et a pour action de resserrer le vagin. Dans le triangle postérieur, il y a un seul muscle : le sphincter externe de l'anus. L'ensemble de la musculature de ce plan superficiel n'intervient pas dans la continence urinaire.

1.2 Anatomie fonctionnelle (selon Buzelin J.M., Lazorthes F., Villet R. [4])

1.2.1 Modifications pelvi-périnéales au cours de la grossesse

Pendant la grossesse, de nombreuses modifications surviennent :

- L'*hyperlaxité ligamentaire* liée à l'inhibition hormonale gravidique est à l'origine d'une hyperlordose par relâchement des ligaments vertébraux ; la survenue simultanée d'un relâchement des muscles de la paroi abdominale est à l'origine d'une antéversion du bassin.
- L'*évolution de l'utérus* en fonction du terme entraîne une augmentation importante du poids des viscères en station debout, tandis que l'utérus se déplace vers l'avant. En conséquence, non seulement les pressions supérieures augmentent, mais la résultante des forces se dirige, compte tenu de l'antéversion pelvienne, vers la fente vulvaire et non plus vers la région ano-coccygienne, ce qui explique la survenue exceptionnelle d'un prolapsus génital en cours de grossesse.
- Une *modification de l'équilibre vésico-sphinctérien*, caractérisée par une chute de la pression urétrale (qui s'aggrave avec l'âge de la grossesse) et par une

altération de la transmission abdomino-urétrale à l'effort (due à une modification de la position du col vésical et une altération des tissus susceptibles de transmettre la pression urétrale). Ceci explique la fréquence de l'incontinence urinaire en fin de grossesse (30% au 9^{ème} mois).

1.2.2 Modifications pelvi-périnéales au cours de l'accouchement

☐ *Modifications vésico-urétrales*

Lors de l'engagement, la présentation fœtale applique l'urètre contre la symphyse et refoule en haut et en avant le col vésical ; la vessie est habituellement bilobée, étalée en sablier avec une partie pelvienne et abdominale, ce qui explique la distension des ligaments pubo-vésico-utérins, facteur favorisant la survenue ultérieure d'un cystocèle.

☐ *Modifications pelvi-périnéales*

Après l'engagement, la présentation fœtale effectue sa descente et sa rotation dans l'axe de l'excavation pelvienne ; le faisceau sphinctérien joue un rôle dans la flexion et la rotation de la présentation puis il se distend, permettant l'ouverture de la fente urogénitale. Le périnée postérieur est donc le premier à se distendre lors de la descente de la présentation : cette distension est aggravée par les présentations défléchies, la macrosomie fœtale et l'expression utérine. Cette distension du faisceau sphinctérien s'accompagne d'une contraction du faisceau pubo-rectal à l'effort de poussée ; en se contractant, il élève le noyau fibreux central du périnée, attire le canal anal vers le haut et dilate l'anus.

Dans un deuxième temps, la présentation se défléchit et distend le périnée antérieur ; le faisceau pubo-rectal est repoussé en bas et en avant par la présentation et vient s'intégrer dans le périnée superficiel. Le front balaie le noyau fibreux central ; sa section sagittale triangulaire s'étale et s'aplatit transversalement, la distance ano-vulvaire s'allonge. L'orifice vulvaire s'horizontalise. A ce moment, la distension devient maximum.

Cet aplatissement et ces distensions ont une limite qui dépend beaucoup de la rapidité avec laquelle l'expulsion se produit.

De même, dans les variétés antérieures, le dégagement se fait en occipito-pubien : le diamètre maximum sous occipito-frontal est de 10,5 cm. Alors que, dans les variétés postérieures, le dégagement se fait en occipito-sacré : le diamètre fronto-occipital est de 12 cm ce qui augmente les risques de déchirure.

□ *Réalisation d'une épisiotomie* [19]

Cette technique peut être effectuée de deux façons : médiane (pratiquée par les anglo-saxons) ou médio-latérale (réalisée par les français). La fréquence de son utilisation a diminué ces dernières années : on est passé de 47% en 2002 (68% chez la primipare et 31% chez la multipare) à moins de 30% en 2011 ; en effet, il a été clairement démontré qu'elle ne prévenait pas les déchirures périnéales complètes ou complètes compliquées ainsi que leurs séquelles.

2. CLASSIFICATION DES DIFFERENTES DECHIRURES [12] (voir annexe IV)

2.1 Déchirures incomplètes partielles

Elles respectent le sphincter anal et se subdivisent en trois catégories selon leur importance :

- Premier degré : seule la peau et la muqueuse sont déchirées au niveau de la fourchette.
- Deuxième degré : le muscle bulbo-caverneux et la partie antérieure du noyau fibreux central sont également déchirés.
- Troisième degré : le noyau fibreux central est complètement rompu.

2.2 Déchirures complètes

Le sphincter anal externe se rompt latéralement en dehors de la ligne médiane ; la lésion s'arrête au niveau de la marge anale, ses plis sont effacés ; l'extrémité externe du sphincter est rétractée, difficilement réparable, tandis que l'extrémité interne fait

saillie ; latéralement, la déchirure est profonde, laissant apparaître la graisse de la fosse ischio-rectale.

2.3 Déchirures complètes compliquées

Elles mettent en communication le vagin et l'anus, réalisant un cloaque ; la cloison recto-vaginale et la muqueuse anale sont rompues. La déchirure remonte sur le canal anal, jusqu'à 2-3 cm de la marge anale ; elle remonte souvent beaucoup plus haut sur le vagin et elle plonge latéralement dans la fosse ischio-rectale. L'extrémité externe du sphincter strié est rétractée, tandis que le sphincter interne reste adhérent à la sous-muqueuse rectale.

3. TRAITEMENT CURATIF [13]

3.1 La réfection des déchirures

Elle doit être réalisée sans tarder après la délivrance. Ainsi, l'hémorragie est réduite, les tissus sont frais et indemnes d'infection. Il s'agit de la réparation d'une plaie chirurgicale imposant une exposition parfaite des lésions, un matériel adapté, une aseptie rigoureuse et une technique bien maîtrisée. L'absence de complications repose sur une réfection parfaitement hémostatique et anatomique. Durant le temps opératoire, il s'impose de badigeonner la région pelvienne avec un antiseptique, puis de mettre des champs stériles. L'opérateur doit faire un lavage chirurgical des mains et s'habiller stérilement.

3.2 L'antibiothérapie

Il semble efficace de prescrire une antibiothérapie préventive à la pénicilline, de façon systématique, dans le cadre d'une déchirure complète et/ou compliquée.

3.3 Le régime alimentaire

Il existe une controverse sur la mise en place d'un régime sans résidus ; certains pensent qu'il suffit d'éviter la constipation par l'utilisation de laxatifs.

3.4 Les soins locaux

En suites de couches, la cicatrice doit rester propre et sèche ; ainsi, les femmes bénéficient de toilettes périnéales régulières et elles doivent changer leurs garnitures fréquemment.

Au retour à domicile, il faut encourager les femmes à poursuivre les soins locaux elles-mêmes jusqu'à cicatrisation complète.

4. CONSEQUENCES PELVI-PERINEALES DE L'ACCOUCHEMENT [4, 12]

4.1 Troubles fonctionnels transitoires physiologiques du périnée

En temps normal, chez 3 femmes sur 4, la faiblesse du périnée peut entraîner immédiatement après l'accouchement ou dans les jours qui suivent un certain degré de béance vulvaire, des difficultés à arrêter le jet urinaire lors d'une miction, une constipation, déjà fréquente pendant la grossesse. Le périnée normal n'a pas récupéré sa fonction : Cela prendra quelques jours à quelques semaines, au maximum deux mois [13].

4.2 Troubles fonctionnels pathologiques du périnée

On considère que les modifications anatomiques consécutives aux grossesses et aux accouchements sont du domaine du physiologique, tant qu'elles restent silencieuses. Ainsi, le plus souvent, c'est une sommation multifactorielle qui contribue à l'éclosion des troubles fonctionnels et à la transformation d'une situation physiologique en une situation pathologique.

4.2.1 Incontinence urinaire du post-partum [13]

L'incontinence urinaire correspond à une perte involontaire d'urines.

On en distingue 3 types :

- ☐ *Incontinence urinaire d'effort* : fuite involontaire d'urines, non précédée du besoin d'uriner lors d'un effort physique, de la toux ou des éternuements.

- *Incontinence urinaire par impériosité* : fuite involontaire d'urines consistant en un désir soudain impérieux et fréquemment imprévisible d'uriner.
- *Incontinence urinaire mixte* : fuite involontaire d'urines lors des exercices physiques, toux ou éternuements et associée à un besoin impérieux.

4.2.2 Incontinence anale [17]

Elle consiste en l'émission involontaire de gaz et/ou de selles liquides ou solides.

Elle peut être :

- *Passive* : perte de selles non précédée par un besoin de défécation, souvent secondaire à une constipation.
- *Active* : accident d'incontinence survenant après un besoin exonérateur impérieux qui ne peut être différé, souvent associée à une diarrhée.

4.2.3 Troubles sexuels [14]

Suite à l'accouchement, de nombreux changements vont influencer le comportement sexuel des couples : les modifications physiologiques, anatomiques, sexuelles ainsi que l'adaptation à une nouvelle vie de couple, à un nouveau statut de parents.

En effet, les réactions vaso-congestives des grandes et petites lèvres sont retardées ; la lubrification vaginale est plus lente et en quantité réduite ; la distension vaginale est moins rapide et moins importante ; les parois vaginales sont très minces ; la rugosité normale du vagin est absente ; tout cela résultant d'une absence de sécrétion des hormones stéroïdiennes et pouvant être à l'origine de rapports douloureux. De même, la situation abdominale de l'utérus peut rendre la tension sexuelle douloureuse ; la réponse orgasmique se développe moins rapidement et est moins intense.

Le déroulement de l'accouchement, les actes qui ont été pratiqués vont également influencer le comportement sexuel des couples. Ces séquelles immédiates sont : l'asthénie, la cicatrisation de l'épisiotomie ou de la déchirure, les écoulements utéro-vaginaux, qui vont être responsables d'un ajournement des rapports. En effet,

l'épisiotomie peut devenir source d'une peur de la pénétration pouvant parfois aboutir à un vaginisme secondaire.

Ainsi, à 3 mois du post-partum, on peut considérer que tout doit revenir à la normale. En général, le délai moyen à la reprise des rapports sexuels est de 6 semaines après l'accouchement.

4.2.4 Prolapsus génital [6]

Il est la conséquence de la détérioration des structures musculaires et des ligaments appartenant au système de soutènement et de suspension des viscères pelviens.

Tous les organes peuvent être intéressés : vessie (cystocèle), utérus (hystérocèle), urètre (urétrocèle), vagin (colpocèle).

Dans la constitution des prolapsus, on retrouve des facteurs congénitaux comme par exemple une mauvaise qualité des tissus ou une anomalie du cadre osseux et des facteurs acquis comme le traumatisme obstétrical, l'âge, la ménopause qui entraînent un vieillissement des structures musculo-aponévrotiques et ligamentaires.

La surcharge pondérale, l'activité physique inadéquate et certaines professions peuvent aggraver une situation existante ou préexistante.

La symptomatologie du prolapsus est souvent une pesanteur pelvienne augmentée en fin de journée.

On distingue différents degrés dans les prolapsus :

- ☐ *Premier degré* : prolapsus à l'intérieur du vagin ; le traitement est rééducatif.
- ☐ *Deuxième degré* : prolapsus effleure la vulve ; le traitement est dans un premier temps rééducatif, mais en cas d'échec, la chirurgie sera nécessaire.
- ☐ *Troisième degré* : prolapsus extériorisé ; l'indication est chirurgicale.

5. BILAN PRE-REEDUCATIONNEL

5.1 Interrogatoire [15, 2, 21]

Il doit être précis ; au départ, il relève le motif de la consultation mais nous verrons que le motif invoqué n'est pas toujours le signe le plus gênant ; il comprend :

5.1.1 ATCD médicaux

- L'âge (le vieillissement est un facteur de risque)
- L'indice de masse corporelle
- Le mode de vie (sédentaire ou sportif)
- Une pathologie préexistante (diabète, hypertension)
- Une constipation ou une diarrhée chronique
- La prise de médicaments

5.1.2 ATCD gynécologiques et urologiques

- Une intervention chirurgicale abdominale ou pelvienne
- Une malformation congénitale
- Une infection urinaire ou génitale

5.1.3 ATCD obstétricaux

- La date des accouchements antérieurs
- La parité
- Un antécédent de macrosomie
- Une prise de poids excessive pendant la grossesse
- Un ATCD d'accouchement voie basse avec tout traumatisme gynéco-obstétrical (forceps, spatules, périnée cicatriciel)

- La présence d'une incontinence urinaire transitoire
- Une rééducation périnéale antérieure du post-partum

5.1.4 ATCD familiaux

- ATCD familial d'incontinence urinaire ou de prolapsus

5.1.5 Etat actuel

Suite à l'accouchement, on recherche l'apparition :

- D'une incontinence urinaire : il est recommandé ensuite d'évaluer le nombre approximatif de pertes quotidiennes d'urines, d'apprécier la gêne associée, la date et les circonstances d'apparition des troubles.
- D'une incontinence anale aux gaz et/ou aux selles : il faut déterminer sa nature exacte, sa fréquence, les circonstances de survenue et l'utilité ou non de protections.
- De troubles de la sexualité : hyposensibilité périnéale, dyspareunies.
- De douleurs périnéales : douleurs de cicatrice d'épisiotomie ou de déchirure.
- De symptômes de prolapsus : pesanteurs vaginales.

Il faut préciser le retentissement fonctionnel de ces différents symptômes dans la vie quotidienne de la femme.

L'interrogatoire est donc un temps important du bilan permettant d'orienter l'examen clinique, les examens complémentaires, le diagnostic et le traitement.

