



HAL
open science

Étude sur les séquelles obstétricales suite à un accouchement par voie basse

Eva Senaud

► **To cite this version:**

Eva Senaud. Étude sur les séquelles obstétricales suite à un accouchement par voie basse. Gynécologie et obstétrique. 2020. dumas-03012825

HAL Id: dumas-03012825

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03012825v1>

Submitted on 18 Nov 2020

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.



Faculté des sciences
médicales et paramédicales

Aix-Marseille Université

Ecole de Maïeutique

Etude sur les séquelles obstétricales suite à un accouchement par voie basse

Etude quantitative et descriptive réalisée à Marseille

Présenté et publiquement soutenu

Le 8 avril 2020

Par

SENAUD Eva
Née le 14/06/1996

Pour l'obtention du Diplôme d'Etat de Sage-Femme
Année universitaire 2019/2020

Membres du jury :

- Comte Florence, Sage – femme enseignante
- Gurriet Brice, Gynécologue – obstétricien (directeur de mémoire)
- Taciak Sophie, Sage – femme coordinatrice CHI Aix – Pertuis

AIX MARSEILLE UNIVERSITE

Ecole de Maïeutique

Etude sur les séquelles obstétricales suite à un accouchement par voie basse

Etude quantitative et descriptive réalisée à Marseille

SENAUD Eva
Née le 14/06/1996

Mémoire présenté pour l'obtention du Diplôme d'état de Sage-Femme

Année universitaire 2019-2020

Validation 1^{ère} session 2020 : oui non

Mention : Félicitations du Jury

Très bien

Bien

Assez bien

Passable

Validation 2^{ème} session 2020 : oui non

Mention :

Visa et tampon de l'école

Remerciements

Merci au Docteur Brice Gurriet pour avoir dirigé ce mémoire, pour sa disponibilité et ses conseils tout au long de ce projet.

Merci à Estelle Boissier pour son aide et ses encouragements.

Merci aux professionnels de santé des services de consultations gynécologiques des hôpitaux Nord et Conception qui ont contribué à la diffusion et à la distribution des questionnaires.

Merci aux secrétaires du Docteur Brice Gurriet pour avoir transmis mes questionnaires aux patientes au centre du carré St Giniez.

Merci à mes parents et à mes sœurs pour le soutien qu'ils ont su me témoigner depuis le début de mes études.

Merci à Lucas pour ton écoute et ta patience.

Merci à Iris et Constance pour ces quatre années.

Sommaire

Introduction.....p.1

Matériels et Méthodes.....p.7

Résultats.....p.10

Analyse et Discussion.....p.28

Conclusion.....p.39

Bibliographie

Annexes

**Etude sur les séquelles obstétricales
suite à un accouchement par voie basse**

Etude quantitative et descriptive réalisée à Marseille

Introduction

Aujourd'hui, suite aux récents débats sur la question des violences obstétricales, la parole se libère peu à peu.

Des pathologies, comme l'endométriose par exemple, laissent les femmes souvent seules face à leurs problèmes.

Elles intéressent aujourd'hui de plus en plus les spécialistes de la santé de la femme.

Qu'en est – il aujourd'hui des séquelles obstétricales ?

Les lésions obstétricales anciennes du périnée regroupent les troubles de l'incontinence urinaire et anale, les douleurs périnéales, les dyspareunies superficielles, la béance vulvaire et l'inconfort sexuel (CNGOF, 2009). Elles peuvent ainsi être réparties en trois groupes : les troubles urinaires, les troubles sexuels et les douleurs périnéales.

L'incontinence urinaire se caractérise par une fuite involontaire d'urine dont se plaint une patiente (ANAES, 2003). L'incontinence urinaire d'effort est une fuite involontaire d'urine, elle n'est pas précédée du besoin d'uriner et survient à l'occasion d'un effort qui augmente la pression abdominale (toux, rire, éternuement, saut, course, port de charges lourdes... etc.).

Elle est à distinguer de l'incontinence urinaire par impériosité définie par la perte involontaire d'urine précédée d'un besoin urgent et irrépessible d'uriner, et de l'incontinence urinaire mixte qui combine les deux types de symptômes avec souvent un des types de symptômes qui apparaît plus gênant que l'autre pour la patiente.

Le terme de dyspareunie est utilisé lorsque les rapports sexuels sont douloureux ou difficiles (CNGOF, 2005). Les dyspareunies superficielles décrivent une douleur ressentie à l'entrée du vagin et peuvent parfois empêcher la pénétration vaginale. Les dyspareunies profondes concernent les douleurs décrites au fond du vagin. Enfin, il est important de différencier les dyspareunies primaires (qui ont toujours existé) des dyspareunies secondaires (survenues après une période sans douleur).

Les séquelles obstétricales existent depuis toujours, or ce n'est que depuis peu que l'on commence à en parler.

La littérature Medline recense des études allant de 1969 à 2008. Elles montrent de grandes disparités en terme de prévalence des douleurs lors de rapports sexuels notamment à cause des différences de méthodologies et de critères d'inclusions de la population (Palacios et al., 2009).

Une enquête nationale sur la santé et la vie sociale de la population américaine, publiée en 1999, indique qu'il y a peu de données épidémiologiques concernant les troubles sexuels, féminins ou masculins, malgré l'impact potentiel de ces dysfonctions sexuelles sur les relations et la qualité de vie d'une population (Laumann et al., 1999).

Le Collège Américain des Gynécologues Obstétriciens, en 1996, a interrogé 33 femmes ayant accouché dans les 15 mois et plusieurs professionnels de santé (sage – femmes, gynécologues – obstétriciens et médecins généralistes) sur les potentiels domaines qui pouvaient, selon eux, influencer l'état de santé et tous ont cité la fonction sexuelle (Kline et al., 1998).

A l'époque, les médecins et les sages – femmes considéraient que le manque de connaissances à propos de la sexualité pendant le post – partum rendait difficile de conseiller et de traiter les patientes qui s'en plaignaient (Kline et al., 1998).

Aujourd'hui, la sexologie est ancrée dans la formation initiale des études de sages – femmes et de plus en plus dans celle des futurs médecins.

Concernant les données actuelles sur les séquelles obstétricales, les études se concentrent sur un type de séquelle en particulier.

A l'aide du moteur de recherche *Google Scholar*, les termes de « séquelles obstétricales » fournissent 34 résultats et parmi eux aucun ne traitait des séquelles obstétricales après un accouchement par voie basse ou même de ces séquelles au sens large du terme. Ainsi, les études seront prises au cas par cas afin de faire l'état des lieux du savoir présent.

Les symptômes urogynécologiques après un accouchement par voie basse sont identifiés comme les motifs principaux de consultations des femmes en post – partum (Kennedy et al., 2009).

D'après une étude récente de l'Université du Michigan (2018), 46% des femmes de plus de 50 ans déclarent avoir eu une incontinence urinaire au cours de l'année. Parmi elles, 41% considèrent comme problématique leur incontinence. Pourtant, 2 femmes sur 3 annoncent ne pas avoir parlé de ce problème à leur médecin et 15% affirment que le médecin ne leur a posé aucune question concernant un éventuel trouble urinaire.

L'incontinence urinaire à l'effort est associée de façon néfaste à tous les aspects des troubles sexuels féminins et est corrélée aux douleurs sexuelles (Lewis et al., 2010).

Quant aux dyspareunies, selon les études, la prévalence des femmes concernées est variable (Latthe et al., 2006 ; Palacios et al., 2009 ; Fritel, 2010 ; Lewis et al., 2010).

Les dyspareunies profondes sont en moyenne de 14 000 / 100 000 femmes. Ces chiffres rapportés au domaine médical de la gynécologie donnent une prévalence de 10 000 à 20 000 / 100 000 femmes (Sibert et al., 2010).

Une étude publiée dans le *Journal Officiel de la Nordic Federation of Societies of Obstetrics and Gynecology* (2008) rapporte que 23,8% des femmes ont eu des dyspareunies à 6 mois du post – partum.

Parmi les symptômes vulvaires décrits, les femmes ayant eu un accouchement par voie basse ont plus tendance à rapporter des brûlures vulvaires et des dyspareunies (Kennedy et al., 2009).

La sexualité des femmes reste encore un sujet tabou qui est finalement peu étudié en comparaison à celle des hommes.

A l'aide du *Cochrane Library*, la recherche par termes médicaux (MeSH) donne 165 recherches concernant les dyspareunies contre 1 350 études sur les dysfonctions érectiles. L'expérience a été réitérée via *Google France*, ici le terme de « dysfonction érectile » présente 731 000 résultats contre 43 200 pour « dyspareunies ».

Les troubles érectiles sont décrits comme étant un important problème de santé publique par la *National Institutes of Health Consensus Panel* (Laumann et al., 1999). Elle a identifié un besoin urgent d'obtenir des données épidémiologiques sur la prévalence, la fréquence, les facteurs de risques ainsi que les conséquences de ces troubles. Or, elle appuie sur le fait que l'on ait encore moins de données sur les dysfonctions sexuelles chez la femme.

Plus récemment, une étude rapporte que l'incidence du dysfonctionnement sexuel féminin est mal établie par les rapports médicaux fondés sur des données probantes (Lewis et al., 2010).

Les membres d'un comité de 5 pays ont collecté les études pertinentes sur les troubles sexuels pour *The International Consultation* à Paris en 2010, et ont retrouvé 18 études descriptives valables sur la prévalence des dysfonctions sexuelles féminines (dont 7 européennes) contre 31 études pour les dysfonctions sexuelles masculines (autres que les troubles de l'érection). Ils ont alors recommandé la réalisation, dans toutes les régions du monde, d'un grand nombre d'études sur l'incidence des dysfonctions sexuelles autres que les dysfonctions érectiles chez l'homme et de tous les dysfonctionnements sexuels chez la femme.

Il s'agit de problèmes importants ayant de nombreux impacts, qui concernent toutes les femmes quels que soient leur ethnie, leur mode de vie, leur contexte socio – économique ou professionnel.

Par ailleurs, le problème des séquelles obstétricales s'inscrit évidemment dans le champ professionnel de la sage – femme, elle suit les patientes lors des consultations du post – partum en activité libérale ou hospitalière¹.

D'après le *Référentiel métier et compétences de la Sage – Femme* (dernière édition de janvier 2010), la sage – femme a pour mission d'« assurer un suivi mère – enfant dans les suites de couches jusqu'à la visite post – natale » (situation 6) en recherchant, entre autres, d'éventuels troubles périnéaux ou sphinctériens et doit en déterminer leur prise en charge. Une récente compétence² lui est attribuée, celle de « réaliser une consultation de contraception et de suivi gynécologique de prévention » ; elle doit décider de l'indication et d'une stratégie de prise en charge et d'accompagnement par exemple en « instaurant le dialogue autour de la sexualité avec la femme / le couple » (situation 7).

¹ Article L4151-1 du Code de Santé Publique

² Article 86 loi n°2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires

Actuellement de nouvelles techniques en matière de restauration génitale voient le jour (*Annexe I*). Il est important de préciser que ces techniques arrivent en seconde intention, après échec des thérapies classiques telles que l'application d'anesthésiques topiques et/ou la rééducation périnéale. De manière générale, un manque d'études de grande ampleur se fait sentir.

Une première technique, le lipofilling (*Annexe II*), s'est démocratisé dans les années 80 dans les douleurs de cicatrices et l'atrophie vaginale (Kim SH et al., 2017 ; Ulrich D et al., 2012).

Le laser à CO₂, dont le principe est le choc thermique, est connu pour aider contre l'atrophie vulvo – vaginale et donne des résultats probants (Naranjo-Ortiz C et al., 2015 ; Perino A et al., 2014).

Des radiofréquences (Indiba®) ou des courants de hautes fréquences (comme la técarthérapie ou Winback®) sont utilisés sur les douleurs périnéales du post – partum, et la sage – femme peut y avoir recours (Golka, 2017). Les LEDs font également partie du domaine de compétences de la sage – femme, après formation, et ont un effet anti – inflammatoire et pro – cicatrisant sur les cicatrices récentes d'épisiotomies (Vermeil et al. 2018).

Il s'agit là d'un sujet récent dans le domaine de la gynécologie qui prend de plus en plus de place dans les congrès de Médecine.

Aux 6^{ème} Rencontres à Deux Mains en 2016, le Docteur Dubois, dermatologue, a réalisé une présentation sur l'intérêt des nouvelles technologies en restauration génitale.

En 2019 au congrès AIUS Sexogyn une partie des interventions était destinée à la chirurgie réparatrice.

La restauration génitale est une spécialité médico – chirurgicale en plein essor, qui fournit des réponses à des problèmes jusque - là souvent ignorés.

La plupart des études retrouvées sont italiennes, américaines et espagnoles ; ceci met en évidence le retard de la France sur ces nouvelles pratiques.

Un problème non négligeable, celui du coût, est à prendre en compte. D'une part, il n'y a souvent aucun remboursement sauf pour le lipofilling qui peut être pris en charge par la Sécurité Sociale. D'autre part, le matériel est souvent onéreux dissuadant parfois l'achat par les professionnels de santé. De plus, il ne faut pas oublier que subsiste un manque de recul et qu'il ne faudrait pas tomber dans la création d'un besoin mais s'en tenir au domaine de la réparation.

La question de recherche posée par cette étude est la suivante :

Quel état des lieux peut – on faire sur les séquelles obstétricales d’une population de femmes marseillaises ayant accouché par voie basse se présentant dans un cabinet de gynécologue ou de sage – femme ?

De plus, quelles seraient les raisons susceptibles de les freiner à en parler auprès d’un professionnel de santé?

Les objectifs principaux de la recherche sont :

Estimer le nombre et le type de séquelles obstétricales de femmes marseillaises ayant accouché par voie basse, consultant un gynécologue ou une sage – femme.

Identifier les raisons susceptibles de freiner les femmes à parler de leurs problèmes concernant la sexualité ou leurs troubles urinaires à leur gynécologue et/ou leur sage – femme.

La finalité de ce mémoire est d’informer les femmes et les professionnels de santé sur les nouvelles techniques de restauration génitale.

Matériel et méthode

Une étude de cas quantitative et descriptive a été menée auprès d'une population marseillaise, afin de répondre aux objectifs suivants :

- estimer le nombre et le type de séquelles obstétricales de femmes marseillaises ayant accouché par voie basse, consultant un gynécologue ou une sage – femme.
- identifier les raisons susceptibles de freiner les femmes à parler de leurs problèmes concernant la sexualité ou leurs troubles urinaires à leur gynécologue et/ou leur sage – femme.

Concernant les travaux de recherche préalables, la grille de lecture des revues de synthèse de la HAS (*Annexe III*) a permis de sélectionner les articles répondants aux objectifs de cette dernière.

Les bases de données suivantes ont été utilisées : *PubMed*, *EM premium*, *Google Scholar*, *ScienceDirect* et de la *Cochrane Library*.

