



HAL
open science

Devenir obstétrical après lésion obstétricale du sphincter anal chez la patiente primipare : étude rétrospective sur douze ans dans une maternité française de niveau III

Cécile Goupil

► **To cite this version:**

Cécile Goupil. Devenir obstétrical après lésion obstétricale du sphincter anal chez la patiente primipare : étude rétrospective sur douze ans dans une maternité française de niveau III. Médecine humaine et pathologie. 2018. dumas-01895930

HAL Id: dumas-01895930

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01895930>

Submitted on 15 Oct 2018

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.



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 SID de Grenoble :
bump-theses@univ-grenoble-alpes.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>

**DEVENIR OBSTÉTRICAL APRÈS LÉSION OBSTÉTRICALE
DU SPHINCTER ANAL CHEZ LA PATIENTE PRIMIPARE :
ÉTUDE RÉTROSPECTIVE SUR DOUZE ANS DANS UNE
MATERNITÉ FRANÇAISE DE NIVEAU III**

Thèse

Présentée pour l'obtention du titre de Docteur en Médecine

Diplôme d'État

Soutenue publiquement le 05 octobre 2018 à la Faculté de Médecine de Grenoble

Par Cécile GOUPIL

[Données à caractère personnel]

Devant le Jury de Médecine, composé de :

Président du Jury :

Madame le Professeur Pascale HOFFMANN

Membres du Jury :

Monsieur le Docteur François ISTASSE, directeur de thèse

Monsieur le Professeur Didier RIETHMULLER

Monsieur le Docteur Pierre GILLOIS

Madame le Docteur Véronique EQUY

Doyen de la Faculté : Pr. Patrice MORAND

Année 2017-2018

ENSEIGNANTS A L'UFR DE MEDECINE

CORPS	NOM-PRENOM	Discipline universitaire
PU-PH	ALBALADEJO Pierre	Anesthésiologie réanimation
PU-PH	APTEL Florent	Ophthalmologie
PU-PH	ARVIEUX-BARTHELEMY Catherine	Chirurgie générale
PU-PH	BAILLET Athan	Rhumatologie
PU-PH	BARONE-ROCHETTE Gilles	Cardiologie
PU-PH	BAYAT Sam	Physiologie
PU-PH	BENHAMOU Pierre Yves	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
PU-PH	BERGER François	Biologie cellulaire
MCU-PH	BIDART-COUTTON Marie	Biologie cellulaire
MCU-PH	BOISSET Sandrine	Agents infectieux
PU-PH	BONAZ Bruno	Gastro-entérologie, hépatologie, addictologie
PU-PH	BONNETERRE Vincent	Médecine et santé au travail
PU-PH	BOREL Anne-Laure	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
PU-PH	BOSSON Jean-Luc	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
MCU-PH	BOTTARI Serge	Biologie cellulaire
PU-PH	BOUGEROL Thierry	Psychiatrie d'adultes
PU-PH	BOUILLET Laurence	Médecine interne
PU-PH	BOUZAT Pierre	Réanimation
MCU-PH	BRENIER-PINCHART Marie Pierre	Parasitologie et mycologie
PU-PH	BRICAULT Ivan	Radiologie et imagerie médicale
PU-PH	BRICHON Pierre-Yves	Chirurgie thoracique et cardio- vasculaire
MCU-PH	BRIOT Raphaël	Thérapeutique, médecine d'urgence
MCU-PH	BROUILLET Sophie	Biologie et médecine du développement et de la reproduction
PU-PH	CAHN Jean-Yves	Hématologie
PU-PH	CARPENTIER Françoise	Thérapeutique, médecine d'urgence
PU-PH	CARPENTIER Patrick	Chirurgie vasculaire, médecine vasculaire
PU-PH	CESBRON Jean-Yves	Immunologie
PU-PH	CHABARDES Stephan	Neurochirurgie
PU-PH	CHABRE Olivier	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
PU-PH	CHAFFANJON Philippe	Anatomie
PU-PH	CHARLES Julie	Dermatologie
PU-PH	CHAVANON Olivier	Chirurgie thoracique et cardio- vasculaire
PU-PH	CHIQUET Christophe	Ophthalmologie

PU-PH	CHIRICA Mircea	Chirurgie générale
PU-PH	CINQUIN Philippe	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
MCU-PH	CLAVARINO Giovanna	Immunologie
PU-PH	COHEN Olivier	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
PU-PH	COURVOISIER Aurélien	Chirurgie infantile
PU-PH	COUTURIER Pascal	Gériatrie et biologie du vieillissement
PU-PH	CRACOWSKI Jean-Luc	Pharmacologie fondamentale, pharmacologie clinique
PU-PH	CURE Hervé	Oncologie
PU-PH	DEBILLON Thierry	Pédiatrie
PU-PH	DECAENS Thomas	Gastro-entérologie, Hépatologie
PU-PH	DEMATTEIS Maurice	Addictologie
MCU-PH	DERANSART Colin	Physiologie
PU-PH	DESCOTES Jean-Luc	Urologie
MCU-PH	DETANTE Olivier	Neurologie
MCU-PH	DIETERICH Klaus	Génétique et procréation
MCU-PH	DOUTRELEAU Stéphane	Physiologie
MCU-PH	DUMESTRE-PERARD Chantal	Immunologie
PU-PH	EPAULARD Olivier	Maladies Infectieuses et Tropicales
PU-PH	ESTEVE François	Biophysique et médecine nucléaire
MCU-PH	EYSSERIC Hélène	Médecine légale et droit de la santé
PU-PH	FAGRET Daniel	Biophysique et médecine nucléaire
PU-PH	FAUCHERON Jean-Luc	Chirurgie générale
MCU-PH	FAURE Julien	Biochimie et biologie moléculaire
PU-PH	FERRETTI Gilbert	Radiologie et imagerie médicale
PU-PH	FEUERSTEIN Claude	Physiologie
PU-PH	FONTAINE Éric	Nutrition
PU-PH	FRANCOIS Patrice	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
MCU-MG	GABOREAU Yoann	Médecine Générale
PU-PH	GARBAN Frédéric	Hématologie, transfusion
PU-PH	GAUDIN Philippe	Rhumatologie
PU-PH	GAVAZZI Gaétan	Gériatrie et biologie du vieillissement
PU-PH	GAY Emmanuel	Neurochirurgie
MCU-PH	GILLOIS Pierre	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
MCU-PH	GRAND Sylvie	Radiologie et imagerie médicale
PU-PH	GRIFFET Jacques	Chirurgie infantile
PU-PH	GUEBRE-EGZIABHER Fitsum	Néphrologie
MCU-PH	GUZUN Rita	Endocrinologie, diabétologie, nutrition, éducation thérapeutique
PU-PH	HAINAUT Pierre	Biochimie, biologie moléculaire
PU-PH	HENNEBICQ Sylviane	Génétique et procréation
PU-PH	HOFFMANN Pascale	Gynécologie obstétrique
PU-PH	HOMMEL Marc	Neurologie
PU-MG	IMBERT Patrick	Médecine Générale
PU-PH	JOUK Pierre-Simon	Génétique
PU-PH	JUVIN Robert	Rhumatologie

PU-PH	KAHANE Philippe	Physiologie
MCU-PH	KASTLER Adrian	Radiologie et imagerie médicale
PU-PH	KRACK Paul	Neurologie
PU-PH	KRAINIK Alexandre	Radiologie et imagerie médicale
PU-PH	LABARERE José	Epidémiologie ; Eco. de la Santé
MCU-PH	LABLANCHE Sandrine	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
MCU-PH	LANDELLE Caroline	Bactériologie - virologie
MCU-PH	LAPORTE François	Biochimie et biologie moléculaire
MCU-PH	LARDY Bernard	Biochimie et biologie moléculaire
MCU-PH	LARRAT Sylvie	Bactériologie, virologie
MCU - PH	LE PISSART Audrey	Biochimie et biologie moléculaire
PU-PH	LECCIA Marie-Thérèse	Dermato-vénérologie
PU-PH	LEROUX Dominique	Génétique
PU-PH	LEROY Vincent	Gastro-entérologie, hépatologie, addictologie
PU-PH	LEVY Patrick	Physiologie
PU-PH	LONG Jean-Alexandre	Urologie
PU-PH	MAGNE Jean-Luc	Chirurgie vasculaire
MCU-PH	MAIGNAN Maxime	Thérapeutique, médecine d'urgence
PU-PH	MAITRE Anne	Médecine et santé au travail
MCU-PH	MALLARET Marie-Reine	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
MCU-PH	MARLU Raphaël	Hématologie, transfusion
MCU-PH	MAUBON Danièle	Parasitologie et mycologie
PU-PH	MAURIN Max	Bactériologie - virologie
MCU-PH	MC LEER Anne	Cytologie et histologie
PU-PH	MERLOZ Philippe	Chirurgie orthopédique et traumatologie
PU-PH	MORAND Patrice	Bactériologie - virologie
PU-PH	MOREAU-GAUDRY Alexandre	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
PU-PH	MORO Elena	Neurologie
PU-PH	MORO-SIBLOT Denis	Pneumologie
PU-PH	MOUSSEAU Mireille	Cancérologie
PU-PH	MOUTET François	Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; brûlologie
MCU-PH	PACLET Marie-Hélène	Biochimie et biologie moléculaire
PU-PH	PALOMBI Olivier	Anatomie
PU-PH	PARK Sophie	Hémato - transfusion
PU-PH	PASSAGGIA Jean-Guy	Anatomie
PU-PH	PAYEN DE LA GARANDERIE Jean-François	Anesthésiologie réanimation
MCU-PH	PAYSANT François	Médecine légale et droit de la santé
MCU-PH	PELLETIER Laurent	Biologie cellulaire
PU-PH	PELLOUX Hervé	Parasitologie et mycologie
PU-PH	PEPIN Jean-Louis	Physiologie
PU-PH	PERENNOU Dominique	Médecine physique et de réadaptation
PU-PH	PERNOD Gilles	Médecine vasculaire
PU-PH	PIOLAT Christian	Chirurgie infantile
PU-PH	PISON Christophe	Pneumologie