5.2 Examen clinique [15, 3, 21]

5.2.1 Inspection

Elle permet de noter entre autre l'obésité, facteur aggravant de prolapsus et d'incontinence urinaire ; elle permet aussi d'observer les problèmes de prolapsus qu'il soit spontané ou provoqué par un effort de poussée.

5.2.2 Examens vulvaire, vaginal et anal

Ils apprécient et recherchent :

- Le degré de fermeture de la vulve qui peut être complètement fermée ou présentant une béance modérée ou importante ; de même pour l'anوس
- La trophicité du vagin et de la vulve qui peut être normale ou insuffisante (d'après la qualité des muqueuses)
- L'état de la cicatrice lors de déchirure ou d'épisiotomie qui peut être normale, non cicatrisée, infectée, scléreuse ou déhiscente
- La distance ano-vulvaire qui est largement distendue au cours de l'accouchement mais qui doit avoir retrouvée sa longueur initiale
- Un prolapsus génital ou rectal

5.2.3 Evaluation neuro-musculaire du périnée

Elle recherche une hypoesthésie périnéale en faveur d'une atteinte périphérique du plancher pelvien.

L'examen de référence est le testing musculaire des releveurs de l'anوس.

Il s'agit d'un examen manuel, se réalisant avec 2 doigts intra-vaginaux en crochet autour de la fourchette vulvaire. Il permet d'évaluer la force et l'endurance des muscles du plancher pelvien.

La cotation des muscles releveurs de l'anوس se fait de 0 à 5 :

- 0 : aucune contraction palpable
- 1 : contraction très faible, difficilement perceptible
- 2 : contraction faible mais bien perçue
- 3 : contraction bien perçue mais ne résistant pas à une opposition modérée
- 4 : contraction bien perçue et résistant à une opposition modérée

- 5 : contraction bien perçue et résistant à une opposition forte

La contraction doit pouvoir être tenue avec une force égale pendant 5 secondes ; elle doit pouvoir être répétée avec une même intensité et une bonne tenue, au moins 5 fois de suite.

Cet examen permet également de noter l'existence d'une douleur périnéale ou d'une inversion de commande périnéale ; il a aussi pour but de mettre en évidence les compensations musculaires développées par la patiente lors de l'essai de contraction du plancher périnéal : contraction des adducteurs, des fessiers, des abdominaux qui parasitent ou remplacent indûment la contraction des releveurs.

5.2.4 Toucher rectal

Son objectif est de savoir si le rectum est vide ou s'il contient des matières abondantes, voire un fécalome ; cette notion permet de préciser le mécanisme d'une éventuelle incontinence anale et si c'est le cas, s'il s'agit d'une incontinence par regorgement (c'est alors la constipation qui sera prise en charge) ou d'une incontinence anale par incompétence sphinctérienne.

Il renseigne sur le tonus, la commande et le testing du sphincter externe de l'anus (coté de 0 à 3).

5.3 Examens complémentaires

5.3.1 En cas d'incontinence urinaire [2, 21, 10]

Le questionnaire de symptômes urinaires, le catalogue mictionnel (évaluation du volume mictionnel et de la fréquence des fuites), le questionnaire de qualité de vie et le pad-test (pesée de la protection) sont des méthodes qui permettent d'évaluer la sévérité de l'incontinence urinaire.

Le test à la toux permet d'objectiver l'incontinence urinaire d'effort.

La réalisation d'un bilan urodynamique n'est pas associée à de meilleurs résultats dans le traitement conservateur de l'incontinence urinaire ; il n'est donc pas utile de le

prescrire avant de proposer un traitement par rééducation périnéale. Cependant, il est recommandé avant toute décision de procédure chirurgicale.

Le bilan urodynamique comporte 3 grands examens :

☐ *Débitmétrie*

Il s'agit de mesurer le volume d'urines émises spontanément par unité de temps, par l'intermédiaire d'un débitmètre. Après la miction, un sondage vésical est effectué, afin de mesurer un éventuel résidu post-mictionnel.

Elle permet l'étude du volume mictionnel, de la durée de la miction, du débit maximum et du débit moyen.

Les anomalies possibles sont une absence de miction, plusieurs jets mictionnels, un débit maximum ou moyen trop faible et un volume résiduel post-mictionnel très important ; ces anomalies doivent faire rechercher un défaut de contraction du détrusor (muscle vésical).

☐ *Cystomanométrie et électromyogramme*

La cystomanométrie étudie le comportement vésical lors de la phase de remplissage ; elle permet de dépister les dysfonctionnements vésico-urétraux. Simultanément, l'électromyogramme permet de voir l'activité ou non du périnée lors du remplissage de la vessie.

On mesure et on évalue la capacité vésicale maximale, la stabilité vésicale pendant le remplissage, le tonus de base vésical, la compliance vésicale, l'obtention d'une miction par contraction vésicale et l'activité périnéale.

Les anomalies possibles sont une contraction vésicale désinhibée, une capacité vésicale maximale faible, une compliance vésicale anormale, pas de modification de l'électromyogramme pendant le remplissage, pas de relâchement pendant la miction, une absence de miction et un trouble de la sensibilité vésicale.

☐ *Sphinctérométrie*

Elle donne la mesure des pressions urétrales et explore les mécanismes de clôture vésico-urétraux. On peut étudier le profil statique (au repos) et le profil dynamique (à la toux, en retenu, en poussée).

Elle met en évidence les défauts de transmission vésico-urétraux et une hypotonie ou une hypertonie vésicale.

Ainsi, la combinaison de l'examen clinique et du bilan uro-dynamique permet de décider des éventuels examens complémentaires nécessaires ; ils ne sont pas systématiques :

- Examens biologiques et bactériologiques : prélèvements cervico-vaginaux et examen cytot bactériologique des urines avec recherche de Chlamydiae s'il existe des cystalgies, une dysurie ou d'autres troubles mictionnels.
- Cystoscopie
- Examens radiologiques, urographie intra-veineuse, cystographie permictionnelle, colpocystogramme.

5.3.2 En cas d'incontinence anale [16]

Les différents examens sont :

☐ *La manométrie anorectale (MAR)*

Elle correspond à une sonde, à ballonnets ou à cathéters perfusés, qui enregistre les pressions du canal anal. Elle mesure la pression intra-canalale basale, la longueur du canal anal, l'amplitude et la durée de la contraction volontaire, les caractères du réflexe recto-anal inhibiteur, le volume de la première sensation rectale et le volume maximum tolérable.

C'est un examen indolore, qui précise les mécanismes responsables de l'incontinence anale. Il oriente vers un mécanisme préférentiel de l'incontinence (trouble de la fonction musculaire prédominant sur le sphincter interne et/ou externe ; trouble de la

sensibilité ou du volume rectal). Son caractère reproductible permet d'évaluer l'évolution après traitement.

□ *L'échographie endo-anale (EEA)*

L'EEA permet d'objectiver les lésions des sphincters interne et externe de l'anus, de les localiser sur la circonférence anale, d'apprécier leur étendue et leur caractère unique ou multiple.

Cet examen indolore objective la qualité d'une réparation chirurgicale.

□ *Les tests électrophysiologiques périnéaux*

Leur objectif est de diagnostiquer une neuropathie pudendale (atteinte neurologique périnéale soit centrale, soit plexique).

Ils ne sont pas indispensables dans la prise en charge thérapeutique initiale des patients souffrant d'incontinence anale, en particulier avant de prescrire une rééducation périnéale ; par contre, il paraît licite d'effectuer ces tests, en cas d'échec de la rééducation notamment, avant un geste chirurgical.

Ces tests présentent deux intérêts majeurs :

- Tests à visée diagnostique permettant de démontrer l'existence d'une anomalie neurologique
- Tests à visée pronostique permettant de préciser le stade évolutif d'une pathologie neurologique périphérique

□ *La défécographie*

Elle identifie les troubles de la statique rectale et donne une représentation objective d'une éventuelle descente périnéale associée à l'incontinence anale. La descente périnéale n'est pas spécifique de l'incontinence anale, mais doit inciter à rechercher une neuropathie pudendale associée.

6. LES DIFFERENTES METHODES DE REEDUCATION PERINEALE [7, 8, 15]

La rééducation périnéale se définit comme un ensemble de techniques non chirurgicales et non pharmacologiques visant à traiter et prévenir les troubles de la statique pelvienne ainsi que les dysfonctionnements pelviens urinaires, digestifs ou sexuels.

Ses indications sont classées en 2 groupes :

- Indications thérapeutiques

- Incontinence urinaire pendant la grossesse ou après l'accouchement
- Incontinence fécale (gaz, selles) dans le post-partum
- Hypotonie musculaire périnéale : testing ≤ 3
- Inversion de commande périnéale
- Hypoesthésie ou douleur à la reprise des rapports sexuels
- Douleurs périnéales en dehors des rapports sexuels (cicatrice d'épisiotomie)

- Indications préventives

- Grossesse gémellaire
- Déchirure périnéo-sphinctérienne lors de l'accouchement
- Accouchement par forceps
- Accouchement d'un enfant pesant plus de 4Kg

La rééducation périnéale débute par une prise de conscience du périnée lui-même et de son schéma corporel, à l'aide de mots et de schémas simples nécessaires à la compréhension de la patiente.

Il existe 3 grandes techniques de rééducation périnéale :

☐ *La rééducation dite manuelle*

Il s'agit d'une méthode d'autorééducation. Lors des premières séances, elle permet de mieux localiser la zone sur laquelle doit porter l'effort et de tonifier le périnée. Le praticien procède à un toucher vaginal au cours duquel il faut contracter les muscles en réponse aux pressions qu'il exerce.

☐ *L'électrostimulation*

C'est une technique de stimulation électrique qui aide à la prise de conscience de la contraction du périnée. Concrètement, il s'agit d'introduire une sonde dans le vagin qui envoie un faible courant pour provoquer les contractions. Avec cette méthode, la patiente "subit", ressent, sans rien contrôler. On peut tout de même ressentir des petits picotements désagréables qui ne doivent en aucun cas être douloureux.

☐ *Le biofeedback*

Cette méthode se réalise aussi avec l'électrostimulation. La sonde, placée dans le vagin, stimule le muscle par un courant de basse fréquence. En retour, il faut contracter de façon volontaire le périnée. Cette contraction provoquera sur la machine reliée à la sonde, un effet visuel ou auditif (selon les appareils) et indiquera l'intensité de la contraction.

Ainsi, la rééducation périnéale peut être pratiquée à partir de 2 mois suivant l'accouchement ; On prescrit 10 séances au rythme de 1 à 2 séances de 30 minutes par semaine.

A l'issue de cette série, si aucune amélioration clinique n'est notée, il convient de s'interroger sur le bien-fondé de la poursuite de la rééducation. Si l'amélioration est insuffisante, une prolongation du traitement est possible (10 à 15 séances). Si l'amélioration est satisfaisante ou suffisante alors la rééducation peut être interrompue.

A noter, qu'auparavant, on conseillait de réaliser un exercice périnéal : « le pipi stop », qui consiste en une contraction du périnée pendant la miction, afin d'arrêter le jet

mictionnel ; il a été démontré depuis qu'il ne fallait pas le réaliser ; en effet, celui-ci fragilise le périnée et le rend plus vulnérable aux infections.

Pour conclure cette première partie [18], on peut dire que les lésions périnéales post-obstétricales ne sont que potentielles, en considérant un point de vue individuel. A l'échelle d'une population, elles sont cependant bien réelles. Elles sont responsables de troubles fonctionnels peu compatibles avec les exigences sociales modernes. Dans ces conditions, il est du devoir des professionnels de la naissance d'étudier et de proposer des mesures efficaces pour les prévenir ou les guérir. Prenons l'exemple de la césarienne qui comporte cependant des risques : augmentation des hystérectomies du post-partum, adhérences, iléus paralytique, malpositions du placenta lors des grossesses ultérieures, risque accru de syndrome de détresse respiratoire du nouveau-né mais aussi récupération plus longue. Une césarienne programmée doit donc être envisagée si la femme présente un risque accru d'atteinte fonctionnelle du plancher pelvien. Elle doit être discutée chez les femmes qui ont été opérées avec succès pour une incontinence anale, une incontinence urinaire ou pour un prolapsus ou qui présente une incontinence anale préexistante. Ainsi, pour ceux qui restent persuadés que l'accouchement naturel doit être préservé, il convient donc de se mobiliser.

METHODOLOGIE

1/ Les objectifs de l'étude

Le but de cette étude est de :

- Montrer l'ampleur des conséquences du périnée complet et complet compliqué
- Mettre en évidence l'altération possible des fonctions anale et urinaire
- Evoquer l'impact social
- Mettre en place des protocoles et des recommandations
- Informer les professionnels de santé concernés

2/ La méthode utilisée

Il s'agit d'une enquête par questionnaire, prospective et unicentrique. L'envoi des questionnaires s'est effectué du 28 mars au 1^{er} avril 2011 et leur récupération du 12 mai au 22 juillet 2011.

3/ La population concernée

Le questionnaire a été distribué aux patientes touchées par un périnée complet ou complet compliqué entre 2005 et 2011 ; Il ne faut pas remonter trop loin dans le temps car notre étude ne porte pas sur les conséquences à long terme ; de plus, la prise en charge aurait trop évolué.

4/ L'envoi des questionnaires

Il s'agit d'une étude unicentrique au Centre Hospitalier Universitaire Charles Nicolle de Rouen.

5/ La réception des questionnaires

Sur 78 questionnaires envoyés, 28 ont été récupérés. Ils ont tous été exploitables. Notre étude a donc porté sur 28 questionnaires. Le taux de retour est de 35,9%.

6/ Les paramètres étudiés (voir annexe V)

Le questionnaire comprend 39 questions portant sur :

- Le profil de la patiente
- La pratique de la rééducation périnéale
- L'incontinence anale
- L'incontinence urinaire
- Les douleurs périnéales
- Les dyspareunies
- La vie sociale
- La relation avec le conjoint

Sur ces 39 questions (Annexe V), 21 sont à choix multiples, 17 sont à choix linéaires (oui/non) et 1 question est ouverte. Certaines questions permettent un complément d'information (« précisez »).