Les critères d'inclusion étaient les femmes qui ont accouché par voie basse au moins une fois dans leur vie et qui consultaient pour leur visite post – natale ou en vue d'une future grossesse.

Les critères de non inclusion correspondaient aux femmes n'ayant eu que des accouchements par césarienne et aux nullipares.

Les terrains de l'étude étaient les services de consultations de gynécologie-obstétrique de l'Hôpital de la Conception (5^{ème}), de l'Hôpital Nord (15^{ème}) et le cabinet médical Carré Saint Giniez à Marseille (8^{ème}).

Ces lieux ont été sélectionnés afin d'obtenir une population d'étude la plus représentative possible de la ville de Marseille avec ses disparités économiques et sociales.

Selon l'INSEE en 2016, le taux de pauvreté du 15^{ème} arrondissement de Marseille était de 44,4%, contre 23,1% pour le 5^{ème} et de 11,5% pour le 8^{ème}.

L'hôpital de la Conception comprend une maternité publique de niveau III³, située dans le centre-ville de Marseille. Il a été réalisés 2 734 accouchements en 2016 (*Le Monde*, 2018).

La maternité de niveau III de l'hôpital Nord est située en périphérie de la ville. En 2016, 2 399 accouchements y ont été réalisés (*Le Monde*, 2018).

Le cabinet de gynécologie, situé sur l'avenue du Prado, s'inscrit dans une association de chirurgiens gynécologues et obstétriciens appelée *Gynéco Marseille*.

Des questionnaires anonymes (*Annexe IV*) ont été distribués par les équipes médicales, paramédicales et par les secrétaires des services concernés aux femmes incluses dans l'étude.

Le recueil des données a débuté en février 2019 et s'est terminé en novembre 2019.

Une autorisation préalable pour la distribution des questionnaires a été obtenue par les sages – femmes coordinatrices des services de consultations de l'hôpital de la Conception et de l'hôpital Nord, autorisation obtenue par mail et à la suite d'un entretien. La distribution des questionnaires au centre de consultations du Carré Saint Giniez a été possible par le biais du Docteur Brice Gurriet, gynécologue – obstétricien.

Les variables à mesurer étaient des variables quantitatives et qualitatives qui peuvent être définies ainsi :

- Les données générales sur l'âge, le nombre d'accouchements par voie basse et leurs dates respectives.
- Les données sur les modalités des accouchements : le poids de naissance des nouveau – nés, l'utilisation d'instruments pour l'aide à l'extraction, la présence de déchirures périnéales et sur la nécessité d'une suture.

³ Prise en charge des grossesses à haut risque et des nouveau – nés présentant des détresses graves

- Les données relatives au post – partum : la reprise des rapports sexuels, la présence de dyspareunies et/ou de diminution de sensation, l'existence d'une incontinence urinaire, le laps de temps d'apparition de cette incontinence après l'accouchement et si une amélioration spontanée a été ressentie.
- Les données relatives à leur positionnement face aux problèmes sexuels et urinaires qu'elles peuvent rencontrer ; si elles parviennent à en parler à un gynécologue ou une sage – femme, le cas échéant les raisons qui les en empêchent, et enfin si le professionnel de santé a posé la question sur un éventuel trouble urinaire ou sexuel.

Les données ont été saisies par informatique via le logiciel *Excel 2018*.

Pour effectuer le croisement des données, le logiciel XLSTAT 2019 a été utilisé. Les données qualitatives ont été croisées avec le test du CHI2, celles quantitatives avec le test de STUDENT. Pour un résultat significatif, un risque $\alpha < 5$ a été choisi.

L'analyse des résultats se répartit en 3 catégories :

- une analyse descriptive des données générales
- une analyse descriptive des conséquences obstétricales/gynécologiques
- le croisement de certaines données

Résultats

La population totale de l'étude représentait 92 femmes de Marseille.

L'étude concerne une population marseillaise sélectionnée à l'hôpital de la Conception, à l'hôpital Nord et au centre de gynécologie – obstétrique du Carré St Giniez.

1. Description de la population étudiée

a. Données générales

L'âge moyen de la population était de 33 ans.

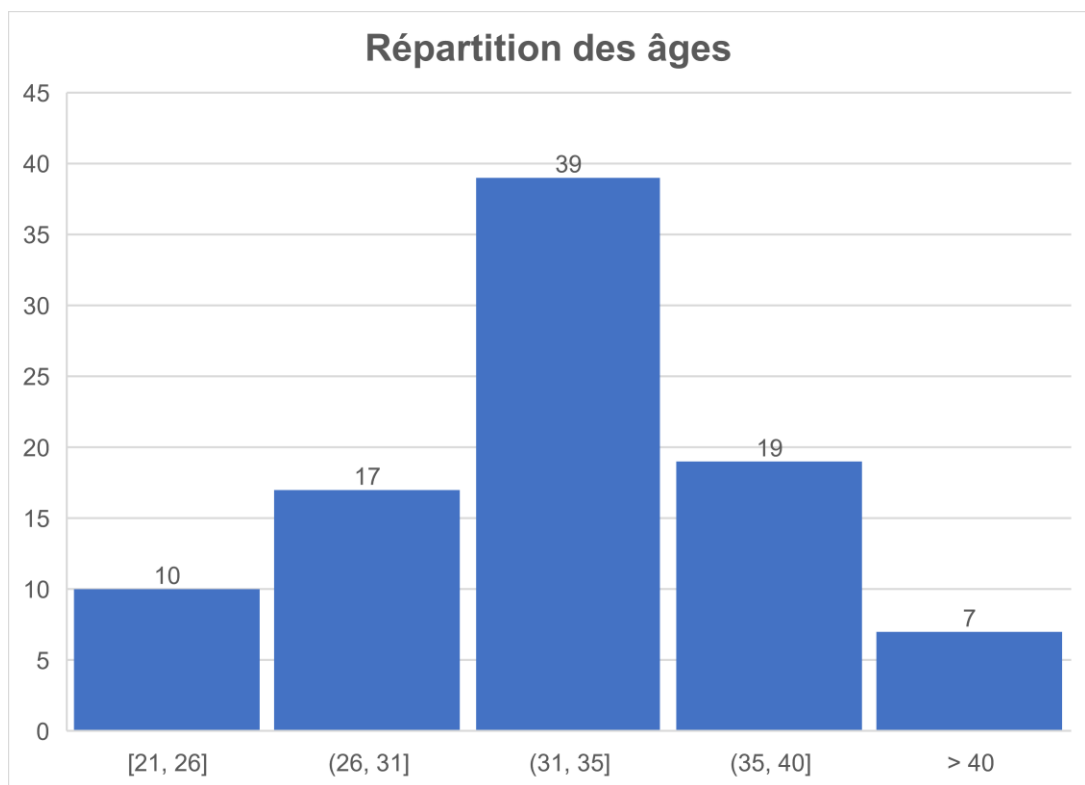


Figure 1 Histogramme de répartition des âges

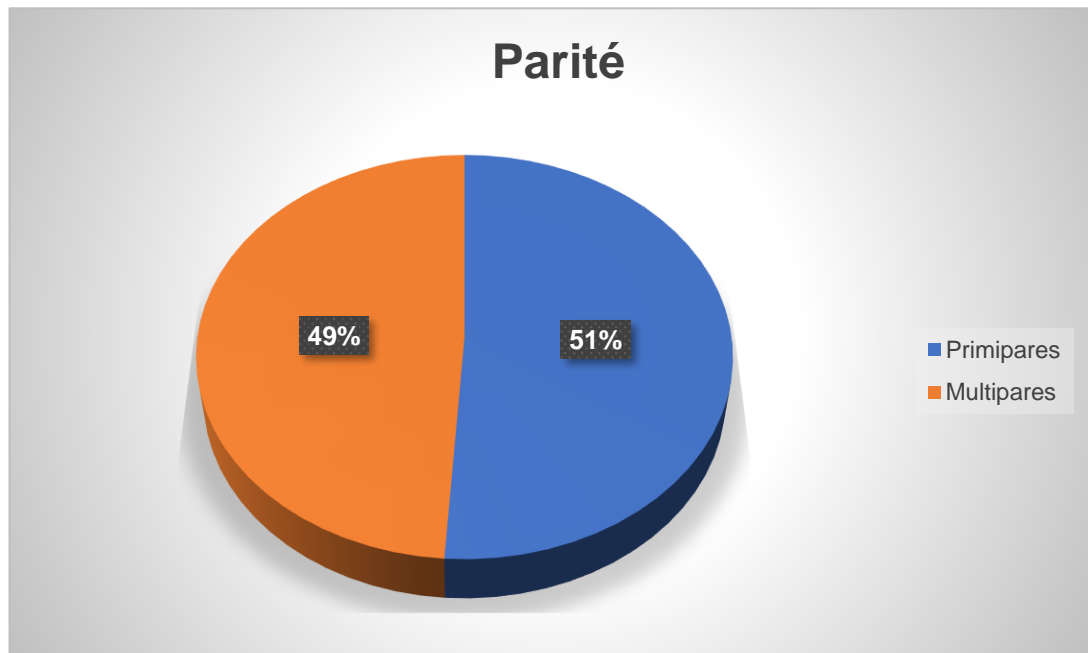


Figure 2 Diagramme en secteur représentant la parité

Concernant la parité, la population étudiée compte presque autant de multipares que de primipares.

b. Données obstétricales

- Poids de naissance des nouveau – nés :
 - Moyenne : 3278g
 - Médiane : 3235g
 - Minimum : 2130g
 - Maximum : 4470g

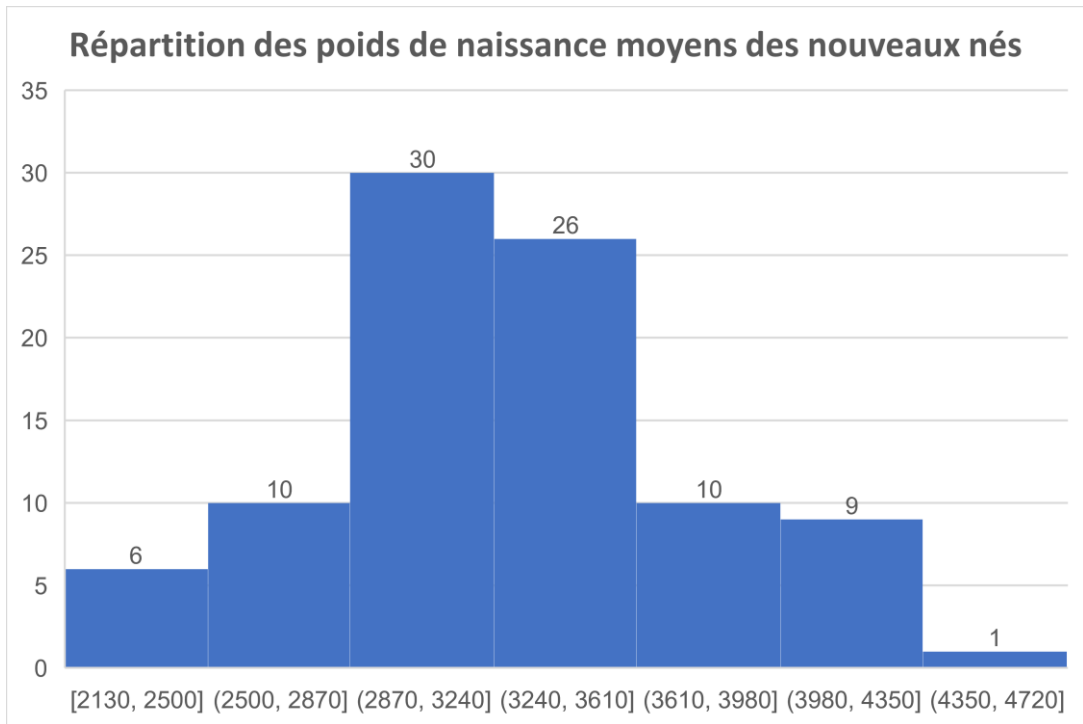


Figure 3 Histogramme de répartition des poids de naissance moyens des nouveau - nés par femme

- Laps de temps depuis le dernier accouchement par voie basse :

Le laps de temps entre le dernier accouchement par voie basse (AVB) et la participation à l'étude est de 21 mois en moyenne avec un écart type de 52,42 mois.

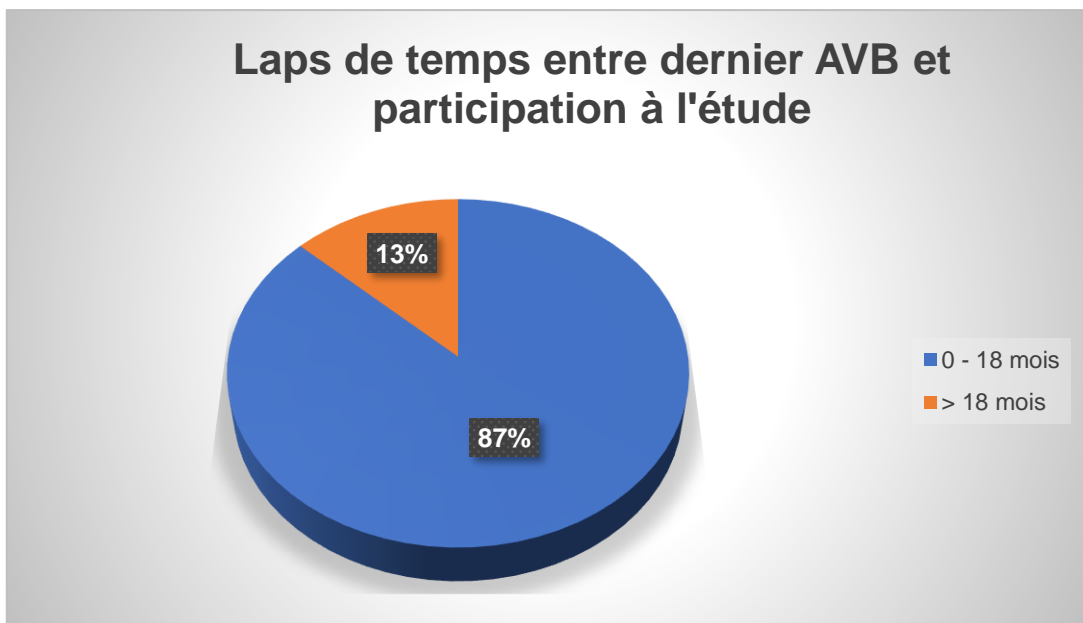


Figure 4 Diagramme en secteur du laps de temps entre le dernier accouchement par voie basse et la participation à l'étude

12 participantes ont accouché depuis plus de 18 mois au moment de la réception du questionnaire.

Dans cette catégorie, la plus jeune a 26 ans et la plus âgée 55 ans.

