



HAL
open science

Les dyspareunies du post-partum : impact des différents modes d'accouchement : étude prospective à l'Hôpital Couple-Enfant de Grenoble sur 113 cas

Marjorie Santailler

► **To cite this version:**

Marjorie Santailler. Les dyspareunies du post-partum : impact des différents modes d'accouchement : étude prospective à l'Hôpital Couple-Enfant de Grenoble sur 113 cas. Gynécologie et obstétrique. 2015. dumas-01176562

HAL Id: dumas-01176562

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01176562>

Submitted on 15 Jul 2015

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.



SICD1
Bibliothèques
de l'UJF et de Grenoble INP

**Université
Joseph Fourier** 
GRENOBLE
MEDECINE

AVERTISSEMENT

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance et mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il n'a pas été réévalué depuis la date de soutenance.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt une poursuite pénale.

Contact au SICD1 de Grenoble : **thesebum@ujf-grenoble.fr**

LIENS

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 335.2- L 335.10

<http://www.cfcopies.com/juridique/droit-auteur>

<http://www.culture.gouv.fr/culture/infos-pratiques/droits/protection.htm>

UNIVERSITE JOSEPH FOURIER
UFR DE MEDECINE DE GRENOBLE

DEPARTEMENT DE MAIEUTIQUE

**« Les dyspareunies du Post-Partum : impact des
différents modes d'accouchement »**

Etude Prospective à l'Hôpital Couple-Enfant de Grenoble
Sur 113 cas.

Mémoire soutenu le Mardi 9 juin 2015

Par SANTAILLER Marjorie

Née le 28/04/1991

En vue de l'obtention du Diplôme d'Etat de Sage-femme 2015

UNIVERSITE JOSEPH FOURIER
UFR DE MEDECINE DE GRENOBLE

DEPARTEMENT DE MAIEUTIQUE

**« Les dyspareunies du Post-Partum : impact des
différents modes d'accouchement »**

Etude Prospective à l'Hôpital Couple-Enfant de Grenoble
Sur 113 cas.

Mémoire soutenu le Mardi 9 juin 2015

Par SANTAILLER Marjorie

Née le 28/04/1991

En vue de l'obtention du Diplôme d'Etat de Sage-femme 2015

Je remercie les membres du jury :

Présidente du Jury : Mme Nadine VASSORT, Sage-femme Enseignante Département
maïeutique UFR Médecine Grenoble.

Co-Président : Dr Thierry MICHY ; PH HCE du CHU de Grenoble.

Mme Claudine MARTIN, Sage-Femme coordinatrice du RPAI CHU de Grenoble.

Directeur de mémoire : Dr Thierry MICHY, Gynécologue-Obstétricienne à l'Hôpital Couple-
Enfant de Grenoble.

Sage-femme Enseignant Guidant : Mr Lionel CURTO.

Je remercie plus particulièrement,

Mon directeur de mémoire, le Docteur MICHY Thierry, Gynécologue-Obstétricien à l'hôpital de Grenoble, pour sa patience, ses conseils, ses nombreuses relectures et son soutien ;

Monsieur CURTO Lionel, Sage-femme guidant de l'école de Grenoble, pour son aide, ses relectures et ses remarques pertinentes.

Table des matières

ABREVIATIONS	1
INTRODUCTION.....	2
MATERIELS ET METHODES.....	3
Type d'étude.....	3
Population.....	3
Critères d'inclusions	3
Critères d'exclusions.....	3
Méthode.....	3
Recueil de données	4
Analyse statistique des résultats.....	4
Aspects éthiques et CNIL.....	4
RESULTATS	6
DISCUSSION	14
CONCLUSION	19
BIBLIOGRAPHIE	20
ANNEXES :	23
ANNEXE 1 : Consentement : Autorisation remplie par les patientes.....	23
ANNEXE 2 : Questionnaire	24
QUESTIONNAIRE : posé aux femmes à 6 mois du post-partum lors de l'entretien téléphonique.....	25
ANNEXE 3 : Récépissé déclaration CNIL n° 1740016 v 0.....	27
RESUME.....	28

ABREVIATIONS

CHU: Centre Hospitalier de Grenoble

HCE: Hôpital Couple-Enfant

DMO: Dossier Médical Obstétrique

RS: Rapports Sexuels

SA: Semaines d'Aménorrhées

DIU: Dispositifs Intra-Utérin

HDD:Hémorragie De la Délivrance

DA/RU: Délivrance Artificielle / Révision Utérine

SF: Sage-Femme

GO: Gynécologue-Obstétricien

PS: Personnel de Santé

PEC: Prise en charge

AVB: Accouchement Voie Basse

INTRODUCTION

Dans une société du 21^e siècle où les mentalités ne font qu'évoluer, on remarque que la sexualité prend une place croissante au sein de la vie des femmes. En effet, d'après une enquête réalisée par l'Ipsos en 2007, sur la sexualité de la femme moderne [1], 3 femmes sur 4 considèrent la sexualité comme un élément important ou très important du bien-être et de la stabilité de leur couple. Un tiers d'entre elles estiment en outre que la sexualité renforce la relation dans le couple, donne confiance, rassure et leur apporte plaisir physique et détente.

Par conséquent, lorsque ces femmes arrivent au moment de leur vie où elles souhaitent devenir mère, beaucoup d'entre elles s'interrogent des conséquences de leur grossesse et de leur accouchement, sur leur sexualité future. [2][3][4]

Nous pouvons alors nous interroger si le mode d'accouchement peut influencer les douleurs sexuelles survenant après l'accouchement ?

D'après l'étude de Barrett [5] réalisée en 2000, les expériences douloureuses à l'intromission et/ou de douleur pendant le rapport sexuel se définissent sous le terme de dyspareunie.

L'objectif principal de notre étude est de définir l'incidence des dyspareunies à 6 mois du post-partum. Notre objectif secondaire, est quant à lui, d'extraire les différents facteurs de risques influençant les dyspareunies et de définir les prises en charge actuelles de ces patientes qui jusqu'à présent sont quasi inexistantes. [6]

MATERIELS ET METHODES

Type d'étude

C'est une étude épidémiologique, descriptive et prospective réalisée à l'Hôpital Couple Enfant (HCE) du Centre Hospitalier Universitaire (CHU) de Grenoble, réalisée dans le service de salle d'accouchement. Nous avons recruté les patientes ayant accouché à l'HCE sur une période de deux mois, entre le 1^{er} Mars 2014 et le 5 Mai 2014.

La durée totale de l'étude sera de 8 mois, à partir du premier jour d'inclusion le 1^{er} Mars 2014 jusqu'au dernier jour d'entretien téléphonique, le 30 Novembre 2014.

Population

Critères d'inclusions

Les critères d'inclusions sont :

- les femmes primipares,
- de plus de 18 ans,
- ayant accouché d'une grossesse unique,
- naissance supérieure ou égale à 37 semaines d'aménorrhées.

Critères d'exclusions

Etaient exclues les patientes :

- ne parlant pas le français,
- les femmes ayant des dyspareunies avant l'accouchement
- les femmes n'ayant pas repris les rapports sexuels après 6 mois du post-partum
- les femmes refusant de répondre aux questionnaires.

Méthode

Durant les 2 heures de surveillance du Post-partum en salle d'accouchement, une autorisation a été remise aux patientes afin d'avoir leur consentement pour participer à notre étude, elles ont également renseigné leurs coordonnées afin que l'on puisse les rappeler dans 6 mois. Toutes les

mères ayant accouché pendant la période d'inclusion seront évaluées pour l'éligibilité.
[ANNEXE1]

Recueil de données

On a relevé les différentes caractéristiques de l'accouchement, du nouveau-né ou des suites de couches afin de pouvoir établir les facteurs de risques des dyspareunies. Les informations concernant les caractéristiques de la patiente, ont été recueillies, à l'aide du logiciel du Dossier Médical Obstétrique (DMO).