PU-PH	PLANTAZ Dominique	Pédiatrie
PU-PH	POIGNARD Pascal	Virologie
PU-PH	POLACK Benoît	Hématologie
PU-PH	POLOSAN Mircea	Psychiatrie d'adultes
PU-PH	PONS Jean-Claude	Gynécologie obstétrique
PU-PH	RAMBEAUD Jacques	Urologie
PU-PH	RAY Pierre	Biologie et médecine du développement et de la reproduction
PU-PH	REYT Émile	Oto-rhino-laryngologie
PU-PH	RIGHINI Christian	Oto-rhino-laryngologie
PU-PH	ROMANET Jean Paul	Ophthalmologie
PU-PH	ROSTAING Lionel	Néphrologie
MCU-PH	ROUSTIT Matthieu	Pharmacologie fondamentale, pharmaco clinique, addictologie
MCU-PH	ROUX-BUISSON Nathalie	Biochimie, toxicologie et pharmacologie
MCU-PH	RUBIO Amandine	Pédiatrie
PU-PH	SARAGAGLIA Dominique	Chirurgie orthopédique et traumatologie
MCU-PH	SATRE Véronique	Génétique
PU-PH	SAUDOU Frédéric	Biologie Cellulaire
PU-PH	SCHMERBER Sébastien	Oto-rhino-laryngologie
PU-PH	SCHWEBEL-CANALI Carole	Réanimation médicale
PU-PH	SCOLAN Virginie	Médecine légale et droit de la santé
MCU-PH	SEIGNEURIN Arnaud	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
PU-PH	STAHL Jean-Paul	Maladies infectieuses, maladies tropicales
PU-PH	STANKE Françoise	Pharmacologie fondamentale
MCU-PH	STASIA Marie-José	Biochimie et biologie moléculaire
PU-PH	STURM Nathalie	Anatomie et cytologie pathologiques
PU-PH	TAMISIER Renaud	Physiologie
PU-PH	TERZI Nicolas	Réanimation
MCU-PH	TOFFART Anne-Claire	Pneumologie
PU-PH	TONETTI Jérôme	Chirurgie orthopédique et traumatologie
PU-PH	TOUSSAINT Bertrand	Biochimie et biologie moléculaire
PU-PH	VANZETTO Gérald	Cardiologie
PU-PH	VUILLEZ Jean-Philippe	Biophysique et médecine nucléaire
PU-PH	WEIL Georges	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
PU-PH	ZAOUI Philippe	Néphrologie
PU-PH	ZARSKI Jean-Pierre	Gastro-entérologie, hépatologie, addictologie

PU-PH : Professeur des Universités et Praticiens Hospitaliers

MCU-PH : Maître de Conférences des Universités et Praticiens Hospitaliers

PU-MG : Professeur des Universités de Médecine Générale

MCU-MG : Maître de Conférences des Universités de Médecine Générale

REMERCIEMENTS

Un grand Merci à...

Au jury de cette thèse :

À Madame le Professeur Pascale HOFFMANN, présidente de ce jury.
Merci de me faire l'honneur de présider ce jury. Merci de votre confiance, à tous moments.
Je suis heureuse de poursuivre ma formation à vos côtés ces deux prochaines années.

À Monsieur le Professeur Didier RIETHMULLER,
merci d'avoir accepté de faire partie de mon jury. Votre venue à Grenoble ne peut être que profitable pour notre service, j'espère apprendre beaucoup à vos côtés.

À Monsieur le Docteur Pierre GILLOIS,
merci pour votre contribution pour ce travail. Les statistiques ne sont pas mon domaine de prédilection, vous l'aurez compris ! Merci pour votre présence ce soir.

À Madame le Docteur Véronique EQUY,
merci pour la formation que vous avez pu m'apporter tout au long de l'internat. Je pense avoir beaucoup appris en obstétrique grâce à vous, et je suis sûre que cela va continuer.

À Monsieur le Docteur François ISTASSE, directeur de thèse.
Tout d'abord merci d'avoir bien voulu encadrer mon sujet. Merci pour ces heures de relecture, et merci de m'avoir rassurée. Tu n'aurais pas dû te débrouiller aussi bien en tant que directeur de thèse, tu vas devoir en encadrer d'autres maintenant !!

À ma famille :

À ma maman, ma plus fidèle supportrice. Ces études, c'est grâce à toi que j'ai pu les réussir. Ton soutien inconditionnel m'a permis de tenir, et pour cela je ne pourrai jamais assez te remercier.

À mon Papa, toi qui m'a probablement donné l'envie d'être médecin, mais surtout l'envie d'être humaine dans mon métier. En cette fin d'internat je te sens fier de moi, tu ne peux pas savoir à quel point cela me touche. Même si la distance nous sépare, je souhaite encore et encore des moments ressourçants auprès de vous.

À mon Frère, Bruno. Toi aussi tu as voulu suivre la voie de la médecine, me voir trimer en première année n'a donc pas suffi à te faire renoncer. Et tu as eu raison, tu es fait pour ça. Malgré la distance, parce que toi aussi le petit caillou t'a rappelé, tu es dans mon cœur. Ta présence ce soir me fait plus que plaisir.

À mes grands-parents, ceux que j'aurai voulu plus connaître, et ceux qui ont fait partie de mes étés d'enfance. Mamie, on boira une coupe pour fêter ce moment ensemble à Aubagne, promis ! Papi, le Chablis sera bu ce week-end, tu me manques.

À mes oncles et tantes, mes cousines et cousins, de Paris, de Toulouse, de Bergerac, de Corse, de Nogent le Rotrou.. ! Je n'aurai pu espérer autant de mes proches autour de moi pour ce moment important ! Un grand merci à vous, cela me touche au plus haut point.

À Marie et Ghislaine, parce que vous m'avez suivie tout ce temps, de ma naissance à ce grand jour, on peut dire que vous faites partie de la famille ;) À Maïté, je ne pourrais jamais assez te remercier, pour tout. Merci d'avoir été tant présente pour nous.

À Geneviève et Jacques pour la relecture et les petits plats, merci de votre soutien !

À mes amis :

A mes Amies d'enfance, Elodie et Émilie, mes repères. Elodie, tu as toujours brillé par ton excellence. Toutes ces années d'études à tes côtés m'ont permis de me surpasser et j'en suis là aussi grâce à toi. Mais encore plus important, je te remercie pour tous ces moments de bonheur passés ensemble et les innombrables fous rires ! Émilie, nous en sommes à combien maintenant ? 26 ans d'amitié ! Et toujours des moments aussi agréables à tes côtés. Je ne peux être plus heureuse pour toi en ce moment même où tu viens de devenir la maman d'une merveilleuse petite fille. Alex, merci de la rendre si heureuse. Vous êtes à présent retournées chez nous, sur notre chère île, mais resterez mes Amies de toujours, et pour toujours.

À mes amis de Bordeaux, avec qui j'ai passé de folles années d'études ! À Claire et nos voyages, et si on repartait ? À Camille, streessss ! À Aurélien, quand je pense que tu as failli être cardiologue... Gynéco Power !! À Justine, Alix, Antho. J'ai hâte de vous retrouver pour la prochaine réunion de groupe ! Alors qui se marie ?? ;) Vous me manquez.

À mes amis de première année d'internat, À Léonie, Julie et Stéphanie. Mes amies, les tatas. Vous faites pleinement partie de ma vie maintenant, et j'espère que nous continuerons d'évoluer ensemble. Je vous souhaite pleins de moments heureux avec Oliv, Julien et Émilie.

Aux copains du semestre d'Annecy : À tomtom, Nico (D), Nico (C), Tiffany, Elo, Vinkiki, Amomo, Tiff et tous les autres. On m'avait vendu du rêve pour le premier semestre, c'était au-delà de mes espérances !

À mes co-internes du 2^{ème} semestre chambérien, Anais, Pauline, Manue et nos moments de régalade dans le box des urgences ! 1 mariage, 3 bébés ! Vous avez bien bossé ;))

À mes amis et collègues, mes co-internes, sans qui cet internat n'aurait pas eu la même saveur :

À Cécilia, ma compère de cette dernière année d'internat. Un master 2, une thèse et 6 mois d'allers-retours à Chambéry en une année ça fait beaucoup, et à deux c'est rudement mieux ! Merci pour ça, et merci pour le déclic ;) Je t'attends pour être à nouveau ma compère, mais d'assistantat cette fois-ci !

À Anna, mon autre acolyte de M2 ! Je garderai toujours en mémoire nos cours d'anglais et du traitement du signal, du vrai bonheur. Toi aussi tu as intérêt à te pointer l'année prochaine !

À Célia, merci pour ces nombreuses heures de débriefing sur ton canapé. On a vécu des moments forts, je n'oublierai jamais.

À Alexia, notre sur-femme, je t'admire pour la gestion de ton parcours professionnel et de ta vie personnelle, bravo !

À Chloé, pour ta bonne humeur et tes éclats de rire, pour ton écoute et tes conseils quand on en a le plus besoin.