Ce questionnaire se divise en deux parties :

- La première partie comprend 6 questions portant sur le profil de la patiente (âge, poids, taille et déroulement de l'accouchement concerné et des éventuels autres accouchements) et sur la pratique de la rééducation périnéale.
- La deuxième partie concerne les conséquences du périnée complet ou complet compliqué. Les questions 7 à 18 renseignent sur l'existence d'une incontinence anale. Les questions 19 à 27 portent sur l'apparition d'une incontinence urinaire. Les questions 28 à 35 ont pour sujet les douleurs périnéales. Les questions 36 et 37 concernent les dyspareunies et, enfin, les 2 dernières questions ont pour objet le regard des autres.

7/ Analyse statistique

Pour exploiter les données du questionnaire, elles ont toutes été saisies dans le logiciel EXCEL de microsoft. Les différents tests statistiques utilisés pour l'analyse comparative de nos résultats sont les tests du Chi 2, de Fischer et de Mann & Whitney. Le seuil de significativité a été retenu pour $p < 0,05$.

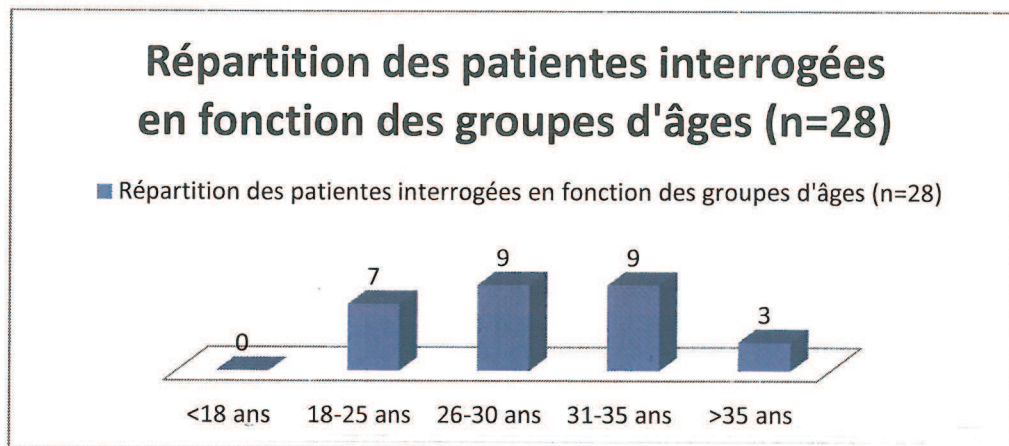
RESULTATS DE L'ENQUETE

La première partie expose les résultats bruts des questionnaires et des dossiers, quant à la deuxième, elle présente certains résultats croisés qui nous semblent intéressants de développer.

Première partie

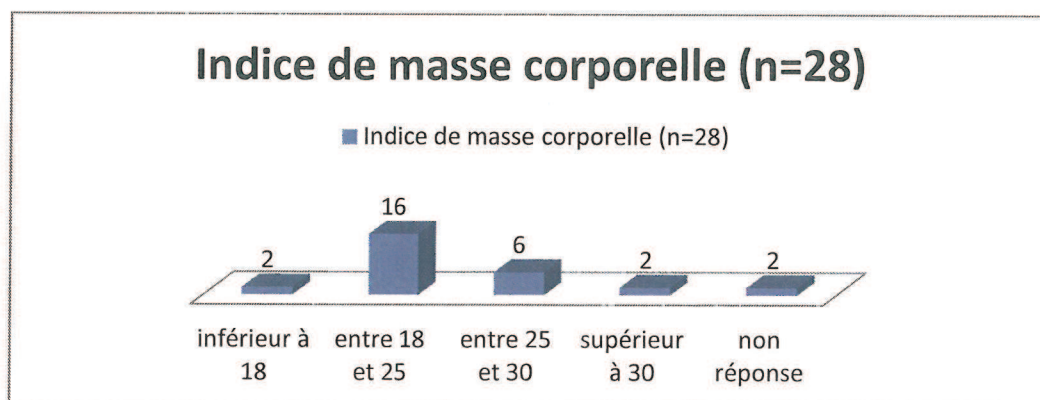
I/ Profil des patientes

1) Age des patientes



Nous constatons une augmentation progressive du nombre de périnée complets et/ou compliqués avec l'âge jusqu'à 35 ans ; ensuite, une forte diminution apparaît. L'âge minimum étant de 20 ans, le maximum de 42 ans. La moyenne est de 29,6 ans.

2) Indice de masse corporelle des patientes



61,5 % de notre population possède un indice de masse corporelle normal se situant entre 18 et 25, soit l'équivalent de 16 patientes sur 28. L'IMC minimal est de 17,9, soit

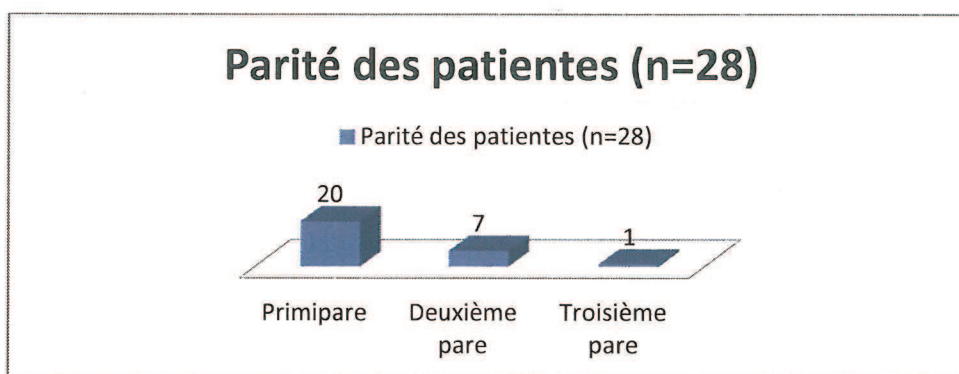
de poids insuffisant et l'IMC maximal est de 37, soit en état d'obésité morbide. La moyenne est égale à 23,9. 2 patientes n'ont pas répondu.

3) Dissociation périnée complet et/ou compliqué

Sur les 28 patientes interrogées, seule 1 patiente présente un périnée complet compliqué. Les autres présentent un périnée complet.

Il s'avère donc impossible de réaliser une étude comparative.

4) Parité des patientes

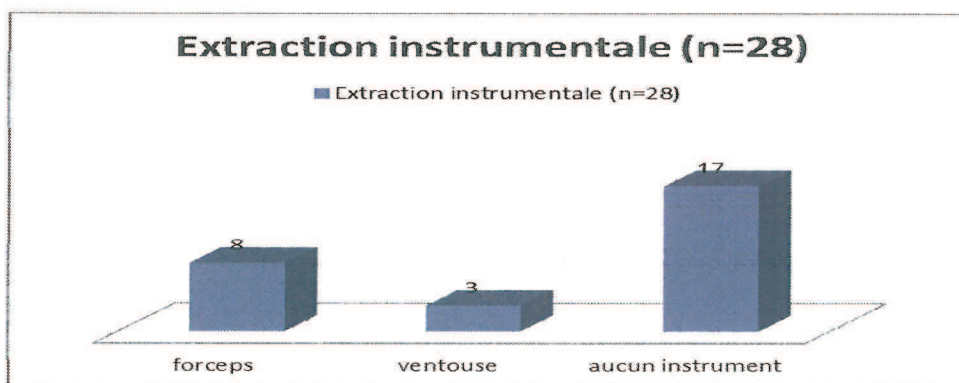


71, 4% des patientes sont des primipares, soit 20 patientes sur 28 ; 25% sont des deuxième pares, soit 7 patientes sur 28 et 3,6% sont des troisième pares soit 1 patiente sur 28.

5) Réalisation d'une épisiotomie

18 cas sur 28 ont nécessité la réalisation d'une épisiotomie, soit 64% des patientes.

6) Utilisation de forceps ou d'une ventouse



60,7% des accouchements n'ont pas nécessité d'extraction instrumentale, soit 17 patientes sur 28 ; 28,6% des expulsions ont nécessité un forceps, soit 8 patientes sur 28 et 10,7% ont nécessité une ventouse, soit 3 patientes sur 28.

7) Suivi d'un régime alimentaire particulier en post-partum

64% des patientes ont suivi un régime alimentaire particulier à la suite de leur périnée complet et/ou compliqué, soit 18 patientes sur 28.

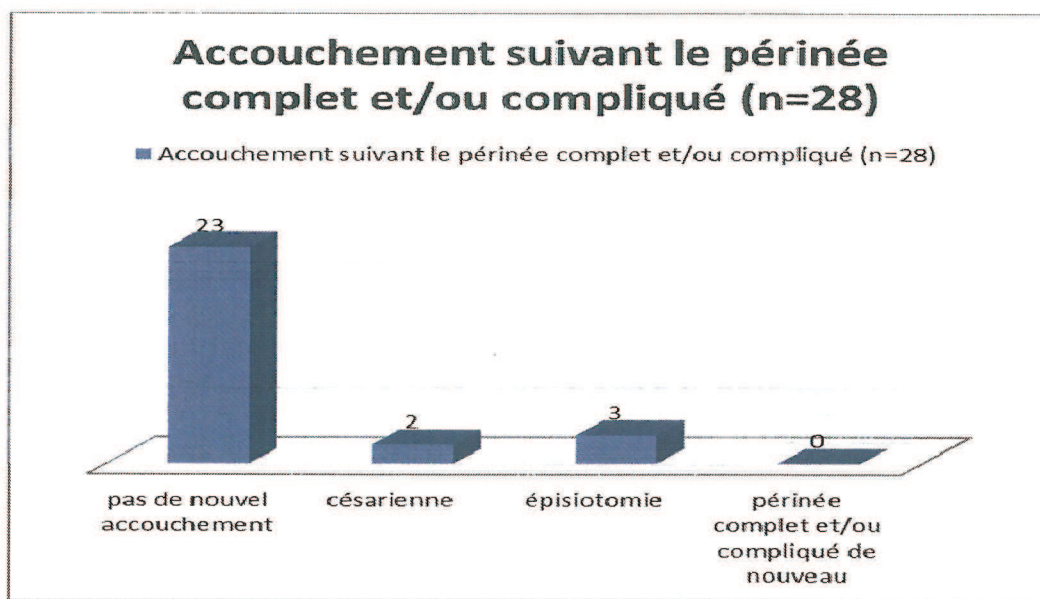
8) Choix du régime

La répartition des différents régimes parmi les 18 patientes ayant effectuée un régime est la suivante : 9 ont bénéficié d'un régime sans résidu, soit 64,3%. 2 un régime sans fibre, soit 14,3%. 1 un régime sans sel, soit 7,1%. 1 un régime sans matières grasses et 1 un régime sans féculents. 4 patientes n'ont pas précisé leur type de régime.

9) Durée du régime

Les résultats sont très variés ; on constate tout de même une prédominance de patientes ayant suivi leur régime pendant moins de 15 jours : 8 patientes sur 18, soit 47,1% des patientes. Sinon, 3 patientes ont poursuivi leur régime entre 15 et 29 jours, soit 17,6%. De même que 3 patientes l'ont poursuivi 30 jours. 2 patientes l'ont suivi pendant 60 jours, soit 11,8%. 1 patiente l'a suivi pendant 90 jours, soit 5,9%. 1 patiente n'a pas précisé.

10) Déroulement des éventuels accouchements suivants



82,2 % des patientes n'ont pas accouché depuis leur périnée complet et/ou compliqué, soit 23 patientes sur 28. Ainsi, parmi les 17,8% des patientes qui ont accouché de nouveau depuis leur périnée complet et/ou compliqué, 10,7% ont bénéficié d'une épisiotomie, soit 3 patientes sur 5 et 7,1% ont subi une césarienne, soit 2 patientes sur 5. Les indications retrouvées pour les césariennes sont l'hématome rétro placentaire pour l'une et l'antécédent de périnée complet pour l'autre.

II/ REEDUCATION PERINEALE

1) Réalisation d'une rééducation périnéale

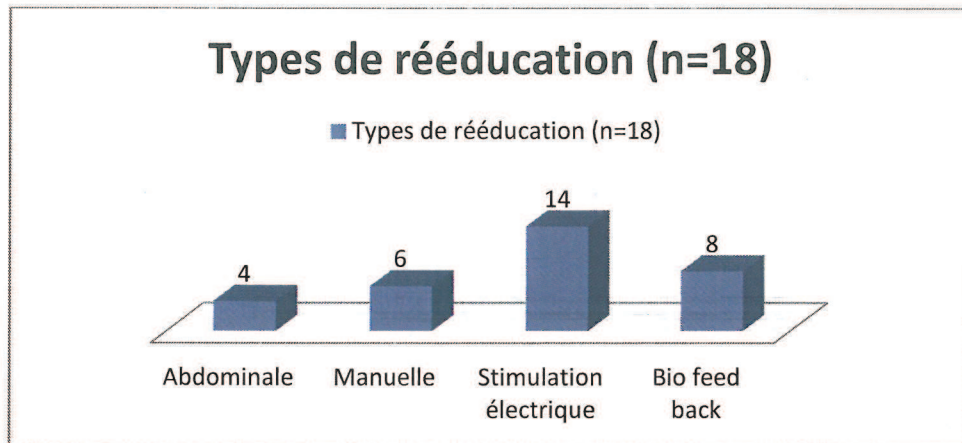
64% des patientes ont effectué une rééducation périnéale, soit 18 patientes sur 28.

2) Choix du professionnel

Sur les 18 patientes ayant bénéficié d'une rééducation périnéale, 16 l'ont faite faire par un kinésithérapeute, soit 88,9% des patientes et 2 par une sage-femme, soit 11,1%.

3) Types d'exercices

C'est une question à choix multiple, ce qui explique le fait qu'il y ait 32 réponses pour 18 patientes. En effet, certaines patientes ont associé plusieurs types de rééducation.