Parmi elles,

- 2 n'ont pas repris d'activité sexuelle,
- 5 ont décrit une diminution de sensation pendant les rapports sexuels
- 5 déclarent avoir des dyspareunies.

Il a volontairement été choisi d'inclure ces 12 femmes.

- Extractions instrumentales :

Sur la population totale, 39 extractions instrumentales ont été recensées.

Le poids moyen des nouveau – nés ayant nécessité une extraction instrumentale était de 3390g.

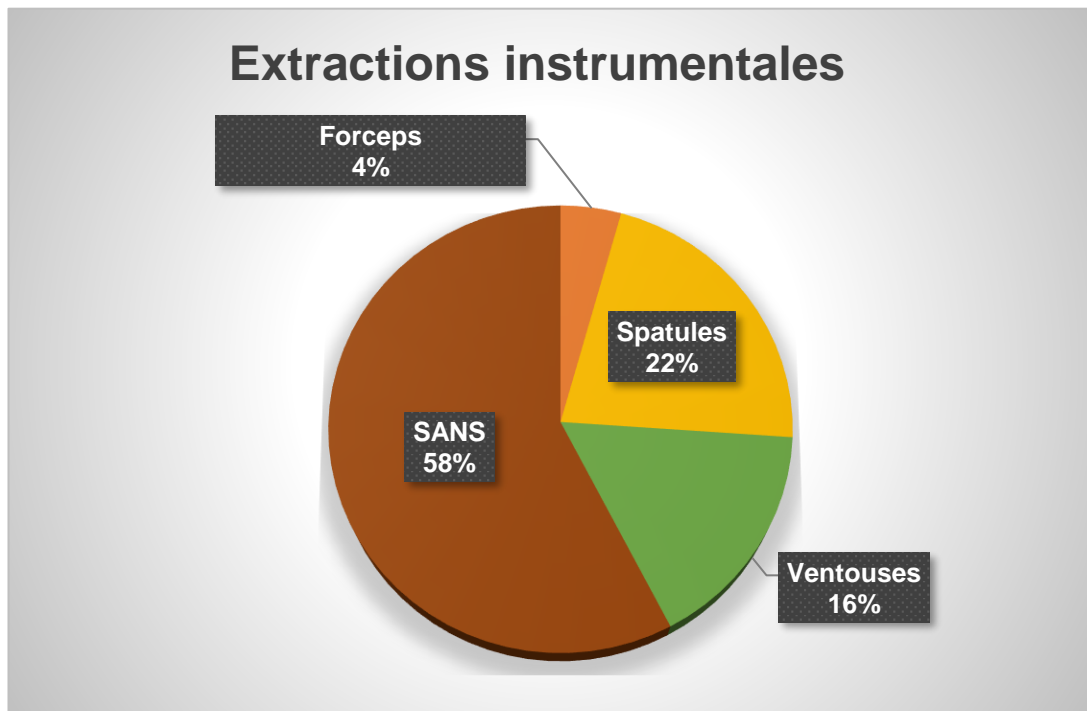


Figure 5 Diagramme en secteur des proportions d'extractions instrumentales

La majorité des femmes (58%) ont accouché de manière spontanée.

Pour 42% des accouchements une extraction instrumentale a été nécessaire ; les spatules et les ventouses étant prépondérantes.

- Reprise des rapports sexuels :

30% des femmes n'ont pas repris de rapports sexuels.

Parmi les 10 femmes à avoir une incontinence urinaire à l'effort (IUE) et n'ayant pas repris une activité sexuelle, elles sont 3 à avoir constaté une amélioration spontanée de leur incontinence.

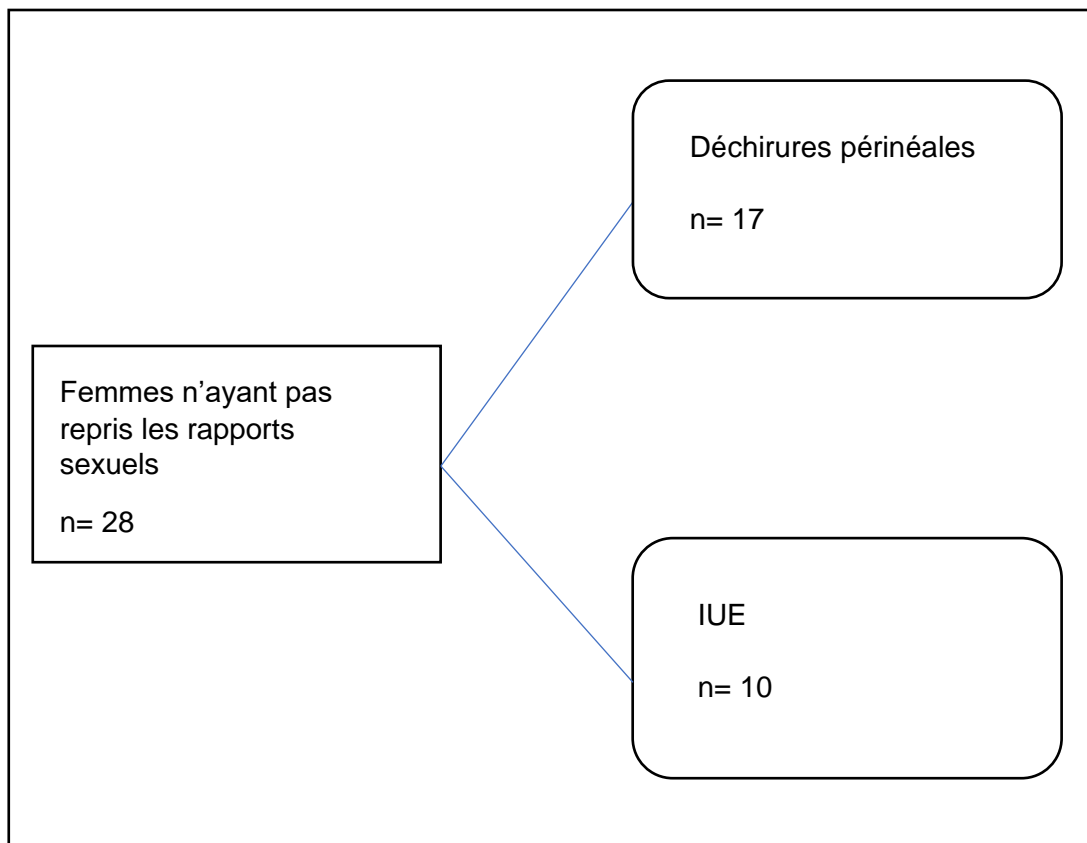


Figure 6 Proportion de déchirures périnéales et d'IUE dans la population n'ayant pas repris les rapports sexuels

Concernant les femmes ayant repris les rapports sexuels (70%) :

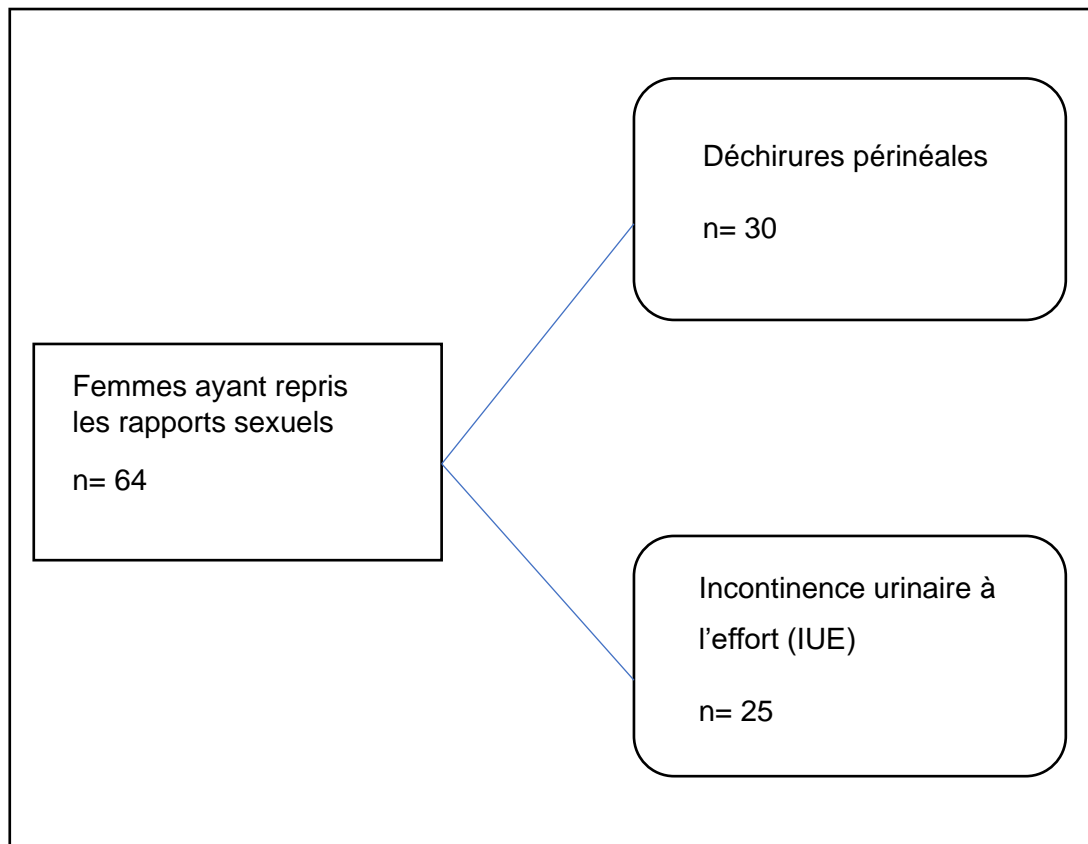


Figure 7 Proportion de déchirures périnéales et d'IUE chez les femmes ayant repris les rapports sexuels

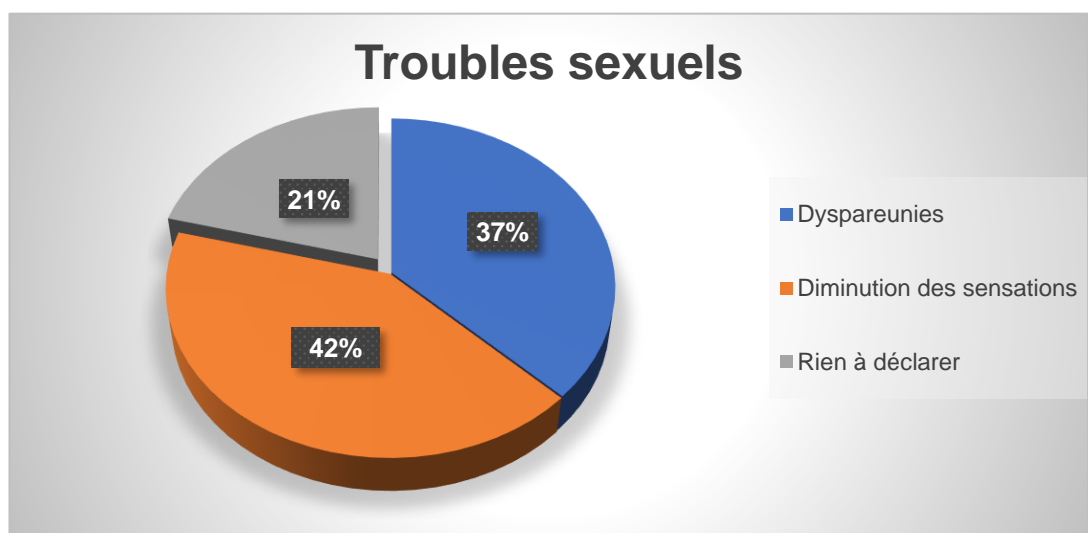


Figure 8 Diagramme en secteur des troubles sexuels chez les patientes ayant repris des rapports sexuels

79% des femmes qui ont repris les rapports sexuels ont déclaré des troubles sexuels. La proportion entre dyspareunies et diminution de sensation est comparable.

2. Description des conséquences gynécologiques

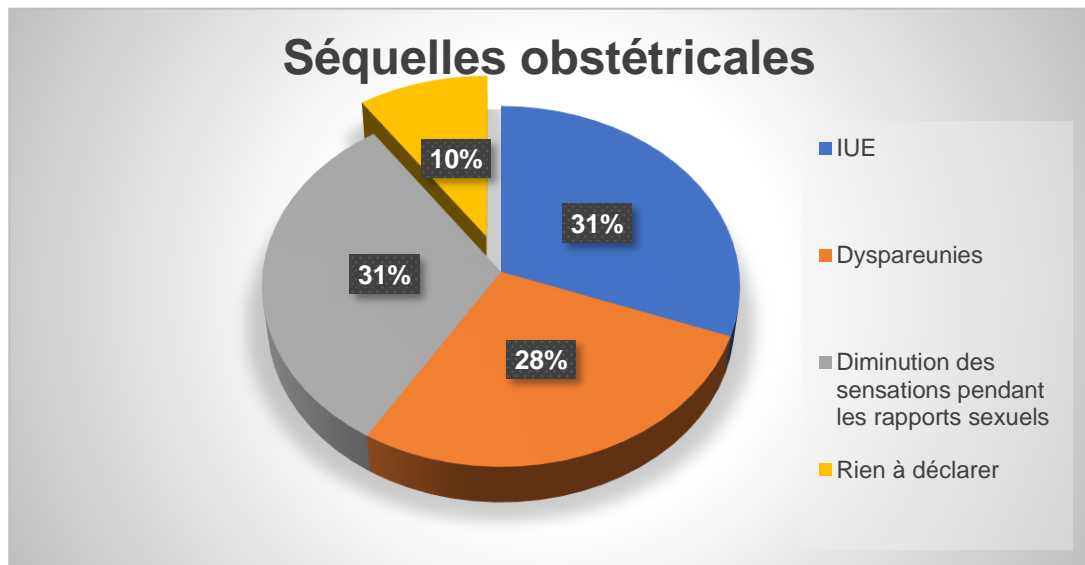


Figure 9 Diagramme en secteur des séquelles obstétricales (urinaires et sexuelles)

La grande majorité (90%) des femmes présentent des séquelles gynécologiques qu'elles soient sexuelles ou urinaires.

Le tableau ci – dessous permet d'observer les variations de poids de naissance, la présence de déchirures périnéales et d'extractions instrumentales en fonction des séquelles obstétricales prises une à une.