À Meryam, Miss potins (désolée j'étais obligée ;) !), Julia, Charles, Charlotte, Clémence, Aliénor, Clément, Clara, Jessica, Max, Claire, Théo (je suis fun !!), Maureen (merci pour la traduction !)

À tous les autres, avec qui je n'ai pas encore eu la chance de travailler, mon chemin croisera peut-être le leur durant cette nouvelle étape qui arrive.

À Sophie, ancienne co-interne, puis chef, puis future co-chef, très heureuse de passer ces étapes avec toi ! À Pierre-Alain, Merci pour ce forceps, surtout celui d'après ;), À Maryline pour tes encouragements de dernière minute ! Contente de partager cette nouvelle aventure avec vous !

À Camille (Micoud), quelle pression de prendre ta place ! J'espère être un jour à la hauteur de ta gentillesse et de ta compétence.

À mes co-internes d'urologie, Camille, Stan, Nico. Quel semestre ! Quelles soirées ! 6 mois qui ont permis de créer une jolie amitié !

À mes co-internes de chirurgie digestive, Dédé et Manu !! Malgré mes râleries, on a bien rigolé quand même ! À quand une autre bière au Tonneau ??

À toutes les équipes avec lesquelles j'ai travaillé :

À l'équipe du CHU,

Aux médecins qui m'ont accompagné pendant ces cinq années, de jour comme de nuit !

À Anne-Laure, mon modèle. J'espère secrètement atteindre un jour ta compétence, tu as toute mon admiration. À Virginie, merci pour ta confiance, j'admire ta sérénité (et ta classe même à 3h du matin !). Au Dr Catherine Thong Vanh, à ces longues visites en patho pleines de réflexion ! À Camille (Dunand), tellement drôle, j'ai vécu ton premier VD d'assistante, oh my god c'est bientôt mon tour !! À Aurore, merci pour le coup de pouce pour le Master 2 ;) À

Thierry Michy, qui m'a confié mes premiers blocs de grande. À Anne-Cécile Philippe, qui m'impressionne ! Une autre sur-femme !

Aux sages-femmes, auxis, infirmières, aides-soignantes, brancardiers et ASH. Tellement ravie de revenir travailler avec vous !! Une équipe de choc !

À l'équipe de la Clinique Mutualiste,

Aux chirurgiens, obstétriciens, sages-femmes, secrétaires, auxis.. Merci pour votre bienveillance à tous, ces deux semestres auprès de vous n'ont été que du bonheur. Au Dr Eyriey, Manu, j'ai retenu les 3 dictons ;), Pierre-Louis et son humour à toute épreuve, Jean-Claude pour mon premier forceps de A à Z !, Amélie, petit bout de femme forte en caractère, Bianca, qui avait la patience de ne pas me reprendre la main au bloc, « tu as commencé cette intervention, tu la finiras », Corinne Fize, impressionnante en voie basse, je veux faire pareil ! À Clémentine Vidal, pour sa douceur. À Cécile Jacquet, la classe en toute occasion (même au bloc !) jusqu'au bout des ongles !

À Fabien, qui a été mon chef à deux reprises, mais qui est surtout devenu mon ami. Merci pour votre soutien à tous les deux, à quand une bonne bouteille de vin ? ;)

À l'équipe d'Annecy, qui m'a vue toute toute petite ! Un merci tout particulier à Sébastien, qui m'a donné goût à la chirurgie alors que je ne l'aurai jamais cru !!

À L'équipe de Chambéry,

Vous m'avez fait entrer dans le vif du sujet en 2^{ème} semestre, et vous m'avez permis de prendre confiance pour la suite en dernier, merci.

À l'équipe du service d'Urologie du CHU,

Quel service ! quelle équipe ! J'ai beaucoup appris auprès de vous, vous êtes un exemple à suivre.

À l'équipe du service de chirurgie digestive de la Clinique Mutualiste,

Je suis fière de détenir le record de durée d'intervention (12h30, qui dit mieux ??) À Fabien Stenard, merci pour ton investissement auprès des internes, et pour les soirées BBQ !

Et bien sûr :

À Florian,

Parce que la vie est si belle à tes côtés. Merci de ton amour, de prendre tant soin de moi et de faire mon bonheur. Je t'aime.

TABLE DES MATIÈRES

REMERCIEMENTS	6
RÉSUMÉ	11
SUMMARY	12
INTRODUCTION	13
MATÉRIEL ET MÉTHODES	16
DESIGN DE L'ÉTUDE	16
CRITÈRES D'INCLUSION ET D'EXCLUSION	16
EXTRACTION DES DONNÉES.....	16
VARIABLES D'INTÉRÊT	17
ANALYSE STATISTIQUE	18
RÉSULTATS	19
ANALYSE DESCRIPTIVE DE LA POPULATION	19
COMPARAISON DES GROUPES AVEC ET SANS RÉCIDIVE DE LOSA	23
DISCUSSION	25
RAPPEL DES RÉSULTATS	25
COHÉRENCE INTERNE.....	27
COHÉRENCE EXTERNE	28
<i>Récidive de LOSA</i>	28
<i>Voie d'accouchement après antécédent de LOSA</i>	29
<i>Améliorer la prise en charge des patientes</i>	31
CONCLUSION	32
BIBLIOGRAPHIE	34

RÉSUMÉ

Objectif. Étudier la voie d'accouchement et le taux de récurrence pour des patientes deuxièmes pares ayant été exposées à une Lésion Obstétricale du Sphincter Anal (LOSA) lors de leur premier accouchement.

Matériel et méthodes. Cette étude observationnelle, rétrospective, a inclus des patientes ayant accouché par voie basse d'un premier enfant vivant en présentation céphalique, et ayant eu une LOSA, à partir du 1^{er} janvier 2006, puis accouché d'un deuxième enfant à la maternité du CHU Grenoble Alpes avant le 1^{er} janvier 2018.

Résultats. Sur les 232 patientes exposées à une LOSA (2,91 % des naissances) pour leur premier accouchement, 104 ont à nouveau accouché dans la même maternité : 3 d'entre elles (2,88 %) ont bénéficié d'une césarienne programmée pour protection périnéale pour leur deuxième accouchement, 97,12 % ont accouché par les voies naturelles avec un taux de récurrence de LOSA de 5,94 %. Les facteurs de risque de récurrence de LOSA mis en évidence étaient le dévirement de la présentation en OS (OR 15,33 IC 95 % [3,04-77,4] ; $p=0,01$), et la durée des efforts expulsifs de plus de 20 minutes (OR 18 IC 95 % [4,27-75,93] ; $p=0,005$).

Discussion. Il existe un risque majoré de récurrence de lésions périnéales sévères après un premier épisode. Notre taux de césarienne programmée en cas d'antécédent de LOSA est inférieur aux données de la littérature. Le suivi des patientes et l'évaluation de leur pronostic fonctionnel périnéal doivent être optimisés afin d'indiquer au mieux la voie d'accouchement pour chacune d'elles. Des recommandations françaises issues des sociétés savantes sont nécessaires pour guider les praticiens dans la prise en charge de ces patientes.

SUMMARY

OBSTETRICAL MANAGEMENT AFTER OASI IN PRIMIPAROUS WOMEN : A TWELVE YEAR RETROSPECTIVE STUDY IN A FRENCH LEVEL III MATERNITY

Purpose. To study the mode of delivery and recurrence rate for second pares patients who were exposed to Obstetrical Anal Sphincter Injury (OASI) during their first delivery.

Methods. This observational and retrospective study included patients who gave birth vaginally to a first living child in cephalic presentation, and who had an OASI, from January 1st 2006, then gave birth to a second child at the maternity of the University Hospital of Grenoble Alpes before January 1st 2018.

Results. Of the 232 patients exposed to an OASI (2.91 % of births) for their first delivery, 104 gave birth again in the same maternity ward : 3 of them (2.88 %) had a caesarean section scheduled for perineal protection for their second delivery, 97.12 % delivered naturally with an OASI recurrence rate of 5.94 %. The risk factors for recurrence of OASI highlighted were the release of the occiput posterior presentation (OR 15.33 95 % CI [3.04-77.4] ; $p=0.01$), and the duration of expulsive efforts of more than 20 minutes (OR 18 95 % CI [4.27-75.93] ; $p=0.005$).

Conclusions. There is an increased risk of recurrence of severe perineal tears after a first episode. Our programmed cesarean section rate in case of a history of OASI is lower than the data in the literature. Patient follow-up and assessment of their perineal functional prognosis should be optimized to best indicate the delivery route for each patient. French recommendations from learned societies are needed to guide practitioners in the management of these patients.

INTRODUCTION

Le devenir obstétrical des patientes ayant été exposées à une Lésion Obstétricale du Sphincter Anal (LOSA) lors de leur premier accouchement pose problème aux équipes obstétricales. Le choix entre une césarienne programmée et un nouvel accouchement par les voies naturelles pour une future grossesse est souvent le fruit d'interrogations pour les patientes comme pour les praticiens.

Lors de la phase d'expulsion à l'accouchement, le périnée, région anatomique séparant la fourchette vulvaire de l'anus, subit une distension maximale, qui peut occasionner des traumatismes périnéaux.