Un entretien téléphonique à 6 mois du Post-partum a été réalisé. Les tentatives de contacts ont été répétées à 5 reprises par relance d'appels avant abandon.

Lors de l'entretien téléphonique, les différentes questions du questionnaire, préalablement établis, ont été posées aux patientes. [ANNEXE 2].

Analyse statistique des résultats

Dans un premier temps, les données ont été recueillies dans le logiciel Statview afin de calculer les pourcentages de nos populations.

Dans un deuxième temps, une comparaison des moyennes des deux populations, a été réalisée à l'aide d'un test t de Student, afin d'affirmer leur comparabilité. Les résultats ont été obtenus à l'aide d'un test du Chi², sur une distribution de 2 variables qualitatives afin de déterminer une différence significative. Le cas échéant, une estimation du risque relatif avec odds ratio pourra alors être calculée.

Aspects éthiques et CNIL

Une demande d'autorisation normale à la CNIL a été réalisée afin de pouvoir recontacter les patientes 6 mois après leur accouchement : **Numéro de déclaration : 1740016 v**

Voir le récépissé en [ANNEXE 3].

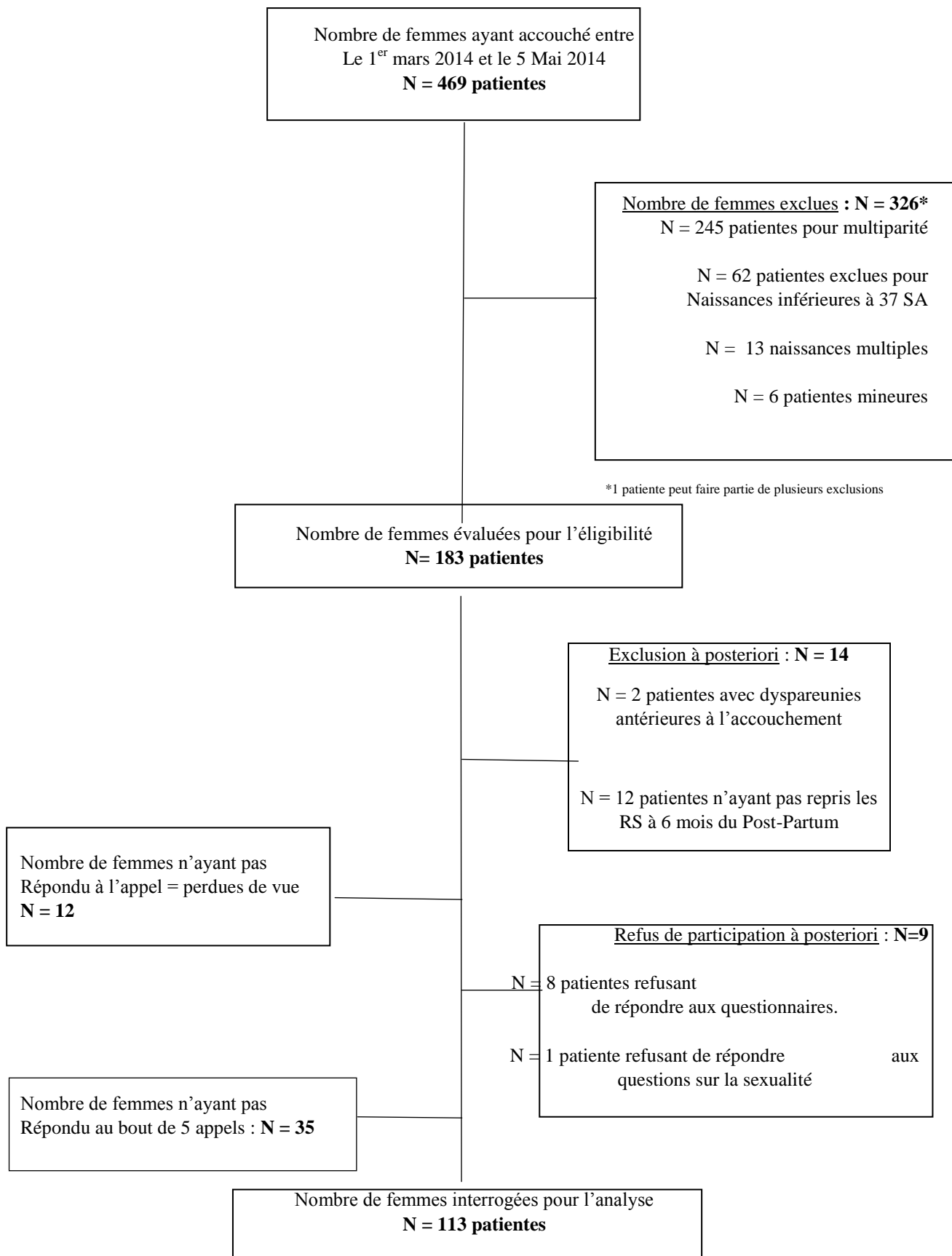


Figure 1 : flow chart

RESULTATS

	Variables	n (%)		
P O P U L A T I O N	Age n=113 (moy : 29,3 e-t : 4,3)			
	Catégorie socio-professionnelle [12] n=113	Artisans, commerçants et chefs d'entreprise	4 (3,6%)	
		Cadres et professions intellectuelles supérieures	12 (10,6%)	
		Ouvriers	1 (0,9%)	
		Employés	72 (63,7%)	
		Sans Profession	24 (21,2%)	
Tabac (n=113)		16 (14,2%)		
Sport (n=113)		68 (60,2%)		
A C C O U C H E M E N T	Mode d'accouchement (n=113)	Accouchement Voie basse eutocique n=60	60 (53,1%)	
		Accouchement voie basse dystocique : n=20	Forceps	13 (11,5%)
			Ventouse	7 (6,2%)
	Césarienne : n=33		33 (29,2%)	
	Etat Périnéal [24] (n = 80)	périnée intact	9 (11,2%)	
		déchirures 1er degré	24 (30%)	
		déchirures 2e degré	9 (11,2%)	
		Episiotomie	35 (43,8%)	
		périnée complet 3 ^e degré	2 (2,5%)	
		périnée complet compliqué 4 ^e degré	1 (1,3%)	
Type de suture du périnée (n=113)	Un fil un nœud	7 (6,2%)		
	Suture en 3 plans	56 (49,5%)		
	Points séparés	8 (7,1%)		
	Aucune suture (n=33 césariennes + 9 PI)	42 (37,2%)		
Durée du travail (n=113) moy : 6h12 e-t : 3h25				
DA/RU (n= 113)		14 (12,4%)		
HDD (n= 113)		4 (3,5%)		
N O U V E A U - N E	Poids de naissance (n= 113) moy: 3289g e-t : 405g			
	Terme de naissance (n= 113) moy: 39 SA e-t : 1SA			
	Périmètre Crânien (n= 113) moy: 34,7 cm e-t : 1,4 cm			
	Variété de présentation (n = 113)	OP	96 (84,9%)	
		OS	7 (6,2%)	
		Siège	7 (6,2%)	
		Transverse	1 (0,9%)	
		Front	1 (0,9%)	
	Bregma	1 (0,9%)		
Sexe masculin (n=113)		58 (51,3%)		
Allaitement maternel (n=113)		80 (70,8%)		
S U C I O T U E C S H E D S E	Infection du périnée (n=113)		5 (4,4%)	
	Contraception (n=93)	pilule	56 (60,2%)	
		préservatif	16 (17,2%)	
		DIU	17 (18,3%)	
		implant	3 (3,2%)	
		anneau	1 (1,1%)	
	Rééducation du périnée (n=113)		87 (76,9%)	
Reprise des Rapports sexuels (n=113)		113 (100%)		

Tableau I : Caractéristique de la population

Notre étude est composée de 113 patientes. Les caractéristiques de la population montrent une moyenne d'âge de 29.3 ans +/- 4.3.