Tableau 1 Variation des déchirures périnéales, extractions instrumentales, poids de naissance et nombre moyen d'AVB selon le type de séquelle obstétricale

Séquelles obstétricales	Total	Nombre de déchirures périnéales	Nombre d'extractions instrumentales	Nombre moyen d'AVB / femme	Moyenne des poids de naissance
IUE	35	21	16	1	3260 g
Dyspareunies	32	16	12	2	3230 g
Diminution des sensations pendant les rapports sexuels	36	15	12	1	3206 g

Quant aux femmes n'ayant rien déclaré :

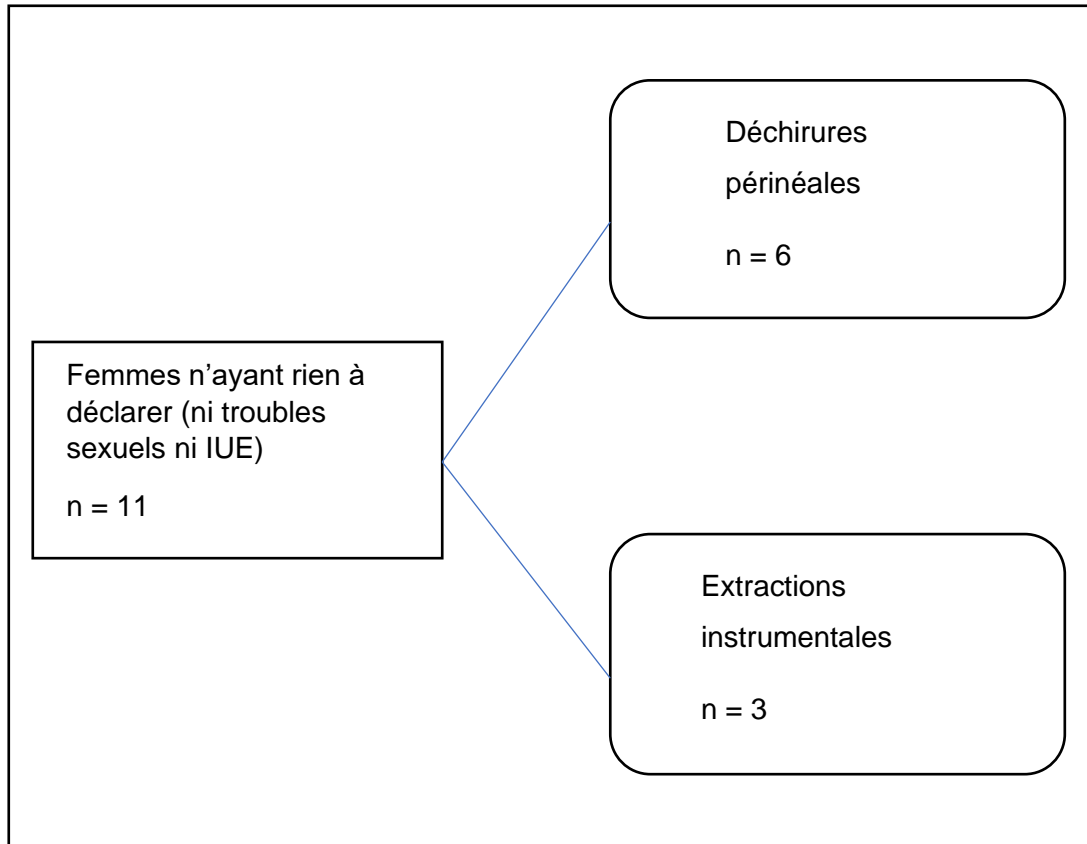


Figure 10 Proportion de déchirures périnéales et d'extractions instrumentales chez les femmes n'ayant déclaré aucun trouble fonctionnel

3. Analyse qualitative

Le recueil des données était constitué d'une partie de questions avec des réponses libres.

L'intérêt porte sur le second objectif de l'étude qui est d'identifier les raisons susceptibles de freiner les femmes de parler de leurs problèmes concernant la sexualité et/ou de leurs troubles urinaires à leur gynécologue et/ou sage – femme.

Les femmes concernées par les réponses libres étaient celles ayant répondu négativement aux questions concernant leur abord auprès d'un professionnel de santé des troubles sexuels et urinaires.

- Les femmes parlent – elles de leurs troubles urinaires et sexuels à un professionnel de santé ?

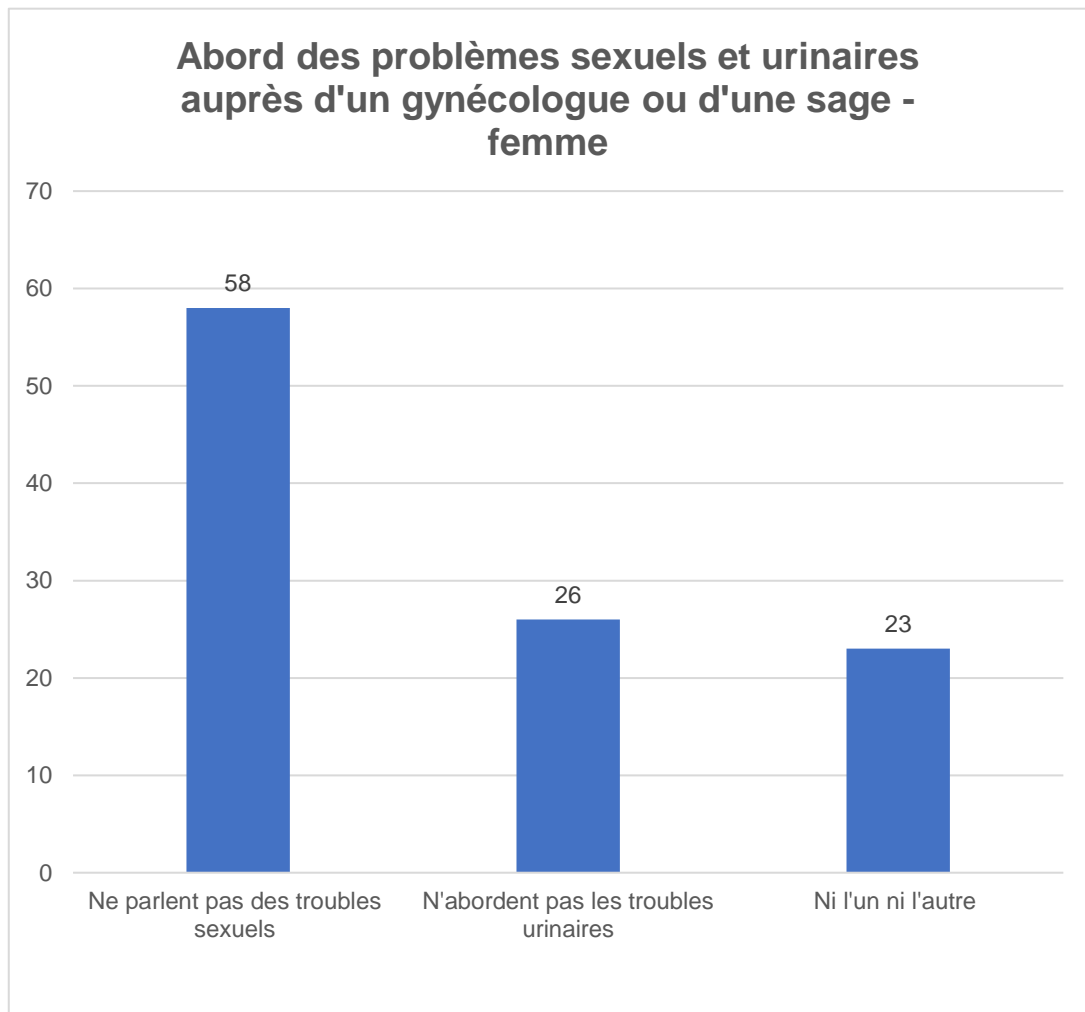


Figure 11 Histogramme de répartition de l'abord des problèmes sexuels et urinaires auprès d'un gynécologue ou d'une sage – femme

25% des femmes n'abordent pas leurs troubles sexuels ni urinaires auprès d'un professionnel de santé, et ceci que la femme ait repris une activité sexuelle ou non.

Cela représente 23 femmes sur 92.

Plus précisément, la majorité des femmes (soit 63%) ne parlent pas de leurs troubles sexuels auprès de leur gynécologue ou de leur sage - femme.

Concernant les troubles urinaires, elles représentent 28% des femmes à ne pas en parler.

- Les professionnels de santé abordent – ils la question d'un éventuel trouble urinaire ou sexuel ?

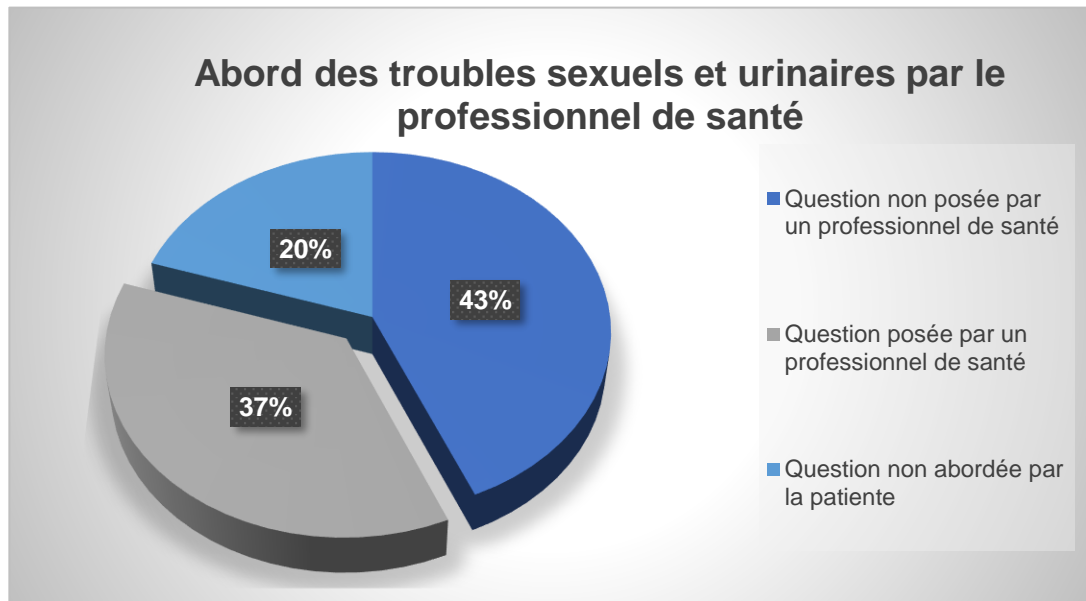


Figure 12 Diagramme en secteur de l'abandon des troubles sexuels et urinaires par le professionnel de santé

Dans 37% des cas, les troubles urinaires et sexuels sont évoqués par le professionnel de santé.

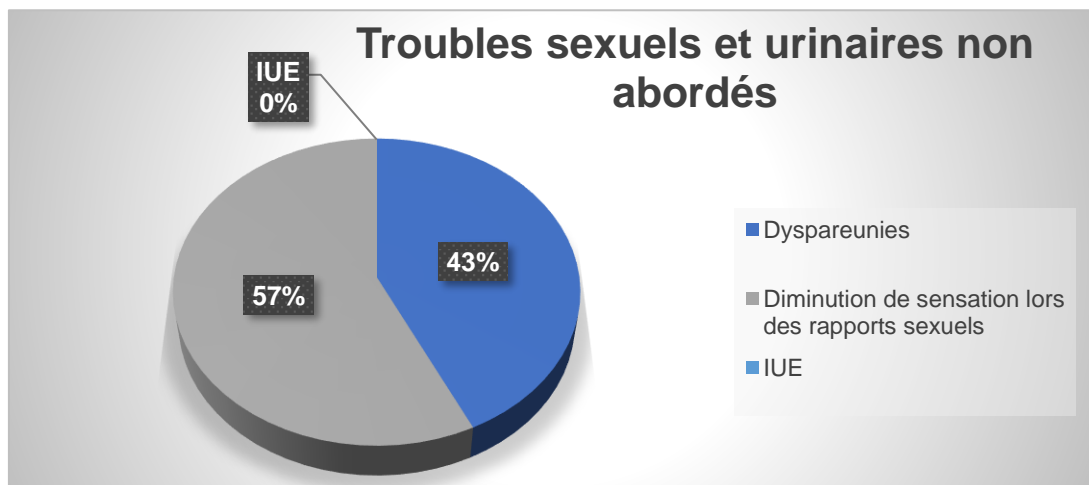


Figure 13 Diagramme en secteur des séquelles obstétricales chez les femmes pour qui les troubles sexuels et urinaires ne sont pas abordés

Les 20% de femmes à qui aucune question n'a été posée et qui n'abordent pas non plus le sujet ont pourtant déclaré avoir des troubles sexuels pour certaines d'entre elles.

En effet, lorsque la question d'un éventuel trouble sexuel ou urinaire n'est pas demandée par le professionnel de santé et que la femme non plus n'en parle pas, cela ne signifie pas pour autant que le trouble n'est pas présent.

Ainsi, aucune des femmes de ce groupe n'a déclaré d'IUE mais plus de la moitié (57%) d'entre elles se plaignent de diminution de sensation lors des rapports sexuels et 43% décrivent des dyspareunies.

- Analyse des réponses libres

Dans la partie qualitative des résultats, deux groupes distincts vont être analysés.

Le premier groupe est composé des femmes qui ne parlent pas de leurs problèmes sexuels et le second concerne les femmes qui ne parlent pas de leurs troubles urinaires.

a. Groupe de celles qui ne parlent pas de leurs problèmes sexuels

Age moyen = 33 ans

Nombre d'enfants en moyenne = 2

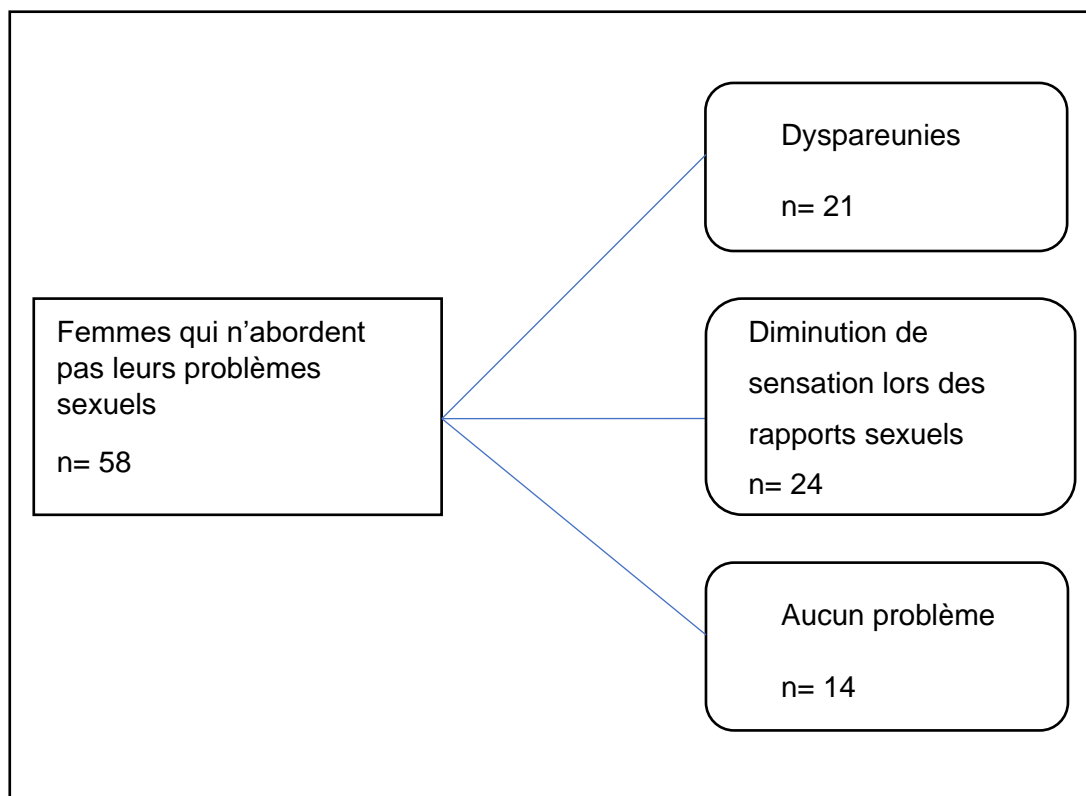


Figure 14 Proportion des troubles sexuels chez les femmes qui n'abordent pas le sujet

Parmi les 14 femmes qui ont déclaré n'avoir aucun problème, 4 ont répondu positivement à la question concernant les diminutions de sensations et 3 à celle sur le fait d'avoir des dyspareunies.