La classification de ces lésions, reconnue par l'Organisation Mondiale de la Santé, distingue les atteintes périnéales selon quatre types de déchirure [1] :

- Premier degré : superficielle, vaginale et/ou cutanée périnéale
- Deuxième degré : lésion périnéale mettant en jeu les muscles du périnée, mais n'affectant pas le sphincter anal
- Troisième degré : lésion périnéale mettant en jeu le complexe sphinctérien anal :
 - 3a : lésion affectant moins de 50 % de l'épaisseur du sphincter anal externe
 - 3b : lésion affectant plus de 50 % de l'épaisseur du sphincter anal externe
 - 3c : lésion affectant la totalité du sphincter anal (sphincter externe et interne)
- Quatrième degré : lésion périnéale mettant en jeu le complexe sphinctérien anal (sphincter anal externe et interne) et la muqueuse anorectale.

Les lésions en boutonnière (Button hole injury), correspondant à une atteinte de la muqueuse vaginale et rectale sans atteinte du sphincter anal, ne font pas partie de cette classification.

Les LOSA intègrent les lésions périnéales de 3^{ème} et de 4^{ème} degré. Leur incidence se situe entre 0,5 et 5 %, toutes parités confondues [2]. Les facteurs de risque établis et reconnus par le Royal College of Obstetricians and Gynaecologists (RCOG) sont la macrosomie fœtale (poids du nouveau-né supérieur à 4kg), les accouchements instrumentaux, l'ethnicité asiatique, le dégagement de la présentation en occipito-sacré, la primiparité, le déclenchement du travail, une seconde phase du travail prolongée, la dystocie des épaules [3,4,5]. L'épisiotomie médiane, la faible expérience de l'accoucheur, et l'absence de contrôle de la tête à l'expulsion semblent également être des facteurs de risque de LOSA [6,7].

L'atteinte du sphincter anal lors de l'accouchement peut nuire à la qualité de vie des femmes. Elle est associée à une variété de complications invalidantes comme des douleurs périnéales chroniques, une dyspareunie ou encore une incontinence anale, qui correspond à une perte involontaire de gaz et/ou selles [3,8]. Cette incontinence peut être précoce, diagnostiquée par la majorité des auteurs dès qu'un épisode est rapporté au cours des 4 premières semaines suivant l'accouchement [6], et/ou persistante, définie par la persistance des symptômes plus de 5 mois après l'accouchement [9]. La prévalence de l'incontinence anale associée aux LOSA est très variable dans la littérature, et probablement sous-estimée. En effet, le taux d'incontinence anale à la suite d'une réparation immédiate de LOSA se situe entre 15 et 61 %, avec 50 à 80 % des patientes diagnostiquées qui récupéreront une continence normale [1,9]. Le risque d'altération de la fonction anale dépend de

l'importance de la déchirure périnéale et de l'atteinte combinée du sphincter externe et du sphincter interne de l'anus, avec un taux d'incontinence anale significativement plus important en cas de lésions de type 3c et 4 [10].

Ces constatations nous confrontent à un dilemme entre le risque de récurrence des lésions périnéales sévères et son impact sur le pronostic fonctionnel périnéal lors d'un nouvel accouchement par les voies naturelles, et la morbidité d'une césarienne programmée. En effet, plusieurs études s'accordent à dire que la réalisation d'une césarienne programmée, tous contextes confondus, est associée à une augmentation de la morbidité maternelle et néonatale par rapport à un accouchement par voie basse, à court comme à long terme [11,12].

À ce jour, le Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français (CNGOF) n'a pas publié de recommandation sur le sujet. Le RCOG préconise que les patientes exposées à une LOSA lors d'un précédent accouchement étant symptomatiques ou ayant une échographie endo-anale et/ou une manométrie ano-rectale anormale(s) devraient être conseillées sur l'option d'une césarienne programmée pour un futur accouchement. Cependant, il n'existe pas de recommandation claire indiquant la réalisation d'une césarienne en cas d'antécédent de LOSA, quelle que soit l'atteinte sphinctérienne.

Notre étude a pour objectif d'étudier la voie d'accouchement des patientes deuxièmes pares ayant été exposées à une lésion obstétricale du sphincter anal lors de leur premier accouchement. Le taux de récurrence des LOSA chez ces patientes et les éventuels facteurs de risque de récurrence seront évalués.

MATÉRIEL ET MÉTHODES

Design de l'étude

Il s'agit d'une étude rétrospective sur douze ans par analyse des dossiers informatisés du service de Maternité de niveau III du CHU Grenoble Alpes, France.

Critères d'inclusion et d'exclusion

La population de l'étude incluait les patientes primipares ayant consécutivement accouché par voie basse avec LOSA d'un singleton vivant à la maternité du CHU Grenoble Alpes puis accouché d'un deuxième enfant dans la même maternité, entre le 01 janvier 2006 et le 31 décembre 2017.

Les patientes étaient exclues lorsqu'elles présentaient pour au moins l'une de leurs grossesses : une présentation non céphalique à l'accouchement, une mort fœtale in utero (MFIU), un accouchement prématuré (défini par un accouchement avant 37SA), une césarienne programmée pour un autre motif que la protection périnéale de la patiente ou césarienne en urgence, une grossesse multiple.

Extraction des données

Le Département de l'Information Médicale du CHU Grenoble Alpes a contribué au recueil de données. Nous avons dans un premier temps sélectionné toutes les patientes possédant un acte CCAM (Classification Commune des Actes Médicaux) d'accouchement par voie naturelle unique céphalique chez une primipare après 37 semaines d'aménorrhées (code JQGD010) avec une date de sortie supérieure au 31 décembre 2005. Nous avons sélectionné parmi elles les patientes possédant soit un acte CCAM de :

- suture immédiate de déchirure obstétricale du périnée avec lésion du muscle du sphincter externe de l'anus (JMCA003)
- suture immédiate de déchirure obstétricale du périnée avec lésion du rectum (JMCA001)
- code diagnostique CIM 10 (Classification Internationale des Maladies) de déchirure de degré 3 ou 4 (O70.2 ou O70.3).

Nous avons par la suite sélectionné les patientes possédant une venue pour un nouvel accouchement jusqu'au 31 décembre 2017.

Nous avons extrait les informations nécessaires du dossier médical informatisé utilisé au CHU Grenoble Alpes. Nous avons consulté les onglets suivants : identification de la patiente, antécédents obstétricaux, synthèse obstétricale, entête surveillance grossesse, consultations de surveillance de la grossesse, partogramme, accouchement pour la mère, accouchement pour l'enfant, fiche nouveau-né, compte-rendu d'assistance instrumentale à la naissance ou de césarienne le cas échéant, mots ou prescriptions en suite de couches, consultation post-natale.

Variables d'intérêt

D'un point de vue maternel, nous avons identifié les variables suivantes : âge maternel à la première et deuxième naissance, indice de masse corporelle (IMC) au début des deux grossesses.

Les facteurs obstétricaux pour les différentes grossesses ont été relevés : déclenchement, voie d'accouchement (voie basse, césarienne programmée), anesthésie péridurale (APD), assistance instrumentale à la naissance (ventouse, forceps, association de deux instruments différents), réalisation d'une épisiotomie avec précision ou non de la justification du geste pour antécédent de LOSA,

dégagement de la présentation en occipito-pubien (OP) ou occipito-sacré (OS), âge gestationnel (SA), poids de naissance (grammes), diabète (gestationnel ou antérieur à la grossesse), durée du travail (minutes), durée des efforts expulsifs (inférieure ou supérieure/égale à 20 minutes), dystocie des épaules, intervalle entre les deux naissances (jours).

Le statut périnéal pour les deux accouchements a été précisé : type de déchirure, réparation sphinctérienne au décours de l'accouchement ou à distance, présence d'une incontinence anale précoce ou persistante de plus de 5 mois après l'accouchement (gaz et/ou selles).

Analyse statistique

L'analyse descriptive des différents paramètres quantitatifs a été exprimée avec leurs moyennes (Moy). Pour les variables catégorielles ou qualitatives, les pourcentages ont été présentés avec leur effectif respectif (N). Lorsque les données étaient manquantes, le nombre de sujets sur lequel reposait l'analyse était précisé. L'analyse comparative entre les groupes avec et sans récurrence de LOSA concernant les variables quantitatives a fait appel au test paramétrique d'analyse de variance ou test de Student lorsque la variable suivait une loi normale et au test non paramétrique de Wilcoxon lorsque ce n'était pas le cas. Nous avons utilisé des modèles de régression logistique en analyse multivariée pour estimer les odds ratios (OR) ajustés aux facteurs confondants reflétant le risque relatif de LOSA au deuxième accouchement chez ces patientes. Pour chacun des tests réalisés, une valeur de p inférieure au seuil du risque alpha fixé à 5 % ($p < 0,05$) était considérée comme significative. L'analyse statistique a été effectuée à l'aide du logiciel R-Software (version 3.3.3).

RÉSULTATS

Analyse descriptive de la population

Dans la période définie de 12 ans, 7959 patientes primipares avec un accouchement par voie basse céphalique unique après 37 SA d'un enfant vivant au CHU Grenoble Alpes ont été sélectionnées. Parmi elles, 232 (2,91 %) ont été exposées à une LOSA lors de leur premier accouchement.

Nous avons exclu 128 patientes : 119 n'ont pas accouché d'un deuxième enfant au sein du CHU Grenoble Alpes pendant la période d'étude ; 4 ont accouché prématurément ; 5 patientes ont bénéficié d'une césarienne pour une autre indication que pour protection périnéale (4 en urgence, 1 programmée pour présentation du siège).

Au total, 104 patientes ont été incluses, dont 3 (2,88 %) ont bénéficié d'une césarienne programmée pour protection périnéale pour leur deuxième accouchement et 97,12 % ont accouché par les voies naturelles.

Pour les patientes ayant accouché par les voies naturelles pour leur deuxième grossesse, 6 (5,94 %) d'entre elles ont présenté une récurrence de LOSA. Il s'agissait uniquement de lésions de 3^{ème} degré.