La catégorie socio professionnelle la plus importante est « employée » avec 63.7 % des patientes. On remarque également un taux de 21.2 % de patientes sans profession.

Sur les 113 patientes ayant répondu à notre appel téléphonique, 16 déclarent consommer du tabac (14.2%) et 68 (60.2%) pratiquent du sport régulièrement (à partir d'une fois par semaine).

En ce qui concerne les caractéristiques de l'accouchement, sur les 133 patientes, on note que 60 patientes (53.1%) ont eu un AVB. Sur les 20 patientes (17.7%) qui ont eu un accouchement instrumental, 13 patientes (11.5 %) ont eu un forceps, et 7 patientes (6.2 %) une ventouse. Pour conclure, 33 patientes (29.2%) ont eu un accouchement par césarienne.

Les résultats concernant les caractéristiques des nouveaux nés nous montrent que la moyenne est de 3289g +/- 405g. La moyenne des termes de naissance est de 39 SA révolues +/- 1 SA. Le périmètre crânien moyen de notre population est de 34.7 cm +/- 1.4 cm.

Parmi les 113 variétés de présentation, on note 96 variétés de présentations eutociques en OP (84.9%). Parmi les 17 variétés de présentations dystociques, nous avons 7 présentations en OS (6.2%), 7 en siège (6.2%), 1 en transverse (0.9%), 1 en front (0.9%), et 1 en Bregma (0.9%).

Parmi les 113 patientes, 58 (51.3%) ont accouché d'un enfant de sexe masculin et 80 patientes (70.8%) ont allaité leur enfant. La durée moyenne d'allaitement est de 4.1 mois +/- 1.9 mois.

Les caractéristiques des suites de couches nous montrent que sur les 113 patientes nous ayant répondu, 93 patientes (82.3%) utilisent un moyen de contraception. Parmi ces patientes, 56 (60.2%) sont sous pilule contraceptive et 17 patientes (18.3%) possèdent un dispositif Intra-Utérin.

On note également que 16 patientes (17.2%) utilisent des préservatifs, 3 patientes possèdent un implant (3.2%) et 1 patiente (1.1%) utilise l'anneau contraceptif.

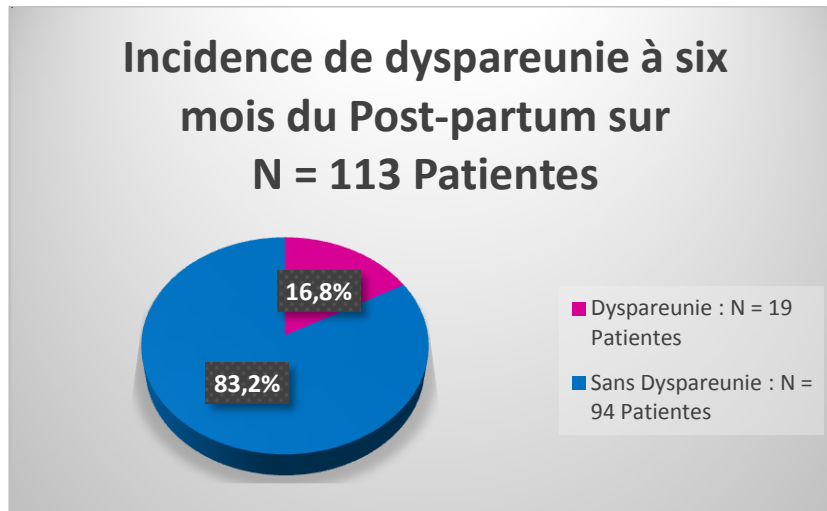


Figure 2 : Critère de Jugement Principal : Incidence de dyspareunie à six mois du post-partum.

Dans notre étude, nous avons retrouvé 19 patientes avec des dyspareunies sur un total de 113 patientes, ce qui nous donne un taux de dyspareunie à 6 mois du Post-partum de 16,8%.

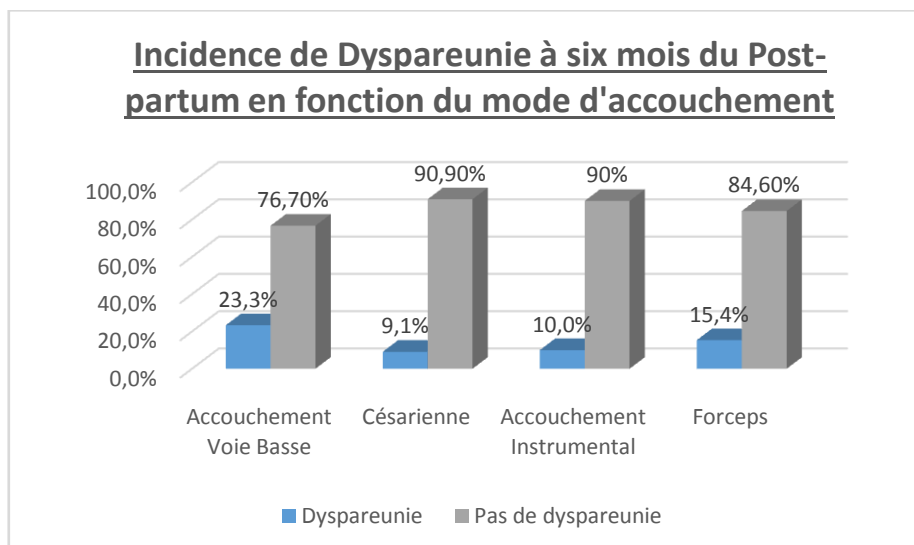


Figure 3 : Incidence de dyspareunie à six mois du Post-partum, en fonction du mode d'accouchement.

Dans notre étude, nous avons un taux de dyspareunie de 23,3% chez les patientes ayant accouché par voie basse. Il est de 9,1% chez les patientes césarisées, et de 15,4% chez les patientes ayant eu un forceps.

Variable		Incidence de dyspareunie	
		n	%
Age : (n=19) moy : 29,9 ans e-t : 4,7			
Tabac (n=19)		2	10,5
Sport (n=19)		14	73,7
Infection du périnée dans le Post-Partum : (n=19)		2	10,5
Contraception : (n=19)		17	89,5
Contraception : (n=17)	Pilule	6	35,3
	Préservatif	6	35,3
	DIU	3	17,6
	Implant	1	5,9
	Anneau	1	5,9
Rééducation du périnée (n=19)		14	73,7
Mode d'accouchement : (n=19)	Accouchement Voie basse eutocique	14	73,7
	Accouchement voie basse instrumentale :	2	10,5
	Forceps	2	10,5
	Ventouses	0	0
	spatules	0	0
	Césarienne :	3	15,8
Lésions périnéales : (n=16)	Périnée intact	3	18,8
	Déchirures 1er degré	3	18,8
	Déchirures 2e degré	2	12,5
	Episiotomie	6	37,5
(n=19 - n= 3 césariennes)	Périnée complet	1	6,2
	Périnée complet compliqué	1	6,2
Type de sutures : (n= 16)	Un fil un nœud	1	6,2
	3 plans	12	75
	Aucune suture	3	18,8

Tableau II: Critère de jugement secondaire: Facteurs de risques des dyspareunies en fonction des caractéristiques de la population

Dans notre population de patientes dyspareuniques, la moyenne d'âge est de 29.9 ans +/- 4.7.