Les raisons qui freinent celles qui n'abordent pas leurs troubles sexuels sont classées dans le tableau ci – dessous.

Tableau 2 Classification des termes utilisés concernant les raisons de ne pas évoquer ses troubles sexuels à un professionnel de santé

INTIMITE	POSSIBILITES MATERIELLES	CONFIANCE	BESOIN
Honte (n= 19)	Impossibilité de prendre RDV (n= 1)	Manque de confiance envers le praticien (n= 3)	Besoin non ressenti (n= 4)
Pudeur (n= 7)	Ne savait pas que l'on pouvait (n= 2)	Qu'avec sage – femme (n= 1)	
	Non car le médecin n'aborde pas le sujet (n=2)		

5 n'ont pas donné de réponse.

b. Groupe de celles qui ne parlent pas de leurs problèmes urinaires

Age moyen = 34 ans

Nombre d'enfants en moyenne = 2

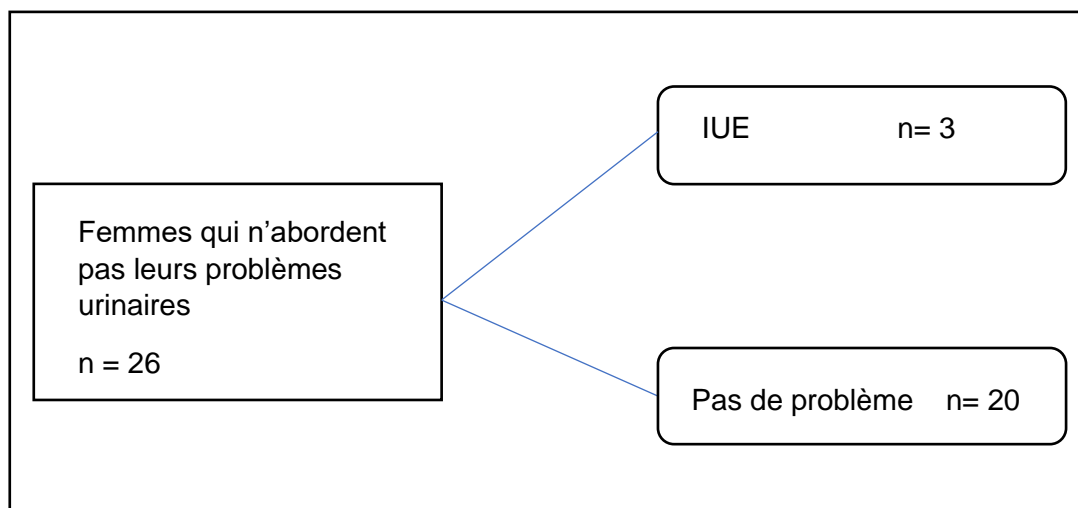


Figure 15 Proportion des IUE chez les femmes qui n'abordent pas le sujet

Sur les 20 femmes n'ayant déclaré aucun trouble urinaire, 1 a pourtant répondu positivement à la question sur la présence d'une incontinence urinaire.

Les raisons évoquées freinant ces femmes à ne pas parler de leurs troubles urinaires sont regroupées dans le tableau ci – dessous.

Tableau 3 Classification des termes utilisés concernant les raisons de ne pas évoquer ses troubles urinaires à un professionnel de santé

INTIMITE	POSSIBILITES MATERIELLES	CONFIANCE	BESOIN
Honte (n= 1)	N'a pas pu réaliser la totalité des cours de rééducation périnéale (n= 1)	Qu'avec médecin traitant (n= 3)	Espère que cela va se régler seul (n= 1)

4. Croisement des données

Les différentes séquelles obstétricales ont été croisées une à une avec des variables qualitatives. Les résultats sont présentés sous forme de tableau.

Pour rappel, il a été choisi pour que le résultat soit significatif un risque alpha < 5.

- Variable : incontinence urinaire

Dans le tableau ci – dessous sont représentés les résultats statistiques du groupe ayant répondu avoir une incontinence urinaire.

Tableau 4 Résultats statistiques du groupe "incontinence urinaire"

Critères d'étude	Nombre total (n)	p
Poids de naissance > 4000g	3	0,866 (NS ⁴)
Primipares	47	1,000 (NS)
Accouchement spontané	53	1,000 (NS)
Pas de déchirure périnéale	41	1,000 (NS)
Utilisation de spatules	19	1,000 (NS)
Utilisation de ventouses	16	1,000 (NS)

Aucun résultat n'est significatif, ce qui signifie que l'on ne peut pas rejeter l'hypothèse nulle.

Ainsi, le fait d'avoir un nouveau – né macrosome, d'être une primipare, de n'avoir aucune déchirure périnéale, d'avoir eu un accouchement spontané ou au contraire l'utilisation de spatules ou ventouses, ne seraient pas plus à risque d'incontinence urinaire.

⁴ NS = Non Significatif

Avoir une incontinence urinaire serait – il plus favorable pour parler de ses troubles urinaires ?

Comme présenté dans le tableau ci – dessous, 32 femmes avec une incontinence urinaire ont parlé de leurs troubles urinaires contre 3 qui n’ont pas abordé le sujet.

Tableau 5 *Tableau de contingence (parler de ses problèmes sexuels / IUE)*

	Parler des troubles urinaires	Ne pas parler des troubles urinaires
IUE	n = 32	n = 3

p = 1, 000 (NS)

- Variable : dyspareunies

Les résultats portent ici sur les femmes ayant répondu avoir repris des rapports sexuels.

Tableau 6 *Résultats statistiques du groupe "dyspareunies"*

Critères d'étude	Nombre total (n)	p
Poids de naissance > 4000g	2	0,394 (NS)
Primipares	34	1,000 (NS)
Accouchement spontané	42	1,000 (NS)
Pas de déchirure périnéale	30	1,000 (NS)
Utilisation de spatules	13	1,000 (NS)
Utilisation de ventouses	8	1,000 (NS)

Aucun résultat n'est significatif, l'hypothèse nulle ne peut donc être rejetée.

Les mêmes critères d'études que précédemment ne sont pas plus à risque pour la femme d'avoir des dyspareunies après un accouchement par voie basse.

Avoir des dyspareunies, est – ce un facteur favorable au fait de discuter de ses troubles sexuels avec un professionnel de santé ?

Le tableau ci – après montre que 11 femmes ayant des dyspareunies ont abordé le sujet contre 21 femmes qui n'en ont pas parlé.

Tableau 7 Tableau de contingence (parler de ses problèmes sexuels / dyspareunies)

	Parler des troubles sexuels	Ne pas parler des troubles sexuels
Dyspareunie	n = 11	n = 21

$p = 1,000$ (NS)

- Variable : diminution des sensations pendant un rapport sexuel

Les résultats concernent également les femmes ayant répondu avoir repris les rapports sexuels.

Tableau 8 Résultats statistiques du groupe "diminution de sensation pendant un rapport sexuel"

Critères d'étude	Nombre total (n)	p
Poids de naissance > 4000g	2	0,394 (NS)
Primipares	32	1,000 (NS)
Accouchements spontanés	42	1,000 (NS)
Pas de déchirure périnéale	30	1,000 (NS)
Utilisation de spatules	12	1,000 (NS)
Utilisation de ventouses	8	1,000 (NS)

Aucun résultat n'est significatif, l'hypothèse nulle ne peut donc être rejetée. Il n'est alors pas exclu que le hasard lie les critères d'étude à des diminutions de sensation.

Avoir un nouveau – né macrosome, être une primipare, avoir eu un accouchement instrumental ne seraient pas plus à risque de décrire une diminution de sensation pendant les rapports sexuels par la suite.

Il en est de même avec le fait d'avoir eu un accouchement spontané ou de ne pas avoir eu de déchirure périnéale.

Est – ce qu’avoir des diminutions de sensations pendant les rapports sexuels fait que les femmes s’expriment plus sur leurs troubles sexuels ?

Tableau 9 Tableau de contingence (parler de ses problèmes sexuels / diminution de sensation)

	Parler des troubles sexuels	Ne pas parler des troubles sexuels
Diminution de sensation	n = 12	n = 24

p = 1,000 (NS)

24 femmes sur 36 ayant des diminutions de sensations n’ont pas parlé de leur problème avec leur gynécologue et/ou leur sage – femme.

Analyse et discussion

Biais et limites

Les données obtenues étaient basées sur la déclaration des patientes, cela représente la principale limite de cette étude.

Plusieurs biais peuvent être retenus:

- un biais de mémorisation notamment lorsque l'accouchement des interrogées remonte à quelques années,
- un biais de recrutement des professionnels de santé, avisés du sujet de l'étude, auront eu peut-être plus tendance à poser la question concernant un quelconque trouble sexuel ou urinaire,
- un second biais de recrutement concernant le site du Carré Saint Giniez qui prend en charge par des techniques chirurgicales ou réparatrices les séquelles obstétricales que rencontrent leurs patientes,
- un biais de confusion lié à la non compréhension par quelques femmes non francophones de certaines questions.

L'étude s'est intéressée à une partie de la population marseillaise, sur un effectif relativement faible, ceci ne permettant pas de tirer des conclusions sur la population féminine nationale.

Les limites de l'étude concernent également les items demandés lors du recueil des données. Ce travail s'intéresse à la parité, aux extractions instrumentales, aux déchirures périnéales et aux poids de naissance des nouveau-nés.

Il s'agit alors de faire un état des lieux des séquelles obstétricales après un accouchement par voie basse afin de mettre en lumière un problème peu étudié.

Ainsi, voir si certains facteurs ont un rôle sur la survenue de ces lésions post-accouchement afin de dépister au mieux les femmes.

La préparation du périnée pendant la grossesse n'a pas été intégrée à l'étude.

La rééducation périnéale n'a pas non plus été prise en compte.

Etat des lieux

90% des femmes présentent des séquelles obstétricales suite à un accouchement par voie basse (*figure 9*).

Le laps de temps depuis le dernier accouchement n'a pas été pris en compte.

12 participantes à l'étude ont accouché depuis plus de 18 mois. Ces femmes continuent de se plaindre de douleurs et de diminution de sensation pendant les rapports sexuels ainsi que d'incontinences urinaires à l'effort (*figure 4*).

Selon Buhling *et al.* (2006), il n'y a pas de différence significative du temps de reprise des rapports sexuels selon le mode d'accouchement.

Il s'agit de problèmes qui ne sont pas corrigés pour ces femmes interrogées, même des années plus tard.

Poser la question sur un éventuel trouble à chaque consultation paraît alors important et ce tout au long de la vie d'une femme.

D'après Linneberg *et al.* (2016), 50% des dysfonctions sexuelles sont retrouvées 5 ans après un accouchement dit traumatique (extraction instrumentale, déchirure périnéale, épisiotomie...etc.).

La vie sexuelle, sur le long terme, des femmes ayant eu des complications obstétricales est plus impactée par la présence de dyspareunies (Andreucci *et al.*, 2015).

Par ailleurs, lorsque le trouble concerne la sphère urinaire, l'IUE est difficilement appréciable chez la femme jeune et sa survenue diminue progressivement avec l'augmentation de l'âge (Tāhitien *et al.*, 2019). Cette même étude montre que le fait d'avoir plus de 50 ans et d'avoir eu un accouchement par voie basse avec extraction instrumentale n'était plus significatif sur le fait d'avoir une IUE ou non.

Le seuil de 18 mois a été défini en prenant en compte le fait que les douleurs lors d'un rapport sexuel étaient persistantes au-delà de 18 mois après un accouchement (Buhling *et al.*, 2006).

Les troubles sexuels

Concernant les troubles sexuels, 70% des participantes ont repris une activité sexuelle (*figure 7*).

Parmi elles, 79% ont déclaré les troubles sexuels suivants : dyspareunie et diminution de sensation (*figure 8*).

Ce taux varie lorsque les séquelles obstétricales sont prises indépendamment du fait que la femme ait repris ou non une activité sexuelle (*figure 9*).

Il est possible d'expliquer cette légère différence par le fait que certaines femmes présentaient peut être déjà des troubles sexuels avant la grossesse ou qu'elles aient développé ces troubles pendant leur grossesse.

Une étude espagnole montre que 41 à 83% de femmes décrivent des problèmes sexuels durant les premiers mois du post – partum (Triviño et al., 2018).

Les troubles sexuels impactent sur la santé des femmes (Kline et al., 1998).

Les dyspareunies sont estimées à 28% (*figure 9*).

Deux études confirment ce résultat puisque un taux de 26 à 49% de dyspareunies est retrouvé après un accouchement par voie basse contre 14 à 27% dans la population générale (Rham et al., 2017 ; Lewis et al. 2010).

31% des participantes ont déclaré des diminutions de sensation lors des rapports sexuels (*figure 9*).

Peu d'études s'intéressant à cette caractéristique ont été retrouvées.

Un groupe de travail Brésilien pour le compte de la COMMAG et de l'OMS a relevé 4 études qui évaluent la qualité de vie sexuelle via un questionnaire mais uniquement chez des femmes avec des morbidités obstétricales connues (Andreucci et al., 2015).

Les troubles urinaires

Quant aux troubles urinaires, 31% des femmes sont concernées (*figure 8*).

Il a été volontairement choisi de ne traiter que l'incontinence urinaire à l'effort.

D'une part, il s'agit du trouble urinaire survenant le plus précocement après un accouchement par voie basse (Tähtinen et al., 2019 ; Fritel, 2005). L'accouchement par voie basse est associé à quasiment 2 fois plus de risque de développer une IUE par rapport au fait d'avoir eu une césarienne. Un moindre effet est constaté concernant l'incontinence urinaire par urgenterie (Tähtinen et al., 2019).