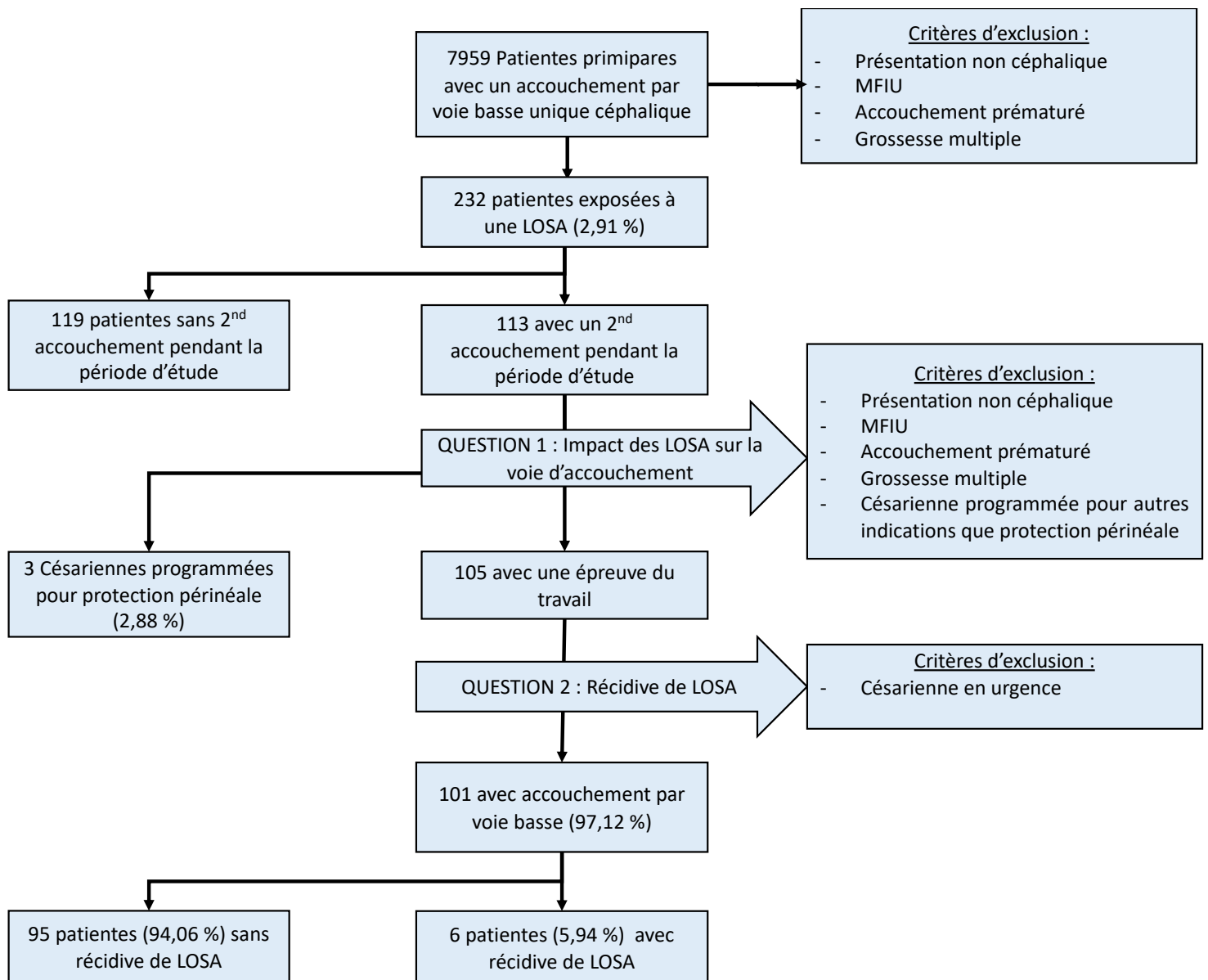


Figure 1 : Flowchart de la voie d'accouchement et du taux de récurrence de LOSA des patientes secondes paires déjà exposées lors de leur premier accouchement au CHU Grenoble Alpes, entre le 1^{er} janvier 2006 et le 31 décembre 2017.

Les caractéristiques cliniques de la population d'étude sont présentées dans le tableau 1.

	Données	Pourcentages (%)
Âge maternel moyen	27	-
IMC moyen (kg/m²)	22,16	-
Âge gestationnel moyen (SA)	40+1	-
Durée moyenne du travail (min)	415	-
Poids fœtal moyen (g)	3456	-
Déclenchement	36	34,61
Diabète gestationnel	6	5,77
APD	102	98,08
Mode d'accouchement		
Non-instrumental	36	34,62
Instrumental	68	65,38
Ventouse	25	24,04
dont Forceps	29	27,88
Ventouse & Forceps	14	13,46
Épisiotomie	48	46,15
Macrosomie fœtale	9	8,65
Dystocie des épaules	1	0,96
Dégagement		
OP	91	87,5
OS	13	12,5
Efforts expulsifs		
<20 min	58	55,77
>20 min	46	44,23
Périnée		
3 ^{ème} degré	98	94,23
3a	20	19,23
3b	7	6,73
3c	0	0
Non classé	71	68,27
4 ^{ème} degré	6	5,77

Tableau 1 : Caractéristiques descriptives de la population d'étude au premier accouchement.

Pour le premier accouchement, la classification de la lésion n'est pas retrouvée dans 71 dossiers (68,27 %).

Le taux d'incontinence anale précoce au décours du premier accouchement était de 6,73 %, alors que 2,88 % des patientes évoquaient une incontinence persistante au-delà de 5 mois. La mention de la présence ou non d'une symptomatologie fonctionnelle anorectale était absente dans 73 dossiers (70 %) après le premier accouchement, et retrouvée dans le dossier d'une patiente après le second accouchement. Parmi les patientes ayant bénéficié d'une césarienne programmée pour protection périnéale, 2 d'entre elles présentaient une incontinence anale persistante après leur premier accouchement, 1 patiente avait présenté une incontinence anale précoce non persistante. 5 patientes ayant présenté une incontinence anale précoce et/ou persistante ont accouché par les voies naturelles pour leur deuxième enfant.

Deux tiers des patientes concernées (73 dossiers) n'ont pas bénéficié de consultation du post-partum par un obstétricien de notre établissement au décours du premier accouchement. Deux patientes ont bénéficié d'une prescription d'échographie endo-anale pour évaluation du sphincter après exposition à une LOSA pour le premier accouchement. Une patiente a bénéficié dans les suites de son premier accouchement d'une consultation avec un chirurgien digestif spécialisé dans la prise en charge des troubles de la statique du périnée postérieur.

Comparaison des groupes avec et sans récurrence de LOSA

Les comparaisons entre les groupes sans et avec récurrence de LOSA sont présentées dans le tableau 2.

N (%) ou Moy [IC 95%]	Pas de récurrence LOSA (N=95)	Récurrence LOSA (N=6)	p value
Âge maternel moyen	30 [29-31]	32 [27-36]	NS
IMC moyen (kg/m²)	23,15 [22,26-24,03]	23,94 [20,96-26,92]	NS
Âge gestationnel moyen (SA)	39 + 6 [39+5-40]	40 + 6 [277-289]	NS
Poids fœtal moyen	3424 [3349-3499]	3607 [3157-4056]	NS
Durée moyenne entre les 2 naissances (jrs)	1012 [926-1097]	1481 [1324-1838]	0,01
Durée moyenne du travail (min)	217 [185-249]	295 [106-484]	NS
Déclenchement	25 (26,31)	1 (16,67)	NS
Accouchement instrumental	7 (7,37)	1 (16,67)	NS
Type d'accouchement instrumental			
<i>Ventouse</i>	2 (2,10)	1 (16,67)	NS
<i>Forceps</i>	4 (4,21)	0	NS
<i>Ventouse et Forceps</i>	1 (1,05)	0	NS
Épisiotomie	27 (28,42)	1 (16,67)	NS
Macrosomie fœtale	5 (5,26)	1 (16,67)	NS
Dégagement			
<i>OP</i>	92 (96,94)	4 (66,67)	NS
<i>OS</i>	3 (3,16)	2 (33,33)	0,01
Efforts expulsifs			
<i><20 min</i>	90 (94,74)	3 (50)	0,01
<i>>20 min</i>	5 (5,26)	3 (50)	0,005

Tableau 2 : Comparaison des groupes avec et sans récurrence de LOSA au second accouchement.

En analyse multivariée, les facteurs de risque de récurrence de LOSA retrouvés lors de notre étude étaient le dégagement de la présentation en OS (OR 15,33 IC 95 % [3,04-77,4] ; $p=0,01$), et la durée des efforts expulsifs de plus de 20 minutes (OR 18 IC 95 % [4,27-75,93] ; $p=0,005$).

	Odds ratio	IC 95% ajusté
Dégagement en OS	15,33	[3,04-77,4]
Efforts expulsifs >20min	18	[4,27-75,93]

Tableau 3 : Modèle multivarié explicatif de la récurrence de LOSA.

Il existait une différence statistiquement significative entre les intervalles en jours entre les deux accouchements en fonction de la présence ou non d'une récurrence de LOSA au deuxième accouchement (1012 vs 1421 jours ; $p=0,01$).