On note une prédominance de l'usage de la rééducation périnéale par stimulation électrique : 14 patientes sur 18, soit 78% des patientes.

III/ INCONTINENCE ANALE

1) Existence de fuites anales

10 patientes sur 28 présentent des fuites anales suite à un périnée complet et/ou compliqué, soit 36% des patientes.

2) Fuites de selles solides

8 patientes sur 10 n'ont jamais eu de fuites de selles solides, ce qui représente 80% des femmes interrogées.

3) Fuites de selles liquides

La fréquence des fuites de selles liquides est répartie de la manière suivante : 3 patientes sur 10 n'en ont jamais eu, soit 30% des patientes ; 3 patientes en ont moins d'une fois par mois, soit 30% également ; 2 patientes en ont plusieurs fois par mois mais moins d'une fois par semaine, soit 20% ; de même que 2 patientes en ont tous les jours.

4) Fuites de gaz

Concernant les fuites de gaz, 6 patientes sur 10 en ont tous les jours, soit 60% des patientes. 1 patiente en a au moins une fois par semaine, soit 10% des patientes. 3 patientes sur 10 en ont plusieurs fois par mois mais moins d'une fois par semaine, soit 30% des patientes.

5) Impériosité

4 patientes sur 10 ressentent une impériosité tous les jours, soit 40% des patientes. 3 patientes la ressentent plusieurs fois par mois mais moins d'une fois par semaine, soit 30%. Sur les 3 patientes restantes, 1 ressent une impériosité au moins une fois par semaine, 1 moins d'une fois par mois et la dernière jamais.

6) Prise d'un traitement pour constiper

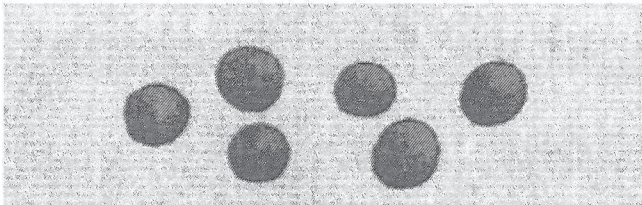
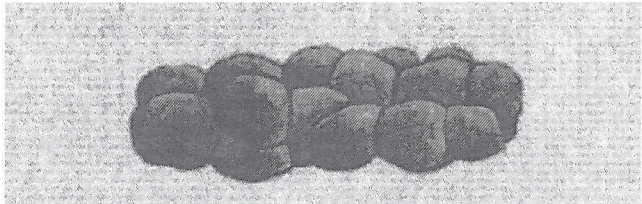


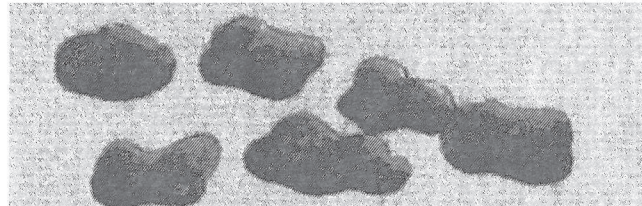
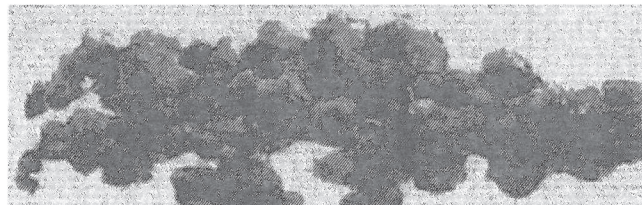
Aucune patiente ne prend de traitement pour se constiper.

7) Prise d'un traitement laxatif

10% des patientes prennent un traitement laxatif, soit 1 patiente sur 10.

8) Consistance habituelle des selles

La répartition de la consistance habituelle des selles est la suivante (selon l'échelle de Bristol) :

Type de selles	Représentation	Nombre de patientes
Selles dures en forme de billes détachées		0
Selles en forme de billes collées		1
Selles en forme de boudin, structure friable		4
Selles en forme de boudin, structure douce et lisse		2
Selles molles avec contours clairement tranchés		1
Selles molles à très molles avec contours imprécis		2
Selles aqueuses sans structure	Entièrement liquide	0

9) Obligation de se garnir

8 patientes sur 10 n'ont jamais eu besoin de se garnir, soit 80% des patientes. Sur les 2 dernières patientes, 1 patiente s'est garnie moins d'une fois par mois et l'autre tous les jours.

10) Moment de cette obligation

Sur les 2 patientes ayant besoin de se garnir, 1 patiente a ce besoin de jour comme de nuit, l'autre patiente n'a pas répondu.

11) Impossibilité de sortir

80% des patientes ont été dans l'impossibilité de sortir très souvent, soit 8 patientes sur 10.

12) Répercussions sur la vie quotidienne

70% des patientes constatent des répercussions sur leur vie quotidienne, soit 7 patientes sur 10.

13) Consultation d'un professionnel au sujet de ces fuites

60% des patientes n'ont pas consulté de professionnel, soit 6 patientes sur 10.

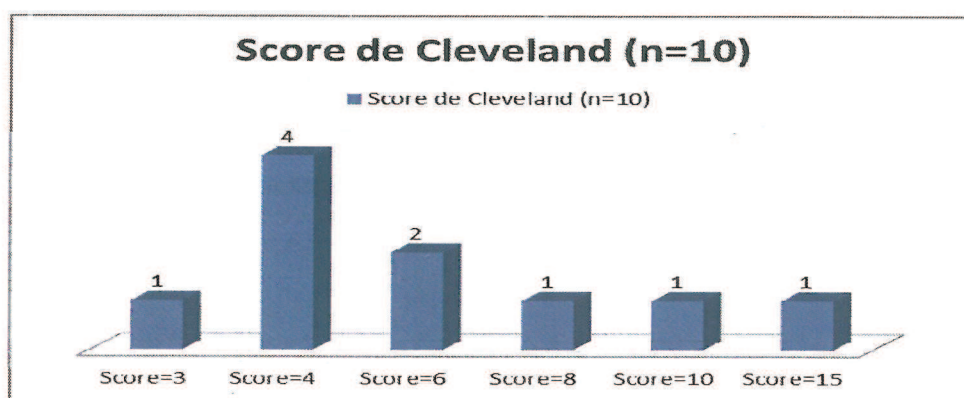
14) Choix du professionnel

Sur les 4 patientes ayant consultées un professionnel, 3 sont allées voir un gynécologue, soit 75% des patientes et la dernière est allée voir son médecin traitant.

Grâce aux données obtenues précédemment, on en déduit un score de continence fécale : le Score de Cleveland

	jamaïs	1/mois	1/ semaine	>1/ semaine	Ts les jrs
Pertes de selles solides	0	1	2	3	4
Pertes de selles liquides	0	1	2	3	4
Pertes de gaz	0	1	2	3	4
Port de garniture	0	1	2	3	4
Retentissement sur la vie sociale	0	1	2	3	4

Celui-ci s'obtient en additionnant les points obtenus en réponse aux questions 8, 9, 10, 15 et 17. Les notes de 0 à 20 correspondent respectivement à une continence normale et à une incontinence anale maximale. Les scores supérieurs à 10 indiquent des incontinenances anales sévères.



2 patientes sur 10 ont un score de Cleveland supérieur ou égal à 10, soit 20% des patientes ont une incontinence anale sévère.

IV/ INCONTINENCE URINAIRE

1) Existence de fuites urinaires

43% des patientes présentent des fuites urinaires, soit 12 patientes sur 28.

2) Survenue de ces fuites

10 patientes sur 12 présentent une incontinence urinaire d'effort, soit 83,3% des patientes. 1 patiente présente une incontinence urinaire par impériosité et 1 patiente une incontinence mixte.

3) Position d'apparition de ces fuites

9 patientes sur 12 ont des fuites urinaires en position debout, soit 75% des patientes. Les 3 autres patientes ont des fuites apparaissant en position debout et en position couchée, soit 25% des patientes.

4) Fréquence de ces fuites

5 patientes sur 12 présentent des fuites plusieurs fois par jour, soit 41,7% des patientes. 4 patientes sur 12 ont des fuites moins d'une fois par semaine, soit 33,3% des patientes. 2 autres patientes les ont une fois par jour et la dernière les a une fois par semaine.

5) Moment d'apparition de ces fuites

11 patientes sur 12 ont des fuites qui apparaissent plutôt le jour, soit 91,7% des patientes.

6) Connaissance du « pipi-stop »

75% des patientes ont été informées de l'existence du « pipi-stop », soit 9 patientes sur 12.

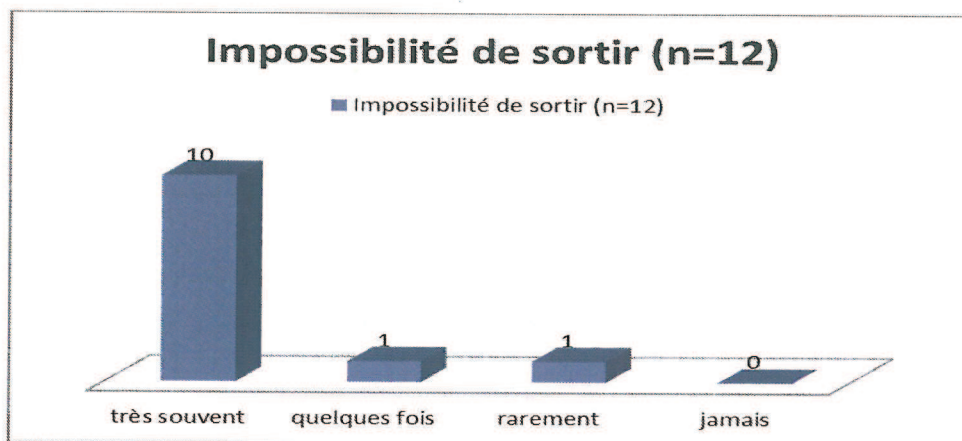
7) Réalisation de cet exercice

On constate que 67% des patientes réalisent cet exercice, soit 6 patientes sur 9.

8) Répercussions sur la vie quotidienne

42% des patientes constatent des répercussions sur leur vie quotidienne, soit 5 patientes sur 12.

9) Impossibilité de sortir



10 patientes sur 12 ont été dans l'impossibilité de sortir très souvent, soit 83,3% des patientes.

10) Consultation d'un professionnel au sujet de ces fuites

17% des patientes ont consulté au sujet de ces fuites, soit 2 patientes sur 12.

11) Choix du professionnel

Sur les 2 patientes ayant consulté un professionnel, 1 a consulté son médecin traitant et l'autre a consulté son gynécologue.

V/ DOULEURS PERINEALES

1) Existence de douleurs périnéales

25% des patientes se plaignent de douleurs périnéales, soit 7 patientes sur 28.

Sur ces 7 patientes, 6 ont eu une épisiotomie.

2) Augmentation de la douleur

C'est une question à choix multiple, ce qui explique le fait qu'il y ait 8 réponses pour 7 patientes. Ainsi, 3 patientes sur 7 notent une augmentation de la douleur après la défécation, soit 42,8% des patientes. 2 patientes sur 7 considèrent qu'elle augmente en marchant, soit 28,6% des patientes. 2 patientes sur 7 ont exprimé d'autres causes : l'une au moment des règles et l'autre lors du port d'un pantalon trop serré.

3) Position de soulagement

5 patientes sur 7 considèrent la position assise comme soulageant la douleur, soit 71,4% des patientes. 1 patiente est soulagée en position debout et 1 patiente ne s'est pas prononcée.

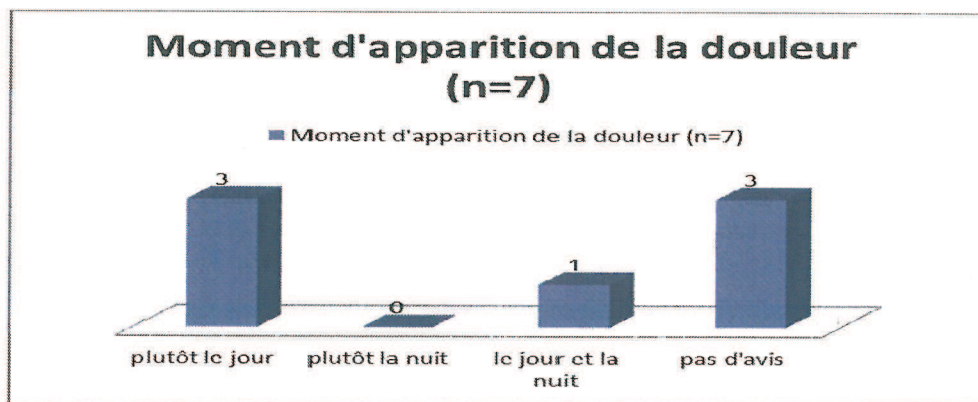
4) Intensité de la douleur

Les résultats sont mitigés : 2 patientes sur 7 considèrent leur douleur comme étant légère, soit 28,6% des patientes. 2 autres la considèrent comme modérée. Et encore 2 autres comme étant intense. 1 patiente considère sa douleur comme insupportable.

5) Localisation de la douleur

Seule 1 patiente sur 7 localise sa douleur plutôt à droite, soit 14,3% des patientes. De même, 1 patiente sur 7 localise sa douleur plutôt à gauche. 5 patientes ne se sont pas prononcées, soit 71,4% des patientes.

6) Moment d'apparition de la douleur



3 patientes sur 7 ont l'impression que leur douleur apparaît plutôt le jour, soit 42,8% des patientes. 1 patiente plutôt la nuit. 3 patientes ne se sont pas prononcées, soit 42,8% des patientes.

7) Permanence de la douleur

4 patientes sur 7 considèrent leur douleur comme étant intermittente, soit 57,1% des patientes. 3 patientes sur 7 ne se sont pas prononcées, soit 42,8% des patientes.