D'autre part, l'IUE est un facteur de risque associé aux douleurs sexuelles (Palacios et al., 2009 ; Lewis et al., 2010).

Les femmes décrivant une IUE ont eu en moyenne plus de déchirures périnéales et plus d'extractions instrumentales que celles rapportant des troubles sexuels (*tableau 1*).

Selon une étude française, la fréquence élevée de la persistance des troubles urinaires chez une femme ayant accouché par voie basse contribue à une possible sous – estimation de la plainte des patientes lors de la consultation du post – partum (Provansal et al., 2007).

Les études montrent des prévalences d'IUE après un accouchement par voie basse allant de 12 à 38% (Tähtinen et al., 2019 ; Fritel, 2005).

L'extraction instrumentale a – t – elle un rôle sur les séquelles périnéales de types troubles sexuels et/ou urinaires ?

Comme vu précédemment, aucun des résultats statistiques n'est significatif. Avoir une incontinence urinaire à l'effort ou des troubles sexuels sont des problèmes qui surviennent quel que soit le mode d'accouchement (spontané ou avec une aide instrumentale) et quel que soit le poids de naissance du nouveau – né (*tableaux 4, 6, 8*).

Dans la littérature des études montrent qu'il y aurait plus de troubles sexuels et urinaires dans les populations où l'accouchement a nécessité une extraction instrumentale (Provensal et al., 2007 ; Rham et al., 2017).

Des prévalences plus importantes de dyspareunies sévères chez les femmes ayant eu une extraction instrumentale lors de leur accouchement vs celles avec un accouchement spontané ont été retrouvées dans une étude (Buhling et al., 2006).

L'utilisation de spatules plutôt que de ventouses ne modifie pas la fréquence des incontinenances urinaires à l'effort ni des troubles sexuels (*tableaux 4, 6, 8*).

Une étude norvégienne confirme ce résultat sur le long terme (Tähtinen et al., 2019).

Par ailleurs, l'extraction instrumentale influence la reprise des rapports sexuels et les femmes ayant eu un accouchement par voie basse avec une extraction instrumentale sont moins nombreuses à avoir repris les rapports sexuels à 6 semaines du post – partum vs celles ayant eu une voie basse spontanée (Triviño et al ., 2018).

Il faudrait des études de grandes ampleurs afin de vérifier l'impact des extractions instrumentales sur les troubles urinaires et sexuels chez la femme.

Les déchirures périnéales ont – elles une influence sur les séquelles périnéales de types troubles sexuels et/ou urinaires ?

Les femmes avec des troubles sexuels et/ou urinaires ont eu plus de déchirures périnéales (*tableau 1*) que celles ne déclarant aucun trouble (*figure 10*).

La majorité des études suggère que les déchirures périnéales majeures après un accouchement par voie basse sont associées à une plus longue durée des dyspareunies (Andreucci et al., 2015).

La survenue d'une déchirure périnéale n'est pas significative sur la présence d'un trouble sexuel ou urinaire (*tableaux 4, 6, 8*).

Il est donc important de rechercher un éventuel trouble pas seulement chez les femmes qui présentent une déchirure périnéale.

La littérature associe régulièrement déchirure périnéale avec extraction instrumentale (Tähtinen et al., 2019 ; Buhling et al. 2006 ; Rham et al., 2017).

Les douleurs périnéales et les dyspareunies sont typiquement attribuées aux traumatismes vaginaux et particulièrement à l'épisiotomie (Kennedy et al., 2009).

De plus, les déchirures périnéales associées aux extractions instrumentales ont un impact sur la qualité de la fonction sexuelle à court terme (Rham et al., 2017).

Un travail de recherche de 2013 a montré que les douleurs induites par une épisiotomie et/ou par une déchirure étaient globalement sous – estimées (Morin, 2013).

Au final, il est possible de dire que les déchirures périnéales influencent sur les troubles sexuels notamment sur la douleur mais que ce n'est pas parce qu'une femme n'a pas eu de déchirure qu'elle est moins à risque de développer par la suite ces séquelles.

Aucune étude spécifique aux déchirures périnéales et à la survenue de troubles urinaires n'a été retrouvée.

Il aurait été intéressant de regarder de quelle méthode de rééducation du périnée les patientes interrogées avaient pu bénéficier et si elles avaient ou non utilisé des topiques cicatrisants par exemple.

Il n' a pas été non plus précisé dans le questionnaire si la patiente avait eu une déchirure périnéale simple ou dite compliquée, ni si elle avait eu une épisiotomie.

Les raisons susceptibles de freiner les femmes de parler de leurs séquelles obstétricales.

63% des femmes interrogées ont répondu non à la question concernant leur abord des problèmes sexuels avec un gynécologue ou une sage – femme (*figure 11*).

Parmi elles, plus de la moitié ont pourtant déclaré des dyspareunies et/ou une diminution de sensation lors des questions précédentes (*figure 14*).

Une étude a montré que de nombreuses femmes hésitent à aborder le sujet sur la sexualité avec un professionnel de santé. Plus de la moitié des femmes incluses dans leur travail (sur 1507 primipares) ont rapporté des douleurs pendant leurs rapports sexuels mais 93% n'en parlent pas (Mac Donald et al., 2015).

La sexualité est un sujet difficile à aborder (Olsson et al., 2011).

La principale raison évoquée est qu'il s'agit d'un sujet relevant du domaine de l'intimité (*tableau 2*). Les deux termes utilisés sont « honte » et « pudeur ».

Par ailleurs, certaines parlent de « manque de confiance », d' « impossibilité matérielle » et enfin de « besoin non ressenti » (*tableau 2*).

De nombreuses études qualitatives se sont concentrées sur les obstacles qui empêchent les femmes de parler de leur sexualité (Buurman & Lagro – Janssen, 2013 ; Brandenburg & Bitzer, 2009 ; Olsson et al., 2011 et Kline et al., 1998).

Ces études révèlent que le sentiment de honte est présent de façon prépondérante (Mac Donald et al., 2015 ; Buurman & Lagro – Janssen, 2013 ; Brandenburg & Bitzer, 2009).

Avoir des troubles sexuels tels que des dyspareunies ou une diminution de sensation ne permet pas d'affirmer que ces femmes parleront plus spontanément de leurs problèmes (*tableaux 7 et 9*).

Les croyances, les cultures et le cadre socio – économique peuvent être des freins au fait de parler de ces problèmes à un professionnel de santé.

28% des participantes ne parlent pas de leur troubles urinaires à un gynécologue ou à une sage – femme (*figure 11*).

Une étude américaine rapporte que 66% des femmes ayant une incontinence urinaire ne parlent pas à un professionnel de santé de ce problème (Malani et al., 2018).

Le manque de confiance envers le praticien est la raison majoritairement évoquée par les participantes (*tableau 3*).

L'intimité, la possibilité matérielle et le non – besoin sont des freins qui se rejoignent quand il s'agit d'aborder ses troubles sexuels et urinaires avec un professionnel de santé.

De plus, comme vu dans l'analyse des données du *tableau 5*, avoir une incontinence urinaire ne serait pas plus favorable à parler de ce sujet.

La différence observée sur le fait de parler de ses troubles urinaires et d'avoir une incontinence urinaire vs ne pas avoir de séquelle urinaire n'est pas significative.

Cette variation peut tout de même s'expliquer par le fait que certaines femmes considèrent cela comme un problème ou non. En effet, lorsque le quotidien de ces femmes est altéré par un trouble urinaire, elles ont plus tendance à évoquer le sujet avec leur médecin (Malani et al., 2018).

Une autre étude rapporte que les femmes parlent le plus souvent de leurs troubles périnéaux avec leurs proches. Ces derniers ont tendance à conforter leur idée qu'il s'agit de problèmes passagers qui se résoudront spontanément avec le temps (Buurman & Lagro – Janssen, 2013).

Nombreux sont les professionnels de santé qui n'ont pas posé la question.

Pour 43% des interrogées, le gynécologue ou la sage – femme qu'elles ont consulté ne leur a posé aucune question concernant un éventuel trouble sexuel ou urinaire.

A ce taux s'ajoute les 20% de femmes qui n'ont pas abordé le sujet (*figure 12*).

Si l'on prend les cas où le sujet de séquelles obstétricales n'a jamais été évoqué cela représente donc 63% des consultations.

Or, tel que souligné précédemment, ce n'est pas parce que le sujet n'a pas été évoqué ni par la patiente ni par le professionnel de santé que le trouble n'est pas présent (*figure 13*).

Une étude réalisée en Rhône – Alpes a questionné des gynécologues exerçant en cabinet libéral et 43% seulement ont affirmé poser la question sur un quelconque trouble sexuel lors d'une consultation. Selon eux, la période de la ménopause serait la plus propice à aborder le sujet (Gicquel, 2012).

Pourtant, le post – partum est un moment intéressant pour parler des problèmes urinaires et sexuels notamment car la naissance d'un enfant peut entraîner une diminution du désir (Buffat, 2019).

Dans la littérature, le manque de connaissances sur le sujet et la courte durée des consultations seraient les principaux freins décrits par les médecins (Kline, 1998 ; Brandenburg & Bitzer, 2009 ; Olsson et al., 2011 ; Mc Donald et al., 2015).

D'autres freins pourraient être étudiés comme le manque de formation en sexologie dans le cursus médical ou le désintérêt des pouvoirs publics concernant la santé des femmes ayant accouché.

Et, jusqu'à récemment, peu de solutions étaient apportées aux femmes souffrant de ces troubles.

Nouvelles connaissances apportées

Les résultats non significatifs retrouvés lors des tests statistiques permettent de mettre en évidence le fait qu'il est important de s'intéresser aux troubles urinaires et sexuels chez toute femme venant consulter un gynécologue ou une sage – femme.

En effet, pour les patientes chez qui l'on n'attendait pas forcément de séquelles suites à leur(s) accouchement(s) par voie basse, certaines présentent finalement des troubles.

Ce n'est donc pas parce que la femme a eu un seul enfant avec un accouchement dit physiologique (accouchement spontané, sans déchirure périnéale avec un nouveau – né eutrophe) qu'elle n'aura pas des séquelles obstétricales telles qu'une incontinence urinaire à l'effort, des dyspareunies ou des diminutions de sensations lors des rapports sexuels.

Conclusion

Les objectifs de cette étude étaient d'estimer le type et le nombre de séquelles obstétricales après un accouchement par voie basse dans une population de femmes marseillaises et d'identifier les raisons susceptibles de freiner les femmes à parler de leurs problèmes concernant la sexualité ou leurs troubles urinaires à leur gynécologue et/ou leur sage – femme.

Ce travail de recherche a permis de faire un état des lieux des troubles urinaires et sexuels retrouvés chez les femmes après un (ou plusieurs) accouchement(s) par voie basse dans deux CHU marseillais et dans un cabinet de consultations en ville.

Les résultats de cette étude ont un faible niveau de preuve, et ne peuvent pas être généralisables.

Il en ressort que les séquelles obstétricales, qu'elles soient urinaires ou sexuelles, sont nombreuses, et durent dans le temps. Bien souvent sous – estimées par les professionnels de santé, la question sur un éventuel trouble périnéal n'est pas assez abordée. Il s'agit encore aujourd'hui d'un sujet tabou dont les femmes ont, pour la plupart, honte de parler. Ces troubles sont à rechercher chez toutes les femmes ayant accouché par voie basse, même celles avec un accouchement dit physiologique.

Des nouvelles techniques en matière de restauration génitale voient le jour. Il est important de rappeler que ces techniques viennent après échecs des thérapeutiques classiques (topiques anesthésiques, kinésithérapie et rééducation périnéale manuelle). La sage – femme a les compétences requises pour s'occuper de la rééducation périnéale de la femme et notamment avec l'utilisation de la técarthérapie.

Ces nouvelles connaissances reposent sur le lipofilling qui permet de diminuer les douleurs chroniques de cicatrices d'épisiotomies (Ulrich, 2012), ou l'utilisation de laser à CO2 qui diminue l'atrophie vaginale (Perino, 2014) et améliore la qualité de vie des patientes avec une incontinence urinaire à l'effort (Naranjo-Ortiz, 2015). Récemment l'utilisation de *platelet – rich – plasma* (PRP) (injection de plasma du patient avec une forte concentration en plaquettes dans la zone d'atrophie) serait une alternative après échec de l'apport en œstrogènes sur l'atrophie vaginale (Kim, 2017) mais cette technique est coûteuse et pose des problèmes d'autorisation en France.

Evidemment, il est nécessaire de prendre du recul quant à l'efficacité et à l'innocuité de ces techniques. Il manque des études concernant la durabilité des changements obtenus par le laser, sur les effets à long terme et des études randomisées avec un grand nombre de patientes (Perino, 2014).

En conclusion, le réel problème n'est pas de savoir quelle est la meilleure technique de réparation ni le manque d'études probantes ; cela pouvant être rapidement corrigé par des travaux de recherches.

En revanche, le dépistage systématique de ces troubles est le véritable enjeu qui permettrait d'améliorer la prise en charge de ces femmes. L'importance est d'encourager les femmes, les sage – femmes et les médecins à rechercher ces troubles.

Quelle est la qualité de vie de ces femmes avec des troubles urinaires et sexuelles ? L'impact de ces troubles sur la santé psychologique de la femme pourrait être un bon argument pour inciter les professionnels de santé à aborder de manière systématique le sujet.

Annexes

Annexe I

<http://www.lesbaleinesbleues.com/>

La restauration vaginale et les nouvelles technologies

HAUTE FREQUENCE Diathermie

Mode de fonctionnement
Action électro magnétique.
Bio stimulation jouant sur les échanges cellulaires.
Induit dans le corps un courant électrique biologique.

Particularités
Athérique ou Thermique.
Fréquence de 300 KHz à 1 MHz.
On modifie la puissance pour avoir un effet thermique ou athérique en fonction des besoins.

Indications

- Antalgie
- Cicatrisant
- Inflammation
- Hématomes, œdèmes
- Trophicité tissulaire
- Cicatrices
- Antispasmodique
- Trigger points
- Esthétique

Contre-indications

- Pace maker
- Grossesses
- Fièvres, infections
- Insensibilité à la chaleur

LASER

Mode de fonctionnement
Source lumineuse.
Effet photonique cutané.
Bio stimulation qui accélère la guérison des tissus.

Particularités
Rétraction cutanée par effet calorifique.

Indications

- Rejuvenation de la muqueuse vaginale
- Trophicité tissulaire
- Antalgie
- Biostimulant
- Trophicité tissulaire
- Cicatrices
- Antispasmodique
- Trigger points et points d'acupuncture
- Chirurgie intime
- Labioplastie
- Vaporisation du col
- Chirurgie du condylome

Contre-indications

- Pace maker
- Grossesses
- Fièvres, infections

CEMP Champs électromagnétiques pulsés

Mode de fonctionnement
Action électro magnétique
Bio stimulation jouant sur les échanges cellulaires.
Induit dans le corps un courant électrique biologique.