Dix pour cent des patientes consomment du tabac et 73.7 % d'entre elles déclarent pratiquer du sport.

Nous remarquons que 89.5% des patientes dyspareuniques utilisent une contraception à 6 mois du post-partum. Parmi elles, 35 % des patientes sont sous pilule et 35 % utilisent des préservatifs. Concernant leur rééducation du post-partum, 73.7 % des patientes l'ont réalisé.

En ce qui concerne les lésions périnéales, on remarque que 18.8 % des patientes ont eu un périnée intact. On note un taux de 18,8% de déchirures du premier degré et 12,5% du second degré. De plus, plus d'un tiers de ces patientes dyspareuniques (37,5%) ont eu une épisiotomie.

On remarque également, des taux de 6,2% respectivement dans le groupe périnée complet, et celui de périnée complet compliqué.

Parmi les patientes, 75 % ont bénéficié d'une suture en trois plans et 6.2% de suture en un fil un nœud.

	Dyspareunie	Pas de dyspareunie	Total	p value
Accouchement Voie basse	14	46	60	
Césarienne	3	30	33	
Instrumental	2	18	20	
Total	19	94	113	0,142 (NS)

Tableau III : Résultats du test du Chi²

Pour déterminer des approximations du risque relatif, nous avons réalisé un test t de Student afin de vérifier que nos deux populations (patientes dyspareuniques et patientes non dyspareuniques) soient comparables.

Les résultats du « test t de Student » nous permettent d'affirmer que nos deux populations sont comparables et que nos « Odds Ratio » peuvent être interprétés.

	Dyspareunie	Pas de dyspareunie	OR (IC à 95%)
AVB eutocique	14	46	2,74 (2,24-3,24)
AVB dystocique	2	18	
AVB eutocique	14	46	3,04 (2,56-3,53)
Césarienne	3	30	
Episiotomie	6	29	0,41 (0,62-1,45)
Périnée intact	3	6	
Episiotomie	6	29	0,72 (0,09-1,54)
Déchirure 2e degré	2	7	
Périnée intact	3	6	1,75 (0,76-2,75)
Déchirure 2e degré	2	7	

Tableau IV : Résultats Odds Ratio et intervalle de confiance

	OUI		NON	
Consultation pour dyspareunie (n=19)	10 (52,6%)		9 (47,4%)	
	SF	5 (26,3%)		
	GO	5 (26,3%)		
	Pas de PS	9 (47,3%)		
PEC effectuée (n=19)	7 (36,8%)		12 (63,2%)	
	Malgré consultation	4 (21%)		
	Pas de consultation	8 (79%)		
PEC adaptée (n=19)	1 (5,3%)		18 (94,7%)	
	Boules Geisha + lubrifiant	1 (5,3%)	PAS de PEC	12 (63,2%)
			Ostéopathie + homéopathie	1 (5,3%)
			Pommade Cicalfat	1 (5,3%)
			Attendre dans le temps	1 (5,3%)
			Huile d'amande douce	1 (5,3%)
			Massage cicatrice	1 (5,3%)
			Conseil lubrifiant	1 (5,3%)
Souhait d'une meilleure PEC (n=19)	16 (84,2%)		3 (15,8%)	

Tableau V : Critère de jugement secondaire : Prise en charge des patientes dyspareuniques.

Dans notre étude 52.6% des patientes ont consulté pour des dyspareunies. Parmi elles, 26.3% ont vu une sage-femme, 26.3% un Gynécologue-Obstétricien. 47.4 % des patientes non pas consultées.

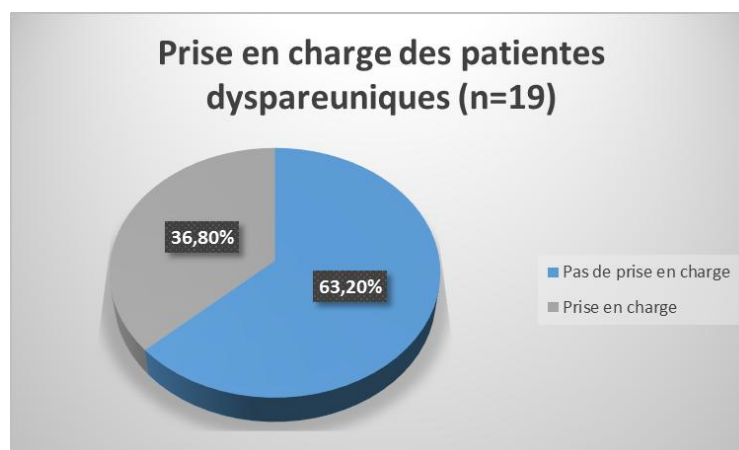


Figure 4 : Taux de prise en charge des patientes dyspareuniques.

Concernant les patientes dyspareuniques, on remarque que 36,8%, ont été prise en charge. Parmi elles, on note qu'une seule patiente (5,6%) déclare avoir eu des conseils satisfaisants. En effet, sa Sage-femme libérale, lui avait suggéré d'utiliser un lubrifiant.

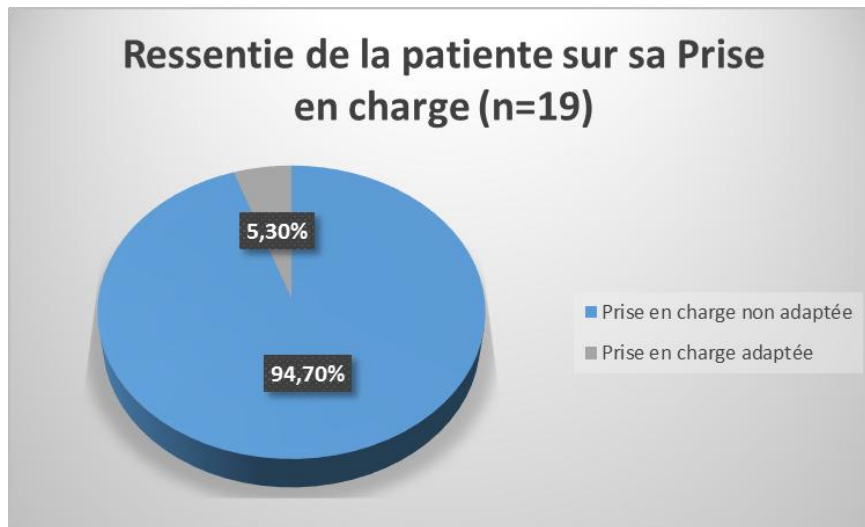


Figure 5 : Ressentie de la patiente sur sa prise en charge.

94.7% des femmes déclarent ne pas avoir eu une prise en charge adaptée et notent une mauvaise écoute des professionnels de santé sur ce sujet. Les prises en charge proposées, se résument à attendre, utiliser du lubrifiant, de l'homéopathie, ostéopathie ou encore des massages et crèmes.