8) Aggravation de la douleur par le port de sous-vêtements

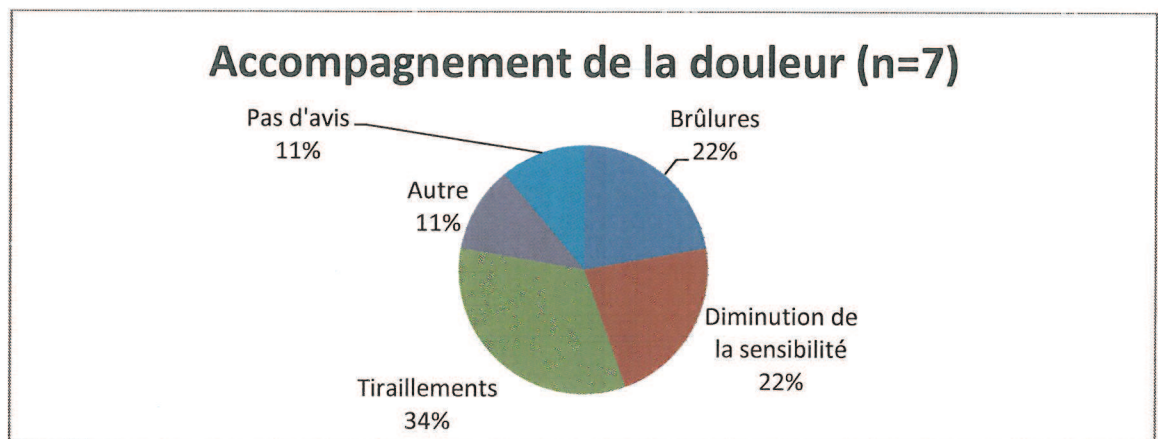
29% des patientes notent une aggravation de leur douleur par le port de sous-vêtements, soit 2 patientes sur 7.

Les symptômes de douleurs périnéales, évoqués ci-dessus, ne traduisent pas une origine neurologique de la douleur, à type de neuropathie pudendale ou neuropathie d'étirement ; en effet, on constate, pour la majorité de notre population, une absence de latéralité, un soulagement en position assise et une absence d'aggravation de la douleur par le port de sous-vêtements. De plus, on note que, parmi les 7 patientes présentant des douleurs périnéales, 6 ont eu une épisiotomie.

9) Accompagnement de la douleur

C'est une question à choix multiple, ce qui explique le fait qu'il y ait 8 réponses pour 7 patientes. De plus, une patiente ne s'est pas prononcée.

Ainsi, Les différentes sensations accompagnant leur douleur sont les suivantes :



Les résultats sont variables ; la patiente, qui a choisi « autre », n'a pas précisé.

10) Prise d'antalgiques

43% des patientes prennent des antalgiques, soit 3 patientes sur 7.

11) Efficacité du traitement antalgique

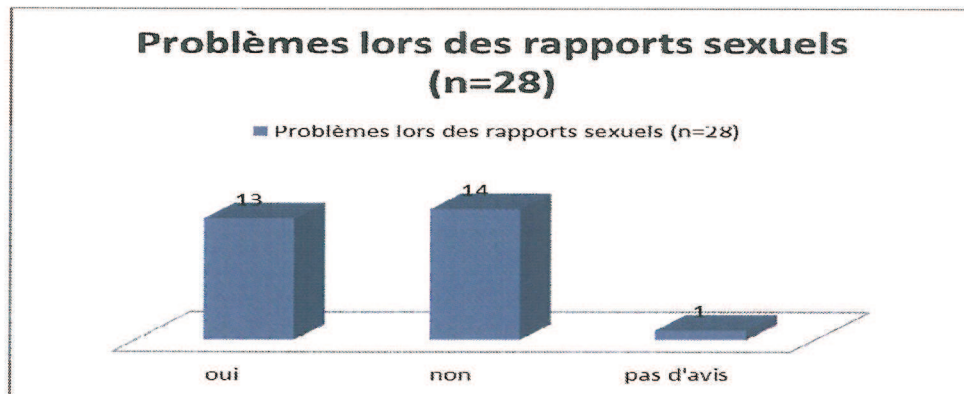
Parmi les 3 patientes prenant des antalgiques, 1 patiente trouve le traitement efficace, 1 autre le trouve peu efficace et la dernière le trouve inefficace.

12) Poursuite du traitement actuellement

Aucune patiente ne poursuit son traitement antalgique.

VI/ DYSPAREUNIES

1) Problèmes lors des rapports sexuels



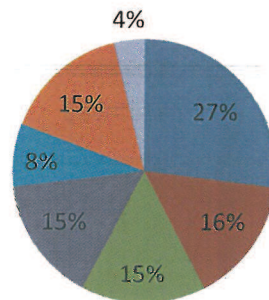
46,4% des patientes confirment leurs problèmes lors des rapports sexuels, soit 13 patientes sur 28. 1 patiente ne s'est pas prononcée.

2) Causes de ces problèmes

C'est une question à choix multiple, ce qui explique le fait qu'il y ait 26 réponses pour 13 patientes. Les résultats sont très partagés.

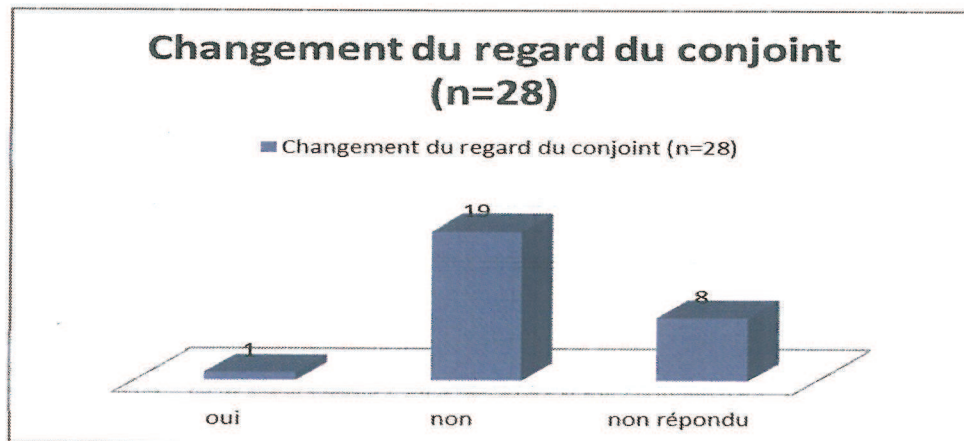
Causes de ces problèmes (n=13)

- Douleur de la cicatrice
- Sécheresse vaginale
- Gêne physique lors des rapports
- Douleur dans le bas ventre pendant ou après le rapport
- Aspect extérieur de la vulve
- Peur d'une réouverture de la cicatrice
- Trouble de la continence urinaire



VII/ RELATION AVEC LE CONJOINT

1) Changement du regard du conjoint



19 patientes sur 28 considèrent que le regard de leur conjoint n'a pas changé, soit 67,8% des patientes. 8 patientes sur 28 n'ont pas répondu, soit 28,6% des patientes.

2) Préjudice au couple

21 patientes sur 28 considèrent qu'il n'y a pas eu préjudice à leur couple, soit 75% des patientes. 7 patientes sur 28 n'ont pas répondu, soit 25% des patientes.

Deuxième partie

Deux comparaisons ont pu être réalisées dans notre population d'étude : Une première comparaison effectuée entre patientes présentant une incontinence anale (n=10) et patientes n'en présentant pas (n=18) et une deuxième comparaison entre patientes ayant une incontinence urinaire (n=12) et patientes n'en ayant pas (n=16). Le but est de mettre en évidence des facteurs de risques potentiels d'incontinences anale et/ou urinaire.

I/ Première comparaison

	Groupe A (incontinence anale)	Groupe B (pas d'incontinence anale)	P (significatif si p<0,05)
Age (années)	29,7±1,6	29,6±1,6	0,96
IMC (Kg/m ²)	21,4±0,7	25,4±0,7	0,02
Primiparité	1,3±0,1	1,3±0,1	0,97
Pas d'instrument (%)	40	50	0,4
Forceps (%)	90	10	0,99
Ventouse (%)	50	33	0,44
Épisiotomie (%)	90	50	0,04
Incontinence urinaire (%)	60	33	0,24
Poids du nouveau-né (g)	3403±92	3429±92	0,66
Délais depuis l'accouchement (mois)	42,6±6,7	36,2±6,7	0,47
Rééducation (%)	80	56	0,24

On constate que deux facteurs sont significatifs entre les groupes A et B : l'indice de masse corporelle (IMC) et l'épisiotomie.

En effet, on note que les patientes, présentant une incontinence anale, ont, en moyenne, un IMC normal tandis que les patientes, sans incontinence anale, sont, en moyenne, en surpoids.

Concernant l'épisiotomie, on remarque que 90% des patientes, qui se plaignent d'une incontinence anale, ont eu une épisiotomie.

La majorité des autres résultats ne sont pas significatifs probablement du fait d'une population trop petite.

II/ Deuxième comparaison

	Groupe A (incontinence urinaire)	Groupe B (pas d'incontinence urinaire)	P (significatif si $p < 0,05$)
Age (années)	30,4±1,7	29,1±1,7	0,69
IMC (Kg/m ²)	24±1,5	23,8±1,5	0,79
Primiparité	1,3±0,2	1,3±0,2	0,84
Pas d'instrument (%)	25	31	0,99
Forceps (%)	92	88	0,99
Ventouse (%)	33	44	0,7
Épisiotomie (%)	75	56	0,43
Incontinence anale (%)	50	25	0,24
Poids du nouveau-né (g)	3476±135	3377±135	0,71
Délais depuis l'accouchement (mois)	44,5±4,9	33,9±4,9	0,09
Rééducation périnéale (%)	83	50	0,11

Aucun des résultats n'est significatif entre les deux groupes ; cela est sûrement dû à une population trop faible.

DISCUSSION

Cette enquête avait pour but de faire un état des lieux des conséquences du périnée complet et/ou compliqué sur la population du Centre Hospitalier Universitaire Charles Nicolle de Rouen, depuis 2005, d'évaluer leur prise en charge et également de définir certains besoins dans le but d'améliorer le suivi de ces femmes à la sortie de la maternité.

I/ Profil de notre population

Au Centre Hospitalier Universitaire Charles Nicolle de Rouen, on réalise, en moyenne, 2800 accouchements par an ; ainsi, notre population se calcule sur 6 ans ce qui nous donne un total de 16800 accouchements ; Parmi ces derniers, on a compté 78 périnées complètes et/ou compliquées, soit un pourcentage de 0,46%. Ce chiffre est bien en accord avec la littérature qui annonce que 0,5 à 1% des accouchements voie basse se compliquent de déchirures du 3^{ème} ou du 4^{ème} degré, au moment de l'expulsion [31, 23, 25, 28].

Selon plusieurs études [32, 33, 34, 35], le degré de la déchirure est proportionnel à l'âge : plus la patiente est âgée, plus le risque de déchirure grave est augmenté. Dans notre population, on constate également une augmentation du nombre de périnées complètes et/ou compliquées avec l'âge, avec une chute de la courbe après 35 ans ; ce phénomène s'explique par le fait que la plupart des patientes sont des primipares et qu'à partir de 35 ans, le nombre de primipares diminue considérablement.

De même, selon certaines de ces études [32, 35], plus la patiente présente une surcharge pondérale importante, plus le risque de lésion de haut grade augmente. Ainsi, dans notre population, on note que 6 patientes sur 28 sont en surpoids, soit 21,4% des patientes.

Par contre, selon notre étude, les patientes en surpoids ont moins de risque de présenter une incontinence anale, en comparaison avec les patientes ayant un IMC normal.

La littérature actuelle considère la primiparité comme étant un facteur de risque de rupture sphinctérienne [25, 28, 39]. Notre population le confirme puisque 71,4% sont

des primipares, probablement en raison d'une distension des tissus périnéaux lors du premier accouchement ; chez la multipare, le périnée est beaucoup plus souple mais reste exposé aux déchirures surtout lorsqu'il est cicatriciel.

Dans notre étude, aucune des patientes, ayant accouché de nouveau depuis leur périnée complet et/ou compliqué, ne présente de déchirure du 3^{ème} ou du 4^{ème} degré. A noter que 82,2% de notre population n'ont pas réaccouché depuis leur lésion périnéale, soit 23 patientes sur 28 ; On peut donc se demander si cet événement n'a pas été traumatisant, d'où l'importance de discuter du vécu de l'accouchement dans le post-partum.

Parmi les 5 patientes ayant réaccouchées, 3 ont bénéficié d'une épisiotomie et 2 d'une césarienne : l'une pour hématome rétro-placentaire et l'autre pour antécédent de périnée complet.

Ainsi, à ce jour, aucune étude n'a montré l'intérêt d'une césarienne préventive en cas d'antécédent de périnée complet et/ou compliqué. De plus, des études ont montré que les épisiotomies médio-latérales ne suffisaient pas à prévenir les ruptures obstétricales des sphincters anaux [25, 27] ; la diminution du taux d'épisiotomie de 80% à 20% ne semblerait pas modifier le taux de lésions périnéales de haut grade. En effet, dans notre étude, dans 64% des cas, l'opérateur a jugé l'épisiotomie nécessaire et pourtant, elle n'a pas empêché la survenue d'une lésion de haut grade.

D'après le CNGOF [42], la pratique systématique de l'épisiotomie ne se justifie pas non plus en cas d'extraction instrumentale. Le taux de lésions périnéales sévères est augmenté lorsque l'extraction instrumentale est associée à l'épisiotomie mais le lien de cause à effet entre l'épisiotomie et les lésions périnéales sévères n'est pas établi. L'extraction par ventouse nécessite moins d'épisiotomies, et expose donc moins aux lésions périnéales sévères que le forceps.

L'emploi des forceps est associé à l'augmentation du nombre de périnées complets [19, 25, 28, 35]. L'échographie endo-ale retrouve 80% de défauts occultes après leur utilisation. Ainsi, on constate l'utilisation de forceps dans 28,6% des cas dans notre population.