Particularités
Athérique Basse fréquences 0-100 Hz.
Puissance de 0 à 100 Gauss

Indications

- Antalgie
- Cicatrisant
- Inflammation
- Hématomes, œdèmes
- Cicatrices
- Antispasmodique
- Trigger points

Contre-indications

- Pace maker
- Grossesses
- Fièvres, infections

LED Thérapie, Laser de basse puissance Biostimulation

Mode de fonctionnement
Source lumineuse froide (pas de chaleur).
Le corps répond à l'exposition lumineuse, notamment aux longueurs d'ondes du spectre visible.

Particularités
Les effets de la lumière se traduisent par une augmentation de la production de l'énergie cellulaire, par une prolifération cellulaire ainsi que par une modulation de la concentration des cytokines et des facteurs de croissance.
Stimulation et réparation de tissu (superficiel et profond).

Indications

- Antalgie
- Cicatrisant
- Inflammation
- Hématomes, œdèmes
- Trophicité tissulaire
- Cicatrices
- Antispasmodique
- Trigger points
- Esthétique

Contre-indications

- Pace maker
- Grossesse

ACIDE HYALURONIQUE

Mode de fonctionnement
Agent réparateur des tissus conjonctifs.

Particularités
Polysaccharoïde, il a un rôle remarquable dans les lésions vulvo-vaginale.

Indications

- Cicatrisation des muqueuses
- Cystites récurrentes par voie intra-vésicale
- Perte de trophicité vaginale
- Lésions cervicales

Contre-indications

- Selon avis médical d'un spécialiste

ELECTROSTIMULATION fonctionnelle

Mode de fonctionnement
Impulsion électrique variable (durée et intensité) transmise aux différents muscles par l'entremise de 2 ou plusieurs électrodes.

Particularités
Elle provoque la contraction musculaire sans que le SNC soit mis à contribution.

Indications

- Préparation physique des athlètes ou phase de récupération.
- Rééducation périnéale
- Préparation physique en procurant des résultats visibles et mesurables.

Contre-indications

- Grossesses
- Lésions nerveuses
- SEP
- Infections
- Rétention urinaire ++
- Pace Maker

Potentiel électrique des cellules: Becker [12] a démontré que le potentiel électrique des cellules lésées diffère grandement de celui des cellules saines. Pour retrouver une activité physiologique, la cellule doit retrouver un potentiel électrique initial. La restauration du potentiel de membrane cellulaire, fait partie du processus de cicatrisation. L'influence du CEMP sur le tissu humain va dans ce sens.

©2016 - Les baleines bleues - toute reproduction même partielle est interdite www.lesbaleinesbleues.com

5. Borud LJ, Warren AG. Modified vertical abdominoplasty in the massive weight loss patient. *Plast Reconstr Surg*. 2007;119:1911–1921; discussion 1922–1923.

Lipofilling of Perineal and Vaginal Scars: A New Method for Improvement of Pain after Episiotomy and Perineal Laceration

Sir:

Chronic pain after episiotomy caused by scar contracture or neuroma formation remains a serious problem.¹ The therapy of choice can be simple resection of the scar tissue with primary wound closure or local flaps. Recovery after these corrections may take time, with the risk of receiving no improvement, more pain, or poor cosmetic results.

We have performed a prospective study with assessment of perineal/vaginal pain and sexual functioning before and after autologous free fat transplantation for correction of scars following childbirth in 20 patients (mean age, 34 ± 7.5 years; mean time after episiotomy, 10.3 ± 2.3 months). Mediolateral episiotomy had been performed in 18 patients. Two patients had pain after perineal laceration. Three patients have had correction of the scars with primary excision and no signs of improvement 6 months ago. All patients reported dyspareunia and other pain-related problems. Lipofilling was performed according to the Coleman technique,² with scar release and implantation into parallel tunnels on multiple layers under the scars (Fig. 1). A special technique of infiltration with one finger in the vagina and another in the rectum was used to avoid injury of the rectum in case of lipofilling of scars of the posterior wall of the vagina. Perineal pain was assessed preoperatively and at different time points after lipofilling using the short-form McGill Pain Questionnaire, including the Present Pain Intensity index and a visual analogue scale.³ Sexual functioning was assessed with a revised Sabbatsberg Sexual Self-Rating Scale before and after intervention.⁴ Follow-up of the patients was scheduled after 1, 3, and 6 months. The distribution of variables within the patient group was compared by nonparametric analysis of variance (two-sample Wilcoxon test), and differences between dependent (paired) data were assessed by the nonparametric paired test (signed rank test). A value of $p < 0.05$ was considered to be statistically significant. An average volume of 12 ± 3 cc of autologous fat was injected (range, 7 to 15 cc). Four patients underwent two lipofilling sessions because of improvement with the first lipofilling but had remaining painful areas in one part of the scar. The average interval between these sessions was 4 ± 1.5 months. All patients made good postoperative recovery without major complications. Eighteen of 20 patients had an immediate subjective improvement of their pain obviously attributable to release of severe scar contractures. One month after lipofilling,



Fig. 1. Release of scar tissue combined with fat injection 8 months after mediolateral episiotomy in a 28-year-old patient with dyspareunia.

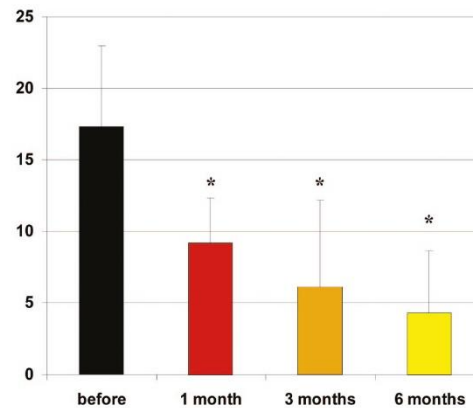


Fig. 2. Short-form McGill Pain Questionnaire scores before and 1, 3, and 6 months after lipofilling in patients with episiotomy and perineal laceration (* $p < 0.05$ versus before).

the short-form McGill Pain Questionnaire score was significantly reduced in comparison with the score before treatment ($p < 0.05$) (Fig. 2). Three and 6 months after treatment, the score had decreased further ($p < 0.05$). The Present Pain Intensity index and visual analogue scale score were also significantly reduced after 1, 3, and 6 months ($p < 0.05$). The Sabbatsberg Sexual Self-Rating Scale score showed a significant increase after lipofilling ($p < 0.05$). Fifteen patients were very satisfied with the small operation and five were satisfied.

A number of studies recently demonstrated the reliability, long-term stability, and safety of autologous free fat transplantation in reconstructive procedures.⁵ In our opinion, lipofilling also seems to be a promising treatment for correction of perineal/vaginal scars after episiotomy and perineal laceration. It is well tolerated

and offers encouraging results, with improvement of pain and better sexual function.

DOI: 10.1097/PRS.0b013e3182419c2c

Dietmar Ulrich, M.D., Ph.D.

Franziska Ulrich, M.D.

Department of Plastic and Reconstructive Surgery

Lena van Doorn, M.D., Ph.D.

Department of Gynecology

Steven Hovius, M.D., Ph.D.

Department of Plastic and Reconstructive Surgery

Erasmus University Hospital
Rotterdam, The Netherlands

Correspondence to Dr. Ulrich
Department of Plastic and Reconstructive Surgery
Erasmus University Hospital
Postbox 2040
3000CA Rotterdam, The Netherlands
d.ulrich@erasmusmc.nl

DISCLOSURE

The authors have no financial interest in this research project or in any of the techniques or equipment used in the study. The authors have no conflicts of interest to disclose.

REFERENCES

1. Hartmann K, Viswanathan M, Palmieri R, Gartlehner G, Thorp J Jr, Lohr KN. Outcomes of routine episiotomy: A systematic review. *JAMA* 2005;293:2141–2148.
2. Coleman SR. *Structural Fat Grafting*. St. Louis: Quality Medical; 2004.
3. Melzack R. The short-form McGill Pain Questionnaire. *Pain* 1987;30:191–197.
4. Garratt AM, Torgerson DJ, Wyness J, Hall MH, Reid DM. Measuring sexual functioning in premenopausal women. *Br J Obstet Gynaecol*. 1995;102:311–316.
5. Lolli P, Malleo G, Rigotti G. Treatment of chronic anal fissures and associated stenosis by autologous adipose tissue transplant: A pilot study. *Dis Colon Rectum* 2010;53:460–466.

Nearly Circumferential Pharyngoesophagectomy Reconstruction with a Double–Skin Paddle Anteromedial Thigh and Sartorius Muscle Free Flap

Sir:

The versatility and reliability of the anterolateral thigh flap has made it an essential tool for the reconstructive head and neck surgeon. At our institution, the anterolateral thigh donor site is the preferred free flap for pharyngoesophageal reconstruction because of its excellent functional outcomes and low rate of fistula and stricture formation.¹ In the senior author’s experience of 250 anterolateral thigh flaps; however, 4.3 percent of thighs had no perforators in the anterolateral thigh flap territory.² The anteromedial thigh free flap is a viable alternative for soft-tissue coverage in head and neck reconstruction.³

We present a 67-year-old man with the recent diagnosis of a nearly obstructing T3N2M0 squamous cell carcinoma of the larynx that required emergent tracheostomy. The patient’s medical history included myocardial infarction, congestive heart failure (ejection fraction, 28 percent), severe atherosclerosis with carotid stenosis following endarterectomy, emphysema, peripheral vascular disease, and severe malnutrition with a body mass index of 15. Tumor ablation resulted in bilateral neck dissection, a nearly circumferential defect of the hypopharynx, a cervical esophagus 9 cm in length, and part of the base of tongue, and a lower neck skin defect. Note that we prefer to incorporate a posterior strip of the pharynx, 2 cm in this case, into a reconstruction when available to help prevent stricture formation.² A standard anterolateral thigh flap was designed and the thigh explored; however, only an extremely small insufficient perforator B was present. Further exploration of the medial thigh demonstrated two large-caliber (>1 mm) musculocutaneous perforators, B and C, through the sartorius muscle. This perforator was traced back to its main vessel, which originated from the



Fig. 1. A 7 × 15-cm anteromedial thigh free flap with vascularized fascia and a 10-cm section of sartorius muscle supplied by the rectus femoris branch of the lateral circumflex femoral system.

GRILLE DE LECTURE DES REVUES DE SYNTHÈSE

Titre et auteur de l'article: _____

Rev/Année/Vol/Pages _____

Thème de l'article :

	Totalem	Partiellem	Pas du tout
1. Les objectifs de la revue de synthèse sont clairement exposés	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Méthodologie			
2.1. <i>Procédures de sélection</i>			
• L'auteur décrit ses sources de données	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Les critères de sélection des études sont pertinents	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Les critères d'inclusion et d'exclusion des articles sont décrits	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Les études non publiées sont prises en compte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.2. <i>Méthode d'analyse</i>			
• Les modalités de la lecture critique sont précisées (lecteurs, grille de lecture...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• L'auteur présente la méthode utilisée pour réaliser la synthèse des résultats	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Résultats			
• L'auteur décrit les résultats	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• L'auteur commente la validité des études choisies	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Ses conclusions s'appuient sur des données fiables dont les sources sont citées	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Applicabilité clinique			
• La revue de synthèse permet de répondre en pratique à la question posée	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Commentaires :

Annexe IV

Feuillelet d'information

Ce feuillelet d'information est destiné aux femmes qui souhaiteront répondre au questionnaire que je propose.

Présentation de l'auteur

Je m'appelle Eva Senaud, je suis étudiante sage – femme en 4^{ème} année à l'Ecole Universitaire de Maïeutique Marseille Méditerranée (EU3M).

La recherche à laquelle vous allez participer s'effectue dans le but de l'obtention du Diplôme d'Etat de Sage – Femme. Je réalise un mémoire sur 2 ans (2018 – 2020) dont le sujet est le suivant : « **la fréquence des séquelles obstétricales après un accouchement voie basse** ».

Mon mémoire est sous la direction du Docteur Brice Gurriet (gynécologue à Marseille).

Condition requise pour répondre au questionnaire

La seule condition requise pour participer à ce questionnaire est d'avoir eu **au moins un accouchement par voie basse**. *Si vous avez eu des césariennes et un (ou plusieurs) accouchement(s) par voie basse vous pouvez donc y répondre.*

Protection des données

Les réponses seront anonymes. Vous avez le droit de refuser de répondre à certaines questions sans avoir à vous justifier.

Votre mail et/ou votre numéro de téléphone me seront utiles afin de vous recontacter, si vous le souhaitez, pour voir s'il y a eu des modifications sur votre état. Cela me permettra de recenser s'il y a des améliorations spontanées, des améliorations dues à la rééducation ou autre.

Veillez remettre le questionnaire dans l'enveloppe prévue à cet effet, je viendrai les récupérer personnellement.

Pour toutes questions de votre part, vous pouvez me contacter par mail à l'adresse suivante eva.senaud@wanadoo.fr ou par téléphone au 06.08.65.30.67.

Remerciements

Votre collaboration est précieuse pour la réalisation de ma recherche. J'apprécie le temps et l'attention que vous avez consacrés à répondre au questionnaire, je vous en remercie.

Le fait de remettre votre questionnaire rempli au chercheur sera considéré comme l'expression de votre consentement à participer au projet.

Questionnaire

Avant de répondre à ce questionnaire, prenez le temps de lire le feuillet d'information.

- 1) Quel âge avez-vous ? ans
- 2) Combien d'enfants avez-vous ?
- 3) Précisez les **dates de vos accouchements** (MOIS et ANNEE) ainsi que le **mode d'accouchement** (VOIE BASSE ou CESARIENNE)

-

-

-

-

-

-

- 4) Avez-vous eu un accouchement instrumental (utilisation de forceps, spatules ou ventouses) ? Entourez votre réponse.

OUI

NON

Si OUI, précisez quel instrument (forceps, spatules ou ventouses)

.....

- 5) Quel été le poids de votre (vos) enfant (s) à la naissance ?
..... kg.

6) Avez-vous eu des déchirures au niveau du périnée ?

OUI

NON

Si OUI, avez-vous eu des points de suture ? Entourez votre réponse.

OUI

NON

7) Avez-vous repris les rapports sexuels ? Entourez votre réponse.

OUI

NON

Si OUI, avez-vous eu des douleurs pendant les rapports sexuels ?

OUI

NON

8) Avez-vous eu moins de sensation pendant les rapports sexuels qu'avant votre (vos) accouchement(s) ?