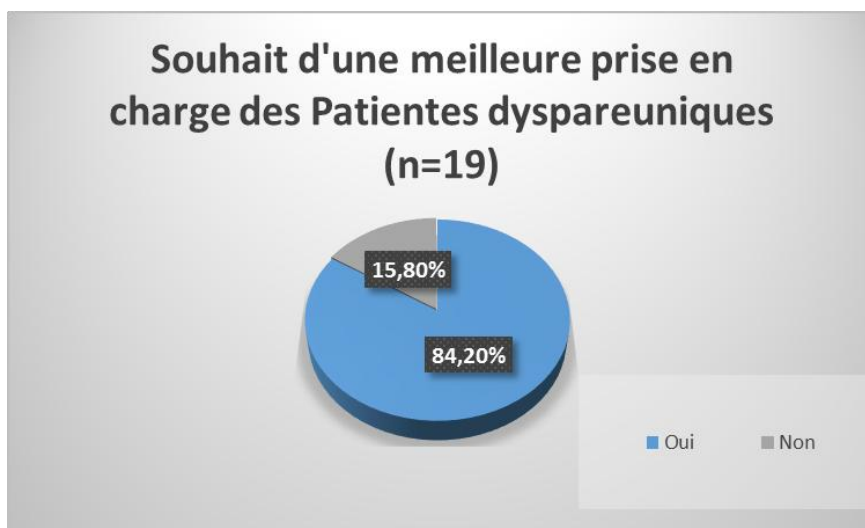


Figure 6 : Souhait des patientes dyspareuniques sur une prise en charge plus adaptée.

On note également que 84,2% des patientes dyspareuniques souhaiteraient une prise en charge plus adaptée que celle qui leur a été proposé.

DISCUSSION

Dans notre étude, l'incidence de dyspareunies est de 16.8 % dans la population ce qui est similaire aux données de la littérature qui retrouve des taux entre 10 et 45 %.

En effet, dans l'étude de Tennfjord MK[15], 45 % des patientes sont dyspareuniques à 6 mois du post-partum. Moins de 10% de dyspareunie vulvaire a été prouvé, dans l'étude de Ventolini et ses collaborateurs [13]. Par conséquent, le taux de dyspareunie dans notre population est cohérent avec les données de la littérature. Cependant, compte tenu de ces résultats, on remarque que l'incidence de dyspareunie, est une notion difficile à évaluer.

Dans le sous-groupe des patientes ayant eu une épisiotomie, le taux de dyspareunie est de 37.5% à six mois du post-partum. Dans l'étude thaïlandaise de 2015[14], on retrouve une incidence de 30.1% de dyspareunie à trois mois du post-partum. Il est de 27% à six mois du post-partum, dans la récente étude de Persico [23]. Ainsi à trois mois du post-partum, nos données sont similaires à la littérature. Cependant, à six mois du post-partum, elles sont légèrement augmentées pour le groupe épisiotomie.

Il est probable qu'une évaluation, un peu plus à distance, de notre population serait nécessaire car la technique de suture, les fils utilisés peuvent être des facteurs confondants.

Cependant, on remarque que le taux d'incidence de dyspareunie est plus élevé dans notre groupe AVB (23,3%) par rapport à celui des césariennes (9,1%) et celui des accouchements instrumentaux (10%). Ces résultats sont également prouvés, en 2013 où l'équipe de Boran [16], a décrit une incidence de dyspareunie de 21% des patientes dans le groupe AVB avec épisiotomie et 8% dans le groupe césarienne.

Ces résultats sont divergents avec l'étude de Klein [21], en 2005, qui remarquait que le taux de dyspareunie pour tout type d'accouchement est similaire pour les patientes primipares. En effet 30,7% des patientes ayant accouché par voie basse ressentent des dyspareunies versus 31,6% des patientes césarisées.

Dans notre population, 60 patientes ont accouché par voie basse, 33 par césarienne et 20 par forceps ou ventouse. Par conséquent, nos effectifs sont insuffisants, car la répartition entre les différents modes d'accouchements, influence forcément le taux de dyspareunie dans chaque groupe.

Concernant la reprise des rapports sexuels, 115 patientes (89.8%) sur 128 ont repris les Rapports Sexuels à six mois du post-partum. On note, 12 patientes n'ayant pas repris et une patiente ayant refusé de répondre à cette question sur la sexualité.

Sachant que la reprise des rapports sexuels fait partie de nos critères d'inclusion, nous avons 113 patientes sur 113 qui ont repris les rapports sexuels (100%). Ces données sont corroborées par l'étude prospective de McDonald [18], publiée dans le BJOG, qui montre un taux de reprise des rapports sexuels de 94 % à six mois du post-partum sur un échantillon de 1507 Primipares.

L'objectif secondaire de l'étude était d'identifier l'impact des différents modes d'accouchement. La comparaison de nos trois groupes, ne montre pas de différence significative entre l'accouchement voie basse, l'accouchement par extraction instrumentale et la césarienne ($p = 0,05$).

Cependant, nous avons retrouvé, un OR de 2.74 IC à 95% (2,24-3,24) entre les accouchements voies basses eutociques, en comparaison, aux accouchements voies basses dystociques. Ce qui veut donc dire, que l'accouchement par voie basse est un facteur de risque de dyspareunie de l'ordre de 2.74 fois plus, que le groupe de patiente ayant eu un accouchement instrumental.

De plus nous retrouvons, un OR de 3,04 IC à 95% (2,56-3,53) pour le groupe accouchement voie basse eutocique par rapport au groupe césarienne. Il en découle également que les femmes ayant eu un accouchement par voie basse ont 3 fois plus de risque d'avoir des dyspareunies à six mois du post-partum en comparaison avec les patientes césarisées.

Ceci s'explique probablement par d'autres facteurs comme les déchirures, les épisiotomies, la qualité des sutures... Mais malheureusement, le faible nombre d'événement dans notre série ne nous permet pas de réaliser cette étude multivariée.

De plus, les accouchements instrumentaux et les césariennes sont plus délétères sur les dyspareunies du post-partum, vis-à-vis des accouchements voie basse eutocique [7] avec ou sans lésions périnéales. [8] [9] [10] [11].

Dans la littérature, les résultats sont similaires et en faveur d'un impact des différents modes d'accouchements sur les dyspareunies du post-partum.

Dans l'étude Australienne réalisée en 2015 [11], on montre qu'un accouchement vaginal spontané avec un périnée intact ou une déchirure suturée, amoins de risque de dyspareunie, que

les césariennes et les extractions instrumentales. Les femmes qui ont eu une césarienne d'urgence (OR de 2,41, 95% [IC 95%] de 1,4 à 4,0; P = 0,001) ou une extraction par ventouse (OR de 2,28, 95% CI 1.3 à 4.1; P = 0,005) ou une césarienne (OR de 1,71, IC à 95% de 0,9 à 3,2; P = 0,087) avaient un risque augmenté de dyspareunie à 18 mois du post-partum.

Concernant les accouchements dystociques, l'étude de Blomquist [9], montre également que l'incidence de la douleur pelvienne dans le post-partum est supérieure dans le groupe des patientes ayant accouché par forceps : OR de 4.04 IC 95% (1.69 ; 9.66). Ces patientes décrivaient plus de dyspareunie six à 11 ans plus tard, en comparaison aux dyspareunies qui étaient identiques chez les patientes césarisées et celle ayant accouché par voie basse.

Ainsi, il existe réellement un impact des différents modes d'accouchements sur les dyspareunies à six mois du post-partum. Et plus précisément, que les accouchements dystociques semblent plus délétères que les accouchements voies basses.

Un autre de nos objectifs secondaires, était d'extraire les différents facteurs de risque des dyspareunies du post-partum. Cependant, le faible nombre d'évènements, ne nous permet pas d'extraire de facteurs de risque.