L'emploi des ventouses est, lui, moins traumatisant : on retrouve « seulement » 24% de défauts échographiques [27]. Dans notre population, on note l'utilisation de ventouses dans 10,7% des cas.

II/ Les objectifs

a) Premier objectif : « Mettre en évidence les différentes conséquences du périnée complet et/ou compliqué »

1) L'incontinence anale

Dans la littérature, l'incontinence anale est retrouvée dans 17 à 47% des cas de périnée complet. Il s'agit, dans deux tiers des cas, d'une incontinence modérée aux gaz ou d'une impériosité à la défécation, d'où l'importance de l'interrogatoire systématique [22, 23, 25, 34]. Dans notre étude, 36% des patientes, ayant subi un périnée complet, présentent une incontinence anale. 60% de ces patientes ont des fuites de gaz tous les jours et 40% de ces patientes ont une impériosité à la défécation tous les jours.

Selon une étude [27], moins de 10% des femmes, présentant une incontinence anale, se plaignent de fuites de selles liquides ; dans notre population, 2 patientes sur les 10 présentant une incontinence anale, ont des fuites de selles liquides tous les jours. De même, d'après un article dans Midwifery [38], 9,9% de leurs patientes présentent une incontinence aux selles liquides.

D'après Soudan [40], l'obésité est reconnue comme facteur de risque de désordres pelviens. Ainsi, l'incontinence anale est significativement plus souvent présente chez l'obèse ; en effet, l'hyperpression abdominale associée à l'obésité est un des mécanismes de ce trouble. Notre étude est contradictoire car elle rapporte l'inverse ; nous n'avons pas d'explication à ce sujet.

D'après le CNGOF [42], la pratique libérale de l'épisiotomie réduit le risque de survenue de déchirures périnéales antérieures ; en revanche, elle ne prévient pas la

survenue des déchirures périnéales du 3^{ème} et du 4^{ème} degré. De plus, elle ne prévient pas non plus la survenue d'une incontinence anale, et semble exposer à ce risque dans les 3 premiers mois du post-partum. Ce fait est également démontré par une autre enquête [41]. Et il en est de même pour notre population puisque 90% des patientes, ayant une incontinence anale, ont eu une épisiotomie.

Cependant, il faut bien nuancer l'épisiotomie médio-latérale (pratiquée en France) de la médiane (réalisée par les anglo-saxons) car le risque d'incontinence anale diminue avec la latéralité de l'épisiotomie.

2) L'incontinence urinaire

Une étude, apparaissant dans l'American Journal of Obstetric and Gynecology [33], confirme un risque augmenté d'incontinence urinaire en cas de périnées complets et/ou compliqués ; en effet, 33% des patientes, ayant subi une déchirure du 3^{ème} ou du 4^{ème} degré, présente une incontinence urinaire ; dans notre population, on note un pourcentage de 43% de femmes incontinentes.

Dans la littérature [38], on retrouve 53,8% de patientes ayant une incontinence urinaire à l'effort et 36,6% de patientes ayant une incontinence urinaire par impériosité alors que, dans notre population, 83,3% des patientes présentent une incontinence à l'effort et 8,4% une incontinence par impériosité. Cet écart s'explique par le fait que l'étude ci-dessus ne distinguait pas les différents types de déchirures alors que notre étude était spécifique aux périnées complets et/ou compliqués.

3) Les douleurs périnéales

Klein, dans son étude [21], a comparé des femmes, ayant eu une « simple » épisiotomie (sans déchirure compliquée associée) avec d'autres ayant eu une déchirure du 3^{ème} ou 4^{ème} degré. Il a étudié les conséquences comme la douleur, les fonctions du plancher pelvien, la fonction urinaire et la fonction sexuelle.

De 1 à 10 jours du post-partum, les femmes ayant eu une déchirure spontanée se plaignent moins de la douleur que celles qui ont eu une épisiotomie. Par contre, la

douleur est majorée lorsqu'il s'agit d'une déchirure grave. Ainsi, 91% des femmes qui ont eu une déchirure du 3^{ème} ou du 4^{ème} degré ont besoin de plus de traitement antalgique. Enfin, aucune femme avec un périnée intact ne décrit de douleur importante, contre 20 à 22% des femmes avec une « simple » épisiotomie ou une déchirure périnéale complète et/ou compliquée.

De même, une autre étude [11] montre que les douleurs périnéales sont surtout fréquentes en cas de déchirures du 3^{ème} ou du 4^{ème} degré ; elles touchent, après 3 mois, 14 à 19% des périnées complets. Une reprise chirurgicale peut être indiquée, mais une infiltration à la lidocaïne, des oestrogènes locaux, une rééducation périnéale, et/ou une prise en charge psychologique peuvent être également proposés.

Dans notre population, 25% des femmes se plaignent de douleurs périnéales, soit 7 patientes sur 28, ce qui est en accord avec les études précédentes. De plus, parmi ces 7 patientes, 6 ont eu une épisiotomie ce qui aurait dû amplifier leurs douleurs, d'après les données précédentes; mais, finalement, concernant l'intensité des douleurs, les résultats sont très mitigés, allant d'une douleur légère à une douleur insupportable selon les différentes patientes. De même, 5 patientes sur 7 n'ont pas donné leur avis concernant la localisation de ces douleurs ; on ne peut donc pas dire si elles étaient plutôt à droite, emplacement habituelle de l'épisiotomie.

La prise d'antalgiques n'est effectuée que par 3 patientes sur 7, soit 43% des patientes, ce qui est moitié moins que la population de Klein [21]. Cela s'explique peut-être par l'efficacité des traitements antalgiques qui, selon notre population, est peu efficace voire inefficace pour 2 patientes sur 3.

Enfin, dans notre étude, 27% des patientes ont des problèmes lors des rapports sexuels du fait de douleurs au niveau de la cicatrice.

4) Les dyspareunies

La fonction sexuelle est de plus en plus étudiée, en effet, elle peut être très perturbée suite à un accouchement.

Les dyspareunies peuvent être rétractiles et provoquer une gêne réelle à la pénétration. Mais, une femme peut également vivre la déchirure périnéale comme un

traumatisme direct, qu'elle n'a pas vu, ni senti sur le moment. De ce non dit, de ce non su, se développe un imaginaire pathologique de la vulve : trou béant, déchiré, éclaté, trop serré... qui est à l'origine des peurs : peur de se toucher, de sentir les points. A la douleur de la déchirure fera suite une hypersensibilité locale, une contracture parfois, rendant les relations difficiles ou douloureuses. Le traitement, outre la prophylaxie, sera basé sur une information anatomique, des soins locaux, voire une kinésithérapie du post-partum [12].

Klein [21] a démontré que les patientes, ayant eu une déchirure du 3^{ème} ou du 4^{ème} degré, ont d'avantage de douleurs.

Dans notre étude, 46,4% des patientes souffrent de problèmes lors des rapports sexuels ; selon elles, ces problèmes seraient dus à de multiples causes : peur d'une réouverture de la cicatrice, aspect extérieur de la vulve, gêne physique lors des rapports... ce qui est en accord avec les études citées précédemment.

Une étude [32] compare 3 groupes de primipares après l'accouchement en fonction du degré de leur déchirure : 1 groupe rassemblant les périnéées intacts, 1 groupe les déchirures non compliquées et 1 groupe rassemblant les périnéées complètes et complètes compliquées. Ainsi, des dyspareunies étaient rapportées, respectivement, par 33%, 48% et 61% des patientes. Dans notre population, 46,4% des patientes se plaignent de douleurs pendant les rapports sexuels, ce qui est nettement inférieur au chiffre de l'étude ci-dessus. Cela se justifie probablement par la difficulté des femmes à en parler.

Parmi les causes de ces dyspareunies, on retrouve notamment, dans notre population, une sécheresse vaginale chez 16% des patientes ; cela s'expliquerait par une diminution significative de la lubrification vaginale suite à un périnée complet et/ou compliqué [34, 37]. On retrouve également une peur de la réouverture de la cicatrice chez 15% des patientes ; cela est confirmé par la littérature [37].

5) La vie sociale

D'après une étude [33], 50% des patientes admettent une sérieuse modification de leur mode de vie et de leur « bien-être émotionnel », suite à un périnée complet et/ou compliqué. Dans notre population, 42% des femmes constatent des répercussions sur leur vie quotidienne et 83,3% des femmes ont été dans l'impossibilité de sortir très souvent.

6) La relation avec le conjoint

Dans la littérature [37], on a montré que les lésions de haut grade peuvent affecter la relation avec le partenaire, et notamment du fait des difficultés lors des rapports sexuels.

Dans notre étude, seule une patiente sur 28 admet que son périnée complet et/ou compliqué a modifié le regard de son conjoint envers elle ; 8 patientes ne se sont pas prononcées et 19 patientes affirment que le regard de leur conjoint n'a pas changé. De même, 21 patientes sur 28 considèrent qu'il n'y a pas eu préjudice à leur couple et les 7 patientes restantes n'ont pas donné leur avis. Cela reflète bien la difficulté des patientes à se confier. En effet, on le constate également, dans notre étude, à travers le faible pourcentage de patientes consultant pour une incontinence urinaire ou anale. Ainsi, une étude, voulant mettre en évidence une relation entre les différents types de déchirures et la sévérité des conséquences [38], n'a pas pu étudier les déchirures du 3^{ème} et du 4^{ème} degré car la plupart de leurs patientes n'ont pas souhaité répondre au questionnaire.

b) Deuxième objectif : « Etat des lieux de la prise en charge des périnée complet et/ou compliqué »

Les patientes de notre étude sont 64% à suivre un régime particulier à la suite d'une lésion de haut grade. On constate une importante variabilité des types de régimes et de leur durée d'instauration ; cependant on note tout de même une préférence pour le régime sans résidu (quasiment 80% des patientes si on associe régime sans résidu et régime sans fibre) et pour une durée de moins de 15 jours (47,1% des patientes).

L'arrêt volontaire de la miction par les patientes, appelé « pipi-stop », est souvent proposé par les professionnels comme test d'évaluation de la commande périnéale dans le post-partum ; en effet, 75% des patientes de notre population ont été sensibilisées à cet exercice et 67% le réalisent. Alors qu'en fait, selon les recommandations actuelles, de la Haute Autorité de Santé notamment, cette technique a tendance à fragiliser la vessie et à la rendre plus sujette aux infections. Cet exemple montre une réelle difficulté à mettre en place une formation continue des professionnels avec une réactualisation régulière et indispensable des connaissances.

A l'échographie endo-anale, persiste un défaut sphinctérien dans 65 à 80% des cas, en dépit de la réparation chirurgicale initiale. Toutes les femmes symptomatiques, même transitoirement, ont une rupture sphinctérienne [22, 25].

Le devenir de ces femmes est mal connu, cependant on peut estimer qu'une grande proportion de celles qui ont un défaut à l'échographie verront s'aggraver leurs symptômes lors des accouchements ultérieurs et au moment de la ménopause. Il existe un risque d'incontinence définitive significatif (17%) après un autre accouchement chez les femmes ayant eu une incontinence transitoire après un périnée complet [26].

Dans notre population, aucune des patientes n'a réalisé d'échographie endo-anale (ou d'autre examen complémentaire, quel qu'il soit) au Centre Hospitalier Universitaire de Rouen et nous n'avons pas retrouvé de suivi éventuel dans un autre établissement dans leur dossier.

D'après Sultan AH [25], les indications des tests recherchant une incontinence anale (tels que l'échographie endo-anale, la manométrie ano-rectale...) en post-partum sont :

- Après un périnée complet, si la patiente est symptomatique (même transitoirement) afin de détecter une rupture asymptomatique pour prévenir les facteurs aggravants ultérieurs
- Avant l'accouchement, chez toute patiente risquant l'aggravation de lésions antérieures et faisant discuter l'indication d'une éventuelle césarienne.

Parmi notre population, on retrouve 1 patiente ayant bénéficié d'une césarienne itérative pour ATCD de périnée complet.

c) Troisième objectif : « Proposer une conduite à tenir adaptée vis-à-vis des périnées complet et/ou compliqué »

Voir protocole (annexe VI)

CONCLUSION

Le périnée complet et/ou compliqué est une situation rare mais lourde de conséquences, à la fois physique, psychique et sexuelle.

Depuis quelques années, se développe un réel intérêt pour ce sujet. On réalise de plus en plus d'études, destinées à définir l'ampleur des complications et à améliorer leur prise en charge. Cela pourrait permettre l'élaboration de recommandations et de protocoles pour la pratique professionnelle.

Ainsi, même si notre enquête ne révèle pas de chiffres significatifs, on constate, d'après notre discussion, que la plupart des autres études réalisées s'orientent vers les mêmes conclusions.

Il apparait que :

- Plusieurs facteurs de risques de périnée complet et/ou compliqué ont été mis en évidence : l'âge avancé, l'indice de masse corporelle élevé, la primiparité et l'emploi de forceps
- L'épisiotomie ne protège pas de ces lésions : 64% des patientes, ayant une déchirure du 3^{ème} ou 4^{ème} degrés, ont eu une épisiotomie
- Les conséquences sont majeures : un tiers des patientes présentent une incontinence anale, quasiment la moitié une incontinence urinaire, un quart des douleurs périnéales, la moitié des dyspareunies et encore presque la moitié des répercussions sur leur vie quotidienne
- La difficulté pour les patientes de se confier est indiscutable : seule une patiente confirme un changement de regard de son conjoint
- La diversité des prises en charges (régime alimentaire, réalisation du « pipi-stop », prescription d'examens complémentaires...) est révélatrice du manque d'information des professionnels
- C'est un événement traumatisant pour ces femmes : peu d'entre elles ont accouché de nouveau depuis ; il est donc primordial d'aborder le vécu de l'accouchement avec la patiente

Pour confirmer les tendances de notre population, il serait judicieux d'effectuer une étude multicentrique ; de même, il serait intéressant de comparer périnée complet et périnée complet compliqué.