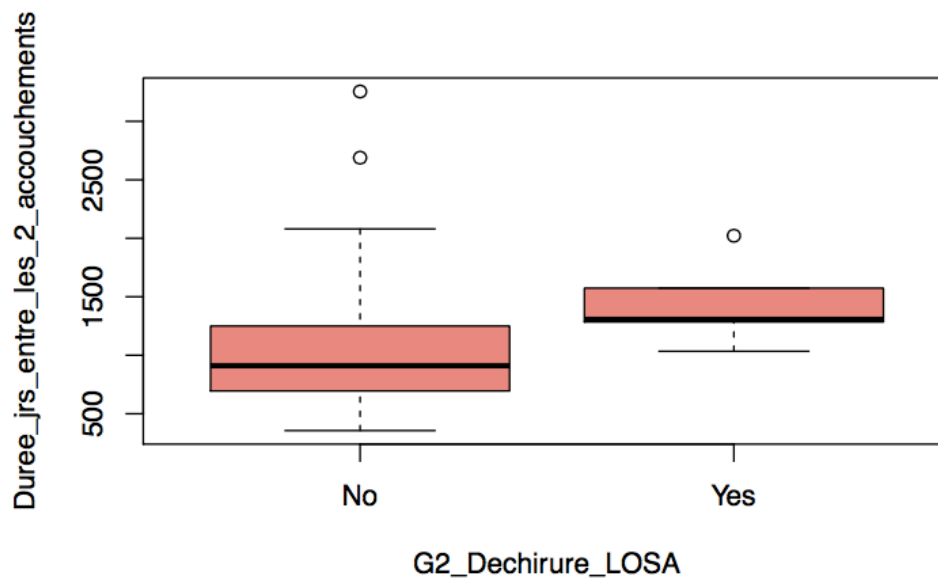


Figure 2 : Distribution de l'intervalle en jours entre les deux accouchements en fonction de la présence ou non d'une récurrence de LOSA au deuxième accouchement

Nous n'avons pas mis en évidence de différence significative entre les groupes avec et sans récurrence de LOSA en cas de naissance assistée ($p=0,23$).

DISCUSSION

Rappel des résultats

Notre étude a évalué les pratiques d'une maternité française de niveau III sur plusieurs années concernant la prise en charge obstétricale des primipares exposées à une LOSA.

La prévalence des LOSA dans notre population au premier accouchement durant notre période d'étude était de 2,91 %. La méta-analyse de Jha et al. (16 études) met en évidence un risque moyen de LOSA de 5,7 % chez les patientes primipares, mais avec des résultats très variables en fonction des études, allant de 0,6 à 19,3 % [13].

Le taux d'incontinence anale précoce et persistante chez ces patientes était respectivement de 6,73 % et de 2,88 %. Ces taux, très inférieurs à la littérature (15 à 61 % et 20 à 50 % respectivement) [1,9], s'expliquent par les données manquantes des dossiers.

Le taux de récurrence de LOSA des patientes ayant à nouveau accouché par voie basse était de 5,94 %, avec comme principaux facteurs de risque le dégainement de la présentation en OS (OR 15,33, IC 95 % [3,04-77,4] ; $p=0,01$) et la durée des efforts expulsifs de plus de 20 minutes (OR 18 IC 95 % [4,27-75,93] ; $p=0,005$). Ce taux est en accord avec les résultats retrouvés dans les différentes études sur ce sujet. En effet, pour un nouvel accouchement par voie basse, ce risque a été évalué à 4,4 % en Suède [14], 5,6 % en Norvège [15], 5,7 % en Australie [16], 7,1 % au Danemark [17], 7,2 % au Royaume-Uni [18]. Nos résultats confirment les affirmations des précédentes études sur le fait qu'il existe un risque majoré de

récidive de lésions périnéales sévères en cas d'antécédent de LOSA. Les facteurs de risque de récurrence retrouvés ici sont cohérents avec ceux de la littérature.

Par ailleurs, il existait une différence statistiquement significative entre le nombre de jours entre les deux accouchements en fonction de la présence ou non d'une récurrence de LOSA au deuxième accouchement (1012 jours vs 1421 jours; $p=0,01$). L'intervalle entre les deux accouchements comme facteur de risque a été relevé, à notre connaissance, dans 5 études, sans retrouver de différence significative entre les groupes avec ou sans récurrence de LOSA [13].

Le taux de césarienne programmée pour protection périnéale lors de la grossesse suivante était de 2,88 %. Lorsqu'on s'intéresse aux données de la littérature, on s'aperçoit que c'est de loin le taux le plus bas retrouvé. En effet, en fonction des études, il est observé à 6,0 % (Suède) [15], 6,2 % (Norvège) [19], 7,2 % (Etats-Unis) [20], 17,4 % (Australie) [21], 18,6 % (Israël) [22], 19,6 % (Irlande) [23], 24,2 % (Angleterre) [18], 29,9 % (Danemark) [17]. Notre taux de césarienne programmée pour protection périnéale s'inscrit donc dans une politique de service visant à privilégier la voie basse. Néanmoins, notre pourcentage de récurrence de LOSA est comparable à ceux énoncés dans la littérature, ce qui nous laisse penser que notre taux de césarienne programmée pour cette indication est justifié par rapport au risque de récurrence. Cependant le manque de renseignements concernant le pronostic fonctionnel périnéal des patientes en post-partum est réel. De ce fait, nous ne pouvons affirmer que notre taux de césarienne programmée est celui préconisé.

Cohérence interne

Une des principales limites de cette étude est que son design, qui consiste à réaliser un état des lieux des pratiques d'une maternité sur la prise en charge d'une pathologie de faible incidence, nous a contraints d'étudier des effectifs de petite taille, notamment celui des patientes ayant récidivé. Cela explique nos difficultés à mettre en évidence des résultats statistiquement significatifs relatifs aux facteurs de risque de récurrence de LOSA dans notre population.

D'autre part, le manque de données, concernant la prévalence de l'incontinence anale précoce et persistante en post-partum des deux accouchements, était important. Or, il s'agit d'un élément essentiel dans la prise de décision de la voie d'accouchement pour une future grossesse [4]. Aussi, la classification de l'atteinte périnéale dans le compte-rendu opératoire de suture est indispensable, car nous savons que le pronostic fonctionnel dépend de la sévérité de la lésion [10], mais celle-ci n'était pas toujours renseignée. La rigueur des logiciels de collecte des données médicales permettront d'éviter les LOSA non classées. La création d'un protocole de prise en charge des LOSA dans notre service peut être une aide complémentaire.

Seules deux patientes ont bénéficié d'une échographie endo-anale à distance du premier accouchement pour l'évaluation du sphincter après réparation d'une LOSA. Or, les recommandations anglaises et canadiennes en font référence avec la manométrie ano-rectale pour conseiller les patientes sur l'option d'une césarienne programmée pour un futur accouchement [4,24]. En effet, Poen et al. retrouvaient, chez les patientes ayant bénéficié d'une réparation sphinctérienne au décours du premier accouchement, un risque accru d'incontinence anale persistante lorsque la

présence de défauts combinés du sphincter anal externe et interne étaient constatés à l'échographie endo-anale (RR 1,7 IC 95 % [1,1-2,8]) [25]. Ces résultats encouragent son utilisation en pratique clinique, notamment chez les patientes présentant des douleurs périnéales inhabituelles ou une incontinence anale en post-partum. Sa réalisation pourrait s'inscrire dans un parcours de soin dédié, avec des spécialistes formés.

Enfin, le niveau de preuve de notre étude est faible de par son design observationnel et monocentrique. Néanmoins, la mise en œuvre d'études à haut niveau de preuve sur la décision de la voie d'accouchement pour les patientes exposées aux LOSA, nous semble difficile à mettre en œuvre en pratique et, il n'existe pas, à notre connaissance, d'étude randomisée sur ce sujet.

Cohérence externe

Récidive de LOSA

Les facteurs de risque de récurrence de LOSA ont été identifiés dans plusieurs études et sont pour la plupart, et de manière logique, similaires aux facteurs de risque retrouvés pour une incidence de novo. On relève : les accouchements instrumentaux, la macrosomie fœtale, l'âge maternel de plus de 35 ans [13], l'ethnicité asiatique, la dystocie des épaules [18].

Dans la littérature, les résultats concernant les facteurs protecteurs de LOSA sont décevants. Les essais randomisés ne montrent pas de bénéfice sur le risque de LOSA ou d'incontinence anale pour les techniques de prévention pendant la grossesse comme la préparation vaginale par ballon gonflable, le massage périnéal, la rééducation périnéale ou l'apprentissage de la poussée en expiration. Les seules

mesures semblant faire la preuve de leur rôle protecteur sont le positionnement de compresses chaudes sur le périnée en phase active du travail (RR 0,48 ; IC 95 % [0,28-0,84]) et le massage périnéal per partum (RR 0,52 ; IC 95 % [0,29-0,94]) [6].

En ce qui concerne l'épisiotomie médio-latérale, dans notre étude, elle a été réalisée chez 27,72 % des patientes ayant accouché par voie basse pour le deuxième accouchement. Ce résultat est en accord avec les Recommandations pour la Pratique Clinique Française sur le fait que l'antécédent de LOSA ne justifie pas une épisiotomie préventive à titre systématique [26]. Cependant, cet acte était justifié dans le dossier par l'antécédent de lésion périnéale sévère dans 64,29 % des cas. Notre taux d'épisiotomie pourrait donc être réduit, par l'amélioration de la formation des professionnels sur la prévention du traumatisme périnéal de l'accouchement. La réalisation d'une épisiotomie préventive n'en reste pas moins débattue. Une méta-analyse récente suggère qu'elle protège la patiente des déchirures périnéales sévères, (RR 0,67 IC 95 % [0,49-0,92]) [27]. À l'inverse, une école française démontre que son utilisation restrictive entraîne une augmentation des déchirures périnéales du 1^{er} et du 2nd degré et des déchirures périnéales antérieures, mais permet une augmentation du nombre de périnées intacts passant de 28,8 % à 37,5 % respectivement ($p < 0,0001$), et n'augmente pas le taux de lésions périnéales sévères (1 % en 2003 pour un taux d'épisiotomie de 17,8 %, et 0,3 % en 2010 pour un taux d'épisiotomie de 1,3 % $p < 0,0001$) [28].