Certaines études ont retrouvé d'autres facteurs de risque comme l'augmentation de l'âge maternelle ou encore celle de l'augmentation de l'indice de masse corporelle. [6][9][11].

En ce qui concerne les caractéristiques de l'accouchement, et plus précisément les lésions périnéales, on remarque que 37.5% des patientes dyspareuniques ont eu une épisiotomie contre 18.8 % des patientes avec un périnée intact. Malgré ces résultats, on ne note pas d'association significative du fait de notre échantillon ($p > 0.05$).

Cependant on trouve un OR de 0,4 IC à 95% (0,62-1,45) dans le groupe épisiotomie par rapport au groupe périnée intact ; OR de 0,72 IC à 95% (0,09-1,54) dans le groupe épisiotomie par rapport aux déchirures du 2^e degré ; et un OR de 1,75 IC à 95% (0,76-2,75) entre périnée intact et déchirure du 2^e degré.

Ceci s'explique probablement par l'influence d'autres facteurs étiologiques. Le facteur psychologique quant à lui, est sûrement un facteur important pouvant rentrer en compte dans les dyspareunies de ses femmes. Cependant, ce facteur ne fait pas l'objet de notre étude aujourd'hui, est par conséquent, ne peut pas être étudié.

D'autres études corroborent, que le traumatisme périnéal n'était pas associé à la dyspareunie, comme en 2014 dans l'étude de Blomquist [9] où on ne retrouve pas de différence statistiquement

significative entre les déchirures périnéales ($p = 0.09$), et les épisiotomies ($p = 0.347$) sur les dyspareunies du post-partum chez 1115 patientes.

Cependant, concernant les épisiotomies, l'étude de Persico et ses collaborateurs en 2013[23], remarque à six mois du post-partum, un taux de 27% de dyspareunie dans le groupe épisiotomie (OR 5,72, $P < 0,001$) dans un échantillon de 451 patientes.

Finalement, les dyspareunies ne sont peut-être pas exclusivement expliquées par l'état périnéal. Il existe probablement plusieurs facteurs étiologiques influençant directement ces dyspareunies.

Concernant notre étude, nous avons trouvé que 63.1% des patientes dyspareuniques avaient allaité leur enfant en post-partum. Dans une étude thaïlandaise de 2015[14], il n'y avait aucune association entre la dyspareunie et les caractéristiques suivantes: le périmètre crânien de nouveau-né et de poids à la naissance et de l'allaitement maternel ($P > 0,05$ pour tous).

Ce qui apparaît en discordance avec les résultats trouvés en 2000, dans l'étude de Barret [17], qui a montré que l'allaitement ne constituait pas un facteur de risque dans la survenue des dyspareunies à trois mois du post-partum. Cependant, six mois après la naissance de leur enfant, 42% des femmes allaient encore de façon exclusive ou partielle et l'analyse multifactorielle a alors démontré de manière significative le lien entre l'allaitement et l'existence de dyspareunies à six mois du post-partum. ($p < 0,0006$).

Nous pouvons également nous demander pourquoi l'allaitement maternel serait un facteur de risque de dyspareunie qu'à partir de six mois après la naissance et ne le serait pas avant ?

En ce qui concerne les dyspareunies, dans notre étude, 94,7% des femmes déclarent ne pas avoir eu une prise en charge adaptée. Elles notent une déception, vis-à-vis de l'écoute des professionnels de santé, sur ce sujet. Les prises en charge proposées se résument à attendre, utiliser du lubrifiant, de l'homéopathie, ostéopathie ou encore des massages et crèmes. Par conséquent, 84,2 % de ces patientes, souffrant de dyspareunies, souhaiteraient une meilleure prise en charge par les professionnels de santé.

Leur formation initiale est-elle suffisante pour accompagner les patientes dyspareuniques ? Devraient-ils compléter leur formation avec un Diplôme Universitaire de sexologie pour être apte à leur répondre ? Sont-ils conscients, que certaines patientes souhaiteraient davantage d'écoute et de conseil sur leur sexualité ?

On note que, dans l'étude de Barret [17] en 2000, seulement 18% des patientes ont été averties des possibles changements de leur sexualité. Parmi les patientes ayant des problèmes sexuels en post-natal, seulement 15% en avait discuté avec un professionnel de santé, notamment leur médecin généraliste.

Ce qui nous renforce dans l'idée que la prise en charge des patientes dyspareuniques est très faible à l'heure d'aujourd'hui et qu'elles sont en demande d'une meilleure écoute et attention envers leur sexualité.

Nous avons fait le choix de réaliser une étude prospective, afin d'interroger nous même les patientes et d'avoir les données réelles à six mois du post-partum. Ce qui aurait mis en évidence un biais de mémoire dans une étude rétrospective. Par manque de temps, nous n'avons pu rappeler que 183 patientes. De ce fait, notre échantillon n'est pas assez important pour en déduire des différences statistiquement significatives. Notre étude a en effet, pas assez de puissance pour pouvoir extraire des résultats.

La perspective envisageable est d'élargir notre cohorte afin d'augmenter le nombre d'évènements. Cela nous permettra d'avoir un taux de patientes dyspareuniques plus important et de conclure sur une différence significative entre l'impact des différents modes d'accouchement. Et dans un deuxième temps de pouvoir extraire les facteurs de risque.

De plus, notre étude contient différents biais. En effet, le biais de sélection est présent du fait de la réalisation d'une étude mono centrique sur le CHU de Grenoble.

Douze patientes sur les 183 n'ont pas pu être contactées et font donc parties des perdues de vues de notre étude. Ainsi que 35 patientes qui n'ont pas répondu à nos cinq appels. De ce fait, Le biais d'attrition est également présent. Cependant, nous avons réalisé une étude prospective, six mois après l'accouchement, il est donc compréhensif que nous n'arrivions pas à recontacter toutes les patientes. Toutefois, ce taux de non-réponse, est estimé à seulement 25,7% sur 183 patientes, ce qui est relativement faible dans notre population.

Le biais de classement et de confusion peuvent également être présent, mais sont néanmoins rares dans des études prospectives, du fait d'un interrogatoire réalisé à l'instant t.

CONCLUSION

Finally, the mode of delivery does not seem to influence exclusively the incidence of dyspareunia at six months postpartum.

Nevertheless, there probably exist other additional factors contributing to this symptom. A more important cohort with more events would allow for a multivariate study that would probably identify several etiologic factors linked together.

However, we were not able to put forward the care of these patients, suffering from dyspareunia six months after their delivery, which is very disappointing and does not meet their expectations.

This study allows us to conclude that dyspareunia at six months postpartum is present in 16.8% of primiparous women. Moreover, these patients are in need of better care from health professionals. In fact, the latter have been described by the patients as being too busy to answer them, too closed on the subject to dare ask the question. Or even too inexperienced to help them. Most of them declare that their distress has not been heard on this sensitive subject.

It is therefore urgent to put in place, for health professionals, a training more adapted to the consequences of delivery, in the sexuality of the woman. Consequently, it is important to sensitize them on this subject, so that they can accompany and be more attentive to their patient.

They must have different adapted solutions, to help them overcome this new step in their life, their new life as a mother, but above all their life as a woman.