Il faudrait également amplifier notre étude pour approfondir cette notion d'augmentation du risque d'incontinence anale en cas d'épisiotomie.

Enfin, on pourrait développer une plaquette d'information, destinées aux patientes ayant subi un périnée complet et/ou compliqué, afin de les sensibiliser, de les éduquer et de les inciter à consulter en cas de complications persistantes. Cela pourrait leur permettre d'exprimer leurs plaintes et ainsi de bénéficier d'examens complémentaires adaptés.

BIBLIOGRAPHIE

OUVRAGES :

- [1] « Dysfonctionnements du plancher pelvien », TOME 1, Physiopathologie et investigations, d'Alain P Bourcier
- [2] « Guide pratique de rééducation uro-gynécologique », d'Odile Cotellet, 2^{ème} édition Ellipses
- [3] « Le périnée féminin et l'accouchement : éléments d'anatomie, applications pratiques » de Blandine Calais-Germain, édition Désiris
- [4] « Les troubles de la statique pelvi-périnéale de la femme » de Buzelin JM, Lazorthes F, Villet R, Vigot, Paris, 1995
- [5] « Précis d'obstétrique » de Merger R, Levy J, Melchior J, 6^{ème} édition Masson, 2003
- [6] « Prise en charge des complications de la grossesse et de l'acct » de Guidotti RJ, Mathai M, Sandhvi H, Département Santé et Recherche Génésiques, 2005
- [7] « Rééducation périnéale » de D Grosse et J Sengler, édition Masson
- [8] « Rééducation périnéale féminine : mode d'emploi », de Sandrine Galliac Alanbari
- [9] « Secrets de Femme : le périnée », CECCHI C, Sauramps médical
- [10] « Recommandations pour la pratique clinique : Diagnostic et prise en charge de l'incontinence urinaire de la femme adulte », CNGOF, Décembre 2009
- [11] « Obstétrique », de Papiernick E, Cabrol D, Pons JC, Edition Flammarion Medecine-Sciences, 1995

MEMOIRES :

- [12] « Déchirures périnéales complètes et/ou compliquées : facteurs de risques et conséquences », Fouquier S, Mémoire Ecole de Sages-femmes, Université de Rouen, 1998

- [13] « Incontinence urinaire pendant la grossesse : prévention et dépistage par la sage-femme », Bougon A, Mémoire Ecole de Sages-femmes, Université de Rouen, 1992
- [14] « Parents ou amants ? Quelle sexualité pour les couples après un accouchement ? », Poiseau C, Mémoire Ecole de Sages-femmes, Université de Rouen, 2002
- [15] « Rééducation périnéale du post-partum : intérêts et indications », Leprevost V, Mémoire Ecole de Sages-femmes, Université de Rouen, 2006

ARTICLES :

- [16] « CAT devant une incontinence anale masquée », Les dossiers de l'obstétrique, Février 2009
- [17] « Conséquences de l'accouchement sur les sphincters de l'anوس » de Bauer P, Bourguignon J, La Presse Médicale, 1998, 27: 1702-6
- [18] « Périnée de l'accouchée à la maternité », Les dossiers de l'obstétrique, Octobre 2009
- [19] « Recommandations pour la pratique clinique de l'épisiotomie », Les dossiers de l'obstétrique, Février 2006
- [20] « Textbook Recommendations for Preventing and Treating Perineal Injury at Vaginal Delivery », Kevin J Stepp, American Journal of Obstetric and Gynecology, 2006, 107, p.361-366
- [21] "Relationship of episiotomy to perineal trauma and morbidity, sexual dysfunction, and pelvic floor relaxation", de Klein MC, American Journal of Obstetric and Gynecology, 1994, 171, p.591-598
- [22] "Unsuspected sphincter damage following childbirth revealed by anal endosonography" de Burnett SJ, Spence-Jones C, Speakman C, Kamm MA, Hudson CN, Bartram C, Journal of radiology, 1991, 64: 225-7
- [23] "Anal sphincter function after delivery rupture", de Haadem K, Dhalström JA, Ling L, Ohrlander S, American Journal of Obstetric and gynecology, 1987, 70: 53

- [24] "Overlapping anal sphincter repair for faecal incontinence due to sphincter trauma: five years follow-up functional results", de Londono-Schimmer EE, Garcia-Duperly R, Nicholls RJ, Ritchie JK, Hawley PR, Thomson JP, Int J Colorectal Dis, 1994, 9: 110-3
- [25] "Third degree obstetric anal sphincter tears: risk factors and outcome of primary repair", de Sultan AH, Kamm MA, Hudson CN, Bartram CI, BMJ, 1994, 308: 887-91
- [26] "Risks of anal incontinence from subsequent vaginal delivery after a complete obstetrical anal sphincter tear", de Bek KM, Laurberg S, American Journal of Obstetric and gynecology, 1992, 99: 724-26
- [27] "Anal sphincter disruption during vaginal delivery", de Sultan AH, Kamm MA, Hudson CN, Thomas JM, Bartram CI, N Engl J Med, 1993, 329: 1905-11
- [28] "Incidence of third degree perineal tears in labour and outcome after primary repair", de Walsh CJ, Mooney EF, Upton GJ, Motson RW, Journal of surgery, 1996, 83: 218-21
- [29] "Anal sphincter repair improves anorectal function and endosonographic image ", de Felt-Bersma RJ, Cuesta MA, Koorevar M, A prospective clinical study, Dis colon Rectum, 1996, 39: 878-85
- [30] "Conséquences sphinctériennes anales de l'accouchement", de Athienza P, CNGOF, 1999
- [31] "Incontinence following rupture of the anal sphincter during delivery", de Crawford LA, Quint EH, Pearl ML, De Lancey JO, American Journal of Obstetric and Gynecology, 1993, 82: 527-31
- [32] "Postpartum sexual functioning and its relationship to perineal trauma: a retrospective cohort study of primiparous women", de Signorello Lisa B, Harlow Bernard L, Chekos Amy K, Repke John T, American Journal of Obstetric and Gynecology, Avril 2001
- [33] "Fecal and urinary incontinence after vaginal delivery with anal sphincter disruption in an obstetrics unit in the united states", de Fenner Dee E, Genberg Becky, Brahma Pavna, Marek Lorri, DeLancey John OL, American Journal of Obstetric and Gynecology, Décembre 2003

- [34] "Obstetric anal sphincter injury ten years after: subjective and objective long term effects", de Fornell Uustal Eva, Matthiesen Leif, Sjö Dahl Rune, Berg Göran, An International Journal of Obstetric and Gynecology, Mars 2005, Vol 112, p 312-316
- [35] "Prevalence and risk factors for third- and fourth-degree perineal lacerations during vaginal delivery: a multi-country study", de Hirayama F, Koyanagi A, Hang J, Souza JP, Gülmezoglu AM, An International Journal of Obstetric and Gynecology, Octobre 2011
- [36] "Perineal descent and patients' symptoms of anorectal dysfunction, pelvic organ prolapse, and urinary incontinence", de Broekhuis Suzan R, Hendriks Jan CM, Fütterer Jurgen J, Vierhout Mark E, Barentsz Jelle O, Kluivers Kirsten V, International Urogynecol Journal, Février 2010
- [37] "Effects of perineal trauma on postpartum sexual function", de Rathfisch G, Dikencik BK, Beji NK, Comert N, Tekirdag AI, Kadioglu A, Journal of Advanced Nursing, Juillet 2010
- [38] "The prevalence of enduring postnatal perineal morbidity and its relationship to perineal trauma", de Williams A, Herron-Marx S, Hicks C, Midwifery, 2007, 23: 392-403
- [39] « La déchirure complète et compliquée du périnée malgré incision prophylactique », de J Berthet, A Buchet, M Favier et C Racinet, J Gynecol Obstet Biol Reprod, 1993, 22 : 419-423
- [40] « Incontinence anale et obésité », de Soudan D, Pelvi-Périnéologie, 2010, Volume 5, Numéro 1 : 45-48
- [41] « Midline episiotomy and anal incontinence : retrospective cohort study », de Signorello L B, Harlow B L, Chekos A K et Repke J T, Br Med J, 2000, 320:86-90

SITES INTERNET :

- [42] <http://www.cngof.asso.fr>, consulté le 12 janvier et le 02 mars 2012
- [43] <http://www.chu-rouen.fr>, consulté le 26 janvier 2012

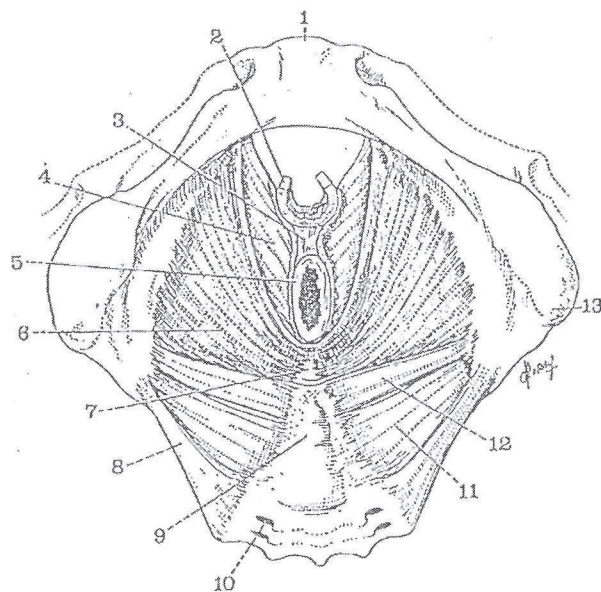
- [44] http://www-ulpmed.u-strasbg.fr/medecine/incontinence_urinaire.pdf, consulté le 08 février 2012
- [45] <http://www.has.fr>, consulté le 17 février 2012

ANNEXES

Annexe I : Les muscles du plan profond

ROUVIERE H., DELMAS A.

Anatomie humaine, descriptive, topographique et fonctionnelle, Tome II, Tronc
12^e édition, Masson, Paris, 1985.



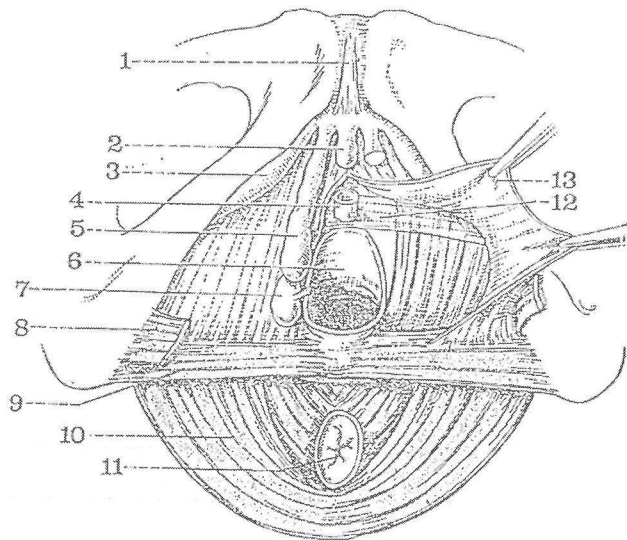
Vue inférieure du plancher pelvien
(d'après Testut et Latarjet)

1. Symphyse pubienne
2. Paroi vaginale
3. Muscle recto-vaginal
4. Faisceau pubien du releveur de l'anus
5. Canal anal
6. Releveur de l'anus
7. Raphé ano-coccygien
8. Grand ligament sacro-sciatique
9. Coccyx
10. Trou sacré
11. Ischio-coccygien
12. Faisceau ischio-coccygien du releveur de l'anus
13. Ischion

Annexe II : Les muscles du plan moyen

ROUVIERE H., DELMAS A.

Anatomie humaine, descriptive, topographique et fonctionnelle, Tome II, Tronc
12^e édition, Masson, Paris, 1985.



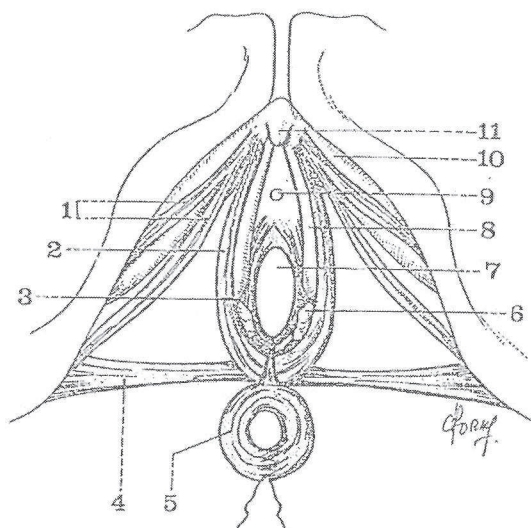
*Les corps érectiles et les muscles du périnée.
Vue inférieure (d'après Kamina)*

1. Ligament suspenseur du clitoris
2. Clitoris
3. Corps caverneux
4. Urètre
5. Bulbe vestibulaire
6. Orifice inférieur du vagin
7. Glande de Bartholin
8. Muscle transverse superficiel du périnée
9. Muscle transverse profond du périnée
10. Muscle releveur de l'anus
11. Anus
12. Aponévrose périnéale moyenne
13. Aponévrose périnéale superficielle
(soulevée par deux pinces).

Annexe III. : Les muscles du plan superficiel

ROUVIERE H., DELMAS A.

Anatomie humaine, descriptive, topographique et fonctionnelle, Tome II, Tronc
12^e édition, Masson, Paris, 1985.



Les muscles superficiels du périnée :

2. 1. Muscle ischio-caverneux Muscle bulbo-caverneux
3. Constrictor de la vulve ou du vagin
4. Transverse superficiel du périnée
5. Sphincter anal
6. Glande de Bartholin
7. Cavité vaginale
8. Bulbe vestibulaire
9. Méat urétral
10. Corps caverneux
11. Clitoris

Annexe IV : Les différentes déchirures

D'après MERGER (R), LEVY (J), MELCHIOR (J)
Précis d'obstétrique, 4^e édition, Masson, Paris, 1974

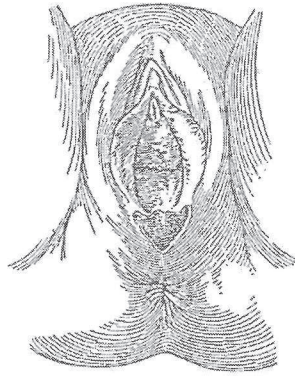


FIG. 321. — Déchirure périnéale incomplète : 2^e degré.