Voie d'accouchement après antécédent de LOSA

L'étude de la voie d'accouchement après une LOSA a été rapportée dans peu de publications. Aucune étude française n'a été publiée sur ce sujet. Les travaux étrangers ont constaté des taux très variables de césarienne programmée à la suite

d'une LOSA en fonction des pays, allant de 6 à 30 % [18]. Ces différences peuvent s'expliquer par le manque de recommandations claires permettant d'identifier les patientes à risque élevé de déficience fonctionnelle à la suite d'un accouchement par les voies naturelles pour lesquelles une césarienne programmée est indiquée.

Si, pour certaines équipes, la césarienne peut s'avérer être une solution pour éviter la récurrence de LOSA et, au mieux, la dégradation des troubles fonctionnels ano-rectaux, elle reste néanmoins une intervention chirurgicale avec des effets non négligeables sur la mère et l'enfant. Mc Kenna et al. ont comparé la morbidité d'une césarienne et d'un accouchement par voie basse chez les patientes aux antécédents de lésions périnéales sévères, qui serait de 11,3 % versus 4,2 % (RR 2,7 IC 95 % [2,6-2,8] ; $p < 0,001$) [9]. Ils estimaient que réaliser 2,3 accouchements par césarienne non urgente éviterait un cas d'incontinence anale persistante. Ceci augmenterait marginalement le taux d'accouchement par césarienne, de moins de 2 %.

L'imputabilité des LOSA dans l'incontinence anale du post-partum est cependant à nuancer. Webb et al. n'ont pas montré d'augmentation significative de la prévalence ou d'aggravation de l'incontinence anale après un second accouchement suivant une LOSA [29]. Elle peut même débuter avant l'accouchement. Une lésion sphinctérienne est retrouvée en échographie endo-anale dans 45 % des incontinenances anales du post-partum [30]. Cela signifie que la continence anale ne repose pas exclusivement sur l'intégrité du sphincter anal. Cependant, en cas de récurrence de LOSA, le risque d'incontinence anale à long terme est significativement majoré (50 % vs 37,9 % ; $p = 0,02$) [31], d'où l'importance d'éviter les récurrences.

Améliorer la prise en charge des patientes

Notre étude met en évidence que notre prise en charge obstétricale des patientes ayant été exposées à une LOSA reste perfectible. En effet, notre taux de récurrence est cohérent avec la littérature, et cela avec un faible taux de césarienne. Cependant, nous pouvons optimiser notre pratique, notamment sur le respect de l'identification des lésions, et le suivi rigoureux des patientes en post-partum.

L'amélioration de cette prise en charge passera très certainement par la formation continue des médecins et sages-femmes à la gestion des déchirures périnéales sévères. Emmanuelli et al. objectivaient que la participation à un atelier de formation améliore significativement les connaissances nécessaires au diagnostic et à la réparation des déchirures sphinctériennes [32]. L'étude d'Andrews et al. a constaté une meilleure classification des lésions périnéales sévères après une formation sur modèle animal, notamment dans l'identification et la réparation du sphincter anal interne (60 % vs 90 % ; $p < 0,0001$) [33]. D'autres travaux ont montré une diminution significative de l'incidence des LOSA grâce à la mise en place de programmes de prévention, qui passent par des ateliers de formation à la détection et la réparation des LOSA, ainsi que la mise en place de mesures protectrices comme l'amélioration de la communication entre le soignant et la patiente au moment de l'expulsion, ou encore, le fait de retenir la tête fœtale [34].

CONCLUSION

Le devenir obstétrical des patientes ayant été exposées à une Lésion Obstétricale du Sphincter Anal lors d'un premier accouchement reste sujet à discussion.

La prise de décision de la voie d'accouchement pour une future grossesse doit prendre en compte le risque augmenté de récurrence de lésions périnéales sévères, mais devrait être basée sur l'évaluation de la symptomatologie fonctionnelle de la patiente. Pour cela, le suivi de ces patientes après leur premier accouchement est essentiel et le pronostic fonctionnel devrait être systématiquement évalué. Un parcours de soin pourrait leur être proposé, avec la mise en place d'une consultation dédiée, réalisée par un médecin expérimenté dans les LOSA comme cela existe déjà chez nos confrères Anglo-Saxons, sous forme de « Clinique du Périnée ». Ce parcours permettrait de fournir le cadre nécessaire à la prise en charge optimale de ces patientes, du post-partum immédiat aux accouchements suivants.

Par ailleurs, devant la morbidité maternelle que les LOSA peuvent engendrer, il est important de souligner que l'amélioration et la remise en question constante des pratiques sont primordiales et passent avant tout par la formation des médecins et sages-femmes.

Enfin, des recommandations françaises issues des sociétés savantes sont nécessaires pour guider les praticiens dans la prise en charge obstétricale des patientes exposées à une LOSA lors d'un premier accouchement, notamment sur la décision de la voie d'accouchement pour une future naissance.

THÈSE SOUTENUE PAR CÉCILE GOUPIL

TITRE :

**DEVENIR OBSTÉTRICAL APRÈS LÉSION OBSTÉTRICALE DU SPHINCTER ANAL
CHEZ LA PATIENTE PRIMIPARE : ÉTUDE RÉTROSPECTIVE SUR DOUZE ANS
DANS UNE MATERNITÉ FRANÇAISE DE NIVEAU III**

CONCLUSION :

Le devenir obstétrical des patientes ayant été exposées à une Lésion Obstétricale du Sphincter Anal lors d'un premier accouchement reste sujet à discussion.

La prise de décision de la voie d'accouchement pour une future grossesse doit prendre en compte le risque augmenté de récurrence de lésions périnéales sévères, mais devrait être basé sur l'évaluation de la symptomatologie fonctionnelle de la patiente. Pour cela, le suivi de ces patientes après leur premier accouchement est essentiel et le pronostic fonctionnel devrait être systématiquement évalué. Un parcours de soin pourrait leur être proposé, avec la mise en place d'une consultation dédiée, réalisée par un médecin expérimenté dans les LOSA comme cela existe déjà chez nos confrères Anglo-Saxons, sous forme de « Clinique du Périnée ». Ce parcours permettrait de fournir le cadre nécessaire à la prise en charge optimale de ces patientes, du post-partum immédiat aux accouchements suivants.

Par ailleurs, devant la morbidité maternelle que les LOSA peuvent engendrer, il est important de souligner que l'amélioration et la remise en question constante des pratiques est primordiale, et passent avant tout par la formation des médecins et sages-femmes.

Enfin, des recommandations françaises issues des sociétés savantes sont nécessaires pour guider les praticiens dans la prise en charge obstétricale des patientes exposées à une LOSA lors d'un premier accouchement, notamment sur la décision de la voie d'accouchement pour une future naissance.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER

Grenoble, le :

LE DOYEN



Pr. Patrice MORAND

LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE



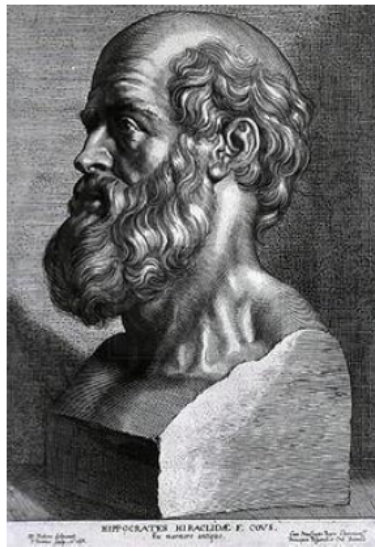
Pr. Pascale HOFFMANN

BIBLIOGRAPHIE

- [1] Sultan AH. Editorial: Obstetrical Perineal Injury and Anal Incontinence. *AVMA Medical & Legal Journal* 1999;5:193–6.
- [2] Blondel Béatrice, Alexander Sophie, Bjarnadóttir Ragnheiður I., Gissler Mika, Langhoff-Roos Jens, Novak-Antolič Živa, et al. Variations in rates of severe perineal tears and episiotomies in 20 European countries: a study based on routine national data in Euro-Peristat Project. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica* 2016;95:746–54.
- [3] Fenner DE, Genberg B, Brahma P, Marek L, DeLancey JOL. Fecal and urinary incontinence after vaginal delivery with anal sphincter disruption in an obstetrics unit in the United States. *American Journal of Obstetrics and Gynecology* 2003;189:1543–9.
- [4] Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. The management of third- and fourth-degree perineal tears. 2007 Green Top Guideline No. 29. London (GB): RCOG; 2015. Disponible : <https://www.rcog.org.uk/en/guidelines-research-services/guidelines/gtg29>.
- [5] Barbier A, Poujade O, Fay R, Thiébauges O, Levardon M, Deval B. [Is primiparity, the only risk factor for type 3 and 4 perineal injury, during delivery?]. *Gynecol Obstet Fertil* 2007;35:101–6.
- [6] Fritel X, Gachon B, Desseauve D, Thubert T. Incontinence anale et lésions obstétricales du sphincter anal, épidémiologie et prévention. *Gynécologie Obstétrique Fertilité & Sénologie* 2018.
- [7] Samuelsson E, Ladfors L, Wennerholm UB, Gåreberg B, Nyberg K, Hagberg H. Anal sphincter tears: prospective study of obstetric risk factors. *BJOG* 2000;107:926–31.
- [8] de Tayrac R, Haylen BT, Deffieux X, Hermieu JF, Wagner L, Amarenco G, et al. Traduction française de la terminologie commune International Urogynecological Association (IUGA)/International Continence Society (ICS) sur les troubles de la statique pelvienne chez la femme initialement publiée dans *Int Urogynecol J* 2010;21(1):5–26. *Progrès En Urologie* 2016;26:197–225.
- [9] McKenna DS, Ester JB, Fischer JR. Elective cesarean delivery for women with a previous anal sphincter rupture. *American Journal of Obstetrics and Gynecology* 2003;189:1251–6.
- [10] Roos A-M, Thakar R, Sultan AH. Outcome of primary repair of obstetric anal sphincter injuries (OASIS): does the grade of tear matter? *Ultrasound Obstet Gynecol* 2010;36:368–74. doi:10.1002/uog.7512.