BIBLIOGRAPHIE

- [1] enquête réalisée par Ipsos entre mai et juillet 2006, auprès de 14 000 femmes de 18 ans et plus appartenant à 14 pays*, sur la base d'entretiens téléphoniques ou en face à face. Europe – France, Allemagne, Espagne, Italie, Pologne, Royaume-Uni -, Amérique Latine – Brésil, Mexique, Venezuela -Moyen Orient – Turquie, Arabie Saoudite – Asie Pacifique – Corée, Australie – et Afrique du Sud.
- [2] LEEMAN LM¹, ROGERS RG. Sex after childbirth: postpartum sexual function. *ObstetGynecol.* 2012 Mar;119(3):647-55. doi: 10.1097/AOG.0b013e3182479611.
- [3] Collège National des Gynécologues-Obstétriciens Français CNGOF gynécologie obstétrique, 2^e édition Masson collection connaissances et pratiques. Item 40 : « sexualité normales et ses troubles » p59-64.
- [4] MOURICHON L. « Sexualité, maternité, paroles de femme » édition Jauze Robert Eds, collection santé, paru le 01/08/2012.
- [5] BARRETT G, PENDRY E, PEACOCK J, VICTOR C, THAKAR R, MANYONDA I. Women's sexual health after childbirth. *BJOC* 2000;107(2): 186-95
- [6] ACELE EÖ¹, KARACAM Z. Sexual problems in women during the first postpartum year and related conditions. *J Clin Nurs.* 2012 Apr;21(7-8):929-37. doi: 10.1111/j.1365-2702.2011.03882.x. Epub 2011 Oct 19.
- [7] MCDONALD E, GARTLAND DD, SMALL R, BROWN S. Dyspareunia and childbirth: a prospective cohort study. *BJOG.* 2015 Jan 21. doi: 10.1111/1471-0528.13263.
- [8] LAL M, PATTISON HM, ALLAN TF, CALLENDER R. Does post-caesarean dyspareunia reflect sexual malfunction, pelvic floor and perineal dysfunction? *J ObstetGynaecol.* 2011 Oct;31(7):617-30. doi: 10.3109/01443615.2011.594915.
- [9] BLOMQUIST JL, McDERMOTT K, HANDA VL. Pelvic pain and mode of delivery. *Am J ObstetGynecol.* 2014 May;210(5):423.e1-6. doi: 10.1016/j.ajog.2014.01.032. Epub 2014 Jan 29.
- [10] ADANIKIN AI, AWOLEKE JO, ADEYIOLU A, ALAO O, ADANIKIN PO. Resumption of intercourse after childbirth in southwest Nigeria. *Eur J ContraceptReprodHealth Care.* 2014 Nov 5:1-8.
- [11] FAUCONNIER A, GOLTZENE A, ISSARTEL F, JANSE-MAREC J, BLONDEL B, FRITEL X. Late post-partum dyspareunia: does delivery play a role? *Prog Urol.* 2012 Apr;22(4):225-32. doi: 10.1016/j.purol.2012.01.008. Epub 2012 Mar 21.

- [12] Nomenclatures au niveau des groupes socioprofessionnels : PCS–1982 Insee : Desrosière, Goy et Thévenot : 6 groupes socioprofessionnels.
- [13] VENTOLINI G, YAKLIC JL, GALLOWAY ML, HAMPTON M, MAHER JE. Obstetricvulvarlacerations and postpartum dyspareunia.J Reprod Med. 2014 Nov-Dec;59(11-12):560-5.
- [14] CHAYACHINDA C, TITAPANT V, UNGKANUNGDECHCA A. Dyspareunia and SexualDysfunctionafter Vaginal Delivery in ThaiPrimiparousWomenwithEpisiotomy.J Sex Med. 2015 Mar 10. doi: 10.1111/jsm.12860.
- [15] TENNFJORD MK, HILDE G, STAER-JENSEN J, ELLSTROM ENGH M, Bø K. Dyspareunia and pelvicfloor muscle functionbefore and duringpregnancy and afterchildbirth. Int Urogynecol J. 2014 Sep;25(9):1227-35. doi: 10.1007/s00192-014-2373-2. Epub 2014 Apr 1.
- [16] BORAN SU, CENGIZ H, ERMAN O, ERKAYA S.Episiotomy and the development of postpartum dyspareunia and anal incontinence in nulliparousfemales. Eurasian J Med. 2013 Oct;45(3):176-80. doi: 10.5152/eajm.2013.36.
- [17] BARRET G, PENDRY E, PEACOCK J, VICTOR C, THAKAR R, MANYONDA I. Women'ssexualhealthafterchildbirth. BJOC 2000;107(2): 186-95
- [18] McDonald EA, Brown SJ. BOJG : An International Journal of Obstetrics and Gynaecology. MaternalHealthStudy.
- [19] CONNOLLY AM, THORP J, PAHEL L. Effects of pregnancy and childbirth on post partumsexualfunction: a longitudinal prospective study. Int Urogynecol J, 2005; 16:263-7.
- [20] SIGNORELLO LB, HARLOW BL, CHEKOS AK, REPKE JT. Postpartum sexualfunctioning and itsrelationship to perineal trauma: aretrospectivecohortstudy of primiparouswomen. AM J ObstetGynecol 2001; 184: 881-90.
- [21] KLEIN MC, KACZOROWSKI J, FIROZ T, HUBINETTE M, JORGENSEN S, GAUTHIER R. A comparison of urinary and sexualoutcomes in womenexperiencing vaginal and caesareanbirths. J Soc ObstetGynecol Can 2005;27: 313-20.
- [22] SARTORE A, DE SETA F, MASO G, PREGAZZI R, GRIMALDI E, GUASCHINO S. The effects of mediolateralepisiotomy on pelvicfloorfunctionafter vaginal delivery. ObstetGyneacol 2004; 103: 669-73.
- [23] PERSICO G, VERGANI P, CESTARO C, GRANDOLFO M, NESPOLI A.Assessment of postpartum perineal pain after vaginal delivery: prevalence, severity and determinants. A prospective observationalstudy. MinervaGinecol. 2013 Dec;65(6):669-78.
- [24] Classification Anglo-saxonnes des déchirures périnéales post-obstétricales.

ANNEXES :

ANNEXE 1 : Consentement : Autorisation remplie par les patientes

Bonjour,

Je m'appelle Marjorie SANTAILLER et je suis étudiante en 4^e année de sage-femme.

Pour l'obtention de mon diplôme d'état de Sage-femme en juin 2015, je dois réaliser un mémoire de fin d'étude. J'ai décidé de réaliser mon étude au sein de la maternité de l'hôpital couple enfant de Grenoble sur les femmes ayant accouché durant la période du 1er mars au 5 Mai 2014.

Le but de mon étude est de vous recontacter dans 6 mois pour vous poser des questions (cela ne vous prendra que quelques minutes) sur les suites de votre accouchement et votre vécu.

Toutes les informations recueillies seront anonymes et ne serviront uniquement qu'à la réalisation de mon étude, et seront détruites à la fin de mon étude.

Je vous remercie par avance de m'aider à réaliser mon étude, qui pourra améliorer la prise en charge des futures patientes et peut être pour vous-même lors de vos prochains accouchements !
Merci de remplir cette autorisation, me donnant votre accord pour vous **recontacter dans 6 mois** :

Je soussignée

Madame.....

Autorise Melle Marjorie SANTAILLER à me recontacter dans 6 mois par mail ou le cas échéant par téléphone afin de mener son étude.

Date d'accouchement : le 2014.

Mode d'accouchement : (cochez votre mode d'accouchement)

- Accouchement voie basse :
- Accouchement voie basse instrumental (ventouse, forceps) :
- Césarienne :

Adresse mail :

Numéro de téléphone :

Merci de votre compréhension.