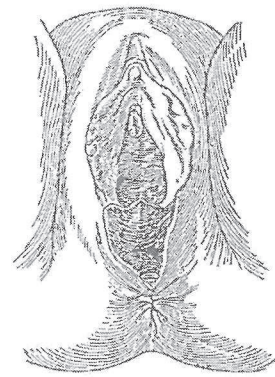


FIG. 322. — Déchirure périnéale incomplète : 3^e degré.

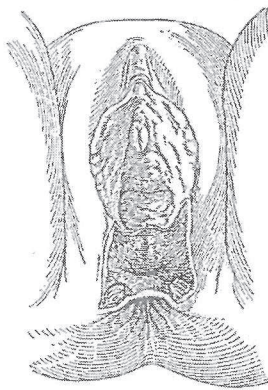


FIG. 323. — Déchirure complète du périnée

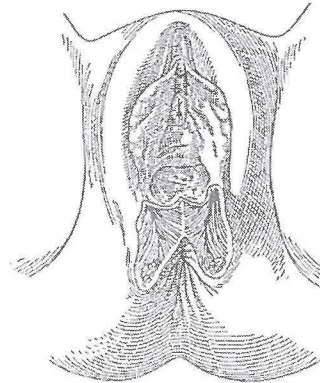


FIG. 324. — Déchirure périnéale compliquée.

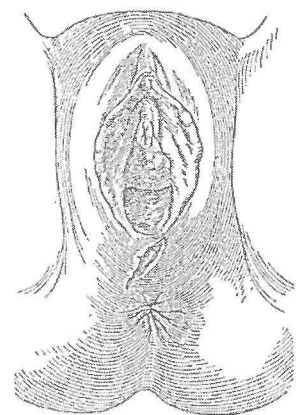


FIG. 325. — Déchirure centrale du périnée

Annexe V : Le questionnaire

Version n° 199 du 22/02/2011

Chère Madame,

Nous vous sollicitons au sujet d'une enquête portant sur « les conséquences et la prise en charge des périnées complets et complets compliqués ». Nous nous intéressons aux suites et au vécu de votre accouchement ayant conduit à un périnée complet ou complet compliqué. Ainsi, nous vous faisons parvenir ce questionnaire afin de le remplir. Bien entendu, celui-ci restera complètement anonyme. Cependant, les résultats seront disponibles auprès du Centre Hospitalier, si vous le souhaitez. A cet effet, nous vous joignons une enveloppe timbrée pour nous adresser vos réponses dans les plus brefs délais.

Au nom de l'ensemble du Service de Gynécologie-Obstétrique, nous vous en remercions d'avance pour les quelques minutes que vous voudrez bien consacrer à cette enquête qui nous permet d'améliorer régulièrement la qualité des soins que nous proposons. Veuillez agréer, Madame, l'assurance de nos sentiments dévoués et les meilleurs.

1/ Pour commencer, quelques renseignements généraux :

Votre âge ? Votre poids ? Votre taille ?

2/ Combien de grossesse avez-vous eu ?

☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ +

3/ Avez-vous eu une épisiotomie au cours de l'accouchement (cocher le ou les accouchements correspondants) ?

☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ +

4/ Avez-vous eu des complications périnéales au cours de l'accouchement (cocher le ou les accouchements correspondants) ?

☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ +

Si oui quel type de complications :

5/ Juste après votre accouchement vous a-t-on imposé un régime alimentaire particulier ?

☐ Oui ☐ Non

Si oui, lequel ?

Pendant combien de temps ?

6/ Avez-vous fait de la rééducation périnéale ? ☐ oui ☐ non

Si oui, elle a été faite par ? ☐ Un kinésithérapeute ☐ Une sage-femme

Quels types d'exercices avez-vous faits (plusieurs réponses possibles) ?

- ☐ Essentiellement des abdominaux
- ☐ Contraction du périnée sur les doigts du rééducateur
- ☐ Stimulation électrique des muscles du périnée
- ☐ « Bio Feed Back »

7/ Vous êtes-vous plainte de fuites anales ? ☐ oui ☐ non

Si vous avez répondu non à la question précédente, veuillez passer à la question 19

8/ Avez-vous des fuites de selles solides ? (cocher une réponse)

- ☐ Jamais
- ☐ Moins d'une fois par mois
- ☐ Plusieurs fois par mois mais moins d'une fois par semaine
- ☐ 1 fois par semaine ou plus
- ☐ Tous les jours

9/ Avez-vous des fuites de selles liquides ? (cocher une réponse)

- ☐ Jamais
- ☐ Moins d'une fois par mois
- ☐ Plusieurs fois par mois mais moins d'une fois par semaine
- ☐ 1 fois par semaine ou plus
- ☐ Tous les jours

Ce questionnaire a été rédigé en accord conformément à l'article Art. L. 1122-1 du code de la santé publique

10/ Avez-vous des fuites de gaz ? (cocher une réponse)

- ☐ Jamais
☐ Moins d'une fois par mois
☐ Plusieurs fois par mois mais moins d'une fois par semaine
☐ 1 fois par semaine ou plus
☐ Tous les jours

11/ Sentez-vous l'arrivée d'une selle urgente ? (cocher une réponse)








- ☐ Jamais
☐ Moins d'une fois par mois
☐ Plusieurs fois par mois mais moins d'une fois par semaine
☐ 1 fois par semaine ou plus
☐ Tous les jours

12/ Prenez-vous un traitement pour vous constiper ?

- ☐ Oui ☐ Non

13/ Prenez-vous un traitement laxatif ? ☐ Oui ☐ Non

14/ Précisez, à l'aide du tableau ci-dessous, à quel numéro correspond la consistance habituelle (c'est-à-dire dans plus de 50% du temps) de vos selles ? (entourer un seul numéro)

type de selles	description
1 	selles dures en forme de billes, cassantes (selles déformées)
2 	selles en forme de billes collées
3 	selles en forme de boudin, structure friable
4 	selles en forme de boudin, structure douce et lisse
5 	selles molles sans contours, facilement brisées (selles faibles)
6 	selles molles, à bras molles, aux contours irréguliers
7 	selles aqueuses sans structure (souvent jaunâtres)

☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7

15/ Etes-vous obligée de vous garnir ? (plusieurs réponses possibles)

- ☐ Jamais
☐ Moins d'une fois par mois
☐ Plusieurs fois par mois mais moins d'une fois par semaine
☐ 1 fois par semaine ou plus
☐ Tous les jours
☐ Le jour seulement
☐ La nuit seulement
☐ Jour et nuit

16/ Ces fuites vous ont-elles empêché de sortir ? (cocher une réponse)

- ☐ Très souvent
☐ Quelques fois
☐ Rarement
☐ Jamais

17/ Cela a-t-il des répercussions sur votre vie quotidienne ? ☐ oui ☐ non

18/ Avez-vous déjà consulté au sujet de ces fuites ? ☐ oui ☐ non

Si oui, qui ? (plusieurs réponses possibles)

- ☐ Médecin traitant ☐ Gynécologue ☐ Sage-femme ☐ Gastro-entérologue
☐ Psychologue ☐ Autre (préciser)

19/ Vous êtes-vous plainte de fuites urinaires ? ☐ oui ☐ non

Si vous avez répondu non à la question précédente, veuillez passer à la question 28

20/ Ces fuites urinaires surviennent ? (cocher une réponse)

- ☐ Lors d'efforts, de rire, de toux ...
☐ Sans besoin préalable
☐ Les deux : sans besoin préalable et aussi lors d'effort, de rire, de toux...

21/ Elles apparaissent ? (cocher une réponse)

- ☐ Debout ☐ En position couchée ☐ Les deux : debout et en position couchée

22/ La fréquence de ces fuites est ? (cocher une réponse)

- ☐ Plusieurs fois par jour
☐ Une fois par jour
☐ Une fois par semaine
☐ Moins d'une fois par semaine

23/ Leurs apparitions se font ? (cocher une réponse)

- ☐ Plutôt le jour
☐ Plutôt la nuit
☐ Le jour et la nuit

24/ Vous a-t-on parlé du « PIPi-STOP » ? (=retenir ses urines pendant la miction)

- ☐ Oui ☐ Non

Si oui, est-ce un exercice que vous avez réalisé ? ☐ oui ☐ non

Si oui, êtes-vous arrivée à freiner le jet ?

- ☐ Pas du tout
☐ Rarement
☐ Une fois sur deux
☐ A chaque fois

25/ Cela a-t-il des répercussions sur votre vie quotidienne ? ☐ oui ☐ non

26/ Ces fuites vous ont-elles empêché de sortir ? (cocher une réponse)

- ☐ Très souvent
☐ Quelques fois
☐ Rarement
☐ Jamais

27/ Avez-vous déjà consulté au sujet de ces fuites ? ☐ oui ☐ non

Si oui, qui ? (plusieurs réponses possibles)

- ☐ Médecin traitant ☐ Gynécologue ☐ Sage-femme ☐ Gastro-entérologue
☐ Psychologue ☐ Autre (préciser) :

28/ Souffrez-vous de douleurs au niveau du périnée ? ☐ oui ☐ non

Si vous avez répondu non à la question précédente, veuillez passer à la question 36

29/ cette douleur est-elle apparue dans les suites d'un accouchement? Si oui, lequel?

- ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ +

30/ Cette douleur augmente-t-elle ? (cocher une réponse)

- ☐ En s'asseyant ☐ En marchant ☐ Après la défécation
☐ Autre (précisez) :

31/ Etes-vous soulagée en position ? (cocher une réponse)

- ☐ Debout
☐ Assise
☐ Allongée
☐ Aucune

32/ Cette douleur est-elle ? (plusieurs réponses possibles)

- ☐ Légère
- ☐ Modérée
- ☐ Intense
- ☐ Insupportable
- ☐ Plutôt à gauche
- ☐ Plutôt à droite
- ☐ A gauche et à droite
- ☐ Plutôt le jour
- ☐ Plutôt la nuit
- ☐ Le jour et la nuit
- ☐ Intermittente
- ☐ Permanente → si permanente, depuis combien de temps ?.....

33/ Le port de sous-vêtements aggrave-t-il la douleur ? ☐ oui ☐ non

34/ Cette douleur s'accompagne-t-elle de ? (plusieurs réponses possibles)

- ☐ Brûlures
- ☐ Diminution de la sensibilité
- ☐ Décharges électriques
- ☐ Tiraillements
- ☐ Engourdissements
- ☐ Autres (précisez) :

35/ Avez-vous pris des médicaments contre la douleur ? ☐ oui ☐ non

Si oui, le traitement a été ?

- ☐ Efficace
- ☐ Peu efficace
- ☐ Inefficace

Le prenez-vous toujours aujourd'hui? ☐ oui ☐ non

36/ Avez-vous des problèmes lors des rapports sexuels ? ☐ oui ☐ non

37/ Ces problèmes lors des rapports sexuels sont-ils dus à ? (plusieurs réponses possibles)

- ☐ Une douleur de la cicatrice
- ☐ Une sécheresse vaginale
- ☐ Une gêne physique lors des rapports
- ☐ Une douleur dans le bas ventre pendant ou après le rapport
- ☐ L'aspect extérieur de la vulve
- ☐ La peur d'une réouverture de la cicatrice
- ☐ Un trouble de la continence urinaire
- ☐ Un trouble de la continence anale
- ☐ Autre (précisez) :

38/ Vos problème éventuels de continence ont-ils changé le regard de votre conjoint à votre égard ?

☐ oui ☐ non

39/ Cela a-t-il porté préjudice à votre couple ? ☐ oui ☐ non

CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE DE ROUEN

PRISE EN CHARGE DU PERINEe COMPLET ET/OU COMPLET COMPLIQUE

OBJET :

Déchirure du 3^{ème} ou du 4^{ème} degré présentant un risque d'incontinence anale, d'incontinence urinaire, de douleurs périnéales, de dyspareunies et de difficultés relationnelles.

PROCEDURE POUR UNE PATIENTE :

- Réaliser la réfection de la déchirure sans tarder après la délivrance.
- Prescrire une antibiothérapie préventive systématique à la pénicilline (spectre large), associée à une asepsie rigoureuse
- Mettre la patiente sous régime sans résidus pendant un mois
- Réaliser 3 toilettes périnéales quotidiennes, associée à un changement régulier des garnitures
- Encourager la patiente à poursuivre les soins locaux elle-même après chaque selle ou chaque miction et au retour à domicile, jusqu'à cicatrisation complète
- Rechercher, à la visite post-natale (environ 6 semaines après l'accouchement), en cas d'incontinence urinaire, un dysfonctionnement urinaire et proposer une rééducation périnéale, de préférence manuelle
- Orienter la patiente vers un gastro-entérologue, en cas d'incontinence anale persistante depuis plus de 6 mois après l'accouchement ; un bilan fonctionnel ano-rectal sera réalisé, comprenant une manométrie ano-rectale, une échographie endo-anale et des tests électro-physiologiques
- Compléter la kinésithérapie habituelle, en l'absence de résultat manométrique ou échographique préoccupant, par des séances de rééducation par biofeedback voire d'électrostimulation périnéale postérieure

- Confirmer, en cas de lésion sphinctérienne authentifiée par échographie, par répétition de ces examens et évaluer une éventuelle dénervation associée, par une électrophysiologie périnéale, avant de poser l'indication chirurgicale
- Evaluer l'indication d'une césarienne, lors d'une nouvelle grossesse, chez les femmes présentant une symptomatologie clinique manifeste ou un défaut anatomique sphinctérien