- [11] Marret S, Marpeau L. « Césarienne programmée n'est pas la panacée ! ». *Gynécologie Obstétrique & Fertilité* 2010;38:559–60. doi:10.1016/j.gyobfe.2010.07.015.
- [12] Villar J, Valladares E, Wojdyla D, Zavaleta N, Carroli G, Velazco A, et al. Caesarean delivery rates and pregnancy outcomes: the 2005 WHO global survey on maternal and perinatal health in Latin America. *Lancet* 2006;367:1819–29.
- [13] Jha S, Parker V. Risk factors for recurrent obstetric anal sphincter injury (rOASI): a systematic review and meta-analysis. *Int Urogynecol J* 2016;27:849–57.
- [14] Elfaghi I, Johansson-Ernste B, Rydhstroem H. Rupture of the sphincter ani: the recurrence rate in second delivery. *BJOG* 2004;111:1361–4.
- [15] Baghestan E, Irgens LM, Børdahl PE, Rasmussen S. Risk of recurrence and subsequent delivery after obstetric anal sphincter injuries. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology* n.d.;119:62–9.
- [16] al AA et. Trends in obstetric anal sphincter injuries and associated risk factors for vaginal singleton term births in New South Wales 2001-2009. (accessed August 5, 2018).
- [17] Jangö H, Langhoff-Roos J, Rosthøj S, Sakse A. Risk factors of recurrent anal sphincter ruptures: a population-based cohort study. *BJOG* 2012;119:1640–7.
- [18] Edozien L, Gurol-Urganci I, Cromwell D, Adams E, Richmond D, Mahmood T, et al. Impact of third- and fourth-degree perineal tears at first birth on subsequent pregnancy outcomes: a cohort study. *BJOG: Int J Obstet Gy* 2014;121:1695–703.
- [19] Spydslaug A, Trogstad LIS, Skrondal A, Eskild A. Recurrent risk of anal sphincter laceration among women with vaginal deliveries. *Obstet Gynecol* 2005;105:307–13.
- [20] Dandolu V, Gaughan JP, Chatwani AJ, Harmanli O, Mabine B, Hernandez E. Risk of recurrence of anal sphincter lacerations. *Obstet Gynecol* 2005;105:831–5.
- [21] Chen JS, Ford JB, Ampt A, Simpson JM, Roberts CL. Characteristics in the first vaginal birth and their association with mode of delivery in the subsequent birth. *Paediatr Perinat Epidemiol* 2013;27:109–17.
- [22] Yogev Y, Hirsch L, Maresky L, Wasserberg N, Wiznitzer A, Melamed N. Third and fourth degree perineal tears--the risk of recurrence in subsequent pregnancy. *J Matern Fetal Neonatal Med* 2014;27:177–81.
- [23] Harkin R, Fitzpatrick M, O'Connell PR, O'Herlihy C. Anal sphincter disruption at vaginal delivery: is recurrence predictable? *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 2003;109:149–52.

- [24] Directive Clinique de la SOGC : Lésions obstétricales du sphincter anal (LOSA) : Prévention, identification et réparation J Obstet Gynaecol Can 2015;37(12):S1–S22
- [25] Poen AC, Felt-Bersma RJF, Dekker GA, Devillé W, Cuesta MA, Meuwissen SGM. Third degree obstetric perineal tears: risk factors and the preventive role of mediolateral episiotomy. BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology 1997;104:563–6.
- [26] Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français. Texte des recommandations : L'épisiotomie J Gynecol Obstet Biol Reprod 2006 ; 35 (suppl. Au n°1) : 1S77-1S80
- [27] Verghese TS, Champaneria R, Kapoor DS, Latthe PM. Obstetric anal sphincter injuries after episiotomy: systematic review and meta-analysis. Int Urogynecol J 2016;27:1459–67.
- [28] Chehab M, Courjon M, Eckman-Lacroix A, Ramanah R, Maillet R, Riethmuller D. Influence d'une forte diminution du recours à l'épisiotomie sur le taux global de périnée intact et peu lésionnel dans une population d'une maternité de niveau III. Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de La Reproduction 2014;43:463–9.
- [29] Webb SS, Yates D, Manresa M, Parsons M, MacArthur C, Ismail KMK. Impact of subsequent birth and delivery mode for women with previous OASIS: systematic review and meta-analysis. Int Urogynecol J 2017;28:507–14.
- [30] Abramowitz L, Sobhani I, Ganansia R, Vuagnat A, Benifla JL, Darai E, et al. Are sphincter defects the cause of anal incontinence after vaginal delivery? Results of a prospective study. Dis Colon Rectum 2000;43:590–6; discussion 596–8.
- [31] Jangö H, Langhoff-Roos J, Rosthøj S, Sakse A. Recurrent obstetric anal sphincter injury and the risk of long-term anal incontinence. American Journal of Obstetrics and Gynecology 2017;216:610.e1–610.e8.
- [32] Emmanuelli V, Lucot J-P, Closset E, Cosson M, Deruelle P. Élaboration et évaluation d'un outil d'enseignement de la réparation des déchirures périnéales du troisième et quatrième degré. Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de La Reproduction 2013;42:184–90.
- [33] Andrews V, Thakar R, Sultan AH. Structured hands-on training in repair of obstetric anal sphincter injuries (OASIS): an audit of clinical practice. Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct 2009;20:193–9.
- [34] Basu M, Smith D, Edwards R. Can the incidence of obstetric anal sphincter injury be reduced? The STOMP experience. European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology 2016;202:55–9.



SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence des Maîtres de cette Faculté, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'HIPPOCRATE,

Je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine.

Je donnerai mes soins gratuitement à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au dessus de mon travail. Je ne participerai à aucun partage clandestin d'honoraires.

Admis dans l'intimité des maisons, mes yeux n'y verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs, ni à favoriser le crime.

Je ne permettrai pas que des considérations de religion, de nation, de race, de parti ou de classe sociale viennent s'interposer entre mon devoir et mon patient.

Je garderai le respect absolu de la vie humaine.

Même sous la menace, je n'admettrai pas de faire usage de mes connaissances médicales contre les lois de l'humanité.

Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses.

Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque.

DEVENIR OBSTÉTRICAL APRÈS LÉSION OBSTÉTRICALE DU SPHINCTER ANAL CHEZ LA PATIENTE PRIMIPARE : ÉTUDE RÉTROSPECTIVE SUR DOUZE ANS DANS UNE MATERNITÉ FRANÇAISE DE NIVEAU III

Objectif. Étudier la voie d'accouchement et le taux de récurrence pour des patientes deuxièmes parées ayant été exposées à une Lésion Obstétricale du Sphincter Anal (LOSA) lors de leur premier accouchement.

Matériel et méthodes. Cette étude observationnelle, rétrospective, a inclus des patientes ayant accouché par voie basse d'un premier enfant vivant en présentation céphalique, et ayant eu une LOSA, à partir du 1^{er} janvier 2006, puis accouché d'un deuxième enfant à la maternité du CHU Grenoble Alpes avant le 1^{er} janvier 2018.

Résultats. Sur les 232 patientes exposées à une LOSA (2,91 % des naissances) pour leur premier accouchement, 104 ont à nouveau accouché dans la même maternité : 3 d'entre elles (2,88 %) ont bénéficié d'une césarienne programmée pour protection périnéale pour leur deuxième accouchement, 97,12 % ont accouché par les voies naturelles avec un taux de récurrence de LOSA de 5,94 %. Les facteurs de risque de récurrence de LOSA mis en évidence étaient le dégagement de la présentation en OS (OR 15,33 IC 95 % [3,04-77,4] ; $p=0,01$), et la durée des efforts expulsifs de plus de 20 minutes (OR 18 IC 95 % [4,27-75,93] ; $p=0,005$).

Discussion. Il existe un risque majoré de récurrence de lésions périnéales sévères après un premier épisode. Notre taux de césarienne programmée en cas d'antécédent de LOSA est inférieur aux données de la littérature. Le suivi des patientes et l'évaluation de leur pronostic fonctionnel périnéal doit être optimisé afin d'indiquer au mieux la voie d'accouchement pour chacune d'elles. Des recommandations françaises issues des sociétés savantes sont nécessaires pour guider les praticiens dans la prise en charge de ces patientes.

MOTS-CLÉS : LOSA, récurrence, voie d'accouchement, césarienne programmée, protection périnéale, incontinence anale.