OUI

NON

9) Avez-vous une incontinence urinaire (= fuites urinaires non contrôlées) lors d'un effort (toux, port de charge lourde ...) ? Entourez votre réponse.

OUI

NON

Si OUI, combien de temps après votre accouchement ?

Cette incontinence urinaire s'est – elle améliorée de manière spontanée ? OUI
NON

10) Abordez - vous les problèmes de sexualité avec votre gynécologue ou votre sage – femme ? Entourez votre réponse.

OUI

NON

Si NON, précisez pour quelle(s) raison(s)

11) Abordez - vous les problèmes urinaires avec votre gynécologue ou votre sage – femme ? Entourez votre réponse.

OUI

NON

Si NON, précisez pour quelle(s) raison(s)

12) Votre gynécologue ou votre sage – femme vous a-t-il posé la question sur un éventuel trouble urinaire, sexuel ou une éventuelle douleur ? Entourez votre réponse.

OUI

NON

Bibliographie

- Andreucci, C. B., Bussadori, J. C., Pacagnella, R. C., Chou, D., Filippi, L. and Cecatti, J. G. (2015) 'Sexual life and dysfunction after maternal morbidity: a systematic review', *BMC Pregnancy and Childbirth*, 15(1), p. 307. doi: 10.1186/s12884-015-0742-6.
- Brandenburg, U. and Bitzer, J. (2009) 'The challenge of talking about sex: The importance of patient–physician interaction', *Maturitas*, 63(2), pp. 124–127. doi: 10.1016/j.maturitas.2009.03.019.
- Buffat, J. (2006) 'Comment aborder les problèmes sexuels au cabinet médical ?', *Revue Médicale Suisse*, 2(58), pp. 3–11.
- Buhling, K. J., Schmidt, S., Robinson, J. N., Klapp, C., Siebert, G. and Dudenhausen, J. (2006) 'Rate of dyspareunia after delivery in primiparae according to mode of delivery', *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*, 124(1), pp. 42–46. doi: 10.1016/j.ejogrb.2005.04.008.
- Buurman, M. B. R. and Lagro-Janssen, A. L. M. (2012) 'Women's perception of postpartum pelvic floor dysfunction and their help-seeking behaviour: a qualitative interview study', *Scandinavian Journal of Caring Sciences*. (Empirical studies), 27(2), pp. 406–413. doi: 10.1111/j.1471-6712.2012.01044.x.
- Compareur de territoire – Commune de Marseille | Insee* (2016) *INSEE*. Available at: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/1405599?geo=COM-13201> (Accessed: 14 January 2019).
- Conseil National de l'Ordre des sages - femmes and Collectif des Associations et Syndicats de Sages - Femmes (2010) *Référentiel métier et compétences des sages - femmes*, *Ordre des sages - femmes*. Available at: <http://www.ordre-sages-femmes.fr/wp-content/uploads/2015/10/REFERENTIELSAGES-FEMMES.pdf> (Accessed: 9 April 2019).
- Dubois, M. (2016) 'Intérêt des nouvelles technologies en restauration génitale'. *6ème Rencontres à Deux Mains*, Hôpital St Joseph Marseille, 8 September.
- Durand, A.-A., Baruch, J. and Motet, L. (2018) 'Taux de césariennes, d'épisiotomies... : comparez les maternités près de chez vous', *Le Monde.fr*, 31 January. Available at: https://www.lemonde.fr/les-decodeurs/article/2018/01/31/nombre-d-accouchements-taux-d-e-cesarienne-ou-d-episiotomie-comparez-les-maternites-pres-de-chez-vous_5249599_4355770.html (Accessed: 14 May 2019).

Fritel, X. (2005) 'Du mode d'accouchement à l'incontinence', *Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction*, 34(8), pp. 739–744. doi: 10.1016/S0368-2315(05)82948-5.

Fritel, X. (2010) 'Périnée et Grossesse', *Gynécologie Obstétrique et Fertilité*, 38(5), pp. 332–346. doi: 10.1016/j.gyobfe.2010.03.008.

Gicquel, A. (2012) *Le gynécologue face à la plainte sexuelle*. Mémoire pour le diplôme inter - universitaire de sexologie. Faculté de médecine.

Golka, M. (2017) *Haute fréquence et douleur périnéale du post-partum*. Ecole Universitaire de Maïeutique Marseille Méditerranée. Available at: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01646228/document> (Accessed: 13 November 2018).

Kennedy, C. M., Turcea, A. M. and Bradley, C. S. (2009) 'Prevalence of vulvar and vaginal symptoms during pregnancy and the puerperium', *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, 105(3), pp. 236–239. doi: 10.1016/j.ijgo.2009.01.024.

Kim, S. H., Park, E. S. and Kim, T. H. (2017) 'Rejuvenation Using Platelet-rich Plasma and Lipofilling for Vaginal Atrophy and Lichen Sclerosus', *Journal of Menopausal Medicine*, 23(1), pp. 63–68. doi: 10.6118/jmm.2017.23.1.63.

Kline, C. R., Martin, D. P. and Deyo, R. A. (1998) 'Health Consequences of Pregnancy and Childbirth as Perceived by Women and Clinicians', *Obstetrics & Gynecology*, 92(5), pp. 842–848.

Latthe, P., Latthe, M., Say, L., Gülmezoglu, M. and Khan, K. S. (2006) 'WHO systematic review of prevalence of chronic pelvic pain: a neglected reproductive health morbidity', *BMC public health*, 6, pp. 177–184. doi: 10.1186/1471-2458-6-177.

Laumann, E. O., Paik, A. and Rosen, R. C. (1999) 'Sexual Dysfunction in the United States : Prevalence and Predictors', *JAMA*, 281(6), pp. 537–544. doi: 10.1001/jama.281.6.537.

Lewis, R. W., Fugl-Meyer, K. S., Corona, G., Hayes, R. D and Laumann E. O. (2010) 'Definitions/Epidemiology/Risk Factors for Sexual Dysfunction', *The Journal of Sexual Medicine*, 7(4pt2), pp. 1598–1607. doi: 10.1111/j.1743-6109.2010.01778.x.

Linneberg, S., Leenskjold, S. and Glavind, K. (2016) 'A five year follow-up of women with obstetric anal sphincter rupture at their first delivery', *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*, 203, pp. 315–319. doi: 10.1016/j.ejogrb.2016.06.018.

Lotersztajn, N. and Panel, P. (2009) 'Vulvo-périnoplastie : indications, techniques et résultats', in *Extrait des Mises à jour en Gynécologie et Obstétrique*. Le Chesnay: Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français (XXXIII), pp. 301–315. Available at: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0368231505828674> (Accessed: 24 January 2020).

Malani, P., Swenson, C., Kullgren, J., Singer, D., Solway, E. and Kirch, M. (2018) *Urinary Incontinence : an inevitable Part of Aging ?*, *Healthy aging poll*. Available at: helthyagingpoll.org (Accessed: 13 November 2018).

McDonald, E., Woolhouse, H. and Brown, S. J. (2015) 'Consultation about Sexual Health Issues in the Year after Childbirth: A Cohort Study', *Birth issues in perinatal care*. (Wiley periodicals), 42(4), pp. 354–361. doi: 10.1111/birt.12193.

Mimoun, S. (2005) 'En pratique, place de la prise en charge somatique et psychique : exemple des dyspareunies chroniques', in *Extrait des Mises à jour en Gynécologie Médicale*. Paris: Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français (XXIX), pp. 191–200. Available at: http://www.cngof.asso.fr/data/CNGOF_MAJ_RPC.html (Accessed: 13 November 2018).

Morin, C. and Leymarie, M. C. (2013) 'La douleur périnéale en post-partum : revue de la littérature', *La Revue Sage-Femme*, 12(6), pp. 263–268. doi: 10.1016/j.sagf.2013.10.004.

Naranjo-Ortiz, C., Clemente-Ramos, L. M., Jiménez-Herranz, E., González-Romero, G. M. and Moya-Briñas, A. (2015) 'Approach to the treatment of urinary stress incontinence with CO2 vaginal Laser', *ics*, p. 559.

Olsson, A., Robertson, E., Falk, K. and Nissen, E. (2011) 'Assessing women's sexual life after childbirth: the role of the postnatal check', *Midwifery*, 27(2), pp. 195–202. doi: 10.1016/j.midw.2009.04.003.

Palacios, S., Castaño, R. and Grazziotin, A. (2009) 'Epidemiology of female sexual dysfunction', *Maturitas*. (Female sexual dysfunctions in the office), 63(2), pp. 119–123. doi: 10.1016/j.maturitas.2009.04.002.

Perino, A., Cucinella, G., Tiberio, C., Martorana, A., Venezia, R. and Calagna, G. (2014) 'Fractional CO2 Laser: the new frontier for the treatment of vulvovaginal atrophy symptoms', *Giornale Italiano di Obstetricia e Ginecologia*, 36(6), pp. 405–408.

Prise en charge de l'incontinence urinaire de la femme en médecine générale (2003). Recommandations pour la pratique clinique. ANAES, pp. 151–155. Available at: <http://link.springer.com/10.1007/BF03019434> (Accessed: 13 November 2018).

Provansal, M., Bretelle, F., Bannier, M., Gannerre, M. and Mazouni, C. (2007) 'Symptômes urinaires après extraction instrumentale par spatules de Thierry au cours du premier accouchement', *Gynécologie Obstétrique & Fertilité*, 35(11), pp. 1111–1116. doi: 10.1016/j.gyobfe.2007.06.018.

Rapport données PMSI APHM Conception (2012). Rapport données. Hôpital de la Conception, Marseille: Réseau Méditerranée, pp. 1–27. Available at: http://www.reseautperinatmed.fr/download/diffusion_mail_-_mai_2016/Rapport-APHM-Conception.pdf (Accessed: 9 April 2019).

Rham, M., Meyer, S., Ahtari, C., Fornage, S. (2017) 'Conséquences à long terme des déchirures périnéales obstétricales sévères sur la fonction sexuelle', *Revue médicale suisse*, 13, pp. 602–606.

Serati, M., Salvatore, S., Khullar, V., Uccella, S., Bertelli, E., Ghezzi, F. and Bolis, P. (2008) 'Prospective study to assess risk factors for pelvic floor dysfunction after delivery', *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, 87(3), pp. 313–318. doi: 10.1080/00016340801899008.

Sibert, L., Rigaud, J., Delavierre, D. and Labat, J-J. (2010) 'Épidémiologie et aspects économiques des douleurs pelvipérinéales chroniques', *Progrès en Urologie*, 20(12), pp. 872–885. doi: 10.1016/j.purol.2010.08.004.

Tähtinen, R. M., Cartwright, R., Vernooij, R. W. M., Rortveit, G., Hunskar, S., Guyatt, G. H. and Tikkinen, K. A. O. (2019) 'Long-term risks of stress and urgency urinary incontinence after different vaginal delivery modes', *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 220(2), pp. 181.e1-181.e8. doi: 10.1016/j.ajog.2018.10.034.

Triviño-Juárez, J-M., Romero-Ayuso, D., Nieto-Pereda, B., Forjaz, M. J., Olivier-Barrechegure, C., Mellizo-Díaz, S., Avilés-Gámez, B., Arruti-Sevilla, B., Criado-Alvarez, J-J., Soto-Lucía, C. and Plá-Mestre, R. (2018) 'Resumption of intercourse, self-reported decline in sexual intercourse and dyspareunia in women by mode of birth: A prospective follow-up study', *Journal of Advanced Nursing*, 74(3), pp. 637–650. doi: 10.1111/jan.13468.

Ulrich, D., Ulrich, F., Van Doorn, L. and Hovius, S. (2012) 'Lipofilling of Perineal and Vaginal Scars: A New Method for Improvement of Pain after Episiotomy and Perineal Laceration', *Plastic and Reconstructive Surgery*. (American Society of Plastic Surgeons), 129(3), pp. 593–594. doi: 10.1097/PRS.0b013e3182419c2c.

Vermeil, M., Bartko - Satara, C. and Dahan Tarrasona, G. (2018) 'Mieux comprendre la cicatrisation du périnée', *Parole de sages femmes*. Available at: <https://paroledesagesfemmes.com/uploads/magazines/PDSF-24.pdf>.

Résumé

Contexte

Les conséquences d'un accouchement par voie basse sont nombreuses sur la sexualité et sur la fonction urinaire de la femme.

Objectifs

Estimer le type et le nombre de séquelles obstétricales chez les femmes ayant accouché par voie basse qui consultent un gynécologue ou une sage – femme. Identifier les raisons susceptibles de freiner les femmes de parler de leurs problèmes concernant la sexualité et/ou de leurs troubles urinaires à leur gynécologue ou leur sage – femme.

Méthode

Etude de cas quantitative et descriptive de mai 2019 à novembre 2019. Elle inclut 92 femmes ayant accouché par voie basse et qui ont répondu à un questionnaire. L'étude a été menée à Marseille.

Résultats

28% des femmes ayant accouché par voie basse ont présenté des dyspareunies. Concernant la diminution des sensations pendant les rapports sexuels, 31% des femmes s'en plaignent. Le taux d'incontinence urinaire est de 31%. 1/4 des femmes taisent leurs troubles urinaires et sexuels. Pour 20% d'entre elles, le professionnel de santé ne leur a pas non plus posé la question.

Conclusion

Les séquelles obstétricales, qu'elles soient urinaires ou sexuelles, sont nombreuses, et durent dans le temps. Bien souvent sous – estimées par les professionnels de santé, la question sur un éventuel trouble périnéal n'est pas assez soulevée. Ces troubles sont à rechercher chez toutes les femmes ayant accouché par voie basse, même en cas d'accouchement physiologique.

Mots clés : Séquelles obstétricales, accouchement voie basse, dyspareunie, incontinence urinaire, problèmes sexuels, problèmes urinaires.

Abstract

Context

The consequences of a vaginal delivery are numerous on the sexuality and the urinary function of the woman.

Objectives

To estimate the type and number of obstetric sequelae in women with vaginal births who consult a gynecologist or midwife. To identify the reasons that may prevent women from talking to their gynecologist or midwife about their sexuality and/or urinary problems.

Method

Case study; quantitative and descriptive from May 2019 to November 2019. It includes 92 women with vaginal deliveries who responded to a questionnaire. The study was conducted in Marseille.

Results

28% of women who delivered vaginally had dyspareunia. Concerning the decrease of sensations during sexual intercourse, 31% of women complained about it. The rate of urinary incontinence is 31%. 1/4 of the women keep silent about their urinary and sexual problems. For 20% of them, the health professional has not asked them either.

Conclusion

Obstetrical after-effects, whether urinary or sexual, are numerous and last over time. Very often underestimated by health professionals, the question of a possible perineal disorder is not asked enough. These disorders are to be sought in all women who have given birth by the vaginal route, even those with a physiological delivery.

Key words : Obstetrical sequelae, vaginal delivery, dyspareunia, urinary incontinence, sexual problems, urinary problems.