ANNEXE 2 : Questionnaire

INFORMATIONS RECUEILLIES A PARTIR DU DOSSIER MEDICAL

OBSTETRIQUE (DMO) :

- Identification : N°
- Age : Ans
- Métier :
- Type d'accouchement :
 - AVB eutocique
 - Forceps
 - Ventouse
 - spatule
 - Césarienne Programmée
 - Césarienne en Urgence
- Lésions périnéales :
 - Périnée intacte
 - Déchirure 1^{er} degré
 - Déchirure 2^e degré
 - Episiotomie
 - Périnée complet
 - Périnée complet compliqué
- Types de suture :
 - Un fil un nœud
 - Technique en 3 plans
 - Points séparés ?
 - Surjet intradermique ?
- Durée du Travail : H
- Variété de présentation :
 - OP
 - OS
- Terme d'accouchement : SA + jours
- Sexe de l'enfant :
 - Fille
 - Garçon
- Poids de naissance ? kg

- Périmètre crânien : cm

QUESTIONNAIRE : posé aux femmes à 6 mois du post-partum lors de l'entretien téléphonique

- Avez-vous allaité votre enfant ?
 - Oui
 - Non
- Si oui, pendant combien de temps ? : mois
- Fumez-vous ?
 - Oui
 - Non
- Pratiquiez-vous du sport avant votre grossesse ?
 - Oui
 - Non
- Si oui, quel(s) sport(s) ? :
- Pendant combien d'année ? :
- A quelle fréquence ? :
- Avez-vous eu une infection après votre accouchement au niveau de votre périnée(cicatrice/points)?
 - Oui
 - Non
- Avez-vous réalisé la rééducation du périnée après votre accouchement ?
 - Oui
 - Non
- Si oui, combien de séances avez-vous faites ? : séances
- Avec qui ?.....
- Avez-vous utilisé une contraception dans les 6 mois suivant votre accouchement ?
 - Oui
 - Non
- Si oui, laquelle ?
 - Pilule Patch/ anneau Stérilet Préservatif Implant
- A partir de combien de temps après votre accouchement, avez-vous commencé votre contraception ?
- Avez-vous repris les Rapports Sexuels (RS) depuis votre accouchement ?
 - Oui

- Non
- Avez-vous ressenti des douleurs lors des RS suivant votre accouchement ?
 - Oui
 - Non
- Ressentez-vous des douleurs en dehors des RS (lors de préliminaires) ?
 - Oui
 - Non
- ⇒ *Si non : fin de l'entretien téléphonique.*
- Si oui : Aviez-vous déjà eu ces mêmes douleurs avant votre accouchement ?
 - Oui
 - Non
- ⇒ *Si oui : fin de l'entretien*
- Aujourd'hui avez-vous encore des douleurs durant vos rapports sexuels ?
 - Oui
 - Non
- Pouvez-vous définir ces douleurs sur une échelle de 0 à 10 ? : EVA =
- La douleur est-elle localisée en un point précis ?
 - Oui
 - Non
- Si oui :
 - A l'entrée du vagin
 - Profonde
- A quel moment des RS avez-vous ressenti ces douleurs ?
 - Au moment de la pénétration
 - Après la pénétration
 - Pendant tout le rapport (pénétration + après)
- La douleur a-t-elle persistée après vos RS ?
 - Oui
 - Non
- Qu'avez-vous fait pour stopper ces douleurs :
 - Rien Utilisation de lubrifiant Arrêt du rapport Massage du périnée
 - Autre :
- Avez-vous consulté pour ces douleurs ?
 - Oui
 - Non

- Si oui : quelle prise en charge et soins vous a-t-on apporté ?.....
- Si non, souhaitez-vous une PEC pour ces douleurs ?
 - Oui
 - Non

ANNEXE 3 : Récépissé déclaration CNIL n° 1740016 v 0

RÉCÉPISSÉ

Monsieur MICHY Thierry

CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE DE
GRENOBLE HOPITAL COUPLE ENFANT

QUAI YERMOLOFF 38700
LA TRONCHE

DÉCLARATION NORMALE
Numéro de déclaration
1740016v0
du 06-02-2014

A LIRE IMPERATIVEMENT

La délivrance de ce récépissé atteste que vous avez effectué une déclaration de votre traitement à la CNIL et que votre dossier est formellement complet. Vous pouvez mettre en œuvre votre traitement. Cependant, la CNIL peut à tout moment vérifier, par courrier ou par la voie d'un contrôle sur place, que ce traitement respecte l'ensemble des dispositions de la loi du 6 janvier 1978 modifiée en 2004. En tout état de cause, vous êtes tenu de respecter les obligations prévues par la loi et notamment :

- 1) La définition et le respect de la finalité du traitement,
- 2) La pertinence des données traitées,
- 3) La conservation pendant une durée limitée des données,
- 4) La sécurité et la confidentialité des données,
- 5) Le respect des droits des intéressés : information sur leur droit d'accès, de rectification et d'opposition.

Organisme déclarant


Nom: CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE DE GRENOBLE HOPITAL COUPLE ENFANT	N° SIREN ou SIRET: 263800302 00014
Service: MATERNITE	Code NAF ou APE: 8610Z
Adresse: QUAI YERMOLOFF	Tél.: 04767675 75
Code postal : 38700	Fax.:
Ville: LATRONCHE	

Traitement déclaré

Finalité MEMOIRE DE FIN D'ETUDE DES AGES FEMME DE MAJORITES ANTAILLER (ETUDIANTES AGES FEMME 4E ANNEE) DIRIGE PAR LE DOCTEUR THIERRY MICHY, GYNECOLOGUE-OBSTETRICIEN DU CHU DE GRENOBLE. LE BUT DE CE MEMOIRE EST DE FAIRE UNE ETUDE PROSPECTIVE EN RECONTACTANT DES FEMMES AYANT ACCOUCHE AU SEIN DE L'HOPITAL, A 6 MOIS DU POST-PARTUM AFIN DE LEUR POSER DES QUESTIONS CONCERNANT LES DYS-PAREUNIES. JE LEUR DEMANDERAI LEUR AUTORISATION AU MOMENT DE LEUR RECRUTEMENT LORS DE LEUR ACCOUCHEMENT.

Fait à Paris, le 6 février 2014

Par délégation de la commission



Isabelle FALQUE PIERROTIN Présidente

RESUME

Cette étude s'interroge sur un probable impact, des différents modes d'accouchements, sur les dyspareunies à six mois du post-partum.

Nous avons réalisé une étude prospective, mono centrique au CHU de Grenoble sur une population de 113 patientes à l'aide d'un entretien téléphonique à six mois après l'accouchement.

L'objectif principal de l'étude était de définir l'incidence des dyspareunies à six mois du post-partum. Notre objectif secondaire, était d'extraire les différents facteurs de risques influençant les dyspareunies et de définir la prise en charge actuelle de ces patientes.

Nous avons retrouvé une incidence de 16.8% de dyspareunie du Post-partum dans notre population.

Cependant, le mode d'accouchement ne semble pas influencer exclusivement l'incidence de dyspareunie à six mois du post-partum. Néanmoins, il existe probablement d'autres facteurs additionnels aboutissant à ce symptôme. Une cohorte plus importante avec plus d'évènements permettrait de réaliser une étude multivariée qui retrouverait probablement plusieurs facteurs étiologiques liés entre eux.

Toutefois, on n'a pu mettre en avant que les prises en charge de ces patientes, souffrant de dyspareunies six mois après leur accouchement, sont très décevantes et ne répondent pas à leurs attentes.

Mots clés : Dyspareunie du post-partum, mode d'accouchement, prise en charge dyspareunie.